

Qu'est-ce que la clinique psychanalytique ?

GABRIEL LOMBARDI

Qu'est-ce que la clinique psychanalytique ?¹ Que nous proposons-nous de transmettre, de rechercher et de saisir au *Collège Clinique* ? L'occasion de ce commencement me semble propice pour faire resurgir la question que Lacan posait à l'*Ouverture de la Section Clinique*, le 5 janvier 1977. Cette reprise sera ma façon de vous dire comment j'entends orienter notre travail.

Lacan s'est interrogé sur la clinique psychanalytique à partir de sa pratique et de sa position singulière dans ce discours, de sa lecture à la fois soigneuse et énergique des textes de Freud, des élaborations de la psychiatrie classique qu'il n'a jamais négligées, et aussi du rapport de la psychanalyse avec la rationalité et la science moderne. Nous verrons que sa réponse a été variée, multiple, hétérogène ; et pourtant, elle a été cohérente à la structure du savoir à laquelle le discours psychanalytique a affaire.

Une voie d'interrogation

En lisant cette *Ouverture* et d'autres textes écrits ou prononcés entre 1973 et 1976, il apparaît évident que Lacan ne considérait pas que la clinique puisse se réduire à la pratique ou à l'expérience de la psychanalyse – qui peuvent rester dans la pénombre du cabinet. « Une pratique n'a pas besoin d'être éclairée pour opérer », disait-il dans un de ces textes². Dire que la clinique psychanalytique a comme *base* ce qu'on dit dans une psychanalyse – c'est sur cette affirmation que l'*Ouverture* commence – c'est dire qu'elle ne coïncide pas entièrement avec ce qu'on dit dans une analyse.

Si clinique soit-il, notre *Collège* ne va pas se substituer à l'expérience de l'analyse elle-même, indispensable pour devenir analyste. Indispensable, même si elle est insuffisante : si elle suffisait, il n'y aurait aucun besoin de *Collège Clinique*. Et si le *Collège* à son tour devient vraiment clinique, ce sera dans la mesure où celle-ci ne se substitue pas, mais s'ajoute à l'expérience de l'analyse.

De quelle façon la clinique interroge-t-elle cette expérience ? Vous avez assurément quelque idée jusqu'à quel point Lacan a pris ça au sérieux : *la clinique consiste d'abord à interroger l'analyse*. Il a soutenu ceci en acte pendant plus de trente ans, il en a fait le nerf de son enseignement. Pour éclaircir l'expérience de l'analyse, on doit d'abord, et surtout, la mettre en cause. Et jusqu'au bout. C'est aussi la raison pour laquelle il a conçu un dispositif –

¹ Texte rédigé à partir des notes de la présentation du Collège Clinique de Buenos Aires et La Plata du 8 mai 2000.

² *Télévision*, Seuil, 1974, p. 17.

celui de la passe – où l'on pose à l'analysant les questions auxquelles l'analyste ne peut pas répondre.

Il ne faut pas oublier l'analyste lui-même, et sa pratique. « La clinique psychanalytique doit consister non seulement à interroger l'analyse, mais à interroger les analystes... », dit-il dans *l'Ouverture*, et les interroger afin qu'ils rendent compte de ce que leur pratique a de hasardeux, ce qui justifie Freud d'avoir existé. *Interroger l'analyste, le presser de déclarer ses raisons*, c'est aussi de la clinique psychanalytique, pour que l'analyste rende compte de ce que sa pratique a d'incertain, d'aventuré, ainsi que Freud l'a posé dès le début, par une énonciation qui se fait forte sur les points où le savoir devient précaire. Le savoir que Freud a fait valoir pour soutenir la pratique de l'analyste est le savoir pris sur le bord menaçant – pulsionnel – de l'oubli. C'est parce qu'elle est hasardeuse, voire risquée, que cette pratique justifie Freud d'avoir existé. Si la psychanalyse était une technique standard, au savoir assuré, l'existence de Freud n'aurait pas le sens qu'elle a pour nous : celui de faire ex-sister une énonciation qui pose un cadre aux impasses du savoir du parlêtre – impasses que nous retrouvons au carrefour du goût et du désir, c'est-à-dire aux points décisifs dans la perspective du sujet incarné dans la vie.

