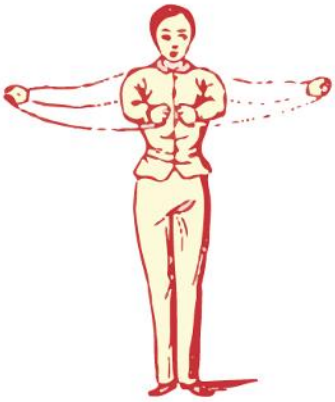


De la maniaco-dépression à la bipolarité

Philippe La Sagna

Tout abord de la bipolarité se doit de revenir à l'histoire, ancienne, de la psychose maniaco-dépressive, et ce, même si la bipolarité a fini par faire disparaître cette psychose des nomenclatures (mais non de la clinique).

La psychose maniaco-dépressive met en avant le lien entre manie et mélancolie, qui s'inaugure principalement au XVIII^e^ siècle – même s'il est déjà connu des Grecs. Lien qui est repris en France au XIX^e^ siècle par Jean-Pierre Falret, qui décèle la *folie circulaire*, et par Jules Baillarger qui parle de *folie à double forme*. C'est néanmoins Kraepelin qui fixera les choses dans la dernière partie de son *Manuel* avec un tableau précis de la psychose maniaco-dépressive.

Nous allons revenir ici à cette histoire de la psychose maniaco-dépressive, notamment l'intérêt que les psychanalystes lui ont porté, pour en dégager une direction de la cure, et éclairer la clinique contemporaine de la bipolarité.

Freud et l'ombre de l'objet

Commençons par la psychanalyse. Les choses débutent par un dialogue entre Freud et Abraham, à partir d'un premier article de ce dernier, daté de 1912, qui rapproche et oppose la mélancolie et la névrose obsessionnelle [1]. En effet, il n'est pas toujours évident de distinguer cliniquement les troubles obsessionnels compulsifs et les obsessions de certaines mélancolies. Abraham note déjà pour les sujets mélancoliques la difficulté (voire l'incapacité) d'aimer, avec une tendance hostile vis-à-vis des autres et de soi-même – c'est donc un Autre méchant, mais méchant pour le sujet lui-même. La trouvaille d'Abraham est d'isoler, pour la première fois, la douleur mélancolique comme une « obscure jouissance [2] ».

S'ensuivent de nombreux échanges de lettres avec Freud, qui en tire son article « Deuil et mélancolie ». Empreint de son travail sur le narcissisme, Freud a tendance à faire entrer la psychose maniaco-dépressive et la névrose d'angoisse dans les névroses narcissiques, dont il fait le socle commun de ces affections. Si manie et mélancolie tournent autour du même complexe, il se penche d'abord sur la mélancolie, qu'il décrit comme une « dépression profondément douloureuse, une suspension de l'intérêt pour le monde extérieur, la perte de la capacité d'aimer, l'inhibition de toute activité et la

1. Cf. Abraham K., « Préliminaires à l'investigation et au traitement psychanalytique de la folie maniaco-dépressive et des états voisins », *Œuvres complètes*, t. I, Paris, Payot, 1965, p. 99-113.
2. *Ibid.*, p. 219.

diminution du sentiment d'estime de soi qui se manifeste en des auto-reproches et des auto-injures et va jusqu'à l'attente délirante du châtiment [3] » et même jusqu'au suicide, pourrait-on ajouter.

La mélancolie se distingue du deuil quant à la place qu'y occupe l'objet perdu. Dans la mélancolie, l'« ombre de l'objet [mais non l'objet] tomb[e] sur le moi [4] ». Ce qui était extérieur et qui est perdu, l'objet, est, en quelque sorte, récupéré d'une façon tout à fait embarrassante au niveau du moi – l'objet est là, mais inclus dans le narcissisme.

