

LES PREUVES DE LA CLINIQUE

L'actualité du symptôme

Au début des rencontres du séminaire « Encore » les questions concernaient les nouages psychiques des patients, le diagnostic (quand, comment, quoi en faire ?). Elles se sont posées sous la forme de « serait-il question d'une éventuelle actualisation ? ». Et en l'approfondissant : était-elle clinique ou/et de civilisation ?

Avec le développement de la psychanalyse, les psychanalystes reçoivent des patients pour qui l'indication « n'est pas donnée » ...et en découle une bonne partie de ce qui se discute du soignable. L'expression "tribal malaisé", qui n'est pas péjorative, m'est venue au souvenir de nos remarques concernant cette participation de patients, étirable, avec un minimum « de droit d'inscription », à divers rassemblements autour d'objets de jouissance. Les regroupements visant de l'un, à de l'union dont l'a-tribu, reste par définition inarticulable du fait d'actings qui ne sont pas des actes. Celui-ci ne se produit que de défaire le sujet.

Le jugement éthique

Cette exigence d'éclaircissements concernant l'actualité du symptôme, mettait le groupe d'analystes dans une lecture tendue du début du séminaire, qui s'intitule "de la jouissance". Il était question de savoir quelle était la part de "jugement éthique" de l'analyste, à l'écoute des patients. Cette expression employée par Colette Soler (La querelle des diagnostics), si elle veut dire ne pas se lancer avec les patients à l'aveuglette, se redouble d'un autre questionnement concernant l'entendement de l'analyste. Ce qui n'est pas la même chose que la compréhension, ou les connaissances. Sans se cacher que, derrière l'argument de la structure psychiatrique, du nom du père, des tendances sexuelles, des diverses addictions...bref de certaines théorisations déjà connues, risque de s'importer des injures plus ou moins conscientes, "signifiantes". Elles

concerneraient la difficulté, ou même une certaine gêne, causées par une représentation dans l'écoute des jouissances des patients et alors l'argument théorique a bon dos ! La morale n'est pas loin.

C'est quand jouissance ne s'écrit pas différemment pour l'analyste et son patient. Ce passage à l'écrit en psychanalyse qui, s'il ne se soutient pas de la lettre, en reste au signifiant interprétable, ce qui peut devenir « casse-gueule » comme le dit Lacan. Entendre, à nouveau, au un par un, à chaque séance, se redouble de la diversité des positions des analystes, solidaires de la théorisation de leur cure et de leur expérience de sa fin. Ce qui veut dire : de ce qui a pu supporter du savoir-analysé du rapport à sa jouissance et pas seulement de ce qu'y peut se vivre, avec l'affect.

Les patients ne sont pas des cas

Aujourd'hui la question du symptôme figure peu dans les articulations théorie-clinique que le groupe aborde. Ce qui se mesure à la maigreur des éléments concernant les aspects subjectifs des patients. Une collègue brésilienne venue pour écrire son mémoire en France doit se servir d'un cas clinique. Dans le séminaire elle dit avoir été « marquée » par cette phrase entendue pour la première fois : « mes patients ne sont pas des cas ». Elle en parle comme d'un « bouleversement » dans sa formation. Autant dire que, pendant nos réunions, nos analysants deviennent plutôt, à l'extrême, des sortes d'abstractions savantes, dans un rapport inversé à la forte densité des transferts du groupe au travail où l'atmosphère ne manque pas de moments d'enthousiasme. Les citations de fragments de signifiants, des jeux de phonèmes, des phrases, des éléments de rêves, se font souvent dans l'excitation d'une vérification de la théorie. Dans ces moments, l'expression "découvert de jouie-sens" convient mieux que réflexion de soignants. Parfois, un dire d'analysant fonde un moment de recherche, en déplaçant les supposés savoirs ! Dans une telle utilisation de la clinique, l'articulation des énonciations des analysants s'efface. Ce qu'une collègue a souligné en s'y

refusant. Pour ses patients elle craindrait de « figer les choses en parlant ». Le contrôle s'y prête mieux, ajoute-t-elle.

Un collègue nous a informé d'un processus inventif, à partir de sa clinique, qui le conduisait à une pratique d'écriture, le soir. Il y mêle sa propre écriture d'éléments qui lui reviennent des séances, le voulu d'une articulation comptant moins que la relance du désir que cette production lui permet.

Il témoigna par la suite de ce qui peut s'écrire : « l'épreuve », d'avoir à rendre compte de la pratique entre collègues. Il a pu en mesurer les conséquences dans un CMPP qu'il dirige, où une matinée de travail était consacrée à la clinique.

