

II RAPPORT DE RECHERCHE DE LA FUITE DANS LES MALADIES IMPOSSIBLES AU POINT DE FUITE DE LA THEORIE LACANIENNE DES PSYCHOSES PARIS VIII 2002

Ces dictons populaires humoristiques définissent assez bien la position du premier psychanalyste, S.Freud, devant l'aspect le plus inévitable de la maladie névrotique, la répétition des événements traumatiques dans le transfert et l'exigence de les déchiffrer dans le camp de l'interprétation. Le désir de trouver des raccourcis - par le moyen de solutions psychothérapeutiques - qui passent au large du transfert et de l'interprétation, c'est une ombre qui accompagne la découverte de l'inconscient et l'invention du dispositif analytique. En ce moment de l'histoire de la psychanalyse, en particulier, nous livrons une dure bataille contre la prolifération des psychopharmques. Je pense que l'ascension de cette modalité d'apaisement de l'angoisse est isomorphe des symptômes contemporains. Je me risque à dire que les deux sont l'effet du progrès de la science. En lignes très générales, ce progrès est peut-être un grand défi pour l'intelligence des scientifiques, néanmoins, le comum des mortels n'est possiblement pas à la hauteur de comprendre et symboliser ses conséquences¹.

Cet avancement de la science et de la technologie a aidé à établir le pouvoir imaginaire de la médecine. On n'a jamais vu de croyance si démesurée dans le pouvoir de guérissement du médicament comme aujourd'hui. Cette modalité de solution de l'angoisse grandit en même temps que la prolifération de symptômes de difficile classement. Ces perturbations psychiques sont peut-être elles aussi la conséquence de l'avancement du symbolique de la science. Au manque d'élaboration psychique, le symptôme se manifeste apparemment comme un désordre dans le corps et non dans les voies de l'imagination. Les personnes aujourd'hui n'ont pas assez de temps pour imaginer, rêver, phantasmer et peut-être notre culture ne demande même pas ce genre d'activité. De l'angoisse à la panique, de l'agitation à l'insomnie, de l'habitude au vice, du gout à la compulsion, du plaisir à l'abus, préférablement à la fixation, peut-on déduire que tout, presque tout ce qui fait partie de l'existence normale assure une modalité symptomatique par la voie de l'exagération, de la séparation du circuit d'échanges symboliques. Les affections contemporaines typiques sont des modalités criantes de satisfaction pulsionnelle apparemment auto-érotiques c'est à dire qui paraissent passer au large de la fantaisie. Anorexies, boulimies, toxicomanies, excès de travail, de sport, de modellation du corps, addictions aux régimes pour maigrir autant que tendance à l'obésité, angoisse excessive autant qu'inhibitions incapacitantes, insomnies autant que cadres dépressifs.

L'appel au médicament, à la solution ready-made, est consubstanciel à la position subjective (mieux disant, objectifiée) plus adaptée au monde dans lequel nous vivons. Tout mène à croire que l'évidement de la parole, de l'activité symbolique, des liens familiaux et communautaires se fait accompagner d'une

¹ Cf. Coelho dos Santos, T, 2002: pages: 153-158

nouvelle symptomatologie, plus imprévisible, plus idiosyncratique, plus diffuse et qui confond les frontières traditionnelles entre la névrose et la psychose. C'est dans ce nouveau jardin des espèces que fleurit la culture du psychofarmique. Il est la réponse directe, immédiate, qui sans distinguer une angoisse de l'autre, une insomnie de l'autre, une dépression de l'autre offre néanmoins l'unique dimension de singularité à laquelle nous avons droit, la dose exacte. Les médicaments peuvent être dosés par rapport au cas. Ils peuvent être administrés comme un régime personnalisé au même temps qu'ils transposent librement les classifications étanches, structurelles, distinctives. Le médicament est démocratique. Il nivelle et homogénéise. Il est très en accord avec une culture où ni les différences de génération, ni les différences de sexe ne sont plus importantes que l'égalité de tous devant la vie et la mort².

