

La réanimation du sujet¹

Valentin Nusinovici

(135) Je partirai de la Conférence au Collège de Médecine faite par Lacan en 1966, comme le programme de ce matin nous le propose. Et d'autant plus volontiers que ce qui m'accroche le plus dans ce texte est le souci de Lacan, son désir fortement ancré de faire à la psychanalyse une place dans la médecine.

Une place dans la médecine pour la psychanalyse ?

De quoi leur parle-t-il à ces professeurs de médecine ? On ne va pas revenir sur tout ce qu'il leur dit mais juste souligner quelques points. Quand il leur parle de leur fonction sacrée, ils n'ont pas de raison de se fâcher, et pas non plus quand il s'agit de la nécessité de maintenir leur éthique face à la montée incontrôlable des effets de la science. Mais quand il leur dit que l'éthique médicale doit d'abord être (136) référée à la jouissance, alors là ça ne peut plus aller. Qu'ont-ils pu se dire d'autre que : il se mêle de ce qui ne le regarde pas et il mélange tout. Et comme Lacan leur parlait sans se départir de son style habituel, ça ne pouvait que faire scandale. En revanche là où on l'attendait forcément, sur la psychosomatique, il ne prononce pas le mot. Peut-être pour ne pas encourager la croyance en un rapport entre le « psycho » et le « somatique » et la conviction d'une résorption progressive, grâce aux découvertes scientifiques, du premier dans le second. Qu'est-ce qu'il leur

1 Intervention faite aux Journées de la Fondation Européenne sur le thème « Psychanalyse et Psychiatrie, demandes et réponses contemporaines », Clermont-Ferrand, 29 et 30 mai 1999.

propose à la place ? Le terme d'épistémomatique qu'il vient de forger et l'affirmation qu'il y a une faille entre le savoir médical et son objet, cette faille étant constituée par le « corps vrai », le corps qui jouit. Je doute que les patrons l'aient suivi, mais à supposer qu'ils l'aient fait cela n'a pas dû tellement les déranger que ce corps vrai soit déclaré par lui hors de leur champ de savoir, puisqu'il ne peut être pour la médecine qu'une source d'embarras. Ceci étant, remarquez bien qu'il ne leur dit pas tout. Et d'abord il ne leur dit pas que le réel de cette faille – c'est-à-dire ce que la psychanalyse aborde avec les termes de pulsion, de fantasme, de complexe d'Œdipe, de jouissance – les psychanalystes et lui-même, considèrent que cela influence directement la physiologie normale et la pathologie et donc que ce n'est pas là simplement quelque chose à quoi la médecine ne peut avoir accès – bon débarras – mais bien ce qui, pour une part, règle et dérègle, d'en dehors de leur champ, le fonctionnement du corps auquel il ont affaire. Imaginez qu'il leur ait dit – ce qu'il ne s'est pas gêné d'écrire – que le complexe d'Œdipe a des fonctions désensibilisantes et des fonctions de maturation dans la physiologie sexuelle ! Sûr qu'ils auraient fait appel au Conseil de l'Ordre et à l'époque on ne rigolait pas avec le Conseil de l'Ordre.

Là je me suis rendu compte que Lacan, même quand il fait scandale, pratique quand même le mi-dire. J'aurais dû méditer cela plus tôt, cela m'aurait sûrement aidé dans mes rapports avec les médecins. Car la question qui me paraît d'importance est celle-ci : si l'on veut travailler dans le champ médical, y avoir une place et qui soit une place de psychanalyste, quel discours faut-il tenir ?

Il y a un type de discours qui sera toujours bien reçu mais qui est, à mon sens, antipathique à la psychanalyse. J'en ai trouvé un exemple il y a juste quelques jours dans « Le Monde » : une grande page sur le stress, incidences biologiques, mécanismes, études sur l'animal et petit encart d'un psychanalyste psychosomaticien. Qu'est-ce qu'il raconte ? En gros que tout est dans tout. Entre le point de vue économique en psychanalyse et le fonctionnement de l'organisme il n'y a aucune faille, aucun hiatus. De débordement du système psychique en signaux (137) biologiques, des tensions quotidiennes qui court-circuitent les réactions immunitaires au « ballet des réactions hormonales », l'homogénéité des points de vue est au rendez-vous. Avec la conclusion qui s'impose : un appel aux médecins pour qu'ils accordent enfin au « système psychique » un statut comparable à celui des autres systèmes (endocrino, neuro, immuno...). Il est pourtant clair que si la psychanalyse ressortit du signe comme la médecine, si tout ce qui découle du rapport au signifiant est évacué, la vérité est forclosée et la psychanalyse n'y gagne pas une place individualisée dans la médecine mais ne peut qu'y disparaître. Bien sûr on avance que la parole a une

fonction thérapeutique mais pourquoi ce ballet hormonal ne relèverait-il pas aussi bien – et mieux – d'autres thérapeutiques ?

