



Comment faire avec la relation du sujet avec ses pensées ?

Fouzia Taouzari

Vers les institutions est un module proposé par la Section clinique de Nantes qui a pour axe-« Comment s'orienter dans la clinique ». Le titre du module porte sur « les relations du sujet avec le monde, le corps, ses pensées ».

Cette après-midi nous allons nous consacrer aux relations du sujet avec ses pensées sous forme de question : « Comment faire avec la relation du sujet avec ses pensées ? »

« Comment faire » est une question sur le « savoir y faire » qui pose celle de la direction de la cure. D'abord, nous pouvons dire que l'orientation clinique est connectée à la structure différentielle. Interprétation côté névrose qui va ouvrir vers l'Autre scène ; à l'inverse côté psychose on se gardera d'interpréter. À l'interprétation nous substituerons traduction avec « tact et finesse ».

Comment s'orienter dans la clinique ?

Cette question sera le fil de mon exposé. Première indication : pour éclairer le problème qui nous est posé, je vais m'orienter de l'enseignement de Lacan, mais aussi « effectuer un certain retour à Freud » et suivre l'*orientation lacanienne* précieuse que nous donne Jacques-Alain Miller.

Deuxième point : s'orienter dans la clinique, c'est le faire à partir des dits du patients en se gardant de vouloir *comprendre* trop vite. Il s'agit dans un premier temps d'explorer les phénomènes cliniques dont il se plaint, souffre, afin de les *lire* à partir de la structure.

Deux axes nous serviront de boussole. Coté praticien, celui du *comment faire* qui interroge le praticien dans sa pratique, et côté sujet, il y a lieu de préciser la relation qu'il entretient avec ses pensées, et ce, à partir de la clinique différentielle : Névrose / Psychose.

Le phénomène clinique de la pensée offre une difficulté quant au diagnostic. Un sujet qui vient parce qu'il souffre de « trop » penser, ou qu'il est en proie à des doutes et des ruminations, peut d'emblée faire penser à une névrose et plus particulièrement à la névrose obsessionnelle. Cette difficulté de repérage clinique, J.-A. Miller l'aborde avec précisions dans « Effet retour sur la psychose ordinaire »¹. D'où l'importance des entretiens préliminaires.

I – « Effet retour sur la psychose ordinaire »

Le terme de psychose ordinaire a été introduit par J.-A. Miller dans le fil des examens cliniques de cas proposés et discutés lors des rencontres annuelles des Sections Cliniques francophones du Champ freudien. Ce mot nouveau est introduit lors de la *Convention d'Antibes*, qui a eu lieu en 1998, faisant suite à la *Conversation d'Arcachon* de 1997 – qui portait le titre *Cas rares : Les inclassables de la clinique*, titre qui n'est pas sans faire écho à la survenu de ce nouveau concept de psychose ordinaire. La première conversation, *Le*

1. Miller J.-A., « Effet retour sur la psychose ordinaire », *Quarto* n° 94-95, janvier 2009, p. 40-51.

Conciliabule, qui eut lieu en 1996 à Angers, avait pour thème *Effets de surprise dans les psychoses*.

Le fil déployé de ces trois temps de rencontres annuelles des Sections cliniques-sous-tendait une question clinique à partir des cas présentés : qu'est-ce qu'une psychose lorsque celle-ci n'est pas déclenchée ?

Le texte « Effet retour sur la psychose ordinaire », – *effet retour* : nous pouvons lire : *après-coup* – est issu de ces trois années de conversation clinique ; il est digne d'une enquête policière, dont il tire enseignement – après-coup. Il faut lire ce texte comme une enquête contemporaine sur ce que veut dire pour nous au XXI^e siècle le terme de psychose... mais sommes-nous au clair avec celui de névrose ? Le terme de psychose reflète de multiples facettes qu'il s'agit d'explorer finement et dans le détail à partir des signes cliniques au cas par cas.

La clinique binaire conduit à une difficulté, celle de trancher si tel cas est du côté névrose ou du côté de la psychose : une difficulté à trancher pour certains cas qui semblaient être entre les deux.

