

Ne devient pas fou qui veut

Dans *Propos sur la causalité psychique* Lacan affirme « ne devient pas fou qui veut¹ ». Cette phrase nous interroge, tout comme celle de Freud dans *Analyse avec fin et analyse sans fin* : « Le moi-normal est [...] une fiction idéale. Le moi anormal [...] n'en est malheureusement pas une². » Et d'ajouter, que l'« anormalité du moi » le rapproche de celui du psychotique.

Du chapitre V de *Le Moi et le Ça*³, nous pouvons extraire les limites ou impasses du travail analytique lorsque se manifeste la réaction thérapeutique négative qui traverse certaines cures, notamment chez les patients que Freud lui-même a situés comme névrosés graves. Freud nous avertit du risque que l'analyste soit convoqué en place de l'Idéal du Moi. Par ailleurs, dans *Les voies nouvelles de la thérapeutique psychanalytique*⁴, Freud situe les névroses graves (phobies) comme celles dont la cure se développe en dehors de la névrose de transfert.

Tout ceci nous sert de préambule pour nous pencher sur ce que nous entendons par névrose et folie lorsqu'elles sont dans une conjonction singulière et que l'intervention par la voie du signifiant ou par celle des formations de l'inconscient s'avère réfractaire. L'équivoque ou l'énigme pourraient déclencher plus d'inquiétude ou d'angoisse. La coupure ou le silence pourraient peut-être — avec beaucoup de chance — produire une distribution différente dans l'économie de la jouissance.

Dans la première période de Lacan et dans la littérature, les fous dont la structure était névrotique, la folie ne correspondant pas seulement à la psychose, furent caractérisés par les perturbations de l'articulation du Moi à l'Idéal du Moi et au Moi Idéal. Ainsi Lacan se réfère-t-il à Erasme qui distingue dans son *Éloge de la Folie*, la folie des Furies, pathologique, de la folie créatrice.

Dans *Le Misanthrope* de Molière, c'est Alceste qui porte cette mégalomanie moïque ; Strindberg et Stendhal travaillent l'amour passion autour de l'idéalisation de l'objet. Dans le domaine du théâtre, Pirandello crée avec le personnage d'Henri IV un sujet qui se demandera constamment s'il est fou ou s'il fait semblant de l'être, entrant et sortant de la scène qu'il a lui-même causée.

¹ J. Lacan, « Propos sur la causalité psychique », *Écrits*, Paris, Seuil, 1966, p. 176.

² S. Freud, « L'analyse avec fin et l'analyse sans fin », *Résultats, idées, problèmes II*, Paris, PUF, 1985, p. 250.

³ S. Freud, « Le Moi et le ça », *Essais de psychanalyse*, Saint-Amand-Montrond, Payot, 1981, p. 262.

⁴ S. Freud, « Les voies nouvelles de la thérapeutique psychanalytique », *La technique psychanalytique*, Paris, PUF, 1981, p. 131.

Pirandello, dont le plus grand mérite fut de travailler le théâtre dans le théâtre, ainsi que la scène dans la scène, drapé le personnage de folie dans une tirade et l'en dépouille rapidement dans la suivante, questionnant le monde « de fous » qui l'entoure. Henri IV est-il fou ou fait-il le fou ? Octave Mannoni fait remarquer dans *L'Autre scène*⁵ : « c'est le Moi qui décide, puisqu'il ne peut décider dans le rêve. » Toutefois, à nos yeux, il n'est pas question d'un choix inconscient. Voyons quelques passages :

HENRI IV : Mais parce que, mes chers amis : se trouver devant un fou, savez-vous bien ce que cela signifie ? — Cela veut dire : se trouver devant quelqu'un qui ébranle jusque dans leurs assises toutes les choses que nous avons construites en nous, autour de nous, la logique, la logique de toutes nos constructions ! — Il n'y a rien à y faire ! Les fous construisent sans logique ; comme ils sont heureux, hein ! Ou bien avec une logique à eux, *légère comme une plume* !

