
- Revue de Presse -

Nous présentons ici **une** sélection de textes présentés à la Revue de presse de L'association Psychanalyse et Médecine qui a lieu le 2^{ème} lundis de chaque mois, saDe Philippe Chaslin, Service de Psychiatrie adulte du Pr J-F. ALLILAIRE, Hôpital Pitié-Salpêtrière, à 21 h.

« L'Esthétique de la Mélancolie »

de Marie-Claude LAMBOTTE

2^{ème} ; édition, 1999

Aubier- La psychanalyse prise au mot.

Présentation par Maria-Rosanne PINTO:

Plutôt que de proposer l'ouvrage comme un effort d'objectivation de la clinique de la mélancolie, l'auteur le présente comme un essai sur le concept. Cependant, la clinique se trouve fortement présente parmi les divers registres servant à l'élaboration d'un modèle métapsychologique, à savoir, la philosophie, l'histoire, la littérature et l'esthétique.

D'emblée, Marie-Claude Lambotte nous avertit que nous avons ici à faire avec une *maladie de la pensée* qui est aussi, *celle qui donne le plus à penser*. En effet, la diversité de formes que la mélancolie a revêtues au cours de son histoire aussi bien du point de vue conceptuel que phénoménologique est au cœur des recherches dont cet essai rend compte. Il s'agit, d'abord, d'entreprendre une analyse poussée du processus des métamorphoses de la mélancolie. Ensuite, il est question de mettre en place des hypothèses concernant son étiologie pour, finalement, aboutir à ce que l'auteur appelle sa *résolution esthétique*.

Nous parcourons, au fil de l'ouvrage, toutes les définitions du concept, les sources esthétiques et littéraires y étant privilégiées, notamment la *Mélancolie*, tableau de Dürer et le *Journal* de Kierkegaard. Cela se justifie dans le parti pris freudien qui est également celui de Lambotte : reconnaître les écrivains comme nos vrais maîtres à nous, nos précieux alliés, ceux qui ont des sources privilégiées d'accès à l'âme.

Dès lors, l'idée d'une *excessive lucidité* chez le mélancolique, signalée par Freud dans *Deuil et Mélancolie*, est en quelque sorte revisitée dans la longue analyse que fait l'auteur de la *position*

d'exception du mélancolique dont le personnage du tableau de Dürer serait le paradigme. Et c'est dans l'intuition philosophique de E. Panofski sur la *Mélancolie* de Dürer, que nous voyons la Mélancolie apparaître comme «... *une figure de la pensée: son énergie est paralysée non par le sommeil, mais par la pensée*. Et à l'auteur d'ajouter: *C'est par trop de pensée que le mélancolique s'égare, c'est par trop d'imagination qu'il n'est plus que ruine intérieure*» (p. 40). C'est là un des principaux composants de la position d'exception du mélancolique, à laquelle s'articule sa catastrophe subjective.

Pareillement, lorsqu'il s'agit de savoir ce qu'est la mélancolie, l'auteur évoque la définition qu'en donne Kierkegaard: *c'est l'hystérie de l'esprit...* En fait, cette question est précédée par d'autres, celles-ci constituant la grande énigme que pose la mélancolie: « *y aurait-il plusieurs mélancolies pour que les uns la subissent et les autres la fécondent? Pourrait-on parler d'une sublimation de la mélancolie? Et si on l'accorde, pourrait-on parler de productions proprement mélancoliques ?* » (p.50). Ce sont là des questions auquel l'essai cherche à répondre, s'appuyant à plusieurs reprises sur Kierkegaard et Dürer.