Ce concept de *psychose ordinaire* inventé doit titiller le clinicien et non fermer la voie d'un savoir. Le premier postulat que pose J.-A. Miller est le suivant : « Vous dites “psychose ordinaire” quand vous ne reconnaissez pas de signe évident de névrose »². Si ce n'est ni une névrose ni franchement une psychose, c'est une psychose voilée. Celle-ci se déduit de petits indices variés. C'est une première étape de discrimination diagnostique.

Une psychose ordinaire se distingue de la catégorie psychose extraordinaire, qui elle, se présente avec son florilège clinique bruyant comme le délire, les phénomènes élémentaires etc. Le cas qui reste pour notre communauté le plus saillant est la psychose extraordinaire du Président Schreber³.

Dans le premier enseignement de Lacan, la clinique est pensée de façon binaire avec comme point central le Nom-du-Père (NDP) : est-il présent ? Absent ? Si Nom-du-Père il y a, alors le sujet dispose de la signification phallique nécessaire pour ordonner son monde de façon structurée et précise. Si Nom-du-Père il n'y a pas, alors celui-ci ne dispose pas de la signification phallique qui viendrait ordonner son monde et donner une signification aux choses – le corps (l'âme aussi) est alors en proie à une jouissance non symbolisée.

Le second enseignement de Lacan, est une clinique du nœud où le diagnostic est moins évident. La psychose est moins bruyante et se déduit de petits détails – la scène de la raclée chez Joyce où il fait l'étrange expérience d'un corps qui se détache tel une pelure. Lacan consacra tout un Séminaire sur Joyce. C'est la clinique de la suppléance, du nouage permettant aux trois nœuds de tenir malgré un défaut du NDP. Joyce se fait un nom : un sinthome qui fonctionne comme NDP.

Le dernier enseignement de Lacan tend vers la généralisation du délire, avec son fameux « tout le monde est fou, c'est-à-dire délirant »⁴. L'ordre symbolique c'est donner du sens, faire sens. Pour Lacan, faire sens est tout aussi délirant. Ainsi, comprendre ce qu'un patient nous dit, c'est participer avec lui de son délire. Une leçon clinique s'en déduit : écouter n'est pas comprendre. Un pas de côté est nécessaire pour s'extraire des paroles aveuglantes afin de « saisir sa manière particulière, insolite, de donner du sens aux choses, de redonner toujours le

2. *Ibid.*, p. 42.

3. Cf. Miller J.-A., « Psychose ordinaire et clinique floue » dans *Ornicar ?* digital <https://wapol.org/ornicar/articles/mlr0081.htm>

4. Lacan J., « Lacan pour Vincennes ! », *Ornicar ?*, n°17/18, printemps 1979, p. 278.

même sens aux choses, de donner sens à la répétition dans sa vie »⁵. C'est le cas lorsque nous avons affaire à des sujets dont la psychose n'est pas déclenchée. Des sujets qui ont trouvés des modalités de nouage qu'il s'agit de respecter.

Comment se repérer cliniquement pour prélever ces petits indices ?

C'est une clinique délicate qui nous oriente vers ce que Lacan nomme « un désordre provoqué au joint le plus intime du sentiment de la vie chez le sujet »⁶.

Le mot *désordre* est à retenir. De quel désordre s'agit-il ? Ce désordre « se situe dans la manière dont vous ressentez le monde environnant, dans la manière dont vous ressentez votre corps et dans la manière de vous rapporter à vos propres idées »⁷. Le désordre est à situer dans ces différentes jointures. C'est sur ces trois instances que le mot désordre s'articule pour affiner le concept de psychose ordinaire. J.-A. Miller l'organise en trois externalités :

1. L'externalité sociale – l'Autre social
2. L'externalité corporelle – l'Autre corporel. C'est le rapport du sujet avec son corps.
3. L'externalité subjective – l'Autre subjectif

Ce troisième point est celui qui concerne notre question « Comment faire avec la relation du sujet avec ses pensées ? »

L'externalité subjective – l'Autre subjectif

C'est l'expérience du vide, du vague, ressentie dans la vie intérieure du sujet. Dans la psychose ordinaire l'expérience du vide est d'une nature non dialectique contrairement à la névrose. Le sujet se sent, se vit, s'éprouve comme vide. Ce vide se décline de plusieurs façons : un vide dans les pensées, dans les idées, les goûts, les opinions etc. Il y a une déclinaison de ce sentiment de vide qui n'est pas dialectique et qui touche au sentiment de la vie. Il y a une fixité de ce sentiment de vide intérieure. Des sujets peuvent témoigner de ce vide qui touche au joint le plus intime du sentiment de la vie.