Pour cette nouvelle condition, ni la psychanalyse freudienne, ni le premier enseignement du freudien Jacques Lacan nous apprennent suffisamment. Au contraire, je dirais que ce dernier a accentué notre croyance dans les distinctions nosologiques: névrose, psychose et perversion. Pour faire face au pouvoir du médicament il faut une psychanalyse qui relance les pouvoirs de transfert, au-delà des frontières de classification. Une psychanalyse qui relativise l'importance du Nom-du-père, comme opérateur symbolique et admette que nous vivons dans un temps où "l'Autre n'existe pas". Je pense que c'est de cela qu'il s'agit, dans le dénommé dernier enseignement de Lacan. Je construis à la suite une brève histoire de l'émergence des cas inclassables dans la clinique psychanalytique et son corrélat technique au dénommé contre-transfert.

Je vais identifier le médicament au contre-transfert de l'analyste. Je considère qu'ils sont des ressources du même ordre. J'énonce donc une thèse: le désir de l'analyste est un concept qui répond bien aux impasses des nouveaux symptômes, sans faire appel à des ressources qui ne font qu'augmenter ou reporter la difficulté. C'est une thèse osée. Je pense avoir extrait cette nouvelle connaissance de ma réflexion sur l'échec systématique des psychanalystes à digérer la fin d'une analyse, des plus inclassables de ses analysés, ceux qui deviennent psychanalystes. Le désir de l'analyste est un médicament rare, cher, en manque dans ces marchés de transferts - qui sont les institutions psychanalytiques - en plus de difficile d'inventer, fabriquer, et reproduire. De quelle substance est-il fait?

Pour le produire, il y a quelque chose que nous devons apprendre de ces solutions non-analytiques. Elles satisfont l'exigence pulsionnelle, soulagent la souffrance du symptôme et pas toujours le maniement classique de l'interprétation peut le faire. Notre défi est de penser comment l'interprétation analytique peut viser le réel et non seulement le sens, c'est à dire, viser ce que le symptôme a d'inédit. Pour cela il faut réinventer le pouvoir du transfert de donner une satisfaction substitutive au symptôme

1) Faire du vice une vertu

² Cf. *ibid.* pages:153-158

L'intervention de Jacques Lacan dans le désacheminement théorique qui a conduit quelques post-freudiens, au chemin confus de la clinique des cas dits borderline, nous a conduits à séparer les structures névrotique, psychotique et perverses basés sur un opérateur puissant, la réponse du sujet à la métaphore paternelle. Cette solution, d'une extrême simplicité théorique a servi comme pour réorienter la clinique psychanalytique, contournant l'obstacle imminent du ravalement de la psychanalyse à des pratiques psychothérapeutiques dans lesquelles l'axe dominant est l'intersubjectivité. Nous devons également à Lacan la critique au corrélat technique des cas borderline, l'exploration du contre-transfert. Différemment d'autres commentateurs de Lacan, je crois qu'il a fait du vice une vertu puisque dans la trace de son intervention éclairante nous voyons se séparer le désir de l'analyste de ce concept technique qui est son double narcissique. Cette réorientation féconde éclaircit le réel de l'angoisse, comme le point où le sujet - qui n'est pas encore - est néanmoins en voie d'advenir³. Le réel de l'angoisse est ce que nous devons distinguer de la réelle nécessité du patient. Cet appel à un réel de la nécessité apporte avec soi des justifications dangereuses pour que l'analyste laisse de côté la discipline qui doit inscrire son acte à "l'horizon inhabité de l'être".

