

Destinataires : tous les membres de l'équipe

DE LA CONFUSION DU SYNDROME CYCLIQUE

A la suite de la dernière RCCP, il me semble qu'il serait bon de clarifier l'étiologie qui déclencherait les syndromes cycliques de dépression et d'euphorie. Antécédemment à la classification du DSM 3, on considérait que cette alternance d'humeur pathologique délirante ou non devait être référée à ce qu'il était convenu d'appeler « psychose maniaco-dépressive ». Dès qu'il y avait syndrome cyclique d'humeur répétitive, on considérait qu'il y avait bipolarité donc PMD. Même si la phase euphorique ne coïncidait pas exactement avec un réel symptôme maniaque et qu'elle se présentait comme hypomaniaque. Même si la tonalité délirante était absente, tant de la phase dite dépressive que de la phase dite maniaque. Ce qui est tout de même gênant pour qualifier un syndrome dit psychotique. Le DSM 5 s'en est avisé, puisqu'il classifie ce syndrome en trois types :

- trouble bipolaire de type I
- trouble bipolaire de type II
- cyclothymie de type III

Ces trois types de syndromes sont classifiés selon un ensemble de symptômes différenciés dont l'échelle est du plus grave – type I – au plus léger – cyclothymie, type III. Mais ils ne sont pas référés à une nosographie précise. Ce qui effectivement n'est pas l'objectif de ce manuel puisqu'il est axé sur la prescription de molécules les plus adaptées à chaque symptôme ou association de symptômes (qui ne sont pas même des entités syndromiques). Reste que l'on peut considérer que cette taxinomie en trois types correspond à une réalité pathologique sous-jacente derrière ces critères cliniques phénoménologiques. Elle serait véritablement pertinente si elle était référée à une étiologie du fonctionnement psychique.

Encore que, même phénoménologiquement, il peut paraître contestable de différencier le type III du type II. Contestation qui s'appuierait sur le fait que dans ces deux occurrences, il n'y a pas délire, et que de ce fait on ne voit pas bien ce qui fait césure. Mais du point de vue de la psychanalyse structurale, il y a bien trois types de syndromes cycliques, comme on l'a vu en RCCP. Et donc trois étiologies différentes sur le plan de la structuration et du fonctionnement psychique. Bien que ce dernier type III ait toutes les apparences de celui du type II. Pourtant, il n'y a pas seulement différenciation de degré symptomatique, mais de structure « métapsychologique », qui infère une symptomatologie différente, quoiqu'en apparence semblable.

La clinique psychanalytique structurale permet, au-delà de cette classification phénoménologique clinique, de référer ces trois syndromes à une étiologie de structuration et de fonctionnement psychique (métapsychologique) spécifique à chacun. Je m'explique.

I – DE LA PSYCHOSE MANIACO-DEPRESSIVE

Le syndrome cyclique de type I doit être classé dans le système de transformation réputé « dépressif » tel qu'il est décrit dans la clinique psychanalytique structurale. On peut, dans cette perspective, considérer cette affection comme une variante de **la mélancolie** qui elle-même est une variante de **la paranoïa**. Cette entité, la paranoïa, est caractérisée par une fixation « pathologique » à la phase du Moi Idéal totalitaire, dont l'être au monde, par absence de l'instance subjective qui garantit l'existence au monde, consiste « défensivement » à considérer l'environnement comme potentiellement menaçant pour sa vie (persécution). Ce qui déclenche une propension projective incoercible à détruire l'autre préventivement : c'est un persécuteur. Et cette attitude est alimentée par une logique aussi irréfutable (délirante) qu'implacable (systématisée). L'autre dans cette perspective est une « A-CHOSE » – quasi inhumaine –, qui ne mérite pas de vivre.

Dans la mélancolie, l'a-chose qui ne mérite pas de vivre, c'est la personne propre. Il y a retournement de la folie meurtrière sur le corps de celui qui délire – soutenu par un délire systématisé aussi implacable et irréductible que dans la paranoïa initiale. Le risque vital est donc non pas engagé mais certain. Seule l'hospitalisation peut le sauver dans la phase aiguë. Il faut savoir que cette auto-exécution est programmée, parfois des mois à l'avance sans que personne ne puisse le percevoir.