HENRI IV : C'est tout le monde qui a intérêt à faire croire que certains hommes sont fous, afin de pouvoir sans remords les enfermer. Et sais-tu pourquoi ? C'est parce que quand ces hommes-là se mettent à parler, ils cassent tout. Les conventions volent en éclats.

HENRI IV : Il faut le leur pardonner ! Cet habit (il montre l'habit dont il est revêtu), cet habit qui pour moi est la caricature évidente et consciente de cette autre mascarade continuelle dont nous sommes, à toutes les minutes, les pantins involontaires quand, sans le savoir, nous nous déguisons en ce que nous imaginons être, — cet habit, leur habit, excusez-les, ils ne le confondent pas encore avec leur personne... même. Tu sais, on en prend facilement l'habitude, et on parcourt une salle de ce genre avec un naturel parfait, comme un héros de tragédie⁶.

De nombreux écrits font équivaloir folie et psychose. La folie hystérique a été définie et travaillée en prenant toujours pour référent le phénomène élémentaire et le délire. Or, contrairement à cela, ce que nous tentons de postuler, c'est que dans ce type de pathologies, notre référent devrait être le Moi et la structure narcissique qui le soutient. Cette question nous conduit aux névroses que Freud appelle narcissiques, liées aux pathologies dites de bord, concept que l'on peut tirer de ce que traite Lacan dans le séminaire *L'Angoisse*⁷.

Dans *Névrose et psychose*⁸, Freud différencie au sein des névroses narcissiques celles qui sont psychotiques de celles qui ne le sont pas. Lacan se rapproche de cette différenciation dans ses premiers textes sur le stade du miroir, « L'agressivité en psychanalyse » et « Propos sur la causalité psychique ».

Ne pas reculer devant ces cas, cela ne nous confronte-t-il pas à écouter un autre type de demande, typique des souffrances de notre temps ? Dans notre

⁵ O. Mannoni, « Le théâtre et la folie », *Clefs pour l'Imaginaire ou l'Autre Scène*, Paris, Points-Seuil, 1969, p. 301.

⁶ L. Pirandello, « Henri IV », *Théâtre complet*, tome I, La Pleiade, NRF, 1977, pp. 1086-1154.

⁷ J. Lacan, *Le séminaire*, livre X, *L'angoisse*, Paris, Seuil, 2004.

⁸ S. Freud, « Névrose et psychose », *Névrose, psychose et perversion*, Paris, PUF, 1973, p. 283.

travail, nous donnons depuis plusieurs années une importance au registre imaginaire, qui a sans doute été discrédité par une lecture partielle de l'œuvre de Lacan. Dans ces cas, il est question d'un imaginaire qui soutient un système de croyances et de mécanismes qui donnent une très pauvre consistance à être.

Ce sont ces pathologies qui ont amené Freud à penser modifier le dispositif. De façon quelque peu futuriste, il rêvait de pouvoir traiter une grande masse de patients en appliquant des modifications à la technique. Dans *Psychanalyse et psychiatrie*⁹, en 1917, il travaille sur la différence entre les idées délirantes dans la névrose et dans la psychose. Ainsi une idée qui semble délirante peut correspondre à une représentation refoulée, l'essentiel étant la prégnance de la force du ressenti, c'est-à-dire, le *quantum*.

Que se passe-t-il avec ces patients qui, nous l'avons dit plus haut, ont du mal à entrer dans le dispositif ? Ne pourraient-ils pas souffrir de ce que le sociologue Zygmunt Baumann¹⁰ définit par « amour liquide », qui rend les rapports humains fragiles ? Peut-être pouvons-nous hasarder, non sans avoir parcouru une vaste bibliographie sur la question, qu'il ne s'agit pas de nouveaux types de demande, même si celle-ci prend des formes singulières au temps de la globalisation : il s'agit seulement de subjectivités qui correspondent aux marques de l'époque où le discours capitaliste peut favoriser les ravages.

