



HAL
open science

De l'agnosie à l'aboulie. La folie maniaco-dépressive, étude clinique.

Clément de Guibert

► **To cite this version:**

Clément de Guibert. De l'agnosie à l'aboulie. La folie maniaco-dépressive, étude clinique.. *Tétra-logiques*, 1997, 11, pp.31-73. halshs-00343446

HAL Id: halshs-00343446

<https://shs.hal.science/halshs-00343446>

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.

De l'agnosie à l'aboulie. La folie maniaco-dépressive, étude clinique.

Clément de Guibert

[Résumé : Par analogie avec l'agnosie, éclatement de l'objet perceptif, le syndrome maniaco-dépressif est ici analysé 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 fait l'hypothèse, appuyée par l'observation clinique de deux patientes, d'un trouble de la pulsion, la pulsion étant définie comme un contour ou une Gestalt d'impulsions, déterminant normalement la direction d'un intérêt électif. De même que la Gestaltisation perceptive est un intermédiaire nécessaire entre sensation élémentaire et 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].

Introduction : de la suite dans les idées

Il s'agit de présenter ici, dans la suite d'un travail épistémologique¹, le volet clinique d'une confrontation de l'anthropologie clinique fondée par J.Gagnepain à des troubles qui relèvent en psychiatrie de la classique « psychose maniaco-dépressive ». Cette maladie n'est pas, à vrai dire, l'objet de ce travail ; de psychose nous pensons qu'il n'y en a pas ici, si l'on entend par psychose un trouble spécifique de la personne, s'exprimant dans les spécificités relationnelles et existentielles dont les modes schizophrénique et paranoïaque sont deux expressions ; quant à « l'alternance de l'humeur » où un seul trouble est défini de façon ambiguë par l'antagonisme de la manie et de la dépression, elle n'est pas, en elle-même, pathologique et définitoire d'un trouble dont la cohérence doit être cherchée dans ce qui explique à la fois l'alternative et la particularité de l'une et de l'autre.

1. Une ambiguïté nosographique

Du point de vue d'abord d'une nosographie différentielle, le syndrome, cliniquement et théoriquement, est à cheval sur la répartition des névroses et des psychoses, voué plus ou moins à la non-catégorie de trouble intermédiaire voire « borderline ». Que la frontière séparant la psychose de la névrose soit en effet conçue comme « perte du contact avec la Réalité » ou comme « défaut de l'accès au Symbolique », la nature des symptômes maniaco-dépressifs, dits affectifs ou moraux, s'oppose autant à un amalgame simple avec la schizophrénie - amalgame que même Bleuler n'a pas osé malgré l'expansionnisme de sa Synthèse -, qu'à une appartenance au champ de la névrose, au vu du « manque de fondement réel » ou de « l'abandon de l'objet » que semble exprimer le psychisme maniaco-dépressif. Autrement dit, si le maniaco-dépressif paraît « délirant », il ne l'est pourtant pas comme un psychotique ; ou si, délaissant le problème de la manie, l'on conçoit qu'il est sujet à l'inhibition dépressive ou à l'intransigeance d'un Surmoi, c'est pourtant différemment ou plus « profondément » qu'un névrosé.

Ainsi, pour l'approche Lacanienne, quand l'appartenance à la psychose de la maniaco-dépression, sous son aspect mélancolique, est discutée, elle est considérée comme un état psychotique, forme de suppléance à la Forclusion, dont il reste cependant à expliquer la spécificité par rapport au trouble psychotique, à savoir la prédominance d'une faute morale², ou la « non-fonction »

¹ de Guibert C. (1994), La non-évidence de la souffrance. De la psychose maniaco-dépressive vers l'aboulie, *Questions d'éthique. Tétralogiques N°9*, Presses Universitaires de Rennes.

² Vaisserman A., Du phénomène à la structure ; Gorog F. et J.J. , Questions sur la structure de la psychose maniaco-dépressive ; in *Phénomènes et structure dans le champ des psychoses*, G.R.A.P.P, Colloque de la Pitié-Salpêtrière, 1988.

de ce que Lacan appelait « l'objet a, cause du désir »¹. À l'autre extrémité du champ épistémologique, pour la psychiatrie positiviste, le terme de psychose « ne présente plus beaucoup d'intérêt », même si les patients « ne sont pas vraiment psychotiques »², puisque les états maniaques ou dépressifs sont morcelés et standardisés en corrélation de symptômes, évacuant le problème de la cohérence et de la spécificité dynamiques du syndrome ; ces états sont qualifiés, en surplus et accessoirement, de psychotiques, si s'y ajoutent des éléments délirants ou une « non congruence des idées à l'humeur »³, congruence et délire restant d'une évidence à définir.

Pour la théorie de la Médiation, il y a là l'enjeu de la diffraction entre la responsabilité liée à la personne et la culpabilité liée à la norme, diffraction qui ne se résume pas à la seule distinction clinique des psychoses et des névroses, et qui, en lieu et place d'une même échelle de rationalité ou d'adaptation à la réalité, substitue des modalités rationnelles indépendantes et analogues. De ce point de vue, la maniaco-dépression est à situer sur le plan de la norme, car l'apparente gravité du handicap, l'inadaptation, l'incohérence, ou « la perte de réalité » dont la schizophrénie fait quasiment et vaguement le lieu commun de toutes les pathologies psychiatriques, ne constituent aucunement en soi des critères spécifiques de la psychose - ni d'aucun trouble d'ailleurs, qu'il soit neurologique ou psychiatrique -. C'est donc une des occasions d'affirmer que, - la notion de réalité, humainement, étant loin d'être d'une évidence, la maniaco-dépression, entre autres, le montrant sur son plan - il y a autant de réalités que de facultés rationnelles qui les constituent comme références.

2. Un syndrome antinomique

Du point de vue ensuite de la cohérence dynamique du trouble, le syndrome est psychiatriquement attestable, après l'institution de Kraepelin, par la réunion accessoire, périodique et contradictoire d'une manie et d'une dépression décrites par opposition, d'éventuels états mixtes appuyant l'unité évolutive des états de la maladie. Dans les descriptions de la manie et de la dépression - sans parler ici de l'amalgame des points de vue étiologiques et sémiologiques - coexistent de fait des critères hétérogènes, principalement ceux de l'asthénie et de l'excitation quasi physiologiques d'un côté, de la souffrance et de l'exaltation dites morales de l'autre. Que ce soit en tout cas dans la description nosographique de Kraepelin ou la modélisation explicative de Freud, le paradoxe clinique et théorique du trouble subsiste.

A la suite de Freud en effet, l'étude de la mélancolie, - dont le conflit névrotique entre le désir et le refoulement restait le modèle, et la « perte de l'objet », l'hypothèse explicative -, a constitué psychanalytiquement le terrain privilégié, délaissant quelque peu le mystère du renversement maniaque, dit défensif et conçu comme « suppression automatique et temporaire de la rigueur »⁴, ou encore révolte du moi contre le complexe. De fait, l'absence d'une conception dialectique chez Freud se heurte à une pathologie qui exprime finalement autant le refoulement que le défolement, et ses suivants épuiseront rhétoriquement les aléas des relations objectales⁵. Pour ce qui concerne la nosographie systématique de Kraepelin, malgré son regroupement des états maniaques et dépressifs, malgré l'importance qu'il conférait aux états mixtes pour attester l'unité du syndrome, la psychiatrie positiviste a poursuivi dans la voie de la prolifération symptomatique, avec l'énumération des états : unipolaires, bipolaires, cyclothymiques, bipolaires à prévalence maniaque ou dépressive, à expression modérée, à cycles courts, manie dysphorique, etc.⁶. Quant à l'allure paroxystique et non chronique des « accès », qui avec la périodicité semble conférer une spécificité médicale au trouble, elle a pourtant suscité le débat d'une possible identification avec une paranoïa ou une schizophrénie aiguës et périodiques⁷, tandis que les circonstances déclenchantes d'accès réputés endo-

¹ Lacan J. (1963), séminaire inédit sur l'Angoisse du 03.07.63.

² Bourgeois M.L., Verdoux H. (1995), *Les troubles bipolaires de l'humeur*, Masson, p.48.

³ Selon l'American Psychiatric Association (1987). D.S.M III-R : *Diagnosical and statistical Manual of Mental Disorder*, Washington DC, APA.

⁴ Freud S. (1915), Deuil et mélancolie, *Métopsiologie*, Paris, Folio, 1968, p.168.

⁵ Cf. p.e. Jeanneau A. (1980). *La cyclothymie. Etude psychanalytique*, Paris, Payot.

⁶ Cf. p.e. Bourgeois M.L., Verdoux H. (1995), op. cit.

⁷ Ey H. (1954), Etude N°20, La classification des maladies mentales et le problème des psychoses aiguës, *Etudes psychiatriques*, Desclée de Brouwer et Cie, p.36.

gènes et non réactionnels ne sont pourtant pas inexistantes, et que l'état dit intercritique n'est pas non plus exempt « d'altération de l'humeur »¹.

Du point de vue de l'anthropologie clinique, qui garde l'exigence conjuguée d'une théorie systématique, - d'un modèle -, et d'une description systématique, - d'une nosographie -, c'est là cette fois l'enjeu d'une conception dialectique de la volonté humaine. Au delà d'une perspective dualiste opposant ce qui naturellement nous pousse et ce qui culturellement nous contraint, la notion de dialectique permet de poser autrement le problème d'un syndrome qui, d'une part, exprime la contradiction abstraite d'une illégitimité et d'une permissivité caractérisant somme toute normalement, du point de vue de l'exploitation structurelle, le fonctionnement négatif et relatif de la norme ; et, d'autre part, d'un syndrome où l'illégitimité et la permissivité ont par contre des caractéristiques pathologiques communes du point de vue de la conjoncture. Ces caractéristiques, qui ont été aperçues par d'autres sous les termes par exemple de trouble de « l'action volontaire » ou de « l'absence d'investissement d'objet », différencient le syndrome autant de la névrose que de la psychopathie, et nous le désignons après J.Gagnepain du terme d'aboulie sans restreindre son acception au sens psychiatrique de la perte d'élan ou de l'inhibition de la volonté, puisque, de même que l'on peut déprimer de projeter l'illégitimité sans avoir rien à perdre, on peut transgresser la règle et répondre à l'incitation sans pour autant désirer ni succomber à une tentation consommée.

Nous pensons donc que, plutôt que de décrire ou d'expliquer une alternance apparente, c'est au trouble lui-même qu'il faut réattribuer la possibilité d'une alternative qui, pour sembler paradoxale, n'en est pas moins cohérente, téralogique. L'hypothèse de l'aboulie permet d'évacuer le double problème évoqué en une seule problématique qui pose, autrement et à la fois, les exigences de la spécificité et de la cohérence dynamique du syndrome. Autrement dit, il ne s'agit plus d'affiner la description ou d'élaborer une autre explication d'un trouble dont on suppose la spécificité établie, mais de confronter hypothétiquement ensembles une nosographie et un modèle.

D'autre part, si la pathologie concernée appartient en l'occurrence au champ psychiatrique, il n'est pas exclu par avance que l'aboulie, hypothèse réelle ou réalité abstraite, puisse s'expérimenter aussi dans le champ neurologique ou dans des tableaux apparemment dissemblables², puisqu'on ne peut accepter a priori, du point de vue de l'explication anthropologique du syndrome et de ses processus, une distinction qui ressortit d'abord d'une perspective étiologique et thérapeutique, rejoignant en cela les problèmes rencontrés par C.Quimbert concernant les rapports entre l'autisme infantile et l'asomatie d'étiologie neurologique³. Ce sont d'ailleurs des tableaux neurologiques, ceux de l'agnosie, qui ont servi de référence pour construire analogiquement la clinique du trouble aboulie.

I. De l'agnosie à l'aboulie.

Pour situer les choses, J.Gagnepain suggère d'assigner au trouble dit de l'humeur la place d'un trouble de la boulie ou du projet, pôle naturel, pulsionnel, de la dialectique de la norme. Si donc hypothétiquement la norme se définit par le rapport dialectique entre, d'un côté, un raisonnement abstrait dit éthique qui, en soi, nie la jouissance pour sa mesure, et, de l'autre côté un discernement naturel et pulsionnel dit boulique qui conditionne la direction et la force du désir et de la satisfaction, le comportement humain se caractérisant par l'ambivalence d'une décision effective qui n'est ni celle qui est exigible ni celle qui est souhaitable⁴, alors l'aboulie est une pathologie de la capacité naturelle du discernement pulsionnel. Et cette pathologie n'est pas sans répercussion sur

¹ Cf. p.e. Bourgeois M.L, Verdoux H. (1995), op.cit., p.145 et suiv., 163 et suiv.

² Duval-Gombert A., Le Gac-Prime C., Patient sans intérêt ; Sabouraud O., A la recherche d'une pathologie neurologique de l'éthique. Les syndromes frontaux revisités ; Guyard H., Le Borgne R., L'écriture sans soucis d'une femme imperceptible. Peut-on parler d'une écriture aspoudasique ? ; in *Tétralogiques* N°9, op.cit..

³ Quimbert C. (1993), Autisme et neurologie, *Neurolinguistique, neuropsychologie. Tétralogiques* N°8, P.U.R.

⁴ « Tant il est vrai que le Bien n'est au fond que le bien dont on se libère et que l'abstinence sur ce plan équivaut elle-même à l'abstraction de la pensée. Tout comme, en effet, l'objet reste dialectiquement la référence du concept, le projet, loin de s'amuir, par le biais de la tentation dominée, persiste au coeur de la vertu », Gagnepain J. (1991), *Du vouloir dire II. De la personne. De la norme*, Livre et communication, p.193.

l'expression de la mesure éthique elle-même, puisque celle-ci est libérée des contraintes naturelles qui contraignent et dirigent normalement le comportement.

1. L'aboulie, pulvérisation du projet

Analogiquement à la distinction entre sensorialité, - information des continuités sensorielles -, et gnosie, - configuration perceptive atteinte dans l'agnosie -, J.Gagnepain distingue l'affect, de l'ordre de la réaction à la stimulation, et la boulie, configuration pulsionnelle de la « *gamme des tonalités affectives* », « *mise en branle* » ou plutôt « *émotion dont, au delà des apathies, le trouble cliniquement culmine dans une aboulie qui - en tout point parallèle aux agnosie, apraxie, asomatie parente à notre avis du Korsakov - évoque moins l'inertie que le syndrome maniaco-dépressif* ».

A ce niveau de l'appétence, « *le vouloir naturel n'est pas pure stimulation mais recherche essentiellement élective et immédiatement discriminatoire de jouissance (...)* ». L'aptitude à l'effort y conditionne « *l'aptitude, sinon, évidemment, à l'abstraction du renoncement, du moins à cette mise à échéance de la satisfaction résultant (...) de la sériation naturelle des projets* », dont l'écart représente la valeur ou l'intérêt du comportement. Si dans la gnosie, « *la saisie des contours, des volumes, des fréquences optiques ou acoustiques l'emporte sur l'identification plus ou moins verbalisée de l'objet* », pour la boulie, il faut dissocier « *du contrôle qu'on peut en avoir, l'agrément ou le désagrément que tout simplement elle procure, voire le caractère central ou périphérique des modifications qu'elle apporte* »¹.

Cliniquement, et analogiquement à l'éclatement perceptif dans l'agnosie, ou à l'éclatement du geste en mouvements élémentaires dans l'apraxie, le modèle conçoit donc hypothétiquement l'inappétence aboulique, opposée autant à l'indécision névrotique qu'à la passion psychopathique, comme « *pulvérisation du projet en tendances élémentaires* »², impressionnabilité non organisée en pulsion spontanée, déterminant un « *flottement comportemental* » dépendant impulsivement des sollicitations environnementales³.