Freud continue de préciser le tableau mélancolique. Il y relève un échec de la pulsion de vie en ce que, par exemple, le sommeil et l'appétit disparaissent – même si, aujourd'hui, chacun d'eux peut, au contraire, y être permanent. Il souligne également l'absence de honte dans la plainte au regard des « crimes » et de la culpabilité dont font pourtant largement étalage les mélancoliques.

Freud souligne que les reproches des mélancoliques ne sont pas à lire comme s'adressant aux patients eux-mêmes, mais à l'objet perdu, du simple fait d'avoir été perdu. Dès lors, si le sujet se vise, s'injurie, s'accable, c'est en réalité pour accabler, au travers de lui, l'objet.

Dans son article « Psychologie collective et analyse du moi », Freud lit la cruauté du surmoi à l'égard du moi. Il indique que l'objet perdu est aussi un objet rejeté, *verworfen*, forclos. Il s'agit donc d'un objet qui passe dans le réel, impossible à symboliser, ce en quoi il devient insupportable et produit un accablement permanent.

Dans ce texte, Freud relève aussi un faible investissement de l'objet dans le sens du désir et une forte fixation au sens de l'amour. On observe souvent cliniquement cette carence du désir et, *a contrario*, des passions amoureuses multiples qui sont souvent des « hainamoration[s] [5] », c'est-à-dire qu'elles tournent facilement à la haine. Nous retrouvons là les classiques du XIXe siècle qui parlaient de la *maladie d'amour* pour désigner les mélancolies. Freud indique : « L'amour s'est [...] soustrait, par sa fuite dans le moi, à sa suppression [6] ». Ici, le moi, c'est l'Autre et, si l'amour tourne à la haine, on assiste aux *suicides altruistes*, qui en passent par l'élimination des personnes que le sujet aime le plus. On peut alors comprendre autrement les féminicides ou les infanticides qui ne sont pas rares dans cette pathologie.

Progressivement, Freud fait de cette tension entre moi et surmoi le cœur de la clinique de la mélancolie. Au regard de la jouissance, il relève une union entre le masochisme du moi et le sadisme du surmoi (qui sont alors à distinguer), spécifiant dans la mélancolie une altération due au masochisme plutôt qu'au sadisme du surmoi.

Melanie Klein et la clinique de l'objet

Abraham, lui, est passionné par la clinique de l'objet et des stades , oral et anal. Il pense la mélancolie par l'oralité et l'expulsion, et la névrose obsessionnelle par l'analité et la rétention – ce qui a conduit certains à rapprocher l'anorexie mentale de la mélancolie *via* ce versant d'oralité/expulsion (avec les gens qui se font vomir, par exemple), la différenciant ainsi de la névrose obsessionnelle.

3. Freud S., « Deuil et mélancolie », *Métapsychologie*, Paris, Gallimard, 1968, p. 146-147.
4. *Ibid.*, p. 156.
5. Lacan J., *Le Séminaire*, livre XX, *Encore*, texte établi par J.-A. Miller, Paris, Seuil, 1975, p. 90.
6. Freud S., « Deuil et mélancolie », *op. cit.*, p. 169.

M. Klein va reprendre les travaux de son analyste Abraham et prélèvera chez lui cette clinique de l'objet et son métabolisme. En ce qui concerne la mélancolie, elle retient que l'essentiel se situe du côté de l'oralité et elle y spécifie la logique de l'objet introjecté. En prenant également appui sur le travail de Freud, elle est la première à mettre en avant le « clivage » interne qui existe entre les bons et mauvais objets introjectés. De là, elle propose une distinction entre la *position paranoïde* – qui relève de la schizophrénie et de la paranoïa – et la *position dépressive* – mélancolique –, avec l'idée d'Abraham que ce sont presque là des stades du développement.