En 1938, Stern¹¹ définit ces cas sous le nom de *borderlines* (ce que Lacan ne néglige pas dans le Séminaire *l'Angoisse* lorsqu'il travaille les cas de Margaret Little, Barbara Low et Lucy Tower). Sa description phénoménologique l'illustre : 1) Excès d'anxiété, 2) Plus grande rigidité défensive, 3) Rapidité de la défense, 4) Perturbation dans l'équilibre narcissique et 5) Hyperesthésie de l'estime de soi. Depuis une autre perspective, il y a lieu de mentionner aussi Helen Deutsch¹², qui travailla le versant des personnalités « comme si », à propos desquelles Lacan souligne la pathologie de l'acte (*acting out* — passage à l'acte). Otto Kernber, Katan à l'IPA, se consacrèrent aussi à ces cas.

Aussi s'agit-il d'une psychose dont les manifestations cliniques seraient très atténuées. La conservation d'un lien social relève-t-elle d'une suppléance dans le nouage ? Est-ce la cure qui fait et maintient un lien social ? Est-ce au moyen d'une logique borroméenne que nous pensons l'approche d'une clinique ?

Pour répondre à ces interrogations, l'approche qu'en fait Freud nous semble toujours intéressante. En premier lieu, on peut travailler la question par le biais des névroses actuelles et la difficulté à constituer des digues contre la

⁹ S. Freud, « Psychanalyse et psychiatrie », *Introduction à la psychanalyse*, Saint-Amand, Payot, 1961, p. 225.

¹⁰ Z. Baumann, *L'amour liquide*, Paris, Hachette, 2008.

¹¹ A. Stern, « Psychoanalytic investigation of and therapy in borderline group of neuroses », *Psychoanalytic Quarterly*, 1937, vol. 7.

¹² H. Deutsch, *Les « comme si » et autres textes*, Paris, Seuil, 2007.

pulsion. Toutefois le concept de pulsion s'avère insuffisant car si son montage-démontage construit le fantasme, dans les cas dont nous parlons, on est toujours au bord de sa construction. Et seule la faiblesse des fantasmes imaginaires soutient alors les fictions du sujet. En second lieu, dans son texte de 1895 *Qu'il est justifié de séparer de la neurasthénie un certain complexe symptomatique sous le nom de « névrose d'angoisse »*, Freud définit les névroses mixtes dont il souligne la variabilité de la défense. Il explique : « Lorsqu'on rencontre une névrose mixte, on peut mettre en évidence une intrication de plusieurs étiologies spécifiques¹³. » Ces patients ont la singularité de passer rapidement d'une modalité défensive à une autre.

Il y a lieu alors de se demander si dans le Séminaire *L'angoisse* le passage d'une modalité à l'autre cerne en quelque sorte une limite, un bord dans ces structures, perturbant la construction du fantasme et favorisant la chute de la scène. D'après Lacan, le bord s'ouvre comme une fenêtre et il dit : « Dans des occasions privilégiées [...], il marque la limite illusoire de ce mode de reconnaissance que j'appelle scène¹⁴ ». Nous tenons à souligner dans ce paragraphe les « occasions privilégiées », dans la mesure où ce n'est pas peu de chose que la dialectique de la reconnaissance s'en trouve affectée.

Considérons aussi dans le même Séminaire le schéma optique où le - ϕ est au fond du miroir¹⁵. À nos yeux, le phallus symbolique opère certes dans la structure de ces cas dont nous parlons, mais c'est l'opération perturbée du - ϕ qui est au fond du miroir, qui fait que le spéculaire en est affecté, empêchant que glissent les fictions.

Autrement dit, l'imaginaire se dérègle dans le champ scopique. Ces patients revivent constamment les mêmes scènes du film, comme si, faussée, la bobine tournait en rond, jusqu'à ce que finalement la pellicule brûle. Je fais allusion, bien évidemment, à la répétition discursive.

