

## **TRANSFERT ET CONTRETRANSFERT DANS LE TRAITEMENT DES PSYCHOTIQUES ET DES AFFECTIONS PSYCHOSOMATIQUES**

Jean-Pierre Lehmann

Il peut paraître étrange que j'ai choisi de traiter à la fois du traitement des psychotiques et des personnes présentant des troubles psychosomatiques car il s'agit de deux situations qui, du point de vue du transfert et du contretransfert sont presque diamétralement opposées, je veux dire : la situation de l'analyste telle que l'a exposée Margaret Little, et la situation du prophète-guérisseur. Invité à faire un exposé, je me suis dit que j'allais parler un peu, de la sorte, des deux livres parus au cours du premier trimestre de cette année : « Marion Milner et Margaret Little. Actualité de leur travail avec des psychotiques » chez Erès, d'une part, et « Les Prophètes-Guérisseurs du Sud de la Côte d'Ivoire » chez L'Harmattan, d'autre part, n'ayant pas eu l'occasion jusque là de les présenter au Cercle pour en discuter.

Je commencerai par le premier de ces deux livres que je voudrais vous encourager à lire – si vous ne l'avez pas déjà fait - ne serait-ce que parce que vous y trouverez le résumé d'un volume de Margaret Little, inconnu des lecteurs français, rapportant l'histoire d'une longue analyse de psychotique, et que vous trouverez également le compte-rendu des premières séances d'une cure de psychotique en plein délire, menée par Christine Royer-Lumbroso. Ne pouvant pas, bien sûr, évoquer, ne serait-ce que très succinctement, l'ensemble des œuvres de Marion Milner et de Margaret Little, je me limiterai à reprendre les positions soutenues par Margaret Little, concernant les cures de psychotiques. Ces positions reposent sur ses conceptions du transfert et du contre-transfert. Vous savez au moins, de par ce qu'en a dit ou médité Lacan au cours de son premier séminaire et lors du séminaire sur l'angoisse, que sur le contre-transfert, Little en connaissait et en avait expérimenté un bout quand elle avait pris en charge, analytiquement, des psychotiques. Comme Robert Langs, je pense qu'« à une époque où les analystes étaient phobiques du contretransfert, elle fut à même d'explorer cet aspect de l'interaction thérapeutique en faisant preuve d'une créativité encore rare de nos jours chez les auteurs analytiques. » Pour tenter de mettre à l'aise celles et ceux d'entre vous qui considéreraient toujours « contretransfert » comme un gros mot à proscrire du vocabulaire analytique, je proposerai non pas de parler du transfert de l'analyste mais de « sensibilité transférentielle de l'analyste, le ou la rendant capable d'accueillir pleinement les côtés délirants du transfert de l'analysant », cette manière de dire me semblant bien décrire ce que Margaret Little

désignait. Cette sensibilité se réfère à la capacité inconsciente d'un individu de percevoir le monde de l'autre ; capacité qui permet un contact profond avec ce monde de l'autre et entraîne une confiance plus grande en ce qu'on ressent, qu'en ce qu'on déduit par le raisonnement, même si on ne crache pas sur la raison. Et j'ajouterai que le don de cette capacité n'est pas l'apanage de tous les analystes : en sont surtout doués celles et ceux qui ont eu à faire, dans leur histoire personnelle, à la psychose et qui ont eu la chance de s'en sortir au cours de leur traversée analytique.

Pour développer quelque peu ce propos, il me faut évoquer de M.L., son article intitulé « Le transfert délirant (Psychose de transfert) ». (Au passage je relève qu'elle a été la première à écrire « Psychose de transfert », expression maintenant assez courante.)

Dans son texte, M. Little a repris les problèmes dont elle avait parlé un an auparavant dans le fameux article qui a suscité tant de critiques, aussi bien de la part de Mélanie Klein, quand elle l'avait exposé à la société britannique de psychanalyse, que de la part de Lacan et Piera Aulagnier. Il s'agit des problèmes rencontrés dans l'analyse de patients dont la capacité de symbolisation est déficiente, de même que celle d'opérer des déductions ou des inférences correctes. Leurs acting-out sont violents (la violence pouvant parfois apparaître sous la forme négative de la passivité).

