

Carlos Guevara

La psychanalyse, le symptôme, l'époque *

Mon intervention de ce soir, dans le cadre des soirées préparatoires au Rendez-vous international de notre École intitulé « Les temps du sujet de l'inconscient », s'intéresse de manière particulière à l'axe de « la psychanalyse dans son temps ». Cet intérêt n'est pas sans convoquer le deuxième axe, celui du « temps dans la psychanalyse », puisque je prétends mener une réflexion à partir d'une expérience clinique.

Il est difficile et plutôt risqué d'essayer de dire quelque chose sur l'époque au-delà de la simple dénonciation des dérives, mais c'est un travail nécessaire qui relève, à mon avis, d'un « il n'y a pas le choix », étant donné l'état actuel des choses. D'où l'injonction de Lacan dans son écrit « Fonction et champ de la parole et du langage » : « Qu'y renonce donc plutôt celui qui ne peut rejoindre à son horizon la subjectivité de son époque. Car comment pourrait-il faire de son être l'axe de tant de vies, celui qui ne saurait rien de la dialectique qui l'engage avec ces vies dans un mouvement symbolique. Qu'il connaisse bien la spire où son époque l'entraîne dans l'œuvre continuée de Babel, et qu'il sache sa fonction d'interprète dans la discorde des langages ¹. »

Il me semble que le critère central pour engager la réflexion est celui de la conception qu'on se fait du « symptôme » ; qu'on se fait à double titre, interne et externe, dans la psychanalyse et dans le discours courant, ou telle que véhiculée par le discours scientifique.

Donc, j'avance sans être exhaustif quelques constats.

* 26 mai 2008.

1. J. Lacan, « Fonction et champ de la parole et du langage », dans *Écrits*, Paris, Seuil, 1966, p. 319.

Premièrement, l'émergence depuis quelques décennies de nouvelles entités cliniques qui se caractérisent par le regroupement des symptômes sous la dénomination de « syndrome », où la seule présence d'un ou de plusieurs de ses symptômes suffit à faire le diagnostic ; ou bien décrivant un comportement apparaissant comme anormal ou dysfonctionnel. Le champ de ces problématiques est très large et recouvre des entités aussi diverses que la dépression, les troubles de l'alimentation, l'hyperactivité infantile, les TOC, et même la prolifération des maladies neurodégénératives comme la maladie d'Alzheimer.

Deuxièmement, le recouvrement ou, pire encore, la tentative d'effacement de toute une tradition clinique, celle de la psychanalyse, mais aussi celle de la psychiatrie classique. Par exemple l'effacement de la notion d'hystérie dans le catalogue de références du monde médical tel que le DSM en atteste. Ce n'est pas seulement l'hystérie qui se trouve sur la sellette mais les névroses en général, recouvertes par les étiquettes TOC, dépression et autres ; même les psychoses qui, dans les cas de patients d'âge avancé, disparaissent au profit de diagnostics de type neurologique avec la prééminence de la fameuse « maladie d'Alzheimer » diagnostiquée à tour de bras chez les personnes de plus de 60 ans, comme il se fait avec la dépression dans d'autres tranches d'âge.

Troisième constat qui découle du second, une tendance à généraliser une étiquette prééminente en fonction des tranches d'âge, suivant une certaine conception du développement. À l'enfance son hyperactivité, à l'adolescence les troubles alimentaires et autres toxicomanies, aux adultes la dépression, aux vieux « l'Alzheimer » ; remarquons que les limites ont commencé à déborder, de telle sorte qu'on entend parler d'enfants dépressifs ou d'Alzheimer précoces. On nous annonce d'ailleurs l'arrivée prochaine d'un test pour établir précocement la maladie d'Alzheimer ou identifier les sujets qui risquent de la développer. Annonce troublante si on considère que le diagnostic chez les sujets déjà malades est toujours approximatif. Nous observons donc des entités cliniques qui ont des effets épidémiques.

Quatrième constat, la formation de groupes autour de ces étiquettes : les services publics sociaux et de santé mentale, les mutuelles et les ONG à vocation thérapeutique opèrent en groupant

les individus selon l'étiquette pathologique qui leur a été attribuée, le DSM-IV en donnant le catalogue. Ainsi, on est passé des groupes des alcooliques anonymes à toutes sortes de groupes qui, anonymes ou non, adoptent comment critère d'appartenance la référence pathologique ; avec l'émergence d'Internet notamment, ces formations de groupe sont proposées par les sujets eux-mêmes qui, identifiés à l'étiquette, forment une communauté. J'y reviendrai avec une référence clinique.