Y a-t-il une place possible pour l'analyste dans ces cures-là ? De fait, nous pensons souvent que nous ne parviendrons pas à franchir les entretiens préliminaires. Comment intervenir alors ? Dans *La folie du transfert*¹⁶, S. Rabinovitch remarque le risque de produire le regard en tant que vision (à la manière de *Io sono sempre vista*¹⁷) ou la voix en tant qu'impératif de jouissance dans le transfert, avec en plus la difficulté de renvoi au passé pour ces patients, dans la mesure où ils n'oublient presque rien. Il est fort difficile de réécrire quelque chose qui est toujours présent. Il ne s'agit donc pas du travail sur le passé, mais de créer peu à peu un vide central, une perte dans chaque rencontre,

¹³ S. Freud, « Qu'il est justifié de séparer de la neurasthénie un certain complexe symptomatique sous le nom de "névrose d'angoisse" », *Névrose, psychose et perversion*, op. cit., p. 36.

¹⁴ J. Lacan, Le séminaire, livre X, *L'angoisse*, op. cit., p. 128.

¹⁵ *Ibidem*, p. 50.

¹⁶ S. Rabinovitch, *La folie du transfert*, Ramonville Saint-Agne, Érès, coll. Scripta, 2006.

¹⁷ J. Lacan, Le séminaire, livre X, op. cit., p. 90.

où puisse se produire une soustraction de jouissance. Solal Rabinovitch pose la folie en termes de transfert et semble parler d'une structure psychotique, mais nous la rejoignons pour dire que ces phénomènes transférentiels ont lieu aussi chez ces patients, même lorsqu'on parle de névroses narcissiques dans le sens où nous les avons définies.

Dans son livre, elle définit ce qu'elle appelle la folie d'amour qui provoque la situation analytique, un vrai amour, face auquel l'analyste doit gérer les matériaux « les plus explosifs » et doit agir avec la même précaution que le chimiste. Le problème que l'auteur aborde est la question de comment on y fait avec l'amour qui atteint souvent des niveaux passionnels intenses et les commotions que ses vacillations dans le transfert entraînent. Elle interroge la jouissance narcissique qui se produit quand la représentation de mot semble toucher la représentation de chose. Une rencontre avec le réel dans le devenir de la cure.

Elle passe par ce qu'elle appelle trois théories du transfert dans Lacan. La première, située dans le schéma L, en reprenant le Séminaire *Les psychoses*¹⁸. Le manque du Nom du Père est entrevu dans la perturbation qui apparaît dans la relation au narcissisme. Nous situons cette perturbation narcissique du côté de l'Idéal du moi. L'analyste ne peut pas occuper une place dans la dyade spéculaire puisqu'il renvoie à un Autre réel qui commande le sujet. Un nouvel imaginaire non spéculaire qui fasse des différences et qui fasse un sort à un Autre de la pure différence en dehors de la specularité, est donc nécessaire. L'analyste occupe une place dans le bord du transfert, un bord imaginaire qui fait limite à l'imaginaire spéculaire. À notre avis, pour les cas qui nous occupent, l'échec de ces cures arrive quand l'analyste ne peut pas sortir de ce bord, il s'embourbe et il reste fixé à cet endroit.

La deuxième théorie considérée par Solal Rabinovich est celle du sujet supposé savoir. Par sa présence, l'analyste cause le savoir inconscient sur lequel il peut opérer. À notre avis, dans les cas qui nous intéressent, il y a certains moments ponctuels où le sujet supposé savoir peut opérer. Mais alors la tromperie du transfert n'est pas du tout simple. Elle dépend de la frustration d'amour qui se manifeste très facilement en frustration de jouissance et en régressions intenses. Le plus souvent, le retour à des accès narcissiques obture une nouvelle ouverture transférentielle, quelquefois pour une longue période de temps, ou bien dilue ce qui est travaillé dans une séance et se perd dans la suivante.