2. Prévalence structurelle et déformation conjoncturelle.

L'hypothèse renvoie donc en première analyse, d'une part, au syndrome de l'agnosie - concernant ici celle dénommée en neurologie « *aperceptive* » -, où le patient, sans trouble élémentaire (du point de vue des contrastes, contours, couleurs, acuité, et champ visuels) ni grammatical, est victime d'une perception morcelée, incomplète, l'obligeant éventuellement à une description laborieuse des indices saisis et additionnés, indices sensoriels offrant matière à des hypothèses et déductions grammaticalement intactes qui ne peuvent être à leur tour perceptivement contredites ou attestées⁴ ; d'autre part au syndrome de l'apraxie - celles dites en neurologie « *idéo-motrice* » ou « *frontale* » -, où, en l'absence de trouble moteur ou technique, le défaut de configuration du geste s'exprime par la confusion et l'amalgame moteurs des positions ou des séquences, le geste retrouvant paradoxalement une aisance dans l'emploi technique d'un ustensile qui suggère, éventuellement impérieusement, un programme de mouvement.

C'est à dessein que nous insistons sur ce qui apparaît comme un double aspect de ces tableaux cliniques, dont un point commun réside en ce qu'y coexistent selon le contexte une absence d'élaboration - une déformation conjoncturelle - des phénomènes dits élémentaires (continuité sensorielle, motrice), et une prévalence structurelle non contrariée des analyses logique et technique. Le paradoxe de l'apraxie suggère en effet que dans l'agnosie aperceptive la verbalisation puisse, de

¹ idem, p.178 et 182.

² La notion d'élémentaire désigne ici un niveau de traitement, puisque le problème est bien de savoir s'il y a de l'élément plutôt que de l'indifférencié ou du continu.

³ Séminaire inédit 1983-84, *Les conditions de l'expérimentation*, La bile et la fureur, (26.01.84.).

⁴ « *Parfois il se livre explicitement à un travail de construction perceptive : "c'est long, c'est jaune, pointu à un bout... qui est noir, ce doit être un crayon". D'autres fois, il commet des erreurs qui correspondent à la confusion des formes, à la prise en compte partielle des indices perceptibles - quand par exemple une pièce de monnaie est dite un "anneau de clef"* ». Sabouraud O. (1995), *Le langage et ses maux*, O.Jacob, p.181 et suiv.

la même façon que l'utilisation sur la conduite motrice de l'apraxique, influencer sur la saisie d'information, correctement ou non du point de vue de l'adéquation conjoncturelle, - le mot suggérant unilatéralement une réalité qu'il devient dès lors possible de « réaliser » et d'informer, ou dont il devient possible de « prendre conscience » -. Précisément, il y a un autre tableau agnosique en neurologie, - qualifié anciennement « d'agnosie associative » ou, dans une version plus précise, « d'aphasie optique », et plus récemment de « disconnexion visuo-verbale » - qui a fait l'objet du travail de M.C. Le Bot¹ où l'agnosie est conçue et observée en tant qu'hégémonie du langage, la pratique verbale hypothétique déduisant réellement, hallucinatoirement, ce qu'elle suggère sans la contradiction et l'exigence d'adéquation que fournit normalement la perception, l'hypothèse se faisant postulat incontestable ou adéquat en toute occasion.

Au terme actuel de ce travail et pour anticiper sur la suite, on peut suggérer heuristiquement que les deux aspects agnosiques précités ne soient pas contradictoires du point de vue des processus en cause. Si l'agnosie est un trouble de la configuration perceptive, et si l'on veut tirer parti du paradoxe des tableaux, le syndrome peut effectivement s'exprimer, d'un côté, sous l'aspect d'une verbalisation privée d'exigence d'adéquation objective, c'est à dire sous la forme d'une prévalence grammaticale qui, loin d'être une simple préservation de la faculté d'abstraction, crée, ex-nihilo si l'on peut dire, sa propre réalité ; et, d'un autre côté, sous l'aspect d'une déformation conjoncturelle de l'information qui ne peut réaménager l'hypothèse langagière.

3. Hypothèses

Contrairement donc aux troubles de l'analyse tels l'aphasie où la perte structurelle des rapports différentiels et segmentaires détermine une adhérence à la ressemblance et à la coïncidence conjoncturelles, les troubles du discernement se caractériseraient par une perte de la « sélection » et de la « combinaison » conjoncturelles déterminant le rapport non dialectique d'une analyse prévalente à une conjoncture non configurée². La non configuration de la conjoncture perturbant le rapport à la structure pose autrement le problème de l'ambiguïté entre une pensée sans référence et un éclatement descriptif chez l'agnosique, s'exprime dans le paradoxe de l'habileté outillée et de l'éclatement gestuel spontané de l'apraxique, voire celui de la conformisation à la relation et de la perte de la perspective en situation chez l'asomasiq. Bien qu'il y ait pathologie naturelle, celle-ci s'exprime aussi de façon spécifiquement culturelle en ce qu'elle n'échappe pas à l'analyse et à la possibilité de sa négation, la difficulté tenant à ce qu'il faille penser en terme de rapports et non d'états.

La perte de la pulsion livrerait ainsi l'aboulie à l'abstraction d'une mesure éthique non rapportable à un désir qu'il puisse lui-même configurer au delà de l'impulsivité ; il ne peut trancher, faute d'y être intéressé, entre les décisions éthiquement envisagées qui le subjuguent, rien ne le motivant préférentiellement même si rien ne le laisse affectivement indifférent. Le trouble s'exprimerait potentiellement de trois façons, et non seulement deux, selon le rapport entre l'analyse prévalente et la conjoncture informe³.

Sous l'aspect de ce que l'on pourrait appeler une prescription irréfutable sans tentation⁴ et dans le mouvement de projection de la décision sur la conjoncture, l'aboulie détermine la prévalence d'une mesure éthique privée d'exigence d'investissement. Le patient veut au sens propre ce qu'il décide ou ce que le règlement négativement lui dicte, dans un jugement fabulatoire⁵. L'assertion ne peut être de ce point de vue qu'un axiome, pourtant jamais fondé, désintéressé, d'une « sin-

¹ Le Bot M.C. (1987), *Le seuil clinique de l'humain*, Thèse de Doctorat, Rennes II ; et (1989), Il y a toujours quelque chose à dire, *Le paradoxe glossologique. Tétralogiques N°6*, P.U.R.

² J.Gagnepain parle d'incidence pour le rapport du signe à la structure et de référence pour le rapport du signe à la conjoncture (*Du vouloir dire I. Du signe. De l'outil.*, Livre et communication, 1990, p.63). On pourrait évoquer ici une incidence sans référence, contrairement à l'aphasie où il y a une référence sans incidence.

³ Ces trois aspects correspondent à des versions pathologiques des trois performances envisagées par J.Gagnepain dans la manière d'exploiter le rapport dialectique, par conformation de la conjoncture à la structure, par conformation de la structure à la conjoncture, ou par exploitation de la contradiction elle-même.

⁴ La tentation, dans le modèle, est à la norme ce que la référence est au signe. *Du vouloir dire II*, op.cit., p.225.

⁵ Décision et jugement, utilisés ici comme analogue de la désignation et du concept au plan du signe, sont à entendre dans un sens quasi-juridique, toute légalité et logique mises à part, à savoir comme sanction d'une décision critique - ou d'une habilitation à jouir - qui autorise ce qu'elle ne blâme pas.

cérité » sans duplicité ni ambivalence aucunes.

Sous l'aspect d'une incitation impulsive sans appétence et dans le mouvement d'injonction de la décision par la conjoncture, l'aboulie détermine un accomplissement impulsif et dispersé, l'impossibilité de la maintenance d'un « centre d'intérêt » conditionnant l'irrésolution et la stérilité de la décision. Le patient est dépendant de stimulations, internes ou externes, qu'il ne peut modérer et réguler, incitant des décisions dont la légitimité ne peut être préférentiellement tranchée.

Enfin, sous l'aspect de l'autotransgression d'une décision pour elle-même, le patient transgresse circulairement et automatiquement la règle qu'il s'impose. Visant ludiquement la transgression pour elle-même, il joue de la négativité conservée de la règle et de la permission.

II. Clinique

L'observation concerne deux patientes hospitalisées en milieu psychiatrique, ayant reçu, parmi d'autres diagnostics, celui de psychose maniaco-dépressive, avec présence d'épisodes maniaques et dépressifs. Le diagnostic est parfois considéré comme « atypique », « schizothymique », du fait de signes allégués de dissociation, de délire, voire de persécution. Mais il nous semble qu'il y a là, du fait de la réduction répandue de la maniaco-dépression à un simple trouble affectif, d'une part, l'oubli de la possibilité d'aspects fabulatoires, dits « délirants », intrinsèques à ce syndrome, et d'autre part, la conséquence complémentaire d'une acception vague et étendue de la notion de dissociation ou de schizophrénie.

Mlle C. :

Mlle C., 42 ans, a subi plus d'une trentaine d'hospitalisations, dont la première à 15 ans alors qu'elle était en pension. Il est observé à cette époque : « *Instabilité caractérielle comportant des épisodes dépressifs entrecoupés d'exaltation avec parfois une note délirante ; dit avoir commencé à douter de la foi au moment de sa communion, qu'on l'a mise en pension sans lui expliquer " les mystères de la vie ". Doute et idée d'incomplétude, ambivalence et humeur labile. Emet des plaintes corporelles : elle marche de travers, sa vue baisse, elle a des maux de tête, elle se voûte, son corps durcit, elle se rétrécit. Joue avec les mots. "Je me suis fatiguée par égoïsme, je suis tombée malade d'insatisfaction". Impression de devinement de la pensée, d'être téléguidée. Grande tension, forte anxiété et rumination morose. Aborde les problèmes religieux et sexuels : se sent moins au courant que ses compagnes, se déshabille devant elles. Signale la cyclothymie de son caractère. Hébéphrénie ?* ».

Après un épisode de boulimie, elle passe seule le BEPC et entame ensuite une formation dont elle est renvoyée malgré de bons résultats théoriques. Depuis, elle a une vie passablement chaotique sur le plan sentimental et professionnel, émaillée de nombreuses hospitalisations, motivées principalement par une instabilité comportementale se manifestant par des périodes d'exaltation dispersée et caractérielle ou de repli auto-accusateur et apragmatique. Elle est traitée au lithium. Dans les antécédents, on note que sa soeur aînée s'est suicidée à 20 ans.

Les diagnostics, variables, oscillent de façon générale entre le trouble de l'humeur, l'hystérie, la schizophrénie, voire la schizothymie, conformément à la première observation qui porte un diagnostic interrogatif, confirmé par le dernier en date qui ne tranche pas mais témoigne en quelque sorte d'une certaine constance : « *Difficile à classer sur le plan nosographique. Apparaît essentiellement comme une personnalité borderline avec attitudes hystériques quasi-constantes* ».

Mlle M.

Mlle M., 35 ans, est suivie lors de sa 5^e hospitalisation. Elle est traitée la première fois par antidépresseurs l'année du bac, où elle dit « *avoir amusé toute la galerie* » mais aussi avoir souffert de « *fatigue intellectuelle* », se demandant en particulier « *à quoi servait ce qu'elle apprenait* ». Elle est hospitalisée la première fois suite à une tentative de suicide parce qu'on l'incitait à se rendre à un examen, elle-même refusant car elle avait « *peur d'un accident de voiture* », ou « *peur d'échouer à l'examen* ». Elle renonce à l'université, s'inscrit pour l'enseignement à distance sans y travailler, s'installe avec un ami, démissionne d'un emploi non qualifié et reste ainsi au foyer pendant 10 années, entrecoupées de séjours hospitaliers dont trois pour des épisodes maniaques. Traitée également au lithium, il y a deux antécédents familiaux dépressifs du côté maternel, dont un

suicide.

Dans les observations médicales disponibles, on trouve un « *syndrome anxio-dépressif* », une « *bouffée délirante et agitée avec hallucinations auditives* », des « *troubles du caractère et du comportement avec des éléments délirants* », une obstination au suicide nécessitant la contention, un apragmatisme, des épisodes boulimiques. Les diagnostics, là encore, oscillent entre schizophrénie et maniaco-dépression.

1. « Désirer ce qu'on décide ? » : une prescription irréfutable sans tentation.

Dans l'aboulie, l'élaboration éthique de la décision, dans ses procédures ou ses aspirations, se pose par la négativité d'une illégitimité absolue qui, sous la forme de la culpabilité ou de la nullité¹, se fait prescription évidente et réellement irréfutable, sans ambivalence² ; la réglementation ne peut s'inscrire et se rectifier en *rappor*t à la direction et l'orientation d'une recherche de bénéfice. L'illégitimité, à l'instar du refoulement, n'est en soi aucunement pathologique, mais ici elle n'est en quelque sorte l'abstraction d'aucune prospective, la décision, abstraite, a perdu le rapport d'une tentation. On peut ainsi comprendre que l'illégitimité du maniaco-dépressif, contrairement aux névrosés où elle reste un risque généralement maintenu à distance dans un comportement qui cultive le détour et l'écart entre ce qui est décidé et ce qui est convoité, soit évidente et explicite, « consciente » pour Freud.

De la même façon s'éclaire le fait qu'il y ait illégitimité ou abandon généralisés de tout « investissement d'objet », sans « buts substitutifs » pour continuer avec la psychanalyse ; encore faut-il en effet, pour qu'il y ait abandon et substitution, qu'il y ait désir, ce qui ne nous semble justement pas le cas ici. Et on peut répéter le même raisonnement à propos des « actes manqués », des « formations de compromis » ou du « retour du refoulé », dont l'absence chez le maniaco-dépressif incline à penser que le principe du manquement, du compromis ou du retour n'est pas assuré. Pour la même raison, la négativité du jugement est par définition fabulatoire, jusque dans les classiques idées de culpabilité ou d'indignité dénommées, à tort, délirantes.

C'est pourquoi aussi sans doute les entretiens avec les patients maniaco-dépressifs sont-ils éprouvants et vertigineux pour « l'analyste » qui voudrait s'appuyer sur la relance du désir qui fonde normalement le discours pour enclencher une dynamique de recherche de ce qui est appelé psychanalytiquement la Vérité du Sujet. Or, si nos hypothèses sont bonnes, le sujet n'étant pas ici en cause, il ne saurait par contre être question de vérité, et l'entretien analytique peut favoriser justement un discours formel qui, privé d'un désir qui lui permettrait de trancher et de progresser, fabule des jugements nécessairement insolubles, privés de leurs propres « assises », alors qu'une décision maintenue en lieu et place du patient le soulage de ses paradoxes.

De là vient enfin peut-être l'influencabilité comportementale du maniaco-dépressif, qu'il peut reconnaître et déplorer lui-même, puisque, s'il peut personnellement le contester, il ne peut spontanément résister à un règlement qui nécessairement subjugue son comportement.

a. Une décision éthiquement évidente.

Quand le maniaco-dépressif affirme être coupable ou indigne, qu'il soutient son pessimisme et éventuellement la volonté d'en finir, son jugement est une conviction à la fois explicite et abstraite ne renvoyant à aucun profit pris impunément. L'illégitimité ici, loin donc d'être un rapport implicite de non coïncidence entre un comportement désiré et un comportement décidé, - où les décisions se légitiment inséparablement par les autres exclues et posées comme illégitimes, la distribution pouvant être remaniée -, est un état explicite qui s'impose pour lui-même sans ménagement³.

Cependant aussi, aucun jugement particulier précisément n'est réellement illégitime au re-

¹ Le choix de ces termes, comme d'autres par la suite, est emprunté à J. et H. Guyard.