La clinique n'est pas l'expérience, donc. Elle n'est pas non plus l'accumulation de l'expérience, qui a ses avantages, bien sûr ; mais dans la perspective radicale soutenue par Lacan, le propre de l'expérience est de préparer les classeurs. En même temps qu'on apprend l'office, les trucs, le savoir-faire, on consolide des schémas et des classifications qui tissent un lien entre les préjugés propres au fantasme et le consensus qui est le ressort du groupe et de l'association des analystes – la cooptation des sages.

On sait combien Lacan a lutté contre ce mariage entre le préjugé et le consensus qui nous fait confier le savoir à l'expérience. Au contraire, les expériences d'analyse ne sauraient s'additionner, écrit-il ailleurs³, puis il ajoute : « Freud l'a dit avant moi : *tout dans une analyse est à recueillir comme si rien ne s'était par ailleurs établi* ».

Mais on ne peut pas déduire de ces trois indications soulignées, que le savoir de classification est complètement caduc pour la psychanalyse lacanienne. Lacan persiste et signe, dans un texte de 1975, qu'il y a des types de symptôme, une clinique, d'avant le discours analytique. Ils enrichissent la clinique psychanalytique d'un savoir qu'il ne faut pas laisser tomber. Freud, et plus encore Lacan, ont lu soigneusement les classiques de la psychiatrie.

Certitude et transmission à partir du discours hystérique

La clinique ne se soutient pas de savoirs épinglés à des positions figées. Il n'est pas grave, pour le clinicien, bien au contraire, qu'il prolonge dans d'autres discours la question surgie à

³ J. Lacan. « Introduction à l'édition allemande des Écrits ». *Scilicet* (Seuil, 1975) vol. 5., p. 14.

l'intérieur du discours analytique. Il peut s'appuyer sur eux, provisoirement. La clinique aura donc à poser la question d'une façon cohérente avec la conception lacanienne de l'acte psychanalytique : la façon la plus sûre d'entrer est de sortir vraiment. Il n'est pas nocif pour le clinicien de lire les classiques de la psychiatrie, Séglas, Kraepelin, de Clérambault, et d'apprendre d'eux quels types de symptômes parfois imperceptibles révèlent le psychotique à qui veut les entendre. Ceci peut sembler antinomique avec ce que nous venons de dire, mais ce n'est pas moins certain. Le signifiant néologique, la ritournelle, le phénomène élémentaire, etc., nous avons à en tenir compte, à condition de ne pas rester dans la position du psychiatre, de ne pas le suivre dans ses objectivations et les théories causales qui obturent ce qu'il a ouvert dans un entretien à la fois brillant et sans horizon, et dans une description prolixie mais sans conséquences éthiquement valables. On obtient souvent une condamnation plus qu'une explication – comme le disait Freud à propos des étiquettes auxquelles le psychiatre réduit le diagnostic.

Dans la même ligne, même si elle est tracée « en chicane », Lacan indique dans ce texte que, ce qui pourrait être son ambition de clinicien, c'est-à-dire de montrer que les types de symptômes relèvent de la structure, « n'est certain et transmissible que du discours hystérique », c'est-à-dire du discours où le symptôme s'élève au lien social, où le symptôme dit quelque chose de la structure en deçà du sens. C'est seulement à partir du mode hystérique que la question du symptôme peut vraiment se poser – non pas la question *au* symptôme, ni *sur* le symptôme, mais *du* symptôme : c'est *avec* le symptôme qu'on la pose.

C'est dans ces jonctions entre le discours analytique et d'autres discours, avec ses voisinages et ses portes pour sortir et pour entrer que se produit la clinique psychanalytique. On a l'exemple du permanent aller-retour de Freud et de Lacan pour prélever d'autres discours, d'autres lectures, d'autres perspectives, ce qu'on ne peut pas obtenir de l'enfermement dans un seul discours, toujours en proie à la répétition, à l'habitude, au consensus, qui sont mortels en particulier pour le désir de l'analyste.

C'est justement là, dans ces jonctions extimes, que peut se poser la question de la clinique analytique, en tant qu'articulation du typique avec le sens joui du cas. C'est la jonction que notre *Séminaire d'articulation clinique*, à Buenos Aires, entend explorer, à partir du constat que cette articulation ne se fait pas de la même manière dans les divers types de symptômes soulignés par Lacan. En effet, il propose une grille dont les cases sont séparées par des discontinuités fondamentales, pour la clinique et la pratique analytiques.