En ce qui me concerne, m'étant intéressé depuis assez longtemps aux maladies « psychosomatiques » en gastro entérologie (en particulier à la rectocolite hémorragique et à la maladie de Crohn) j'avais pris d'emblée le parti de faire valoir aux médecins que les maladies ne surviennent pas au hasard mais dans une conjoncture précise en rien réductible à un choc nerveux, à une grande émotion ou à des tensions quotidiennes. Que le patient, le plus souvent en dehors de tout choc ou émotion perceptible, a eu à faire face à un événement à signification symbolique, et souvent – ce qui a la plus grande importance thérapeutique – s'y trouve encore confronté. Il me semblait que ces observations pouvaient intéresser les médecins et même éveiller chez eux des réflexions sur les mécanismes physiopathologiques possiblement en cause. Il me semblait surtout que cela pouvait éclairer les bizarreries de l'évolution, sa variabilité d'un cas à l'autre et aider à aller au-delà de l'identification implicite entre risque de rechute et épée de Damoclès (comme le disait Proust, bon connaisseur, les médecins sont optimistes quant au régime – ajoutons aujourd'hui : et au traitement – et pessimistes quant au dénouement).

Ce que j'ai raconté a-t-il influencé la pratique de quelques-uns ? Je le sais d'autant moins que des discussions argumentées je n'en ai jamais eues et que si les papiers que j'ai pu donner à lire ont eu deux lectrices enthousiastes, il s'agissait d'épouses de médecins.

Il est clair en tout cas que ce qui fait le fond de l'affaire – à savoir que la contrainte qu'exerce le symbolique sur le parlêtre a de possibles conséquences organiques – ne peut avoir aucun sens en médecine puisque cela reviendrait à accorder au signifiant une matérialité. Il y a pour la médecine d'un côté la matérialité de la lésion, décelable, visible, palpable, prélevable et qui peut mettre (138) en jeu la vie et exiger une chirurgie d'urgence, et de l'autre l'évanescence prêtée au « psy ». Et rien n'est plus difficile à ébranler que la dichotomie troubles organiques-troubles fonctionnels où seuls les seconds seraient susceptibles de relever d'un « facteur psy ». On pourra bien sûr souligner que le « psy » en question a forcément un substrat matériel, qu'il ne va pas sans « bio », mais on ne fait alors que déplacer l'intérêt et l'attente des médecins vers ce substrat et dévaluer à chaque avancée scientifique l'importance du symbolique et de la parole. Si bien que soutenir qu'il est nécessaire de s'entretenir avec ces patients et avancer que cela peut avoir des bénéfices somatiques suscite surtout un scepticisme amusé ou gêné. Réaction encore plus accentuée quand on va jusqu'à dire qu'il peut même y avoir là une véritable urgence. C'est pourtant ce que je pense et mon titre « La

réanimation du sujet » malgré son côté blagueur est quand même plutôt sérieux.

Une contribution des analystes à la thérapeutique

En effet on peut avoir affaire à une véritable catastrophe subjective. La maladie a été déclenchée dans des circonstances qui ont imposé une perte ou un engagement et le défaut de réponse subjective s'est déjà manifesté en ceci qu'il n'y a eu ni angoisse, ni plainte, ni refus, ni acte. Des difficultés de repérage spatio-temporel ne sont pas rares, voire un certain degré de confusion. Et le patient peut se trouver parfois privé du repère essentiel que constitue son image. (on peut ainsi entendre des expressions telles que : « Je ne me voyais plus » ou « je ne me voyais plus dans personne », ou encore « je ne me sentais plus distingué » qui indique la perte de valeur et de brillance de cette image pour l'autre). D'une façon générale il me semble que les formulations qu'on entend se distinguent autant de celles des névroses de transfert qui expriment leur infériorité par rapport au moi idéal, que de celles des mélancolies qui disent leur indignité.