² L'ambivalence dénote ici la propriété dialectique de la décision de tenir à la fois de l'analyse qu'elle réaménage et d'un projet vers lequel elle ne peut que tendre.

³ Vu sous l'angle de l'incidence du signe, « *le langage n'est qu'un système de rapport qui ne connaît que son ordre propre et ne renvoie jamais qu'à lui-même. Tautologie et redondance en sont curieusement le principe et la fin* », Gagnepain J., *Du vouloir dire I*, op. cit., p.65.

gard de ce qui serait un projet investi, tout jugement convient - comme aucun postulat pour l'agnosique n'est réellement impropre au regard d'une réalité perceptive, c'est à dire que tout concept convient -. Ce n'est pas par rapport à un d'autres décisions fautives ou déçues que le jugement s'exprime ; impairs et déceptions conjoncturels s'évanouissent au fur et à mesure qu'on tente de les cerner dans des objets ou des sujets variables.

Autrement dit, l'assertion est substituable, toujours formellement mais jamais conjoncturellement justifiée. Par là s'explique que l'illégitimité aboulique soit à la fois généralisée - ou généralisable au détours des entretiens -, aisément modifiable dans ses contenus, et abstraite ; ou, comme l'avait remarqué Binswanger, que les motifs allégués puissent paraître des plus futiles, que le thème lui-même soit labile tout en ne laissant place à rien d'autre¹, ce qui nous semble imputable au fait que la réglementation est structurellement nécessitée mais conjoncturellement désintéressée.

Mlle C. :

Pour expliquer pourquoi elle est hospitalisée, elle avance : « *Je suis ici parce que j'ai volé un soutien-gorge dans un magasin. Je sais pas pourquoi j'ai fait ça. Après je me sens coupable, et je jette ce que j'ai volé. J'ai peur qu'on le trouve chez moi. J'ai peur d'aller en prison, que la police vienne me chercher. J'ai de quoi payer pourtant, c'est fini, je ne volerai plus* ». Et elle ajoute : « *Ici tout est à tout le monde, alors... ! A table, c'est du vol à la tire que je fais !* [je lui demande si elle vole dans les assiettes :] *non, j'y pense, mais ça suffit !* ». Elle continue : « *j'ai même fait du stop. Profiter d'une voiture comme ça, gratuitement ! Un homme m'a prise et m'a emmenée dans une maison* ». Plus tard, elle raconte qu'un homme l'a suivie dans le parc et s'effraie « *qu'ils auraient pu faire l'amour comme ça, en plein jour !...* ». A propos de son appartement, elle ne peut plus y aller parce qu'elle doit monter les escaliers et qu'elle a mal aux jambes ; elle va se faire virer parce qu'elle fait du bruit, les voisins font une pétition contre elle. Elle se plaint que son fer à repasser est nul : « *je l'ai jeté par la fenêtre, et j'ai tué quelqu'un !* [c'est vrai...?] : « *ça pourrait arriver, je vais tuer quelqu'un !* ». Elle entend quelqu'un rire : « *c'est plus fort que moi, quand j'entends rire, je crois toujours qu'on se moque de moi* ». On pourrait multiplier les exemples à l'infini selon les circonstances qui en offrent toujours l'occasion : elle dit qu'elle ment, qu'elle est arrivée en retard, qu'elle dit qu'elle ne veut pas de lait mais qu'elle en prend quand même, qu'elle n'a pas fini de digérer, qu'elle mange trop, qu'elle rend ses parents malheureux, qu'elle désobéit au médecin, etc.

La question de savoir si les faits qu'elle évoque sont véritables - pour les vols par exemple - n'a justement pas de sens ici du point de vue de la dynamique morale ; la seule éventualité suffit, comme pour le vol à la tire ou le jet de fer à repasser². Si toute occasion est donc susceptible d'être une faute ou une perte, on peut dire qu'aucune ne l'est plus qu'une autre, et que l'argumentation qu'on peut lui opposer ne fait que déplacer ces occasions.

Mlle M. :

Mlle M. est d'abord très préoccupée par un épisode maniaque qui n'est pas passé inaperçu au Centre Hospitalier Général de la même ville et dans quelques magasins : « *je criais des obscénités, j'ai hurlé toute la nuit, j'ai ameuté tout l'hôpital ; je ne sais plus ce que je disais, je ne veux pas le dire... ; on devait m'entendre partout, toutes les blouses blanches sont venues voir mon portrait, ils peuvent me reconnaître [après 10 ans ?] : les gens se souviennent, ils sont méchants, c'est un boulet, ça me bloque ; j'ai peut-être causé des problèmes à un infirmier, peut-être il a été licencié... ; [dans un hôpital, ils pouvaient comprendre que c'était une maladie ?] : c'étaient pas des psychiatres, ils savaient pas ce que c'était, s'il y avait eu un psychiatre, ça se serait passé autrement, je serais guérie... ! ; dans les magasins, les gens riaient, il y a eu des réflexions, on me regardait ; les gens comprennent pas la maladie mentale, il n'y a pas de quoi être fière..* ». Plus tard, c'est le statut d'handicapé qui devient le motif : « *c'est pas glorieux d'être une handicapée, d'avoir une allocation ; on est un parasite, oisif et inutile, on vit aux crochets de la société ; c'est pire que les chô-*

¹ Binswanger L. (1960), *Manie et mélancolie*, P.U.F, 1987, p.24, 33 et 34.

² Mlle C. a été ainsi un jour accusée d'un vol d'argent dans un restaurant où elle travaillait, et a effectivement eu affaire à la police. Cette accusation a été l'occasion d'une décompensation importante, même s'il s'est avéré qu'elle était accusée à tort, le véritable coupable ayant été dévoilé. Si cette expérience fournit ensuite le motif apparent d'une auto-accusation, elle n'explique pas la nécessité d'illégitimité elle-même.

meurs, j'en suis pas fière, j'ai plus d'argent qu'un chômeur, on est même pas capable de travailler ; c'est même pas comme un handicapé physique, lui ça se voit, ça s'explique. La déprime on y croit pas dans nos sociétés, c'est une faiblesse. Moi j'ai l'impression que ça se voit sur mon visage et ça me rend encore plus gourde... Ma tante, qui est mauvaise langue, pourrait dire que même mon cousin trisomique gagne sa vie dans un C.A.T...».

De fait, au fur et à mesure des entretiens, tout « objet » passe au crible d'un jugement potentiellement indéniable :

« Oui j'ai fait des études supérieures, j'avais de bonnes notes, mais sans travailler, je les méritais pas ; il fallait faire par exemple des exercices de compréhension avec résumé, moi je résumais, mais ça c'est pas de la compréhension ;

Je n'ai plus de mémoire, j'oublie tout. C'est les médicaments, ou peut-être la maladie ; de toute façon, les médicaments ça abîme le cerveau, et on en a jusqu'à la fin ;

Ces entretiens, ça sert à rien, c'est compliqué et je suis pas capable de me rappeler, ça changera rien de toute façon, ça effacera pas les choses, moi je veux oublier tout. Et vous vous en foutez de ce que je dis ;

Je ne suis pas capable de travailler, ou alors un travail manuel. Je peux plus faire aucune activité intellectuelle, j'embrouille tout. Un emploi ça marchera jamais, avec mes antécédents, je n'ai que le bac, le marché de l'emploi est saturé, à quoi ça sert. Depuis 10 ans que j'ai eu le bac, j'ai tout oublié ; [ici à l'hôpital, vous vous débrouillez bien ?] : faire des dessins, ou des gâteaux, c'est pas grand chose, il n'y a pas de mérite ;

Je suis arrivée en retard ce matin, c'est grave ! S'il m'arrive quelque chose, la sécu ne paiera pas ; Moi c'est une psychose, ça ne se guérit pas comme une névrose... ;

Mon ami me fait honte en public, il est trop pratique, il parle trop et se fait remarquer. Je ne l'aime pas, mais j'arriverai jamais à le quitter, je peux pas me débrouiller seule... je suis mal à l'aise en groupe, je suis gourde et maladroite, on m'apprécie pas ;

Le jugement, en dernière analyse, ne peut s'avérer : *« Ça ne va pas [pourquoi ?] : « c'est la fin de l'été, c'est la rentrée..., ça doit être le changement de saison.... [qu'est ce qui ne va pas ?] : je ne sais pas..., je suis angoissée [comment ça se manifeste l'angoisse ?] : je sais pas moi..., une boule à la gorge... je sais pas comment ça se manifeste, je suis pas médecin ! ».* Et la souffrance n'est pas celle que l'on attend : *« Pourquoi le sort a voulu que je sois malade ? c'est insupportable. [qu'est-ce qui est insupportable ?] : il faut aller à la pharmacie, voir le médecin... ; [vous souffrez de quoi ?] : c'est moral, à propos de la raison de mon existence sur terre... [pourquoi êtes-vous obligée de vous poser cette question ?] : sinon, avec quoi je vais combler et remplir mes pensées ! ».*

L'irréalisme du négativisme moral s'exprime plus spectaculairement, sans toutefois changer de nature, dans des assertions qualifiées de délirantes. Si la plupart des jugements restent en effet dans le « vraisemblable » du point de vue de la situation vécue - les jugements décrits précédemment semblent en effet acceptables, même s'ils sont immotivés - l'irréalisme du comportement est confondu en psychiatrie avec la non-conformité de l'opinion à une réalité supposée consensuelle, et les « formes ou idées délirantes » décrites dans la dépression et la manie sont celles, les plus spectaculaires, qui paraissent inacceptables au regard, statistiquement ou non, d'un supposé sens commun.

Cependant, - et sans compter que les désignations d'un agnosique devraient alors aussi être qualifiées de délirantes -, il n'y a, selon nous, aucune différence de principe, du point de vue du rapport pathologique de l'illégitimité et de la motivation, entre les observations précédemment décrites et les suivantes. Plutôt que de délire nous parlons donc, comme pour les observations précédentes et après J.Gagnepain, d'un aspect de la fabulation¹. Dans la discussion psychiatrique sur l'appartenance de la maniaco-dépression à la psychose, H.Ey par exemple est ainsi contraint de nuancer l'aspect « délirant », « la distorsion de la réalité vécue et pensée », en le qualifiant d'oniri-

¹ Terme qui ne désigne pas ce qu'on entend par là en neurologie dans les syndromes amnésiques, les interférences ou les inventions d'événements vécus.

que, ou de « *délire de jeu et de rêverie* »¹.

Cette fabulation n'est pas un élément extérieur au trouble, qui viendrait éventuellement parfois s'ajouter. Les exemples illustrent ici autrement, en permettant justement de faire abstraction de son acceptabilité ou de sa vraisemblance, que le jugement est fabulatoire parce que non dirigé, que le comportement est influençable parce que immotivé, pour reprendre un terme attribué habituellement, mais injustement selon nous, à la schizophrénie. Ce n'est pas tant une distorsion de la réalité que l'imposition sans contradiction d'un réel abstrait du point de vue de la norme. Si on parle ici parfois d'idées de surveillance, d'influence ou de persécution, de dépersonnalisation, c'est au prix d'une définition lâche de notions où l'on confond la désappropriation de l'événement par le sujet lui-même, où est définitoire le fait que l'événement semble étranger et intrusif au sujet bien que lui étant adressé, et l'influencabilité réelle d'un comportement qui n'est pas spontanément motivé.

Mlle C. :

Mlle C. croit être suivie dans la rue, surveillée pour ses fautes ; elle a peur des hommes avec un grand manteau, craignant la police, voire la traite des blanches ; quand elle entend des pas dans l'escalier, ou le téléphone sonner, elle est sûre encore que c'est la police ; des voix sur le pallier deviennent les insultes des voisins faisant une pétition pour la chasser de l'immeuble ; lors des premières hospitalisations, elle pense qu'il y a des médicaments dans la nourriture, qu'il ne passe que des émissions médicales à la T.V. ; se réveillant en sursaut, elle est sûre de voir des serpents entrant sous la porte ; elle affirme que des hommes ont « *pris sa chambre d'assaut la nuit* », qu'il y a du harcèlement sexuel dans le pavillon ; un ami jouant avec un gant de chirurgien veut lui ôter son stérilet ; d'une manière générale, elle ira en prison pour ce qu'elle a fait ; sexuellement, elle est « *foutue* », elle ne « *retrouve pas ses yeux, son cheveux, ses genoux* » ; dans un registre un peu différent, elle a l'impression de ne pas vouloir ses actes, d'agir automatiquement et sans contrôle, d'être influencée dans ce qu'elle fait et ce qu'elle pense par ce qui se passe autour d'elle.

Les impressions de surveillance, les interprétations de menace, les craintes de châtement, les sentiments de pertes ou les « hallucinations » n'ont rien à voir avec les phénomènes « xénopathiques », énigmatiques ou étrangers, contre lesquels lutte le persécuté et où c'est de pouvoir et de propriété qu'il est question ; ils répondent à la projection irrésistible de l'illégitimité et de la punition. L'impression de transformation corporelle correspond à une perte dont l'abstraction n'est pas réfutable, comme la plainte d'avoir grossi ou de ne pas bien digérer.

Mlle M. :

Mlle M. de même imaginait, pendant un transport à l'hôpital que « *son cerveau se vidait de sa substance et de son tonus* » du fait d'une intense migraine ; on allait « *l'emmener dans une secte et lui faire des choses horribles ainsi qu'à son ami, la faire manger par des rats* », précisant que ça devait être en rapport avec le roman « 1984 », de G.Orwell ; elle voit les rats entrer dans la chambre d'isolement ; son père était « *obligé de vendre sa dernière chemise pour la racheter* ». A d'autres moments, elle suppose « *qu'elle a fait des mauvaises choses dans une vie antérieure* », se demande si on peut les connaître, si elle est vraiment un monstre ; les gens sont malheureux à cause d'elle ; les vendeuses des magasins savent qu'elle vit d'allocations, « *regardent ce qu'elle achète, écoeurées de voir ce qu'elle dépense* » ; pendant sa crise de manie, elle a fait quelque chose de très grave qu'elle ne veut pas dire ; dans les magasins, on se moque d'elle, on l'épie, elle n'est pas libre ; tout le monde le sait, ça se lit sur son visage ; son cerveau ne fonctionne pas ; on l'oblige à vivre, elle dit être un automate, etc.

Dans les situations extrêmes et par la surenchère ici de l'illégitimité, il semble que le jugement n'ait donc aucune raison intrinsèque qui l'empêche de s'auto-engendrer et le contraigne à s'aménager et se démentir. Rien, sinon justement autrui, ne vient restreindre ce qui est ici une crainte ou une crédulité, une projection du jugement sans épreuve de réalité qui lui soit propre.

Si, en psychiatrie ou en psychanalyse, on adopte parfois pour la description de ce type d'état - qui est dans la description arbitrairement isolé du reste par rapport auquel il ne se détache logi-

¹ EY H. (1954), Etude N°21, Manie, *Etudes psychiatriques*, op.cit., p.64.

quement pas - le terme de mélancolie, il est connu depuis longtemps que cette vieille notion recouvre de fait des réalités cliniques hétérogènes. Mais, bien que Kraepelin ait proposé rigoureusement de l'intégrer à la folie maniaco-dépressive en la différenciant de la « dépression » du dément précoce¹, bien que, en France, la « mélancolie anxieuse » ait été d'emblée séparée de la « mélancolie persécutée », cette notion de mélancolie n'a pourtant cessé de persister de façon autonome et unitaire en psychiatrie², ou en psychanalyse³.

