



HAL
open science

La question de la systématisation des erreurs de raisonnement dans la névrose obsessionnelle et de leurs conséquences épistémologiques et sociales

Julien Faugeras

► **To cite this version:**

Julien Faugeras. La question de la systématisation des erreurs de raisonnement dans la névrose obsessionnelle et de leurs conséquences épistémologiques et sociales. Psychologie. Université Paris Cité, 2022. Français. NNT : 2022UNIP7131 . tel-04281867

HAL Id: tel-04281867

<https://theses.hal.science/tel-04281867v1>

Submitted on 13 Nov 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université Paris Cité

École doctorale [ED450]

Recherches en psychanalyse et psychopathologie

**La question de la systématisation des erreurs de
raisonnement dans la névrose obsessionnelle et de
leurs conséquences épistémologiques et sociales**

Par Julien FAUGERAS

Thèse de doctorat

Recherches en Psychopathologie et Psychanalyse

Dirigée par Madame Amal HACHET

Présentée et soutenue publiquement le 5 novembre 2022

Devant un jury composé de :

Mme Amal Hachet, Maître de Conférences, HDR, Université de Poitiers, Directrice

M. Sidi Askofaré, Professeur, Université de Toulouse 2, Président

M. Alain Abelhauser, Professeur, Université de Rennes, Rapporteur

M. Nicolas Guérin, Professeur, Université d'Aix-Marseille, Rapporteur



Résumé

Titre : La systématisation des erreurs de raisonnement dans la névrose obsessionnelle et leurs conséquences épistémologiques et sociales

Partant du contraste entre la prépondérance clinique de la névrose obsessionnelle et la quasi-disparition de son diagnostic dans le champ médico-psychologique, l'auteur tente de mettre en abyme la problématique épistémologique et sociale qu'engendre le fonctionnement obsessionnel. De la dislocation des grandes entités nosographiques à la mise en place de traitements thérapeutiques trop focalisés qui vont à l'encontre même de la logique du soin, il souligne les conséquences paradoxales que génère l'isolation psychique dans le champ médico-psychologique et, plus largement, dans l'ensemble de la société. Face à la multiplicité des manifestations cliniques, épistémologiques et sociales du symptôme obsessionnel, l'auteur s'emploie à extraire la structure et la spécificité du biais de compréhension qui résultent de l'isolation psychique d'un ensemble clos de représentations.

Mots-clés : isolation psychique – annulation rétroactive – névrose obsessionnelle – problématique épistémologique – problématique sociale

Title : The systematization of reasoning errors in obsessional neurosis and their epistemological and social consequences

Abstract :

Working from the contrast between the clinic predominance of the obsessive neurosis and almost the disappearance of its diagnosis in the psychologic and medical fields, the author attempts a *mise en abyme* of the epistemological and social issue produced by an obsessive psychic functioning. From the dispersion of the great nosographic concepts to the establishment of narrow therapeutical treatments going against the care itself, the author highlights the consequences of the psychic isolation in the psychological and medical field and even more so in the society. The multiplication of clinical, epistemological and social manifestations of the obsessive symptom lead the author to extract the structure and the specificity of the understanding bias created by the psychic isolation of a narrow set of representations.

Keywords : psychic isolation – retroactive cancellation – obsessional neurosis – epistemological bias – social problem

Remerciements

À l'issue de la rédaction de cette thèse, j'aimerais tout particulièrement remercier mon épouse pour son aide précieuse et ses encouragements, ainsi que nos enfants, Andreas et Helena.

Mes remerciements vont également à ma Directrice de thèse, Madame Hachet, pour son soutien pendant ces années et pour la confiance qu'elle m'a accordée.

Je tiens à remercier Messieurs Abelhauser, Guérin et Askofaré de me faire l'honneur de leur participation à ce jury et de l'accueil qu'ils pourront réserver à ce travail.

Je remercie mes collègues psychanalystes et psychothérapeutes avec lesquels je me forme depuis plusieurs années.

Enfin, je remercie la psychanalyse, sans laquelle je ne serais pas là pour écrire ces lignes.

Table des matières

INTRODUCTION	10
1. LA FORTERESSE DEFENSIVE OBSESSIONNELLE ET SES IMPLICATIONS CLINIQUES, EPISTEMOLOGIQUES ET SOCIALES	20
1.1 La régression au stade sadique-anal.....	31
a) <i>Les expressions pathologiques du stade sadique-anal et la problématique diagnostique</i>	31
b) <i>Les résistances à reconnaître le stade sadique-anal et leurs répercussions épistémologiques</i>	35
c) <i>L'évanescence du désir et le sentiment de contrainte dans le rapport à la demande.....</i>	37
d) <i>Les rationalisations du sentiment de contrainte et leurs répercussions.....</i>	39
e) <i>L'oscillation de la valeur de l'objet et les méprises qu'elle engendre.....</i>	40
1.2 Le refoulement dans la névrose obsessionnelle.....	43
a) <i>La particularité obsessionnelle et la problématique épistémologique.....</i>	43
b) <i>Le refoulement obsessionnel et la méconnaissance spécifique qu'il induit</i>	48
c) <i>Des conséquences cliniques aux conséquences épistémologiques du refoulement obsessionnel.....</i>	51
1.3 L'isolation psychique et ses conséquences logiques : la structure de l'obsession. 53	53
a) <i>L'isolation psychique et sa différence avec la concentration</i>	53
b) <i>Les résistances liées à l'isolation et la tendance à nier l'évidence.....</i>	54
c) <i>Les contradictions, les incompréhensions, les fausses compréhensions, les impasses dialectiques : les troubles du raisonnement.....</i>	56
d) <i>L'hermétisme du raisonnement obsessionnel et les interdits associatifs</i>	59
e) <i>La compartimentation</i>	60
f) <i>L'amalgame entre des séparations logiques et des ruptures associatives : de la déstructuration d'ensembles théoriques au dévoiement de la logique clinique.....</i>	63
g) <i>La focalisation exclusive de l'attention ou la structure de l'obsession : le raisonnement elliptique</i>	67
h) <i>La boucle logique obsessionnelle : l'illusion interprétative et son incidence clinique, épistémologique et sociale.....</i>	72
1.4 L'annulation rétroactive de l'annulation rétroactive : la représentation épistémologique et sociale du symptôme obsessionnel.....	85
a) <i>L'annulation rétroactive du concept d'annulation rétroactive.....</i>	85
b) <i>Le raisonnement elliptique : l'illusion qui sous-tend l'annulation rétroactive, la superstition et la toute-puissance de la pensée</i>	89
c) <i>L'annulation rétroactive de la signification au sein de la boucle associative et l'institutionnalisation du fonctionnement obsessionnel</i>	91
d) <i>Les formes voilées d'annulations rétroactives : de la disparition littérale du fonctionnement obsessionnel à sa représentation épistémologique et sociale.....</i>	94
e) <i>La disparition littérale et l'institutionnalisation du fonctionnement obsessionnel au sein du champ médico-psychologique : l'amalgame entre le symptôme et la thérapeutique. 102</i>	102

- f) *Le repérage des amalgames au sein du champ médico-psychologique et les conséquences épistémologiques de la découverte freudienne.....* 112
- g) *Du refus de l'aliénation à l'aliénation renforcée : l'hypostase du sujet.....* 119

1.5 Le contre-investissement et les formations réactionnelles : le système obsessionnel 129

- a) *Le contre-investissement et les formations réactionnelles : la reconnaissance de la symptomatologie obsessionnelle 129*
- b) *La confusion entre la formation symptomatique obsessionnelle et « la formation de caractère normale » 130*
- c) *L'amalgame entre le trait de caractère et le symptôme : le système obsessionnel..... 133*

2. DE L'ANNULATION RETROACTIVE DE LA SYMPTOMATOLOGIE OBSESSIONNELLE A SA REPRESENTATION EPISTEMOLOGIQUE ET SOCIALE 141

2.1 Les symptômes corporels et leur traitement isolé : la déstructuration de la logique clinique au sein du champ médico-psychologique..... 151

- a) *Le poids des raisonnements elliptiques dans la recherche scientifique et dans la lecture des symptômes..... 151*
- b) *Illustration clinique du biais logique appliqué à la conception du symptôme corporel et répercussions dans le champ médico-psychologique..... 160*
- c) *La fonction défensive des systèmes obsessionnels : l'exclusion de la question du désir et du sujet dans le champ médico-psychologique 163*
- d) *L'importance des symptômes corporels dans la névrose obsessionnelle..... 169*
- e) *La démultiplication des systématismes obsessionnels et leurs répercussions délétères au sein du champ médico-psychologique..... 170*
- f) *Le rejet des résultats de la psychanalyse : l'impasse clinique et épistémologique..... 177*

2.2 Les répercussions cliniques et sociales du sentiment de contrainte : les systèmes contradictoires 185

- a) *Les auto-reproches, les reproches et le sentiment de contrainte 185*
- b) *Les problématiques liées au sentiment de contrainte et leurs annulations rétroactives : la systématisation des amalgames..... 190*
- c) *De l'annulation de la problématique obsessionnelle au système obsessionnel : la représentation sociale du conflit obsessionnel..... 194*

2.3 Les obsessions et leurs systématisations 201

- a) *La lutte du Moi pour se défendre de ses obsessions..... 201*
- b) *L'évitement systématique de la pensée et son affinité avec la pensée opératoire : la focalisation exclusive et successive de l'attention..... 203*
- c) *La systématisation de l'obsession comme modalité défensive du Moi : la résistance à la cure..... 205*
- d) *La mise en abyme des systèmes obsessionnels dans le champ de la psychopathologie.. 207*
- e) *La confusion que charrie le système obsessionnel : l'institution du fonctionnement pathologique au sein de la société..... 210*
- f) *Les différents types d'obsessions et leurs systématisations..... 216*
- g) *La confusion entre un système obsessionnel et un système scientifique : l'exemple du DSM..... 218*

h)	<i>La confusion entre une thérapie et un système obsessionnel : l'exemple des thérapies brèves.....</i>	225
i)	<i>La systématisation de l'obsession et ses conséquences sociales.....</i>	231
j)	<i>Les obsessions phobiques et leurs traitements isolés : nouvelle illustration du symptôme obsessionnel au sein du champ médico-psychologique.....</i>	234
k)	<i>Le rituel obsessionnel et sa confusion avec des systèmes rationnels.....</i>	239
2.4	L'obsession-doute et sa confusion avec le doute : l'impasse épistémologique et les paradoxes institutionnels	242
a)	<i>L'amalgame entre le doute et l'obsession : de l'annulation des théorisations à l'institution de systèmes hermétiques.....</i>	242
b)	<i>La boucle épistémologique obsessionnelle et la confusion institutionnelle</i>	256
c)	<i>La confusion entre l'obsession-doute et le doute du sujet divisé : la ritualisation de la théorie et les méprises qui clivent le champ psychanalytique.....</i>	259
d)	<i>Différentes manifestations cliniques de l'obsession-doute : de la dislocation du tableau clinique à l'institution de fonctionnements sociaux paradoxaux</i>	266
e)	<i>La fonction défensive du système obsessionnel et l'amalgame entre le travail et le rituel</i>	272
f)	<i>De la désorientation du champ médico-psychologique à celle de la société : le paradoxe institutionnel et la question du discours capitaliste comme symptôme obsessionnel.</i>	276
2.5	Les erreurs de raisonnements et leur systématisation : le système obsessionnel et ses répercussions paradoxales	289
a)	<i>Les ruptures des relations causales : la dimension absurde du symptôme obsessionnel, la difficulté de son appréhension et la mise en abyme de ses répercussions</i>	289
b)	<i>L'isolation des troubles de la pensée et du raisonnement : l'annulation rétroactive du concept de névrose obsessionnelle.....</i>	291
c)	<i>La structure du biais obsessionnel et le dévoiement de la signification : l'exemple du traitement actuel des troubles de l'attention.....</i>	293
d)	<i>L'herméticité des systèmes obsessionnels et ses répercussions institutionnelles : de l'Université à la société.....</i>	303
e)	<i>L'erreur de bonne foi et l'obscurantisme scientifique : la confusion entre le système obsessionnel et le système rationnel.....</i>	308
f)	<i>La dimension symptomatique de la systématisation.....</i>	313
g)	<i>Les troubles du raisonnement et les erreurs de jugement.....</i>	315
h)	<i>Les solutions illusoire et leurs conséquences délétères : le paradoxe obsessionnel.....</i>	317
i)	<i>La structure logique du système obsessionnel : l'exemple du traitement mondial de la dépression.....</i>	326
CONCLUSION.....		335
BIBLIOGRAPHIE		344

