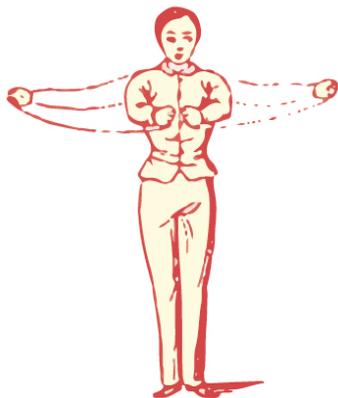


Troubles bipolaires et psychose maniaco-dépressive

Augustin Menard



Dans ce travail, je voudrais attirer l'attention sur le risque que comporte la tendance actuelle à substituer la première de ces dénominations à la seconde.

Rappel historique

Manie et mélancolie sont connues depuis l'Antiquité, du moins dans leurs manifestations, l'une d'excitation, l'autre de dépression. Les mots qui les désignent de nos jours n'ont pas toujours eu cette signification.

La manie a souvent eu une acception plus large, synonyme de folie. Esquirol décrivait des « monomanies ». La mélancolie a eu des résonances mystiques avec au Moyen-âge, l'*acedia*. Elle a aussi été récupérée par l'esthétique, la *Melencolia* d'Albrecht Dürer en est le témoin célèbre. Au XIX^e siècle, avec l'introduction du discours de la science, un effort de rigueur s'est imposé nécessitant une classification, c'est ce que nous nommons nosologie ou taxinomie. Ce n'est qu'en 1854 que simultanément Jean-Pierre Falret, sous le nom de « Folie circulaire » et Jules Baillarger, sous celui de « folie à double forme », font le lien entre ces deux états si dissemblables en apparence. Ils perçoivent l'unité de structure derrière la diversité d'expression.

Emil Kraepelin est celui qui, dans la clinique allemande, a réussi la moins mauvaise classification des maladies mentales avec un support clinique rigoureux et une ébauche de référence structurale. À cette même époque, la psychiatrie française était à son apogée. Remarquable dans l'acuité de ses descriptions cliniques, elle s'embourbait dans la multiplication des formes de délires, classés selon leur thème. Elle entendait faire une distinction radicale entre les états liés au délire ou aux hallucinations. Gilbert Ballet, dans un esprit différent, tentait de bâtir une véritable entité morbide avec la « psychose hallucinatoire chronique ».

E. Kraepelin, dans une démarche originale, classe, par-delà les symptômes, les psychoses selon leur mécanisme. Il oppose les psychoses projectives – où le sujet localise la cause hors de lui –, aux psychoses introjectives – où le sujet situe la cause en lui : ce n'est pas l'Autre qui est mauvais mais lui-même.

Les premières se divisent en paranoïa (délire cohérent), psychose paranoïde (délire dissocié, incohérent) et paraphrénie. La psychose paranoïde se substitue à la démence précoce et correspond à la schizophrénie de Bleuler. Les secondes désignent la psychose maniaco-dépressive qui y apparaît bien à part, dominée par les troubles de l'humeur, thymiques, prévalant sur le délire et les hallucinations. Un deuxième trait est leur caractère intermittent mais récidivant. Ces distinctions robustes qui admettent des variations et des intrications ont le mérite de la clarté.

Henri Ey (le dernier avec Lacan des psychiatres français) a importé cette clinique en France, remise au goût du jour avec sa théorie de l'organodynamisme. Il est franchement organiciste, là où E. Kraepelin demeurait prudent sur la causalité. Venu des Etats-Unis dans les années 1980, le *DSM*, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, dans ses versions successives, se voulant a-théorique, purement descriptif, objectif, fondé sur les statistiques – Science oblige – pulvérise à nouveau la clinique. Je passe sur l'émergence de nouvelles appellations monosymptomatiques comme les TOC ou l'hyperactivité.