Une patiente témoignait combien ce vide intérieur la faisait souffrir. Elle se sentait et se vivait vide. Ce vide l'angoissait. Elle avait une manière d'en parler qui était d'une grande lucidité. Ce n'était pas dialectisable. Ce vide il fallait l'habiller, le voiler. Ce vide touchait toutes les sphères de son existence. Un vide dans l'élan même de la vie : un vide qui touche au désir.

À l'inverse, certains sujets vont témoigner d'un trop de pensées, ou encore de « penser en boucle », d'une « pensée infernale ». L'usage de la drogue ou de l'alcool peut venir comme traitement ayant une action directe sur les pensées. « Je fume avant de m'endormir, sinon je pense trop et cela m'empêche de dormir » précisait un autre patient. C'est sur son rapport à la pensée en « boucle » et les doutes qui vont toucher toutes les sphères de sa vie que les indices de la psychose ordinaire se font entendre. Ce n'est pas ciblé comme dans la névrose par un conflit entre l'idéal d'un côté et le désir de l'autre.

II – Qu'est-ce que la pensée ?

« L'homme ne pense pas avec son âme » : contredisant ainsi Aristote, Lacan précise que « le sujet de l'inconscient ne touche à l'âme que par le corps. [...] Il pense de ce qu'une structure,

5. Miller J.-A., « Effet retour sur la psychose ordinaire », *op. cit.*, p. 44.

6. Lacan J., « D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose », *Écrits*, Paris, Seuil, 1966, p. 558.

7. Miller J.-A., « Effet retour sur la psychose ordinaire », *op. cit.*, p. 45.

celle du langage – le mot le comporte – de ce qu’une structure découpe son corps, et qui n’a rien faire avec l’anatomie. Témoin l’hystérique. Cette cisaille vient à l’âme avec le symptôme obsessionnel : pensée dont l’âme s’embarrasse, ne sait que faire. La pensée est dysharmonique quant à l’âme »⁸. Les pensées traduisent la présence de la parole et du langage. Dans la névrose obsessionnelle, l’âme est découpée par le langage, là où pour le sujet hystérique, c’est le corps qui est découpé par le langage. L’âme, c’est l’unité du corps, comme image : i(a), alors que la pensée est dans le registre symbolique. Pour notre patiente, les pensées en boucle traduisent un défaut de capitonnage qui se traduit aussi dans son rapport à la parole. Les pensées fuient sans point d’arrêt : « mon cerveau n’arrête pas de penser », peut-on entendre. Le défaut de point d’arrêt et le débranchement suite à l’arrivée de son enfant signent le diagnostic de psychose ordinaire.

Dans la névrose, le sujet est en proie à des pensées qui le divisent et qui le concernent. Pour Lacan, le sujet de l’inconscient, c’est le sujet divisé. Il est le support de pensées diverses, contradictoires etc. L’inconscient se présente en infraction, les chevilles ne rentrent pas dans les petits trous et les affects se déplacent. Dans son essai de 1915 « Le refoulement »⁹ Freud montre que dans la névrose obsessionnelle l’affect est déplacé, alors que dans l’hystérie, c’est la conversion des affects sur le corps. La névrose obsessionnelle, indique J.-A. Miller, « nous manifeste l’existence et l’insistance de la jouissance propre de la pensée »¹⁰. C’est le *jouissance* où « La pensée est jouissance. Ce qu’apporte le discours analytique, c’est ceci, qui était déjà amorcé dans la philosophie de l’être – il y a jouissance de l’être. »¹¹

Lacan fait une disjonction de l’être et de la pensée dès son texte « L’instance de la lettre dans l’inconscient » : « je pense où je ne suis pas, donc je suis où je ne pense pas »¹². Il y a une opposition entre le *je pense* de Descartes – « Je pense, donc je suis » – et le sujet de l’inconscient freudien.