Introduction

« Et il est concevable qu'un obsessionnel ne puisse donner le moindre sens au discours d'un autre obsessionnel. C'est même de là que partent les guerres de religion : s'il est vrai que pour la religion (car c'est le seul trait dont elles font classe, au reste insuffisant), il y a de l'obsession dans le coup. »¹

La névrose obsessionnelle est peut-être la structure psychique la plus représentée, mais la diversité des formes qu'elle peut revêtir et les spécificités de son système défensif semblent œuvrer à la rendre toujours plus voilée.

Encore aujourd'hui, la névrose obsessionnelle n'est le plus souvent remarquée que dans ses formes paroxystiques, comme ce fut le cas avec les aliénistes qui la regroupèrent dans des catégories spécifiques d'aliénation mentale. C'est par exemple en tant que « Monomanie raisonnée »² qu'Esquirol va décrire le fameux cas de Madame F., ou encore comme « folie du doute »³ que Legrand du Saulle développera ce qu'il considère être une forme de folie, de dérèglement mental.

Alors, nous pouvons nous demander si cette tendance à considérer uniquement les formes les plus graves de la névrose obsessionnelle correspond à une sorte de résistance institutionnelle spécifique. Des nomenclatures qui répertorient seulement les manifestations les plus saillantes de la névrose obsessionnelle à celles qui isolent chaque symptôme en déconnectant leur articulation logique, la méconnaissance persistante de la névrose obsessionnelle semble mettre en évidence une certaine impasse épistémologique dans le champ de la psychopathologie.

¹ Lacan, J. (1973). « Introduction à l'édition allemande d'un premier volume des *Écrits* », in *Autres écrits*, Paris, Éditions du Seuil, 2001, p. 557.

² Esquirol, E. (1838). *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*, Toulouse, Éditions Privat, 1998, p. 361.

³ Legrand du Saulle, H. (1875). *La folie du doute (avec délire du toucher)*, Toulouse, Éditions Privat, 1998.

Sigmund Freud a découvert la névrose obsessionnelle à la fin du XIX^{ème} siècle alors que nous en retrouvons des traces depuis l'Antiquité⁵. Peut-on alors considérer qu'il existe une difficulté spécifique quant à la reconnaissance de cette structure psychique ?

De même, si la névrose obsessionnelle s'avère plus que jamais d'actualité⁶, pour quelles raisons sa conception s'est-elle autant déstructurée dans le champ de la psychopathologie, au point même de se dissiper littéralement⁷ ?

Nous nous demanderons donc dans ce travail si ces deux questions ne renvoient pas finalement à un même phénomène psychopathologique qui semble passer aujourd'hui inaperçu : les mécanismes défensifs propres à la névrose obsessionnelle seraient ceux-là mêmes qui tendent à cliver la conceptualisation de la névrose, à la minimiser, à la voiler et, ce faisant, à la renforcer.

Par ses effets dans le champ de la pensée, la névrose obsessionnelle illustrerait donc tout particulièrement la problématique clinique et épistémologique que Freud a soulignée en invitant les cliniciens à faire leur propre psychanalyse⁸. Ainsi, si la découverte du désir inconscient révèle la nécessité éthique que le clinicien puisse être suffisamment éclairé quant à sa propre structure psychique pour pouvoir diagnostiquer et traiter les symptômes de ses semblables, elle paraît indiquer en même temps qu'à défaut de respecter cette considération éthique, la responsabilité du clinicien au sein de la société n'en demeure pas moins engagée.

Car faute d'être correctement diagnostiquées et prises en charges, les expressions symptomatiques voilées de la névrose obsessionnelle ne continuent-elles pas de se déplacer et de se représenter socialement ?

Par cette remarquable capacité à compartimenter et à annuler rétroactivement⁹ ses propres manifestations conflictuelles, individuelles et sociales, il semble que l'organisation défensive

⁴ Freud, S. (1894). « Les névropsychoses-de-défense » in *Œuvres Complètes, Vol. III*, Paris, PUF, 1989, pp. 1-18.

⁵ Castel, P-H. *Âmes scrupuleuses, vies d'angoisse, tristes obsédés*, Paris, Les Éditions d'Ithaque, 2011.

⁶ Rose, S. *Actualités de la névrose obsessionnelle*. Université Rennes 2, 2009. ([tel-00416390](tel:00416390))

⁷ American Psychiatric Association. (2015). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

⁸ Freud, S. (1912). « Conseils aux médecins dans le traitement psychanalytique », in *Œuvres Complètes, Vol. XI*, Paris, PUF, 1998, pp. 145-154.

⁹ Freud, S. (1911). *Les premiers psychanalystes, Minutes de la Société psychanalytique de Vienne III*, Paris, Gallimard, 1979, p 299.

obsessionnelle entretienne une forme de méconnaissance spécifique de ses propres expressions morbides qui concourt à les masquer et à les systématiser. Mais, aussi dissimulés soient-ils dans leurs particularités et aussi confondus soient-ils avec des fonctionnements socialement valorisés, ces fonctionnements obsessionnels semblent tout de même témoigner de la logique névrotique qui les conditionne, si bien qu'en essayant de préciser leur structure, il semblerait alors possible de repérer comment l'obsession se manifeste, en toute discrétion, dans de multiples expressions cliniques, épistémologiques et sociales.

La découverte freudienne de la névrose obsessionnelle mettrait donc en abyme une problématique épistémologique conséquente qui concerne directement le champ médico-psychologique. En effet, cette découverte est indissociable de la conception de la psychopathologie que la psychanalyse a permis de dévoiler, à savoir l'expression d'un rapport problématique au monde qui fait de l'être humain un animal particulièrement embarrassé par les signifiants qui l'habitent et le constituent spécifiquement¹⁰. C'est d'ailleurs en précisant cette lecture structurelle de la psychopathologie que Jacques Lacan mettra en évidence que la névrose obsessionnelle peut être entendue comme une forme de question qui interroge l'existence elle-même : elle caractériserait ainsi la problématique de l'homme par excellence, l'énigme que pose l'animal humain au signifiant qui le fait exister en tant que tel. À travers ce changement radical de perspective, Freud a abrogé la différenciation imaginaire entre le normal et le pathologique et dévoilé, en même temps, une certaine vérité dont la prise en compte n'est pas sans engendrer des changements importants dans la prise en charge des symptômes psychiques, corporels et organiques¹¹. Or, un siècle après cette évolution cruciale dans la conception de la symptomatologie de l'être parlant, la mesure du bouleversement qu'implique cette découverte scientifique au sein du champ médico-psychologique n'est pas réellement prise en compte ; la découverte freudienne n'est pas réellement prise en considération. Plus précisément, elle semble être isolée quant à ses nombreuses implications et même être rendue non advenue. La disparition de la psychanalyse dans un certain nombre d'universités et d'institutions en témoigne :

« La psychanalyse ne dispose plus des relais dont elle a bénéficié pendant des décennies, et en particulier dans le champ universitaire. Les enseignements présentant la psychanalyse ont quasiment disparu des formations initiales. Le contexte académique est défavorable. Par ailleurs, une franche

¹⁰ *Ibid.*, p. 276

¹¹ Amorim, (de), F. *Tentative d'une clinique psychanalytique avec les malades et les patients de médecine*, Paris, RPH, 2008.

hostilité se développe dans les agences parapubliques du type HAS qui donnent la préférence aux méthodes de rééducation comportementale. Ces facteurs agissent sur la définition des politiques publiques et des grands acteurs des champs sanitaire et médico-social. »¹²

Le destin réservé actuellement à la découverte freudienne peut nous amener à nous demander si le mécanisme obsessionnel de l'isolation psychique ne contribue pas aujourd'hui à annuler rétroactivement cette découverte. L'ampleur du phénomène est tel qu'il peut même nous inviter à pousser plus loin notre hypothèse, soit à soumettre l'idée qu'en se confondant avec le doute du scientifique, *le doute infini*¹³ qui caractérise la névrose obsessionnelle engendre une forme de corruption spécifique du mouvement dialectique de la science.

En assimilant la jouissance du symptôme avec des doutes, des contradictions et des précautions scientifiques, le fonctionnement obsessionnel ne tendrait-il pas à corrompre subrepticement l'évolution du savoir sur l'être humain dans la voie d'un éternel retour en arrière ? Politique, médecine, éducation, psychologie : ne pouvons-nous pas repérer dans ces différents domaines ces effets de sabotage voilés que produisent les mécanismes de défense obsessionnels ?

L'histoire du mouvement psychanalytique permet de mieux préciser cette problématique épistémologique. En effet, en mettant en évidence la dimension structurellement aliénante du Moi¹⁴ comme lieu de méconnaissance, Jacques Lacan n'aura de cesse de signaler, tout au long de son enseignement, le dévoiement systématique que subissait le message freudien, notamment à travers sa critique de *l'ego psychology*. A posteriori, il semble possible de repérer les effets spécifiques des mécanismes obsessionnels dans nombreuses de ces méprises et de ces clivages théoriques, et de montrer qu'ils ne sont pas sans s'appliquer à ce jour, ironiquement, à l'enseignement de Lacan. En effet, en permettant de cristalliser des méprises, des systèmes de raisonnements erronés, la névrose obsessionnelle engendrerait des querelles de chapelles idéologiques qui, dans le milieu psychanalytique notamment, désorientent tout autant la théorie que la pratique et la transmission¹⁵. Telles des murailles dans le champ du Moi, il semblerait que ces systèmes obsessionnels – dont nous essayerons de dégager les différentes

¹² Cottes, J-F. « Une érotique de la diffusion électronique. Reportage et réflexions », in *La Cause du Désir*, vol. 97, no. 3, 2017, p. 39.

¹³ Abelhauser, A. *Un doute infini, l'obsessionnel en 40 leçons*, Paris, Éditions du Seuil, 2020.

¹⁴ Lacan, J. (1954-55). *Le Séminaire, Livre II, Le moi dans la théorie de Freud et dans la technique de la psychanalyse*, Paris, Éditions du seuil, 1989.