Remarquons que le terme *clivage* va avoir un fort succès chez les psychanalystes qui s'orientent du *self*. Ils vont mettre l'accent sur la différence entre le mécanisme de refoulement, propre à la névrose, et celui de clivage – clivage du moi, en particulier –, qu'on trouve dans les troubles de l'humeur d'ordre bipolaire, les états limites et un certain nombre de psychoses.

Les sujets maniaco-dépressifs ne peuvent, en effet, être dits divisés à l'instar du névrosé. Il y a un déni, un clivage du moi caractérisé par un *Je n'en veux rien savoir*. De ce point de vue, la mélancolie s'apparente à une sortie du clivage par le bas – un *Je ne suis rien* –, tandis que la manie relève d'une sortie du clivage par le haut – un *Je suis tout*.

Dans la théorie psychanalytique, le clivage s'oppose donc au refoulement et au retour du refoulé, soit avec la logique d' une formation de l' inconscient. Le sujet névrosé reconnaît sa division et en souffre : *Je suis ci, mais je veux ça* ; *D'un côté je veux cela, mais, là, je veux ceci… A contrario*, lorsqu'il y a rejet de l'inconscient, on observe un clivage, comme celui entre Dr Jekyll et Mr Hyde. Souvent, le clivage se retrouve tout au long de la vie. Dans le cas du clivage, le sujet ne ment pas : il est les deux, la main droite ne sait rien de la main gauche. Ce n'est en rien hystérique.

« La vie ne veut pas guérir »

Lacan entre dans le débat en y introduisant le phallus, dont il montre qu'il s'agit d'un élément indispensable pour soutenir une identification. Or, il y a, dans la mélancolie, un défaut de la fonction phallique, ce qui entraîne une précarité de l'identification dans le sens du désir. Il y a donc une tension entre une identification à l'objet, que Lacan écrit a, une identification à l'idéal, I(a), et une identification au phallus, Φ. Jacques-Alain Miller a éclairé ici une distinction fondamentale au niveau de la forclusion.

Lacan distingue la forclusion du Nom-du-Père, P_0, et la forclusion du phallus, Φ_0. Quand il y a P_0, il y a forcément Φ_0, puisque la fonction phallique Φ est un effet de P : le Nom-du-Père ayant pour signification le phallus. En effet, le Nom-du-Père signifie à la mère la dimension du phallus, grâce à quoi elle peut investir l'enfant comme tel. Cependant, quand il y a forclusion du Nom-du-Père, cette opération ne se produit pas, Φ_0. La question se pose de savoir s'il peut y avoir Φ_0, soit absence de signification phallique, sans P_0. Ce qui fait de la psychose maniaco-dépressive une singularité dans son mécanisme au regard des autres psychoses.

Dans la maniaco-dépression, Φ vient symboliser la vie – la vie en tant qu'elle renaît toujours. Il y a de cela dans le phallus ; c'est pourquoi il y a des cultes chez les Antiques

grecs et romains : c'est une façon de parler de la vie. Il ne s'agit pas de pornographie, mais d'un éloge de la pulsion de vie et de la pulsion des générations.

Suite à cette question du phallus et de la vie dans la maniaco-dépression, Lacan s'interroge sur la place qu'y occupe le masochisme primordial :

> « Ce que Freud nous enseigne avec le masochisme primordial, c'est que le dernier mot de la vie, lorsqu'elle a été dépossédée de sa parole, ne peut être que la malédiction dernière qui s'exprime au terme d'*Œdipe à Colone*. La vie ne veut pas guérir. La réaction thérapeutique négative lui est foncière. La guérison, d'ailleurs, qu'est-ce que c'est ? La réalisation du sujet par une parole qui vient d'ailleurs et le traverse.[7] »

La différence entre vie et parole se révèle ici disjonction : la vie apparaît nue, et la parole à côté d'elle. La clinique de la mélancolie parle de ce divorce qui peut être pris comme un rejet de la parole – il y a des sujets mélancoliques mutiques (même si c'est moins le cas aujourd'hui avec les médicaments) et, quand ils se mettent à parler, ils racontent souvent qu'ils étaient pris dans des pensées et des vécus cauchemardesques, horribles, mais surtout indicibles. Lacan s'avère néanmoins optimiste, puisqu'il pense qu'« une parole [...] vient d'ailleurs et le traverse ». S'il y a un rejet de l'inconscient, du discours de l'Autre, celui-ci n'est pas total, et les mélancoliques témoignent d'une parole singulière : ces sujets vont mieux lorsqu'ils recommencent à rêver et parler.