Si la ponctuation de Lacan a sauvé la clinique psychanalytique, enseignant à procéder différemment devant des névrotiques et des psychotiques, elle nous a laissé assez désemparés devant des cas de classification difficile. Dans ce sens, les thèses de Miller sur le dernier enseignement de Lacan permettent d'établir une nouvelle perspective du sujet, comme l'être parlant, relativisant cette première approche qui met en valeur la discontinuité entre névrose et psychose et provoque la création de deux classes étanches. L'être parlant dans la mesure où nous le prenons comme identique à son symptôme (signifiant + corps)⁴, nous ne le définissons pas, seulement, comme l'effet de l'inclusion symbolique, ou de la forclusion du nom du père. Nous admettons que le plus essentiel de son symptôme soit peut être le point où "l'Autre n'existe pas", S(A/), qui donne corps à une nouvelle modalité de jouissance, c'est à dire de sens. Cette nouvelle approche se dirige vers la continuité entre névrose et psychose, qui sont seulement des variations, de l'existence de l'être parlant. L'avantage de ce point de vue c'est d'accentuer l'égalité des névrotiques et psychotiques devant la vie et la mort, nous conduisant à parler de modalité de jouissance en particulier. À la place d'une approche du genre "c'est ceci ou c'est cela", nous prenons la voix approximative du genre "plus ou moins"⁵. La clinique de la forclusion généralisée, établie par Miller, rencontre de nombreuses apories rencontrées dans les post-freudiens en sujet des psychoses - qui conduisent

³ Cf. Coelho dos Santos, T.: 1994; pages: 45-49

⁴ Cf. Miller, J. A. "Biologie Lacanienne et événement de corps.", in: Revue de la Cause Freudienne, pages: 24,25,26

⁵ Cf. Miller, J. A. in: De Georges et alii (org) La Convention d'Antibes, Collection Le Paon, Ed. Agalma, Seuil, Paris, 1999, page: 231

autant à une multiplication des catégories nosographiques quant à la catégorie floue des patients borderline. La puissance de cette clinique de la jouissance se doit à une inversion de perspective quant à la fonction du langage. Selon Guéguen "1- le sujet de la parole, le parlêtre, peut trouver dans le langage un moyen de défense contre le réel. 2- cette défense peut, selon les cas revêtir plusieurs formes qui ne sont pas équivalentes, mais qui toutes ont pour fonction de s'appuyer sur le semblants pour mettre ce sujet à l'abri de l'invasion de la jouissance qui produit le retour de réel dans le corps. 3- ce que nous nommons ici invasion de la jouissance se repère dans la clinique à partir de différents phénomènes- certains sont massifs et spectaculaires (crime, passage à l'acte suicidaire ou passage à l'acte hétéro ou auto agressifs, dispersion dans la pulvérulence du délire, mais aussi anorexies graves) d'autres moins apparents sont cependant préoccupants (ainsi des dépressions intenses, des états d'angoisse aigus ou des plaintes hypocondriaques qui peuvent renvoyer tout au temps à la névrose à la psychose)."⁶

Faisant du vice une vertu, il n'y a plus de cas inclassables dans la clinique psychanalytique par la raison pure et simple que tous les cas sont plus ou moins classables. Nous pouvons au mieux, alimenter l'ambition de distinguer des degrés d'inclusion des symptômes en une classe ou une autre. Paradoxalement, pour cette même raison, comme le reconnaît Miller nous devons plus que jamais recourir à mathématiques pour formuler une pensée par approximation.

Si la clinique psychanalytique ne peut pas compter autant avec la classification intérieure il dépendra plus que jamais du maniement du transfert, ce qui nous servira d'orientation est l'incidence du réel. Notre attention devra se diriger sur le point où les semblants vacillent et la libre-association donne lieu à des manifestations psychiques qui menacent de rompre l'encadrement analytique. Événements dans le corps, *acting-outs*, passages à l'acte, et le transfert négatif sont un indice privilégié de l'angoisse, unique affection qui ne trompe pas. *Sur la valeur clinique de ces moments, j'avance une thèse par rapport à ce qui ce suit. Quand Lacan développe une discussion au sujet de la clinique du contre-transfert, on croit s'agir ici, uniquement d'une stratégie pour manier les incidences de l'angoisse, le seul indice du réel dans le traitement analytique. L'émergence de l'angoisse est un signe de la chute de la supposition de savoir, elle dévoile l'objet a comme cause du désir, ce semblant-réel qui reste voilé sous la demande de savoir. Il déclare, dans l'occasion, que le contre-transfert est uniquement l'émergence du transfert du côté de l'analyste. Mon hypothèse est que sa critique à la réduction du réel en jeu dans l'expérience analytique à l'intersubjectivité, ou à l'incidence du matériel inconscient non-analysé de l'analyste, vise à élever les sentiments, pensées, et actes contretransférenciels à la dignité de signifiants du désir de l'analyste. J'anticipe sur ma thèse que le contre-transfert doit être pris comme le seul indice d'angoisse du côté de l'analyste, c'est à dire du*