¹⁵ Safouan, M., Julien, P. & Hoffmann, C. *Malaise dans la psychanalyse*, Paris, Éditions Arcanes, 1995.

caractéristiques dans ce travail – tendent à s’opposer radicalement, en fonction des ruptures associatives qui les structurent.

Malgré l’apparence contradictoire de ces systématisations, et malgré la disparité de leurs domaines d’application, il est possible de repérer le mécanisme défensif qui leur donne une consistance logique, c’est-à-dire les isolations psychiques qui maintiennent séparé « ce qui forme un ensemble de façon associative »¹⁶ et confère à des sous-ensembles de représentations isolées une apparence de rationalité.

Dans le milieu de la santé, l’ingéniosité de ce fonctionnement défensif engendrerait une confusion d’autant plus repérable qu’elle affecte littéralement la fonction du soin psychique, corporel et organique. En annulant rétroactivement les résultats de la psychanalyse, tout en créant des systèmes hermétiques qui se structurent sur des rapports de causalité erronés, la forteresse défensive obsessionnelle conduirait à institutionnaliser des systèmes obsessionnels voilés qui fonctionnent - à court terme et sur des symptômes ciblés - en restant isolés. Or, en confondant le déplacement du symptôme avec le soin proprement-dit, ces fonctionnements obsessionnels engendreraient un paradoxe qui confine à l’absurde : ils conduiraient à confondre systématiquement la guérison - terme dont l’usage reste délicat¹⁷ - avec le renforcement de l’aliénation, qui n’est autre que le renforcement du symptôme.

En d’autres termes, nous nous demanderons dans ce travail si l’isolation psychique ne génère pas un biais de compréhension spécifique qui conduit le Moi à confondre littéralement un effet thérapeutique, ciblé et momentané, avec une véritable guérison.

Le fonctionnement des « systèmes obsessionnels de suggestion »¹⁸ semblerait bien illustrer la confusion institutionnelle qu’introduisent ces obsessions systématisées en ce qu’elles conduisent à diffuser des techniques qui visent à contrôler... le fait de trop contrôler. Ainsi, en nous appuyant sur des exemples cliniques, nous nous demanderons si ces techniques dites « psychothérapeutiques » qui dominent actuellement le champ médico-psychologique ne forment pas, à leur insu, des symptômes proprement obsessionnels : contrôler le comportement, contrôler le lâcher prise, contrôler la pensée, contrôler le corps, les émotions ou contrôler encore

¹⁶ Freud, S. (1926). *Op. cit.*, p. 238.

¹⁷ Abelhauser, A. « Mission impossible », in *Psychanalyse*, vol. 15, no. 2, 2009, pp. 71-77.

¹⁸ Lacan, J. (1953). « Fonction et champ de la parole et du langage », in *Écrits*, Paris, Éditions du Seuil, 1978, p. 299.

par la méditation et la relaxation. La liste de ces systèmes de prescription pourrait se décliner à l'infini à mesure que se méconnaissent toujours plus les mécanismes de défenses qui structurent ces modalités de conditionnement.

Alors, si ces systèmes obsessionnels réussissent à s'instituer mondialement¹⁹ en tant que « thérapeutiques », « diagnostics » ou modèles « scientifiques », leurs conséquences délétères dans le champ de la santé nous invitent à considérer leur impact dans l'ensemble de la société et à nous demander comment le symptôme obsessionnel peut réussir à se voiler autant.

Autrement dit, il semblerait que le système défensif obsessionnel confère à ses propres manifestations – cliniques, épistémologiques et sociales – les moyens de son inlassable déplacement. En effet, la névrose du doute illustrerait toute son ingéniosité en ceci qu'elle consoliderait, à travers des remparts d'amalgames signifiants, l'inexorable retour de son propre refoulement. Et ce dernier paraît d'autant plus efficace qu'il semble réussir à saboter silencieusement, par un scepticisme morbide qui se rationalise sous le terme de scientifique, tant les découvertes psychanalytiques que leurs conséquences logiques.

Ainsi, nous reprendrons les mécanismes de défense caractéristiques de la névrose obsessionnelle et nous essaierons de dégager progressivement comment ces mécanismes défensifs, au lieu de se confondre avec des mécanismes ordinaires, tendent à corrompre discrètement les différents champs du savoir humain ; en assimilant les effets de l'isolation psychique avec ceux de la réflexion et en amalgamant le doute avec la tendance défensive du Moi à annuler rétroactivement, la névrose obsessionnelle institutionnaliserait une confusion redoutable dont les répercussions seraient sensibles dans de nombreux domaines, notamment dans la recherche scientifique.

À travers des exemples cliniques contemporains, nous tenterons donc de mettre en évidence comment cette organisation défensive conduit à systématiser des raisonnements erronés tout en leur donnant l'apparence de la rationalité. Ce faisant, nous verrons comment ces systèmes hermétiques pseudo-scientifiques permettent d'entretenir des fonctionnements absurdes et des erreurs de diagnostics qui touchent tout autant à des questions de santé publique qu'à d'autres problématiques de société.

¹⁹ Organisation Mondiale de la Santé, La dépression, 2021, <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Derrière les paradoxes institutionnels et les dérives protocolaires qu'engendrent ces obsessions voilées de la preuve et de l'objectivité²⁰, ne pouvons-vous pas repérer le doute obsessionnel qui sous-tend leur fonction de rituels et de symptômes de vérification ?

Si Lacan a éclairé à plusieurs reprises les effets institutionnels de la névrose obsessionnelle, s'il a même souligné le poids des superstitions au sein du champ médico-psychologique de son époque²¹, il semble que ces systèmes obsessionnels continuent à ce jour de passer largement inaperçus derrière des appareils de rationalité, de bon sens et de pragmatisme, continuant donc de renforcer leurs effets délétères dans les domaines où ils s'instituent.

Ainsi, la dislocation et l'annihilation de la névrose obsessionnelle dans les manuels de psychiatrie ne viendraient pas témoigner de sa disparition au sein de la société ; bien au contraire, elles viendraient mettre en évidence la prépondérance et la puissance désorganisatrice de ces mécanismes de défense voilés. La manière la plus simple d'illustrer le sabotage épistémologique qu'induisent ces mécanismes semblerait donc consister à mettre en abyme leurs conséquences disruptives à l'égard de la conception de la névrose obsessionnelle elle-même et des autres entités nosographiques vis-à-vis desquelles elle peut se distinguer. En effet, la disparition des structures psychiques dans les conceptions psychopathologiques actuelles semble précisément témoigner des ravages muets que peuvent engendrer les isolations psychiques : en rompant les liens logiques qui donnent leur consistance cohérente aux différentes structures psychiques, les multiples éléments qui les composent se verraient littéralement disloqués, séparés, compartimentés et ainsi réordonnés en sous-ensembles qui forment des systèmes isolés.

Par cette tendance à focaliser l'attention sur un détail aux dépens de ce qui est essentiel, le processus obsessionnel engendrerait une véritable désorganisation de la logique qui structure des ensembles théoriques. Et de la même manière que les boucles logiques qui résultent de ces isolations auraient une fonction défensive qui se repère dans la clinique – nous en donnerons des exemples – il semble possible de repérer que, dans ces nouvelles conceptions de la psychopathologie, c'est à nouveau la valeur attenante à la responsabilité de l'être et à son

²⁰ Jureidini, J., McHenry, L. *The illusion of Evidence-Based Medicine (Exposing the crisis of credibility in clinical research)*, South Australia, Wakefield Press, 2020.

²¹ Lacan, J. (1971). *Je parle aux murs*, Paris, Éditions du Seuil, 2011, p. 11.

fonctionnement psychique qui se voit annulée, au profit d'une ou plusieurs expressions symptomatiques littéralement isolées. À cet égard et dans la mesure où il mettrait en exergue les effets concrets des isolations psychiques sur lesquelles se structure le symptôme obsessionnel, le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux²² illustrerait remarquablement la structure, la subtilité et les conséquences épistémologiques et sociales de ces systèmes obsessionnels : en confondant l'objectivité et l'obsession de l'objectivité, la rigueur et la minutie²³, la remise en question de théories et l'annulation de théories ou encore la construction d'une nomenclature et l'obsession-accomplissement²⁴ d'établir des listes. Le DSM mettrait remarquablement en lumière le fait qu'en se structurant sur des confusions signifiantes et des isolations qui passent inaperçues, le symptôme obsessionnel peut facilement se voiler en ayant l'apparence d'un fonctionnement rationnel et scientifique.

Tel un retour en arrière au regard des apports de la psychanalyse depuis plus d'un siècle, n'est-ce pas le sujet lui-même et le désir qui se voient à nouveau exclus par des systèmes pseudo-scientifiques qui se structurent sur des ruptures de liens de causalités ?

Nous essaierons dans ce travail de dégager la spécificité des biais de raisonnements engendrés par les mécanismes obsessionnels et nous tenterons d'illustrer, au fur et à mesure, les conséquences paradoxales qu'engendrent ces boucles logiques dès lors qu'elles continuent de rester voilées. Nous essaierons précisément de mettre en évidence la forme d'illusion spécifique que détermine l'isolation psychique. Ce faisant, nous verrons que ces lectures par trop focalisées qui conduisent précisément à isoler, annuler et démembrer les structures psychiques ne concernent pas uniquement le champ de la psychiatrie ou de la psychologie. D'ailleurs, elles semblent se représenter également dans un domaine qui devrait en être le plus prémuni, le champ psychanalytique. Si le poids du fonctionnement obsessionnel dans le champ psychanalytique pourra nous amener à nous interroger sur la question délicate de la psychanalyse du psychanalyste, il permet également d'illustrer cette facilité avec laquelle ces symptômes obsessionnels réussissent à se voiler tout en s'institutionnalisant. Cette capacité de dissimulation du fonctionnement obsessionnel apparaît alors avec d'autant plus de vigueur que

²² American Psychiatric Association. (2015). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

²³ Lacan, J. (1953). « Fonction et champ de la parole et du langage », in *Écrits*, Paris, Éditions du Seuil, 1966, p. 236.

²⁴ Tribolet, S., Shahidi, M. (2005). *Op. cit.*, p. 158.

son influence paradoxale dans le champ psychanalytique a été mise en évidence à de nombreuses reprises par Jacques Lacan :

« Une technique s’y transmet, d’un style maussade, voire réticente en son opacité, et que toute aération critique semble affoler. À la vérité, prenant le tour d’un formalisme poussé jusqu’au cérémonial, et tant qu’on peut se demander si elle ne tombe pas sous le coup du même rapprochement avec la névrose obsessionnelle, à travers lequel Freud a visé de façon si convaincante l’usage, sinon la genèse, des rites religieux. »²⁵

L’étude des erreurs de raisonnement dans la névrose obsessionnelle permettrait donc d’éclairer l’impasse épistémologique qu’elles induisent subrepticement : en isolant les corrélations entre ses propres manifestations symptomatiques, l’organisation défensive obsessionnelle conduirait à empêcher autant la reconnaissance de la symptomatologie obsessionnelle que celle de ses conséquences cliniques, épistémologiques et sociales.

Autrement dit, en étant conçu de manière isolée et en étant littéralement confondu avec des fonctionnements socialement valorisés, le fonctionnement obsessionnel ne se révèle-t-il pas d’autant plus délétère qu’il peut continuer de se voiler et de s’institutionnaliser dans l’ensemble de la société ?