Le refoulé reprend ses droits avec le retour de concepts visant au regroupement, comme « dépression », « borderline », « pervers narcissique » et maintenant « bipolaire ». En leur temps, certains concepts avaient ainsi fait florès, envahissant la clinique au détriment des autres, comme une mode : « les dégénérés », « la paranoïa » ou encore « la schizophrénie » au mépris de critères rigoureux. C'est le cas de nos jours avec le terme de « bipolaire ».

Une question de limites : les troubles bipolaires

Ce diagnostic à tout faire vient gommer les acquis distinctifs des générations antérieures. Il est source de confusion. Son fondement est cette écume du psychisme que sont les comportements ou les signes extérieurs des affects. C'est un retour à la clinique du regard. Bien sûr, cet abord s'appuie sur le résultat de questionnaires lui donnant une teinture scientifique, mais la réponse ne peut qu'enfermer le sujet dans le cadre préétabli de la question. Il a été induit par la clinique du médicament. La découverte des effets de l'Imipramine sur les symptômes dépressifs, quelle que soit leur structure, a conduit Donald Klein à récuser en 1962 la frontière entre névrose et psychose¹. Son seul avantage est d'orienter une clinique continuiste au-delà du clivage manichéen névrose / psychose induit par une lecture réductrice de Lacan. À l'inverse, à se fier aux seules fluctuations de l'humeur que l'on retrouve dans toutes les structures, on passe à côté des particularités induites par celles-ci. Cela a des conséquences thérapeutiques qui peuvent être graves. L'originalité de la PMD, Psychose maniaco-dépressive, par rapport aux autres psychoses, pousse à maintenir cette dénomination sous réserve de ne pas attribuer au terme de psychose un caractère déficitaire et ségrégatif. Sa singularité tient à deux faits :

- Dans ses accès, elle se rapproche des autres psychoses dont toutefois elle se différencie par la prévalence de troubles de l'humeur qui l'emportent sur le délire ou les hallucinations.
- En dehors de la crise, on ne retrouve aucun critère du discours psychotique et on pencherait plutôt pour une structure névrotique.

Nous verrons que seule la dernière clinique de Lacan, fondée sur la topologie et la clinique borroméenne, permet de dépasser le clivage névrose / psychose, tout en respectant les particularités liées à ces structures. Disons, pour faire bref, que l'appareillage des trois registres imaginaire, symbolique et réel, vient supplanter, tout en la maintenant et en la relativisant, l'organisation structurale. Bien sûr nous aurons, à côté des formes pures, à envisager les formes associées ou de transition où peuvent se repérer des interférences avec d'autres pathologies, non seulement entre les accès, mais aussi dans les crises elles-mêmes.

Clinique

Nous ferons seulement un bref rappel des symptômes les plus caractéristiques que l'on ne peut omettre de rechercher avant tout diagnostic :

- L'accès maniaque : c'est l'excès qui domine, aussi bien pour l'humeur que pour l'activité. L'euphorie s'accompagne d'un sentiment de toute-puissance avec surestimation du moi. Le sujet est logorrhéique, mais le discours est désordonné, les mots s'enchaînent par assonance faute de logique, le sens s'échappe, c'est la fuite des idées. L'hyperactivité entraîne une agitation parfois clastique, un érotisme exacerbé, parfois des actes inconsidérés : achats excessifs, entreprises hasardeuses.

- L'accès mélancolique : la tristesse se joint à l'inhibition motrice pouvant aller jusqu'à la stupeur. Le discours est pauvre mais cohérent. Il exprime la dépression motivée par des idées de culpabilité, d'indignité, de ruine. La dominante est la dépréciation, l'autoaccusation pouvant conduire au passage à l'acte suicidaire. L'affect majeur en est la douleur morale, douleur d'exister dont la mort peut libérer le sujet.

