

## Lina Velez

### Actualité de la clinique psychanalytique \*

Je me suis posé la question suivante : qu'est-ce que la clinique psychanalytique ? Nous pouvons dire qu'elle est un savoir et une pratique. Savoir parce qu'elle produit des concepts et construit la théorie. Pratique, parce que, au-delà du savoir qu'elle construit, elle consiste en une activité qui vise à mettre au travail un sujet souffrant de ses symptômes.

Que sont devenus les concepts fondamentaux que Freud et Lacan nous ont transmis ? Ces questions nous semblent nécessaires dans la mesure où la clinique n'est pas figée dans le temps. La psychanalyse n'est pas dans une position de savoir achevée, elle est dans une relation à la théorie qu'elle a constituée tout au long du siècle dernier, à son début et au cours des découvertes freudiennes et des apports théoriques que Lacan y a ajoutés. Par exemple, le rapport de la psychanalyse au réel du symptôme et à la vérité qui le sous-tend. Cette position a permis de revisiter certains points de la théorie freudienne à partir de l'enseignement de Lacan dans son retour à Freud.

Lacan donne une définition de la clinique psychanalytique : « Ce n'est pas compliqué. Elle a une base. C'est ce que l'on dit dans une psychanalyse <sup>1</sup>. » Là est le fondement d'une clinique psychanalytique. C'est une condition nécessaire mais pas suffisante. C'est pourquoi Lacan insiste sur l'importance de recueillir dans le discours les « choses qui importent <sup>2</sup> ». Ce sont les signifiants maîtres qui organisent à son insu l'histoire d'un sujet. La clinique psychanalytique ne se contente pas de l'effet thérapeutique. Cet effet se produit sur l'enveloppe formelle du symptôme, qui est une formation de l'inconscient. Cette démarche laisse toutefois de côté un reste inaccessible, qui est le noyau dur du symptôme, soit la jouissance. C'est le réel qui résiste à la vérité comme au savoir. La reconnaissance de cet impossible impose une création pour « savoir y faire » avec la jouissance de son symptôme. Pouvons-nous dire ainsi que la clinique du symptôme s'en trouve modifiée ? « C'est le réel en tant qu'il est impossible à supporter <sup>3</sup>. » Le psychanalyste

part de son non-savoir. Ce n'est pas qu'il ne sache rien, il met ce savoir de côté pour s'ouvrir au savoir inconscient.

Freud a rencontré la « réaction thérapeutique négative ». Certains de ses patients arrêtaient la cure quand la vérité de leur symptôme était sur le point de se dévoiler. Ils ne voulaient pas perdre la satisfaction paradoxale qu'ils en tiraient, alors qu'ils s'en plaignaient au départ. Lacan y situe la jouissance, liée à la rencontre du réel, et s'exprimant selon des modalités multiples. Elle procure une satisfaction. C'est ce qui impose à Lacan un virage, la recherche de la vérité ne peut atteindre le réel en mobilisant le savoir. Dès lors, la boussole de l'analyse sera le réel et la jouissance, et non plus le sens et la vérité.

Des savoirs venus d'autres horizons ont pour objectif de récuser la psychanalyse, rejetant les concepts de sa théorie (inconscient, fantasme, pulsion, transfert, désir, jouissance et objet *a*), et d'imposer une explication relevant de la seule détermination biologique de l'être (gènes, chromosomes, neurones). En réponse à ces nouveaux savoirs et à leur opposition à la clinique psychanalytique, nous considérons que le savoir de la psychanalyse et de ses effets donne à la clinique la possibilité d'élucider le symptôme et sa jouissance. S'il y a un savoir à investiguer, s'il y a une pratique éclairée par une doctrine, il y a des concepts ; ils structurent, délimitent et justifient un champ d'application ; « si la psychanalyse n'est pas les concepts dans lesquels elle se formule et se transmet, elle n'est pas la psychanalyse, elle est autre chose, mais alors il faut le dire <sup>4</sup>. »

Pouvons-nous dire que la clinique psychanalytique est une clinique « sous transfert » ? C'est dire une clinique qui se complète de l'analyste, puisque toute manifestation symptomatique de l'inconscient est déjà – comme le dit Lacan dans *Télévision* – rapport au sujet supposé savoir.

