

*Elisabeth Leypold*

## **Introduction au séminaire d'enseignement à l'initiative de l'École de psychanalyse Sigmund Freud**

*Névrose avec fin, névrose sans fin*

*Comment s'élabore le savoir clinique ?*

Nous avons choisi cet intitulé, décalque du titre de Freud, certes, en nous jouant, mais aussi bien, nous entendons assumer le poids de ce que contient l'écrit de Freud quant aux difficultés réelles qui font obstacle, point de butée à l'analysable.

Il y a ce qu'à défaut d'un meilleur terme, j'appellerais la gravité des cas qui posent, plus encore que les autres, la question du désir de l'analyste et de sa responsabilité. Est enseignante à cet égard la position d'une clinicienne très sûre comme l'était Hélène Deutsch telle qu'elle s'énonce dans le texte que nous commenterons *Cérémonial obsessionnel et actes compulsifs*.

Mais, il y a un niveau structural de la question de la fin ou du sans fin de la névrose. À prendre les choses par le bout de la significativité langagière du désir et en tenant compte du fait que la linguistique n'a pas à prendre en considération, à savoir que derrière tout discours il y a un désir (on parle pour dire quelque chose ou ne rien dire, mais c'est toujours un désir), la division n'est pas seulement entre énoncé et énonciation mais elle est interne à l'énonciation même — je veux vanter ma familiarité avec le grand Salomon Rothchild, dire comme il m'a traité familièrement ; quelque chose intervient qui me fait trébucher, « il m'a traité tout à fait famillionairement ». Cette division qui est la marque de l'inconscient n'est pas un phénomène pathologique, un épisode qui peut prendre fin à un moment. Or, ce sont les mêmes processus qui interviennent dans cette activité de toutes nos nuits que sont nos rêves, dans tous ces petits déraillements de la vie quotidienne et dans les symptômes. Si bien que la question s'inverse : peut-on être libre des symptômes ? Comme si on envisageait un homme qui serait libre de ses lapsus. Pourtant, il y a symptôme et symptôme ; la misère ordinaire et la misère névrotique. Il y a entre les deux une différence de degré — qu'est-ce qui en décide ? — de degré et non pas de nature.

Mais, la question de notre titre *Névrose avec fin, névrose sans fin* peut s'aborder par un autre bout : celui du désir comme quelque chose de différent de la réponse à la demande comme satisfaction des besoins ou comme signe d'amour. Le désir sexuel ne peut se satisfaire ni de l'une, ni de l'autre, bien qu'il

puisse s'illusionner de l'une ou de l'autre. On peut transformer l'amour sexuel en *agapè*, comme la patiente d'Hélène Deutsch qui a fini par aimer Dieu. On peut aussi tromper le désir sexuel par la régression. Le pré-génital peut se décliner en objet de don, don reçu, don donné. Or, l'objet du désir, lui, est rebelle au don, il ne se donne pas. C'est un manque qui au niveau génital ou phallique, devient une castration.

Mais, le désir a toujours son narcissisme. Celui qui désire veut être désirable. La névrose est du côté de celui qui veut tromper l'Autre en lui faisant croire qu'il possède ce qui lui manque, comme pour Alcibiade Socrate. À supposer que quelqu'un soit devenu comme Socrate un désirant pur — quelqu'un chez qui le désir triomphe du désir d'être désiré — « l'amant est chose plus divine que l'aimé » — ça ne veut pas dire que le narcissisme du désir soit liquidé une fois pour toutes. Ça peut nous jouer des tours, puisque c'est structural. Ça n'est pas parce qu'on a été enseigné par et sur la tromperie du transfert dans l'analyse qu'on ne doit pas faire attention aux pièges du narcissisme. Là aussi, il y a narcissisme et narcissisme. Un narcissisme hanté par la question de l'être, un narcissisme tempéré par ce qu'on a pu apprendre des limites dont se fonde le désir, les limites qui s'indiquent dans le manque : manque de phallus, mais tout autant manque au niveau pré-génital (on n'achète pas le désir, ni avec de l'argent, ni avec ses qualités).

Bref, que ce soit du côté de la significativité langagière du désir ou du côté du désir comme manque à être, nous avons affaire à des données structurales jamais surmontables une fois pour toutes. Mais ici aussi, il y a une différence entre quelqu'un qui subit la structure et quelqu'un qui a pris connaissance de la structure.

Comment allons-nous nous y prendre ?

Nous avons tout de suite eu l'idée de nous adresser aux pionniers de la psychanalyse et particulièrement à ceux qui avaient publié des cas des grandes névroses. Helene Deutsch, à cet égard, sera notre port d'attache, pour la richesse et l'intérêt pour nous de ses publications. L'intérêt, par exemple, de nous permettre de démarquer les écarts par rapport à Freud ; mais aussi, nous trouverons chez un épigone de Freud, M. Bouvet, le relais suffisamment consistant qui a contraint Lacan à opérer ce pas théorique que représente l'élaboration de l'objet comme manque d'objet.

Car, si la névrose est bien une névrose de transfert, notre conviction est que le travail d'analyse de notre transfert à Freud et à Lacan passe par la prise en compte de ce qu'ont apporté les « quelques autres » analystes.

Mais aussi, s'adresser aux pionniers répondait directement aux deux préoccupations qui sont à l'arrière plan de notre question sur la névrose. L'une est explicite dans notre sous-titre « Comment s'élabore le savoir clinique ? » L'autre, qui lui est liée : comment enseigner la psychanalyse ? Avec Helene

Deutsch nous sommes, si j'ose dire, aux premières loges. Les cas que nous choisirons sont parmi ceux qui font la matière de l'enseignement qu'elle distribua aux analystes en formation. Nous pourrions sur pièce apprécier la valeur d'un repérage clinique extrêmement consistant, brillant et en même temps les écueils d'un ressassement qui s'exprime dans le désir de retrouver le savoir du maître.