Pour Descartes, le sujet se présente comme un *je pense* transparent à lui-même, équivalent à son être. Pour Freud, le sujet, en tant que moi, n’est pas maître dans sa demeure. L’inconscient est cette *Autre scène* où gît le drame du sujet jamais égal à lui-même. Il est courant de dire « je pense des choses qui ne me ressemblent pas ». Une patiente de nature douce et altruiste se surprend à avoir des pensées agressives envers son partenaire qui ne l’aide pas dans les tâches domestiques. « Je pense des choses qui ne sont pas moi » dit-elle. En même temps ses pensées sont aussi une vérité qui dit quelque chose du sujet : « j’ai tout fait » – tout faire pour l’autre – est à entendre dans sa sonorité « *j’étouffais* ». L’équivoque de la langue met enjeu sa division, que nous pouvons traduire : à tout faire pour l’autre, j’étouffe en tant que femme. Le *tout faire pour l’autre* est une position maternelle. Le sujet n’est pas un effet de la pensée, mais il est un effet de la pensée inconsciente comme effet du langage et de la parole. L’inconscient, ce sont des pensées qui nous échappent et que nous ne maîtrisons pas. On peut penser une chose et son contraire : « je l’aime mais je doute. Parfois, j’ai des pensées désagréables envers lui, alors que je l’aime », etc. Ces doutes témoignent de la division du sujet comme sujet de l’inconscient.

III – Le symptôme comme question

8. Lacan J., « Télévision », *Autres écrits*, Seuil, Paris, 2001, p. 512.

9. Cf. Freud S., « Le refoulement », *Métapsychologie*, Gallimard Folio essais, 1968, p. 60-61.

10. Miller J.-A., « L’économie de la jouissance », *La Cause freudienne*, n° 77, 2011, p. 164.

11. Lacan J., *Le Séminaire*, livre XX, *Encore*, texte établi par J.-A. Miller, Paris, Seuil, p. 66.

12. Lacan J., « L’instance de la lettre dans l’inconscient ou la raison depuis Freud », *Écrits*, Paris, Seuil, 1966, p. 517.

Le symptôme apparaît comme une question dans la névrose : un « c'est plus fort que moi » là où dans la psychose on a la clinique des réponses. Aujourd'hui, plus que jamais, il s'agit de situer les symptômes dans une structure clinique. Du point de vue du DSM, on a affaire au sujet médicalisé réduit au corps et on évacue la dimension subjective. Du point de vue de la psychanalyse, on tient compte de la subjectivité mais aussi du corps. D'où l'importance de revenir sur la clinique différentielle.

Freud définissait le symptôme par sa structure métaphorique et sa levée était possible par le déchiffrement. C'est le principe même de la cure par la parole inventée par lui-même.

Il a mis en évidence que le symptôme était structuré comme un langage. Lacan, dans son retour à Freud et avec l'appui de la linguistique saussurienne, a défini le symptôme par sa structure de langage et fondé à partir des deux grandes lois du langage : métaphore et métonymie. Lacan précise que ce sont particulièrement les effets de sens introduits dans la substitution signifiante qui vont organiser le symptôme sur un versant métonymique. Ainsi, le symptôme qui s'inscrit sur le corps se *motérialise* : c'est l'effet du langage sur le corps, la parole qui vient trouver résonance sur le corps.

1 – Comment peut-on repérer la structure clinique d'un sujet ?

La structure clinique ne peut se discerner qu'à partir des dits du patient : c'est-à-dire à partir de son discours. De quoi se plaint-il ? Est-ce conscient ou inconscient ? Est-ce que cela fait énigme ou pas pour lui ? Lacan précise que « le névrosé pose sa question névrotique, sa question secrète et bâillonnée, avec son moi »¹³. C'est-à-dire avec ses symptômes. La structure d'une névrose est essentiellement une question. Le fantasme, les symptômes sont une réponse. Mais la réponse, elle, est inconsciente. Et la formulation de sa question ne lui est pas accessible. Ce qui nous intéresse aujourd'hui, c'est de cerner la structure de la névrose.