Pour tenter d’éviter l’écueil qui consiste à appréhender ces phénomènes de manière isolée – et ainsi continuer de déformer leur signification – nous tenterons de mettre en évidence leurs ramifications, quitte à introduire dans ce travail un certain nombre de retours, de reprises et de répétitions. Si ces dernières mettent en abyme la prépondérance du symptôme obsessionnel au sein de la société, elles permettent aussi de mieux préciser la structure du biais de raisonnement qui se voile aujourd’hui dans l’hétérogénéité et dans la multiplicité des systèmes qu’il tend à engendrer.

En d’autres termes, nous essaierons dans ce travail de mettre en évidence que la combinaison défensive obsessionnelle induit une forme de focalisation exclusive de l’attention, proprement obsessionnelle, qui ne saurait se confondre avec une capacité d’analyse ou de concentration. En nous appuyant sur de nombreux cas cliniques, sur l’œuvre de Freud, celle de Lacan et celles de ceux qui ont contribué à éclairer le fonctionnement de cette névrose d’une remarquable complexité, nous chercherons à dégager progressivement la spécificité de cette focalisation

²⁵ Lacan, J. (1953). *Op. cit.*, p. 242.

bornée et des erreurs de raisonnements qu'elle induit. Nous verrons également si ces œillères psychiques ne constituent pas en somme, malgré l'infinité des formes de systématisations qui en découlent, la structure même de l'obsession.

Tel un maillage par lequel nous tenterons donc ne pas isoler les problématiques cliniques, épistémologiques et sociales que peuvent générer ces systèmes obsessionnels, nous tenterons d'illustrer le biais logique qui leur confère une apparence de globalité et de vérité. Nous verrons qu'en se confondant avec des systèmes rationnels ou scientifiques, les obsessions voilées conduisent à perpétuer des fonctionnements absurdes qui non seulement désorientent littéralement la fonction des institutions, mais surtout s'institutionnalisent en se présentant comme des remèdes, des solutions.

Des guerres de religions aux conflits idéologiques qui clivent nos sociétés et corrompent le mouvement scientifique, n'est-il pas possible d'éviter de compartimenter la lecture de ces phénomènes symptomatiques et de tenter d'en dégager la structure névrotique qui s'y représente tout en s'annulant ?

1. La forteresse défensive obsessionnelle et ses implications cliniques, épistémologiques et sociales

« À lui s'impose alors la conception que la religion est comparable à une névrose d'enfance, et il est suffisamment optimiste pour supposer que l'humanité surmontera cette phase névrotique, comme tant d'enfants dépassent, en grandissant, leur névrose qui est similaire. »²⁶

Freud a mis en évidence l'extraordinaire richesse de la structure psychique obsessionnelle et l'expérience clinique en témoigne au quotidien, notamment à travers les difficultés qu'elle recouvre ; l'organisation défensive de cette névrose de la pensée est d'une remarquable ingéniosité. En effet, telle une forteresse de raisonnements par laquelle le Moi peut se défendre magistralement des manifestations du désir inconscient, les mécanismes de défenses qui composent ces remparts psychiques semblent venir consolider, fortifier la dimension de méconnaissance que Lacan a mis en évidence en précisant le fonctionnement du Moi²⁷. D'ailleurs, l'inventeur de la psychanalyse avait déjà remarqué que « dans la névrose de contrainte le moi est beaucoup plus le théâtre de la formation de symptôme que dans l'hystérie (...) »²⁸

Quels sont les mécanismes psychiques qui déterminent une telle différence ? Quelles en sont les répercussions cliniques, épistémologiques et sociales ?

Il semble que cette ingénieuse capacité du Moi du névrosé obsessionnel à pouvoir se retrancher via des murailles de raisonnements repose en grande partie sur l'usage de l'isolation psychique, procédé « qui revient en propre à la névrose de contrainte »²⁹. Si Freud a donné beaucoup d'importance à ce mécanisme psychique qu'il considère comme un « succédané au refoulement »³⁰, ses nombreuses implications continuent aujourd'hui de passer inaperçues. Il apparaît aussi que c'est en partie à cause du procès de ce mécanisme défensif que l'étude du

²⁶ Freud, S. (1927). « L'avenir d'une illusion », in *Œuvres Complètes, Vol. XVIII*, Paris, PUF, 1994, p. 194.

²⁷ Lacan, J. (1954-55). *Le Séminaire, Livre II, Le moi dans la théorie de Freud et dans la technique de la psychanalyse*, Paris, Éditions du seuil, 1989.

²⁸ Freud, S. (1926). « Inhibition, symptôme, angoisse », in *Œuvres Complètes, Vol. XVII*, Paris, PUF, 1992, p. 236.

²⁹ *Ibid.*

³⁰ *Ibid.*

fonctionnement obsessionnel peut s'avérer problématique et fastidieuse. En effet, la conception des éléments qui le caractérise peut facilement être dévoyée dans les rets de cette tendance à les isoler. Dès lors, reprendre en détail les éléments distincts de la névrose ou donner des exemples particuliers semble favoriser le biais de lecture spécifique qu'engendre l'isolation psychique – biais que nous précisons et illustrerons au fur et à mesure – soit séparer la lecture d'un phénomène des autres éléments avec lesquels il peut logiquement s'ordonner.

Cette difficulté dans l'abord de la névrose obsessionnelle permet d'éclairer en partie le constat que Freud faisait déjà quand il soulignait, en 1926, que « la névrose de contrainte est assurément l'objet le plus intéressant et le plus gratifiant de l'investigation analytique mais en tant que problème, elle ne s'est toujours pas rendue à la contrainte. »³¹

Telle une mise en abyme de la difficulté épistémologique qu'elle induit, l'appréhension de cette organisation défensive semble donc nécessiter une forme de maillage qui permet d'éclairer au mieux sa spécificité en l'articulant aux problématiques cliniques et épistémologiques qu'elle appelle. En effet, malgré sa prépondérance clinique, la conception de la névrose obsessionnelle dans le champ médico-psychologique semble se disloquer et se dissiper sous le prisme de ses propres effets.

De plus, cette difficulté spécifique dans l'appréhension de la névrose obsessionnelle se redouble du fait de la multiplicité des formes qu'elle peut revêtir, ce que Freud avait ainsi remarqué :

« La multiplicité des manifestations de la névrose de contrainte est si prodigieuse qu'aucun effort n'a encore réussi à donner une synthèse cohérente de toutes ses variations. On s'évertue à faire ressortir des relations typiques et toujours avec le souci de ne pas fermer les yeux sur d'autres régularités non moins importantes. »³²

La diversité des formes d'expressions de la névrose obsessionnelle participe sans doute de la confusion qui entoure son diagnostic, d'autant plus que ces manifestations symptomatiques peuvent donner l'apparence d'être diamétralement opposées. Entre la tendance compulsive au doute qui fait confiner la névrose à la psychose et le pendant rigide, figé, qu'elle peut donner à voir à travers des systèmes de comportements et d'idées arrêtées, l'étude de la symptomatologie obsessionnelle semble inviter le clinicien à dégager la structure et l'articulation logique –

³¹ Freud, S. (1926). *Op. Cit.*, p. 231.

³² *Ibid.*, p. 235.

topique, dynamique et économique – qui sous-tendent ces multiples, et souvent contradictoires, modalités d’expressions. En effet, l’expérience clinique met en évidence cette oscillation, qui peut facilement passer inaperçue sans la méthode des libres associations, entre un versant particulièrement désorganisé, dans lequel le Moi du névrosé peut se perdre à annuler la fonction même du signifiant³³, et un autre versant plus contrôlé, dans lequel il peut adhérer de manière particulièrement bornée à des ensembles de pensées, de croyances et d’objectifs. De la désorganisation à l’excès d’organisation, quand ces différentes modalités d’expressions peuvent se représenter chez un même psychanalysant, s’appliquer à des domaines différents ou encore s’alterner dans le temps, leur articulation viendrait éclairer rétrospectivement la problématique épistémologique qui consiste à appréhender ces phénomènes en les isolant psychiquement. Ainsi, la perspective dynamique qui permet ici d’appréhender ces phénomènes apparaît antinomique d’une perspective figée qui les compartimenterait dans l’espace et dans le temps, rompant ainsi les liens logiques qui articulent ces différentes expressions symptomatiques et transformant leur signification.

En d’autres termes, la reconnaissance des biais logiques appliqués à ce jour à la lecture de la symptomatologie obsessionnelle mettrait en lumière rétrospectivement le biais de raisonnement caractéristique qu’engendre l’isolation psychique : une certaine tendance à méconnaître les phénomènes en les considérant de manière trop circonscrite. Ainsi, en essayant de dégager la structure de ce biais de perception qui se repère, par exemple, dans cette tendance du Moi du névrosé obsessionnel à se focaliser sur des détails ou sur des tâches spécifiques, nous nous demanderons si cette perspective étriquée qui s’applique notamment à la lecture des symptômes obsessionnels ne vient pas éclairer la structure même du symptôme obsessionnel.

Entre les formes d’obsessions manifestation handicapantes et celles qui échappent au diagnostic clinique en se voilant, en se banalisant³⁴ ou même en se confondant avec des fonctionnements valorisés socialement, le repérage du biais de raisonnement spécifique qu’induit l’isolation psychique éclairerait la structure logique qui sous-tend ces symptômes voilés tout en soulignant comment le symptôme obsessionnel peut prendre l’apparence de la scientificité. De plus, le repérage clinique de la structure de ces obsessions voilées mettrait en lumière rétrospectivement les confusions systématiques par lesquelles le Moi tend à les

³³ Lacan, J. (1962-63). *Le Séminaire, Livre X, L’angoisse*, Paris, Éditions du seuil, 2004, p. 77.

³⁴ Préface de Denise Sainte Fare Garnot in Melman, C. *La névrose obsessionnelle I- Le signifiant, la lettre*, Paris, Éditions Érès, 2015, p. 7.

dissimuler. Banalisations, généralisations, atténuations verbales, assimilation avec des fonctionnements ordinaires, nous nous demanderons si ces procédés discursifs ne constituent pas finalement des formes spécifiques d'annulations rétroactives par lesquelles le Moi du névrosé obsessionnel fait disparaître « en soufflant dessus »³⁵ la signification de ses obsessions.

Ainsi, les difficultés cliniques qu'induisent ces mécanismes de défense permettraient de remarquer comment le symptôme obsessionnel réussit à se voiler : en confondant sa tendance à isoler psychiquement avec une tendance à se concentrer, ou encore sa tendance à annuler la fonction du signifiant avec une tendance à être mesuré ou tempéré, le Moi du névrosé réussirait finalement ce tour de force d'assimiler ses obsessions avec des raisonnements « normaux », et même avec des fonctionnements valorisés socialement. Aussi, quand Charles Melman (1987) remarque qu'il est difficile pour un clinicien non averti de pouvoir diagnostiquer les formes les moins graves de la névrose obsessionnelle, il souligne finalement autant la problématique clinique que les conséquences épistémologiques et sociales qui résultent du fait que le symptôme obsessionnel passe le plus souvent inaperçu. Car ce qui semble alors important de considérer, c'est que si ces obsessions masquées peuvent se confondre avec des raisonnements ou avec des fonctionnements cohérents et mesurés, elles n'en restent pas moins des formations de compromis symptomatiques. Autrement dit, l'étude des mécanismes psychiques sur lesquels se structurent les obsessions permet de dégager leurs spécificités et de repérer les problématiques épistémologiques et sociales qu'elles induisent dès lors qu'elles continuent de se banaliser.

