

## Une expérience de la transmission de la psychanalyse dans le cadre de présentations cliniques.

On connaît la propension des analystes à développer toujours plus loin les arcanes du discours analytique. La complexité de notre champ, la nécessité qu'il y a à sans cesse le questionner, détermine profondément notre écoute, notre mode de présence en séance. Notre mode de lecture du discours que nous adresse le patient, comment il nous implique dans le transfert reste cependant peu rapporté et partagé entre analystes. La présentation clinique dans un service de psychiatrie générale d'hôpital n'est certes pas une cure. Le transfert et son interprétation qui balise la cure dans son déroulement temporel est forcément absent, ou presque, d'une telle pratique. Il y a cependant un intérêt majeur pour les psychanalystes à rester en dialogue avec la clinique psychiatrique si engagée dans son époque et les discours qui déterminent l'évolution des liens sociaux, affectent l'individu contemporain et ses désordres. La psychanalyse depuis Freud s'est toujours maintenue en dialogue avec l'institution psychiatrique, l'a fécondée de ses concepts et s'en est assimilée d'autres en retour. Lacan a activement soutenu lui-même les présentations cliniques pendant de très nombreuses années.

L'évolution de la psychiatrie dans ces dernières années ne facilite pas ce dialogue, la présentation clinique rencontre des oppositions de plus en plus marquées dans les services, cela tient sans doute aussi au statut de la psychanalyse très critiquée par l'idéologie scientiste qui domine notre époque. La clinique psychiatrique a tendance à se cantonner dans des protocoles préétablis d'étiquetages de "troubles" comme le promeut le DSM, référence devenue incontournable dans les pratiques institutionnelles si elles veulent rester agréées par les pouvoirs publics. La psychiatrie d'aujourd'hui n'est plus du tout celle de la génération précédente, encore largement perméable à l'approche analytique de la maladie mentale ou tout au moins à son appareil conceptuel. L'exigence du consensus, idéologie plus politique que scientifique, éliminant les conflictualités sociales et éthiques qui traversent l'abord de la maladie mentale règne. L'autorité que prend cette idéologie du consensus on peut en prendre la mesure dans un exemple particulièrement violent dans son attaque de la psychanalyse, citons pour mémoire la décision de la Haute Autorité de Santé en France qui dans une évaluation des bonnes pratiques en matière d'autisme a décrété la psychanalyse comme "non consensuellement recommandée". Cette tendance à vouloir définir les "bonnes pratiques" sans en avoir les moyens suffisants d'évaluation est une tendance qui s'affirme dans les politiques actuelles en matière de santé mentale; on voit fleurir les comités de pilotage, les centres de référence, le concept de "bonne pratique", très vulnérable à l'opinion et au discours d'une époque dominée par l'exigence de performance, de rentabilité quantifiable et évaluable par le chiffre. Présentifier la psychanalyse dans l'institution psychiatrique, sans y être inféodé, permet au moins de maintenir un dialogue qui ne doit pas cesser, contribuer à maintenir une éthique fondée sur le dialogue clinique sans lequel domine la recherche de l'univocité du signe excluant l'idée même de sujet.

Si l'objet de la psychiatrie paraît bien défini puisqu'il est constitué par la maladie mentale - encore que le concept de "trouble" promu par le DSM en mine insidieusement la pertinence - il est bon de mettre ici en parallèle dans un souci de transmission ce que Lacan a pu avancer quant à l'objet de la psychanalyse

*L'objet de la psychanalyse n'est pas l'homme, c'est ce qui lui manque - non pas manque absolu, mais manque d'un objet. Encore faut-il s'entendre sur le manque dont il s'agit, c'est celui qui met hors de question qu'on en mentionne l'objet.<sup>1</sup>*

Phrase complexe ou opère dans le retournement un certain paradoxe. On croit que l'on détermine enfin l'objet fondant la scientificité de la psychanalyse pour en perdre aussitôt la trace : *"il est hors de question qu'on en mentionne l'objet"*. Comme chaque fois les mots utilisés ne sont pas pris au hasard car mentionner ou faire mention consiste à faire une référence à, signaler le nom ou l'existence de quelque chose, l'objet désigne un réel dont le référent ne peut se nommer. Lacan reverra cette formulation après ce qu'il nommait une de ses principales inventions, l'objet a. Telle que citée, cette formule vient pointer l'inanité de tout savoir à venir dire la vérité de notre condition d'être de désir. Rappeler la disjonction du savoir et de la vérité, même si nous n'avons de cesse de vouloir trouver ce qui les articulera et en faire ainsi nos *objets a*, me paraît nécessaire dans ce propos qui traite d'un aspect de la transmission de la psychanalyse et du statut de son savoir.