L'évolution, nous l'avons dit, se fait sur un mode cyclique, périodique avec ou sans alternance de ses deux modalités – parfois rythmée par les changements de saison ou par la perte d'un objet aimé, mais le plus souvent la cause demeure inconsciente. Le retour à la normalité entre les crises s'accompagne le plus souvent d'une amnésie du vécu critique. Le seul critère repérable, en dehors des formes associées, est une prévalence des identifications imaginaires narcissiques.

¹ Cf. Klein D., « Psychiatric Reactions Patterns to Imipramine », *American journal of psychiatry*, 1962, p. 119 & 432-438. Cité par Laurent É., « Mélancolie, douleur d'exister, lâcheté morale », *Ornicar ?*, n° 47, Paris, 1988, p. 16.

Une « bipolaire » fausse maniaco-dépressive²

Madame D., la quarantaine, a eu une vingtaine d'hospitalisations pour un état d'excitation qu'elle qualifie de « délires psychotiques ». Elle est étiquetée « bipolaire » et traitée au Lithium. Son délire était que l'on s'en prenne à ses enfants – troubles liés à une scène de son enfance. Des intrus viennent chez sa grand-mère. Ils veulent emmener sa mère pour la prostituer en raison d'une dette de jeu impayée. Cachée, elle l'entend dire : « ne prenez pas ma fille, prenez ma petite-fille ». Les intrus partis, la dispute continue entre la grand-mère, la mère et son compagnon. Elle fait alors irruption dans la pièce avec ces mots : « arrêtez votre *disputation* », mot de sa *lalangue* (elle utilise par ailleurs le mot dispute). Nous avons là la matrice d'un délire que l'on retrouvera à chacune des rechutes. À vingt-cinq ans, un homme dont le « regard la glace », déclenche un délire : « il va tuer mes enfants ». Plus tard, à un homme qui lui fait des avances, elle répond « non », et entend : « alors tu te prostitueras pour payer tes dettes ». Lors d'un voyage à l'étranger, sous l'emprise d'un guide, un ordre s'impose à elle : « tuer ses enfants ! ».

Un nouveau psychiatre la prend en charge, rectifie le diagnostic et lui prescrit des neuroleptiques. Certes il y avait des troubles de l'humeur périodiques, mais c'était l'arbre qui cache la forêt.

Un vrai maniaco-dépressif³

Monsieur X., la soixantaine, a une histoire marquée par des épisodes maniaques dont trois nécessitent une hospitalisation. Il part dans ses rêves, mange peu, dort peu et claque beaucoup d'argent : « J'ai le cerveau qui va à cent à l'heure. J'écris beaucoup. Je deviens délirant. Je suis très euphorique ». Lors de ces épisodes aigus il imagine qu'Adam, Ève et les animaux sont arrivés sur terre sous la forme d'embryons congelés, venant d'un autre monde. Mais « l'atterrissage est douloureux, je déprime complètement, je voulais me suicider ».

Il fait des études, mais s'adonne à la musique et au haschich et ne va plus en cours. Il échoue aux examens : « j'ai raté tout ce que je voulais ».

Sa vie sentimentale, c'est « l'ensemble vide » jusqu'à dix-huit ans : « j'étais très timide, après je me suis fait virer plusieurs fois ». Après une rupture amoureuse, il éprouve une grande déception, c'était l'amour de sa vie, « J'ai fait le con ! ». Il n'en a pas fait le deuil, « elle est irremplaçable » : image idéale de la femme. Dans les périodes de calme il présente des défenses d'allure obsessionnelle, s'impose une modération – « je me restreins » –, se contente d'un métier qui ne lui plaît pas et lui rapporte peu, d'une vie sentimentale pauvre. Le diagnostic de psychose maniaco-dépressive ne fait aucun doute. La singularité réside dans le contraste entre les excès thymiques des crises (excitation, euphorie, puis abattement, tristesse) et le peu d'affect dont il témoigne dans l'entretien. Il n'est pas triste mais atone, terne, plutôt sur le versant de la mortification, du « mort-vivant ». Toutefois, on ne retrouve pas la division subjective du névrosé. Il ne se compte pas dans son discours. Si nous n'avions pas la connaissance des épisodes critiques, on s'orienterait plutôt vers une psychose ordinaire.