Il faut rappeler ici brièvement que J.Cottard, sous les termes de mélancolie anxieuse, hypochondrie morale, délire de négation, avait distingué résolument et systématiquement la mélancolie telle qu'elle se manifestait chez les persécutés⁴ et la mélancolie dite anxieuse des négateurs, mélancolie anxieuse à laquelle peuvent faire penser nos deux patientes et que J.Cottard rapprochait bien de la folie intermittente⁵.

b. Un discours formellement paradoxal.

Si la décision, privée de cette référence qu'est la tentation, n'a plus de rapport à un bénéfice recherché, alors elle est exempte de toute ambivalence, - de même que le concept agnosique est exempt d'ambiguïté, sans marge d'inadéquation -. Le mode de décision aboulique n'a donc pas la possibilité d'une marge d'indécision puisqu'il ne répond pas à une préférence visée.

En cela, la clinique du maniaco-dépressif se distingue de la clinique des névroses où la mesure éthique prend définitoirement le pas sur le désir, s'exacerbant dans l'ambivalence du doute ou de la plainte, aboutissant au mode dissocié mais néanmoins encore relatif d'une décision qui fait en quelque sorte le grand écart. Pas de doute et de précautions dans un contrôle interminable, ni de dénigrement et de réajustements dans une insatisfaction toujours reconduite chez l'aboulique, où s'exprime bien plutôt une créativité de contraires que rien n'incite à dépasser, le paradoxe gratuit de jugements qui, plutôt que d'être équivalents, sont sans valeur, ou absolument sincères⁶.

Le discours de l'aboulique en réponse à une demande d'argumentation fournit une démonstration ; conduit à éprouver son discours, il révèle que ses jugements se renvoient les uns aux autres sans hiérarchie des assertions dans une épreuve de vérité qui permettrait la rectification des arguments ou la révision des problèmes.

¹ « C'est ainsi que nous distinguons déjà l'excitation maniaque de l'excitation motrice catatonique et l'inhibition de la volonté du négativisme. On confondait autrefois les deux premiers phénomènes sous le terme d'impulsion motrice et les deux derniers étaient distingués du nom de stupeur », E.Kraepelin, *Introduction à la psychiatrie clinique*, Navarin, Bibl. des analytica, 1984, p.153.

² Par exemple comme trouble dépressif dit « unipolaire », dans le cadre général des « troubles bipolaires de l'humeur », par lequel « la vieille mélancolie, chère à l'école française (...) retrouve une autonomie et une légitimité », Bourgeois M.L., Verdoux H. (1995), *Les troubles bipolaires de l'humeur*, op.cit., p.15.

³ Le privilège de la mélancolie est de règle dans le discours psychanalytique. Cf. par exemple Lambotte M.C. (1993). *Le discours mélancolique*, Anthropos.

⁴ Lasègue Ch. (1852), Le délire de persécution, *Etudes médicales*, Paris, Asselin et Cie, 1884.

⁵ Cottard J., Du délire hypochondriaque dans une forme grave de la mélancolie anxieuse (1880), Du délire des négations (1882), in : Postel J. (1994), *La psychiatrie*, Larousse. « Ces craintes de prison, de condamnation et de supplices ne doivent pas (...) être confondues avec le véritable délire de persécution qui est relativement rare chez les malades de cette espèce (...). Bien différents des persécutés, ils s'accusent eux-mêmes, si on va les livrer au dernier supplice, ce n'est que justice, ils ne l'ont que trop mérité par leurs crimes » (Du délire des négations, p.313). Dans le délire de négation, le malade, coupable et indigne, nie l'existence de la réalité, de ses biens, de certains de ses organes. Selon Cottard, ce type de « délire » n'est que l'exagération de l'hypochondrie morale classique avec laquelle il présente une seule « différence de degré ».

⁶ Cf. pour une formalisation des névroses : Guyard J., Guyard H. (1994), Approche clinique de la norme. Un exemple de probation sans correction. L'hystérie en cause, *Tétralogiques N°9*, op.cit. Ainsi que l'article de ce numéro : pour le névrosé, « l'appétence naturelle, toujours agissante, se transforme en désirs à hauts risques, ou, si l'on préfère, en tentations » ; « celui-ci ne souffre pas d'indéfinition mais plutôt d'une rédefinition constante de ses comportements. Ceux-ci ne sont jamais stables, jamais assez définis ou décomptés ». Il ne nous semble donc pas que la mélancolie et la manie soient respectivement des passages à la limite de la névrose obsessionnelle et de l'hystérie comme le suggère R.Pirard (colloque d'Anthropologie clinique, mai 1995, Rennes). Outre qu'on peut trouver dans la dépression autant de symptômes apparemment obsessionnels qu'hystériques, c'est à dire concernant autant la faute que la perte, ces symptômes ne nous semblent pas assimilables aux symptômes névrotiques. Si cette conception, rejoignant la notion de folie hystérique avancée par J.C Maleval (*Folies hystériques et psychoses dissociatives*, Payot, 1991), a l'avantage de restreindre l'impérialisme des concepts de schizophrénie et de délire, elle reste à notre avis à leur égard en contre-dépendance.

Mlle C. :

Mlle C. par exemple est préoccupée par la sexualité. Cette préoccupation - « *après tout, c'est normal d'avoir des besoins* » -, est contrebalancée par l'éventualité d'une croyance religieuse et de la rigueur associée en matière de plaisir sexuel : « *je ramène tout à la politique, au sexe et à la religion. Les deux premiers servent à rien, et la sexualité est incompatible avec la religion, alors...!* ».

Une autre fois : « *j'ai d'autres préoccupations que le sexe : la politique, la religion... d'ailleurs Dieu dit : croissez et multipliez-vous, alors il faut bien faire l'amour !* ». Elle parlera de l'amour en terme de faute, et de la religion en terme de réparation de la faute, sans être certaine d'être croyante ou pas : « *Ça dépend des jours. Ça irait mieux si j'avais pas la foi. Des jours, j'arrive pas à entrer dans une église, mais là j'ai fait Pâques. Vous y croyez au diable ? Moi oui, pourquoi sinon je fais tout mal ?* ».

Ces paradoxes ne sont pas limités au domaine sexuel : alcool, drogue, vol... Ainsi elle a tendance à tout dire, mais elle est cachottière... : « *Je suis cachottière, je dis pas tout, mais est-ce qu'il faut tout dire ? Y-a l'ego aussi, non ? Est-ce qu'on doit garder des choses pour soi ? Et si je suis infidèle à mon ami ? Est-ce qu'il faut lui dire ? J'ai tendance à tout dire, alors... Je sais rien, je sais plus, je ne sais pas qui je suis, je suis personne, c'est pas la peine de me demander mes papiers ! [riant]* ».

Mlle M. :

Si elle peut pose certains jugements :

- *mon ami me soutient, sans lui, je déprimerais, je pourrais pas me débrouiller seule ; il a bon dos, je l'ai détruit avec mes reproches .*

- *les médicaments, ça m'apaise, ça m'empêche de déprimer, quand je les arrête, ça va pas.*

- *faire des activités avec les autres, ça me stimule, c'est mieux que de ne rien faire, si je travaillais ça irait mieux.*

elle pose tout autant le contraire :

- *mon ami m'empêche de me développer, il est trop terre à terre, il a des activités restreintes, je suis mal vue à cause de lui, il ne comprend rien, je voudrais discuter avec lui de littérature, etc. ;*

- *les médicaments, ça abîme le cerveau, l'organe le plus noble et le plus important ; ça détruit mes facultés de pensée, moins j'en ai mieux ça vaut, etc. ;*

- *faire du dessin, ça sert à rien, faudrait pas que ça dure, et les soignants n'en ont rien à foutre des patients ; je suis incapable de travailler, etc.*

De plus, paradoxalement, ce dont on attendrait qu'elle puisse en espérer une amélioration, ou du moins une non aggravation comme elle le dit elle-même, est justement considéré comme une contrainte, la preuve qu'elle n'est pas libre :

- *mon ami m'oblige à faire des choses, je suis pas libre avec lui, il m'emprisonne, il m'empêche de m'épanouir ;*

- *les médicaments c'est une contrainte, j'en suis dépendante, je peux pas m'en passer, il faut aller à la pharmacie, etc.. ;*

- *venir ici, parler avec vous c'est compliqué, j'ai pas envie, c'est une contrainte, on fait pas ce qu'on a envie [vous auriez envie de quoi ?] : Aller dormir. [ça vous satisferait ?] : Non, pas vraiment ; je préférerais rester chez moi que venir ici, je serais plus libre de faire ce que je veux, ici on fait rien [qu'est ce que vous faites chez vous ?] : pas grand chose, je pourrais me lever plus tard...*

Dans ces contradictions et renversements, c'est la possibilité d'éprouver les assertions, en les réfutant ou les justifiant préférentiellement, qui fait défaut et qui se dérobe sans cesse à celui qui voudrait poser un problème. Mlle M. est toujours dans l'impossibilité de fonder un comportement qui s'entretient lui-même dans le paradoxe : la décision peut toujours être renversée ou aléatoire (*peut-être je devrais quitter mon ami ? ; est-ce qu'il y a une accoutumance aux médicaments ? ; le médecin n'aurait pas dû arrêter ce médicament, ça veut dire que ça sert à rien ; l'hospitalisation, nos entretiens, ça peut me guérir ?*).

Surtout, au delà de cette création de contraires, l'impossibilité de trancher préférentiellement les assertions se démontre dans la solution étonnante consistant à poser dans le même procès le « positif » et le « négatif », l'habilitation et la condamnation, où l'habilité est aussi le condamné, où la solution est aussi l'obstacle. D'où ces propositions tautologiques et réversibles, sans issue, dont il

est vain de tenter de départager le prémisses de l'aboutissement, la preuve de ce qu'elle démontre, - propositions qui intéresseraient par ailleurs un logicien -. Par exemple :

*mon ami m'emprisonne parce que sans lui je ne pourrai pas me débrouiller ;
les médicaments c'est une contrainte parce que j'en ai besoin ;*

Propositions proprement injustifiables qui rassemblent des assertions contradictoires, l'une ne faisant pas résistance à l'autre.

A l'extrême de cette délibération, si personne ne décide en son nom et ne favorise son action, ce qu'envisage Mlle M., comme solution finale balayant la délibération, c'est une liberté absolue, « une libération de toutes les obligations » qui pose secondairement, comme cas particulier de cette prescription éthique générale que nous décrivons, à la fois l'aspiration et l'impossibilité de la mort et du « suicide », social ou réel¹. On retrouve ici un aspect du délire de négation de J.Cottard, où le négativisme paradoxal peut culminer, entre autres, dans l'affirmation d'être un simulacre, de ne pas exister, d'être déjà mort (par le fait de nier par exemple avoir certains organes vitaux) et d'être ainsi condamné pourtant à ne pouvoir mourir et à souffrir éternellement.

Pour Mlle M. :

« Je sais pas pourquoi on est obligé de vivre, c'est une épreuve. Pourquoi on nous impose de vivre, mince à la fin !? Moi, j'en fait pas des gamins, j'oblige personne à vivre ! J'ai pas demandé à naître (...). Je suis une erreur sur la terre. Je comprends pas qu'on puisse attacher du prix à la vie, 35 ans de gâchés du point de vue du plaisir ressenti (...). Je me demande pourquoi je suis née. Je suis folle, pourquoi on laisse vivre les fous ? A la limite, c'est pas légal de vivre comme ça, il faudrait m'exterminer. Pourquoi on tue pas ceux qui veulent mourir, je suis pour l'euthanasie, je l'aurais fait si...(…). J'ai pas peur de la mort, je voudrais partir en douce, en douceur, sans qu'on s'en aperçoive, ça ferait du mal à personne. Il paraît que c'est pas mieux après, de l'autre côté... Je retrouverai les autres dans l'au-delà, de toute façon est-ce que c'est un devoir de vivre pour les autres ? Si on vit que pour ça... Il y a une vie après la mort. Mais vaut mieux mourir de mort naturelle. Le suicide c'est interdit, il faudra le payer de l'autre côté sans doute, mais c'est pas pour l'éternité, on doit s'en sortir, il paraît qu'on souffre jusqu'à la l'âge où on aurait dû mourir normalement, etc. ».

Il y a là une des démonstrations cliniques que le droit en tant que légitimité de la jouissance ne se réduit pas au devoir, à la responsabilité de l'existence. Ce que Mlle M. n'éprouve pas comme intérêt, elle le vit comme obligation et participation, comme « devoir pour les autres », même si « ce n'est pas légal de vivre comme ça »..., autrement dit qu'elle se soumette ou se révolte. Elle attend finalement la sanction, voire la demande explicitement et tente de la négocier : en entretien elle peut chercher l'autorisation explicite d'en finir, en demandant des médicaments par exemple ; argumentant un jour la nécessité de son « extermination » auprès de sa mère, cette dernière, excédée, lui a lancé que si elle voulait vraiment, elle n'avait qu'à le faire, ce qui fut tenté le soir même. Ainsi, se joue en elle le conflit de l'institution d'une liberté qu'elle ne peut intéresser, par le contrat d'une implication mutuelle et en négociant notre « complicité » dans une responsabilité à laquelle elle continue de participer.

c. Une subjugation comportementale par le règlement.

Nous voudrions regrouper sous cette rubrique des observations, dont certaines déjà abordées, qui nous paraissent montrer un autre aspect, moins décrit et moins spectaculaire, de la prescription pathologique de la décision. Nous entendons par ce titre le fait que, en conséquence du défaut de motivation spontanée et dirigée, tout règlement, si l'on entend par là une sollicitation dirigée qui comporte la définition d'une procédure et d'une visée, ou, si l'on veut, d'un but, ne pourra être négligé par l'aboulique, vaudra comme prescription et dirigera son comportement ; qu'il le conteste ou non, l'aboulique ne pourra se soustraire à ce qui est pour lui prescription à propos de laquelle il lui faudra au moins délibérer.

D'abord, chez ces patientes, la prescription n'est pas du seul ordre du discours. Mlle C. par exemple s'impose des régimes draconiens - « *mes crises, ça commence par un régime draconien, je*

¹ Le suicide, comme fait clinique complexe, n'étant pas, bien sûr, réductible à cet aspect.

ne mange plus que des choux fleurs ou des carottes » ; craignant la justice, elle ne répond pas au téléphone, s'isole dans son appartement, etc. ; Mlle M. au début de la prise en charge fait ses courses à plus de 100 km de chez elle, refuse de sortir de l'hôpital ou d'entrer dans les magasins, pour éviter, du fait de la honte liée à son statut et à ce qu'elle a fait, les rencontres des gens qui le savent.

Au plan général, ces patientes ne peuvent pas être insensibles par rapport à tout ce qui dans la prise en charge ou ailleurs, fait règlement, ou socialement code, qu'il soit officiel ou non : règlement intérieur, ordre ou interdiction du médecin, opinion commune, actes légalement pros crits, etc. Ce n'est pas tant qu'elles respectent scrupuleusement ces injonctions, elles peuvent aussi allègrement passer outre et les transgresser; mais elles ne peuvent les négliger, ce qui supposerait qu'elles puissent relativiser et aménager ces prescriptions en fonction de leur propre intérêt et s'affranchir de la sanction du code pour évaluer leurs décisions à l'aune de leurs efficacités. Nous avons vu que l'on trouve ainsi constamment chez Mlle C. et Mlle M. des préoccupations d'ordre « légal » : drogue, vol, retards, désobéissance... où la faute doit être envisagée du fait même qu'elle leur soit suggérée¹.