⁶ Guéguen, P.G. , op.,cit. , page: 62

désir de l'analyste en voie d'advenir. Devant l'émergence du réel d'un manque d'interprétation, devant le manque de classabilité du matériel de l'analysé, il faudra que l'analyste s'engage dans le transfert - là où il s'inclut non seulement comme une forme de retour du refoulé, mais aussi comme un corps. Dans cette modalité transférentielle, l'analyste est plus clairement l'objet d'une exigence libidinale actuelle, c'est à dire, réelle.

Dans ces conditions il faut qu'il fasse une nouvelle utilisation de l'interprétation. Il lui faut s'abstenir d'utiliser l'interprétation pour remettre le réel en jeu, dans la scène analytique, à la répétition d'images infantiles. Il faut s'utiliser de l'interprétation d'une façon inédite qui l'inclue comme cause. Pour ne pas laisser cet ineditisme supposé dans le terrain des ineffables de la clinique psychanalytique, j'avance, je le justifierai plus tard, que nous ne pouvons reconnaître le réel, que comme un non-sens, ou encore comme hors du savoir que, si nous croyons que ce qui se passe est actuel et nous concerne directement. Ce fut ce que les analystes qui dévièrent par le chemin équivoque du contre-transfert firent de façon sauvage, mais qu'il nous faut montrer que peut être fait de façon correcte. En accord avec la discipline que nous avons hérité de Freud, sans abdiquer de l'abstinence analytique, mais aussi sans la confondre avec une neutralité scientifique.

2) Hypothèse sur la genèse de la dénomination borderline comme liée à la clinique du contre-transfert.

Lacan a attribué une grande importance à la discussion de la stratégie clinique du contre-transfert, dans son Séminaire X: "L'Angoisse" et non moins dans ses Écrits. Il refuse la conception élargie de la réponse Réelle de l'analyste par la voie du contre-transfert⁴, réitérant qu'il s'agit ici, toujours du transfert du côté de l'analyste. Qu'est-ce que c'est? C'est l'intervention de l'imaginaire, du moi de l'analyste dans l'écoute de l'inconscient. Qu'est-ce qui justifie cette déviation de la technique? Mon hypothèse est la suivante: l'existence de cadres cliniques de difficile classification. Dans la mesure qu'elle mettait en doute le diagnostic de névrose et psychose, provoquait un vacillement de l'analyste de sa place de sujet supposé savoir. Ces cas préoccupaient beaucoup les analystes, parce qu'il y avait toujours le risque plus accentué d'une apparition des *acting-outs*, mises en action de contenus inconscients, supposément originaires de la relation symbiotique primitive avec la mère. Selon l'on croyait, ces rapports étaient de nature pré-verbale. Quelques analystes post-freudiens croyaient aussi que l'analyste freudien classique, habitué à la clinique avec les névrosés se réfugiait dans sa position prétendument neutre et ne s'inclutait pas - à soi même et son inconscient - dans la compréhension des états psychiques de son patient. L'étape suivante fut l'inclusion de la subjectivité de l'analyste dans le *setting*, vu que l'on croyait

⁴ Tel que le propose Margareth Little dans: "R"-The analyst's total response to patient's needs", in: International Journal of Psycho-analysis, 1956, page 32

que son moi reflétait de façon adéquate, ce que le patient ne pouvait pas formuler par les paroles.