Freud indique que les accès sont déclenchés par la perte de l'objet investi libidinalement. Dans le deuil l'objet est connu, il peut être symbolisé permettant le déplacement sur un autre objet. Dans la mélancolie (et plus généralement dans la PMD), ce deuil est impossible. Ce sujet a réussi comme un obsessionnel à se soutenir d'un amour impossible, mais comme le psychotique qu'il est, il a réussi à renouer les trois registres, réel, imaginaire, symbolique par une image fixe, morte mais immuable. Son consentement à réduire sa jouissance lui permet un équilibre dont il se satisfait.

² On retrouvera ce cas plus détaillé dans le livre collectif publié sous la direction d'Hervé Castanet : *Entrées dans la psychose. Études cliniques*, Paris, Economica / Anthropos, 2017.

³ Ce cas a fait l'objet d'une publication dans *Papers*, n° 4, article 5 « Nouer et dénouer », Bulletin électronique préparatoire au XI^e Congrès de l'AMP « Les psychoses ordinaires et les autres, sous transfert », Barcelone, 2018, p. 18-20.

L'apport freudien

Freud, en 1915, aborde la question de la PMD par la mélancolie dans son article : « Deuil et mélancolie ⁴ ». Il rapproche deuil et mélancolie – l'un processus normal, l'autre pathologique –, par le fait qu'ils ont une cause commune, la perte d'un objet d'amour (ou une abstraction qui en tient lieu), et une expression similaire, la tristesse et la dépression. Toutefois, l'objet perdu est connu dans le deuil mais inconscient dans la mélancolie : « le sujet sait *qui* il a perdu mais ne sait pas ce qu'il a perdu ». La différence majeure tient au type d'identification : narcissique dans la mélancolie, trait par trait, hystérique dans le deuil.

La mélancolie est une maladie du moi. Dans le narcissisme le sujet s'aime dans l'autre à l'image duquel il s'identifie sur un mode global ; cet amour est ambivalent, comportant l'autre face qui est la haine. Que le support de cet autre disparaisse et la libido qui lui était liée se vide : *l'ombre de l'objet tombe sur le moi*, et l'agressivité inconsciente qui en était l'autre face se retourne contre le moi (haine de soi). Le moi perd sa brillance, se réduit à une chose, un déchet contre lequel le sujet s'acharne. Les reproches qui visaient l'objet perdu, inconsciemment, se retournent contre lui.

Freud souligne encore deux points : la jouissance de la plainte dont témoignent l'absence de honte et le mécanisme de la régression. Cette dernière témoigne d'une fixation narcissique, même si le sujet a pu accéder à d'autres modes de relation d'objet. Il oppose cette identification narcissique à celle, hystérique, qui sous-tend le deuil. Cette dernière se fait trait par trait et non globalement. Elle permet de dérouler dans le deuil tous les traits – Lacan dira les signifiants – qui nous rattachaient au défunt pour nous en libérer. Le lien symbolique demeure, mais l'investissement de la libido peut se porter sur un autre. La différence se situe aussi dans l'issue de la crise. Dans le deuil, il faut « le temps nécessaire » pour que soit exécuté « en détail » le commandement de l'épreuve de vérité.

Dans la mélancolie, c'est un phénomène du « tout ou rien », de prise en masse, même s'il faut un certain temps comme pour le deuil pour passer à un autre objet, ceci se produit comme un complément qui vient obturer le trou creusé par la perte. Cela témoigne d'une nouvelle identification narcissique. Ajoutons que, dans « le Moi et le Ça ⁵ », Freud fera de la part du moi qui s'acharne sur l'autre, le surmoi, l'héritier de l'Œdipe par identification au père mort. Il y aurait dans la mélancolie lutte entre deux identifications une fois le narcissisme effondré : celle au père et celle au déchet, à la chose.