On doit ensuite rappeler ici corrélativement l'influencabilité effective de l'acte de ces malades, - que ce soit dans leurs opinions, activités ou engagements -, influencabilité dont elles se plaignent elles-mêmes quand ces sollicitations sont divergentes. Surtout, contrastant spectaculairement avec la stérilité et l'instabilité des comportements dont l'initiative leur est laissée et que nous aborderons au paragraphe suivant, ces malades accomplissent parfaitement les actions dont elles n'ont pas à déterminer les procédures et les visées (pour une activité en atelier ou une démarche administrative par exemple). Pour Mlle M., malgré toutes les réticences que nous avons décrites précédemment, on pourra engager une formation avec des stages, parce que cet objectif sera maintenu malgré ses convictions éthiques si l'on peut dire ; malgré l'activité dispersée stérile qu'elle accomplit quand elle est laissée à ses initiatives chez elle, elle accomplit parfaitement, au delà en qualité et quantité par rapport aux autres patients, les activités à l'hôpital, jusqu'à une participation parfois quasi-frénétique à un groupe de danse improvisée. Mlle C. est également aussi dirigeable dans la prise en charge, malgré ses « humeurs », puisqu'elle n'a dans le fond spontanément rien à opposer aux objectifs qui lui sont fixés. On sait par ailleurs l'importance de la constance et du maintien du conjoint pour ce type de malade, le conjoint jouant dans ce cas le rôle d'un décideur qui maintient la ligne malgré les écarts.

2. « Décider ce qu'on désire ? » : une incitation impulsive sans appétence.

Il s'agit maintenant d'aborder ce que nous avons déjà suggéré à plusieurs reprises, à savoir que l'aboulie n'est pas la dépression ou l'auto-accusation, que tel le normal, la mesure éthique peut se transgresser, même si ici l'absence d'intérêt spontané conditionne une décision conjoncturellement impulsive. Le maniaco-dépressif est loin de se présenter immuablement sous un jour négativiste. Si l'on y fait attention, on peut remarquer avec quelle facilité l'auto-accusation, qui paraît classiquement écrasante, profonde, fondamentale... peut se renverser et basculer dans l'ironie et le rire, la transgression et l'activisme, alternative conservée de la transgression de la mesure éthique².

Le patient conserve donc la capacité de transgresser l'illégitimité qu'il s'impose, et il est sans doute trop simple de n'y voir, après Freud, qu'une défense contre la dépression. Il est plus intéressant de remarquer que cette transgression, normale donc en soi, ici cependant, et à l'extrême, ne vise rien qu'elle même ; que le triomphe, comme l'avait noté encore Freud, est « sans motif » ; que

¹ Au cours des entretiens par exemple, Mlle M. se lève à 12 heures piles parce qu'elle entend les autres aller au repas, que la discussion ait eu un point final ou pas ; ce qui illustre, d'une part, que ce n'est pour elle un arrêt dans une progression ou une recherche en cours, et d'autre part, que le règlement la subjugue.

² « *Dans les états de dépression (...), la teinte de l'humeur ne reste pas toujours semblable, même lorsque ses traits fondamentaux gardent une fixité désespérante. Sans parler des cas, qui ne sont pas rares, où l'on peut observer, pendant un court espace de temps, une transformation complète en état maniaque, nous sommes souvent surpris, par un sourire sans raison, une soudaine gaieté qui s'introduit brusquement au milieu de lamentations (...); les malades se mettent à faire des facéties de croque-morts, plaisantent et font de l'ironie sur leur propre souffrance (...)* », Kraepelin E. (1913), *La folie maniaque dépressive*, op.cit, p.59.

l'activisme, irréprouvable ou non-sélectif, est stérile ; enfin que la permissivité et l'optimisme sont éventuellement aussi généralisés, fantastiques, et impondérables que ne le sont l'illégitimité et le pessimisme.

Là encore, nous voudrions substituer à la description d'états l'observation théoriquement systématisée d'une logique de décision. Sous l'aspect donc de l'incitation de la décision par la conjoncture, le comportement est dépendant de stimulations, internes ou externes, qu'il ne peut organiser de lui-même. Cela explique que le comportement soit stimuable et asservissable par un règlement donné tout en ne pouvant maintenir une prospective spontanée, dirigée et modérée. Alors que la prescription de la décision est sans référence ou sans tentation, irréfutable, nous dirons que l'incitation de la décision est sans préalable ou sans appétence, impulsive.

a. Une dépendance comportementale aux stimulations.

Que la norme soit privée de projet n'empêche donc pas que l'abstinence puisse se nier elle-même dans un va-et-vient avec la nécessité conjoncturelle. Or, ce qui dans la conjoncture incite les décisions n'a rien d'une évidence pour l'aboulique et dénote un autre aspect de l'absence de rapport de la liberté à une configuration naturelle de la motivation.

Quand ces patientes sont en situation de devoir décider, sans que procédure et visée leur soient fournies, l'incitation suscite des décisions absolument incertaines et non modérables. D'un côté en quelque sorte, c'est certain, elles n'y arriveront pas ; d'un autre côté, il faut décider, et rien n'est assuré. Autant la décision formellement apparaît comme une évidence certaine qui justifie intégralement l'univers, autant, conjoncturellement aléatoire, elle perd tout naturel.

Autrement dit, rien ne venant configurer spontanément la conjoncture de telle manière qu'il y ait la direction d'un intérêt, la décision se fait nécessairement sur un mode impulsif et réactif. La note dès lors éventuellement anxieuse s'accompagne de l'impossibilité d'élaborer spontanément une stratégie rassurante, substituée par l'impulsivité de l'action en situation.

Mlle C :

Elle doit, à la demande du médecin, sortir dans l'après-midi pour aller à son appartement. Elle a certaines choses à faire, tel que recevoir une entreprise venant faire des travaux, d'autres choses sont laissées à son initiative, tel que faire des courses si elle veut rester manger le soir, faire éventuellement une lessive, acheter de la laine. Le matin, elle anticipe sa journée :

« Dr X.. m'a dit que je pouvais aller à mon appartement, c'est bien. Mais qu'est-ce que je vais y faire ? J'en ai marre de cet appartement. Et d'abord est-ce qu'ils n'ont pas perdu mes clefs, et est-ce qu'ils vont me les donner ? Je veux bien aller à l'appartement, mais je dois rester à l'hôpital parce que vous savez, à l'appartement, j'ai peur quand on frappe à la porte, quand le téléphone sonne ; je veux pas vivre seule. Chez moi, je sais pas quoi faire, je finis par ne plus me laver, je fais plus le ménage (...).

Bon, je vais aller à l'appartement cet après-midi.... Est-ce qu'on va m'ouvrir la porte de l'hôpital, c'est pas sûr, ça !? Je dois faire plein de choses, je ne sais plus... Bon, il faut que je fasse des courses, mais j'ai plus d'argent. Alors il faut que j'aille à la banque. J'ai honte d'aller à la banque parce que j'ai un tuteur... Combien je vais prendre d'argent, est-ce qu'ils vont me le donner ? 200 francs, non c'est trop, où je vais dépenser tout cela ? Est-ce que les Nouvelles Galeries sont ouvertes ? Et mon robinet est cassé à l'appartement, j'ai peur d'y toucher... et puis j'y toucherai pas à ce robinet comme ça ! (...).

J'ai reçu une lettre du syndic [envoyée à tous les locataires, rappelant le règlement de l'immeuble], je mettrai plus jamais de musique ! (...). Et il y a une entreprise qui doit passer pour faire des réparations, je devrais plutôt donner les clefs au syndic ? Et s'ils viennent pas, ou s'ils sont en retard ? Ou alors demander à mon tuteur de s'en occuper. Il faut que je lui téléphone ! Mais j'ai perdu son numéro... Vous croyez que c'est facile pour une malade mentale de faire la lessive, ça prend trois heures ! De toute façon, je ne vais plus aller à l'appartement, je vais le vendre ! Et il faut du coton pour mon canevas... combien ça coûte ? En plus, il faut choisir les couleurs... de toute façon, mon canevas, je vais le jeter par la fenêtre !!! [riant].

Oh je ne sais pas, je ne sais plus par quoi commencer... (...). Et quel bus je vais prendre, je

dois rentrer à quelle heure ? Ils m'ont dit de rester manger, mais le frigo est vide... il faut pas en plus que j'aie faire des courses ! Ça fait quatre étages à monter..., je rentrerai manger ici, etc.. ».

De fait, le lendemain, elle dira énergiquement qu'elle a « *fait fort et compliqué, ça a bardé, j'vous l'dis, j'ai fait quatre lessives !! (...). J'ai pas été à la banque, j'ai téléphoné au tuteur pour qu'il s'occupe de l'inscription à l'association ; l'entreprise est venue, mais ils ont sonné à côté et j'ai pas été voir ! De toute façon, on s'égare en me faisant faire du canevas !* ».

Par rapport à cette situation qui unifie arbitrairement ses préoccupations, elle énumère et anticipe donc toutes les obligations éventuelles ; mais la possibilité de cette planification s'accompagne d'une absence de stratégie. L'incitation suscite sans restriction et sans préférence des décisions aléatoires et dispersées, ou éventuellement l'évacuation du problème - le canevas par la fenêtre, le robinet intouchable, l'appartement à vendre, le repas à l'hôpital, la porte à ouvrir... -. Quand l'action est laissée à son initiative, dans ses procédures et ses visées, contrastant étonnamment avec ce que nous avons vu précédemment quand cette stratégie est fournie, Mlle C. montre donc une fluctuation comportementale et une réalisation impulsive¹, au gré des circonstances (elle n'ouvre pas à l'entreprise mais elle fait 4 lessives), comportement que l'on retrouve dans le temps libre à l'hôpital, et a fortiori pour toutes les autres décisions concernant sa vie personnelle :

Dans une suite d'entretiens où elle parle des retrouvailles possibles avec son ami, elle se demande ce qu'elle doit faire : attendre, aller chez lui, réécrire, téléphoner... « *mais ça ne se fait pas de téléphoner sur un lieu de travail, et s'il se fait renvoyer, s'il n'est pas là ? Et puis, je n'ai plus que 2F50. De toute façon, à quelle heure il faudrait appeler ?, etc.* ». Elle ne sera pas réellement triste s'il rompt : « *non..., non..., en fait je supporte pas de rester dans l'indécision, l'insécurité* ». De fait, sur l'injonction d'une infirmière, elle écrira. La semaine suivante, alors qu'elle n'a toujours pas de nouvelles, elle fait des suppositions et se pose une multitude de questions autour de la vie commune, tout en disant que « *c'est insupportable de ne pas avoir de réponse* ». Par exemple, elle dit qu'il boit de l'alcool, exige qu'il arrête de boire, mais « *qu'après tout on a le droit de se faire un peu plaisir* ». Elle envisage d'acheter un caniche, en se demandant si ça lui plaira, « *et puis non, les gens me regarderaient dans la rue [vous ?] : non, le chien ! Pas moi, je suis trop moche, une dame de mon âge... Madame promène son chien...!* ». Elle se demande si l'appartement lui plaira, si elle doit prendre plutôt des poissons rouges, etc. La veille du rendez-vous : « *je vais être négative, comme ça ! J'ai tout pourtant, 3000 F par mois, un appartement... tout le monde est gentil, ma mère dit que c'est bien pour mon ami, bon alors si c'est bien... (...). Pourquoi je suis comme ça, ça finira jamais ? Bon, demain je le vois à 10 heures. On rentre à 6 heures. Il y a pas besoin de faire un plat pour ça ! Mais qui va payer le restaurant ? Et s'il boit de l'alcool ? Je vais pas lui plaire, j'ai la voix rauque..., etc.* ».

Mlle M. :

A titre de confirmation, on retrouve la même impulsivité dans l'incitation de la décision de Mlle M. Par exemple, face à l'objectif de formation ou d'emploi qui est élaborée avec elle, il faut alors sans cesse faire face à ses interrogations, en maintenant le « projet » malgré elle : est-ce qu'elle sera capable de travailler ; est-ce que les gens vont employer une malade mentale, est-ce qu'ils le sauront ; est-ce que, si elle rate l'entretien avec le psychologue du travail de cette association, elle sera rayée du circuit, comment elle doit répondre, qu'est-ce qu'il faut dire, qu'est-ce qu'il va demander... ; elle risque de perdre son allocation, et si le travail ne marche pas, elle sera à la rue ; elle ferait mieux de rester chez elle ; elle doit faire un travail manuel ; elle voudrait travailler avec les enfants ; il lui faut un temps partiel, etc.

Nous avons dit qu'à l'hôpital, où elle vient la journée, son comportement se conformait aux activités proposées ; par contre, chez elle où elle passe quelques journées seules dans la semaine, son action est fluctuante et stérile. Elle dit lire des livres ; de fait, elle feuillette rapidement des ouvrages de psychologie, de psychiatrie, ou d'astrologie, cherchant, sans suivre l'argumentation et tirer le bénéfice d'un raisonnement - ce qui sera un argument pour dire qu'elle n'a plus de mémoire -

¹ Rappelons que le terme d'impulsif ici dénote la conséquence de la non-fonction du projet ou de la pulsion configurant - sélectionnant - normalement les possibilités de stimulations. C'est une dépendance aux stimulations, une « distractibilité de l'attention » selon les psychiatres, corrélée logiquement à l'absence de pulsion, à l'impossibilité d'une « attention volontaire ».

, la « phrase miracle qui serait le déclic, la guérison ». Elle interrompt sa lecture, écoute les horoscopes à la radio pour savoir ce qui va lui arriver, change de chaînes et remarque qu'ils ne sont pas d'accord entre eux, revient à un autre livre, ou une revue, rumine, c'est à dire « occupe ses pensées », etc...

Elle se compare ainsi à une amie : « elle, elle s'en est sortie, parce que c'est que de la dépression. Elle sait ce qu'elle veut ; elle, elle sait ce qui ne va pas et elle sait ce qu'il faut faire. Moi j'arrive pas à me fixer, j'ai de goût à rien, je sais pas quoi faire, je continue pas (...). Je suis trop éparpillée, je suis touchée à tout et touchée à rien ; je suis influençable, je fais plusieurs choses et je retiens rien. Je ne comprends rien, même les choses simples. Surtout, rien ne me fait réagir, c'est bloqué là-dedans ». Nous ajouterons juste que son comportement montre qu'elle ne peut justement que réagir.

b. Un discours conjoncturellement déficitaire.

Au plan du discours s'ajoutent occasionnellement dans les observations médicales des troubles particuliers du « jugement » ou du « raisonnement », sous l'aspect de la « difficulté à la concentration » d'une expression « décousue » mais non « confuse ». Nous avons déjà montré comment le jugement prescriptif s'impose et s'entretient dans le paradoxe ; cette fois il s'agit de montrer comment ce qui incite le jugement, ce qui lui fournit matière, est informé.

Loin d'être encore un trouble qui s'ajouterait en surplus et non nécessairement au reste du tableau, il s'agit, dans la cohérence du même syndrome mais sous un autre angle d'observation, de l'expression obligée de l'absence de rentabilisation possible du discours, et plus généralement de la décision, dans un raisonnement avec son « centre d'intérêt », ses options et sa progression intrinsèques. Autrement dit, le raisonnement ne peut s'affranchir de sollicitations non organisées qui ne peuvent à leur tour fonder une argumentation.

Il n'y a pas là selon nous grande différence, sinon de degré, entre ces difficultés de concentration et la classique fuite des idées, ou la « perte de la représentation du but de la pensée » selon Freud, voire cet aspect, non psychotique selon nous, du « déchaînement du signifiant » selon Lacan. Cas particulier, au plan du discours, de l'impulsivité de l'incitation, le flottement du propos montre l'envers de l'irréfutabilité d'un jugement suscité de façon chaotique.