Le terme *borderline*, fut utilisé pour la première fois par Wilhelm Reich (1925)⁵. Il observe dans ces patients l'ambivalence marquée, la primauté de l'agression pré-génitale, le préjudice du moi et du surmoi et du narcissisme accentué. Officiellement ce fut Adolph Stern (1938)⁶ qui établit l'utilisation du terme pour nommer les manifestations cliniques suivantes: narcissisme, hémorragie psychique, hypersensibilité extraordinaire, rigidité psychique et physique, réaction thérapeutique négative, sentiments constitutionnels d'infériorité, insécurité organique ou angoisse, masochisme, utilisation excessive de mécanismes projectifs, difficultés dans l'utilisation du test de réalité-en particulier dans les rapports interpersonnels. Comment peut-on appréhender facilement de cette caractérologie, l'idée centrale c'est qu'il ne s'agit pas de symptômes névrotiques, c'est à dire, des restrictions de la vie sexuelle mais des effets de la frustration de nécessités primaires. Phyllis Greenacre (1941)⁷ parle d'une prédisposition constitutionnelle à l'angoisse dans ces patients. Hélène Deutch (1942)⁸ les rédéfiniit comme des personnalités *as-if*, s'appuyant dans Winnicott qui parle de faux-self. Les deux s'approchent du diagnostic d'une pathologie du caractère. Tous vont dans la direction d'élargir la catégorie de psychose, de façon à comprendre des individus dont la personnalité est psychotique, mais non ses productions symptomatiques. Les pathologies du caractère, à la rigueur, contournent la centralité de l'Oedipe et de la castration dans la constitution du sujet, érigeant à sa place, comme opérateur structural le rapport mère-bébé. L'ego narcissique semble n'avoir nullement besoin de la métaphore paternelle pour se constituer, il dépend principalement d'avoir une mère assez bonne.

Une seconde période débute avec un article classique de Robert Knight (1953)⁹, défendant l'idée que l'ego du patient *borderline* est fragile et incapable de le maintenir en fonctionnement. Celle-ci est la conséquence psychique de rapports interpersonnels perturbés ou d'évènements traumatiques. Dans ces cas, l'interprétation n'est pas conseillable parce qu'elle peut fragiliser le peu de défense de l'ego. Otto Kernberg (1967-75)¹⁰ est peut-être le nom le plus expressif d'une troisième période. La thèse de l'existence

⁵ Reich,W. "Der triebhafte character" in: Leipzig internationaler Psychoanalytischer Verlag, 1925

⁶ Stern,A. "Psychoanalytic investigation and therapy in borderline group of neurosis", *Psychoanalytic Quaterly*, 7:467-489, 1938

⁷ Greenacre,P. The predisposition to anxiety. Part II, *Psychoanalytic Quaterly* 10: 610-638, 1941

⁸ Deutsch,H. Some forms of emotional disturbance and their relationship to schizophrenia, *Psychoanalytic Quaterly* 11:301-321, 1942

⁹ Knight,R. "Borderline states" in *Bulletin of vthe Meninger clinic* 17:1-12, 1953 apud, Kouretas,N. "The development of the concept of the 'Borderline' in psychoanalytic diagnosis and treatment", in : (Gurewich , J.F. et Tort,M.orgs) *The subject and the self*, Jason Aronson INC,NJ.London, 1998 pags44-61b

¹⁰ Kernberg,O *Borderline Personality Organisation* in: *Journal of the American Psychoanalytic Association* 15:641-685, 1967

-----*Borderline Conditions and Pathological Narccissism*, NY: Jason Aronson, 1975

-----*Severe Personality Disorders* ,New Haven,CT:Yale University Press 1984

de pathologies de caractère permet maintenant de traverser les frontières entre la névrose et la psychose. Les organisations borderline de la personnalité seraient le résultat d'un stage plus avancé de la repression que dans la névrose. Les défenses contre la fragmentation du moi et le test de réalité fonctionneraient, néanmoins, mieux que dans la psychose. Ce qui nous intéresse, spécialement, est qu'il réunit dans la catégorie borderline beaucoup des manifestations cliniques que nous appelons aujourd'hui de cas inclassables, tels que les pathologies du caractère (états pré-psychotiques, schyzoides, paranoïdes et cyclotymiques), personnalités anti-sociales, cadres d'auto-mutilation, adictions sévères à la drogue, comportements impulsifs apparentant une perversité polymorphique.