Cinquième constat : le discours scientifique propose pour soigner ces symptômes soit des produits chimiques pharmacologiques, soit des techniques, soit des thérapies qui visent la correction d'un comportement ou l'adaptation, soit la combinaison des trois approches. Les thérapies cognitivo-comportementalistes (TCC), par exemple, se présentent comme une technique de réhabilitation des comportements ajustée à un milieu sociotechnique.

L'Association française de thérapie comportementale et cognitive (AFTCC) présente les thérapies comportementales et cognitives comme « un nouvel apprentissage » qui viendrait rectifier un comportement pathologique. Je cite : elles « ont en commun un support théorique : la démarche scientifique expérimentale et les théories de l'apprentissage. En situation clinique un comportementaliste considère qu'un comportement inadapté (par exemple une phobie) a été appris dans certaines situations, puis maintenu par les contingences de l'environnement. La thérapie cherchera donc, par un nouvel apprentissage, à remplacer le comportement inadapté par celui que souhaite le patient. Le thérapeute définit, avec le patient, les buts à atteindre et favorise ce nouvel apprentissage en construisant une stratégie adaptée ² ». Les TCC fondent leur autorité sur une évaluation qui montrerait une efficacité supérieure à tout autre traitement chimique, psychothérapeutique ou psychanalytique. Ce résultat serait vérifié par des études « contrôlées » qui confirmeraient cette réussite, en particulier pour les phobies, les troubles anxieux, compulsifs et sexuels, sans oublier « la réhabilitation » des patients psychotiques chroniques.

À ce propos, Carmen Gallano, dans son travail sur « La prise du corps dans le malaise contemporain », dit : « Là où éclate le sujet

2. Cf. le site internet de l'AFTCC : www.aftcc.org/therapie.html

divisé par la jouissance qui affecte l'individu et le corps, la technologie scientifique cautérise, suture la division, soit avec ces équivalents en toc du plus-de-jouir que sont les psychopharmakon produits par les laboratoires, soit la court-circuite avec les coupures et coutures de la chirurgie ³. » En Amérique latine, par exemple, on a pu assister au recours massif à la chirurgie esthétique chez les femmes adolescentes ou matures pour tenter de soigner leur mal de vivre.

Dans « La troisième », en 1974, Lacan qui s'inquiétait des effets du discours scientifique annonçait des bouleversements à venir et un retour en force de la religion, je le cite : « La science va introduire de tels bouleversements qu'il va falloir qu'à tous ces bouleversements ils donnent un sens. Et ça, pour le sens, là ils en connaissent un bout. Ils sont capables de donner un sens, on peut dire, vraiment à n'importe quoi, un sens à la vie humaine par exemple. Ils sont formés à ça. Depuis le commencement, tout ce qui est religion, ça consiste à donner un sens aux choses qui étaient autrefois les choses naturelles ⁴. »

On est forcé de constater qu'on y est, que les offres religieuses se multiplient, habillées par exemple en thérapies de bien-être, en parallèle avec toutes les techniques et tous les gadgets produits par la technologie et distribués par le marché.

Cela peut nous donner une idée de la raison pour laquelle dans la même conférence Lacan dit au sujet du symptôme social qu'« il n'y a qu'un seul symptôme social : chaque individu est réellement un prolétaire, c'est-à-dire n'a nul discours de quoi faire lien social, autrement dit semblant. C'est à quoi Marx a paré, a paré d'une façon incroyable ⁵ ».

Le sujet est réduit à sa pure valeur marchande, mais le libre marché des corps et des objets n'épargne pas l'angoisse aux sujets. L'angoisse, dit Lacan, avertit le prolétaire de ce à quoi il est réduit : son seul capital est son corps, mais c'est un capital dont il peut difficilement croire qu'il l'a. Son corps est un « capital esclave », pris dans

3. C. Gallano, « La prise du corps dans le malaise contemporain », document interne n° 6, Diagonales de l'option épistémique, EPFCL, 2005, p. 22.

4. J. Lacan, Conférence de presse au centre culturel français du 29 octobre 1974, dans « La troisième », document de travail établi par Patrick Valas, p. 18.

5. *Ibid.*, p. 57.

la machine de la production, il en est dépouillé. Son corps doit être productif, rentable, il doit le dépenser à perdre son profit, perdant du coup son identité.

Lacan ne cesse de rappeler que le symptôme rend compte de ce qui ne va pas, de ce qui ne marche pas, à savoir le réel qui échappe à toute tentative d'appréhension. Je voudrais noter au passage que dans « La troisième » Lacan annonçait l'arrivée de formes massives et radicales de ségrégation. Il faut dire que d'un côté l'utilisation actuelle des étiquettes pathologiques s'y prête, et d'un autre côté le rejet de ce qui est étranger est de plus en plus palpable, modulé seulement par le critère marchand, utile en tant que prolétaire ou main d'œuvre, critère prévalent d'assimilation.