Mlle C. :

Même en dehors d'un état maniaque, elle a des problèmes de concentration et d'instabilité dans la poursuite spontanée d'une argumentation, que ce soit une lecture, un film ou une discussion. La discussion, du point de vue du discours, est exempte d'une progression qui trancherait dans les jugements paradoxaux pour le moins pire, elle digresse, renonce (« je ne sais plus ; c'est trop compliqué... »), évacue (« de toute façon, je vais... »), ou se conforme aux étapes d'une démarche qui lui est suggérée. Il n'y a pas, quel que soit l'état, la direction d'un projet de dire, et cela s'exprime d'autant plus que le cours de l'entretien est laissé à son initiative. La parole défile en ce cas au gré de sollicitations diverses, contenues dans les mots, idées, souvenirs, ou situation, même en dehors donc de la classique fuite des idées¹.

Par exemple, après avoir parlé d'alcool, de son ami qui buvait un peu, du fait qu'avec l'alcool « on se faisait taper dessus », elle dit que ça lui était arrivé, avec un « adepte du Kamasutra », secte bien connue... Vient ensuite le souvenir d'un témoin de Jéhovah qui l'avait prise en stop, puis elle explique pourquoi elle faisait du stop : « par nécessité. Mes parents avaient pas le temps de me conduire. Ils étaient agriculteurs et ils avaient un fermage trop élevé à payer au bailleur, le comte du coin à qui appartenait les terres. Mais ils ont porté plainte, et ils ont obtenu 5 ans sans bail, j'étais contente pour eux. Il faut pas se laisser faire. Les nobles se sont accaparés les terres, moi je suis de la campagne. C'est pas juste. Les notables ont viré les curés, qui va virer les notables ? les malades mentaux !? [riant], etc. ». On pourrait avancer qu'il y a là « association libre », mais la consigne en l'occurrence n'est pas de laisser dériver la pensée, parce que ici la dérive ne se fait pas

¹ « Chez les malades déprimés on trouve assez souvent de la fuite des idées (...). Les malades se plaignent qu'ils ont trop de pensées en tête (...), qu'ils ne peuvent avoir aucune pensée durable, qu'ils doivent penser à toutes les choses possibles et imaginables », Kraepelin E. (1913), *La folie maniaque dépressive*, op.cit., p.45.

à l'ancre si l'on peut dire, la liberté est absolue, contrairement à l'association précitée qui n'est libre que de tourner implicitement autour du désir.

« L'influence » du discours, symptôme d'une dépendance conjoncturelle du comportement, est ici l'expression d'une inaptitude à poser elle-même une appréciation décisive, empruntant de fait la vérité à autrui, non sans difficulté du fait de l'hétérogénéité des opinions :

« *Parler avec tous ces malades mentaux, ça me détraque. C'est vrai, ils sont gentils, mais on sait jamais si ce qu'ils racontent est vrai. Moi je deviens confuse avec cela, je ne sais plus quoi penser. Ils m'influencent, ils m'influencent. Vous, vous avez la tête sur les épaules, on est sûr de ce que vous dites... Sinon, je distingue jamais le vrai du faux, alors pour cacher ma confusion, quand je parle avec les voisines de chambre, je me couche et je fais semblant de dormir. Ben oui, je faisais pareil qu'elles, je disais du mal des infirmières, ça allait pas ; j'étais influencée, c'était plus fort que moi, alors après j'étais coupable. X. a réussi à me faire croire que les infirmières volaient ! Et j'ai été leur demander ! Vous, vous me dites ce qu'il faut faire... [qu'est ce que la confusion ?] : C'est plutôt à vous de me le dire ! En fait, tout se mélange, je prends une proposition pour une autre, pour son contraire. Par exemple, quelqu'un dit : "il va faire beau". Je regarde par la fenêtre : il pleut ! Alors je sais plus ». Plus tard : « il y a plusieurs psychologues, plusieurs médecins, vous dites pas la même chose, on s'y retrouve pas ! ».*

Cette absence de fil du discours, relève de motivations inorganisations :

« *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 descends du lit, je mets et j'enlève mes chaussons au lieu de m'asseoir. C'est pour tout comme ça. Voyez cette lettre, ça n'a aucun rapport. Je parle de ça, puis je reviens à l'histoire du chien, c'est idiot. J'ai envie de rien. Je suis beaucoup trop influençable ». Au sujet de la télévision et de la lecture : « je confonds tout, alors ça m'énerve. Ils mettent deux feuillets à suivre, alors je sais plus, ça m'embrouille ; c'est pareil pour la lecture. Je confonds les personnages, je mélange avec ce que je viens de lire ». Un jour où nous discutons près d'une télévision allumée, elle suivait en même temps notre discussion et ce qui se passait sur l'écran dont elle ne semblait pouvoir détacher son attention ; elle dialoguait ainsi en alternance à des remarques sur le Journal Télévisé.*

Mlle M. :

Au fil des entretiens, s'il y a capitalisation de la relation - Mlle M. négociant sa confiance -, il n'y pas de progression du discours. Inéluctablement s'affirment la même illégitimité ou sa négation, sans l'approche progressive et reconduite d'une vérité qui se dérobe, sans enrichissement et modification.

Le jeu des questions et des réponses est somme toute stérile. Un jugement remplace un autre, objets et situations sont énumérés ; surtout, quand il s'agit de fonder une décision, le raisonnement perd pied : « *je ne sais pas, je ne comprends plus rien* » ou digresse, alignant les affirmations ; c'est d'ailleurs pour l'interlocuteur qu'il perd pied ou qu'il digresse, ce qui suppose en effet une base et un fil. Ces problèmes de « concentration » se retrouvent aussi dans la lecture ou le visionnage de film, où elle ne « trouve pas l'intérêt à suivre », se perd dans les arguments.

c. Une décision impulsivement éclatée.

Concernant donc le rapport de la décision à la conjoncture, l'accomplissement a des caractéristiques qui ont été aussi décrites en psychiatrie sous des vocables ayant en commun une connotation quasi-physiologique, relative à « l'attention » et au comportement comme expression figurée de l'activité physiologique ou cérébrale : en témoignent les termes d'excitation et d'inhibition, d'asthénie, de perte d'élan, d'impossibilité à l'effort, « d'aproséxie » - trouble de l'attention volontaire, dite dirigée et réfléchie - ou au contraire « d'hyperprosexie » et de distractibilité - dépendance de l'attention à toute stimulation -, ou encore la tachy-psychie, etc¹. La psychanalyse a insisté elle sur la signification de suppression du refoulement et de transgression.

¹ Les termes d'attention et d'aproséxie ne sont pas retenus au sein de l'anthropologie clinique pour l'aboulie, mais pour des troubles praxiques ; d'autre part, l'hétérogénéité de la notion d'attention dans la clinique classique, désignant confusément la disponibilité de la motivation, de l'activité motrice, de l'existence spatio-corporelle, ou de la représentation comme dans la similtagnosie par exemple, inclinerait à l'écarter comme telle.

Il s'agit de cerner l'observation des faits cliniques sans entériner la dualité des états, que ce soit par ailleurs en termes physiologiques - asthénie et excitation par exemple - ou psychologiques - auto-accusation et toute puissance si l'on veut. Que l'état, sous la pression de la situation, soit dit « maniaque » ou « dépressif » - fondamentalement et la plupart du temps d'ailleurs il faudrait dans ce cas le dire « mixte », conformément à ce que défendait Kraepelin¹ - notre hypothèse est que la décision s'accomplit sur le mode d'une incitation pathologique en ce qu'elle est nécessairement impulsive.

Peu importe que l'impulsion réponde à une sollicitation d'origine interne ou externe, qu'il y ait des actes impulsifs isolés, éphémères, ébauchés, ou un activisme frénétique, les patientes peuvent dans tous les cas s'affecter et réagir, mais sans choix et direction. Là s'indique l'importance de la distinction formalisée par J.Gagnepain entre affect et pulsion, pouvant rendre compte par exemple de la coexistence contradictoire d'une « aprise » et d'une « hyperprise ». En tout cas, plutôt que de sérier ici les symptômes « dépressifs » ou « maniaques », il faut noter que la décision est dispersée, instable, c'est à dire non configurée, que la permissivité, non pathologique en elle-même, est ici surtout chaotique et sans direction.

Mlle C.

On a déjà présenté l'impulsivité de ses décisions. Le terme d'impulsivité ne désigne pas seulement l'activisme excité ; quel que soit l'état de l'humeur, la décision, en tant qu'accomplissement et du point de vue de l'incitation, ne peut se faire que sur un mode impulsif, directement attaché à une stimulation, l'émotion se faisant par à-coups en tout ou rien et ne pouvant créer elle-même un programme.

On notera de plus, à titre d'indication, le flottement de l'affect décrit précisément mais de façon dispersée par les psychiatres. Flottement dans la tonalité : l'humeur passe « sans contradiction » et soudainement du désespoir au rire, en passant éventuellement par la colère ; de la joie à la souffrance, à la crainte ou à l'énervement. Flottement dans la vigueur : l'accomplissement aisé et énergique devient ébauché et faible. Flottement aussi dans leur extension : la stimulabilité devient focalisée et exclusive. Flottement enfin dans le déclenchement : le comportement s'emballé, additionnant les impulsions, puis s'éteint, l'action semblant demander un effort impossible.

Au sein des suites d'impulsions désunies de l'aboulie, il y a des séquences d'actes contraires. Par exemple, lors d'une altercation avec la surveillante qui vient de lui signifier qu'elle ne sortira pas à son appartement comme prévu : « [sur un ton furieux, très fort] *Quoi !! Vous vous foutez de ma gueule !! Vous me mentez, ça va pas se passer comme ça !! Je, je... je suis Mlle C., j'ai 42 ans, pour qui vous me prenez !!* [Et tournant les talons, toujours aussi furieuse mais « sincère » :] *Je vous aime beaucoup Mme X. !! Au revoir et merci beaucoup, et je m'excuse pour tout ce que j'ai dit !! Merci !!* » D'autre part, pendant les entretiens, elle enlève ses lunettes, les pose sur la table et les remet, elle se lève et se rassoit, etc.

L'inappétence de l'incitation s'exprime dans une permissivité qui est aussi généralisée et infructueuse que ne l'est la prescription. A un groupe de discussion, d'emblée elle prend la parole, rapide et forte : « *Alors, on parle de quoi aujourd'hui ?!* [interpellant l'infirmière] *C'est votre groupe, non ?! A vous de trouver ! Bon, y faut un sujet, et ils ont pas encore choisi. De toute façon, on parle que de banalités ici, le sport, le printemps... on a rien à se dire ! On va parler de l'amitié tiens ! Moi, je voudrais aimer tout le monde pour être aimée de personne ! Voilà ! Alors... ? Pourquoi il rigole lui ? Y s'fout de moi. Lui aussi ! elle aussi ! pas lui, c'est le plus gentil. Encore que... En plus,*

¹ « Toutes les formes qu'on ramène ici à l'unité clinique, non seulement présentent entre elles toute une série de transitions, sans qu'on puisse marquer la limite où l'une commence et l'autre finit, mais encore, dans un seul et même cas, peuvent empiéter l'une sur l'autre ou se succéder tour à tour ». A côté des « états maniaques » et des « états dépressifs », « nous observons encore en clinique des états mixtes dans lesquels les manifestations maniaques et mélancoliques s'associent entre elles, de sorte qu'on obtient un type où se retrouvent les mêmes symptômes que dans les précédents états mais qu'on ne peut ranger sans violer la logique ni dans l'une ni dans l'autre » ; Kraepelin (1913), *La folie maniaque dépressive*, op.cit., p.25-27. « Le mérite de Kraepelin a été d'analyser plus profondément qu'on ne l'avait fait les transitions et les intrications des crises maniaques et mélancoliques (notions d'états mixtes) pour démontrer l'identité profonde de ces troubles », Ey H., Etude N°25, Les psychoses périodiques maniaco-dépressives, *Etudes psychiatriques*, op.cit., p.432.

je suis hypocrite, je suis hypocrite moi ! [un patient avec qui elle a eu une altercation lui met la main sur le genou et essaie de se justifier :] Oh vous ça va, Mr X. Je veux qu'on me respecte, c'est pas dur. J'ai de la dignité !! ».

A l'entretien qui suit, elle hurle, en tapant sur la table, le discours s'éparpille : « *Mr X., il me met la main sur le genou pour me calmer, c'est de l'attouchement ça !! Je l'aime bien, c'est un bon petit vieux, mais pour qui il se prend ce con d'emmerdeur !! C'est comme l'autre andouille qui me demande si son beau-frère doit divorcer, j'en sais rien, je ne suis pas homme de loi !! Qu'est-ce qu'ils ont aussi à me donner des conseils comme ça ! Je suis pas née de la dernière pluie. C'est comme l'infirmière, grosse vache, elle sait faire que des enfants ! Non je l'aime bien, mais elle a pas à me commander !*

Vous, quel âge vous avez ?! Combien d'années d'études ?! Tout ça pour ça ! Vous avez fait de la méditation transcendante au moins ?! Mon frère a fait néphrologie, ça veut dire quoi ?! Vous savez ça, vous ? Pour les reins non ? Plutôt crever que de me faire soigner par lui de toute façon !! Et vos parents, qu'est ce qu'ils font ?? [souriant ironiquement] C'est une question interdite ça, non ?!! Arrêtez de parler ! Et arrêtez de jouer avec vos clefs, ça m'énerve ! Et puis, vous faites ce que vous voulez... Vous êtes quoi vous ? Un psychologue ou un vendeur de cravates ?! [J'ai une cravate ?] Ben ça serait mieux, plus habillé ! Enfin, c'est bien comme ça !!

J'ai rêvé de vous. Avec mon père. [je lui demande ce que je faisais dans le rêve, elle ne répond pas, ironique, et me demande si je peux m'enquérir de quelque chose pour elle auprès d'une infirmière, sachant très bien la réponse] : Attention, si vous le faites pas, je vous donne un coup de pied au derrière, comme dans mon rêve, parce que vous me désobéissiez !! [riant].(...).

Je veux vendre mon appart. 56 millions, est-ce que ça vous intéresse ? J'enlèverai tout mon fourbi, on désinfectera pour mon odeur, vous inquiétez pas ! Ma soeur, elle a voulu mourir. Ben alors, elle a le droit ! Elle a fait médecine, ça lui a pas servi .. ! Qui est responsable, moi ou ma mère ? C'est pas moi. Alors c'est ma mère. Ma mère, je l'emmerde ! Mon père aussi. Enfin lui... Ma mère, je suis restée mutique un an pour la faire chier !! Je suis encaustique ! Non... euh j'sais plus... [Caustique ?] : Oui ! Non... c'est pas grave ! [Cynique ?] : Voilà !! ».

Elle dit plusieurs fois qu'elle va sortir de la pièce, qu'elle arrête de parler, mais continue. Elle sort une première fois soudainement en disant qu'elle a « *une grosse envie d'uriner. On va arrêter là la discussion. Excusez moi. Merci. Voilà* ». Elle revient une heure après. Elle frappe et ouvre sans attendre la réponse : « *Je rentre puisque c'est ouvert. De toute façon, j'ai rien à dire. Bon alors, je m'assoie, parce que debout...* ». Et elle embraye. Elle se lève encore en disant qu'elle a envie d'uriner, etc.

Plus tard Mlle C. s'en prend, avec les mains, aux infirmières, aux objets... Dans la chambre d'isolement où se passe l'entretien, où les infirmiers ne rentrent qu'à deux, elle se lève et se recouche, jette ses vêtements, insulte à tout va, tente de déchirer les draps, jette une bague offerte par sa mère : « *il n'y a le droit de rien faire ici ; ils avaient pas mis de pot ici, alors j'ai inondé de pisser. Maintenant qu'ils en ont mis un, j'ai plus envie ni de pisser ni de chier !! J'ai ridiculisé machin là, qu'a toujours la bouche ouverte, ça j'aurais pas dû ! J'ai bouché toutes les toilettes : j'avais pas de papier, alors j'ai tout bouché avec une chemise de nuit en bas, avec une serviette de table et une culotte en haut !! J'ai mis dedans, j'ai regardé. Et je me suis dit : oh et puis allez hop, et c'est parti ! »*, etc.