Une de leurs caractéristiques est qu'ils tendent à être extrêmement dépendants, à trouver quelqu'un d'autre pour assumer le plus grand nombre de leurs fonctions du Moi. Entendez par « moi », l'entité telle que la concevait Winnicott, et non pas celle conçue par Lacan. Chez ces analysants, il n'y a pas de réelle séparation ni de réelle fusion, il n'y a pas de relations de mutualité (pas d'échange), seulement des relations de réciprocité (c'est-à-dire d'identité). Leurs relations avec les autres s'avèrent être une *folie à deux*, où chaque partenaire réclame la préséance et la préférence.

Ces analysants tentent donc d'établir avec l'analyste cette *folie à deux*. Il semble qu'une relation dissymétrique n'ait jamais eu lieu auparavant. Apparaît chez eux une sorte d'addiction à l'analyse. Par leur insatiable besoin d'amour et d'attention, ils cherchent à contrôler de façon magique leur haine et leur destructivité sans limites, addiction qui conduit à une recherche impitoyable et répétitive de « quelque chose » dont la reconnaissance et l'obtention (du moins de manière substitutive) peut amener à une réussite de l'analyse.

Pour M. Little tout cela semblait provenir d'une situation où la mère elle-même était infantile et tout aussi incapable que son bébé, de supporter à la fois *separateness* (l'état de séparation) et *merging* (l'état de fusion).

Margaret Little a décrit en quoi leurs modalités de transfert sont essentiellement délirantes : à la différence des névrosés qui peuvent reconnaître l'analyste comme une personne réelle symbolisant ou doublant leurs parents,

pour ces patients, l'analyste *est* les parents déifiés et diabolisés et, en même temps, ces patients sont eux-mêmes, déifiés et diabolisés car l'analyste est supposé doté d'un pouvoir magique absolu. Si les principaux mécanismes qui mettent en place et maintiennent le transfert délirant sont le clivage, le déni, l'isolation, la projection, l'introjection, c'est surtout l'échec de l'intégration psyché-soma, qui rend le moi inaccessible aux interprétations de transfert. Cet échec de l'intégration dépend d'expériences corporelles très précoces au moment où l'*awareness*, la conscience est essentiellement conscience du corps, c'est-à-dire à un stade marqué par des relations préambivalentes, présymbiotiques, préverbales, préobjectales.

Ce délire transférentiel dissimule un état que le patient a besoin d'atteindre tout en redoutant de le faire. Dans cet état, sujet et objet, sentiment, pensée, mouvement sont vécus comme étant la même chose ; il y a seulement un *state of being*, un état d'être ou d'éprouver : une colère, une crainte, un amour, un mouvement, etc., et non pas une personne qui ressent la colère, la crainte ou l'amour, ou sent qu'elle est en train de bouger.

Little a souligné combien atteindre cet état est terrifiant : le patient qui l'atteint perd tout sentiment d'être une personne et tout sentiment de l'identité ; il devient momentanément pure douleur, pure rage, pure *mess* (confusion, état déboussolé). « Il est alors totalement dépendant de l'analyste, seul garant qu'il existe quelque part un être qui ressent ou agit. Il existe en effet une identification de type primaire avec l'analyste, mais le patient ne peut s'en rendre compte. » Pour que l'irréalité de cela puisse être reconnu, il faut que cet état soit atteint, mais l'atteindre étant ressenti comme une annihilation profonde, c'est le maintien du délire transférentiel qui permet de l'éviter.

Quand quelque chose vient perturber ce délire, survient un état de frénésie dont la tension croît jusqu'à un climax, et la décharge est un accès de rage qui peut prendre la forme d'une automutilation, d'une tentative de suicide ou encore d'une attaque maniaque contre l'analyste. C'est un moment où le danger est très réel. Mais quand ce mouvement est dirigé vers l'extérieur, c'est-à-dire, au cours de la cure, dirigé sur l'analyste, le contact est ainsi établi avec une personne séparée de ces sentiments et de ces mouvements, et qui n'y est pas impliquée : l'analyste les vit, mais l'expérience qu'il en a diffère de celle du patient, ce qui crée une situation nouvelle. « Grâce à ce mouvement, la différenciation a eu lieu. L'abandon du délire commence par la découverte d'un corps qui se meut en réponse à une forte pulsion et grâce à l'établissement d'un contact. C'est le début de la guérison, car l'identification primaire est ainsi rompue, l'identification secondaire devient alors possible... »

L'analyse dépend, en conséquence, du *breaking up*, de la rupture du transfert délirant. Pour cela, M. Little a soutenu que la réalité devait être présentée de façon indéniable et incontournable, afin que le contact avec elle ne puisse être refusé.