La direction de la cure

Conformément à la thèse de Freud, la mélancolie se révèle davantage liée à une difficulté d'être en vie, à une destructivité masochiste, plutôt qu'à un sadisme lié à la pulsion de mort – ce qui n'empêche pas le sujet d'être dangereux et de pouvoir tuer l'autre afin d'essayer d'attraper l'objet réel qu'il ne peut saisir au-dedans de lui-même. Comment rétablir la connexion avec la parole et l'inconscient ? Il s'agit d'en passer par un maniement de l'objet afin de le remettre en fonction de *cause du désir* plutôt que de le laisser inclus au champ du narcissisme.

Dans la direction de la cure de ces sujets, il y a donc l'idée d'obtenir une cession de cet objet qui l'accable pour qu'il ne se situe plus au niveau du moi, mais qu'il se déplace au niveau de l'Autre – et, en particulier, du côté de l'analyste clinicien. De ce point de vue, la psychanalyse peut donc apporter le *désir de l'analyste face* aux troubles maniaco-dépressifs et, lorsque cela est possible, dégager le sujet de cet objet, en obtenir la cession et relancer le discours. Il faut donc bien différencier l'objet a et son image, $i(a)$. Lacan le souligne dans le Séminaire X :

> « À moins de distinguer l'objet a du $i(a)$, nous ne pouvons pas concevoir la différence radicale qu'il y a entre la mélancolie et le deuil[.] Freud avoue en des termes propres que, dans la mélancolie, ce processus [de deuil] n'aboutit évidemment pas, car l'objet surmonte la direction du processus. C'est l'objet

7. Lacan J., *Le Séminaire*, livre II, *Le Moi dans la théorie de Freud et dans la technique psychanalytique*, texte établi par J.-A. Miller, Paris, Seuil, 1978, p. 271-272.

> [tombé sur le moi] qui triomphe. [...] Mais c'est le fait que c'est un objet *a*, [...] d'habitude masqué derrière le *i*(*a*)[8] ».

Autrement dit, nous trouvons l'objet *a* agréable et sympathique, parce que nous lui mettons le masque de l'image de *i*(*a*) – c'est sa face agalmatique. Les personnes agalmatiques sont des *i*(*a*) attirantes qui nous attrapent au niveau du désir. Mais si nous enlevons *i* du *a*, ce qui dévoile le *a*, la personne apparaît alors tout autre. Le film *The Substance* montre le *i*(*a*) suscitant tous les intérêts, mais il y a, derrière, l'horreur de l'objet. C'est le même, et pourtant, à le regarder côté imaginaire il est attrayant, et côté réel il ne l'est pas.

Le film relève ainsi du délire mélancolique qui réalise l'être d'objet *a* du sujet, mais ce n'est pas, dans *The Substance*, une bonne nouvelle. Si Lacan utilise cette formule pour parler de la fin de cure, les analystes de l'École témoignent d'une solution qui saisit cet objet sur un plan plus logique que corporel. Et ils témoignent de la séparation de l'objet, de sa chute.

Lacan remarque combien le mélancolique tente, à travers une image, d'attraper l'objet qui transcende et qui commande sa dépression. Or, cet objet réel lui échappant, il l'entraîne souvent dans la *précipitation du suicide*. Détruire son corps comme *i*(*a*), c'est-à-dire comme image, est la façon qu'il a trouvée pour essayer de saisir ce qui est insaisissable : le *a*. Le suicide du mélancolique apparaît ainsi comme *un modèle du passage à l'acte*.

