



Comment entendre ce qui se répète, ce qui récidive, comment entendre les rechutes ?

Solenne Albert

Dans la clinique, nous avons affaire à deux types de phénomènes : des phénomènes fugaces, fugitifs, qui passent et qu'il s'agit de savoir attraper : les rêves, les actes manqués, les lapsus, sont de cette nature. Ils témoignent d'une autre scène, celle de l'inconscient. Ces phénomènes ne durent pas, ils ne s'installent pas dans le temps.

D'ailleurs, il faut souvent l'analyse pour qu'ils ne tombent pas aussitôt dans l'oubli et qu'ils parviennent à délivrer le message caché qu'ils renferment. À côté de ces phénomènes qui ne durent pas, il y a ceux qui durent, qui résistent, qui restent. Nous appelons symptômes ce qui se répète et qu'il ne faudrait pas. Ce « c'est plus fort que moi » qui insiste, revient, recommence, prend des masques différents pour toujours revenir à la même chose.

Ces deux phénomènes sont liés : on répète parce que l'on oublie. Le refoulement est une défense, une barrière de protection qui empêche le sujet de se souvenir du noyau traumatique auquel il a affaire, en tant qu'être parlant. L'inconscient, ce sont des pensées qui sont refusées, oubliées. C'est parce que quelque chose est oublié, refoulé, que le sujet névrosé répète ses conduites symptomatiques. Mais que se passe-t-il pour des sujets qui n'ont pas cette barrière de protection qu'est le refoulement névrotique ? C'est dans la psychose que nous voyons le plus le sujet aux prises avec une répétition angoissante, hors sens.

1. Du versant message du symptôme au versant jouissance

Freud, le premier, s'est intéressé à la causalité psychique des symptômes derrière lesquels aucune cause organique n'était trouvée. Il s'est donc attaché à démontrer combien un symptôme est un message, un hiéroglyphe complexe qu'il s'agit de déchiffrer, en prenant la parole. Avant Freud, personne ne s'interrogeait sur le vouloir dire du symptôme. Jusqu'au tournant de l'année 1920, Freud a démontré cliniquement que le symptôme était chargé de sens, un sens inconscient, le plus souvent une révolte intime du sujet, une parole qu'il ne pouvait pas dire, car elle entraînait en contradiction avec lui-même, avec son moi, ses idéaux, ses valeurs. Freud découvre qu'une revendication pulsionnelle, un conflit intime se cache derrière les symptômes d'un sujet. Dans ses symptômes se cache donc sa part vivante, désirante, sa révolte que l'analyse va lui permettre de découvrir et avec laquelle il pourra apprendre à se réconcilier. C'est pourquoi il n'y a pas de sujet sans symptôme. Personne ne peut se dire totalement en accord avec lui-même, avec ses désirs, sa jouissance, ses pulsions. L'être parlant est divisé par ce qui l'agite, au cœur de lui-même, sa propre jouissance. Donc à partir de 1920, Freud bute sur un os, une difficulté clinique. Il s'aperçoit que, malgré de longues analyses, même après avoir libéré le symptôme de son sens, il y a un reste : le symptôme perdure, il a la dent dure. On ne s'en débarrasse pas. Freud a donc alors élaboré le concept de pulsion de mort pour rendre compte de cette jouissance opaque, hors sens, qui habite le sujet et qui dure, qui reste, qui n'est pas raisonnable et que le symbolique ne parvient pas à résoudre.

Lacan va emprunter le même chemin que Freud : dans le premier temps de son enseignement, il va donner au symbolique, c'est-à-dire à la parole, presque les pleins pouvoirs. Il va s'intéresser au versant déchiffrement des symptômes. Puis, progressivement, le concept de jouissance va devenir central. Lacan, comme Freud, va tourner autour de ce réel que le symbolique ne parvient pas à résorber. C'est une difficulté majeure : lorsque l'on est soignant, que l'on travaille en institution de soin, notre outil premier c'est la parole. Et nous avons l'idée que le langage – parler avec le patient – viendra à bout d'un certain nombre de difficultés qui se posent aux patients. Et rapidement, ce à quoi nous nous confrontons, c'est à un réel, quelque chose qui se répète et dont il n'est pas possible facilement de venir à bout. Un patient logorrhéique par exemple : on voit bien là qu'il y a un phénomène de