Son expérience lui a enseigné qu'il est nécessaire de retrouver des souvenirs corporels de vécus infantiles très précoces d'une tonalité frénétique primitive, tant bons que mauvais et que ces souvenirs soient reliés à des expériences vécues y compris corporellement, dans la situation analytique. Et pour tout cela, l'analyste ne peut compter que sur ses propres ressources. Il doit parfois intervenir physiquement et s'autoriser à manifester ses sentiments lorsqu'ils constituent le seul moyen valable pour communiquer la vérité concernant telle ou telle situation. C'est grâce à cela – à l'émotion et au geste - que le patient s'éprouve en tant que personne séparée, présentant des ressemblances et des différences avec d'autres personnes, de même que son analyste, tout en étant pareil à d'autres, en diffère cependant.

L'état d'indifférenciation que masque le délire est absolu, tant par son intensité que par son étendue. Rien n'existe séparément de quoi que ce soit d'autre et le processus de différenciation doit partir de zéro, s'effectuer à partir de rien.

Mais comment concrètement l'analyste peut-il procéder quand il a à faire avec un patient en proie à ce délire d'indifférenciation primaire totale ? M. Little s'en est expliquée dans un article intitulé :

*Présentation directe de la réalité dans les secteurs délirants*

Je ne vais pas évoquer le contenu de cet article, mais seulement reprendre un moment qu'elle a décrit, de l'analyse d'une patiente :

*Alice* était depuis deux semaines enfermée dans une résistance tenace et un silence total. Ce jour-là, elle se tordait et se contorsionnait sur le divan. Tout à coup, elle dit : « Je me sens prise dans un piège ; je ne peux pas bouger, je suis retenue par une jambe. » Elle continua à s'agiter dans un accès de frénésie puis tendit une de ses jambes, toute raide, vers son analyste. Little attendit, puis posa doucement la main sur sa cheville. Elle la laissa écarter sa main, d'un léger mouvement du pied, et lui dit alors : « C'était moi le piège. » Du coup, *Alice* se mit à parler. Dans son enfance, elle avait vu un lapin dont la patte était prise dans un piège et qui avait été tué par son chien. De là, elle passa à un matériel en rapport avec la scène primitive, et des souvenirs remontant à l'âge de deux ans : elle avait trouvé des vêtements tachés de sang lors de la naissance de sa sœur. Un cousin plus âgé qu'elle, l'avait saisie et tourmentée, et il y avait eu entre eux des jeux sexuels à la fois excitants et effrayants.

En mettant la main sur sa cheville, Little avait assumé être le piège, au niveau délirant, de telle sorte qu'*Alice* n'avait plus besoin d'être à la fois le piège et le lapin. « Ceci libéra l'énergie de cette partie d'elle qui était le piège (la bouche), et permit à la partie « lapin » d'être suffisamment forte pour se libérer, bouger et parler. » Dans sa partie non-psychotique, *Alice* était consciente que sa jambe n'était pas prise dans un piège, que la main de son analyste ne limitait, en fait, nullement ses mouvements, et que l'analyste aussi le savait. Mais dans son secteur psychotique, existait la croyance absolue que

Little était un piège qui la retenait, le cousin qui l'avait maintenue de force, la mère qui l'avait souvent entravée, et qu'elle était également la force pulsionnelle qui accompagne la mise au monde d'un enfant. Cependant étant donné, que M.L. pouvait bouger, et qu'elle et Alice *were one*, étaient un, elle aussi pouvait donc bouger et, *en bougeant*, elle prit conscience du fait qu'elle était séparée de Little. Il existait un délire dans lequel elle était *identical with*, identique à son analyste. Ce n'est que lorsque Little accepta la réalité des idées délirantes pour Alice, et leur réalité *psychique* pour elles deux, qu'Alice put reconnaître leur irréalité *matérielle*. Seul le fait de lui montrer, au niveau de la sensation corporelle qu'elle pouvait bouger sans danger, avait pu *break up*, rompre le délire et donner lieu à la fusion nécessaire entre psyché et soma, et entre ses parties, psychotique et non-psychotique.

Et M.L. de déclarer « Lorsque je suis en train d'analyser un *borderline* psychotique, je dois non seulement penser *like*, comme le *borderline* psychotique, mais *as*, en tant que *borderline* psychotique, c'est-à-dire utiliser mes propres secteurs psychotiques.»

Je ne peux, faute de temps, évoquer la notion conceptuelle qui a été sous-jacente à tout ce que Little a pu dire sur son travail analytique avec des psychotiques, à savoir celle qu'elle a appelé « unité de base », *Basic Unity*. Mais, si cette question intéresse telle ou tel, qu'ils n'hésitent surtout pas à lire la présentation qui en est faite dans le livre sur Marion Milner et Margaret Little.