« C'est pourquoi je me permets encore une fois de le faire remarquer, évoquer le symptôme social, c'est-à-dire les discours qui nous régissent, puisque c'est d'eux qu'il est question, ne peut manquer de concerner le psychanalyste. Pas pour traiter ce symptôme, il n'est pas plus à cet égard en position de thérapeute qu'il ne l'est à l'égard de son analysant, mais au contraire pour en faire valoir la brillance, qui ne peut elle-même prendre toute sa splendeur, qu'à la condition justement d'être rapprochée de la vérité. »³⁶

L'étude de l'organisation défensive obsessionnelle inviterait donc à étudier concomitamment le symptôme individuel et le symptôme social, à commencer par la boucle épistémologique que semblent induire ces fonctionnements pathologiques au sein du champ médico-psychologique.

³⁵ Freud, S. (1926). *Op. cit.*, p. 236.

³⁶ Melman, C. *La névrose obsessionnelle I- Le signifiant, la lettre*, Paris, Éditions Érès, 2015, p. 20.

En mettant en lumière l'importance du langage dans la structuration de l'être parlant et en montrant « au moi qu'il n'est pas même maître dans sa propre maison »³⁷, la découverte freudienne a fait vaciller certaines illusions et introduit les prémisses d'une conception structurelle du psychisme humain qui permet de distinguer trois grandes modalités de lectures du Réel : la névrose, la psychose et la perversion³⁸. Ni supérieures ni inférieures, ni saines ni malsaines, ces structures psychiques que la clinique psychanalytique permet de distinguer caractérisent des modalités spécifiques d'appréhension du Réel. À travers cet éclairage, la psychanalyse a donc bouleversé les conceptions de la psychopathologie qui isolaient catégoriquement le normal du pathologique car elle impliquait que ni le soignant ni le sachant n'est épargné par le rapport au signifiant. C'est ce que Lacan articulera tout au long de son enseignement : tous les êtres parlants sont handicapés³⁹ par le langage qui marque l'organisme de l'animal humain en l'introduisant à la loi du désir⁴⁰.

La découverte freudienne induit donc un certain nombre de changements importants qui concernent autant la formation du soignant que l'organisation du champ médico-psychologique. En effet, cette avancée conceptuelle met en évidence la nécessité éthique que le clinicien puisse faire sa propre cure⁴¹ afin d'accompagner son semblable à dénouer le conflit intrapsychique qui se représente dans ses symptômes. Mais surtout, cette nouvelle conception du symptôme invite le champ du soin à s'ordonner en fonction d'une logique clinique qui tient compte de la fonction du désir dans la symptomatologie psychique, corporelle et organique⁴² de l'être parlant, c'est-à-dire d'une logique du soin qui promeut « la santé comme expression du désir du sujet »⁴³.

En d'autres termes, en révélant le poids du désir, du signifiant et de la responsabilité de l'être dans les symptômes dont il se plaint, le mouvement dialectique que Freud a initié a des

³⁷ Freud, S. (1917). « Doctrine générale des névroses », in *Œuvres Complètes, Vol. XIV*, Paris, PUF, 2000, p. 295.

³⁸ Freud, S. *Névrose, Psychose et Perversion*, Paris, PUF, 1999.

³⁹ Lacan, J. (1953). « Fonction et champ de la parole et du langage », in *Écrits*, Paris, Éditions du Seuil, 1966, p. 276.

⁴⁰ Sauret, M-J. « La direction de la cure : du démenti du réel au franchissement de l'horreur de l'acte », in *La revue lacanienne*, vol. 20, no. 1, 2019, p. 41.

⁴¹ Freud, S. (1910). « Avenir de la thérapeutique analytique » in *La technique psychanalytique*, Paris, PUF, 2005, p. 27.

⁴² Amorim, (de), F. *Tentative d'une clinique psychanalytique avec les malades et les patients de médecine*, Paris, RPH, 2008.

⁴³ Manzetti, R., Biagi-Chai, F. et Fiori, R. « Une expérience de psychanalyse appliquée au malaise contemporain », in *La Cause freudienne*, vol. 61, no. 3, 2005, p. 99.

répercussions thérapeutiques considérables qui concernent autant le champ de la psychopathologie que celui de la médecine. Cependant, plus d'un siècle après cette avancée majeure dans la prise en charge de la symptomatologie de l'être parlant, il n'est pas impossible de remarquer que cette découverte scientifique continue de buter sur les mêmes résistances institutionnelles⁴⁴ que Freud rencontrait déjà à son époque.

Cette résistance à prendre en compte les résultats de la clinique⁴⁵, tout comme la persistance de conceptions exclusivement organicistes⁴⁶ des pathologies psychiques et somatiques, ne peuvent-elles pas *a posteriori* être entendues comme des formes de symptômes spécifiques ?

Alors que la persistance de théorisations rendues caduques⁴⁷ par des avancées scientifiques n'est pas une nouveauté dans l'histoire des sciences⁴⁸, notamment dans l'histoire de la médecine⁴⁹, le savoir que fait advenir la psychanalyse semble alors permettre d'éclairer rétrospectivement la structure symptomatique de cette problématique épistémologique.

En effet, des illusions religieuses instituées aux conceptions pseudo-scientifiques qui font fi du désir de l'être et de sa subjectivité, ne pouvons-nous pas remarquer une certaine structure logique dans ces systèmes hermétiques qui empêchent le mouvement dialectique de la science ?

En reprenant les mécanismes de défenses par lesquels le Moi du névrosé obsessionnel tend à isoler psychiquement et à annuler rétroactivement les représentations de son désir inconscient, nous verrons comment les biais logiques induits par ces mécanismes peuvent conduire à former des systèmes spécifiques⁵⁰ qui ont pour particularité – ceci n'est pas sans conséquences – de paraître rationnel et même scientifique. En essayant de dégager leurs spécificités, nous pourrions alors constater que les erreurs de raisonnement qu'induisent les isolations psychiques peuvent tout autant se représenter dans des conceptions religieuses⁵¹, dans des illusions politico-

⁴⁴ Roudinesco, E. *Sigmund Freud en son temps et dans le nôtre*, Paris, Éditions du Seuil, 2014, pp. 395-424.

⁴⁵ Revault d'Allones, C. & Al. *La démarche clinique en sciences humaines*, Paris, Bordas, 1989, P. 13.

⁴⁶ Bercherie, P. « Le concept psychanalytique de structure, alternative à l'organicisme », in *L'information psychiatrique*, vol. 91, no. 10, 2015, pp. 819-827.

⁴⁷ Melman, C. « Dolto, reviens ! », in *La revue lacanienne*, vol. 14, no. 1, 2013, pp. 7-9.

⁴⁸ Walch, J-P. *Galilée dans l'histoire. Science, religion, politique*, Paris, Nouveau Monde éditions, 2017.

⁴⁹ Dachez, R. *Histoire de la médecine – De l'Antiquité à nos jours*, Paris, Éditions Tallandier, 2012.

⁵⁰ Freud, S. (1926). « Inhibition, symptôme et angoisse » in *Œuvres Complètes, Vol. XVII*, Paris, PUF, 1992, p. 237.

⁵¹ Jones, E. *Psychanalyse, Folklore, Religion*, Paris, Payot, 1973.

économiques⁵², mais aussi dans certaines conceptions de l'être parlant qui dominent actuellement le champ médico-psychologique⁵³.

Or, à la différence d'un système scientifique qui peut être remis en question, amélioré, réfuté et abandonné s'il s'avère erroné, les systèmes obsessionnels auraient une fonction symptomatique importante pour le Moi. Si bien qu'en se structurant sur des isolations psychiques, ils ne peuvent être ni articulés, ni remis en question. Ils auraient donc pour particularité de s'avérer hermétiques et d'empêcher tout mouvement dialectique.

Autrement dit, nous verrons dans cette partie que l'organisation défensive obsessionnelle induit des systèmes absurdes, fermés et rigides qui peuvent paraître scientifiques, mais qui conduisent à rejeter catégoriquement toute argumentation ou théorisation qui viendrait les contredire, les remettre en question.

Cette problématique épistémologique n'avait pas échappé à Freud qui remarquait, en 1911 : « il existe souvent, dans les cercles médicaux et particulièrement dans les cercles psychiatriques, une tendance consistant à contredire les théories psychanalytiques sans les avoir réellement étudiés ou les avoir mises en pratique. »⁵⁴

Rétrospectivement, les apports de la psychanalyse et les résistances qui s'y opposent au nom de la scientificité semblent mettre en lumière le poids de ces fonctionnements obsessionnels systématisés. Car à la différence de ces modes d'appréhension et de maîtrise du Réel qui se focalisent sur un ensemble clos de symptômes isolés – et qui excluent la prise en compte du désir inconscient – la découverte freudienne illustre précisément que l'être humain n'est ni une machine⁵⁵ qui peut être traitée de manière compartimentée, ni un animal qui peut être conditionné. Il est un être de parole et de jouissance. Il est un être de désir.

Aussi, les biais logiques sur lesquels se structurent ces systèmes de conditionnement – que nous pourrions reconnaître comme des formes voilées et systématisées d'annulation rétroactive – sont d'autant plus prégnants aujourd'hui que l'inventeur de la psychanalyse les avait déjà soulignés,

⁵² Todd, E. *L'illusion économique*, Paris, Éditions Gallimard, 1998.

⁵³ Clavreul, J. *L'ordre médical*, Paris, Éditions du seuil, 1978, pp. 89-99.

⁵⁴ Freud, S. (1911). « Sur la psychanalyse », in *Œuvres Complètes, Vol. XI*, Paris, PUF, 2005, p. 33.

⁵⁵ Miller, J-A. « Neuro-, le nouveau réel », in *La Cause du Désir*, vol. 98, no. 1, 2018, p. 112.

notamment quand il critiquait, à juste titre, les effets trop ciblés et temporaires des techniques thérapeutiques de son époque⁵⁶.

Alors, si l'organisation défensive obsessionnelle peut se représenter via des systèmes pseudo-scientifiques qui, telles des enclaves fortifiées dans le champ du Moi, empêchent toute discussion et toute remise en question, elle semble former une résistance particulièrement obtuse, d'apparence rationnelle, à l'égard de cette méthode qui tend précisément à dégonfler le Moi. Effectivement, à la différence des ritualisations institutionnelles ou encore des « systèmes obsessionnels de suggestion »⁵⁷ qui tendent à déplacer les symptômes et à renforcer l'aliénation, la psychanalyse favorise l'abandon de cette maîtrise et de cette illusion. Aussi, quand cette démythification est au cœur même du processus curatif et quand elle constitue une avancée scientifique majeure quant à la conception du soin des symptômes des êtres humains, elle se révèle particulièrement subversive au regard d'une certaine position de maîtrise systématisée qui peut se retrouver dans la professionnalisation. Freud le remarquait d'ailleurs avec perspicacité : « le dernier masque de la résistance à l'analyse, le masque médico-professionnel, est le plus dangereux pour l'avenir »⁵⁸.