Le signifiant « transfert » est souvent employé dans le champ de la psychanalyse. Posons-nous la question suivante : qu'est-ce que le transfert ? Le transfert est un concept de la psychanalyse selon lequel la production des phénomènes analysables ne peut pas se résorber dans le savoir, ni se réduire à des techniques à appliquer. Il s'agit d'analyser comment la prise en compte du transfert nous amène à considérer les enjeux cliniques, puisque la psychanalyse est un discours, c'est-à-dire une modalité de lien social.

La théorie freudienne du transfert est constituée entre 1895 et 1915. Plusieurs textes montrent cette élaboration : « Psychothérapie de l'hystérie » (1895), « Fragment d'une analyse d'hystérie » (1905), « La dynamique du transfert » (1912), « Remémoration, répétition et élaboration » (1914)

et « Observation sur l'amour de transfert » (1915). Dans le texte « Remémoration, répétition et élaboration », Freud établit un lien entre transfert et répétition : « Si la cure commence sous les auspices d'un transfert positif tempéré et non exprimé, elle permet tout d'abord, comme dans l'hypnose, une plongée dans le souvenir pendant laquelle même les symptômes de maladie se taisent, mais si par la suite ce transfert devient hostile ou excessivement fort et nécessite de ce fait le refoulement, alors la remémoration cède aussitôt la place à l'agir. À partir de là, les résistances détermineront l'ordre de succession de ce qui est à répéter. Le malade va chercher dans l'arsenal du passé les armes avec lesquelles se défendre de la poursuite de la cure et que nous devons lui arracher pièce par pièce <sup>5</sup>. » Freud distingue un double versant du transfert : c'est à la fois « le ressort le plus solide du travail <sup>6</sup> » et « l'arme la plus puissante de la résistance [au traitement] <sup>7</sup> ».

### Quelle est l'actualité du transfert ?

Il y a eu dans la psychiatrie, dans la psychopathologie et dans la littérature psychanalytique, une dilution de ce concept fondamental. Comment expliquer ce déclin relatif du concept de transfert ? Le transfert semble souvent considéré comme obscur, imprévisible et non maîtrisable dans ses effets. Le rejet du transfert a entraîné une préférence pour un modèle « comportementaliste » du sujet et de son fonctionnement. Nous remarquons actuellement un retour vers l'hypnose, ce à quoi Freud avait renoncé pour inventer la psychanalyse, et un ravalement du concept du transfert vers celui de contre-transfert. Souvent, le concept de transfert semble réduit à celui de demande, à laquelle la dimension transférentielle se trouve ravalée.

Il existe une conception qui opposerait le transfert, comme relevant du seul patient, au contre-transfert en tant qu'il nommerait les réactions affectives conscientes et inconscientes de l'analyste vers son patient. Lacan dans le séminaire XI écrit : « Le transfert est un phénomène où sont inclus ensemble le sujet et le psychanalyste. Le diviser dans les termes de transfert et de contre-transfert, quelle que soit la hardiesse, la désinvolture, des propos qu'on se permet sur ce thème, ce n'est jamais qu'une façon d'éluder ce dont il s'agit <sup>8</sup>. » En effet, si la psychanalyse n'est pas qu'une simple thérapie, ce n'est pas parce que son opération ne produit pas des effets thérapeutiques : c'est parce qu'elle est une « clinique sous transfert » et qu'elle cherche un au-delà thérapeutique.

Revenons à Freud. C'est avec l'écriture du cas Dora et les retours constants de Freud, du début du traitement à son interruption rapide, que débute la construction d'une théorie sur le transfert. Le traitement de Dora

fut mis en route à l'initiative du père, il ne durera que trois mois. C'est avec cette rupture que Freud rend compte du transfert tel qu'il était à l'œuvre dans la cure, tel qu'il ne l'avait pas perçu, ni interprété, ni manœuvré. Il écrit en 1923 : « Plus je m'éloigne du temps où je termine cette analyse, plus il me semble que mon erreur technique consista dans l'omission suivante : j'omis de deviner à temps et de communiquer à la malade que son amour homosexuel pour M<sup>me</sup> K. était sa tendance psychique inconsciente la plus forte. J'aurais dû le deviner. [...] Avant que je reconnusse l'importance des tendances homosexuelles chez les névrosés, j'échouais souvent dans les traitements <sup>9</sup>. »