Lacan relève la connexion entre espoir et désespoir : le suicide étant le seul acte qui ne rate pas[9]. Le suicide réussit là où les autres actes ratent, de sorte que « [s]i personne n'en sait rien, c'est qu'il procède du parti pris de ne rien savoir[10] ». Selon Lacan, la pulsion de mort consiste ainsi moins à vouloir mourir qu'à *ne rien vouloir savoir*, à vouloir sortir du savoir – ce dont le rejet de la parole porte la marque.

Gay sçavoir

Lacan prélève une théorie de la maniaco-dépression chez Spinoza qui, en reprenant la distinction d'Aristote entre *puissance* et *acte*, fait de la tristesse une *diminution de la puissance d'agir au niveau de l'être*. Il s'agit donc d'une *affection de l'être* qui peut *choisir* cette tristesse, c'est-à-dire décider de réduire sa puissance. Spinoza en parle ainsi comme d'une *faute morale*, non pas au sens contemporain de la morale du sujet, mais au sens du signifiant *moral* à l'époque, soit ce qui touche à l'être.

En somme, la tristesse ne dit pas que vous êtes un mauvais sujet, mais *un être mal tombé* – ce que signifie étymologiquement le mot *méchant* : *mal tombé*. On le retrouve dans la vie du mélancolique : il y a les *laissés tomber* dont la biographie est une suite de laisser-tomber. Personne n'a jamais voulu d'eux et, s'ils trouvent quelqu'un qui veut d'eux, ils font tout ce qu'il faut pour qu'il n'en veuille plus – ce sont les abandonnés-abandonniques. Ce sont des maladies de l'être, puisqu'ils sont parfois abandonnés avant même d'être des sujets, c'est-à-dire avant d'avoir eu leur mot à dire.

8. Lacan J., *Le Séminaire*, livre X, *L'Angoisse*, texte établi par J.-A. Miller, Paris, Seuil, 2004, p. 387.
9. Cf. Lacan J., « Télévision », *Autres écrits*, Paris, Seuil, 2001, p. 542 : « Le suicide est le seul acte qui puisse réussir sans ratage. »
10. *Ibid.*

Ces sujets ont une difficulté à créer des relations, ce qui en fait des spécialistes du lien. La psychose maniaco-dépressive suppose un rapport singulier du sujet à sa jouissance.

Pour Lacan, ce qui provoque, au contraire, la joie (*lætitia* en latin) et accroit la puissance d'agir passe par la voie du savoir. Il prend l'exemple du *gay sçavoir*, cet amour du savoir consiste, pour l'analysant, à essayer de se retrouver dans l'inconscient par la voie du bien-dire[11]. Aussi peut-on contrer le mal-dire (ou le *maudire*) de la dépression par le bien-dire de l'inconscient.

Si le sujet cède à sa tristesse, si le langage de l'inconscient est rejeté, sa matière très particulière faite d'assonances, cette motérialité qui n'est pas logique et ne comporte pas de contradiction, fait alors retour dans le réel sous la forme de la manie. Ainsi, selon Lacan, pour arriver au bien-dire, il faut éviter de s'empêtrer dans le sens. Devant l'équivoque entre *jouissance* et *sens* (*j'ouïe sens*), il faut essayer de se séparer de la signification lourde. Parfois, la psychanalyse aide à la réalisation de cette tâche, même si elle n'y réussit pas toujours. *Avoir été laissé tombé* est une signification lourde, le sujet peut s'en aviser sans pour autant s'y identifier.

