

Luis Izcovich

Santé mentale et désir du psychanalyste

C'est un fait que des cliniciens formés, ou en formation à la psychanalyse, travaillent dans les institutions de santé mentale et cela probablement sans discontinuité depuis l'invention de la psychanalyse par Freud. Les détracteurs de la psychanalyse se servent de ce fait pour indiquer que le seul intérêt des psychanalystes à l'hôpital est de s'instruire sur la structure des psychoses. Cette dimension qui n'est pas négligeable n'explique pas pour autant la constance dans l'application de la psychanalyse à la psychose, depuis Freud jusqu'à nos jours. Il suffit de lire sa correspondance avec ses élèves, Jung avant 1910, Ferenczi surtout aux débuts, Abraham quand il était en Suisse, ou Ludwig Binswanger, pour s'apercevoir que la référence à des cas de psychoses abordées en milieu psychiatrique est récurrente. Cela pourrait paraître contradictoire avec la position de Freud à l'égard du traitement des psychoses tel qu'il le postule au moment où il les range parmi les contre-indications à la psychanalyse. Cette contradiction est levée en partie par Freud lui-même quand il aborde la question de la contre-indication en termes de transfert. Bien qu'il maintienne dans sa théorie l'exclusion des psychoses pour la psychanalyse, il n'en reste pas moins que le fait d'envisager les limites de la psychanalyse en termes de transfert dégage la psychanalyse d'une connotation médicale et relativise le caractère absolu des contre-indications, qui deviennent ainsi dépendantes d'une fonction : la capacité de transfert du sujet.

Freud, qui a maintenu l'incompatibilité entre la psychose et la psychanalyse jusqu'à la fin de ses jours, n'a pas cessé de rencontrer des cas de psychose et d'en rendre compte. Son œuvre et sa correspondance en témoignent, ce qui nuance encore le caractère relatif de l'exclusion de la psychanalyse pour les psychoses.

Le devenir de cette conception diverge selon les écoles analytiques. Mélanie Klein et ses disciples prennent le problème à contresens, se faisant les pionniers du traitement psychanalytique des patients psychotiques à l'hôpital, jusqu'à adopter une position maximaliste : rien ne distingue le traitement d'une psychose de celui d'une névrose. Avec l'enseignement de Lacan, on assiste aussi à un intérêt pour la psychose au point que nombre des cliniciens formés à sa théorie ont participé et continuent à le faire au traitement des patients psychotiques en milieu institutionnel. Néanmoins, la perspective clinique est déplacée avec Lacan. Le diagnostic est affiné avec la notion de structure, la mise en valeur de la suppléance au déclenchement et la visée thérapeutique relativisée. L'orientation dans la clinique devient la stabilisation plutôt que la guérison.

Ce point est essentiel au moment où certains croient que la formation d'un analyste dans l'option lacanienne nécessite un passage par les institutions psychiatriques afin d'écouter les patients psychotiques. Ce n'est pas faux, à condition d'ajouter que la clinique lacanienne des psychoses ne se limite pas au repérage de l'automatisme mental. Ce serait juste une sophistication épistémique si l'abord des psychoses se limitait à traduire en termes lacaniens ce que la psychiatrie est en condition d'isoler avec ses outils conceptuels. Le point central dans la proposition de Lacan concerne la position du clinicien orienté par la psychanalyse. C'est ce qu'il avance dès la « Question préliminaire à tout traitement possible de la psychose ¹ » en 1958, avec la notion de « manœuvre du transfert », ou dans le « Petit discours aux psychiatres », en 1967, où il objecte à considérer la psychanalyse comme complément de la psychiatrie. Autrement dit, plutôt que de la question de la guérison possible ou impossible, il s'agit pour Lacan de déterminer les conditions de possibilité pour accueillir le sujet psychotique. L'angoisse du clinicien dans l'exemple évoqué dans ce dernier article lui paraît plutôt être un bon indice. Il laisse un espoir de formation.

Dès lors, la question est non pas celle de la psychanalyse comme recours face à la défaillance de la psychiatrie, non plus celle de considérer la psychanalyse à la place de la psychiatrie, mais plutôt d'interroger la place du clinicien.

1. J. Lacan, *Écrits*, Paris, Le Seuil, 1966.

Cette place a été historiquement déterminée par le discours du maître, et la psychiatrie a toujours constitué au-delà de ses contestations au pouvoir – qui sont une forme de collaborer selon Lacan – une façon de prolonger ce discours. La question de la santé mentale est particulièrement traversée par cette problématique au point que les pratiques en psychiatrie sont conditionnées par les changements qui s'opèrent du côté du discours du maître. Que les pratiques changent et qu'aujourd'hui notre réalité soit avant tout celle qui est guidée par les mécanismes de réglages économiques, il n'en reste pas moins qu'une constante est repérable dans la notion de santé mentale, à savoir que ce dont il s'agit est l'absence de conflits entre le sujet et le monde qui l'entoure.

Cela est visible dans les deux pôles opposés de ce qui *a contrario* est défini comme maladie mentale, à savoir d'une part tout comportement excessif dont l'expression maximale est la perturbation de l'ordre social, de l'autre l'inhibition majeure allant jusqu'au repli complet sur soi. Ce sont ces deux pôles dans les manifestations qui ont déterminé l'invention de la catégorie troubles anxio-dépressifs, qui constituent une version atténuée des manifestations d'exaltation ou de désintérêt pour l'autre.