Une orthophoniste avait produit « un récit, un vrai texte ». Le lendemain ce fut « l'apocalypse », des collègues trouvaient le cas exposé dans cette singularité, incomplet, en particulier, n'y ayant pas été nommés de leur participation. Cette situation déçoit les partisans d'une clinique des preuves.

L'épreuve de la clinique

N'est-il pas réducteur de s'arrêter à l'opposition subjectif-objectif ?

La clinique, en analyse, c'est un subjectif côté patient qui a pour particularité de n'être pas un « je ». Une citation de Lacan fait son sort à l'objectivité analytique : « Un objet sans objectivité parce que nous ne croyons pas à l'objet ». Il s'agit aussi de capter entre les lignes, dans les coupures, dans les silences. Là où il n'y a pas de preuve. Dans « Encore », on entend que le signifiant a un usage de jouissance fait de signes, de lettres. La dissimulation n'est pas voulue mais opérante. Ce qui donne une autre dimension au secret dans l'analyse.

Pendant la réunion préparatoire à cet écrit une collègue, se souvenant de sa position d'analysante, a dit « c'était presque sacré », je cite encore « que l'analyste ne pourrait pas dévoiler l'ombre... » Pourtant il lui est possible étant devenue analyste qu'elle parle d'elle, ouvertement, comme une clinique possible parce que : « elle a appris à se taire au bon endroit ».

Le secret intouchable, dans cette définition, officie tout le temps de l'analyse. Il se pressent tôt, son évocation vise le maintien de l'interdit d'une découverte, que le transfert a déplacé, et qui est à la fin renversante : c'est quand « l'horreur de savoir » de l'analysant est cerné.

Ce qui articule les réflexions à propos de la pudeur. On trouve dans l'étymologie « éprouver ».

J'évoquerais les affects d'analystes, nous ne sommes pas neutres, en reprenant la qualification de « Encore », énigmatiques. Il peut arriver d'entendre des témoignages précis, lors de soirées de présentations cliniques, pouvant produire pour des collègues, un grand intérêt, pour d'autres du dégoût, je cite : « un effet de gluant sur tout le corps ». Témoignage de ce que le « corps-de », est parasité par le signifiant (Lacan, dans l'Insu dit « corde », c'est quand il va parler du nouage dans la passe.).

Ce qui est marqué différemment pour chaque analyste, fait stigmaté, jusque dans son rapport particulier aux cliniques, des autres et de la sienne. Je pense au style de l'analyste qui peut s'entendre comme réponse singulière au rien de ralliement du réel qu'il a touché, qu'il a fini par intégrer parfois comme trognon du devenir de sa pensée et de ses sentiments. Son style de « trognon » c'est quand il ne peut plus dire : « ma pomme », moi, pour se représenter.

Le bien-dire dans la transmission

C'est repérable dans l'exercice de notre transmission aux autres analystes, surtout en ce qui concerne directement la clinique. Le mi-dire ne convient plus comme réponse aux questions de collègues, s'essayer au bien-dire demande du temps. Ce n'est pas inhibition mais un rapport à la "démésure" que Lacan rappelle : « La fondation d'un savoir est que la jouissance de son exercice est la même que celle de son acquisition ». Ceci n'est donc pas impudique entre analystes, puisqu'il y a savoir du prix exorbitant payé pour le dévoilement de l'origine de son propre désir. Ce qui n'est pas contradictoire avec une pudeur, si elle concerne les autres, quand il serait toujours possible de trouver des exemples cliniques permettant

de prouver-ce que dit le patient quoi qu'il dise. Sans doute est-ce en partie pourquoi nous ne citons souvent publiquement que des éléments, par exemple de rêves, des écritures : c'est alors sans sujet, à proximité de la langue et que souvent les patients oublient.

Nos retenues ne sont pas de l'ordre de refoulement ou censure, mais d'une pudeur originelle, endroit de refuge d'un savoir"... par rapport à quoi tout savoir s'institue dans une terreur indépassable au regard de ce lieu où gît le secret du sexe ». (J . Lacan dans le Séminaire Les problèmes cruciaux de la psychanalyse, séance du 19 mai 1965.)

Ce que j'en lis c'est que le savoir, reconnu dans son véritable point d'horreur, fondateur, advient d'une vérité « indéplaçable », cela peut se dire aussi qui revient toujours à la même place, longtemps masquée sous l'apparence du sexuel.

La transmission de la clinique n'a pas pour principale difficulté la complexité d'un interdit noué à une recherche de vérité. Elle soulève des questions éthiques propres à l'épreuve de l'avancée de chaque analyste.

Claude Lecoq