Pour Dante, la tristesse est l'état moral initial, dont on doit se séparer par l'intervention de la Grâce divine. En ce qui le concerne, c'est la rencontre avec Béatrice sur le pont. Elle est en fonction d'objet *a*, cause du désir, dont le sujet Dante se soutient toute sa vie pour essayer de sortir de sa tendance triste. Il pose ainsi un amour à distance d'un type singulier, qui existe plus dans le texte que dans la réalité. C'est un poème d'amour, un amour qui est un poème davantage qu'une réalisation – bien loin de ce que nous propose la société contemporaine : *Soyez hypomanes de naissance !*

Les états intercritiques

Venons-en maintenant à la psychiatrie classique. À côté des troubles typiques, Kraepelin isole six formes de manie : il existe des manies dépressives, des manies excitées, des manies en pensée/intellectuelles (où seule la pensée est maniaque, et non les actions), des manies stuporeuses, des maniaques qui ne bougent pas, ou encore des manies dépressives où les sujets ont, certes, des idées tristes mais à toute allure. Kraepelin relève également des états mixtes. Pour chacun de ces cas, il existe des états intercritiques – certains sujets n'en présentent pas. Se repèrent ainsi les dépressions constitutionnelles (des sujets toujours déprimés ou sub-mélancoliques) et, à l'inverse, les cyclothymies (le changement d'humeur du matin au soir), très actuelles.

Remarquons qu'aujourd'hui, le névrosé se croit cyclothymique. En réalité, il est celui dont l'humeur dépend de l'environnement : suivant l'humeur du mari, des enfants, du patron, du collègue, ou bien il est joyeux ou bien il pleure. *A contrario*, un sujet cyclothymique connaît des variations d'humeur conséquentes, et ce, quoiqu'il se passe dans l'environnement.

Autrefois, ces troubles étaient considérés comme des psychoses endogènes – non reliées directement à une psychogénèse. Il reste intéressant d'apercevoir quel événement déclenche un état mélancolique ou un état maniaque, mais s'il est causal du déclenchement, il ne l'est pas de l'accès lui-même. Ainsi y a-t-il des sujets qui, chaque

11. *Ibid.*, p. 526.

fois qu'ils ont une grande joie, déclenchent ensuite un état mélancolique. En mettant des mots sur ce qui arrive, l'analyse peut aider à mieux repérer la logique des accès.

Un rapport au temps singulier

Dans *Le Temps vécu*, Minkowski, spécialiste de la psychopathologie et du temps, relève comment, dans la mélancolie, *le devenir entier se précipite sur nous et devient dans son ensemble une puissance hostile qui ne peut que nous faire souffrir. Le futur est douleur* [12] – le fait de ne pouvoir élaborer un projet n'indique pas que le sujet en est incapable, mais combien c'est douloureux. Il poursuit : *Cela éclaire l'inertie de la dépression et la difficulté à la mobiliser. La dimension de l'avenir est aussi ce qui est absent. Le présent se manifeste comme ennui*. Or, quand les mélancoliques commencent à s'ennuyer, voire à se plaindre et à pleurer, c'est parfois qu'ils vont mieux et entrent dans une phase plus légère.

Cette temporalité particulière de la mélancolie existe aussi dans la manie et prend la forme d'une accélération du temps qui tend à sa déchéance, du fait même, pour le sujet d'être partout et nulle part. Il y a parfois un évitement de tout ce qui pourrait plonger le sujet dans l'infini, tel ce père de famille parfaitement adapté, qui ne peut pas regarder un vide, un ciel sans nuages ou entrer dans une cathédrale de peur de perdre la tête. Avoir une vie normale, moyennant de laisser de côté l'infini, est presque une condition *sine qua none*.