C'est l'ensemble de la problématique transférentielle du cas, la position subjective de Freud et de son désir, qui a constitué un obstacle non surmonté à l'analyse. La thèse de Lacan, en rejetant l'opposition entre transfert et contre-transfert, instaure que ce qu'il y a « derrière de l'amour dit de transfert [...] c'est l'affirmation du lien du désir de l'analyste au désir du patient <sup>10</sup>. » Lors de la dernière séance de la cure de Dora :

- « Savez-vous, docteur, que c'est aujourd'hui la dernière fois que je suis ici ?
- Je ne puis le savoir, puisque vous ne m'en avez rien dit encore.
- Oui, je me suis dit que je patienterais jusqu'au Nouvel An, mais je ne veux pas attendre plus longtemps la guérison.
- Vous savez que vous êtes toujours libre de cesser le traitement <sup>11</sup>. »

À l'annonce faite par Dora, Freud ne trouve rien à dire sinon « Comme il vous plaira <sup>12</sup> ». Pourquoi s'en va-t-elle à ce moment-là ? Freud ne prend pas en compte sa propre identification à M. K et considère que le transfert n'a pas pu s'installer dans cette cure. S'il perçoit la question que Dora, en tant qu'hystérique, porte sur la féminité, et s'il repère son identification masculine, il ne saisit pas le statut de cette identification à M. K., et *via* celui-ci à Freud, pour que Dora accède à reconnaître sa féminité. Pourrions-nous dire qu'il y avait un refus chez Freud de consentir à opérer à partir du semblant ? Il voulait être vu comme un père et un maître. Cette tendance l'aurait-elle conduit à se présenter comme une figure du père idéal ? Il y a deux déterminations principales tout au long de l'élaboration freudienne du concept de transfert : il s'agit d'une part du désir de l'hystérique et d'autre part du désir de Freud. Ces deux désirs se sont noués autour de la question du père.

Lacan a cherché des solutions aux difficultés, aux obstacles freudiens, et a découvert d'autres perspectives sur le transfert. Il a déplacé l'accent mis sur le père symbolique et sur le père réel pour aller vers l'au-delà de Œdipe.

Lacan ramène le transfert à la métaphore de l'amour, plutôt qu'à la métonymie des affects et des représentations, en mettant au principe du transfert les fonctions du sujet supposé savoir et de la cause du désir. Le sujet supposé savoir est le pivot du transfert, autrement dit, il faut de l'amour, un amour au-delà du père, afin de créer un lien.

Ainsi, la clinique psychanalytique se singularise à partir de ce lien que nous appelons le transfert. La clinique sous transfert fait l'impasse sur toutes sortes de catégorisations cliniques, prenant chaque sujet au un par un. Ce n'est que dans et par le transfert qu'une clinique peut s'appréhender quand on ne la rabat pas du côté des signes.

Le sujet entre en analyse par la demande, mais la relation à la demande que l'analyste instaure est d'une autre nature. Lacan la dit « radicale », ajoutant que « demander, le sujet n'a jamais fait que ça, il n'a pu vivre que par ça, et nous prenons la suite <sup>13</sup>. »

Après ces considérations, posons-nous la question suivante : qu'en est-il de la clinique psychanalytique de la psychose ? Lacan avec « D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose <sup>14</sup> » introduit une modification ou un déplacement de la position de l'analyste, qu'il désigne comme « manœuvre du transfert ». La question du transfert est reprise dans la « Présentation des *Mémoires d'un névropathe* », dix ans après, lorsque Lacan précise que, dans la psychose, « ledit clinicien doit s'accommoder à une conception du sujet, d'où il ressort que comme sujet il n'est pas étranger au lien qui le met [...] en position d'objet d'une sorte d'érotomanie mortifiante <sup>15</sup> ». Cette indication concerne la spécificité du transfert en jeu dans la psychose. Il s'agit de penser ce que peut être la manœuvre du transfert dans le travail avec les sujets psychotiques. Le transfert est un des éléments d'éclairage qui orientent les hypothèses du clinicien, c'est-à-dire que le transfert montre le rapport à l'Autre du langage et permet de s'orienter quant à la structure.