Cette permissivité dispersée ne se fait donc en rapport à aucune appétence circonscrite. Si on peut tenter de déceler les causes déclenchantes de l'énervement (le patient lui a prit des mains une cruche en lui disant que ce n'est pas à elle, donc l'accusant de vol - la surveillante lui a dit qu'elle ne sortirait pas, vu son état), c'est le motif, mais non la motivation, de l'incitation dispersée.

Mlle M. :

Mlle M. n'est pas sans exprimer la même impulsivité dans l'incitation de la décision qui est un renversement de l'illégitimité ; elle balaye les contraintes : « *je ne veux plus venir ici, chez moi je suis plus libre ! ; j'ai pas envie de me souvenir ; je vais voler des médicaments à une amie, et tout prendre, comme ça... ! ; j'en ai marre des obstacles ! »* ; elle se rebelle : « *sur quoi vous vous basez pour poser le diagnostic !? J'ai eu un comportement de malade ici, c'est pour ça que voulez me voir ?! Qui a dit au médecin, c'est vous, ou les infirmières ?! J'ai pas besoin de venir vous consulter !! ; [est ce que vous, vous vous sentez malade ?] : on peut pas nier qu'on soit handicapé,*

aller contre l'avis du médecin, sinon on balance tout, je prends plus les médicaments et je perçois plus les allocations !!, etc. ».

Les descriptions qu'elle fait de ses crises maniaques confirment que la permissivité est un renversement où la règle se transgresse pour elle-même, du point de vue de la faute ou de la perte, sans considération d'intérêt d'ordre pulsionnel : « *On a trop d'imagination dans ces cas-là, on fait des choses honteuses, des obscénités, il manque une case ; on est naïf, c'est à dire qu'on ne réfléchit pas avant de parler, on dit des choses qu'on regrette après ; on ne se maîtrise plus et on se fait remarquer ; c'est plutôt agréable dans le moment peut-être, mais les gens se moquent et on traîne ça toute sa vie après ; on se croit invincible, à la hauteur de tout le monde, rien n'a d'importance, on s'amuse ; mais on veut aussi être parfait, aller au delà des limites, tout maîtriser ; on est excité, euphorique, on a peur de rien ; bien éveillé, on capte tout, il n'y a aucun interdit, les facultés sont au summum ; on voudrait dormir mais on n'y arrive pas ».*

3. « Décider ce qu'on décide ? » : une auto-transgression.

Si l'incitation de la décision aboulique est exempte d'appétence ; si la prescription de sa décision est sans tentation, l'aboulie peut aussi conditionner un mode de décision qui est une permissivité ludique pour elle-même et qui a échappé à la description des états psychiatriques¹ si ce n'est sous des descriptions éparses concernant l'ironie, le jeu, les facéties... qui sont intégrées dans les descriptions de l'état maniaque ou ses interprétations². Il s'agit ici, contrairement à l'incitation et à la prescription, d'une suspension de la décision, qui ne vise plus à réaliser ce qu'elle prescrit ou à accomplir ce qui la motive, mais qui transgresse circulairement ses propres règles.

Nous ne ferons qu'aborder succinctement ce point important, qui correspond à ce que J.Gagnepain nomme morales héroïque et ludique³. Néanmoins on peut remarquer que ce qui distingue l'auto-transgression aboulique des morales héroïques ou ludiques qui jouent de l'ambivalence de la décision, c'est l'aspect forcé et automatique de cette exploitation de la transgression qui a plus le caractère d'une nécessité que d'une liberté.

Mlle C. :

Mlle C. pratique l'ironie, jouant sciemment avec la transgression, exploitant le sous-entendu et l'allusion pour eux-mêmes : « *Avec l'autre, j'ai moins de soulagement qu'avec vous. D'ailleurs, avec lui, on se demande qui soulage qui... [rire] Mais comme il dit, revenons à nos moutons ...!* ». A un interne à son chevet : « *Oh, vous avez des yeux de cochons !* » L'interne articule sur la fièvre, Mlle C. ajoute en riant : « *Oui, à propos de ma fièvre, j'étais en train de me demander ce que vous vous branliez !* ». Elle qualifie une infirmière de « *cocue cocasse* », elle apprécie la plastique des hommes du service. A propos d'un ex-ami : « *Pour le sexe, on s'emmerdait pas. On s'emboutissait - désemboutissait toute la journée* », joignant le geste ; « *mais comme dit le médecin, revenons à nos moutons... je les imagine rasés, pas rasés, avec une jolie laine frisée... Je me ferais bien tondre l'haleine...!* [une infirmière demande pour ouvrir la porte] : *Oui mais pas trop. J'ai mal à l'oreille gauche et le voisin de droite me veut du mal !* ».

Ce n'est d'ailleurs pas seulement affaire de discours, de jeux de mots ou de Langage : elle vient un jour arborant aux pieds deux magnifiques pantoufles représentant des têtes de léopards en peluche : riant, elle annonce qu'elle est ridicule affublée ainsi, mais qu'elle les a achetées quand même.

Il n'y a pas de profit recherché dans cette transgression, qui se joue en quelque sorte pour elle-même, gratuitement et ironiquement, à propos de tout et n'importe quoi. Elle a rassemblé ainsi un jour les patients qui se plaignaient des conditions d'hospitalisation devant le médecin-chef, per-

¹ Seul G.Benoit peut-être a repris le problème oublié de l'état mixte et tenté d'instituer un tableau particulier dont la « structure même » serait l'humour, et la maniaco-dépression la « meilleure occasion » ; Origine, destin et actualité des états mixtes, *Confrontations psychiatriques N°14, La psychose maniaco-dépressive*, 1976.

² Binswanger évoque, concernant le comportement maniaque, un « mouvement esthétique qui se satisfait en lui-même et pour lui-même » ; Ueber Ideenflucht (1931), in : Ey H., Etude N°21. Manie, op. cit., p.71 et suiv.

³ « *Reconnu ou non, l'exploit reste tel dès lors que l'acte, accompli pour lui-même, se prend idéalement, hors de tout besoin, pour mesure, quels que soient, au demeurant, l'auteur, la cause ou le projet* », Gagnepain J., *Du vouloir dire II.*, op. cit., p.250.

sonnage fumant la pipe auquel elle soumit les revendications, ne pouvant s'empêcher d'ajouter que s'il n'obtempérait pas, elle allait « lui casser la pipe ».

Elle s'amuse des titres, m'appelle « Monsieur Clément le psychologue ». Elle fait des suggestions saugrenues dont le caractère exagéré et impertinent la fait rire, interpelle le personnel et les patients, etc. Par exemple, me voyant arriver dans le pavillon, joyeuse et théâtrale : « *Voilà mon homme ! enfin, le psychologue... Alors, on va se cacher !?? On va se déguiser en vampires et revenir sucer le sang des infirmières...!!* [en sortant du pavillon, un ouvrier nous demande si on a le droit de sortir] : *Vous allez pas enfermer un psychologue, quand même ?! Tout le monde pourrait le faire, n'empêche, sortir en disant : je suis psychologue, Moi...* » [à un infirmier] *on s'en va. Comme ça, vous entendrez pas, si monsieur a les oreilles chastes...* ». Elle me demande ensuite « cent balles », en disant qu'elle n'a rien pour me payer un pot, que je pourrais cotiser pour la maison de son ami. A ce propos, elle annonce qu'ils auront un jardin et qu'elle fera la cuisine, « *ça sera culinothérapie tous les jours...* ». Elle retourne les questions à celui qui les pose : « *Ils m'ont encore fait des piqûres. [pourquoi ?] : C'est moi qui vous le demande.. ; Quand les psychologues sont pas là, je déprime [je rétorque de façon ambiguë : il faudra faire avec ?] : ou sans. Avec ou sans, c'est pareil ! ; [Elle me voit ensuite avec un autre psychologue] : ah, c'est les deux malins !, etc.* ».

Des épisodes qui ne paraîtraient pas offrir matière à rire ne sont pas épargnés : « *j'ai fait une tentative de suicide au fer à repasser...! J'ai mis de l'eau dans une bassine, j'ai branché le fer. Je me suis mise debout dans la bassine, pieds nus parce que je voulais partir par la pointe des pieds... Le courant devait passer dans l'eau, puis dans les pieds. Alors, j'ai mis le fer dans la bassine... etc... ça a disjoncté !* »

Une attitude caractéristique est une permissivité où, consciente des limites franchies, elle attend la réaction en s'offusquant de sa propre audace, montrant évidemment que c'est la transgression de la limite sous-jacente qui la fait rire : « *J'ai dit à X. que mes parents avaient qu'à crever au Mexique... [Silence interrogateur, guettant la réaction, souriante] Ah, pour aller là-bas, ils ne sont pas fatigués...* ». Elle jouit uniquement du caractère osé du propos, c'est en soi le non-respect de l'interdit qui est voulu, il n'y a pas, en quelque sorte, de vouloir dire.

Mlle M. :

La permissivité ludique de Mlle M. n'est pas non plus cantonnée aux épisodes spectaculaires, elle est une constante du comportement, plus ou moins ébauchée, parfois au beau milieu d'un noir pessimisme :

Elle rit de la situation, d'elle-même : « *pour les activités, je préfère regarder les autres faire ! ; chez moi je dors ! ; le présent est pas glorieux, le passé est vide, l'avenir, je laisse venir, c'est un tableau bien noir, non... !? [riant]. Moi, j'ai hâte à la fin des vacances, je suis pas normale...!! Je ne sors toujours pas de chez moi ! ; Je prends les mêmes médicaments que les personnes âgées, c'est pas rassurant ! [riant]* » ;

Elle suggère ironiquement des infractions : « *vous me conseillez d'arrêter tous mes médicaments d'un coup...? ; Vous pouvez pas me donner des somnifères, 10 ou 20 ? ; Est-ce que je peux consulter vos notes ? Il y a des archives !? ; Le médecin c'est un tortionnaire, il donne des médicaments pour qu'on lui foute la paix ! ; Mon ami, ses carottes et ses patates, je m'en fous ! [vous êtes provocatrice ?] : non, extrémiste !* », etc.

Autant dire donc que ces transgressions, si elles soulagent apparemment de la pesanteur de l'illégitimité et de la dispersion de l'action, ne visent rien que cela du point de vue du comportement, même si secondairement elles s'incarnent dans l'infraction et la légalité, avec cette « rébellion du moi contre la sévérité du surmoi », antagoniste à « l'identification du moi à la perte » dont parlait Freud, rejetant les verdicts, enfreignant les lois tacites ou explicites qui sont instituées, s'opposant aux objectifs qui lui ont été proposés ou imposés.

III. De l'aboulie à l'agnosie.

Nous voudrions revenir, pour conclure, à l'agnosie dont nous étions parti et sur laquelle, au cours de notre travail, nous avons fait retour pour exploiter et confronter ce que l'aboulie à son tour suggérait, autrement dit pour exploiter heuristiquement la nécessité analogique du modèle dans une

optique prospective. L'alternative non dialectique d'une prescription sans tentation, d'une incitation sans appétence et d'une auto-transgression automatique par lesquels s'exprime le trouble aboulique suggère que l'agnosie provoque une alternative analogue.

1. Dualité ambiguë de l'agnosie.

La lecture des conceptions neurologiques actuelles donne une idée des faits hétérogènes que l'agnosie recouvre. Elles se répartissent principalement, comme nous l'avons déjà esquissé, entre les agnosies dites aperceptives, difficultés d'organisation et de synthèse des informations sensorielles, et les agnosies dites associatives, atteintes de la signification, où il y aurait préservation de la reconnaissance de la forme perceptive des objets.

D'un côté, pour les agnosies aperceptives, le déficit porterait soit sur la synthèse des informations visuelles en une forme perceptive (agnosie aperceptive proprement dite), l'agnosique, quand il lui est demandé expressément d'identifier un objet, ayant une démarche logique d'identification fragmentée en éléments partiels et additionnés¹, soit sur l'intégration des informations en un ensemble (agnosie simultanée ou simultagnosie), l'agnosique ne pouvant relier et intégrer simultanément dans une totalité les multiples éléments, identifiés ou focalisés un à un, d'une représentation complexe².

Les descriptions neurologiques accumulent aussi d'autres formes d'expressions du trouble aperceptif : déficit de la constance de l'objet, non reconnu d'une présentation différente à l'autre ; labilité de la représentation de l'objet, l'image tendant à « s'effacer ». Dans les troubles les moins apparents, le déficit apparaît avec la présentation d'images brouillées, en pointillés, superposées, composites. Enfin, le défaut de traitement perceptif s'observe aussi dans la lecture et dans le traitement des visages et l'identification des couleurs. De manière générale, la reconnaissance d'indices familiers (par la palpation, la voix, un détail significatif de l'objet...) compense le défaut d'identification.

D'un autre côté, pour les agnosies associatives, les descriptions et les interprétations sont beaucoup moins claires, victimes des notions indéterminées de signification ou de reconnaissance. Le point distinctif est théoriquement la préservation de la forme perceptive, positivée dans le fait que les patients peuvent apparier des objets ou copier des figures. Cependant, cette préservation perceptive est discutable - par exemple la copie est laborieuse, de mauvaise qualité -. De fait l'agnosie associative est actuellement démembrée, soit donc comme forme atténuée d'agnosie aperceptive³, soit, dans le cadre de l'anthropologie clinique, comme trouble technique taxinomique empêchant l'utilisation ou la définition de produits⁴. Enfin, la trop vaste agnosie associative est aussi réinterprétée comme tableau de « disconnexion visuo-verbale ».

La disconnexion visuo-verbale est un terme qui a été proposé pour expliquer les tableaux cliniques où la préservation apparente d'une élaboration perceptive coexiste avec un déficit sélectif de l'identification verbale de l'objet, appuyé par l'hypothèse anatomique d'une désafférentation ayant pour conséquence une disconnexion entre les aires temporales de Wernicke et les aires visuelles occipitales. Cependant, l'hypothèse n'a pas reçu de réelle confirmation anatomique, et l'évo-

¹ « C'est une chose de bureau non ? C'est mince ici, quelque chose qui va en équerre, c'est une équerre. Là c'est foncé, là c'est plus clair. C'est du bois et là c'est du métal. La partie en bois c'est un manche et là c'est un outil » dit un malade observé par Cambier et al. devant un marteau ; Cambier J., Masson M., Elghozi D., Henin D., Viader F. (1980). Agnosie visuelle sans hémianopsie droite chez un sujet droitier, *Revue Neurologique*, 136 : 727-740.

² Concernant la simultagnosie, les débats entre interprétations « attentionnelle » et « représentationnelle » ne seront pas abordés ici. Mais les formulations de J.Gagnepain concernant la double dimension, distinctive et sérielle, du discernement gestaltique (séminaire du 20.12.1995) suggèrent une hypothèse sur les troubles aperceptif et simultané, suivant que l'agnosie touche la variation morphologique ou l'intégration de l'ensemble, analogiquement à l'apraxie qui, dans le geste, altère soit le positionnement (apraxie « idéomotrice ») soit l'enchaînement (apraxie « frontale »).

³ Cambier J. (1995), L'agnosie visuelle, in : Le Chevalier B., Eustache F., Viader F. (1995), *Perception et agnosies*, De Boeck Université, Bruxelles, p.189.