Hubertus Tellenbach étudie le *typus melancholicus*, le style du mélancolique : ce dernier passe sa vie à coller à un rôle, et il décompense à partir du moment où il en est empêché. De nombreux *burn-outs* concernent ainsi des sujets *hypernomiques*. Ils déclenchent si l'on veut les faire sortir de cette hyperidentification, de cette *surindentification au rôle*. À ce propos, Alfred Kraus distinguera l'*ego-objet* (du côté de la stabilité, de se considérer soi comme un objet) et l'*ego-sujet* (c'est-à-dire se considérer en futur, en avenir). L'époque est plutôt à l'ego-objet. Le bipolaire (et le mélancolique en particulier) aurait beaucoup de difficultés avec l'ego-sujet, qui est du côté du désir, car il lui faudrait sortir de sa suridentification au rôle.

Voilà pour la psychiatrie classique.

Psychose maniaco-dépressive et bipolarité

Face à la prolifération de cas, une distinction entre troubles bipolaires et psychose maniacodépressive a lieu dans les années soixante-dix, entraînant la disparition de la seconde. Le terme *bipolarité* est inventé par Karl Kleist en 1953. On en distingue huit types à l'heure actuelle, qui déterminent chacun un traitement différent, car la clinique bipolaire est une clinique du médicament.

Le trouble bipolaire de type 1 correspond à la psychose maniaco-dépressive : une succession de dépressions et d'états maniaques. Il commence, en général, par un état maniaque et présente des phases intercritiques où le sujet n'est ni dans l'un ni dans l'autre.

Le trouble bipolaire de type 2, quant à lui, regroupe les cas de dépressions chroniques avec des phases intercritiques qui comportent (ou pas) de petits épisodes

12. Minkowski E., *Le Temps vécu. Études phénoménologiques et psychopathologiques*, Paris, PUF, 2013.

hypomaniaques. On conseille au clinicien d'être à l'affût de ces épisodes afin de privilégier un régulateur de l'humeur plutôt que les antidépresseurs, car certaines études démontrent que la prise d'un tel médicament pour un type 2 augmente le risque de passer en type 1.

Le psychiatre américain Hagop S. Akiskal a beaucoup fait pour la classification, soutenue par la généralisation des items de Jules Angst et l'échelle de Goldman Sachs – un recueil de soixante questions que le patient remplit avec un infirmier et qui détermine son type de bipolarité. À partir des années quatre-vingt, la bipolarité s'étend, jusqu'à recouvrir huit sortes de troubles en 1999 – de 1 à 2 % de fréquences des psychoses maniaco-dépressives, on passe à 10-20 % de bipolaires dans la population. Certaines maladies sont souvent associées à la bipolarité, mais restent distinguées – anorexie mentale, toxicomanie, dépression du *post-partum*, TDAH…

Le trouble bipolaire de type 3 regroupe ceux qui réagissent à un traitement antidépresseur par des épisodes maniaques. Le type 4 relève de la cyclothymie, tandis que le type 5 désigne les hyperactifs chroniques – des gens qui ne présentent pas d'état dépressif et ne sont pas conscients de leurs troubles.

Aujourd'hui, on tend à s'intéresser à la *somatose*, aux accidents de vie non endogènes qui auraient pour effet de créer un trouble bipolaire (le manque de sommeil, le fait de vivre dans un milieu de violences, d'avoir été dans des positions de *burn-out* ou de PTSD). S'agit-il de déclencheurs chez des personnes disposées ou ces éléments ont-ils une valeur de déclenchement en soi ?

Ceux qui étudient la sociologie de la bipolarité se demandent si notre monde ne produit pas de l'hypomanie et, partant, une forme de *kindling*, d'embrasement, poussant au désespoir – c'est-à-dire au déclenchement d'une bipolarité. Cette question d'hygiène mentale pourrait être alimentée par les images et informations disponibles en continu sur les réseaux sociaux, qui participent ainsi d'un « vivre dans un environnement émotionnellement dangereux ». Il existe aussi la théorie du traumatisme hyperactif, qui désigne une accumulation de traumas répétés : harcèlement scolaire ou en ligne pourraient déclencher un état grave.