Nous allons commencer par l'hystérie, dont l'économie du savoir est bien différente de celle que nous trouvons dans d'autres types cliniques. Pour Lacan, dans l'hystérie, la transmissibilité de la question s'appuie sur la structure : il considère que dans le discours hystérique se manifeste un réel proche du discours scientifique⁴. On trouve cette idée – de

⁴ J. Lacan. Ibid., p. 15.

l'hystérie comme lien social, constitué par le symptôme (ce qui ne se passe dans aucun autre type clinique) –, assez développée déjà dans le Séminaire sur *Les formations de l'inconscient*, bien avant le moment où les discours seront formalisés. Donc, il y a au moins un type clinique pour lequel la transmission et l'articulation ne sont pas impensables.

Le cas de l'obsessionnel est tout à fait différent. Il connaît aussi peu que l'hystérique le sens inconscient du symptôme d'un autre obsessionnel, mais son symptôme ne communique pas « structurellement » comme dans le cas de l'hystérique. Il y a des discontinuités plus tranchantes encore entre les types cliniques, dont nous parlerons en détail, à partir de ce qui communique ou pas, de ce qui se prête au lien social ou pas. Aux limites et aux impasses de la communication du symptôme, là où seulement « se communique » ce qui manque, nous allons ajouter l'étude de celles de la compréhension et de l'interprétation. Nous allons voir donc que les types cliniques lacaniens – parce qu'il y en a – peuvent s'entendre comme des « formes normales » de stabilisation du manque, comme essence du désir. Je pense à la triade névrose – perversion – psychose, que nous ne trouvons pas ainsi formulée chez Freud, et que Lacan considère comme étant celle des trois « formes normales » du désir⁵.

La psychanalyse ne prétend donc pas abolir le savoir issu de la classification, mais elle le déplace de l'identification formelle de l'extérieur du sujet vers ce qui s'identifie et fait type à partir du noyau structural du symptôme, à savoir la question : ce qui fait manque, comment est-il constitué ? comment se rapporte-t-il ou s'écarte-t-il du lien social ?

Ré-interroger tout ce que Freud a dit

Pour essayer de suivre Lacan, nous devons à chaque fois tout mettre en question. C'est ainsi que Lacan concevait la clinique psychanalytique. Mais, pour ce faire, il nous faudra quand même choisir un chemin, sinon une méthode. Dans son *Ouverture*, Lacan précise que *la clinique psychanalytique consiste à ré-interroger tout ce que Freud a dit*. Je lis cet énoncé, qui pourrait paraître d'une exaltation négative, plutôt comme une invitation à lire les textes de celui qui a fondé le discours psychanalytique dans la reconnaissance honnête des difficultés théoriques et pratiques que suscite chaque nouveau cas, chaque impasse retrouvée dans la cure, et aussi chaque progrès thérapeutique ou épistémique. Aujourd'hui, pour nous, la clinique psychanalytique consiste à interroger aussi les textes de Lacan, pour la même raison. C'est le sens de l'existence d'un *Atelier de lecture* au sein de notre Collège.

Une remarque très importante s'impose : interroger les textes de Freud et de Lacan exige de les lire, il ne suffit pas de laisser le soin aux autres de l'explication de l'acte d'énonciation. Chacun d'entre nous devrait accéder à une « vraie répétition » de ce qui a été énoncé par ces textes, en restituant au présent les conditions d'énonciation. Ce serait en tout cas la meilleure façon de soutenir le discours analytique, et d'éviter la répétition d'énoncés vides, le

⁵ J. Lacan. *Séminaire IX* : L'identification. Leçon du 20 juin 1962.

psittacisme universitaire. Je ne crois pas que le Collège Clinique risque de devenir une instance d'enseignement tout à fait envahie par le discours universitaire, précisément parce que dans le Collège chacun va lire Freud et Lacan. On trouvera l'aide des commentaires, sans laisser la charge d'en restituer l'énonciation aux seuls commentateurs. Un commentaire est utile à nos fins quand il ne nous induit pas à archiver le texte qu'on commente.