Comment interpréter ces observations ? A quoi renvoient-elles en ce qui concerne la structure subjective ? Ce que dit Lacan dans le séminaire XI où il aborde la psychosomatique peut nous éclairer. Il dit que dans la psychosomatique (sans que cela soit spécifique à celle-ci) l'induction du sujet se fait sans aphanisis. L'aphanisis (ou fading) du sujet est l'abolition qu'il subit par le signifiant. C'est le signifiant qui, parce qu'il produit une signification, fait surgir ce que Lacan appelle sujet, mais un signifiant renvoyant toujours à un autre signifiant, un temps d'abolition subjective se produit au niveau de ce second (139)signifiant. De ce fait le sujet, dans le choix qu'il fait de tel ou tel signifiant pour asseoir son être ou pour trouver un sens, va de toute façon subir une perte et qui va porter et sur l'être (le sujet ne peut être entier) et sur le sens (le sens ne peut tout couvrir, il est toujours limité par du non-sens qui fait énigme). C'est là la première opération de la constitution subjective, l'«aliénation », que Lacan figure avec des cercles d'Euler pour montrer la perte qu'elle détermine au cœur de la subjectivité (fig. 1)²

2 Séminaire XI, p. 192.

C'est donc l'intervalle entre les signifiants (propre à la nature discontinue du signifiant) qui impose au sujet un choix, qui est un choix forcé et que Lacan illustre par « la bourse ou la vie ». Dans la psychosomatique l'absence d'aphanisis équivaut à l'annulation de l'intervalle entre les signifiants (ce pourquoi Lacan parle d'holophrase). Il n'y a plus ainsi ni choix forcé ni perte subjective.

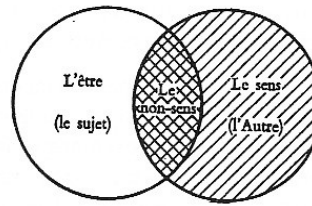
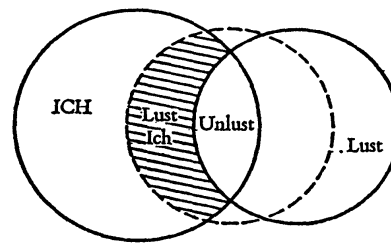


Figure 1

L'aliénation est repérable au niveau du moi. Selon Freud (cf l'article sur les pulsions) le moi-réalité primitif devient moi-plaisir purifié par incorporation de ce qui dans le monde extérieur est plaisir (*Lust*) et rejet de ce qui est déplaisir (*Unlust*). Lacan présente cette transformation du moi avec des cercles d'Euler pour bien montrer quelle entame du moi est produite par l'*Unlust* (fig. 2)³.

La logique de cette transformation est celle de la formule *pas d'amour sans souffrance*. J'ai eu l'occasion d'entendre une analysante atteinte d'une affection psychosomatique énoncer *l'amour pour moi c'est sans souffrance*, indiquant ainsi sa difficulté (mais comment trancher d'emblée entre difficulté et impossibilité ?) à accepter cette entame. Ce qui est en tout cas certain, c'est que dans un tel cas l'entame, lorsqu'elle est (140)imposée par la réalité, ébranle la consistance du moi.



C'est pourquoi il s'agit d'abord de ranimer le moi-plaisir à partir de la place de l'objet de plaisir, et cela ne peut se faire sans mettre en jeu le corps, le regard, la voix. Sans doute chacun sait-il, de son savoir conscient ou inconscient, que la présence du corps de l'autre, les caractéristiques de son regard, les inflexions de sa voix, ont des effets proprement physiques mais il n'y a pas d'énoncé médical qui puisse le justifier. La médecine en tant que discipline scientifique s'occupe d'un corps isolé, autiste, et pas plus qu'elle ne peut le faire pour le signifiant, elle ne peut prendre en compte le corps de l'autre.

3 Séminaire XI, p. 217.

Cela n'empêche pas des médecins de manier ce registre avec beaucoup de savoir faire, mais il est rare qu'ils cherchent à en donner raison et à l'enseigner. D'où l'intérêt de cette remarque du Dr Coldely, chirurgien de l'Hôpital Sainte-Anne – et donc pas mal logé pour s'occuper de ces questions, – qui disait « le patient ne sait pas ce qu'il a, il le voit dans les yeux de son chirurgien ». C'est une remarque qui ne serait pas mal reçue, je crois, par les médecins, et justement en raison de son mi-dire. Car il me paraît plutôt que les patients voient dans les yeux du praticien ce qu'ils sont – ce qu'ils veulent être – et qu'à partir de là il peut devenir plus facile de leur faire entendre ce qu'ils ont (car il est banal de constater, que des explications sur la maladie et le traitement ne sont pas mémorisées ou sont grandement déformées).