Quant au traitement de ces pathologies, je pense que celle-ci est la clé de la naissance du contre-transfert, puis qu'il s'inclue dans l'histoire des pratiques destinées à remplir l'insuffisance supposée de l'interprétation psychanalytique. Paula Heinmann (1949)¹¹ fait la critique de l'orthodoxie freudienne qui réduit le contre-transfert à un obstacle, une perturbation de l'ordre du non-analysé de l'analyste. Défend l'idée que le contre-transfert est un instrument de travail et de recherche. L'analyste doit accueillir, et interroger ses sentiments pour son patient, puisque celle-ci est la clé qui ouvre l'inconscient au patient. Margareth Little (1956)¹² adopte le concept élargi du contre-transfert fondé par Paula Heinmann mais elle le rebaptise, le retirant de la sphère restreinte d'une réponse au transfert du patient, puis loge tout l'inconscient dans le rapport intersubjectif. S'introduit dans l'expérience analytique, justement, ce que Freud - ce sujet de la science toujours victime de diffamation - avait soigneusement exclu, la subjectivité de l'analyste. Ce qui justifie cette inclusion de l'ego de l'analyste est une régression supposée de l'ego du patient du type borderline. Le degré de régression du patient, requiert comme contrepartie le transfert de l'analyste, l'ôtant à la place dissymétrique ou abstinentes que Freud lui désigna. Ces patients mèneraient l'analyste à une exacerbation du contre-transfert, présentant des sentiments imprévus, réactions aux identifications précoces de son patient. Au nom des patients impossibles il a été possible de légitimer le ravalement de l'écoute analytique, aux pratiques psychothérapeutiques, où ce qui prédomine c'est la suppléance de la supposée incapacité symbolique des patients en question.

Ce qui se suit exemplifie l'angle très particulier par le moyen duquel j'interprète la contribution de Lacan à ce débat. Je pense que les psychanalystes qui ont promu le recours au contre-transfert, ont visé sur ce qu'ils ont vu et ont atteint ce qu'ils n'ont pas vu. Avec ce nouvel outil, le désir de l'analyste, nous pouvons viser la double face de l'interprétation: celle qui vise le réel vide de symbolique et celle qui vivifie la présence réelle de

¹¹ Heinmann, P. "On Counter-Transference", in the International Journal of Psycho-analysis, volume XXI, 1950, Paris 1 et 2, pag 81-84

¹² Little, M. The analyst's total response to his patient needs, in The international journal of psycho-analysis, 32, 1956

l'analyste qui n' a rien de vide. La présence réelle est la présence d'esprit. Ceci est très différent de parier que les sentiments, émotions, et expériences de la personne de l'analyste doivent être communiqués à l'analysé. Au contraire, il s'agit de prendre le contre-transfert comme l' unique indice de l'inconscient du côté de l'analyste. Il s'agit de la faire un instrument qui prénonce le désir de l'analyste, lui aussi toujours en voie d'advenir. Nous devons arrêter de supposer que quand quelqu'un finit une analyse il devient analyste d'une fois pour toutes. Un analyste se présente en acte. Un analyste est une réponse du réel. Un analyste n'est pas une condition garantie, anticipable, soutenue grâce à la fin supposée de sa propre analyse. Un analyste doit donner des preuves de son désir toujours en voie d'advenir dans l'action de faire de son contre transfert le signe de l'angoisse ou il s' anticipe comme interprète de l'inconscient.

3) Comment traiter ce qu'on ne peut classer?