Ainsi, le lecteur apprend combien la mélancolie a toujours appelé de façon convergente des études d'ordre spéculatif, psychologique et iconographique. L'évident du moi de la mystique espagnole (Saint Jean de la Croix) est repris par Freud dès 1895. L'impuissance originelle, indiquée dans la notion de l'absurde dans la spéculation philosophique et exprimée par l'état de dérégulation, dans le langage de la psychologie, est manifesté dans les traits résignés de la Mélancolie de Dürer. Cela pourrait être aussi la *négligence indifférente* de l'acédia du Moyen Age, couplée à l'inhibition symptomatique de la mélancolie et au *sommeil coupable* des gravures nordiques du XVIème siècle.

Dans le registre de la métapsychologie, le fil conducteur de l'ouvrage se trouve dans l'élucidation que fait Freud de l'étiologie de la mélancolie tout au long de son œuvre. L'auteur nous livre une analyse très fine de cette élucidation, dès les manuscrits E, F et G, des *Lettres à Fliess*, de 1894-1895, passant par *Deuil et Mélancolie*, de 1917, ainsi que par la nosographie de 1924 de *Névrose, Psychose et Perversion* sur laquelle l'accent est mis, pour aller jusqu'aux *Fragments Posthumes* de 1938. C'est à la mélancolie en tant que *névrose narcissique*, telle qu'elle a été définie par Freud, que s'intéresse M-C. Lambotte. D'ailleurs, un des grands buts de l'essai est de critiquer l'étiquette de psychose que la psychiatrie, et même la psychanalyse, appliqueraient trop facilement à la mélancolie. C'est pourquoi il est important d'examiner, à côté des notions freudiennes, les nombreuses vicissitudes du concept. Une conclusion en ressort: jusqu'à présent, la mélancolie n'est définie que du point de vue différentiel par rapport aux autres pathologies. Pour l'auteur, si la mélancolie n'est pas une névrose comme les autres, elle n'est pas pour autant une psychose.

Désormais, c'est d'après une lecture comparée de ces maintes définitions qu'une hypothèse centrale sur la mélancolie pourra être mise en place. Celle-ci permettrait d'entrevoir où seraient vraiment situés les arcanes de son étiologie. A ce propos, l'auteur nous annonce dès la préface que, de tout ce parcours dans l'histoire du concept, « ... Il en résulte que trop d'esprit et pas assez de corps figurera donc un tableau étiologique de la mélancolie, depuis les écrits médico-philosophiques de l'Antiquité jusqu'aux conceptions les plus modernes de la psychiatrie et de la psychanalyse, dont le manuscrit G des 'Lettres à Fliess' serait le paradigme » (p. 2).

C'est justement de ce *trop d'esprit et pas assez de corps* que part l'hypothèse de M-C. Lambotte. Du point de vue psychanalytique qui est le sien, il relèverait une faille foncière dans le jeu des identifications. La mélancolie s'expliquerait ainsi par une fixation dans un stade très précoce de l'évolution libidinale du sujet, le *Stade du Miroir* tel que l'a conçu Lacan: « Faute d'un regard qui lui aurait signifié son identité, le mélancolique erre à jamais à la recherche de ses propres traits et s'efforce en vain de soutenir les ruines d'un narcissisme en perdition », nous dit l'auteur (p. 65).

Par conséquent, le mélancolique n'a de cesse de remémorer cette perte originaire qui l'a précocement privé des signes de la reconnaissance d'où son deuil permanent et infini, cette sorte de « *cérémonie funèbre constante dont il ignore les motifs* » (p.67).

Du fait que le mélancolique n'a pas eu accès au regard censé pouvoir lui donner un Double, le reflet du miroir lui est demeuré tout à fait étranger. Il ne lui reste que l'alternative précaire de se procurer une identité d'emprunt, un semblant d'identité. C'est en projetant ces quelques morceaux du puzzle incomplet qu'il possède sur l'apparente stabilité des autres qu'une pièce malencontreuse peut lui suffire pour retirer de l'objet élu son investissement. Ce faisant, il sauve l'idéal imaginaire par la rumination intérieure.