« La structure d'une névrose est essentiellement une question, et c'est bien pourquoi elle a été longtemps pour nous une pure et simple question. Le névrosé est dans une position de symétrie, il est la question que nous nous posons, et c'est bien parce qu'elle nous touche tout autant que lui, que nous avons la plus grande répugnance à la formuler plus précisément. »¹⁴

Cette clinique des questions, Lacan l'élabore pour les névroses, pas pour les psychoses. Dans les psychoses, on a plutôt une clinique des réponses : l'hallucination, la certitude délirante. La question renvoie le sujet face à un vide de signification, un trou – et la réponse délirante vient recouvrir ce trou, cette absence de sens de l'existence – pour protéger le sujet. Dans la psychose, le sujet substitue le délire à la réalité. Dans la névrose, le symptôme a des coordonnées particulières. Freud parle de réalité subjective. Le sujet pose sa question avec son moi c'est-à-dire qu'il ne la pose pas. Cela veut dire que le sujet vient avec ses symptômes et qu'il s'agit d'interpréter ses symptômes comme une question : une question sur son désir. Lacan souligne que cette question est secrète et bâillonnée, elle n'apparaît que dans les symptômes.

Ainsi, la névrose, pour le dire avec Freud, serait le résultat d'un conflit où « le moi se protège [...] par le mécanisme du refoulement »¹⁵. Il précise ceci : « Au service du surmoi et de la réalité, le moi est entré en conflit avec le ça, et c'est ainsi que les choses se passent dans toutes les névroses de transfert ». Là où, dans la psychose, « c'est le rapport entre le moi et le monde extérieur qui y est troublé »¹⁶.

13. Lacan J., *Le Séminaire*, livre III, *Les psychoses* (1955-1956), texte établi par J.-A. Miller, Paris, Seuil, 1981, p. 196.

14. *Ibid.*

15. Freud S., « Névrose et psychose » (1924), in *Névrose, psychose et perversion*, Paris, PUF, 1973, p. 284.

16. *Ibid.*

Dans la névrose, le conflit – c'est-à-dire le problème, la difficulté rencontrée par le sujet – se situe vis-à-vis de lui-même, c'est-à-dire vis-à-vis de ses propres pensées. Il a des pensées, des désirs, des pulsions qui entrent en conflit avec lui-même, avec son moi, c'est-à-dire avec les idéaux et les valeurs qui lui ont été transmises par sa famille. Ce sont des pensées, des désirs qui le divisent, le font souffrir. Lacan note ceci de précieux : « S'il n'est plus un sujet divisé, il est fou. Il reste un sujet divisé parce qu'il y a là un désir », ajoute qu'une « névrose est construite comme elle est construite pour maintenir quelque chose d'articulé qui s'appelle le désir ». Ainsi, « ce qui caractérise la névrose, c'est la structure. [...] Le névrosé vit le paradoxe du désir exactement comme tout le monde, car il n'est pas d'humain inséré dans la condition humaine qui y échappe »¹⁷.

2 – Qu'est-ce qu'un symptôme ?

L'homme se distingue des autres espèces par le fait qu'il a un corps qui lui est décerné par la parole et le langage. Les symptômes témoignent chez l'être parlant de l'incidence du langage sur le corps. Le symptôme est le signe de ce qui ne va pas, que quelque chose cloche et ne va pas comme cela devrait aller. Dans la névrose obsessionnelle, le sujet se plaint par exemple de pensées obsédantes ou encore de doute ou de symptômes obsessionnels compulsifs (vérifier plusieurs fois si le gaz est éteint, si la porte est bien fermée). Il y a une forme de chiffrage, de comptabilisation de la jouissance.

III – Quand la pensée fait symptôme

Lacan pose cette question : « Qu'est-ce que c'est que l'obsession ? Vous savez l'importance qu'y a la formule verbale, au point que l'on peut dire que l'obsession est toujours verbalisée. Freud n'a là-dessus aucun doute. Même quand il a affaire à une conduite obsessionnelle latente, il considère qu'elle n'a révélé sa structure que quand elle prend la forme d'une obsession verbale. Il va même jusqu'à dire que, dans la cure d'une névrose obsessionnelle, les premiers pas n'ont été faits que quand on a obtenu que le sujet donne à ses symptômes tout leur développement, ce qui peut se présenter comme une aggravation clinique. Ce dont il s'agit dans toutes les formules obsessionnelles, c'est d'une destruction bel et bien articulée. [...] Le sujet se trouve en proie à une destruction [...] verbale [...] de l'Autre, qui est donnée dans la structure même du symptôme. [...] La crainte de faire mal à l'Autre par des pensées, autant dire par des paroles, car ce sont des pensées parlées, nous introduit à toute une phénoménologie à laquelle il conviendrait de s'arrêter un peu longuement. »¹⁸ Lacan fait valoir cette distinction de la névrose obsessionnelle d'avec la psychose en ces termes : « L'obsessionnel est un homme qui vit dans le signifiant. Il y est très solidement installé. Il n'y a absolument rien à craindre quant à la psychose. Ce signifiant suffit à préserver chez lui la dimension de l'Autre, mais celle-ci est en quelque sorte idolâtrée. »¹⁹ Dans la psychose, la pensée se présente par son caractère de lâchage. Le point de capiton y fait défaut. Rien ne vient arrêter le déchainement de la pensée en boucle.