Ainsi, en dissipant les frontières imaginaires qui séparent la normalité du pathologique, la découverte freudienne éclaire rétroactivement la spécificité des résistances et des illusions qui se sont instituées au sein de l'organisation du champ médico-psychologique. Et pour cause, si nous sommes tous aliénés aux signifiants selon différentes modalités structurelles, si « nous sommes frères de notre patient en tant que, comme lui, nous sommes les fils du discours »⁵⁹, le professionnel du soin, aussi diplômé soit-il, n'est pas moins concerné par les effets du discours que ceux qu'il se propose de soigner. La psychanalyse venant donc dévoiler la nécessité structurelle que celui qui assure le soin psychique puisse faire sa propre psychanalyse, le rejet catégorique de ce mouvement dialectique permet de souligner, de manière inversée, une forme d'obsession voilée de la maîtrise et de la normalité. En effet, en nous appuyant sur des exemples cliniques, nous verrons que cette forme d'obsession de la norme induit une résistance spécifique à la psychanalyse qui se repère en premier lieu dans les difficultés cliniques qu'elle engendre. Car en considérant ses propres symptômes comme des tares ou des déficiences, le Moi du

⁵⁶ Freud, S. (1904). « De la psychothérapie » in *La technique psychanalytique*, Paris, PUF, 2005, p. 16.

⁵⁷ Lacan, J. (1953). *Op. cit.*, p. 299.

⁵⁸ Freud, S., Ferenczi, S. (1929). *Correspondance, Tome III, 1920 – 1933, Les années douloureuses*, Paris, Calmann-Lévy, 2000, p. 411.

⁵⁹ Lacan, J. (1971-72). *Le Séminaire, Livre XIX, ... ou pire*, Paris, Éditions du seuil, 2011, p. 235.

névrosé obsessionnel tend à vouloir les dissimuler, les normaliser, les maîtriser. Ce dernier peut dès lors s'avérer particulièrement résistant au regard de la méthode des libres associations en ce qu'elle vient précisément mettre en lumière les symptômes et le conflit intrapsychique que ces derniers représentent. En étudiant comment cette résistance spécifique se représente cliniquement, nous verrons qu'elle repose sur une forme discrète de « *magie négative* »⁶⁰ par laquelle le Moi fait disparaître la signification de sa symptomatologie. Ce faisant, nous pourrions nous rendre compte que cette tendance défensive à faire disparaître littéralement la signification des symptômes ne se représente pas uniquement dans le champ de la clinique, elle se représente tout autant dans des fonctionnements qui continuent d'être reconnus comme « thérapeutiques » et « scientifiques » au sein du champ médico-psychologique.

En d'autres termes, dans la mesure où elle peut mettre en lumière des symptômes qui passaient inaperçus jusqu'alors, nous pouvons nous demander si la dimension subversive de la psychanalyse ne vient pas révéler rétrospectivement le poids de cette symptomatologie voilée qui s'institue en se dissimulant derrière des fonctionnements valorisés socialement : si la névrose obsessionnelle restait dissimulée avant que Freud ne la découvre à la fin du 19^{ème} siècle, sa capacité à se normaliser et à disparaître à nouveau du champ de la psychopathologie vient éclairer l'ingéniosité de son organisation défensive.

Si cette remarquable capacité à se dissimuler peut conférer à la névrose obsessionnelle l'image d'une forteresse insaisissable, nous verrons dans cette première partie que cette aptitude au camouflage n'est pas sans incidences : confondre systématiquement des obsessions avec des fonctionnements rationnels induirait de multiples problématiques cliniques, épistémologiques et sociales.

Autrement dit, l'étude de cette organisation défensive semble mettre en évidence la façon dont la symptomatologie obsessionnelle réussit à se voiler tout en se représentant au sein de la société. En permettant de méconnaître son propre conflit intrapsychique dans la création de murailles discursives bien isolées, la structuration défensive obsessionnelle engendre des systèmes de fonctionnements pathologiques dont les conséquences seraient d'autant plus paradoxales qu'ils s'instituent au nom de fonctionnements valorisés.

⁶⁰ Freud, S. (1926). *Op. cit.*, p. 236.

Alors, quand Freud interpelle « la névrose de contrainte universelle de l'humanité »⁶¹ en interrogeant l'avenir de cette illusion qui se représente dans certains fonctionnements religieux, ne vient-il pas mettre en lumière l'influence sociale de cette symptomatologie qui semble se voiler et se déplacer ingénieusement d'illusions en illusions ?

« Si vous voulez éliminer la religion de notre culture européenne, cela ne peut se faire que par un autre système de doctrines et celui-ci reprendrait d'emblée, en vue de sa défense, tous les caractères psychologiques de la religion, le même caractère sacré, rigide, intolérant, le même interdit de pensée. »⁶²

Des guerres entre systèmes religieux aux combats idéologiques qui divisent tant les milieux politiques que scientifiques, il apparaît possible aujourd'hui de mettre en évidence comment le conflit obsessionnel peut se représenter tout en s'annulant via des systèmes hermétiques spécifiques, qui s'opposent de manière catégorique, en fonction des méprises et des isolations qui les structurent. Nous essaierons donc de dégager progressivement la spécificité de ces systèmes, dont la dimension symptomatique passe souvent inaperçue, mais qui se caractérisent cependant par « le même caractère sacré, rigide, intolérant, le même interdit de pensée »⁶³. En effet, qu'ils se représentent cliniquement à travers des rituels particulièrement absurdes, rigides ou chronophages⁶⁴, ou qu'ils se diffusent socialement en se confondant avec des fonctionnements pragmatiques, scientifiques et même vertueux, il est possible de préciser la spécificité du biais logique sur lequel se structurent ces systèmes obsessionnels.

Enfin, si une telle prise en compte structurelle de l'obsession peut permettre d'éclairer que de nombreux fonctionnements considérés comme « normaux » ou « rationnels » constituent des formes voilées d'expressions symptomatiques, soit l'expression d'un conflit intrapsychique minimisé, isolé, mais néanmoins délétère, il semble alors que la conception de la souffrance attenante au conflit larvé peut être élargie en ceci que le symptôme ainsi dissimulé n'affecte pas uniquement l'être qui le méconnaît, mais aussi la société dans laquelle il interagit. Si l'ingéniosité de son organisation défensive permet à la névrose obsessionnelle d'exprimer sa symptomatologie tout en la dissimulant, elle met en évidence que l'étude des mécanismes

⁶¹ Freud, S. (1912). « L'avenir d'une illusion » in *Œuvres Complètes, Vol. XVIII*, Paris, PUF, 1994, p. 184.

⁶² *Ibid.*, p. 192.

⁶³ *Ibid.*

⁶⁴ Esquirol, E. (1838). *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*, Toulouse, Éditions Privat, 1998, p. 361.

obsessionnels est difficilement dissociable d'une prise en compte sociale de la psychopathologie.

La reconnaissance de ces systèmes obsessionnels semble donc d'autant plus importante qu'en se confondant avec des systèmes scientifiques, ils auraient des conséquences délétères dans de nombreux domaines. Au fur et à mesure de cette partie, nous déploierons certaines de ces conséquences en insistant notamment sur l'effet paradoxal qu'engendre, dans le champ de la recherche, la confusion entre le doute et l'obsession. En effet, nous verrons comment les biais de raisonnements et les erreurs d'interprétations qui résultent de l'organisation défensive obsessionnelle conduisent subtilement à corrompre le mouvement dialectique de la science et à instaurer une forme paradoxale d'obscurantisme scientifique.

Nous tenterons de donner des illustrations de systèmes obsessionnels qui tendent à se confondre aujourd'hui avec des systèmes scientifiques, et c'est notamment dans le champ médico-psychologique que nous essaierons de mettre en évidence la dimension absurde de ces systématisations. Et pour cause, en se structurant imperceptiblement sur des isolations psychiques qui biaisent le raisonnement et interdisent des associations de pensée, ces systèmes rigides conduiraient non seulement à empêcher, au nom de la rigueur et de la scientificité, le soin psychique que permet la psychanalyse, mais aussi à instituer des modes de fonctionnements pseudo-scientifiques qui finissent par renforcer les symptômes, au nom de la scientificité.

Alors, si Freud avait déjà mis en lumière ces « formations de systèmes des névrosés de contrainte »⁶⁵, s'il n'hésita pas à les reconnaître comme de véritables symptômes et à leur donner une importance similaire à celle du délire dans la paranoïa, nous essaierons dans cette partie d'éclairer les biais signifiants sur lesquels ces systématisations se structurent, et ainsi ce qui permet de les distinguer, malgré leur multiplicité et leur apparence de rationalité. Au même titre que le délire dans la psychose constitue une tentative de guérison symptomatique de la béance que peut produire la forclusion, nous verrons qu'il n'est pas impossible de considérer ces systèmes obsessionnels comme des symptômes secondaires dont la fonction de stabilisation s'articule à la désorganisation psychique que produit la tendance obsessionnelle à tout remettre en question, soit ce que Legrand du Saulle reconnaissait à juste titre comme « *folie du doute* »⁶⁶.

⁶⁵ Freud, S. (1926). *Op. cit.*, p. 217.

⁶⁶ Legrand du Saulle, H. (1875). *La folie du doute (avec délire du toucher)*, Toulouse, Éditions Privat, 1998.

1.1 La régression au stade sadique-anal

« Quand le moi commence ses efforts de défense, il obtient comme premier succès que l'organisation génitale (de la phase phallique) soit totalement ou partiellement ramenée au stade antérieur sadique-anal. Ce fait de la régression reste déterminant pour tout ce qui va suivre. »⁶⁷

a) *Les expressions pathologiques du stade sadique-anal et la problématique diagnostique*

La névrose obsessionnelle se caractérise par une fixation de la libido au stade de l'organisation pré-génitale sadique-anale⁶⁸. Ce stade de la sexualité infantile, découvert par Sigmund Freud, est marqué notamment par des tendances destructrices, par un rapport problématique à la demande et par un désir de rétention qui déterminent, à travers de multiples substitutions signifiantes, une grande partie de la symptomatologie obsessionnelle.

La plupart des difficultés psychiques du névrosé obsessionnel sont ainsi conditionnées par les exigences d'un système pulsionnel et relationnel anachronique qui tend à rester voilé en fonction des déplacements et des formations réactionnelles qui le travestissent. Du don excessif à la jouissance de la rétention, de l'obsession de « *bien faire* » à celle de ne « *rien faire* », de l'obséquiosité au rejet de toute autorité, de la soumission à l'opposition systématique, de la résignation à l'obstination, de la bonté excessive à la cruauté rationalisée, le stade anal caractérise un mode de jouissance qui se manifeste de multiples manières. Mais si celui-ci peut se représenter parfois de manière évidente, par exemple dans le rapport à la saleté, aux injures scatologiques ou dans certaines difficultés à abandonner les objets, la jouissance qui caractérise le stade anal semble trouver le plus souvent des déguisements et des modalités d'expressions particulièrement subtiles.

⁶⁷ Freud, S. (1926). « Inhibition, symptôme, angoisse », in *Œuvres Complètes, Vol. XVII*, Paris, PUF, 1992, p. 231.