Ce glissement de l'Autre, toujours tendant à la disparition donne lieu également à des troubles de l'image du corps, si souvent repérables chez le mélancolique. Puisque l'appropriation de l'image lui fait défaut à cause de ce tiers (la mère) inopérant, le mélancolique traîne après lui un visage qu'il ignore et un corps qui l'encombre.

De ce non échange de la pulsion scopique résulterait, selon l'auteur, « ...un corps proto-plasmique, un corps troué d'un vide impossible à boucher, un corps calqué sur celui des autres, tel est le corps du mélancolique, qu'il qualifie lui-même de corps inconnu, animé d'une vie étrangère 'à côté de lui'. Plus qu'une dépréciation du corps, il s'agit pour lui d'une présence insaisissable qui le fuit constamment. Il ne peut même pas recourir à l'image monstrueuse du dépressif, intériorisation du regard glacé de la mère » (p. 85).

Cela étant, le mélancolique ne réussit pas à partager l'illusion sur laquelle se fonde l'identité de chaque sujet, il n'en est pas dupe. C'est donc cet accès trop précoce à la Vérité qu'inaugure son drame et, par conséquent, sa position d'exception.

Ce *trop de vérité* est justement ce qui donne la mesure de la difficulté du maniement du transfert avec le mélancolique. La résistance de l'analyste s'y trouve testée par le savoir dont le patient mélancolique témoigne. C'est un savoir comme celui de Faust, dont l'excès de vérité a une puissance fatale. Le transfert se place ainsi entre la catastrophe du fantasme accompli et l'irréparable d'un nouvel abandon, les deux

guettant sans cesse l'expérience de la cure. Et si le mélancolique prend l'analyste comme le dépositaire de ce savoir dont il veut se débarrasser, il ne peut exprimer une telle demande qu'en la niant simultanément.

Certes, l'auteur considère que le transfert chez le mélancolique n'est pas aisé à s'exprimer. Mais il ne s'agit pas, pour autant, de méconnaître son aptitude au transfert. Au contraire, c'est du savoir supposé chez l'analyste que dépend la possibilité, pour le sujet mélancolique, de faire reposer sur l'objet esthétique le poids de la nostalgie d'une jouissance encore trop présente. Ce n'est que d'après l'expérience du transfert que la capacité du sujet à se forger une image idéale au-delà de la seule incorporation des traits d'autrui peut se construire. C'est également de cette expérience qui dépend le passage de l'inhibition généralisée, caractéristique de la maladie, au déplacement d'énergie tourné vers la composition des éléments de la réalité.

Ces propositions sont effectivement traitées dans la dernière partie de l'ouvrage, dans laquelle l'idée d'une *résolution esthétique* est longuement développée. Cette possibilité de réorganisation de l'image virtuelle pour le sujet mélancolique l'approche de la position de l'esthète. Ce dernier, nous le savons, est censé être sensible aux éléments d'une réalité qui, encore qu'elle soit chaotique, peut toujours être recomposée, réorganisée. Il ne s'agit pas de la position de l'artiste (plus proche de celle du dépressif) qui serait toujours en train de réparer la forme en la recréant. Il s'agit plutôt d'un art de la composition, d'après lequel un art de vivre peut être élaboré.

L'auteur n'hésite pas à recourir ici encore à ses alliés: la littérature, l'humour, le théâtre. Les notions esthétiques telles que le Beau et le Vulgaire sont examinées dans une discussion fort intéressante portant sur leur rôle dans la subjectivité du mélancolique. De même le Quiproquo, ce phénomène du langage si proche de l'inconscient prend toute sa valeur. C'est de 'prendre une chose pour l'autre' qu'il s'agit pour le mélancolique aux prises avec les effets d'un quiproquo narcissique.