Le cas de l'homme aux rats de Freud

17. Lacan J., *Le Séminaire*, livre V, *Les formations de l'inconscient*, (1957-1958), texte établi par J.-A. Miller, Paris, Seuil, Mai 1998, p. 431-432.

18. *Ibid.*, p. 470-471.

19. *Ibid.*, p. 472.

Nous allons partir du cas princeps de Freud concernant la pensée dans la névrose obsessionnelle avec le cas de l'Homme aux rats²⁰. Ce cas riche d'enseignement est publié dans les *Cinq psychanalyses*. *L'homme aux rats* est un surnom que Freud a donné à ce cas, épinglant par là même l'idée obsédante qui a déclenché sa venue en analyse. Cet homme souffre d'idées obsédantes et se trouve pris dans des « embrouilles » pour rembourser une dette. Il est « poussé à consulter » Freud à la suite d'un événement, celui du récit d'un supplice par un capitaine – le capitaine cruel.

Le récit du patient à la première séance ne se fait pas d'un trait. L'homme aux rats, note Freud, interrompt son récit, « se lève et me demande de le dispenser de la description des détails »²¹. Freud le rassure dans le but de vaincre ses résistances. Notons cette indication clinique dans le cadre de la névrose : « Vaincre les résistances est une condition du traitement à laquelle nous n'avons pas le droit de nous soustraire. »²² Freud note ceci : « À chaque moment important du récit, on remarque sur son visage une expression complexe et bizarre, expression que je ne pourrais traduire autrement que comme étant l'*horreur d'une jouissance par lui-même ignorée*. »²³ Une sorte d'« état d'horreur fascinée »²⁴ dira Lacan. La jouissance est la traduction d'un plaisir / déplaisir inconscient.

Il s'agit d'enfoncer un rat – bien vivant – dans l'orifice d'un condamné afin qu'il meure dans d'atroces souffrances. Ce récit a enclenché chez l'homme aux rats des pensées obsédantes qu'il décrit ainsi : « À ce moment, mon esprit fut traversé par l'*idée que cela arrivait à une personne qui m'était chère*. »²⁵ Pensées obsédantes, qui dans un second temps, seront aussitôt repoussées par un « Mais » accompagné d'un geste de rejet, et par les paroles qu'il se dit à lui-même : « Voyons, que vas-tu imaginer ? » Ses idées obsédantes touchent à la fois la femme aimée et le père.

Freud qualifie l'état de l'homme aux rats d'« état obsessionnel quasi délirant »²⁶. Il va montrer en quoi, dans cet état quasi délirant, les phénomènes de pensées sont très bien structurés autour d'un noyau fantasmatique. Ce qui paraît absurde se trouve ordonné et structuré dans l'histoire infantile du patient, dans son rapport au père et à une identification avec ce dernier.

Chez l'homme aux rats, il y a un *je* toujours présent dans ce labyrinthe de pensées qui obéit à un plan très rigoureux : un conflit inconscient entre désir d'un côté et idéal de l'autre.

Freud note ceci quant à l'origine des symptômes de pensées de l'homme aux rats : « C'est dans le refoulement de la haine infantile contre son père que nous voyons le processus qui entraîna dans la névrose tous les conflits ultérieurs de sa vie. »²⁷

La haine pour le père trouve sa racine dans l'enfance

Deux souvenirs majeurs :

20. Freud S., « Remarques sur un cas de névrose obsessionnelle (L'homme aux rats) », (1907-1908), *Cinq Psychanalyses*, Paris, PUF, 1979.