En pratique, la notion de santé mentale désigne l'absence de troubles de l'humeur et le bon contact avec ses semblables, ce qui nous permet de conclure que, dans cette perspective, comme Lacan l'anticipait pour la science, le sujet reste forclos.

Notons que ce serait déjà différent si l'on introduisait la conception freudienne de la santé mentale. Elle pourrait se déduire des termes freudiens de la maladie, définie comme la résultante d'un conflit psychique. La santé serait l'absence de conflit intrasubjectif, permettant ainsi d'envisager un autre abord que celui évoqué auparavant qui limitait l'exploration de la santé mentale au lien intersubjectif. Pourtant, Freud n'a jamais envisagé le retour à la normale, celui-ci étant par définition impossible en raison du refoulement. En effet, bien qu'il y ait une levée des refoulements au cours de la cure analytique, on ne guérit pas du refoulement originaire.

Reste donc qu'une dimension fondamentale dans la santé mentale réside dans le rapport du sujet au symptôme, à condition qu'on précise que, ici non plus, l'abord psychiatrique et l'abord psychanalytique ne sont homogènes.

Un symptôme pour la psychiatrie est défini par la notion de déviation par rapport à une norme. Le critère de ce qui fait symptôme devient statistique et la proposition thérapeutique en découle : ramener un patient vers la moyenne statistique.

Que pour la psychanalyse le symptôme inclue la participation de l'inconscient implique non seulement qu'il faille passer par ce dernier pour opérer le réglage avec le symptôme mais surtout que le symptôme fait partie de la structure. Il est indissociable de la constitution du sujet et constitue ce qui supplée le rapport impossible à l'autre. Ici Lacan prolonge logiquement la thèse de Freud sur le refoulement.

Cela est donc en soi une objection quant à envisager la santé mentale comme l'adaptation parfaite à la norme, qui se traduit par l'absence de manifestations externes – position psychiatrique – ou par l'absence de manifestations internes – position de certains courants analytiques. En effet, la position de certains analystes dans le postfreudisme permet de déduire une position à l'égard de la santé mentale qui découle de l'idée de normalité, dont l'analyste incarne le modèle.

Remarquons que ces positions communes, la psychiatrie et celle d'un certain courant psychanalytique, comportent des conséquences quant à la façon d'envisager la clinique. Elles relèvent d'un savoir *a priori*, préétabli, sur ce qu'un sujet doit devenir. Elles résident sur un postulat : « Je sais ce qu'il te faut. »

Le débat porte donc sur un au-delà, une autre dimension, cruciale, pour désigner la santé mentale, qui est l'accès au désir pour un sujet. Du point de vue de la formation psychanalytique, Lacan a posé cette notion comme *index* d'un passage, celui de la position d'analysant à celle d'analyste. Cela revient à dire non pas que la cure doit nécessairement se solder par le passage à l'analyste, mais qu'un changement radical du discours se produit qui peut attester de la solution trouvée aux impasses du désir.

Que la santé mentale désigne la capacité à mobiliser le désir est une conception solidaire de celle du traumatisme pour la psychanalyse. En effet, si nous postulons que ce qui est traumatique est une irruption de jouissance rendue propice par la rencontre avec l'énigme du désir de l'Autre, il est logique d'avancer que c'est par

l'accès à un désir qu'un sujet trouvera ce qui met un point d'arrêt à cette énigme.

Ce qui est posé concernant le désir du psychanalyste reste valable pour tout sujet, à savoir : c'est toujours le passage à une position désirante, ce qui protège le sujet des péripéties relatives aux initiatives de l'Autre. Remarquons en effet que toute la théorie du passage à l'acte chez Lacan est relative à la conception d'un sujet qui ne trouve plus rien qui lui serve de rempart face à l'initiative de l'Autre, qui devient dès lors menaçant. Cela dit, il ne s'agit pas de dresser le désir comme l'horizon de tout traitement. Parfois et pour des raisons multiples son accès est impossible. C'est la raison pour laquelle la notion de stabilisation prend sa légitimité. Néanmoins, il ne s'agit pas non plus d'envisager la cure analytique comme la production d'un sujet stable. D'une certaine façon, la dynamique du désir, relative à la dialectique du sujet et le désir de l'Autre, contredit l'idée de stabilité. En réalité, c'est une contradiction apparente. La stabilité est non pas la rigidité d'une position mais un nouage signifiant qui met un point d'arrêt à la signification infinie. Dans ce sens, ce serait cohérent d'envisager la stabilisation comme une façon d'accéder à la nomination du désir de l'Autre.

Bien sûr, il s'agit non pas de proposer une méthode évaluative de la santé mentale en termes de déclenchement au départ et de stabilisation comme terme final, mais de situer une perspective clinique orientée par la mobilisation du signifiant, à partir des coordonnées logiques du sujet. Autrement dit, l'éthique du clinicien, qui part du présupposé de l'absence d'un savoir *a priori* sur ce qui est le bien du sujet, objecte à la dérive de « tout comprendre », chère à la psychologie, et préserve la place de l'indicible. Mais surtout elle prend en compte que non seulement le bavardage de la parole ne réussit pas à faire passer au symbolique à partir du réel mais qu'en plus ce réel, parfois, plutôt que de le pousser à la parole, il s'agit de le taire. C'est là qu'intervient le savoir sur la structure qui oriente à chaque fois le clinicien sur « la manœuvre du transfert ».

Que cette perspective ne soit pas évaluable à partir d'une logique du marché n'exclut pas le bénéfice qu'un certain nombre de sujets ont pu obtenir de la rencontre avec un psychanalyste à l'hôpital. C'est ce qui justifie encore sa présence.