⁶⁸ Freud, S. (1905). « Trois essais sur la théorie sexuelle », in *Œuvres Complètes, Vol. VI*, Paris, PUF, 2006, p. 135.

Aussi, le repérage clinique de ces formations symptomatiques apparaît d'autant plus difficile qu'elles sont rationalisées par le Moi, qu'elles se confondent avec des fonctionnements valorisés et qu'elles se cristallisent sous la forme de traits de caractère⁶⁹.

C'est ainsi que « la forme d'organisation pathologique du Moi »⁷⁰ qui caractérise la névrose obsessionnelle passerait facilement inaperçue et s'assimilerait avec des formes de fonctionnements banalisés et vertueux.

Cette problématique diagnostique est d'autant plus conséquente du fait de la multiplicité et de la nature contradictoire des modalités d'expression qui caractérisent la régression au stade sadique-anal. En effet, de la même manière que le Moi du névrosé obsessionnel peut rationaliser ses fonctionnements pathologiques, les banaliser ou encore les présenter comme des qualités, la clinique met également en évidence comment le plus souvent le Moi ne reconnaît qu'une infime partie de ses expressions symptomatiques tout en l'isolant des autres manifestations pathologiques auxquelles elle est liée.

Alors, si la clinique souligne les modalités défensives par lesquelles le Moi du névrosé obsessionnel se défend de reconnaître les manifestations de sa tendance sadique-anale, elle met également en lumière que ces mêmes modalités défensives sont largement représentées dans le champ de la psychopathologie : les expressions pathologiques du stade sadique-anal y sont le plus souvent banalisées⁷¹, assimilées à des fonctionnements valorisés ou encore littéralement disloquées⁷².

Cette tendance à isoler la lecture des phénomènes entre eux et à déformer ainsi leur signification se révélerait d'autant plus prégnante au sein du champ médico-psychologique que Freud indiqua clairement, il y a plus de cent ans, les liens de substitutions⁷³ qui permettent aux manifestations du stade sadique-anal de se voiler derrière leur propre division.

Par sa découverte du stade pré-génital et de ses expressions déplacées, l'inventeur de la psychanalyse a donc mis en lumière un certain nombre de fonctionnements morbides qui

⁶⁹ Freud, S. (1926). *Op. cit.*, p. 217.

⁷⁰ Ey, H., Bernard, P., Brisset, C. « La névrose obsessionnelle » in *Manuel de psychiatrie*, Paris, Masson, 1960, p. 354.

⁷¹ Préface de Denise Sainte Fare Garnot in Melman, C. *La névrose obsessionnelle I- Le signifiant, la lettre*, Paris, Éditions Érès, 2015, p. 7.

⁷² American Psychiatric Association. (2015). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

⁷³ Freud, S. (1908). « Caractère et érotisme anal », in *Œuvres Complètes, Vol. VIII*, Paris, PUF, 2007, pp. 187-194.

jusqu'alors passaient inaperçus. Il établit ainsi les corrélations qui unissent la jouissance du collectionneur, celle de l'économiste ou encore celle du capitaliste. Plus précisément, Freud a mis en évidence que le lien pathologique aux fèces qui caractérise le stade anal se déplace via des substitutions signifiantes qui illustrent, malgré leur différence, le rapport symbolique et problématique au don que l'enfant a le pouvoir de faire ou de refuser⁷⁴.

Par exemple, Monsieur F. travaille depuis plus de 20 ans dans une grande société. Il est triste car il considère que ce travail n'a aucun sens et il « *fait le minimum* » tout en rêvant à une carrière dans laquelle il pourrait davantage s'épanouir, dans laquelle il pourrait « *donner* » beaucoup plus :

« Dans la difficulté à reprendre le projet artistique, peut-être que c'est une fausse question. Y'a la peur de mettre en ligne quelque chose. Voir ce que les gens en pensent, j'ai l'impression que c'est comme si d'un coup j'allais révéler quelque chose que j'ai gardé pour moi, quelque chose d'intime, c'est moi, mon petit caca. J'attends qu'on le reconnaisse et qu'on lui donne de la valeur... »

Par la mise en exergue de la fonction du signifiant dans le rapport à la pulsion⁷⁵, Lacan a facilité la reconnaissance des modalités d'expressions discursives de la jouissance caractéristique du stade sadique-anal. Qu'elle apparaisse dans le discours du patient ou du psychanalysant à travers l'insistance du verbe « *faire* », « *aller* », « *donner* » ou encore « *garder* » ou « *retenir* », la jouissance propre au stade sadique-anal semble se représenter tout en se masquant à travers les déplacements du signifiant de la demande fécale : faire ou ne pas faire ses besoins, faire ou ne pas faire ses devoirs, faire ou ne pas faire son travail, faire ou ne pas faire l'amour, faire ou ne pas faire plaisir... Si l'infinité de ses déplacements peut contribuer à la rendre méconnaissable, l'expérience clinique permet toutefois de repérer autant la spécificité de cette jouissance que ses différentes modalités : entre certaines expressions corporelles empreintes de volupté du psychanalysant qui retient ses paroles sur le divan et l'amant qui retient son amour ou le don de son plaisir, entre la procrastination et la poursuite effrénée de tâches à faire successivement, entre la peur obsédante de ne pas donner assez et l'opposition systématique aux demandes de l'autre, le fonctionnement pathologique que détermine la fixation au stade anal se représente de manière subtile et discrète dans de nombreux comportements qui paraissent hétérogènes.

⁷⁴ *Ibid.*

⁷⁵ Lacan, J. (1957-58). *Le Séminaire, Livre V, Les formations de l'inconscient*, Paris, Éditions du seuil, 1998, p. 414.

Par exemple, voici comment Monsieur S. décrit sa tendance à se poser systématiquement des interdits et à s'empêcher de « *se faire plaisir* » : « *c'est toujours les « ne pas », ça revient en boucle. J'en ai marre de retenir comme ça. J'aimerais transformer les « ne pas » en une force positive, qui me pousse à faire. Je pense à la naissance et au rapport à la déjection : retenir et pousser.* »

Monsieur D. oscille entre une tendance à « *ne rien faire* » et une tendance à « *trop faire* ». Lors d'une séance de psychanalyse, il peut dire :

« Je me retenais de faire. Maintenant, j'essaie de trop faire. Je me retenais de faire pour laisser libre cours à la pensée. Ce que je fais là, j'essaie de trouver une sorte d'équilibre, mais je suis vite déséquilibré dans l'excès. C'est surfait. J'en fais trop. Je l'accepte. Et je fais. C'est assez! C'est tasser. Le piège pour moi, que je fasse trop, serait de ne plus penser. J'ai cette crainte de plus penser mais je pense trop. D'une certaine manière, c'est soit tout faire, soit tout penser. Je cherche le lien, l'équilibre. L'équilibre viendra avec le lien. Le sens. Donner du sens à mes actions... ».

Voici comment Madame F. peut décrire ses difficultés à trouver un travail et à s'insérer dans la société :

« Je n'arrive pas à faire. Dans ma vie perso c'est encore pire. Là j'essaie de séparer ce côté de moi, la merde, être humain, et cet autre côté où je sais que je ne suis pas une merde. Mais même professionnellement, je vois bien que je commence à me foutre dans la merde... Je vois bien que je suis dans une forme d'autodestruction. Une partie qui croit que je peux faire des choses, voire même incroyables et une autre partie qui me dit que je suis ridicule et que c'est prétentieux de penser ça. Une autre partie qui me dit que si je mets tout en œuvre, je peux créer et produire. Je n'arrive pas à trouver la force en moi de me motiver pour les démarrer. Pourtant, j'ai le sentiment que c'est accessible. J'ai lu dans un article qu'il existe différentes personnalités. Je fais partie des rebelles : je n'accepte pas qu'on me dise quoi faire, que ça vienne de l'autre ou que ça vienne de moi. Dès qu'on me le demande, je n'arrive pas à faire, je n'arrive pas à donner. »

Enfin, Madame C. remarque dans sa cure qu'elle confondait sa tendance à s'opposer systématiquement avec une forme de liberté :

« J'ai voulu aller chercher un article sur le stade anal, et je me suis dit que non, que j'étais en train de contrôler mon obsession du contrôle. Je pensais que c'était l'analyse qui ferait les choses pour moi et finalement je suis en train de me discipliner. De dire ça, ça me rend triste car pendant des années j'étais dans cette croyance que ma façon de m'opposer tout le temps, c'était ma liberté. »

Ces illustrations cliniques témoignent bien des multiples intrications du stade anal. Lacan précisera l'articulation signifiante de cette pulsion en jeu, à savoir qu'il ne s'agit pas simplement de faire ou de ne pas faire, mais aussi de faire chier ou de se faire chier : « au niveau de la pulsion anale – un peu de détente ici – ça ne semble plus aller du tout. Et pourtant, se faire chier ça a un sens ! Quand on dit ici, on se fait rudement chier, on a rapport à l'emmerdeur éternel. »⁷⁶

Parlant de son refus de travailler pour la plupart des sociétés dans son domaine, voici ce que dit Madame F : « *dès que j'ai l'impression qu'il faut faire, ça m'emmerde de faire.* »

Dans un article dans lequel il reprend ces développements sur l'objet anal, Philippe La Sagna met en évidence ceci :

« L'objet cessible est ce qu'on cède et est aussi le représentant du moment où, emporté par la jouissance, vous cédez comme sujet à la « situation », quand vous ne pouvez plus vous empêcher. Ça c'est l'Homme aux loups qui nous l'apprend. Lacan dans une partie du *Séminaire X, L'angoisse*, que J.-A. Miller a intitulée « De l'objet cessible » nous dit que le sujet « cède à la situation » (la scène primitive) et plonge dans la jouissance anale ; c'est le moment où l'Homme aux loups ne tient plus sa subjectivité. Elle cède, et il devient lui-même l'objet anal, *a*. Il fait cession de son statut de sujet, produit dans l'angoisse un objet cessible, une selle, et disparaît comme sujet en se transformant en l'objet qui le représente : face à la jouissance, il abdique. L'objet anal l'efface, vient à sa place. »⁷⁷

b) Les résistances à reconnaître le stade sadique-anal et leurs répercussions épistémologiques

Si la pratique clinique permet de repérer les conséquences pathologiques de cette régression et si elle permet aussi de témoigner de la prépondérance de ces formations symptomatiques, nous pouvons alors nous étonner que les manifestations du stade sadique-anal continuent aujourd'hui d'être compartimentées, minimisées et banalisées.

Ces isolations, ces inhibitions et cette mésestime spécifiques à l'égard des expressions de cette modalité de jouissance ne viennent-elles pas témoigner de l'influence des mécanismes obsessionnels dans le champ psychanalytique lui-même ? Si la clinique permet de mettre en évidence les conséquences morbides de cette pulsion que le Moi du névrosé tend à dissimuler, elle invite plus que jamais le psychanalyste – Freud en a signalé le dévoiement – à ne surtout

⁷⁶ Lacan, J. (1964). *Le Séminaire, Livre XI, Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*, Paris, Éditions du seuil, 1973, p. 177.

⁷⁷ La Sagna, P. « Les objets de l'obsessionnel », in *La Cause freudienne*, vol. 67, no. 3, 2007, pp. 57-58.

pas « céder sur les mots »⁷⁸ : la visée de faire chier et de se faire chier, ou encore celle d'emmerder et de s'emmerder, n'est pas sans avoir un certain nombre de répercussions mortifères, surtout quand elle se voile à travers des justifications qui semblent rationnelles.