Il s'agit dans ce que j'ai appelé par provocation la réanimation du sujet de faire en sorte que la demande soit à nouveau articulée (le déclenchement ayant souvent eu un effet de sidération) mais de façon à ce qu'elle n'engendre pas un manque intolérable. A l'hôpital les demandes peuvent être impérieuses, excessives quand le sujet s'y sent autorisé et inversement s'interrompre brutalement (avec parfois une rechute concomitante qui a toutes chances de ne pas être mise en rapport avec ces circonstances). Il est évidemment très difficile pour les soignants de s'intéresser aux modalités de la demande et d'y répondre de façon différenciée. En général ils seraient plutôt réticents à y accorder de l'importance, craignant parfois d'être happés dans un engrenage. L'expérience montre cependant plutôt que ces patients une fois rétablis préfèrent ne plus demander (sauf lorsqu'on a vraiment tenu à les satisfaire en tous points).

Pour que son état physique s'améliore le patient doit retrouver son assise imaginaire et le sens qui vectorisait sa vie. Certains repartent en remerciant qu'on les ait aidés à « se remettre sur les rails ». Il n'y a pas lieu, me semble-t-il, de (141) chercher à modifier leur position subjective, et les effets de sens, les équivoques, avec lesquels les psychanalystes opèrent ordinairement sont ici de peu d'utilité. En revanche, il semble important de chercher avec eux par quoi et pourquoi ils se sont trouvés déroutés, pour qu'éventuellement ils en fassent leur profit. Pour le psychanalyste qui veut travailler dans un champ médical il lui faut d'abord s'employer à susciter une demande tant du côté des médecins que du côté des patients. Et sans doute convient-il pour cela qu'il ne soit pas dégagé de tout souci thérapeutique.

Au-delà du champ médical, le désir

Heureusement il est parfois possible – en dehors de l'hôpital – d'aborder un champ plus spécifiquement analytique qui est celui du désir. La

difficulté tient à ce que le deuxième temps de la constitution du sujet, la « séparation », est conditionné par l'aliénation et la fixation de l'intervalle signifiant. Ce deuxième temps est celui du détachement de l'objet *a* et de l'autonomisation du désir par rapport au besoin. En cas d'holophrase, le désir qui « hante » l'intervalle signifiant n'est pas radicalement scindé du besoin présentifié par les signifiants. Quant au sujet qui devrait se trouver refoulé dans le temps de la séparation, il reste à la place qu'indiquait Gabriel Balbo : il est comme la barre horizontale d'un H entre les barres verticales de ses parents. Ainsi cet homme qui révélait dans l'analyse une scène primitive dans laquelle il était la copule de l'union sexuelle de ses parents. On comprend et sa plainte de ne pas exister et sa crainte de briser sa mère s'il se laissait aller à réaliser ses propres ambitions. Il tirait « un supplément d'existence » d'être également, sur le mode du clivage, l'œil qui regardait la scène.

Comment, et cela me paraît la question majeure, opérer dans le sens d'une autonomisation du désir ? Comment faire résonner un *Che vuoi* ? chez un sujet pour qui le désir de l'Autre ne semble pas faire énigme ? Je signalerai quelques effets d'une interpellation directe sur le désir. Chez une analysante qui évoquait une liaison passée au cours de laquelle elle s'était éprouvée aussi bien reconnue comme femme que sexuellement satisfaite, la simple question « le désiriez-vous ? » avait immédiatement provoqué un « vous n'avez pas le droit de me demander cela ! » mais aussi par la suite quelques conséquences. Elle avait cessé de situer le rapport analysant-analyste dans le registre imaginaire de la disproportion, c'est-à-dire comme faible/fort ou petit/ grand. Elle qui disait, comme je l'ai signalé, *pour moi l'amour c'est sans souffrance* était amenée à ce constat plutôt juste (142) que *la psychanalyse est une intimité sans familiarité*, ce qui semble indiquer que l'analyste n'était plus exactement mis en place d'objet de plaisir mais que se dégageait la place de l'objet *a*. Elle semblait ainsi passer – passage toujours susceptible d'un retour – du registre de la disproportion imaginaire à la celui de la disparité subjective qui fonde le transfert.

Je voudrais conclure sur ceci : on parle sans cesse d'indépendance et d'autonomie ; or – et cela se voit très bien dans les cas que j'évoque – les allégations d'indépendance peuvent recouvrir la dépendance la plus stricte et la plus méconnue. Un des aspects précieux de la formalisation de Lacan, qui à première vue peut paraître très éloignée de la clinique, est de montrer qu'on ne saurait se contenter de penser l'individualisation comme une coupure imaginaire, qu'il ne peut y avoir d'indépendance que par la voie du désir avec ce qu'il implique de perte.