⁴ Sabouraud O. (1995), *Le langage et ses maux*, op. cit., p.183 et 377.

lution d'un tableau à l'autre peut être observée¹. De fait, selon les critères utilisés, répondant aux distinctions entre perception et signification suivant les modalités sensorielles d'entrées, - appariements de formes, copie, dénomination, reconnaissance par la palpation, sémantique -, le tableau peut être cliniquement difficile à différencier d'une agnosie associative « classique ».

C'est un patient de ce type que M.C. Le Bot a observé pour expérimenter l'hypothèse de l'agnosie. L'observation met l'accent sur des performances révélant une hégémonie du langage sans exigence d'adéquation perceptive. Selon la formule de l'auteur, le patient, anosognosique excepté pour son problème de lecture, « voit ce qu'il dit, sans pouvoir dire ce qu'il voit », faisant sans perplexité de toute hypothèse un postulat non réfutable perceptivement, négligeant les caractéristiques morphologiques des items, décrivant l'item selon l'hypothèse formulée, avec un réalisme hallucinatoire si l'on peut dire. Paradoxalement, sur une épreuve de pointage selon une consigne verbale donnée, le patient pointe correctement sans savoir pourquoi ; de même, s'il lui est demandé de copier l'objet, il peut dessiner approximativement l'objet réel en contradiction avec ce qu'il en dit. Concernant la nature de ses erreurs de dénomination, il y a un « certain rapport » avec l'item, ou une persévération du champ sémantique des réponses précédentes². Il est à noter que ce patient présente un tableau clinique complexifié d'une lésion calleuse, avec une hémianopsie que l'auteur considère comme conséquence de l'agnosie.

C'est donc ce tableau dit de disconnexion que M.C. Le Bot réinterprète comme trouble Gestaltique de la dialectique du signe, en le démarquant catégoriquement du trouble aperceptif, rejeté hors de l'agnosie. Son argumentation n'est cependant pas exempte d'ambiguïtés du point de vue du rapport entre l'hypothèse et l'observation, puisqu'elle a pour conséquence, d'un côté, d'attribuer théoriquement à la disconnexion les caractéristiques cliniques de l'agnosie aperceptive, à savoir l'incapacité « d'opérer un traitement sensoriel de l'item tel qu'il en mesure la permanence en rassemblant l'ensemble des caractéristiques qui lui sont propres et le rendant unique et identique à lui-même », ou encore l'expression d'un « défaut d'information morphologique »³ ; de l'autre côté, de réfuter théoriquement pour l'agnosie aperceptive l'idée d'une désorganisation perceptive, le morcellement de la description supposant théoriquement, sans appui clinique nous semble-t-il, que la totalité perceptive de l'item est intacte.

La distinction des deux tableaux agnosiques ne nous paraît donc pas si tranchée, comme le montrent les nuances résumées par Cambier - il y a des éléments de chaque agnosie dans chaque tableau, il y a des passages d'un tableau à l'autre, les lésions sont similaires - et comme le montrent les performances pathologiques difficiles à départager entre « aperceptives » et « associatives »⁴.

2. Déduction incontestable et induction indicielle.

L'approche de l'agnosie, au sein même du modèle, n'est donc pas univoque, et ce n'est peut-être pas sans rapport avec son objet. Il nous a donc paru utile, rompant en premier lieu avec la diversité, la complexité et la contradiction des descriptions cliniques, dont certaines sont hétérogènes à la méthode utilisée ici bien qu'elle s'en inspire, de s'attacher aux contraintes hypothétiques du modèle : si l'agnosie est un trouble de la perception, sans trouble sensoriel, altérant la dialectique

¹ Cambier J. (1995), L'agnosie visuelle, op.cit., p.191.

² [image d'une scie égoïne] : *une clef, celle de votre cave, toute rouillée*. [un oiseau volant à l'envers] : *une drôle de forme pour pousser, il est à l'envers votre navet !* [un visage avec une pipe dans l'oreille] : *une betterave dans le derrière ! non la bouche ?* [téléphone débranché] : *tiens, vous avez laissé votre machine à écrire ouverte*. [cuiller] : *une boîte de boisson (décrivez ?) : une boîte en carton, coupée au bout pour boire »* ; Le Bot M.C. (1987), *Le seuil clinique de l'humain*, op.cit.

³ idem, p.272 et 276.

⁴ À titre d'exemple, ces réponses d'une malade que nous avons observée, où la désignation se fonde à la fois sur une déduction d'hypothèses perceptivement incontestables (des persévérations de désignations antérieures en particulier) et l'induction d'indices éclatés : devant l'image d'un fer à repasser elle isole la poignée qu'elle montre du doigt et déduit que c'est un arrosoir (désignation antérieure). Puis elle pointe le fil du branchement et déduit que c'est un aspirateur (désignation antérieure). Ensuite, devant l'image d'une pipe, elle déduit qu'il s'agit d'une prise à brancher, etc.

du signe, il n'était pas a priori contradictoire et incompatible que la désignation¹ agnosique s'exprime à la fois par la déduction prévalente d'hypothèses grammaticales perceptivement incontestables, sous l'aspect pseudo-hallucinatoire ou « sémantique » du trouble ; et par une induction fragmentée d'indices sensoriels non configurés, sous l'aspect pseudo-sensoriel ou « aperceptif » de la désignation pathologique. De plus, le trouble s'exprimerait aussi, analogiquement à l'autotransgression aboulique, par une sorte d'autodésignation ou d'engendrement des mots par eux-mêmes².

Sous l'aspect d'une déduction incontestable sans référence, dans la projection du mot sur la conjoncture, l'agnosie montrerait une évidence conceptuelle pathologique, sans exigence d'adéquation ni ambiguïté. De fait il est connu que l'agnosique, alors qu'il ne peut nommer les items, peut les montrer parmi d'autres quand on lui fournit le concept adéquat, ou est facilement piégeable par de fausses suggestions qu'il ne peut contester. Sous l'aspect d'une induction indicielle sans percept, la désignation serait conjoncturellement fragmentée et dépendante de sensations non configurées. De fait l'agnosique n'est pas sans voir « quelque chose », il peut même être impressionné par la complexité de ce qu'il voit où il va tenter de cerner sans ordre des détails³.

Ces hypothèses ont, nous semble-t-il, le mérite de fournir un cadre d'observation cohérent et méthodique, restreignant et formalisant a priori des descriptions où l'observation s'évanouit dans la prolifération des « tableaux » ; là encore, plutôt que de décrire ou d'interpréter des états, il faudrait révéler une logique de désignation dans le rapport perturbé de la structure et de la conjoncture. On pourrait ainsi expérimenter dans quelle mesure « agnosie aperceptive » et « agnosie associative » ne sont pas les variations d'un même trouble, en fonction du contexte d'observation, de la gravité de l'atteinte... Si notre hypothèse concernant l'aboulie est bonne, elle nous instruit qu'on ne peut opposer l'impulsivité et la « douleur morale », suggérant qu'on ne puisse pas non plus opposer au plan du langage « l'aperceptif » et « l'hallucination verbale »⁴.

3. Sur l'apraxie et l'asomasié.

A propos de l'apraxie, nous avons déjà évoqué la variabilité paradoxale de l'habileté motrice selon que la production s'accomplit sans contrainte technique ou répond à une utilisation. Chez l'apraxique, quand l'activité est techniquement déterminée - ce qui équivaut à fournir le règlement à accomplir à l'aboulique ou à fournir l'hypothèse à voir pour l'agnosique -, la production devrait être impérieusement contrainte par l'utilisation technique⁵. Cette utilisation impérieuse peut être

¹ Rappelons que le terme de désignation ne vise pas ici l'épreuve neuropsychologique classique de pointage sur consigne verbale, mais le produit conceptuel (phonétique et sémantique) du rapport entre la perception (phonation et cognition) et l'analyse (phonologie et sémiologie).

² À titre d'exemple les réponses de ce patient agnosique rapportées par M.Coquet (communication personnelle) : on lui montre une araignée en lui demandant si ça pourrait être une mouche, il répond « oui ça peut faire mouche-bête » ; on lui montre ensuite un autobus en lui demandant si ça pourrait être un bateau, il répond « un bateau-mouche peut-être ». On lui montre une gomme, puis un crayon qu'il désigne alors « chewing-gum ». Devant une plante, il peut dire que c'est un « porte-feuille ».

³ « Il y a beaucoup de choses ! » dit l'agnosique déjà citée devant une image simple.

⁴ Lhermitte et al. avancent, à propos d'un cas où ils ne tranchent d'ailleurs pas entre « aperceptif » ou « associatif » : « Interrogée sur ce qui ne va pas, elle répond en général : "...je vois mal... j'ai peur de devenir aveugle...", ou bien encore : "...je suis dépassée... je suis dingue... j'ai peur de devenir folle...". Il n'est pas sans intérêt de constater que spontanément elle situe son trouble à la fois comme trouble visuel élémentaire et comme un trouble psychique (...). Il était rare qu'elle dit : "je ne sais pas, je préfère ne pas répondre...". Face à un stimulus donné, elle avançait une ou plusieurs réponses qui étaient le point de départ de digressions, de tentatives de justification de la réponse erronée. C'est là un comportement habituel aux agnosiques visuels qui donnent souvent, en pareille circonstance, l'apparence d'un discours incohérent avec une tendance confabulatoire (...). Dans la vie courante, le comportement et le langage de cette patiente étaient normaux ; et ce n'était que placée dans une situation expérimentale où elle était obligée de reconnaître et de dénommer des stimuli visuels que de tels traits apparaissaient. Ceux-ci répondent en réalité à une attitude logique quand on est amené à vivre cette expérience déroutante de "voir" sans "reconnaître" » ; Lhermitte F., Chedru F., Chain F. (1973), A propos d'un cas d'agnosie visuelle, *Revue neurologique*, 128 : 301-322.

⁵ « Un des aspects les plus remarquables est le contraste entre l'apraxie des gestes sans objets (...) et la parfaite exécution dès que l'objet est dans la main, comme si la mise en action de l'outil imposait sans hésitation sa direction et son orientation à la main devenue simple moteur » ; Sabouraud O., *Le langage et ses maux*, op.cit., p.357. À titre d'illustration cette observation personnelle d'un patient apraxique qui, ne pouvant spontanément élaborer des mouvements non ou-

l'analogie de la définition de la description par la verbalisation dans l'agnosie et de la direction comportementale par le règlement dans l'aboulie.

Par contre, quand la production n'est plus techniquement déterminée - analogue d'une action spontanée chez l'aboulique et d'une description chez l'agnosique - la production prend l'aspect d'une exécution maladroite, dépendant d'une motricité non configurée, où le geste est flottant, sans direction, orientation, et insertion, pour reprendre les termes de Sabouraud.

Quant à l'asomatie, les travaux déjà effectués par F.Guérin¹, H.Guyard et R.Le Borgne², et A.Duval³ notent le double aspect du trouble asomatique, soit, d'un côté, aliénation à la définition sociale de la situation et aux prises de position arbitraires, de l'autre côté, dépendance à un environnement éclaté et immédiat. Autrement dit l'absence de soma conditionnerait une altération du rapport entre l'analyse et l'existence, de telle sorte que la participation se définirait par la prévalence aliénée d'obligations et l'adhérence à une situation non configurée, une implication morcelée. H.Guyard et R.Le Borgne utilisent le terme « d'arbitrarité forcée » pour rendre compte de la contradiction clinique apparente d'une double dépendance chez un patient observé en psychiatrie : d'une part, dépendance à l'imposition de versions virtuelles d'une diversité historique que la situation ne peut trancher, - l'expression clinique étant une existence inadaptée à la situation vécue - ; d'autre part, dépendance à « l'ici et maintenant », aux accidents ponctuels présents dans le lieu et le moment, accidents qui intiment l'interprétation arbitraire, - l'expression clinique étant l'impossibilité d'élaborer une fiction qui soit détachée de l'environnement individuel immédiat⁴ -.

De son côté, A.Duval, à propos du patient F.M., note un « *fonctionnement relatif et négatif* », le patient créant des frontières par la rupture arbitraire dans la continuité : F.M. est « *incapable de se trouver une permanence qui lui donnerait un point de départ, que ce soit dans le temps, dans l'espace ou l'unité scénique de temps, lieu et action (...). La seule permanence est celle qu'il s'invente et s'impose à partir d'éléments pris arbitrairement comme permanents* ». F.M., outre une désorganisation de la situation vécue dans l'ici et maintenant, est l'auteur d'une réalité abstraite et fictive, sans cesse négociée, avec un « *aller retour entre l'analyse de la personne et la visée politique sans feed back* »⁵. Il faut également citer ici le patient de F.Guérin qui échouait à un montage électrique simple en situation de test, comme malade, tandis qu'il pouvait exercer sa compétence dans son entreprise, comme électricien. Ainsi, l'assujettissement de l'asomatique à la relation pour situer une situation dont il ne peut lui-même poser la perspective, trouverait son analogue dans la subjugation de l'aboulique par le règlement qui dirige un comportement sans prospective intrinsèque.

D'un autre côté, l'asomatique est « désorienté », « amnésique » quand il a à se situer de façon autonome. A.Duval met en valeur que « *toutes les occasions sont bonnes pour servir de repères* », le malade ne sachant quoi analyser dans l'environnement. Selon les observations de F.Guérin, il n'est pas insensible à toute conjoncture, il est « *sensible aux variations de l'environnement* » qui le concernent individuellement ; enfin, selon les observations de H.Guyard et R.Le Borgne, les malades observés ne prennent pas en compte l'ensemble des indices d'un environnement qui est saisi ponctuellement et immédiatement, ne pouvant envisager quelque chose qui ne soit pas existant « ici et maintenant ».

Troisièmement, la prédilection obligée du patient pour le jeu avec les fictions, les personnages et le parler, mise en exergue par A.Duval, où, sous « *l'expression privilégiée de son état pathologique* », « *l'histoire traite de son propre fonctionnement dialectique* », n'est pas sans évoquer la permissivité ludique et automatique de l'aboulique . Il y a là un autre aspect, ni aboulique, ni agno-

tillés, allume par exemple, non sans perspicacité, un briquet avec deux mains, puisqu'il faut un geste pour l'étincelle et un geste pour le gaz, en correspondance avec les éléments techniques de l'engin qui impose son emploi.

¹ *La personne sans sujet*, Thèse Doctorat, Rennes, 1992.

² Le cas étrange de Mr.D, *Anthropologie clinique, Tétralogiques N°7*, P.U.R, 1992 ; La détérioration mentale à l'épreuve de tableaux de chiffres, *Tétralogiques N°8*, op.cit.

³ *Des lieux communs et des idées reçues*, Thèse Doctorat, Rennes, 1993.

⁴ Le cas étrange de Mr.D, op.cit.

⁵ *Des lieux communs et des idées reçues*, op.cit., p.186, 209, 218.

sique, du « jeux de mots », quand F.M. évoque par exemple un « *chanteur qui parle musicalement* », « *un architecte qui construit une maison à la campagne électorale* », etc. Ce jeu, de fait, est d'abord un jeu avec la situation et ne s'en tient pas aux jeux verbaux¹.

* * *

Prescription irréfutable et incitation impulsive ; déduction incontestable et induction indicelle ; utilisation impérieuse et exécution maladroite ; obligation aliénée et implication morcelée ; il y a là, nous semble-t-il, l'ébauche d'une cohérence des troubles Gestaltiques pouvant cadrer une observation systématique, que ce soit en neurologie ou en psychiatrie, de ce trouble de la fonction naturelle chez l'homme qui semble réaliser le dualisme de « la matière » et de « l'esprit ».

¹ Idem, p.209.