jouissance qui n'est pas résorbable, qu'il ne suffit pas de demander au patient de s'arrêter de parler pour qu'il y parvienne. D'où notre angoisse, ou notre malaise, en tant que soignants, face à cette pulsion de mort, ou cette jouissance mauvaise, qui insiste chez le patient. Par exemple, lorsque nous attendons d'un sujet qu'il arrête de boire, de fumer, de trop manger, etc. Nous faisons l'expérience d'une difficulté : le patient rechute, répète les mêmes conduites symptomatiques. Comment l'aider ? Le premier écueil dans lequel il est difficile de ne pas tomber est celui de l'agacement, voire du rejet, qui conduit à penser que le patient met en échec son projet : « Nous avons tout fait pour mettre en place un très bon projet pour lui, le fait-il exprès ? » Aborder la clinique du côté du symptôme, c'est-à-dire d'un « c'est plus fort que moi », permet de sortir de la dimension de la volonté. On le voit bien, pour chacun, chacun a ses symptômes, ces petites choses « en excès » qu'il ne devrait pas faire, et qu'il fait quand même. Ou bien ces petites choses qu'il sait qu'il devrait faire, et il n'y arrive pas, ce qui à la fois constitue presque sa personnalité, son identité. C'est souvent à partir de nos symptômes que l'on nous reconnaît et que l'on dit « ça c'est tout lui ! ». C'est pourquoi lorsqu'on décide d'aborder de front ce symptôme, c'est souvent la déprime. Car le symptôme n'est pas un dysfonctionnement mais bien un mode de fonctionnement, c'est pourquoi il se répète.

2. Le symptôme « est un fait de répétition »¹

Dans son Séminaire de Barcelone, publié dans l'ouvrage collectif intitulé *Le symptôme-charlatan*, Jacques-Alain Miller indique que « Le lapsus, le mot d'esprit, l'acte manqué obéissent à une temporalité de l'instant [...] Il n'y a rien de plus radical pour tuer un mot d'esprit que de demander à celui qui l'a fait de le répéter. »² À l'inverse, « l'essence du symptôme, c'est la répétition »³.

« Quand nous disons symptôme, la répétition se trouve toujours à l'horizon. [...] Un symptôme est voué à se répéter, il prend tout son sens clinique dans le contraste avec l'éclair et la surprise des trois autres formations. Lacan mentionne la surprise comme un trait structural de l'inconscient. Le symptôme en tant que "et cætera" est le contraire de la surprise. Quand nous disons "c'est bien lui, (ou elle)", nous désignons le "et cætera" de quelqu'un. Son symptôme est son identité la plus assurée. Lacan dit que le symptôme de certaines personnes peut être ce qu'elles ont de plus réel. »⁴ L'hypothèse du symptôme comme réel se comprend précisément en raison de sa répétition.

Ainsi, « Pour Freud, le symptôme se trouve essentiellement rattaché à la compulsion de répétition. »⁵ J.-A. Miller nous renvoie au chapitre X d'*Inhibition, symptôme et angoisse*, dans lequel « Freud rappelle que le symptôme implique une fixation et que ce facteur de fixation réside dans *la compulsion de répétition du ça inconscient*. »⁶ La constance répétitive de la pulsion est rattachée au symptôme, « comme l'âme du symptôme »⁷.

Dans ce Séminaire de Barcelone, J.-A. Miller effectue une reprise du mouvement de Freud et de Lacan concernant ce concept de répétition. « Tout l'effort de Lacan [...] repose sur ce double versant, et sur le parcours qui va du sens à un au-delà du sens. »⁸ Il s'appuie sur deux Conférences de Freud : la Conférence 17, intitulée « Le sens des symptômes » et la Conférence 23 intitulée « Les modes de formation des symptômes ». J.-A. Miller repère un mouvement de bascule crucial, de l'une à l'autre de ces deux conférences.