Vers la manie

Souvenons-nous pourtant qu'en 1933, Ludwig Binswanger, qui appartient à cette école phénoménologique s'étant intéressée aux accès maniaco-dépressifs et aux états critiques – école qui estime que la psychiatrie traite des maladies de l'être et non celles du corps, qu'elle ne relève donc pas de la biologie –, fait paraître un ouvrage intitulé *Sur la fuite des idées*. Il y écrit qu'on ne retient que *l'accélération mais la pensée, dans la manie, est comprimée, ramassée autour de quelques centres dispersés. La dispersion est d'ailleurs un caractère critique majeur des sujets bipolaires. Même dans les cas de mélancolie, on les décrit avec des difficultés de concentration* [13]. Les sujets bipolaires sont dispersés, y compris dans leur vie. Là où certains ont une vie linéaire (au niveau du métier, de l'amour…), les sujets bipolaires semblent partir dans tous les sens. Ici, les choses ne s'arrangent pas de façon harmonieuse, l'harmonie n'étant possible que parce que nous percevons par le filtre du sens. Mais si ce sens est

13. Binswanger L., *Sur la fuite des idées*, Grenoble, Jérôme Millon, 2000.

altéré, on retrouve *le heurt des choses*, qui n'est autre que le heurt du réel. Ainsi, dans la manie et la mélancolie, la signification entre les choses et le langage n'est plus la même. Le lien entre agir et penser se modifie. Dans la manie, L. Binswanger souligne que cela prend la forme d'une perte de centralité par où agir et penser sont semblables : ce qui oriente le sujet, en lui-même dans sa pensée et dans le monde, n'est plus.

Là, l'hypernarcissisme n'est que secondaire. C'est une tentative de rassembler les morceaux, car l'éclatement de la manie entraîne une insécurité, une incertitude. L. Binswanger l'écrit ainsi : « L'homme maniaco-dépressif [...] est plutôt l'être *qui doute* de tout sur la base de son "incertitude" et de son "insécurité" existentielle, l'être qui voit et a le monde *divisé* dans son fondement le plus profond [14] ». Autrement dit, c'est l'être qui a la division en son monde, résonnant ainsi avec le clivage dont parlent les psychanalystes, avec parfois des doubles vies (deux maisons, deux femmes, etc., qui ne se rencontrent jamais). Un des malades de L. Binswanger dit : *J'aime bien la vie, mais elle n'est rien d'important*. Ce dire témoigne d'une facilité à se laisser tomber et à laisser tomber. Dans la dépression, tout tourne autour de la perte, qui n'est autre que celle de la vie elle-même. Une autre malade de L. Binswanger indique : *La vie vous est passée devant et on ne peut plus la rattraper*. Curieusement, le suicide est une tentative de *rattraper la vie dans la mort*. Certains sujets peuvent se tuer pour une autre vie qu'il n'y a pas, et ce, alors même qu'ils savent son inexistence – ce qui montre que la vie leur échappe.

Le réel du désir

Lacan repère ce rejet de l'inconscient et du langage dans la crise mélancolico-maniaque mais, à la fin du Séminaire *Le Transfert*, il a ce message d'espoir :

> « c'est de me déplacer dans le champ du rêve en tant qu'il est le champ d'errance du signifiant, que je peux entrevoir la possibilité de dissiper les effets de l'ombre, et savoir que ce n'est qu'une ombre [...] il y a plus réel que l'ombre, qu'il y a, tout d'abord et au moins, le réel du désir, dont cette ombre me sépare. [...] L'homme avec l'analyse se réveille. Il s'aperçoit que depuis des millions d'années que l'espèce humaine est là, il n'a pas cessé d'être nécrophage [15] ».

Section clinique de Bordeaux — 18 avril 2025

14. *Ibid.*, p. 225-226.
15. Lacan J., *Le Séminaire*, livre VIII, *Le Transfert*, texte établi par J.-A. Miller, Paris, Seuil, 2001, p. 442.