Une clinique structurale implique une conception du transfert comme actualité du rapport à l'Autre, c'est-à-dire du désir du sujet au désir de l'Autre, ce qui diffère de la conception du transfert selon laquelle on aime toujours une figure du passé sous la figure de l'amour présent. Qu'il s'agisse de la mère ou du psychologue, la tromperie de l'amour n'est pas celle d'une erreur sur la personne mais celle de l'amour lui-même, celle par où le rapport actuel au désir de l'Autre – c'est-à-dire aussi le transfert – tend à s'exercer.

Ce qui devient crucial pour la réponse au transfert n'est plus le type de savoir destiné à dissiper l'erreur du sujet, mais la nature du désir de celui

qui répond <sup>16</sup>. La réponse au transfert nous ramène à un moment problématique de la clinique des psychoses. Dans ce contexte, il est nécessaire de pouvoir expliciter ce qu'est le transfert, ses coordonnées ainsi que ses spécificités dans la psychose.

Il faut rappeler ce que l'enseignement de Lacan a apporté à la conception du transfert en général. Par rapport à Freud, Lacan a voulu souligner ce qui relève de l'actuel dans le transfert : actualité symbolique entre le sujet et l'Autre, par opposition à la relation imaginaire où sont censées se reproduire les relations anciennes, celles de l'enfance ; actualité de ce que le sujet demande à l'Autre du simple fait de lui parler : demande d'amour ; actualité de la satisfaction pulsionnelle inconsciente. Le transfert est conçu par Lacan comme étant avant tout la mise en acte d'une structure actuelle (demande d'amour, fantasme) et non comme une répétition du passé. Dans la psychose, le transfert est une mise en acte, à ceci près que la structure de ce qui est mis en acte est inversée. Il s'agit d'une supposition : c'est l'Autre qui est censé aimer le sujet, c'est l'Autre qui le suppose être son objet premier.

C'est à cette problématique qu'a affaire une jeune femme, M<sup>lle</sup> F., que je reçois depuis cinq ans. Elle dit que sa vie a toujours été difficile parce que les actes les plus simples lui demandent des pensées et des élaborations complexes. Elle a peur de marcher dans la rue parce qu'elle pourrait être attaquée et interprète le regard des autres, vécu comme intrusif. Elle est à l'université et obtient d'excellents résultats. Enfant, elle avait peu d'amies, elle s'entichait de telle ou telle, puis tout s'effondrait dans une fâcherie. M<sup>lle</sup> F. a fait une tentative de suicide, à la suite de crises consécutives à des rencontres amoureuses aussi bien avec un homme qu'avec une femme. Elle dit venir me voir pour sortir de cette série, du ratage de la relation, et de sa tonalité inévitablement dominée par la mort. L'occasion de notre rencontre est aussi liée à la mort de sa grand-mère, qui la précipite, me dit-elle, dans un trou sans fin. Elle peut dire que ce trou est celui qu'elle ne cesse de rencontrer dans son quotidien et dont la perte de sa grand-mère est une forme radicalisée.

Lorsqu'elle parle de ses parents, c'est toujours accompagné de mots crus concernant les propos désobligeants de sa mère au sujet de la réussite de ses études. Par ailleurs, cette jeune femme dit qu'elle ne supporte pas le regard des autres dans la rue et les transports en commun. « Comment survivre dans ce monde, sachant que les hommes ne font que me regarder comme un objet sexuel. » Toutes les manifestations de l'Autre tournent autour des regards. J'accueille ces propos répétitifs sur ce qui lui arrive dans

le retour du réel implacable qui la vise par le regard vulgaire de l'Autre, qui se trouve partout et reste impossible à localiser.

Elle évoque une rencontre avec une amie de la faculté. Elle pense que celle-ci pourrait la défendre si un homme la traitait de putain. Parfois l'amie ferait des gestes qui montreraient qu'elle est amoureuse, parfois elle lancerait des phrases qui laisseraient entendre son intérêt pour elle.