Il reste à ajouter que la complexité de toutes ces réflexions a la même mesure de la rigueur des analyses de Marie-Claude Lambotte, ce qui s'avère rassurant pour le lecteur. Evidemment, nous ne pouvons ici qu'en parler de façon synthétique, c'est à dire, commenter les lignes

générales des thèses discutées dans cet essai. De fait, nous sommes devant un ouvrage résultant des interrogations que la clinique de la mélancolie a posée à l'auteur. La pluralité des registres ne fait qu'enrichir et rendre la lecture encore plus stimulante, une raison de plus pour que ceux que cette clinique concerne et interroge s'y arrêtent.

"L'ordre médical",
de Jean CLAVREUL,
Editions du Seuil, Collection Le Champ
Freudien, 1978

Présentation par Sandrine Malem:

Ce livre, écrit il y a plus de 20 ans, me semble devoir réclamer toute notre attention par rapport aux questions dont nous débattons au sein de l'AP.M. L'enjeu principal de ce livre me semble consister dans l'analyse de la logique du discours médical que Jean Clavreul rapproche de celle du discours du maître, tel que Lacan en a défini les singularités. Cette analyse permet de dégager également la spécificité du discours psychanalytique et nous met en garde contre toute tentation de « faire avec ou contre ». Entre discours médical et discours psychanalytique, il y a une disjonction radicale, une « coupure épistémologique » dont l'auteur s'attachera à démontrer les causes et à déployer les conséquences.

Mais ce texte n'est pas non plus un pamphlet anti-médical qui viserait à dénoncer un malaise au nom d'une humanisation de la médecine ou d'une subversion de son discours, attitude qui ne pourrait aboutir qu'à une reconquête ou à une récupération de la psychanalyse par la médecine sous la forme de la « psychosomatique » ou des différentes formes de psychothérapie.

Ainsi pour Clavreul, comme pour Lacan, la médecine psychosomatique n'existe pas, car: *« Toute tentative de replâtrage entre psyche et soma n'est que négation de ce qu'a instauré l'objectivation scientifique: l'impossibilité de laisser quelque place que ce soit à la question du sujet. Ce n'est que dans un autre discours (que le discours médical) que cette question peut être reprise, ce que fait la psychanalyse. »*

Mais avant d'en venir à la spécificité du discours psychanalytique, nous reprendrons les principaux

points que dégagent J. Clavreul pour caractériser le discours médical :

Un premier aspect, le plus important, vise à mettre en relief le fait que l'objet du discours médical n'est pas le malade comme personne, mais la maladie:

la maladie, en acquérant un statut scientifique se sépare de plus en plus de ce que l'intéressé en éprouve

le discours médical privilégie certains faits et écarte ce qui va à son encontre: le discours du malade lui-même, la subjectivité, tout ce qui relève du « psychisme » ...

la médecine vise à déposséder le malade de sa maladie, de son symptôme, pour l'en débarrasser. Ce qui choit dans l'opération, le reste, c'est le « sujet » malade (à l'extrême, on l'entend dans cette formule: opération réussie, patient décédé)

Dans un second temps, Jean Clavreul va établir la mythologie sur laquelle se fonde l'ordre médical :

Sa place dans l'histoire des sciences en Occident, avec le primat de la biologie. La médecine s'inscrivant comme « science appliquée » et comme caution morale de la science (cf les arguments des généticiens préparant le clonage humain: « Cela va sauver des vies »)

Au mythe du « désir de savoir » du savant, fait écho le mythe du « désir de guérir » du médecin qui ne résiste pas longtemps à l'analyse : Ce désir de guérir n'a rien de naturel ni d'instinctuel puisque dans la nature, l'instinct privilégierait plutôt la survie de l'espèce à celle de l'individu. Par ailleurs, l'histoire a montré que la réponse la plus couramment observée face à la maladie ou à l'anormalité est la mise à l'écart (asile, léproserie ...) plutôt que les efforts pour venir en aide aux faibles ou aux malades.

L'absence de résistance qu'offre la médecine aux idéologies totalitaires ou destructives, qu'elle a pu servir sans se soucier un seul instant de l'éthique.