Alors, la place de la psychanalyse, quelle est sa fonction ? Voilà la question centrale que pose Lacan dans « La troisième », et pour répondre, je le citerai dans la même conférence : « Le sens du symptôme dépend de l'avenir du réel, donc comme je l'ai dit, là à la conférence de presse, de la réussite de la psychanalyse. Ce qu'on lui demande, c'est de nous débarrasser et du réel et du symptôme. Si elle succède, a du succès dans cette demande, on peut s'attendre à tout, à savoir à un retour de la vraie religion par exemple, qui comme vous le savez n'a pas l'air de déperir. Elle n'est pas folle, la vraie religion, tous les espoirs lui sont bons, si je puis dire ; elle les sanctifie [...]. Mais si la psychanalyse donc réussit, elle s'éteindra de n'être qu'un symptôme oublié. Elle ne doit pas s'en épater, c'est le destin de la vérité tel qu'elle-même le pose au principe. La vérité s'oublie. Donc, tout dépend de si le réel insiste. Seulement pour ça, il faut que la psychanalyse échoue. Il faut reconnaître qu'elle en prend la voie et qu'elle a donc encore des bonnes chances de rester un symptôme, de croître et se multiplier. Psychanalystes pas morts, lettre suit ! Mais quand même méfiez-vous. C'est peut-être mon message sous une forme inversée⁶. » La réponse de la psychanalyse face à la demande d'éradiquer le symptôme consiste à échouer, c'est-à-dire à faire valoir la part irréductible du symptôme, sa dimension réelle.

Avec Freud et Lacan, la psychanalyse fonde son expérience à partir d'une conception du symptôme qui est à l'extrême opposé de la logique du discours scientifique actuel et de la demande du

6. *Ibid.*, p. 56.

discours capitaliste. Je voudrais situer très rapidement quelques moments de l'élaboration de cette notion, illustrés des dits d'une de mes patientes à des moments différents de sa cure.

Dans le séminaire *Les Formations de l'inconscient*, Lacan, reprenant Freud, nous précise sa dimension métaphorique et son articulation au désir. « Sur quoi la découverte freudienne a-t-elle porté l'accent à son départ ? Sur le désir. Ce que Freud essentiellement découvre, ce qu'il appréhende dans les symptômes quels qu'ils soient, qu'il s'agisse des symptômes pathologiques ou qu'il s'agisse de ce qu'il interprète de ce qui se présentait jusque-là de plus ou moins réductible à la vie normale, à savoir le rêve par exemple, c'est toujours un désir ⁷. » Il nous fait remarquer que, déjà chez Freud, la dimension de satisfaction du désir est centrale et que dans le symptôme elle est problématique puisque apparaissant comme une satisfaction à l'envers.

De ce point de vue, le désir apparaît lié à quelque chose qui est son apparence et son masque : « Disons que le sujet s'intéresse, qu'il est impliqué dans la situation de désir, et c'est cela qui est essentiellement représenté par un symptôme, ce qui ramène ici la notion de masque. La notion de masque veut dire que le désir se présente sous une forme ambiguë qui ne nous permet justement pas d'orienter le sujet par rapport à tel ou tel objet de la situation. C'est un intérêt du sujet dans la situation comme telle, c'est-à-dire dans la relation de désir. C'est précisément ce qui est exprimé par le symptôme qui apparaît, et c'est ce que j'appelle l'élément de masque du symptôme. C'est à ce propos que Freud peut dire que le symptôme parle dans la séance ⁸. »

À partir de ces considérations, on voit apparaître une conception du symptôme selon laquelle celui-ci d'abord représente un désir occulte, ensuite parle, c'est-à-dire est à déchiffrer, ensuite masque le désir. D'ailleurs, Lacan avance dans le même séminaire une formule générale du symptôme : « J'appelle ici symptôme, dans son sens le plus général, aussi bien le symptôme morbide que le rêve, que

7. J. Lacan, *Le Séminaire, Livre V, Les Formations de l'inconscient*, Paris, Seuil, 1998, p. 319-320.

8. *Ibid.*, p. 326.

n'importe quoi d'analysable. Ce que j'appelle symptôme, c'est ce qui est analysable⁹. »

Ma patiente est donc une jeune femme de 25 ans, professeur dans l'Éducation nationale. Quand elle arrive, elle dit venir me voir parce qu'elle est « dépressive ». Je vous fais remarquer que ce n'est pas la même chose d'annoncer qu'on est dépressif que de dire qu'on traverse un moment difficile, un moment de déprime ou une phase dépressive ; d'ailleurs je l'interroge sur ce que cela signifie pour elle, et elle me décrit toute une série de symptômes ou de difficultés, qu'on peut effectivement trouver associés à ladite dépression dans le DSM, soit des troubles du sommeil, un manque d'appétit, une incapacité à travailler, des idées suicidaires, etc. De plus, on l'a mise sous traitement à base d'antidépresseurs et elle est à ce moment-là en arrêt maladie prolongé depuis un an. Elle est passée par son médecin généraliste qui lui a prescrit ce traitement, puis chez un psychiatre de la fonction publique chargée de valider cet arrêt-maladie prolongé, laquelle lui a conseillé une psychothérapie comportementale, qui n'a rien donné.