21. *Ibid.*, p. 206.

22. *Ibid.*, p. 207.

23. *Ibid.*

24. Lacan J., *Le mythe individuel du névrosé ou poésie et vérité dans la névrose*, Seuil, 2007, p. 19

25. Freud S., « Remarques sur un cas de névrose obsessionnelle... », *op. cit.*, p. 207.

26. *Ibid.*, p. 238.

27. *Ibid.*, p. 254.

L'un à quatre ans où battu par le père, il se roula par terre et fut pris d'une colère folle et insulta son père de divers noms d'objet : « Toi, lampe ! toi, serviette ! toi, assiette ! etc. »²⁸ Lacan note qu'ici l'enfant déchoit le père au statut d'objet à détruire.

L'autre souvenir est le suivant : se basant sur les dires du patient, écrit Freud, « j'osai lui faire part de l'hypothèse d'après laquelle il aurait commis vers l'âge de 6 ans, quelque méfait d'ordre sexuel en rapport avec la masturbation et aurait été sévèrement châtié par son père. Ce châtiement, tout en mettant fin à la masturbation, aurait laissé subsister en lui, contre son père, une rancune ineffaçable et aurait donné à tout jamais à son père le rôle de celui qui trouble et gêne la vie sexuelle de son fils »²⁹.

Concernant les pensées de l'homme aux rats à l'origine de ses doutes, Freud en donne une interprétation : les paroles du capitaine, « "Il faut que tu rendes au lieutenant A... les 3 couronnes 80", étaient pour le fils comme une allusion à la dette que le père n'avait pas payée »³⁰.

Freud indique la cause occasionnelle de la névrose du patient :

« Par des taquineries entre les époux, qui vivaient d'ailleurs dans une parfaite entente, notre patient apprit que son père, quelques temps avant de connaître sa mère, avait courtsé une jeune fille d'une famille modeste, pauvre mais jolie. Tel est le prologue. Après la mort de son père, sa mère lui dit un jour qu'elle avait parlé à ses riches parents de son avenir à lui et qu'un de ses cousins consentirait à lui donner en mariage une de ses filles, dès qu'il aurait terminé ses études ; des relations d'affaires avec cette importante maison lui offriraient ainsi de brillantes perspectives pour son avenir professionnel. Ce plan de famille réveilla en lui un conflit : devait-il rester fidèle à son amie pauvre ou bien suivre les traces de son père et épouser la jeune fille, belle, distinguée et riche, qu'on lui destinait ? »³¹ Il résout ce conflit en tombant malade. Conflit entre désir et idéal, racine de la formation des symptômes.

On retrouve le dédoublement de la femme dans l'histoire de la dette du patient : il se trouve hésiter entre deux femmes : l'employée de la poste – celle qui a remboursé sa dette – et la fille de l'aubergiste. Ainsi, « il pouvait se demander, comme son père dans l'aventure qui aboutit au mariage, à laquelle des deux, après le service militaire, prodiguer ses bonnes grâces »³². L'homme aux rats a reproduit son « hésitation entre les deux jeunes filles, en leur substituant dans ses idées quasi délirantes les deux officiers »³³.

Freud met en avant combien les pensées obsédantes, les doutes, quasi délirants de l'homme aux rats trouvent leur racine dans les coordonnées subjectives de son histoire : l'amour et la haine pour le père, une rencontre avec la sexualité arrivée trop tôt avec la gouvernante qu'il avait vue nue, les pulsions voyeuristes et agressives, l'identification au père, la femme idéalisée – femme de ses pensées – intouchable. Ici, la structure de la névrose est précise quant au conflit désir et idéal d'un côté, vœu de mort et culpabilité de l'autre.

Par exemple, l'homme aux rats dit à Freud qu'il y avait des personnes, des bonnes que « je désirais violemment voir nues. Toutefois j'avais, en éprouvant ces désirs, *un sentiment d'inquiétante étrangeté, comme s'il devait arriver quelque chose si je pensais cela et comme si je devais tout faire pour l'empêcher* ». Il cite comme exemple la crainte que « *son père ne meure* »³⁴. Enfant ses pensées lui traversaient l'esprit tout en le rendant triste. Le père

28. *Ibid.*, p. 233.