Le réel impossible à supporter

Si après ce que je viens de dire, il reste encore l'ombre d'un doute sur l'hétérogénéité des réponses de Lacan à la question de la clinique, nous pouvons mentionner une autre définition qu'il a donnée peu de temps avant cette *Ouverture*. Nous la trouvons dans l'annonce de la *Création de la Section Clinique*, à la fin de 1976. C'est une définition en trois parties :

« La clinique psychanalytique, c'est le réel en tant qu'il est l'impossible à supporter. L'inconscient en est à la fois la voie et la trace par le savoir qu'il constitue : en se faisant un devoir de répudier tout ce qu'implique l'idée de connaissance. »

La première partie – celle qui a été choisie par nos collègues du Collège Clinique en France, comme thème de l'année 1999-2000 – me semble la plus surprenante. Dire que la clinique est *le réel en tant qu'insupportable*, est une autre façon de dire qu'elle n'est pas considérée par Lacan comme une interrogation posée de l'extérieur de l'expérience ; elle est bien au contraire rendue à l'expérience la plus intime, celle par laquelle assurément chacun est passé en tant qu'il n'est pas seulement sujet du langage, mais aussi sujet censé faire quelque chose avec ce que le langage implique d'insupportable pour le vivant. Ce sont ces points que Freud a nommés « traumatisme » et qui sont à la racine du symptôme. Pour être à la hauteur d'une telle clinique, il est évident qu'il faut en passer par l'analyse, et aussi parcourir le chemin qui mène à la « reconnaissance » dans le symptôme non seulement de la trace, mais de l'actualisation du trauma qui fixe le sujet à une jouissance intolérable. Parce que cette « reconnaissance » – que je mets entre guillemets faute d'une *Vorstellung* plus appropriée – n'est pas possible sans une levée, fût-ce temporaire, pulsatile, du refoulement. C'est seulement en quittant les masques narcissiques et fantasmatiques, qui rendent le symptôme supportable, que nous arrivons à obtenir ce morceau de savoir, qui n'est pas un souvenir, mais une reviviscence de l'impossible à supporter.

Sans ce trajet de clinique psychanalytique, on laisse tomber la question avant d'obtenir la réponse, à venir. Comment pourrions-nous aider quelque sujet à situer cet impossible, sans être passé par l'expérience de ce savoir ? C'est ce qui justifie la troisième partie de la définition de Lacan : elle fait partie de la délimitation de ce qu'est la clinique psychanalytique, l'impératif éthique qui exige de *répudier tout ce qu'implique l'idée de connaissance*. Ce n'est pas en prenant le patient comme objet de connaissance que nous pouvons faire une clinique psychanalytique. Sinon, nous sommes bien loin du discours

analytique et nous retombons dans la position du psychiatre. Pire encore, nous sommes psychothérapeutes, c'est-à-dire que nous ne pouvons que prescrire le retour au même. Aucune innovation authentique n'est plus à attendre alors, aucun gain de savoir qui permette une transformation par rapport au symptôme.

La clinique, dans cette perspective, exige de répudier toute objectivation psychologique du sujet que nous trouvons, dans l'expérience, assuré dans sa division, et dans une extériorité ontique et éthique radicale au regard de l'individu pris comme objet de connaissance. On n'arrive pas à l'insupportable du symptôme à partir de l'extérieur, mais à partir d'une position, comme l'écrit Lacan dans sa « Question préliminaire », d'entière soumission aux positions proprement subjectives du patient. C'est seulement ainsi que l'on a accès à la « subjectivité du délire », par exemple.

Quel est le chemin donc ? Comment peut-on aborder l'insupportable du symptôme ? Lacan poursuit sa définition : *l'inconscient en est à la fois la voie et la trace par le savoir qu'il constitue.*

Quand le patient est un psychotique, il suffit souvent de l'écouter pour qu'il témoigne « à ciel ouvert » de ce chemin de l'inconscient, où il ne manque jamais de bizarreries ni de rétorsions de l'interface entre le signifiant et le vivant. Il nous le montre avec une certitude qui fait partie de l'insupportable de son symptôme, et qui parfois le pousse à attendre de nous un soulagement. Ça ne veut pas dire que le psychotique qui témoigne des voies de l'inconscient à ciel ouvert sache de quoi il s'agit. Il en pâtit plutôt, sans savoir, précisément, qu'il s'agit de savoir – parce que c'est le lieu que le transfert réserve au clinicien, dit Lacan.⁶

Le cas du névrosé est différent, évidemment, parce que c'est plutôt dans son incertitude que nous devons au contraire trouver notre certitude, en suivant l'indication freudienne déjà commentée : on doit s'assurer des traces les plus ténues, les plus fuyantes du savoir quand une partie du récit du rêve ou du symptôme échappe. L'inconscient est la trace et le chemin marqué d'oubli qui nous oriente vers l'ombilic réel du symptôme, celui qui trouve l'ombilic de Narcisse.