J'aborderai maintenant la seconde partie de mon exposé, celle concernant la manière dont les prophètes-guérisseurs traitent celles et ceux qui accourent vers eux pour être soulagés de leurs troubles psychosomatiques.

Peut-être pensez vous que la pathologie psychosomatique est rare en Afrique, qu'elle ne se rencontre guère que dans nos cultures occidentales. Il n'en est rien. Dans la consultation psy que j'avais créée, il y aura bientôt cinquante ans, au sein du service de santé scolaire et universitaire d'Abidjan, venaient des patients envoyés par les médecins scolaires. J'ai ainsi reçu ou suivi en thérapie individuelle ou de groupe, durant sept années, plusieurs centaines de lycéens, d'étudiants et d'enseignants. Ils venaient, pour la majorité d'entre eux, se plaindre de céphalées, de vertiges, de fatigue générale, mais aussi de douleurs thoraciques ou abdominales, mêlées à une abondance de sensations cénesthésiques, impression de corps étrangers se déplaçant dans les membres ou les viscères, de décharges électriques, de picotements, de tremblements, etc... Nombreux étaient ceux d'entre eux qui craignaient que tout cela les mène soit à la mort, soit à la folie. Si un médecin consulté, déclarait au patient « qu'il n'avait rien », celui-ci s'en revenait souvent plus désespéré, pensant être porteur d'une maladie d'autant plus grave qu'elle était « inconnue de l'hôpital »

Quand je recevais ces patients, après avoir écouté leurs plaintes, le plus souvent je prenais mon temps pour pratiquer un examen physique général, de façon à leur montrer que je prenais leur plainte au sérieux et également pour m'assurer que les collègues qui me les avaient envoyés, n'étaient pas passés à côté d'une pathologie somatique organique. Après quoi, nous reprenions l'entretien et j'amenaient le patient à me raconter, en détail, son histoire, et à la poursuivre, la semaine suivante et nous engagions ensuite une forme de psychothérapie appropriée.

Ce type de plaintes n'était pas l'apanage des seuls élèves et étudiants. Des adultes non scolarisés s'épanchaient de même.

Des malades de ce genre faisaient, par ailleurs, le bonheur des guérisseurs de tout acabit, et les prophètes en récoltaient une bonne partie, de même que venaient à eux les impuissants sexuels, comme celui dont il a été question dans le film sur les « Maîtres-fous ».

Mon propos est d'évoquer les moyens mis en œuvre par les prophètes pour guérir ces troubles. Certes plusieurs facteurs peuvent intervenir, telles les manipulations corporelles diverses pratiquées avec l'eau bénie par le prophète, massages et douches localisées, telles aussi les danses, sans compter une forme d'ergothérapie, nettoyages des rues du village ou travaux dans les plantations sans compter également l'ambiance de la communauté thérapeutique qui n'a rien de commun avec l'asepsie des contacts humains dans les hôpitaux.

Mais le facteur majeur m'a toujours semblé être l'efficace du discours prophétique. Encore faut-il que je vous explique en quoi ce discours peut avoir des effets thérapeutiques.

J'ai amplement développé dans mon livre en rapportant et en analysant le contenu du discours des prophètes, le fait qu'ils proposent un remodelage de l'univers fantasmatique. Sans rien rejeter des fantasmes anciens qui survivent encore, le prophète les transfigure et en déplace la charge affective ; il en injecte également d'autres et il offre ainsi un nouveau champ pour l'imaginaire, le sien propre qu'il donne en partage. Il est créateur de nouveaux mythes et ce sont précisément ces mythes qui ont une fonction thérapeutique.

Car les mythes de ces civilisations agraires défont. S'ils répondent encore de certaines situations strictement rurales, ces situations pures deviennent de plus en plus rares. L'interférence des phénomènes nouveaux, techniques, urbains, économiques, politiques, est de plus en plus généralisée. Ces corps étrangers font intrusion dans l'univers mental des villageois comme dans celui des citadins mais sans pouvoir encore être métabolisés culturellement. Aussi tout en pouvant apporter à quelques uns, un mieux être physique, ils sont susceptibles de provoquer un malaise psychique qui se traduit souvent en affections psychosomatiques.