M<sup>lle</sup> F. enverra par la suite des lettres à cette amie, tout en disant qu'elle n'attend pas de réponse de sa part. Dans ces lettres, elle lui demande des comptes : pourquoi la regarde-t-elle autant ? Pourquoi se moque-t-elle d'elle ? L'érotomanie, fixant le sujet dans une certitude inébranlable quant à la jouissance, fait objection à l'amour comme discours répondant à l'impossible. Dès lors, c'est la mort qui devient un thème de l'amour, ce que Lacan repère chez Aimée, « dont l'expression verbale est d'autant plus tendue qu'elle est en réalité plus discordante avec la vie, plus vouée à l'échec <sup>17</sup> ».

Dernièrement, M<sup>lle</sup> F. dit « avoir vécu une dépression » et elle a cessé de voir ses anciens copains, dont cette amie. Ce fut un répit de courte durée, car elle n'arrête pas de me dire qu'elle a entendu son amie lui déclarer : « Où étais-tu mon amour, ça fait des années que l'on ne t'avait pas vue. »

Je la questionne là-dessus. À quel moment a-t-elle entendu cette phrase ? Après quelques séances, elle dit qu'il s'agit d'une voix. Quel est le statut de la voix ? Depuis quand est-elle là ? Et pourquoi se sent-elle obligée de lui obéir ? « C'est sur le délire lui-même et sur son récit qu'il y a lieu de s'appuyer pour saisir ce dont il s'agit. Autrement dit, sur le discours du psychotique, sur ce qui fait son trouble même <sup>18</sup>. »

Dans la psychose, les voix se manifestent comme extérieures au sujet, immatérielles et réelles, les voix hallucinées sont attribuées à l'Autre. Dans l'hallucination, la voix est détachée du corps et de la parole ; c'est d'un Autre incarné au-dehors qu'elle revient à l'intérieur du sujet.

Après la présence de la voix, elle ne voit plus l'amie, cela n'arrange pas les choses, et même les aggrave. S'éloigner de l'objet ne résout pas le problème. Si l'analyste n'a pas à contester le délire, ou à le considérer comme faux, il n'a pas non plus à l'entériner. Ce réel doit être reconnu comme tel, pour qu'un maniement du transfert soit envisageable.

### Un maniement du transfert possible dans la psychose

Le sujet psychotique dans l'érotomanie paranoïaque se vit comme subissant les sévices d'un autre malveillant. L'objet *a* n'y est pas situé au champ de l'Autre, du côté de l'analyste, c'est le psychotique qui s'en trouve

dépositaire. Le clinicien est vécu comme un sujet animé d'une volonté de jouissance à l'égard du patient.

Le maniement du transfert part de l'hypothèse suivante : il est nécessaire de mettre en avant la certitude comme telle : croire que ce qui arrive au sujet lui arrive vraiment. Le maniement du transfert dans la psychose n'est possible que si l'on repère le rapport du sujet au réel (dans ce cas, l'hallucination verbale). « Entrer au cœur de l'histoire de fou par excellence se révèle incontournable et consiste dans cette approche du réel auquel le sujet est confronté et qu'il assume véritablement, comme le dit Lacan ; mais ce qu'il omet, c'est que le réel, l'analyste doit l'assumer tout autant [...] en tant que cette approche est la condition de la mise en jeu du transfert <sup>19</sup>. »

Si un délire peut se déployer dans le cadre du travail analytique, c'est parce que la parole va être utilisée par le sujet pour produire la signification qui manque, la métaphore délirante. Le sujet psychotique se confronte aux phénomènes élémentaires sans la médiation d'un savoir. C'est souvent une des raisons qui font que le sujet peut faire appel à l'analyste.

Revenons à la question concernant le sujet supposé savoir : l'analyste ne sait pas, l'interprétation du transfert consiste à dénoncer ce savoir comme supposé ; il doit redire « je ne sais que ce que vous me dites ». Dans le cas de la psychose, l'analyste doit dire qu'il ne sait pas. Le statut du sujet dans la psychose est celui d'une errance dans le réel déconnecté du sujet du signifiant. Comment l'analyste peut-il opérer pour entamer la jouissance à laquelle se livre le sujet ?