29. *Ibid.*, p. 232.

30. *Ibid.*, p.236.

31. *Ibid.*, p. 228.

32. *Ibid.*, p. 236.

33. *Ibid.*, p. 237.

34. *Ibid.*, p. 204.

continue à être l'objet de ses pensées obsédantes alors même qu'il est mort. Paradoxe que note Freud.

Le conflit névrotique qui touche les pensées de l'homme aux rats se déploie ainsi : désir obsédant de nature voyeuriste, et crainte obsédante, intimement liée à ce désir : toutes les fois où il y pense, il est obsédé par l'appréhension qu'il n'arrive quelque chose de terrible. Au père ou à la femme aimée. Ce conflit signe la structure de la névrose. Pulsions érotiques d'un côté et mouvement de révolte de l'autre. « La culpabilité est le vecteur même qui indique où est son désir. »³⁵

Pour conclure

Comment s'orienter dans la clinique ? Une orientation pour le travail clinique est indiquée par Freud : la lutte entre la défense primaire et secondaire se restreint d'une façon inattendue lorsque nous apprenons que les malades ignorent l'énoncé de leurs propres obsessions. Ainsi, l'effet de l'analyse permet que ces manifestations jusque-là obscures et parasites, se manifestent de façon plus claire. En abandonnant le langage imagé, il se passe ceci nous dit Freud : « le malade, s'étant jusqu'alors détourné avec frayeur de ses manifestations morbides, leur prête maintenant attention et apprend à les connaître plus clairement et avec plus de détails »³⁶. L'analyste doit faire aimer au patient son inconscient, le brancher sur le savoir inconscient. C'est une des réponses à notre question lorsque nous avons affaire à une névrose.

L'élément de structure se situe au niveau de l'Autre comme frein au désir. Dans les pensées de l'obsessionnel, l'Autre est toujours dans le coup. L'obsessionnel passe son temps à demander la permission pour rester conforme aux attentes de l'autre. Il demande la permission pour qu'on lui interdise et pour qu'il puisse continuer à désirer³⁷. Le désir de l'obsessionnel par le truchement de l'Autre se pose comme impossible, là où pour le sujet hystérique, il se pose comme insatisfait. L'un annule le désir de l'autre dans la demande ; l'autre ne peut vivre sans la présence du désir de l'Autre. L'un souffre de ses pensées et l'autre dans son corps. Le point commun est l'incidence du langage et de la parole sur le corps et l'âme.

C'est pourquoi J.-A. Miller donne cette indication clinique dans le cas de la névrose obsessionnelle : « Il demande la permission pour qu'on lui interdise et pour qu'il puisse continuer de désirer, et surtout pour qu'il puisse vous détester comme étant celui qui l'empêche de réaliser son désir. Qu'est-ce qui l'empêche de réaliser son désir ? C'est une contradiction interne de son désir. Donc, que faut-il faire ? Très simple. Il faut donner la permission. Il faut que le sujet fasse lui-même l'épreuve de la contradiction de son désir. »³⁸ L'obsession comme penser est à l'opposé de l'acte quant à la réalisation du désir. L'obsessionnel pense mais n'agit pas, il procrastine avons-nous coutume de dire à l'occasion.

Lacan dans sa « Conférence à Genève sur le symptôme » donne cette indication précieuse : « L'obsessionnel est très essentiellement quelqu'un qui est *pense*. Il est *pense* avarement. Il

35. Miller J.-A., ... *du nouveau ! : Introduction au Séminaire V de Lacan*, Séminaire de J.-A. Miller à Barcelone les 29 et 30 juillet 1998, coll. Rue Huysmans, ECF, 2000, p. 78.

36. Freud S., « Remarques sur un cas de névrose obsessionnelle... », *op. cit.*, p. 244.

37. Cf. Miller J.-A., « ... *du nouveau !* » *op. cit.*, p. 95.

38. *Ibid.*, p. 95-96.

est *pense* en circuit fermé. Il est *pense* pour lui tout seul. C'est par les obsessionnels que cette formule m'a été inspirée. »³⁹

39. Lacan J., « Conférence à Genève sur le symptôme », texte établi par J.-A. Miller, *La Cause du désir*, n° 95, p. 20.