La clinique contemporaine bouleverse ce qui a pu longtemps semblé un acquis dans la distinction des grandes structures repérables dans la psychopathologie. Le fantasme peut faire défection dans d'autres circonstances que la psychose, dont on ferait d'ailleurs mieux de toujours parler au pluriel tant elle varie dans ses manifestations cliniques. Le trépied névrose, psychose, perversion, est remis en question par la complexité des trois dimensions Réel, Symbolique, Imaginaire et les variétés de leur entrelacement. Penser la clinique avec pour principales références le complexe d'Oedipe et le Nom-du-père ne peut par ailleurs qu'être réévalué à l'aune des bouleversements contemporains de la famille et de la prise en compte d'un champ jusqu'alors peu abordé par les psychanalystes, celui des psychoses. C'est sans aucun doute tant mieux car cette complexité vient faire obstacle à notre pente naturelle à objectiver, encouragée par la clé universelle de l'Oedipe.

Étymologiquement, enseigner est une forme verbale dérivée de "insignis" du latin classique. Les "insignia" ce sont les décorations, ce dont on peut se parer. Dans sa forme singulière, insignis c'est ce qui est distingué par une marque particulière, remarquable. Enseigner, si l'on peut s'inspirer de cette origine, sera donc transmettre une capacité à distinguer les linéaments du particulier, de ce qui fait du singulier. Ce particulier se caractérise dans la clinique analytique de faire symptôme (*...des choses qui vous font signe, mais à quoi on ne comprend rien*)<sup>2</sup>

1 J. Lacan: "Autres écrits", Réponse à des étudiants en philosophie. p.211- Editions du Seuil, Paris 2001.

2 J.Lacan: D'un discours qui ne serait pas du semblant. Editions de l'ALI, leçon du 10/2/71, p. 47

inextricablement noué à notre condition langagière. Tendre vers ce qui fait le particulier n'est pas de l'ordre de l'idéologie humanisante certes tout à fait louable, mais d'une conception de l'effet de sens. Au-delà de ce que Lacan nomme les "ondulations imaginaires", celui-ci porte sur un réel propre à chacun et dont l'approche ressemble à un serrage. Serrage de la consistance d'un noeud dont l'analyste tente une mise à plat. Ce "noeud mental" dans lequel l'analyste se trouve serré lui-même, porte l'accent sur le travail fondamental de l'analyse qui est la prise en compte de notre aliénation à l'Autre, à l'ordre du langage et aux lois de la parole.

Qu'une présentation clinique soit un moment d'enseignement, une transmission en acte de la psychanalyse implique une condition préalable: toute présentation a pour souci qu'une rencontre se produise. Il ne faut pas entendre "rencontre" au sens romantique du terme. En vieux Français, rencontrer c'est *encontrer*, trouver sur son chemin. Il ya donc trouvaille, même si ce chemin a été parcouru et réitéré de nombreuses fois ce qui est souvent le cas dans un récit déjà bien rodé qu'un patient peut déplier au fil de ses hospitalisations. Cette trouvaille, pour l'analyste, est de l'ordre d'un savoir : tout symptôme recèle un savoir inconscient qui ne se constitue que dans une adresse. S'il arrive que ce savoir soit en excès, comme dans les phases aiguës de la psychose, la démarche est évidemment inverse, il s'agira plutôt de témoigner du trou de la vérité dans le savoir.

Si du savoir inconscient émerge au fil de la cure, des manifestations des formations de l'inconscient et dans le transfert, ce n'est évidemment pas superposable à ce qui se produit dans la temporalité concentrée d'une présentation, moment unique et isolé. Il me semble cependant que le consentement du patient à s'énoncer dans un moment critique de son existence, en présence d'une assemblée d'auditeurs s'enseignant de ce qui s'échappe de son dire, peut constituer un moment de restitution de ce "*ce à quoi on ne comprend rien*" ou tout au moins permettre l'émergence d'une question là où ne règnait plus que l'automatisme de répétition.

Notre présentation clinique s'est intitulée "Trait du cas". Il ne faut pas y entendre la recherche d'une quelconque objectivation des déterminants du symptôme mais plutôt la mise en place d'un dispositif à travers une fiction<sup>3</sup>. Fiction d'un trait qui serait de l'ordre de l'écrit, marque d'un réel qui peut être aussi bien celui de l'analyste. Deux inconscients sont en scène, on l'oublie trop souvent et les très rares questions adressées à l'analyste sur sa façon de rebondir aux dires du patient sont là pour en témoigner.