Quant à la manie, il en fait le symétrique inversé de la mélancolie, ses symptômes s'y opposant point par point, c'est le triomphe de la défense contre cette « perte de l'estime de soi » qui caractérise la mélancolie. Le moi se reconstitue et dépasse son but avec la mégalomanie et le sentiment de surpuissance. L'euphorie l'emporte sur la tristesse et l'hyperactivité sur l'inhibition. La libido se libère, le discours s'emballe. Ceci confirme que c'est bien d'une maladie du moi qu'il s'agit aussi et c'est ce qui fait de la manie et de la mélancolie les deux faces d'une seule affection, la psychose maniaco-dépressive.

L'apport lacanien

Lacan remanie sa conception de la mélancolie et de la manie au cours de son enseignement selon qu'il donne la priorité à l'une des trois dimensions imaginaire, symbolique ou réelle, avec lesquelles il clarifie et ordonne la découverte freudienne. Pour la première partie de cet enseignement on se référera à l'article d'Éric Laurent sur la mélancolie ⁶, mais c'est la clinique borroméenne qui nous fournit la véritable clé de ce qui spécifie la PMD.

- L'emprise de l'imaginaire : dès « Les complexes familiaux... » en 1938, Lacan rattache, comme Freud, la mélancolie à l'identification narcissique dont il révèle la face mortelle. Capturé par sa fausse unité au miroir, le sujet sacrifie son être. Bien qu'il soit tenu compte de « l'insuffisance

⁴ Cf. Freud S., « Deuil et mélancolie », *Métapsychologie*, Paris, Gallimard, 1968, p. 144-171.

⁵ Freud S., « Le Moi et le Ça », *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1981, p. 221-261.

⁶ Cf. Laurent É., « Mélancolie, douleur d'exister, lâcheté morale », *op. cit.*

congénitale [des fonctions vitales]⁷ » liée à la prématuration, c'est déjà à la coupure culturelle, donc symbolique, qu'est rattaché ce hiatus entre le moi primordial et l'être du sujet.

- La coupure symbolique : dans « Propos sur la causalité psychique⁸ » en 1946, le symbolique est introduit avec le jeu du *fort-da* et avec le langage la pulsion de mort, décrite précédemment comme « appétit de la mort ». Le sacrifice narcissique est subordonné au sacrifice symbolique de l'être du sujet. Le suicide mélancolique s'avère être le pendant du « meurtre immotivé » du paranoïaque selon que le passage à l'acte se situe sur l'un ou l'autre versant de la schize du sujet.

C'est avec « Fonction et champ de la parole et du langage en psychanalyse⁹ », en 1953, que ce nouvel abord se concrétise avec « l'inconscient structuré comme un langage », le mot comme « meurtre de la chose » sacrifie l'être tout en éternisant le sujet du désir.

Dans le Séminaire *La Relation d'objet*¹⁰, en 1956, l'accent est mis sur le manque de l'objet qui est aimé, non pour ce qu'il a mais pour ce qu'il n'a pas. Cela permet de mieux entendre ce que formule Lacan dans le Séminaire *L'Angoisse*, en 1963, quand il souligne que si le deuil est douloureux c'est parce que nous avons perdu le soutien de notre manque, lequel nous fait retour¹¹. Avec la distinction de la relation objective à l'objet imaginaire et objectale à l'objet *a*, se dévoile ce que le miroir cachait : l'objet du fantasme. C'est avec cette construction : $\$ \langle \rangle a$ que le sujet va rencontrer du positif dans sa quête de l'être qui lui manque. Cet objet n'est qu'un semblant d'être, mais qui lui sert d'appui. Le fantasme est une fenêtre sur le réel par le trou qu'introduit le symbolique représenté par le poinçon. Cette déhiscence sépare et relie à la fois le sujet et l'objet.