La troisième théorie dérive de la clinique borroméenne, clinique qui n'essaye pas seulement d'opérer sur les symptômes mais sur le réel de la structure. L'analyste, toujours à la place d'un Autre qui ne relève pas d'un imaginaire spéculaire, dirige son opération vers les deux autres registres, symbolique et réel. Son travail peut s'écrire avec les termes du nœud borroméen

¹⁸ J. Lacan, Le séminaire, livre III, *Les psychoses*, Paris, Seuil, 1981.

ou de la tresse ; et il essaye d'être « *l'ouvrier du réel* ». La manière dont l'analyste réussit à occuper la place du semblant est particulière dans chaque cure. La manière dont il l'occupe n'est pas sans effets sur sa position comme analyste et sur sa propre analyse. Dans ces cas-là, occuper la place du trou permet un nouage pour le patient.

À notre avis, comme nous l'avons déjà dit, la proposition de Solal Rabinovitch peut s'étendre à ces cas, même quand nous ne pouvons pas les définir comme des structures psychotiques. Nous nous intéressons spécialement à la manière dont elle a étudié le transfert, même si la structure des patients que nous considérons est différente. Nous sommes d'accord avec elle pour penser que l'efficacité de l'analyse serait de produire, d'inventer un nouvel imaginaire.

Colette Soler, dans son livre *La querelle des diagnostics*¹⁹, situe ce qu'elle appelle les *cas atypiques* parmi les cas de psychose où la forclusion du Nom du Père est avérée et qu'elle différencie des névroses et des perversions pour lesquelles il n'y a pas de doute quant à l'opération du signifiant de la loi sur l'Autre.

Nous faisons l'hypothèse qu'une révision du texte freudien et les développements du dernier Lacan nous aident à déplier l'éventail de ces cas entre névrose et psychose pour lesquels la folie est une manifestation clinique évidente ; on peut les maintenir sur un bord plus proche de la névrose sans avoir à les cataloguer comme structure psychotique. D'autres cas oscillent entre des moments paranoïdes et mélancoliques qui peuvent aussi devenir des accès maniaques. Ils éclatent subitement et disparaissent aussi soudainement qu'ils sont apparus. Dans d'autres cas, l'apparition d'inhibitions graves pourrait faire penser à une phobie. Aborder cette clinique est un point de départ pour remettre en question l'excès de psychopathologie psychanalytique qu'une certaine lecture de l'œuvre de Lacan a suscité et qui a eu pour effet de diriger les cures comme si des compartiments étanches existaient même dans la névrose.

Le travail de Freud sur la névrose narcissique a été peu considéré ou peut-être excessivement discrédité par l'abus que fit l'IPA de cette problématique. Notre idée étant de pouvoir reprendre dans certains cas délimités la conception de Freud et de nous demander si la clinique borroméenne ne rompt pas par son caractère structurel avec des divisions si tranchantes du point de vue psychopathologique.

La logique nous a fourni une voie d'accès possible. Travailler les inconsistances, les contradictions, les disjonctions dans ce qui a effectivement été dit en séance nous a permis de commencer à entendre différemment les infléchissements dans les stases discursives impliquant toujours une soustraction

¹⁹ C. Soler, *La querelle des diagnostics*, cours 2003-2004, documents des éd. du Champ Lacanien.

de l'analyste : il ne peut aucunement accéder à la place de sujet supposé savoir. L'obstacle majeur étant que l'analyste se situe comme un autre spéculaire, place à laquelle le patient le convoque constamment afin de continuer à jouir dans les assauts transférentiels. Face à quoi le silence est la seule opération possible.

Tout comme dans les cas très graves de certaines cures d'enfants, les avancées iront sans doute à fort petits pas, mais si certaines fictions se modifient, autrement dit, si le film commence à ne pas s'arrêter si aisément, ou si l'une des « vérités » que ces patients affirment commence à se voiler et que les personnages qu'ils représentent peuvent ne pas s'évanouir dans la tragédie lorsque leur trône est menacé, nous n'aurons pas peu fait.