Ana Laura est porteuse d'une maladie rare, assez inconnue, qui provoque des diarrhées mortelles, des obstructions intestinales graves et provoque l'apparition de fistules dans l'intestin. Pour les traiter il lui a fallu se soumettre à plusieurs interventions chirurgicales. Si l'on prend le biais le plus classique, il ne s'agit pas d'hystérie puisque la cause anatomo-pathologique est bien marquée, pour ne pas nous confondre. Tous les porteurs de cette maladie sont très maigres et ce fait est lié à la raison pour laquelle ils ne survivent jamais. Pourtant, elle est grosse. Pour cette raison son médecin lui dit qu'elle ne mourra pas de ça et lui conseille énigmatiquement, un traitement psychologique. Peu après ces premières séances elle tombe malade de septicémie. La rupture d'une fistule provoque une coulée du contenu de l'intestin dans la cavité abdominale et d'habitude cela tue par infection généralisée. Néanmoins, elle ne meurt pas mais continue son traitement entre les internations d'urgence, chirurgies et une souffrance physique incomparable. Nous nous retrouvons tant qu'elle ne meurt pas et cette discussion est le thème principal de son traitement. Invariablement, elle arrive à mon bureau souffrant de diarrhées fétides et douloureuses et doit interrompre la séance pour soulager ses besoins. Nos rencontres sont ennuyeuses et déprimantes car la menace de mort est une hantise constante.

Un jour, après une séance spécialement difficile dans laquelle nous avons parlé des morts de son père, d'un ancien amoureux, de son frère, en plus de quelques autres personnes auxquelles elle était très liée, elle retourne en se plaignant bruyamment, emphatiquement, dans un ton plus désespéré que d'habitude de diarrhée. Je lui dis que sa diarrhée ne fut pas causée par sa maladie, mais par son analyse. Elle me traita de folle, dit que son cas était indiscutablement médical et sortit en trombe par la porte, interrompant la séance. Elle partit directement voir son médecin et lui raconta ce qui s'était passé. Il lui dit que son analyste pouvait avoir raison et que peut-être la diarrhée qu'elle avait aujourd'hui n'avait pas été provoquée par sa maladie

Je ne pense pas à développer en ce moment une discussion plus profonde au sujet d'une maladie organique qui répond dans le transfert comme une maladie hysthérique. Il n'est pas non plus mon intention de discuter si une maladie réelle peut ou non être aussi un symptôme hysthérique. Ce qui m'intéresse c'est de prendre la diarrhée dans la séance analytique comme une incidence du réel, un indice de l'angoisse - seule affection qui ne trompe pas - signe du sujet en voie d'advenir. Élever la diarrhée à la dimension du signifiant, même s'il était impossible de l'interpréter dans ces rapports aux signifiants dans l'histoire de cette femme, élevait à moi, pour autant, comme analyste à la dignité d'objet cause du désir. Le maniement de la diarrhée au service du transfert a permis, au moins, que la répétition pulsionnelle couverte par la maladie révèle sa dépendance de l'objet inconscient.

De la place d'analyste il s'agit de prendre le réel - présentifié dans la séance - comme quelque chose qui l'inclut nécessairement. Pourtant, ce n'est pas la même chose que de s'inclure comme un moi dans l'intersubjectivité, et s'inclure comme objet inconscient, préservant l'énigme autour de quel objet il s'agit. Les cas inclassables sont ceux qui fuient la typologie la plus connue. Ils défient les limites de l'interprétation psychanalytique et nous obligent à élargir le champ de compréhension de ce que doit être de droit, de l'ordre de l'inconscient. Au dessus de tout ils nous servent pour éclaircir la nature de la tâche analytique. Je pense que des cas comme ceci nous enseignent, par analogie comment nous devons agir dans des situations également critiques, c'est à dire, les moments où la répétition en analyse pousse à l'interruption. Ce sont des moments où l'angoisse est voilée sous *l'acting-out*. Je pense que dans la répétition en acte, il s'agit toujours de la chute de la supposition de savoir, quand la répétition en acte fait apparaître de façon insupportable et insoutenable ce que nous aurions été, jusque là comme objet pour l'analysé. La chute de l'analyste de sa place de sujet supposé savoir - quand elle n'est pas récupérée par la présence d'esprit de l'interprétation adéquate - peut provoquer l'acting-out du côté du patient ou mener à un désir de prolonger une analyse qui aurait plus se terminer.

La fin d'une analyse, à son tour, requiert de l'analysé un passage à l'acte, une séparation de son analyste. Ce geste ne demande pas un consentement de l'analyste, c'est à dire, de l'interprétation qui le précipite et le sanctionne.

Références