Dans la psychose maniaco-dépressive il y a rupture ou encore traversée sauvage du fantasme. Dans la manie le signifiant, non lesté de « *a* » se déchaîne. Dans la mélancolie le sujet rejoint son être à disparaître dans l'acte suicidaire.

- L'incidence du réel : en 1973 dans « Télévision¹² », c'est par le réel qu'est abordée la question. Sur le versant maniaque, la carence du symbolique libère le réel du langage qui s'autonomise, découvrant la *lalangue* et sa jouissance. C'est le rejet de l'inconscient – cette « élucubration de savoir sur lalangue¹³ » – qui opère ce clivage. Sur le versant mélancolique, c'est l'objet qui se *réelise*, réduisant le sujet au déchet.

- La forclusion : dans cette théorisation, que l'abord soit imaginaire, symbolique ou réel, c'est la forclusion du signifiant du Nom-du-Père qui est en cause. C'est elle qui délivre la signification du phallus. C'est même le phallus qui donne sa brillance aux deux pôles du fantasme : - ϕ court sous $\$$ comme sous *a*.

La psychose maniaco-dépressive est assimilée quant à sa cause aux autres psychoses. Rien ne peut expliquer sa singularité : la normalité du discours entre les épisodes, la prédominance des troubles de l'humeur, la prévalence du rapport à l'objet.

Le dernier Lacan et la clinique borroméenne

Lacan opère un renversement : la forclusion n'est plus réservée à celle du signifiant du Nom-du-Père, mais généralisée, les Noms-du-père sont pluriels. La forclusion généralisée c'est celle du réel, son fondement est le trou de structure introduit par le signifiant primordial. De fait il y a non rapport entre les trois registres RSI qui sont séparés entre eux.

Les Noms-du-Père, comme symptômes, introduisent un quatrième élément qui noue les trois autres tout en les laissant libres deux à deux. C'est la propriété borroméenne. Ils sont « isolés ensembles ». Ce nouage peut donc se faire par un élément prélevé sur l'un des trois registres RSI, venant par la nomination faire suppléance à la forclusion. Ainsi la forclusion peut porter sur ce qui faisait

⁷ Lacan J., « Les complexes familiaux dans la formation de l'individu », *Autres écrits*, Paris, Seuil, 2001, p. 35.

⁸ Cf. Lacan J., « Propos sur la causalité psychique », *Écrits*, Paris, Seuil, 1966, p. 151-193.

⁹ Cf. Lacan J., « Fonction et champ de la parole et du langage en psychanalyse », *Écrits, op. cit.*, p. 237-322.

¹⁰ Cf. Lacan J., *Le Séminaire*, livre IV, *La Relation d'objet*, texte établi par J.-A. Miller, Paris, Seuil, 1994, p. 25-40.

¹¹ Cf. Lacan J., *Le Séminaire*, livre X, *L'Angoisse*, texte établi par J.-A. Miller, Paris, Seuil, 2004, p. 132 & 166.

¹² Cf. Lacan J., « Télévision », *Autres écrits, op. cit.*, p. 526.

¹³ Lacan J., *Le Séminaire*, livre XX, *Encore*, texte établi par J.-A. Miller, Paris, Seuil, 1975, p. 127.

suppléance dans ces mêmes trois registres : le signifiant du Nom-du-Père comme symptôme pour le symbolique, l'inhibition pour l'imaginaire, l'angoisse pour le réel, peuvent faire nouage¹⁴.

Si « Nouer et dénouer [ne sont] pas ici des métaphores¹⁵ », comme l'affirme Lacan, une clinique continuiste peut s'établir avec une multiplicité de solutions. Pour la PMD le nouage par l'imaginaire, identification narcissique, correspond à sa spécificité. C'est bien une rupture dans l'imaginaire dont il s'agit avec la perte de l'objet qui faisait fonction de suppléance. Un autre objet peut, dans les meilleurs cas, y suppléer sur le même mode : bouche-trou. C'est très différent d'une suppléance symbolique qui porte sur le discours et peut être réparée par un autre point de capiton : la métaphore délirante par exemple.