C'est dans ce système de transformation paranoïaque qu'il faut situer le syndrome dit maniaco-dépressif. C'est une variante. La phase maniaque se présente comme l'antonyme de la phase dépressive délétère. On a tendance à croire qu'il s'agit d'une tentative de guérison, tout au moins d'opposition – à cette phase délétère. Comme s'il y avait une oscillation entre vivre et mourir et un cycle où l'instinct de vie s'opposerait à un instinct de mort – comme aurait pu le dire Freud. La mélancolie étant le représentant de l'instinct de mort ; la phase maniaque une forme délirante de représentation de l'instinct de vie. On peut le raconter comme cela. Mais du point de vue clinique, ce n'est pas exactement cela. Cette entité nosographique est différente et de la mélancolie et de la paranoïa initiale. Elle n'est pas sous l'égide du seul Moi Idéal totalitaire. Tout se passe comme si le clivage qui débouche sur l'émergence de deux instances supplétives que sont l'Idéal du Moi et le Surmoi s'était enclenché, et avait débouché sur une sorte de pré-idéal du Moi, lequel serait resté en souffrance, inabouti. Il n'y aurait plus, chez la personne qui en souffre, une seule instance, le Moi Idéal totalitaire, mais deux qui prennent chacune à leur tour l'ascendant sur le fonctionnement psychique. Quand je dis que l'Idéal du Moi serait resté en souffrance, c'est que ce clivage inabouti ne bénéficie pas du registre imaginaire qui est celui de la constellation moiïque Moi-Surmoi-Idéal du Moi. Il est resté « symbolique » c'est-à-dire asignifiant. Ou, en d'autres termes, pseudo-totalitaire.

Digression

Si je raconte tout cela dans le jargon de la psychanalyse structurale, ce n'est pas pour faire abscons ou faire l'intelligent, c'est simplement pour montrer que le prétendu talent clinique n'est pas dû à je ne sais quel talent de voyance, mais à une approche rationnelle à partir d'un modèle. A l'instar de ce qui se passe dans n'importe quelle autre discipline scientifique de santé. Certes il ne suffit pas de la mémoriser par apprentissage. On dit qu'il faut « l'assimiler » de telle sorte qu'elle ne constitue pas seulement une « connaissance » qui nourrirait une approche réflexive, comme dans la clinique médicale par exemple. Encore qu'il ne soit pas sûr que les grands médecins cliniciens utilisent l'approche réflexive pour diagnostiquer et pour prescrire. Reste que quand il s'agit de clinique psychanalytique, les arbres décisionnels qu'on apprend au médecin non seulement ne sont pas suffisants, mais, d'une certaine manière, exclus. Ils sont en contradiction avec la clinique des

troubles psychiques. Dans la clinique psychique, le diagnostic dépend d'un autre traitement des informations. Disons pour faire vite « inconscient ». Ce qui n'explique ni ne veut rien dire. C'est une image. En tout état de cause, il procède de « l'insight ». Il s'impose en dehors de toute réflexion « consciente ». Ce qui donne cette impression de « voyance ». Ou de super connaissance. Ni l'une ni l'autre. Après coup, on peut rationaliser à partir de quelles connaissances cliniques ce diagnostic qui paraît venir de nulle part a été causé. Dans la pratique de la cure, cette rationalisation est à exclure. C'est pourquoi Je n'ai jamais rédigé ce que l'on nomme « étude de cas ». Parce que c'est déjà une objectalisation de l'humanité du psychanalysant. Et qu'à mon sens, c'est contraire à l'éthique de la psychanalyse. Dans la RCCP j'ai l'air de parler de la personne qui fait psychiquement problème à un professionnel. De fait je ne parle pas de son « cas », je m'adresse à celui qui souffre de la problématique qu'il expose (parfois cette souffrance est insue et se présente comme une incompréhension ou une demande d'aide technique) car elle lui est « humainement » interpellant. Comme à ceux qui sont présents. On dit alors qu'elle est complexe...

Pour revenir à mon propos initial là où je l'ai laissé, concernant la métapsychologie de la psychose maniaco-dépressive, j'ai évoqué que les deux instances qui structurent les symptômes d'une part dépréciatifs, d'autre part maniaques (et non pas hypomaniaques), à savoir le Surmoi et l'Idéal du Moi, seraient restés en souffrance. On pourrait dire qu'il s'agit d'un faux Surmoi et d'un faux Idéal du Moi. En termes techniques, ils sont restés bloqués, au cours de leur transformation, dans le registre symbolique sémiologique, et n'ont pas accédé au registre sémantique imaginaire. Le clivage n'a pas abouti d'un point de vue économique. De ce fait, il n'y a aucune dialectique qui les organise. Il n'y a pas à proprement parler de « cycle » où, par exemple, la phase maniaque serait une tentative de guérison de la phase dépressive (para-mélancolique) délétère. La phase maniaque et la phase dépressive sont deux manières d'être au monde qui se succèdent. Elles se succèdent en s'opposant. Ce n'est donc pas un cycle, car une succession même répétitive n'est pas un cycle. C'est une alternance.