Un autre mythe prépondérant et qui fait florès depuis ces 20 ans qui nous séparent de la sortie du livre de Clavreul, est celui de la « relation médecin/malade »: Pour l'auteur, on ne peut pas parler de « relation » entre médecin et malade dans la mesure où il y a exclusion de la position subjective du malade, comme du médecin. Cette « relation » est inégale, de fait

comme de droit, pour preuves: le « secret » médical, la disparité des savoirs, l'absence de contrat, l'inégalité devant les soins, la mise en question du choix du praticien (de plus en plus accentuée dans le cadre de la politique actuelle de santé publique). Cette mythologie de la relation médecin/malade ne fonctionne que dans la mesure où le malade partage - de gré ou de force - le même idéal du Bien que le médecin (guérir, vivre), en témoigne l'inintérêt manifesté - jusqu'à ces dernières années - pour les malades en fin de vie, l'hostilité envers les suicidants, le scandale de l'euthanasie, etc.

Le troisième point vise à montrer comment le discours médical fonctionne comme un discours du maître, à travers les différents types d'actes qui le ponctue et les signifiants qui s'y accrochent:

le diagnostic: celui-ci fonctionne comme une véritable « nomination ». C'est un acte de maîtrise car le malade est alors invité à se déprendre de toute autre interprétation. Le diagnostic précipite le sens (au sens de la chimie des cristaux) en signifiants sidérants, opaques, totalement énigmatiques au sujet et empêche toute mise en mouvement dialectique du symptôme.

Le pronostic: peut être considéré comme un acte prophétique en tant qu'il crée l'avenir. Il manifeste un exercice du pouvoir comme on peut le constater régulièrement auprès de ces malades à qui l'on dit qu'ils n'en ont plus que pour x temps à vivre. Pire qu'un jugement de justice, il exclut tout recours en Grâce ou toute remise de peine !

L'ordonnance, qui porte bien son nom, est le fruit de l'énonciation du discours médical. Le malade n'a qu'à s'y plier. Comme on peut le dire de la compliance: le con-plie, faute de s'exclure du système.

Le discours médical est un discours du maître en tant qu'il exclut le désir :

en faisant obligation au médecin d'éviter toute interférence entre sa pratique et sa vie amoureuse: la passion reste du côté du malade en s'intéressant au corps en tant que lieu de la maladie et en l'ignorant en tant que support du désir et lieu de la jouissance (Ne dit-on pas: un « beau » malade ...)

Le discours médical est un discours du maître en tant qu'il exclut le sujet:

Il exclut le sujet de l'énonciation à travers le dire d'un symptôme comme mise en relation de signifiants particuliers

Un exemple très parlant de cette exclusion du sujet est donné par l'auteur : Quand un malade quitte l'hôpital sans l'accord des médecins, il lui faut « signer sa pancarte » (pratique toujours de mise aujourd'hui). La signature est ici l'indice de la nécessité de redevenir sujet pour, en quelque sorte, sortir du discours médical.

Le discours médical est un discours du maître en tant qu'il impose une norme:

Dr Knock : « *tout bien portant est un malade qui s'ignore!* »

Celui qui souffre sans qu'on puisse établir de diagnostic médical est toujours soupçonné d'être un simulateur (un/une hystérique).

En dernier lieu, l'auteur s'attachera à démontrer en quoi le savoir médical fonctionne dans la méconnaissance de ce qui le constitue :

ce savoir possède un caractère « sacré » (ésotérisme) ;
la hiérarchie médicale est une structure féodale (« dynasties », hiérarchie des savoirs et des pouvoirs, ...) ;
importance des « rituels », y compris initiatiques (serment d'Hippocrate ..) ;
rôle du « secret » médical (secret de polichinelle comme on s'en doute et qui n'est vraiment gardé que lorsqu'il n'a aucune importance ou quand il est politiquement utile, comme l'a montré l'histoire d'un certain nombre de présidents de la 5^{ème} république) ;
c'est un savoir sans sujet qui se donne pour strictement objectif (cf. l'emploi du « nous » et les articles scientifiques signés d'une multitude de noms).