C'est, dans la psychose maniaco-dépressive, du rapport du sujet à l'objet dans le fantasme qu'il est question et non du rapport à l'Autre, du moins dans le mécanisme du déclenchement. Si l'on en revient au texte de 1936, c'est bien le miroir qui a fourni au sujet le prototype d'une suppléance imaginaire face au morcellement.

Psychose maniaco-dépressive et organicité

La PMD est une maladie du sujet et non pas de l'organisme. La clinique le démontre. Toutefois, il est bien certain que des facteurs organiques peuvent y prédisposer au titre d'une fragilité héréditaire ou acquise. Il y a des familles de cycliques, même si le gène responsable n'a pas été isolé. C'est pourquoi Henri Ey avec son organodynamisme et plus récemment Daniel Widlöcher ont voulu revenir vers une causalité organique.

Même dans le cas où les neurosciences pourraient trouver le substrat génétique, seule une causalité psychique peut expliquer la symptomatologie. Le traitement doit s'inspirer de cela. À court terme les médicaments s'imposent pour la crise afin d'éviter les excès maniaques ou le raptus suicidaire (y compris parfois l'hospitalisation d'urgence). À moyen terme les régulateurs de l'humeur s'imposent pour éviter de nouvelles crises. C'est grâce à ce soutien nécessaire que la psychanalyse peut aider de tels sujets à retrouver ou à renforcer la suppléance qui pacifie leur jouissance et parfois même à se passer du soutien médicamenteux. La cure elle-même, par le transfert, tend à en être l'ébauche puisqu'elle est un rebranchement à l'Autre.

Clinique différentielle

La clinique continuiste n'exclut pas l'intérêt de préciser pour chaque sujet la modalité particulière de ses défenses empruntée aux structures et plus encore sa modalité singulière. Une pratique en collaboration avec un psychiatre averti s'impose. Une erreur peut avoir des conséquences tragiques. La prescription d'un antidépresseur peut déclencher un passage à l'acte suicidaire par la suppression de l'inhibition mélancolique, comme il peut déclencher un meurtre chez un paranoïaque. C'est le danger du flou diagnostique de la bipolarité qui conduit trop facilement à une prescription standard de la simple cyclothymie aux états les plus graves. Les critères structuraux que nous avons évoqués permettent de séparer la mélancolie des autres états dépressifs, même très graves. Ce n'est pas une question d'intensité. L'analyse du discours dans les intervalles des crises doit permettre ainsi de distinguer une pseudo-mélancolie hystérique. Certes le sujet s'y présente comme un déchet, mais avec l'appel à l'Autre, espérant que celui-ci trouvera en lui ou elle, la perle recélée. Le discours obsessionnel, en fait pseudo-obsessionnel, est le plus fréquent comme l'avait déjà noté Karl Abraham. Nous avons évoqué la paranoïa, mais la grande différence entre la PMD et les autres psychoses, c'est que le sujet localise la jouissance en lui et non dans l'Autre.

Au-delà de ces diagnostics qui nous servent de guide, il importe au cas par cas de repérer la construction unique de tel sujet.

La douleur d'exister du mélancolique dénuée l'affect lié à la morsure du langage sur l'organisme quand ne s'interposent plus entre le *parlêtre* et le réel, les instances imaginaires et symboliques. La

¹⁴ Cf. Lacan J., Le Séminaire, livre XXII, « R.S.I. », *Ornicar ?*, n° 5, 1976, p. 66.

¹⁵ Lacan J., « Télévision », *op. cit.*, p. 516.

pulsion y fait apparaître ses deux faces de vie et de mort. Le psychanalyste s'appuie sur la pulsion de vie qui, à l'inverse génère le « gay-savoir ¹⁶ ».

¹⁶ *Ibid.*, p.526.