Le premier temps des entretiens lui permet de s'autoriser à parler de tout ce qui lui est arrivé, de ce qu'elle fait ou ne fait plus, de ses crises boulimiques qui alternent avec des moments de reproches et de privation alimentaire, de tout ce qui restait secret et lui faisait honte, du corps qu'elle n'aime pas.

Dans un deuxième temps, elle peut situer les moments d'articulation de sa « dépression ». Elle commence à restituer l'histoire de sa souffrance, avec une première situation traumatique où, en classe, ses élèves ne lui obéissent pas, font du chahut, se moquent d'elle, jusqu'à ce que survienne une crise qui l'empêche de reprendre son travail.

Ensuite, elle peut parler de sa vie sentimentale et sexuelle, des difficultés qu'elle rencontre avec son partenaire, avec qui elle habite. Il ne se passe pas grand-chose entre eux, la simple évocation de la sexualité lui est très difficile. Elle a des difficultés pendant longtemps à accepter des rapports, il lui est impossible de ressentir du plaisir, etc.

9. *Ibid.*, p. 324.

Elle déplie la chaîne signifiante qui lui permet d'*hystoriser* sa souffrance mais aussi ses choix et ses motivations. En effet, elle parle du choix de sa profession, pour faire plaisir à son père, et se souvient d'une phrase récurrente (qu'elle déteste) de celui-ci qu'il utilise pour lui signifier son amour : « T'es grosse ma fille. » Enfin, elle déplie ce qu'on nomme avec Freud son roman familial et identifie les coordonnées de son désir.

Je n'évoquerai pas ici tous les éléments de son histoire, mon intérêt est de montrer que la dimension déchiffrable du symptôme permet de mettre en évidence la structure névrotique derrière l'identification à l'étiquette « dépression ». Il est tout à fait intéressant à cet égard de vous signaler des progrès importants au bout d'un certain temps, puisque bon nombre de ses symptômes avaient cédé. Elle me raconte qu'il y a longtemps elle avait créé et avait été modératrice d'un forum sur Internet pour dépressifs, qu'ensuite elle avait réalisé, avec d'autres participants, que c'était devenu très obscur, très noir, et qu'ils avaient donc décidé de créer un nouveau forum pour des dépressifs « light » ! Une manière de situer un moment de progrès dans sa cure : réduction du symptôme, réduction de la jouissance, effet sur l'identification au signifiant « dépressive ».

Je ne m'étendrai pas plus sur ce cas, je veux juste souligner que depuis la question de l'« être dépressive » a laissé sa place à une interrogation sur l'être femme. Dans ce cheminement, les médicaments ne sont plus à l'ordre du jour et elle est passée d'une demande thérapeutique à un travail sur son désir et son être. À ce propos, je me souviens d'une remarque de Colette Soler dans le séminaire École qui disait que la psychanalyse ne peut promettre à un sujet le bonheur mais peut lui permettre de se faire à un être.

Que le symptôme relève du réel ainsi que Lacan le dit dans *RSI* n'est nullement en contradiction avec la dimension symbolique de message, à déchiffrer, opération nécessaire pour obtenir une réduction, puisque le symptôme est l'effet du symbolique sur le réel. Ainsi, Lacan dit dans « La troisième » que « ce que le psychanalyste a à savoir c'est en quoi consiste l'inconscient, d'être un savoir qui s'articule de la langue, le corps qui la parle n'étant noué que par le réel dont il se jouit ¹⁰ ». Expérience de déchiffrement, de réduction de la

10. J. Lacan, « La troisième », art. cit., p. 61.

jouissance, expérience de dire qui peut permettre à un sujet de se faire à un être.

Puisque le réel relève d'un impossible à dire, mais aussi d'un impossible à faire taire, à suturer, à combler, les techniques et les gadgets trouveront toujours leur point de limite ; il faudrait en revanche qu'on puisse continuer à l'écouter et à lui préserver une place à sa juste valeur, si je peux me permettre cette expression.

Concernant notre époque, il est important de continuer à faire valoir la dimension subjective derrière ces dits nouveaux symptômes, mais je crois aussi que ce n'est pas suffisant de dénoncer les dérives, il convient aussi de s'intéresser aux modes de jouissance dont les sujets de notre époque font preuve.