Dans la Conférence 17, Freud indique que : « Chaque symptôme a un sens et se rattache étroitement à la vie psychique du malade »⁹, tout comme les actes manqués et les rêves.

1. Miller J.-A., « Le Séminaire de Barcelone sur *Die Wege der Symptombildung* », in *Le symptôme-charlatan*, Paris, Seuil, 1998, p. 41.

2. *Ibid.*, p. 54.

3. *Ibid.*, p. 55.

4. *Ibid.*

5. *Ibid.*, p. 56.

6. *Ibid.*

7. *Ibid.*

8. *Ibid.*, p. 29.

9. Freud S., *Introduction à la psychanalyse*, Petite bibliothèque Payot, 1961, p. 239.

Dans la Conférence 23, un autre chemin est suivi par Freud, celui de la satisfaction : « La satisfaction qui naît du symptôme est de nature bizarre »¹⁰ indique-t-il. Le terme important est satisfaction, *Befriedigung*. Freud se déplace donc du versant vérité et déchiffrement du symptôme au versant répétition et jouissance incluse dans le symptôme, allant jusqu'à indiquer que le symptôme produit « une satisfaction réelle »¹¹. La libido parvient à se frayer une voie, par l'entremise du symptôme. « Ainsi naît le symptôme, qui est un produit considérablement déformé de la satisfaction inconsciente d'un désir libidineux. »¹²

Dans son Séminaire de Barcelone, J.-A. Miller souligne que « L'observation de Freud c'est que, dans le symptôme, il s'agit d'obtenir la jouissance tout en s'en défendant. [...] il y a dans la jouissance quelque chose d'excessif qui oblige le sujet à se défendre contre la jouissance qu'il recherche. »¹³ Il précise : « La Conférence 23 est une étude des modes de jouissance. La définition que donne Freud du symptôme, c'est que, malgré sa phénoménologie de souffrance, c'est une modalité de satisfaction libidinale. »¹⁴ Ainsi, l'usage du symptôme est de servir de substitut à la satisfaction qui manque dans la vie. « La clé de la formation des symptômes est pulsionnelle »¹⁵ et cette « satisfaction pulsionnelle est un réel »¹⁶.

3. La répétition, un concept fondamental

Dans le Séminaire XI, Lacan reprend les concepts fondamentaux de la psychanalyse et en dénombre quatre : l'inconscient, la répétition, le transfert et la pulsion. La répétition fait donc partie des quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse. Au début de ce Séminaire, Lacan s'interroge : « Qu'est-ce qu'une praxis ? »¹⁷, c'est-à-dire une pratique clinique. Il souligne qu'une praxis est un terme qui permet de désigner une action qui consiste à essayer de « traiter le réel par le symbolique »¹⁸, c'est-à-dire par la parole. Il indique ceci : « Aucune praxis plus que l'analyse n'est orientée vers ce qui, au cœur de l'expérience, est le noyau du réel. »¹⁹ C'est pourquoi, pour la psychanalyse, un acte n'est pas un comportement, car nos conduites sont déterminées par quelque chose de plus fort que nous, souvent des paroles qui ont été dites sur nous, parfois même avant notre naissance, et qui sont la cause, méconnue à nous-mêmes, de nos ratages, de tout ce qui cloche, bafouille dans notre vie. « Le réel est ici ce qui revient toujours à la même place [...] Toute l'histoire de la découverte, par Freud, de la répétition comme fonction ne se définit qu'à pointer ainsi le rapport de la pensée et du réel. »²⁰

Ainsi, ce qui fait le noyau de nos symptômes, le réel en jeu, est à nous-même ignoré. Avant d'être en analyse, c'est le silence et l'énigme qui entourent la cause de nos symptômes. Motus. « Le symptôme est d'abord le mutisme dans le sujet supposé parlant. »²¹ L'enjeu consiste donc à faire en sorte que le sujet accepte d'emprunter le chemin de la parole, afin de déchiffrer le noyau de jouissance/souffrance qui le conduit à répéter, sans le savoir, les mêmes conduites symptomatiques. « La répétition apparaît d'abord sous une forme qui n'est pas claire, qui ne va pas de soi, comme une reproduction, ou une présentification, *en acte*. »²² Le but de l'analyse va alors consister à permettre au sujet de parler et de se souvenir, plutôt que de répéter.