Après avoir ainsi caractérisé le discours médical, J. Clavreul va développer la spécificité du discours psychanalytique, situé comme envers du discours médical :

En dégageant l'objet spécifique du discours psychanalytique: l'objet (a) comme semblant, comme leurre, c'est à dire non un objet de savoir mais un objet-cause du désir. Pour la psychanalyse, l'objet ne vaut qu'à travers sa mise en relation avec le sujet qui lui donne une

fonction structurante à travers le fantasme. La psychanalyse s'intéresse au sujet en tant qu'auteur d'un discours dont la consistance réelle, matérielle des objets est toute relative. L'axe de « l'objectivation scientifique » est ainsi déplacé.

J. Clavreul spécifie également la clinique psychanalytique non comme « auxiliaire » de la clinique médicale mais comme « *une autre clinique* », instaurée par un autre discours : « *C'est le principe même de la fonction surmoïque d'un ordre auquel il faudrait se plier et s'adapter que la psychanalyse met en cause, aussi bien dans son rapport aux pouvoirs publics que dans les cures individuelles* »

La psychanalyse ne cherche pas à faire rentrer le patient dans son discours car c'est le patient qui sait. L'interprétation analytique n'est pas l'énonciation d'une « juste doctrine » mais une ponctuation des carrefours signifiants de l'énonciation du désir du patient.

Cette clinique psychanalytique ne peut se fonder sur aucun des critères de la clinique médicale (sémiologie, diagnostic, pronostic ...) et, contrairement à la médecine où la demande n'est pas décisive, ce sera son seul point d'appui, son seul critère.

Si, pour le médecin, le symptôme est un signe, il acquiert, pour le psychanalyste, le statut de signifiant. Comme signifiant, il renvoie non à quelque chose mais au sujet lui-même et n'accède à la signification qu'en prenant sa place dans la chaîne signifiante: « *par où le sujet se représente dans sa singularité* », car ... « *Tout symptôme peut se constituer comme signifiant, le sujet s'y représentant dans sa castration et à travers les signes de sa défaillance organique* ».

Si le médecin, comme le prophète ou le savant, « dit la loi », le psychanalyste lui n'a qu'à en connaître les effets: « *On ne fait pas la loi au désir, c'est le désir qui est la loi* ». Et cette loi n'est ni celle de l'Etat, ni celle de la Science.

Pour conclure, on peut dégager de cette lecture une actualité qui ne cesse de s'imposer à nous, à travers notamment:

Le mouvement consumériste et la multiplication des procès faits aux médecins

(notamment aux USA), la prise de parole des malades (exemple français des Etats Généraux du cancer): assiste-t-on à l'expression d'un « malaise » dans le discours médical permettant l'émergence, sur un mode revendicatif, d'un discours du malade au nom du droit? Mais ici le citoyen de droit n'est pas encore le sujet, au sens psychanalytique du terme.

Le pouvoir administratif, l'Etat contre l'Ordre médical: s'agit-il de l'opposition d'un autre discours du maître (le politique) tentant de venir subvertir un discours du maître un peu vieillissant (le médical) ?

Le pouvoir économique, les multinationales, l'industrie pharmaceutique, la mondialisation des échanges, qui visent à faire de l'humain une marchandise (cf à propos du séquençage du génome humain où les informations s'achètent à prix d'or) : le discours capitaliste ne prend-il pas le pas sur le discours médical qui dès lors s'hystérise pour se remparker ?

Quelle place alors, si l'on tire à conséquence l'analyse qu'effectue ce livre, pour un psychanalyste exerçant à l'hôpital qui ne soit - si l'on prend en compte la thèse de Jean Clavreul - ni dans l'allégeance au discours médical, ni dans un sectarisme d'école en réaction à ce discours.