La présentation s'acte dans un dire mais aussi dans l'écrit, transcriptions d'un dire par lequel celui du patient passera au crible du noeud mental du transcripteur et donc de ses omissions, reformulations, ou autres altérations d'un texte qui restera fragmentaire. C'est dans un aller-retour entre le dire, cette transcription et sa reprise dans un deuxième temps de la présentation qui lui est consacré exclusivement que se déroule le processus du "Trait du cas". Les écueils sont nombreux, du côté du patient hystérisation qui l'aliénerait un peu plus au discours de l'Autre par un "pousser à la monstration" que le dispositif peut susciter, du côté des présentateurs et discutants, recours à un discours plus poche du type universitaire que analytique. Le lieu de la présentation étant déjà fort imprégné du savoir médical le risque n'est pas mince et nous ne manquons pas de nous heurter à ces deux écueils. "Ce qu'on ne peut atteindre en volant, il faut l'atteindre en boitant. Boiter, dit l'Écriture, n'est pas un péché" cite Freud en matière de conclusion à son essai "Au-delà du principe de plaisir" dans lequel il développe sa conviction tant contestée qu'il y a bien une pulsion de mort. La pratique de la présentation constitue une transmission en ce qu'elle nécessite une constante invention : y mettre du sien dans ce type d'entretien n'y équivaut pas à la transmission d'une vignette clinique plus ou moins épurée de ses scories. Travailler les transcriptions, tenter de définir les articulations symptomatiques et les extraire des aléas factuels, occasionne des surprises et pas seulement du côté du patient.

Je terminerai par l'analyse de quelques échanges lors d'une de nos dernières présentations cliniques. Il y était question d'un jeune homme d'une vingtaine d'années récemment admis dans le service pour une tentative de suicide médicamenteuse réalisée dans un raptus anxieux. Ce jeune adulte dont les parents avaient émigrés d'un pays du Sud de l'Europe peu avant sa naissance, avait passé toute son enfance en Belgique avec sa mère et sa soeur. Il se sentait déraciné, en dérive, exclu d'une origine qu'il ne pouvait s'approprier. Plutôt avenant, soigné dans sa présentation et soucieux du regard porté sur lui, il souligne en début d'entretien l'insistance et la répétition de ses passages à l'acte suicidaires (environ une dizaine en quatre ans) se terminant invariablement par son admission dans une institution psychiatrique : "je me laisse toujours une chance" remarque-t-il, et cette chance il la trouve dans une mise à l'abri par l'institution psychiatrique. Cette dernière s'inscrit dans une suite d'événements traumatiques qui constitueront l'essentiel du récit de son enfance durant cet entretien. A l'âge de quatre ans survient une première hospitalisation dans un service de pédopsychiatrie pour une raison imprécisée. Il se rappelle, avec l'intensité du présent, le départ de ses parents le laissant aux soins du service : "j'ai fait mes adieux de la terrasse, je pensais ne plus jamais les revoir". Premier épisode d'un instant inscrit après-coup dans une série qui se répète, sentiment d'un radical laisser-tomber par lequel vacille le champ de l'Autre. Une béance s'y ouvre et l'aspire tout entier. Son discours sur ses tentatives suicidaires laissait entendre l'automatisme de répétition d'un symptôme dans lequel l'institution tenait bien plus que la place d'un refuge mais constituait l'élément d'une séquence traumatique. Il déclare, pour appuyer ceci, "je n'ai jamais vraiment eu de famille...Toute ma famille est en Espagne". Il omet que sa mère est toujours restée en Belgique et qu'il est toujours resté avec elle, non sans que des interventions de service judiciaire ne soient rendues nécessaires à partir de l'adolescence vu leur mésentente et un alcoolisme qui deviendra rapidement problématique par les violences qu'il déclenche. Survient ensuite cette phrase, indicatrice d'une rupture profonde, marquant la relation à une figure paternelle qui ne laissera plus d'autres traces : "à huit ans mon père a abusé de ma mère, de ma soeur et de moi et il a tué un

3 Cl. Dumézil et coll.: Le trait du cas -Point Hors Ligne, Cahors 1989.

"...en tant que fiction le *Trait du cas* n'existe pas, et pourtant il désigne un processus à isoler, dans lequel il s'agit de s'inscrire." texte de B. Tauber p.39

policier. Il a fait quinze ans de prison..." En résulte une brève sidération de ma part devant la violence du propos et la confusion qu'elle implique. A qui se rapporte ce "à huit ans"? Qu'implique cette confusion de sujet dans son énoncé? A la relecture de la transcription de cette présentation, je me surprends de ma propre réaction écrite noir sur blanc : "Vous avez appris cela comment?" Sans doute y avait-il quelque chose d'inaudible, non, un père ne peut pas agir ainsi. Le meurtre

du policier avait provoqué seule ma question dans une tentative de relance du sujet. La deuxième transcription de cet entretien, car il y en a toujours au moins deux pour faire valoir le particulier d'une écoute, même lorsque celle-ci tente de rester au plus près de l'énonciation qu'elle transcrit, s'articule avec un léger écart : "Mon père est en prison depuis quinze ans, il a abusé de ma mère, de ma soeur, et de moi et il a tué un policier". Ici plus de confusion possible quant à l'indicateur de temps, le sujet est clairement le père contrairement à la première transcription qui confondait l'abuseur et l'abusé. Ma relance, elle, est transcrite dans les mêmes mots. Le texte des deux transcriptions évoque à plusieurs reprises l'âge de huit ans, à tel point qu'on pourrait dire que ce "à huit ans" vient baliser un mythe originaire.