Mais il convient, dans le maniement du concept de répétition, de distinguer ce qu'il en est dans les névroses et dans les psychoses. Dans les névroses, le réel, c'est-à-dire le noyau de jouissance

10. *Ibid.*, p. 344.

11. *Ibid.*, p. 339.

12. *Ibid.*

13. Miller J.A., « Le Séminaire de Barcelone... », *op. cit.*, p. 28.

14. *Ibid.*, p. 38.

15. *Ibid.*, p. 36.

16. *Ibid.*, p. 35.

17. Lacan J., *Le Séminaire*, livre XI, *Les Quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*, texte établi par J.-A. Miller, Paris, Seuil, 1973, p. 11.

18. *Ibid.*

19. *Ibid.*, p. 53.

20. *Ibid.*, p. 49.

21. *Ibid.*, p. 16.

22. *Ibid.*, p. 50.

traumatique, est oublié, effacé, *oblivium* dit Lacan dans son Séminaire XI. L'inconscient, ce sont des pensées que nous avons oubliées, mais qui continuent d'être actives. Cet oubli, ce refoulement, protège le sujet névrosé, qui n'a donc pas affaire au réel traumatique brut. L'inconscient est un filtre, un voile fantasmatique – que nous posons sur la jouissance. Ainsi, le sujet n'est pas confronté sans médiation, de manière brutale, à la jouissance de l'Autre. Sauf lorsque des situations extrêmes (viol, attentats, accidents...) viennent déchirer le voile fantasmatique protecteur. C'est par l'entremise du symptôme que quelque chose de ce qui a été oublié fait retour. Et il faut souvent de très longues années d'analyse pour déconstruire des croyances fantasmatiques solides. Or, dans la psychose, le sujet est confronté, sans voile, sans filtre, au choc du traumatisme initial. Parfois, il n'y a pas l'oubli, le sujet n'oublie pas. Ce qui cause aussi bien toute sa souffrance et sa grande difficulté à supporter la vie. C'est une immense souffrance de ne pas pouvoir oublier. Je pense à telle patiente, harcelée par ses camarades de classe. « Le fond du problème, me dit-elle très justement, c'est que je n'oublie rien de ce que l'on me dit ». « J'ai une mémoire infailible. Les mots sont gravés. Des années après, j'ai mal comme si c'était hier, de paroles que mon père m'a dites quand j'étais enfant. » Pour elle, pas de filtre, pas de barrière de protection. Elle s'auto-mutile parce qu'elle n'arrive pas à dire combien les mots la blessent, combien elle est sans défense contre le langage. La répétition n'est donc pas la même dans la névrose et dans la psychose : dans la névrose, le symptôme est l'indice, le poteau indicateur d'une jouissance qui a été évitée et qui sera dorénavant recherchée mais ne sera jamais trouvée autrement que par l'entremise du symptôme. Dans la psychose, il n'y a pas l'intermédiaire du symptôme, sorte de cicatrice du réel. Le sujet est confronté, sans filtre, au traumatisme. Vont s'en dégager deux directions de la cure très différentes : dans la névrose, défaire l'oubli, permettre au sujet de se souvenir. Dans la psychose : construire un filtre, éloigner le sujet du trauma.

Je pense à Mr R., par exemple, qui me dit boire pour oublier. Il a bu pendant des années pour oublier. Car il se souvenait de tout. Tous les sévices subis dans son enfance. Et d'ailleurs, sa plus grande angoisse, lorsque je l'ai rencontré, c'était que je le force à parler des traumatismes subis. La direction des séances, pour ce patient, a consisté à respecter cette défense : ne pas tout dire. De la même manière, lors des débuts de son hospitalisation, j'allais très régulièrement parler de lui avec les équipes, car c'était un patient qui « se faisait oublier », docile, compliant, il ne faisait pas de bruit. N'ayant pas de symptôme, pas de barrière de refoulement, l'alcool avait cette fonction pour lui de passer des moments « où j'oubliais » dit-il. « C'étaient mes moments de répit. Le reste du temps, ma vie n'était qu'angoisse. »

Alors quel levier avons-nous à notre disposition pour permettre au sujet de s'extraire de la répétition qui le pousse à répéter des conduites très mortifères, dans lesquelles la pulsion de mort est aux commandes ? C'est ce que nous allons aborder dans ce quatrième point.