Le symptôme psychosomatique a toujours été ressenti comme opaque, du moins bien obscur à la différence du symptôme névrotique. Certains ont même parlé, vous le savez, de carence fantasmatique et de pensée opératoire. Mais il (me) semble plus pertinent de dire que le fantasme est « pris dans le symptôme », enfermé dans la barrière du corps ou de la fonction corporelle. J.P. Valabrega a écrit un article en 1966 intitulé « Problèmes de la théorie psychosomatique ». Il y a dit que la maladie psychosomatique apparaît « comme le substitut d'une impossible réponse au désordre » ressenti par le malade mais non exprimable autrement que dans l'opacité du langage corporel, signalant de manière syncrétique, les aberrances, les contradictions dans les messages qui atteignent l'enfant pour s'inscrire dans son inconscient. Peu de temps après, François Perrier et lui ont esquissé une théorie de la conversion psychosomatique en partant de la loi de retournement décrite par Valabrega. Dans « Le problème anthropologique du phantasme », Perrier a dit qu'il y avait chez le malade psychosomatique chronique, un obstacle au retournement du mythe en phantasme, à la circulation des signifiants de l'un en l'autre, qui n'est pas assimilable au simple refoulement, tel qu'il suffit à rendre compte de la somatisation hystérique. Il est là comme un mécanisme de défaillance du contre-investissement qui, psychosomatiquement, semble avoir ses lois propres. (« Le désir et la perversion » Le Seuil, Paris, 1967)

Bref, Valabrega, concernant l'origine des troubles psychosomatiques chez l'enfant de milieu occidental, avait donc évoqué les contradictions des messages l'atteignant pour s'inscrire dans l'inconscient et Perrier avait parlé d'obstacle au retournement du mythe en fantasme lié à un mécanisme de défaillance du contre-investissement.

Il m'a semblé que dans la situation d'acculturation prononcée que j'ai décrite dans mon ouvrage, une défaillance analogue préparait le terrain aux psycho-somatisations. Le sujet se trouve, en effet, devant les diverses conduites préconisées par les cultures en présence, pris entre des désirs contradictoires et des intelligibilités non cohérentes entre elles. Les mythes traditionnels qui expriment la vérité ou le devoir être de la société, n'en disent plus assez et ce qu'ils disent encore, structure des relations sociales paraissant maintenant à certains, trop oppressives. Quant aux mythes importés, inaptes à porter le poids du passé, ils n'en disent pas encore suffisamment pour construire un avenir et entraîner à l'action. Si comme l'avait dit Lévi-Strauss, « la pensée normale souffre toujours d'un déficit de signifié », le déficit dépasse ici les limites du supportable.

Aussi bien la mise en scène du désir a du mal à s'opérer dans la mesure où les mythes défont à procurer au sujet des signifiants pertinents. La fonction fantasmatique est pauvre, non pas en ce qu'elle serait bloquée ou ralentie, mais en ce qu'elle n'est plus capable de produire habituellement de fantasmes qu'à partir de signifiants très primitifs – de corps contenant avec ses

contenus de pourriture ou de poison, de liquides chauds ou froids, de plein ou de vide – se référant à la relation duelle mère-enfant avant l'intervention du père. Les mythes et la société qu'ils représentaient, ne portent plus la Loi nécessaire pour structurer le désir. Certes tous les Africains ne font pas des troubles psychosomatiques, mais il est compréhensible que dans cette conjoncture, une telle pathologie soit très répandue et en tout cas prédominante dans la clientèle des prophètes.

C'était dans cette occurrence qu'intervient le discours prophétique. Il prête au malade les signifiants qui lui manquent. Il lui fournit les mythes qui donnant du champ à l'expression de son désir. Il y a là quelque analogie avec ce qu'avait écrit Lévi-Strauss (in « Anthropologie structurale » chapitre IX) de la relation malade-shaman (qu'il appelle dans ce texte, sorcier) sur le malade qui est passivité, aliénation de soi-même, comme l'informulable est la maladie de la pensée, alors que le shaman est activité, débordement de soi-même, et son affectivité est nourrice de symboles. Il disait donc que la cure shamanique mettait en relation les pôles opposés, assurait le passage de l'un à l'autre, et manifestait dans une expérience totale, la cohérence de l'univers psychique, lui-même projection de l'univers social.