Dans la première transcription on peut lire : "Mon père est parti j'avais huit ans". La deuxième : "j'ai manqué d'un père à huit ans" et quelques lignes plus loin : "j'ai été bloqué à l'âge où j'ai été abusé par mon père". Il insiste en outre sur des "déclics" qui peuvent l'agir mais qu'il cherche aussi bien. Ces déclics qu'il qualifie comme "pas toujours ceux qu'il faut" ont été le plus souvent le détonateur de crises clastiques de violence. Cette mise en séquence présentifie dans une synchronie le texte d'un traumatisme dont les effets ne cessent d'insister. Elle appelle à deux remarques intéressantes notre dispositif de présentation :

- D'une part le récit a un effet certain tant sur celui qui écoute que celui qui prend notes. On peut facilement le remarquer en mettant les deux transcriptions en parallèle et en lisant ma reprise qui suit. Une forme de censure ou de refoulement est à l'oeuvre. C'est par la lecture après-coup de la première transcription que j'ai pu en faire le constat. Par cet énoncé "A huit ans, mon père a abusé de ma mère de ma soeur et de moi, et il a tué un policier" se manifeste une identification imaginaire à ce père violent dont le patient répète la violence dans des moments d'éclipse. L'indicateur circonstanciel de son âge par lequel s'opère une confusion des sujets (lui? son père?) est à entendre au-delà d'un usage déficient de la grammaticale. Seule le passage par le texte, par les textes, permet de faire ces remarques qui s'avèrent pointer un moment charnière de la présentation par la violence présentifiée et ses conséquences sur ceux qui en prennent acte.

- D'autre part, en tenant compte de textes dans leur mise en séquence et leur synchronicité, se dégage un fait clinique : la dissolution du signifiant paternel et l'absence d'un trait identificatoire symbolique que la répétition symptomatique rejoue dans le réel de l'agir. Ce patient dérive dans l'existence et dans ses passages à l'acte répétés s'éclipse le sujet en tant que sujet d'un fantasme. Pas de lieu dans l'Autre pour lui, son quotidien est une délocalisation constante livrée à la pure contingence de rencontres devenant rapidement cause de nouveau heurt au réel. Ce que j'appelle dissolution du signifiant paternel ne se repère qu'en tenant compte du texte dans sa synchronie et le parallélisme des énoncés qu'il permet de faire.

Cette présentation rapportée dans des fragments choisis illustre bien une particularité de la clinique analytique : l'analyste fait partie du cas de l'analysant, il est pris dans le tableau : "les psychanalystes font partie du concept de l'inconscient puisqu'ils en constituent l'adresse" avançait Lacan en 1966. Cette déclaration a une portée plus éthique qu'heuristique, dans ce sens la présentation clinique ne peut pas être une propédeutique même si elle n'est pas étrangère à la traditionnelle présentation de malade de la clinique médicale dont elle peut parfois adopter les termes. Je voudrais pour terminer citer plus longuement un extrait de du séminaire XII de Lacan :

*Un sujet est psychanalyste, non pas rempardi derrière des catégories au milieu desquelles il essaie de se débrouiller pour faire des tiroirs dans lesquels il aura à ranger les symptômes qu'il enregistre de son patient, psychotique, névrotique ou autre, mais pour autant qu'il entre dans le jeu signifiant. Et c'est en quoi un examen clinique, une présentation de malade ne peut absolument être la même au temps de la psychanalyse ou au temps qui la précède (...) Si le clinicien, si le médecin qui présente ne sait pas qu'une moitié du symptôme, c'est lui qui a la charge, qu'il n'y a pas présentation de malade mais du dialogue de deux personnes et que, sans cette seconde personne il n'y aurait pas de symptôme achevé, il est condamné, comme c'est le cas pour la plupart, à laisser la clinique psychiatrique stagner dans la voie d'où la doctrine freudienne devrait l'avoir sortie.<sup>4</sup>*

---

4 J. Lacan, Problèmes cruciaux pour la psychanalyse, Leçon du 5 Mai 1965. Ed. ALI p. 337.