4. Comment s'extraire de la répétition ? – La fonction du transfert

Quel levier précieux et solide avons-nous à notre disposition pour aider le sujet ? Ce levier, c'est celui du transfert. Le patient projette sur nous une certaine image de son passé – parfois traumatique, et l'enjeu va être de réussir à se décaler par rapport à cette image, de ne pas lui correspondre, de ne pas répéter la mauvaise rencontre traumatique qu'il a eue avec l'Autre et son désir et sa jouissance. Ce n'est pas le patient qui va pouvoir sortir de la répétition, c'est nous qui allons devoir l'aider à en sortir. Et pour cela, il n'y a pas d'autre manière que de s'impliquer – personnellement – individuellement. Pas de manière anonyme ou collective. Mais individuellement. Dire « Je », s'engager. Lorsque, à leur sortie d'hospitalisation, je revois les patients en CMP, aucun ne me dit : « grâce à l'équipe infirmière, j'ai compris ceci, ou j'ai réussi à sortir de cela... » À chaque fois, ils me disent : « J'ai discuté avec untel ou untel et il m'a dit telle parole qui m'a beaucoup aidé, qui m'a fait réfléchir, qui m'a permis de porter un autre regard sur les choses. »

Dans son Séminaire XI, Lacan indique que « le concept de répétition n'a rien à faire avec celui de transfert »²³. Disons qu'il ne se confond pas avec le transfert. Freud, dans son texte « Observations

23. *Ibid.*, p. 34.

sur l'amour de transfert », parle d'un amour « véritable »²⁴. Si Freud utilise le mot « véritable », c'est pour souligner la dimension d'authenticité du transfert et pour indiquer que, justement, le transfert, bien que s'enracinant inévitablement dans un attachement de l'enfance, permet de susciter quelque chose de nouveau : une surprise, une rencontre qui permet de sortir du trauma de la répétition de la relation, parfois ravageante, avec l'Autre. Le transfert, c'est la chance de rencontrer quelqu'un qui ne vous parle pas comme on vous a toujours parlé, quelqu'un qui prenne au sérieux votre parole, sans idée préconçue et qui ne vous juge pas. C'est ce qui est attendu des soignants : pouvoir entendre la singularité de ce que le patient a à dire, la singularité de sa souffrance. C'est ce qu'il y a de plus difficile à faire. Souvent, on préfère ne pas savoir combien un patient souffre. Parce que cela veut dire que, le prendre en charge, le soigner, cela va demander du temps, de la patience, pour l'aider à sortir de la répétition. C'est pourquoi il nous est toujours nécessaire de nous former, parfois d'être soi-même en analyse, afin de réussir à entendre vraiment ce que le patient nous dit d'original, ou de difficile à entendre et qui ne rentre pas dans les cases, qui ne rentre dans aucun savoir préconçu. Afin d'oser aussi assumer cette relation particulière qu'est le transfert. Pourquoi n'est-elle pas facile à assumer ? Chacun a pu en faire l'épreuve. Parce qu'elle engage. Assumer le transfert, cela veut dire accepter de compter pour le patient, accepter qu'il ait logé en vous une part de son histoire douloureuse, une part de ses fantasmes, une part de ses attentes et de ses questions. Et qu'il faudra donc être là à l'heure du rendez-vous que vous lui avez fixé. C'est à cette condition là que le patient pourra, peu à peu, sortir de la répétition. À condition de reconstruire un lien de confiance à l'Autre – ou même le construire – car parfois ce lien n'a pas été établi, tel enfant, ou tel adulte n'ayant jamais pu compter sur l'Autre, n'ayant jamais pu compter sur un adulte fiable, sur la parole duquel s'appuyer. Là encore, il convient de distinguer la clinique des névroses et la clinique des psychoses.