DU PSEUDO-SYNDROME MANIACO-DEPRESSIF/ DISSOLUTIVE HYSTERIQUE

Dans ce syndrome, tout se passe comme si la phase de clivage du Moi totalitaire en Idéal du Moi et Surmoi avait abouti. Comme si ces deux instances s'inscrivaient, avec un Moi en émergence, dans le registre Imaginaire terminal de l'appareil psychique. C'est dans cette perspective qu'il faut resituer le syndrome cyclique du DSM 5 stade II. Mais pour que ce syndrome existe, il faut toujours que cette transformation se fasse malgré la défaillance subjective originelle. Dans le tableau clinique des transformations pathologiques¹, on est passé du système de transformation « défensif » du côté du système de transformation « dissolutif ». En d'autres termes, ce syndrome de type II s'inscrit dans le cadre de l'hystérie. Et sa quête éperdue de savoir comment « être ». Pour compenser cette défaillance subjective : on sait qu'elle tente d'y remédier « objectalement ». Ce qui échoue, malgré les objets comblants qu'elle tente d'idéaliser pour combler son manque à être. Ce n'est jamais « ça ». C'est le drame qu'elle met en scène en faisant cycliquement osciller, une phase euphorique d'idéalisation (d'un objet) et une phase plus ou moins dramatique de dépression due à l'échec de cette idéalisation. L'Idéal du Moi génère l'euphorie, le Surmoi dépréciatif génère la dépression. Et il s'agit en quelque sorte de « punir » l'idéalisation. On peut là considérer qu'il y a véritable cycle infernal et perpétuel. Cycle dont il est impossible de se déprendre naturellement et dont le destin est, parce qu'il est fixé, de s'aggraver au fil du temps. Cela peut déboucher sur **deux « délires imaginaires »**. Aussi bien dépressif, qu'hypomaniaque. C'est ce qui fait confondre la véritable psychose maniaco-dépressive avec le syndrome dissolutif hystérique cyclique. Encore qu'on pourrait dissenter sur l'appellation hypomaniaque du versant euphorique et idéalisant. Il faudrait peut-être réserver le terme d'hypomanie à un autre syndrome cyclique (le IIIe dans la classification du DSM 5). Il s'agit plus d'un travestissement « illusoire » – mais pseudo-adaptatif, imaginaire – de la réalité que d'un véritable délire. Quoique dans certains cas extrêmes de la pathologie hystérique (pseudo-paranoïde) il peut y avoir véritable délire.

¹ Esquisse d'une clinique psychanalytique structurale ; Marc Lebailly ; éditions L'Harmattan ; Page 214 ; en annexe de ce présent exposé

D'UNE STRUCTURE CYCLIQUE DISSOLUTIVE HYBRIDE

Il y a effectivement un troisième syndrome des troubles de l'humeur « psychonévrotique » qui apparaît comme deux types d'humeur dans le cours d'une cure psychanalytique, d'un syndrome qui se présente d'abord comme hystérique – sur le versant débilité-déréalisation – On a vu précédemment que dans l'hystérie le clivage du Moi totalitaire en Surmoi et en Idéal du Moi s'était opéré, et que le registre sémantique, concomitamment, s'était établi. Dans ce syndrome parahystérique, tout se passe comme si le clivage du Moi totalitaire n'avait pas abouti à l'émergence des deux instances transitoires Idéal du Moi / Surmoi mais à seulement un Idéal du Moi et à une embryonnaire esquisse de Moi. Il n'y a donc pas d'instance surmoïque constituée. On peut donc en conclure que cette configuration topique, quoique d'allure hystérique, est plutôt de nature paraphrénique – puisqu'on a affaire à une pseudo-dialectique entre le Moi quasi inexistant (d'où les symptômes de déréalisation et de débilité) et un Idéal du Moi exacerbé, ce qui est la structure topique de la paraphrénie. On peut aussi considérer qu'il s'agit d'un syndrome hybride, à cheval – dans le système de transformation dissolutif – entre le syndrome hystérique et le syndrome paraphrénique.

Au moment où les personnes qui sont affectées de ce syndrome particulier entrent en cure, la position paraphrénique ne se présente pas ; seule la débilité et la déréalisation hystériques se manifestent. Ce qui évoque seulement une confusion dans l'être au monde de la personne qui consulte. D'ailleurs dans d'autres lieux on considère que ce syndrome relève d'un diagnostic de TED. Ce qui est faux parce que le registre sémantique imaginaire est advenu.