L'analyse du contenu du discours montre comment le prophète ne perd rien des signifiants épars, rescapés du naufrage de la société traditionnelle dans le ras de marée de la colonisation et de la décolonisation. Génies, fétiches, sorciers ne sont pas rayés de la topologie de l'imaginaire. Ils gardent leur place dans la géographie prophétique. Mais les coordonnées ne sont plus les mêmes. La carte s'est agrandie. De nouveaux continents sont apparus et un nouvel ordre fixe à chacun le lieu qu'il doit désormais occuper. Car un « plus fort » est sorti, revêtu de la puissance du Dieu unique, et à ce « plus fort », toutes les puissances antiques ou modernes sont soumises. Le prophète ne nie aucun élément des systèmes anciens mais il les subordonne à ce « plus fort » qui les domine tous et assure le fidèle contre toutes leurs attaques. Et c'est dans cet espace remodelé que viennent s'inscrire les questions nouvelles surgies et mises en forme par l'homme de la parole. Aux problèmes de toujours sur la santé et la mort, la fécondité des femmes et des champs, s'adjoignent, en effet, maintenant d'autres interrogations sur l'argent, le succès dans les études, l'obtention et la conservation de situation, la réussite politique, toutes choses introduites par le blanc. Et puis il y a le secret de la toute puissance du blanc lui-même, les chemins cachés de la technique. Comment situer toutes ces nouvelles forces ? Comment se les approprier ? Le discours prophétique assume toutes ces questions et sur la carte figurant la cosmologie mise à jour, trace les itinéraires de ceux qui veulent en trouver les réponses. On y lit l'origine du noir et du blanc, la préférence du père pour l'aîné, le noir, et la déchéance de ce dernier (paresse, sorcellerie, fétiches et autodestruction, fruit de ces pratiques). On y voit parallèlement l'obéissance et la ténacité du cadet,



le blanc, qui a fini par supplanter son aîné et le réduire en esclavage. Mais on y apprend également le chemin de la libération et du rétablissement de la justice par le retour à Dieu et la prière. On y reconnaît qui est vraiment le « plus fort ». Et le témoin privilégié de la toute puissance bénéfique du « plus fort », c'est bel et bien le prophète lui-même dont tout le discours n'est que le déploiement figuratif de sa propre histoire.

J'ai tenu à souligner l'articulation du mythe sur celui-là même qui le profère. Car si les nouveaux mythes prophétiques sont souvent si prégnants et efficaces du point de vue thérapeutique, ce n'est pas seulement parce qu'ils répondent à la quête d'intelligibilité et qu'ils aident à donner une vision du monde cohérente. Ce qui insuffle au discours tout son dynamisme projectif, ce qui le rend créateur d'espérance, ce qui lui permet d'aider à la mise en scène du désir de chacun des fidèles, c'est son actualité visible dans le prophète qui ne fait que verbaliser dans sa prédication, sa propre histoire, celle d'un homme comme les autres, souvent inculte, mais qui appelé par le dieu du monothéisme, est devenu dépositaire de sa force et peut maintenant la prodiguer à celles et ceux qui acceptent concrètement son message.

Alors qu'en est-il, ici du transfert et du contre transfert puisque c'est la question que j'ai soulevée ce soir ? Le transfert de celles et de ceux qui viennent demander la guérison de leurs maux, au prophète et se soumettent à ses injonctions, est évident. Ce transfert est massif, et tout est fait dans le dispositif mis en place par le prophète et dans son discours, pour le renforcer. Quant au contre-transfert du prophète, par contre, il n'y en a guère de trace. Il n'y a que son propre transfert tout entier fixé non pas sur un sujet supposé savoir, mais au seul sujet qui sait tout sur tout, le Dieu qui l'a appelé et a fait de lui un sujet sur terre qui sait également tout. Un des prophètes que j'ai bien connu, Josué Edjro, était d'ailleurs parfois surnommé très sérieusement par ses adeptes : « Qui sait. »

On est à mille lieux, me direz-vous, de ce qu'il en est pour les analystes. Bien sûr !... Encore que... Encore que... En disant « Encore que... », Je ne fais pas allusion à ceux qui ont écrit que Lacan les avait adoptés... ou à ceux qui se sont déclarés eux-mêmes élus, uniques fils-héritiers, seuls scribes authentiques de l'évangile du Dieu-Lacan. Non. Je ne pense pas à ceux-là, grand bien leur fasse ! Mais je me demande si celles et ceux qui demeurent fixés dans leur transfert indéracinable à Mélanie, Jacques ou Donald, ne risquent pas quelquefois, à leur insu, bercés qu'ils sont par le discours du Maître, de fermer quelque peu leurs oreilles contre-transférentielles, et de n'entendre que ce qui leur semble coller avec la sacro-sainte théorie ?

28 novembre 2012