Dans son texte, « Remémoration, répétition et perlaboration », Freud indique que « C'est dans le maniement du transfert que l'on trouve le principal moyen d'enrayer la compulsion de répétition et de la transformer en raison de se souvenir. »²⁵ Dans la névrose, il faut un long trajet avant de « découvrir les motions pulsionnelles refoulées qui alimentent la résistance »²⁶. La résistance est donc une résistance contre l'apparition du souvenir. La névrose est une défense contre le trauma. Que se passe-t-il dans la psychose ? Dans la psychose, il n'y a pas cette défense, ce roman familial, ce mythe individuel du névrosé, que le patient découvre, peu à peu, et qu'il lui faut des années à déconstruire.

Dans sa « Note sur l'enfant », Lacan souligne l'importance, dans la constitution subjective des êtres parlants, d'avoir affaire à un désir « qui ne soit pas anonyme »²⁷. C'est parce que nous rencontrons un désir particulier, unique, que nous allons pouvoir construire notre subjectivité, notre identité. Ce désir singulier est un opérateur puissant qui permet de ne pas errer, qui permet de s'accrocher au désir de quelqu'un et de trouver ainsi un sens à sa propre vie. Le transfert – qui véhicule un intérêt particularisé pour le patient – est cet opérateur puissant, qui peut permettre à un patient de sortir de la répétition traumatique et de retrouver le goût de vivre. L'enjeu du transfert est alors parfois de permettre au patient de sortir de l'anonymat, en faisant exister un désir singulier. Avoir du désir pour lui – et notamment en premier lieu – le désir qu'il parle, qu'il mette des mots sur ce qui lui arrive. S'intéresser à lui, donner de la valeur, du poids à ses paroles.

Une présence orientée par la psychanalyse tient compte du réel en jeu dans le transfert. Elle est donc tout sauf une rééducation thérapeutique ayant pour idéal l'autonomie du patient. « Le transfert est un phénomène essentiel, lié au désir comme phénomène nodal de l'être humain »²⁸.

Conclusion : La présence de la pierre sur le chemin

24. Freud S., « Observations sur l'amour de transfert », *La technique psychanalytique*, PUF, 1970, p. 126.

25. Freud S., « Remémoration, répétition et perlaboration », *La technique psychanalytique, op.cit.*, p. 113.

26. *Ibid.*, p. 115.

27. Lacan J., « Note sur l'enfant », *Autres écrits*, Paris, Seuil, 2001, p. 273.

28. Lacan J., *Le Séminaire*, livre XI, *Les Quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse, op.cit.*, p. 210.

Dans *L'os d'une cure*, J.-A/ Miller utilise la métaphore de la pierre sur le chemin pour cerner cet os, ce réel sur lequel nous butons. « L'insistance répétitive manifeste la présence même de la pierre dans son caractère incontournable au milieu du chemin. »²⁹ « C'est parce qu'il y a l'obstacle qu'il y a la répétition, mais c'est parce qu'il y a la répétition que se perçoit et s'isole l'obstacle. »³⁰ Pas de vie humaine sans obstacle, sans cette pierre d'achoppement sur laquelle nous butons. Faire le pari de la parole, avec le patient, vise à cerner, repérer le pourquoi, la cause de la répétition, et même si le patient lui-même ne parvient pas à le nommer, il nous revient de faire avec lui le pari que ce qui se répète veut dire quelque chose, pour lui et pour lui seul. Car un symptôme n'a jamais le même sens pour deux personnes différentes. C'est pourquoi la clinique, notre travail, est si riche et enseignant, si l'on accepte de ne pas savoir à l'avance ce que « ça » veut dire, et de se laisser enseigner par ce que le patient a d'inattendu à nous dire.

29. Miller J.-A., *L'os d'une cure*, Navarin, 2018, p. 8.

30. *Ibid.*, p. 10.