De fait le clivage apparaît en cours de cure psychanalytique, quand la fonction moiïque émerge de la confusion (ce qu'on peut considérer comme un « progrès ») et s'affirme quasi seulement dans le cadre de la cure. Pas encore dans la vie. Ce qui peut induire le psychanalyste en erreur et minimiser ce qui se joue dans la réalité quotidienne. Car quand le Moi émerge s'opère un clivage qui libère le fonctionnement de l'instance Idéal du Moi. Il y a alors deux manières d'être au monde qui s'opposent : un être au monde quasi moiïque dans la cure ; un être au monde en proie à un délire hypomaniaque paraphrénique dans la vie quotidienne. Mode d'être qui a déserté la cure mais inquiète à bon droit les personnes extérieures qui en sont les témoins. La déconnexion à la réalité apparaît alors dans toute son ampleur. Mais ce délire hypomaniaque n'est pas de la même nature que les délires maniaques de la PMD. Il n'est pas systématisé ; il ne ressort pas du registre « réel » mais du registre

symbolique. Il s'organise comme une succession « réactive » aux sollicitations du monde, comme un système sémiotique qui enchaîne les items pseudo-signifiants sans rime ni raison. L'imaginaire n'est pas au service de l'adaptation mais s'avère être un facteur de déréalisation permanente ou rien n'a plus de sens et tout est possible sans hiérarchisation. Ce qui entraîne une extrême vulnérabilité des personnes qui passent par cet état paraphrénique. Parce que aussi bien le Surmoi régulateur des actions est absent, et que le Moi reste confiné dans le cadre de la cure. Il y a clivage entre deux modes d'être : un qui dépend exclusivement de l'Idéal du Moi, l'autre du Moi qui s'affirme. Il faut donc effectivement protéger ces personnes.

Si je me suis autorisé cet exercice clinique, c'est d'une part pour attester que la pertinence diagnostique ne relève pas d'un don particulier, et que d'autre part la clinique psychanalytique structurale s'appuie sur une métapsychologie dont le fondement théorique est que la structuration de l'appareil psychique s'inscrit dans un système de transformation permanent ou toutes les configurations pathologiques sont possibles. Il n'y a pas de « cas » pathologiques établis que l'on peut ranger confortablement dans tel ou tel syndrome pathologique. Pour les gens que cela intéresse, je renvoie au chapitre concernant l'hystérie, la paraphrénie, la mélancolie, et la paranoïa, dans mon ouvrage *Esquisse une clinique psychanalytique structurale*.

Marc Lebailly, novembre 2025.

Tableau synoptique des maladies chroniques (après 15 ans)

Fêlure de la subjectivisation Persistence enkystée de la détresse du vivre	
Psychonévroses dissolutives	Psychonévroses de défense topique
Angoisse originelle (détresse du vivre)	Invidia
<p><i>Hystérique</i></p> <p>↓</p> <p>Clivage : - Inconsistance du Moi - Prévalence de l'Idéal du Moi</p> <p>↓</p> <p>Double mythologie imaginaire délirante conflictuelle Tentative de suppléance à l'inconsistance du Moi</p> <p>↓</p> <p>Insatisfaction</p>	<p><i>Obsessionnel</i></p> <p>↓</p> <p>Clivage : - Inconsistance du Moi - Prévalence du Surmoi</p> <p>↓</p> <p>Double mythologie imaginaire délirante conflictuelle : - Moïque → adaptative - Surmoïque → invidiante</p> <p>↓</p> <p>Culpabilité</p>
<p><i>Paraphrénique</i></p> <p>↓</p> <p>Disparition de la constellation moïque Maintien d'une subjectivité précaire</p> <p>↓</p> <p>Mythologie sans consistance sémantique avérée (tentative désespérée de sauver la position subjective)</p> <p>↓</p> <p>Déréalisation</p>	<p><i>Perversion</i></p> <p>↓</p> <p>Clivage : - Moi imaginaire abouti - Moi archaïque totalitaire</p> <p>↓</p> <p>Mythologie adaptative + pensée productive</p> <p>↓</p> <p>Régression du fonctionnement sémantisé de l'organisation symbolique sans mythologie</p> <p>↓</p> <p>Double présence au monde « harmonieuse » (sans culpabilité) : intégration sociale aboutie versus totalitaire moïque</p>
<p><i>Schizophrénique (terminale)</i></p> <p>↓</p> <p>Disparition de toutes les instances topiques y compris la subjective</p> <p>↓</p> <p>Régression / fixation aux fantasmes terrorisants pseudo-sémantisés</p> <p>↓</p> <p>Mythologie sans consistance sémantique avérée (tentative désespérée de sauver la position subjective)</p> <p>↓</p> <p>Automatismes mentaux Hallucinations Déréalisation radicale</p> <p>↓</p> <p>Présence au monde autistique Détérioration intellectuelle</p>	<p><i>Paranoïaque (terminale)</i></p> <p>↓</p> <p>Disparition de la constellation moïque imaginaire</p> <p>↓</p> <p>Fixation / régression à l'organisation symbolique « sémantisée » et « productive »</p> <p>↓</p> <p>Connaissances paranoïdes</p> <p>↓</p> <p>Délire d'interprétation systématisé passionnel</p> <p>↓</p> <p>Présence au monde totalitaire Persistence des capacités intellectuelles</p>