Le savoir des impasses du savoir

Encore une fois, la question se pose : qu'est-ce que la clinique psychanalytique ? Le Collège se propose de montrer dès le commencement qu'il n'y a pas de définition fermée pour cette question. Il n'y a que des lignes de réponse, différentes et même mutuellement antinomiques, qui méritent d'être parcourues méthodiquement et confrontées entre elles – pour ne pas réduire une fois de plus la psychanalyse et sa clinique à une orientation unique, qui l'éloigne du nœud intime du désir de l'analyste à l'impossible de supporter.

⁶ J. Lacan. *Séminaire XII* : Problèmes cruciaux pour la psychanalyse. Leçon du 5 mai 1965.

Les textes de Freud et de Lacan, les témoignages de la pratique analytique, voire de la présentation de malades, nous permettront de frayer ces chemins, et de poser la question de l'articulation du singulier avec le différent, de la théorie avec l'expérience, et d'une cure avec sa reconstruction logique.

Le Collège Clinique s'ajoute ainsi à d'autres expériences en cours. J'en mentionne quelques-unes en fonction de leur importance pour nous dans la formation analytique. J'ai déjà évoqué celle de l'analyse propre. Je veux aussi signaler celle du *Forum Psychanalytique de Buenos Aires*, d'où ce Collège a surgi, et où une communauté de travail s'informe et s'interroge sur les voies et les formes possibles pour la constitution d'une Ecole de psychanalyse, dans le vaste cadre des *Forums* fédérés aujourd'hui dans l'*IFCL*.

Le Collège a pour horizon le retour à l'Ecole de Lacan, qui n'absorbera pas le Collège, mais dont la pratique nous permettra de porter l'interrogation freudienne de la clinique jusqu'à ses dernières conséquences, qu'il faut qualifier de lacaniennes. Ce sont celles qui nous mènent à interroger l'analyse du point de vue de l'analysant, dans un dispositif qui n'est pas celui de l'association libre et du déploiement du transfert.

Nous devons avancer vers une clinique qui ne repousse pas ce qui peut mettre en question le transfert, qui n'expulse pas ce qui n'est pas *sous transfert*, comme on dit dans d'autres écoles. Une clinique qui soutienne l'interrogation du sujet-supposé-savoir ne peut être tout à fait *sous transfert* – expression que je ne crois pas lacanienne, du moins pour qualifier la clinique.

L'énumération que je viens de faire situe la clinique psychanalytique comme un effort d'articulation, et donc d'un savoir sur les impasses du savoir où se constitue le sujet en tant que sujet de l'inconscient. Impasses insurmontables, si nous nous en tenons à ce que Lacan indique pour aborder l'enseignement de la psychanalyse : « Dans l'inconscient, qui est moins profond qu'inaccessible à l'approfondissement conscient, ça parle ». L'inconscient est matière peu propice à savoir. Et pourtant, tout ce que nous savons en dépend. Il *nous* sait, et nous, nous n'arrivons jamais à *le* savoir. Et pourtant, quelque chose nous est donné à savoir par les voies de l'analyse et de la clinique. C'est un bout de savoir qui ne s'assure que par un changement de notre position. Freud l'explique dans sa XVIII^{ème} *Conférence : La fixation au trauma, l'inconscient*.

« Il y a savoirs et savoirs ; il existe plusieurs sortes de savoirs, qui ne sont pas équivalents. « Il y a fagots et fagots », dit-on dans un passage de Molière. Le savoir du médecin n'est pas celui du malade, et ne peut pas avoir les mêmes effets. Quand le médecin transfère son savoir au malade en le lui communiquant, ça ne donne aucun résultat. Mais non ; il serait incorrect de le dire de cette manière. Ça n'a pas le résultat de lever les symptômes, mais un autre : celui de mettre en marche l'analyse (ce sont souvent des manifestations de désaccord qui en sont les premiers indices). Le malade sait donc quelque chose qu'il ne savait pas, le sens de son

symptôme, et pourtant, il le sait aussi peu qu'auparavant. Nous apprenons donc qu'il y a plus d'un type d'ignorance. Pour situer les points de différence nous devons approfondir un peu nos connaissances psychologiques. Cependant, notre énoncé reste valable, qui dit que les symptômes cessent dès qu'*on en sait* le sens. Ajoutons seulement que *ce savoir doit s'appuyer sur un changement intérieur du malade*, ce qui ne peut se produire que par une élaboration psychique qui a une fin déterminée. »

L'accès au savoir ne se fait pas sans un changement dans la position du sujet, ce qui exige un travail psychique de deuil.