Le psychotique n'est pas étranger au désir, mais c'est à partir de là que l'analyste a une chance d'y être pour quelque chose dans la cure du psychotique. Face aux manœuvres du psychotique qui consistent à faire réintégrer à l'analyste la place de l'Autre de la jouissance, une seule réponse est possible : s'y opposer. Cela peut permettre de produire chez le patient une signification de ce refus, créant un lieu vide évacué de toute jouissance afin que le sujet du signifiant puisse s'y loger.

Dans le travail clinique, une grande prudence est nécessaire, qui semble se traduire par deux principes : il s'agit d'éviter, dans la mesure du possible, notre position de savoir par rapport au sujet qui s'adresse à nous. Ce que nous adresse le psychotique, l'attente qu'il peut avoir à notre égard, n'est pas de l'ordre d'une demande. On pourrait dire qu'il cherche avant tout une place où s'abriter comme sujet.

\*[↑](#) Prononcée dans le cadre de l'Unité de clinique psychanalytique de Bourgogne Franche-Comté, « Qu'est-ce qu'une clinique psychanalytique », à Dijon, le 14 mai 2022.

1.[↑](#) J. Lacan, « Ouverture de la section clinique », *Ornicar ?*, Bulletin périodique du Champ freudien, n° 9, Paris, avril 1977, p. 7.

2.[↑](#) *Ibid.*, p. 8

3.[↑](#) *Ibid.*, p. 11.

4.[↑](#) J. Lacan, *Le Séminaire, Livre II, Le Moi dans la théorie de Freud et dans la technique de la psychanalyse*, Paris, Le Seuil, 1978, p. 24.

5.[↑](#) S. Freud, « Remémoration, répétition et élaboration », dans *Œuvres complètes*, tome XII, Paris, PUF, 2004, p. 110.

6.[↑](#) S. Freud, « Le transfert », dans *Introduction à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1965, p. 420.

7.[↑](#) S. Freud, « La dynamique du transfert », dans *La Technique psychanalytique*, Paris, PUF, 2001, p. 56.

8.[↑](#) J. Lacan, *Le Séminaire, Livre XI, Les Quatre Concepts fondamentaux de la psychanalyse*, Paris, Le Seuil, 1973, p. 210.

9.[↑](#) S. Freud, « Recueil des petits écrits sur la névrose », dans *The Standart Edition, The Complete Psychological Works*, traduction anglaise par J. Strachey, volume XIX, 1923-1925, London, 1970, p. 90 (note I, 1923).

10.[↑](#) J. Lacan, *Le Séminaire, Livre XI, Les Quatre Concepts fondamentaux de la psychanalyse, op. cit.*, p. 229.

11.[↑](#) S. Freud, « Fragment d'une analyse d'hystérie (Dora) », dans *Cinq psychanalyses*, Paris, PUF, 1954, p. 78.

12.[↑](#) S. Freud, « Recueil des petits écrits sur la névrose », art. cit., p. 78.

13.[↑](#) J. Lacan, « La direction de la cure et les principes de son pouvoir », dans *Écrits*, Paris, Le Seuil, 1966, p. 617.

14.[↑](#) J. Lacan, « D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose », dans *Écrits, op. cit.*, p. 531-583.

15.[↑](#) J. Lacan, « Présentation des *Mémoires d'un névropathe* », dans *Autres écrits*, Paris, Le Seuil, 2001, p. 217.

16.[↑](#) Dans la « Question préliminaire », Lacan explique que la parole n'a pas dans la psychose la fonction de symbolisation qu'elle a dans la névrose, à savoir de substitution et de négativation de la jouissance par le signifiant, parce que le statut de l'Autre, et du sujet, n'est pas le même dans les deux cas. Il met surtout en évidence le statut de la parole et du langage, dans les deux destins subjectifs névrose et psychose.

17.[↑](#) J. Lacan, *De la psychose paranoïaque dans ses rapports à la personnalité*, Paris, Le Seuil, 1981, p. 287.

18.[↑](#) J.- J. Gorog, « Le "Raide-fou" et le transfert », *L'En-je lacanien*, n° 4, Toulouse, Érès, 2005, p. 12.

19.[↑](#) *Ibid.*, p. 21.