D'ailleurs, au-delà de cette tendance à banaliser le poids de cette jouissance pathologique, n'est-ce pas la question même du stade sadique-anal et de ses conséquences morbides qui tendent à être littéralement rendues non advenues dans les conceptions de la psychopathologie qui dominant à ce jour le champ médico-psychologique ?

Ainsi, le contraste entre la prépondérance clinique de ces expressions symptomatiques et la disparition des apports freudiens nous amène à nous interroger sur la spécificité de cette forme de résistance. Tout comme il nous invite à nous demander si des thérapeutiques qui traitent les manifestations symptomatiques sans considérer la jouissance qui s'y représente ne se structurent pas sur une forme spécifique de biais de raisonnement. Pour tenter de dégager progressivement la spécificité de ces systèmes qui excluent tout autant la question du désir que celle de la jouissance de l'être⁷⁹, nous pouvons nous appuyer sur la clinique.

Voici par exemple ce que peut dire Madame K. lors d'une séance de psychanalyse où elle reconnaît son rapport problématique à son désir :

« Qu'est-ce que cette absence de désir ? C'est une habitude chez moi. C'est comme si je contrains mon désir. Ça me permet de faire tranquillement de la rétention mais du coup je minimise le principe même de la vie. C'est comme si j'avais trop peur et que je n'étais pas vraiment dans la vie. C'est un mélange de ce que j'ai emmagasiné enfant : ce n'est pas bien d'exprimer ses désirs, il ne faut pas être désireux ! Quand je me plaignais de ne pas avoir ce que mes amis avaient, j'avais un retour sévère. Très vite, j'ai pris l'habitude de ne rien demander et du coup ça n'existait pas. Ce n'était pas nommé et du coup, c'était moins ressenti. Le fait de taire mes désirs, de ne pas les laisser exister, de les contraindre, je vois que c'est ce qui reste dans ma façon d'envisager la vie. Je me suis enfermée là-dedans, dans cette contrition. Car désirer suppose également de souffrir, d'être frustrée. C'est comme si je m'étais coupée, coupée de mes sensations, coupée de mon désir. Quand je voyais les sœurs dans les couvents, je me disais qu'elles étaient heureuses car elles n'ont pas de désirs... ça me faisait vachement envie. Donc quelque part ça m'arrange mais en fait je m'aperçois

⁷⁸ Freud, S. (1921). « Psychologie des masses et analyse du moi », in *Œuvres Complètes, Vol. XVI*, Paris, PUF, 2010, p. 30.

⁷⁹ Laurent, É. « Usages des neuro-sciences pour la psychanalyse », in *La Cause freudienne*, vol. 70, no. 3, 2008, pp. 111-121.

que ça ne m'arrange pas tant que ça ! Toutes ces manifestations, ma jalousie, ma colère, mes symptômes, c'est la manifestation de mon désir ! »

Cette dernière phrase illustre à elle seule l'impasse clinique à laquelle est vouée toute thérapeutique qui se donne pour objectif de traiter les symptômes des êtres parlants sans considérer le désir en souffrance qui tend à s'y manifester.

c) L'évanescence du désir et le sentiment de contrainte dans le rapport à la demande.

Le rapport à la demande de l'Autre⁸⁰ qui caractérise le stade sadique-anal détermine une problématique particulière qui se voile et se déplace dans la plupart des difficultés dont peuvent se plaindre les névrosés obsessionnels. En effet, du fait de cette fixation, toute demande, la plus insignifiante soit-elle, est susceptible d'être vécue comme une véritable contrainte. Que l'être s'y assujettisse ou qu'il s'y oppose avec véhémence, le rapport coercitif qu'il peut ressentir à ce qu'il suppose être attendu de lui engendre de nombreuses méprises, pouvant même le pousser dans certaines situations à s'isoler de toute demande en évitant les rapports sociaux.

Ce rapport coercitif et contraignant au désir de l'Autre est remarquablement décrit par Antonio Quinet :

« Il est l'esclave du désir de l'Autre dont la voix impérative se présente dans les commandements ritualisés qui condensent à la fois la Loi et son annulation, la jouissance et son impossibilité. L'obsession est la voie symptomatique de la satisfaction pulsionnelle de la voix d'un surmoi qui voit. »⁸¹

Le sentiment de contrainte dans le rapport à la demande peut donc induire de multiples confusions qui se manifestent cliniquement dans les incompréhensions dont se plaignent les névrosés obsessionnels : en ressentant la demande de l'Autre comme une obligation, le Moi peut ainsi facilement assimiler toute forme d'autorité avec une forme d'autoritarisme. Cette assimilation troublante peut donc le conduire à récuser de manière systématique toute forme d'autorité. Autrement dit, le Moi tend à déplacer dans son rapport au monde le rapport d'opposition, empreint d'indignation et d'injustice, qui caractérise la fixation au stade anal. Que

⁸⁰ Lacan, J. (1962-63). *Le Séminaire, Livre X, L'angoisse*, Paris, Éditions du seuil, 2004, p. 352.

⁸¹ Quinet, A. « Zwang, de la névrose à l'inconscient obsessionnel », in *L'en-je lacanien*, vol. n° 1, no. 1, 2003, p. 23.

ce phénomène symptomatique se représente dans ses rapports de couples, dans ses rapports amicaux ou encore dans ses relations professionnelles, il n'est pas impossible de repérer cliniquement le déplacement de ce rapport problématique par lequel le Moi se sent contraint par la demande de l'Autre, demande qu'il vit comme un écrasement et plus précisément comme une annulation de son désir et de sa subjectivité⁸². Si Jacques Lacan a particulièrement bien articulé cette dimension de l'évanescence du désir⁸³ du névrosé obsessionnel, la traduction littérale du terme freudien « *Zwangneurose* » par « névrose de contrainte » éclaire bien la spécificité de la problématique obsessionnelle. Antonio Quinet précise à cet égard :

« *Zwangsvorstellung, Zwangsneurose, Wiederholungszwang* : dans ces trois expressions, *Zwang* désigne ce qui est obligatoire, impératif, comme on peut le trouver dans *Zwangsarbeit* (condamnation à des travaux forcés), *er tut es nur aus Zwang* (il ne le fait que par obligation), *unter Zwang stehen* (être sous le joug, soumis à). À côté de ce caractère d'ordre et de commandement, *Zwang* désigne force et pression, comme dans les expressions *der Zwang der Ereignisse* (la pression des événements) et *der Zwang der Konvention* (la force des circonstances). Ces deux aspects font de tout ce qui est *Zwang* une exigence contraignante, *eine dringende Forderung*, où nous trouvons conjointes une représentation qui fait fonction de maître du commandement et le *Drang* de la pulsion sexuelle qui exige satisfaction. »⁸⁴

Si ce sentiment de contrainte et d'obligation est particulièrement typique des difficultés que rencontre le névrosé obsessionnel, il s'agit de remarquer que ce ressenti contraignant peut facilement passer inaperçu cliniquement. Et pour cause, si le névrosé obsessionnel souffre de voir son désir s'évanouir au profit d'un rapport coercitif à la demande de l'Autre, la clinique met en évidence que le Moi rationalise le plus souvent ce rapport problématique en le justifiant, selon le contexte dans lequel cette contrainte est ressentie. Toutefois, nous en donnerons des illustrations dans la deuxième partie de ce travail, il est possible de dégager progressivement les différentes modalités par lesquelles le rapport à la demande se voit marqué du sceau de l'obligation, où ce que le névrosé « *doit faire* » se substitue progressivement à ce qu'il « *veut faire* ». À travers ce sentiment troublant où le don peut se confondre à une forme d'extorsion, le Moi peut être conduit à douter profondément de faire les choses pour lui ou pour celui qui lui a demandé. Bien qu'il puisse alors s'isoler pour éviter de se confronter à cette problématique

⁸² Lacan, J. (1954-55). *Le moi dans la théorie de Freud et dans la technique psychanalytique*, Paris, Éditions du seuil, 1978, p. 370.

⁸³ Lacan, J. (1957-58). *Op. cit.*, pp. 405-21.

⁸⁴ Quinet, A. (2003). *Op. cit.*, p. 17.

intrapsychique, il peut aussi rentrer dans une opposition systématique à la demande de l'Autre par laquelle il s'évertue à retrouver la marque de son propre désir, en vain.

Ce qu'il s'agit de remarquer, c'est que si cette opposition obtuse et systématique peut donner au Moi l'illusion de recouvrer sa liberté et sa volonté, elle conduit finalement le névrosé à aller, à son insu, à l'encontre de son propre désir, comme en témoigne Monsieur D. dans une séance de psychanalyse :

« Je prends systématiquement des mauvaises décisions. Il y a une confusion, quelque chose de flou. Je procrastine. Il y a des demandes que je ne veux pas remplir car elles prennent la forme de quelque chose qui m'enquiquine, alors que c'est bon pour moi. Je suis mal outillé pour discerner ce qui est bon pour moi, concernant les demandes qui me sont faites et ça me demande un effort pour bien discerner, faire des choix qui me sont bénéfiques. Malgré cela, je fais régulièrement des choix qui ne sont pas bons pour moi. »

d) Les rationalisations du sentiment de contrainte et leurs répercussions

Si cette problématique que détermine le stade anal peut se dégager progressivement au fil des cures des névrosés obsessionnels, il est important d'insister sur le fait qu'elle n'est pas évidente à repérer, notamment dans la mesure où elle apparaît le plus souvent de manière rationalisée. En effet, le Moi du névrosé obsessionnel tend à justifier ce rapport assujettissant à la demande en fonction du contexte dans lequel il se sent contraint : plutôt que de reconnaître la difficulté qu'il ressent dans son rapport évanescent à son désir – ce qu'il pourra faire progressivement grâce à la cure – le Moi tend à adhérer à des rationalisations spécifiques qui justifient son rapport assujettissant et contraignant à la demande. Aussi, s'il est possible de remarquer cliniquement que certaines de ces rationalisations sont manifestement absurdes, il est aussi étonnant de constater que certaines idéologies par lesquelles le Moi donne du sens à son sentiment de contrainte sont particulièrement représentées : religieuses, politiques ou même scientifiques. De nombreuses systématisations semblent ainsi contribuer à donner du sens à ce rapport de soumission et d'opposition caractéristique du stade sadique-anal.

Finalement, la reconnaissance clinique des idéologies par lesquelles le Moi du névrosé obsessionnel rationalise sa régression invite le psychanalyste à s'interroger sur les conséquences sociales de ces systèmes qui amalgament l'autorité avec l'autoritarisme, la liberté

et l'absence de toute contrainte... Des guerres de religions⁸⁵ aux conflits idéologiques qui clivent nos sociétés⁸⁶, le psychanalyste ne peut-il pas remarquer la répétition d'un même conflit entre systèmes autoritaires et libertaires ?

Si l'importance sociale du fonctionnement obsessionnel n'avait pas échappé au génie de Freud⁸⁷, et si des psychanalystes contemporains mettent remarquablement en évidence cette influence⁸⁸, il n'est donc pas incongru de nous demander quelle est la spécificité de ces systématisations et dans quelle mesure elles n'œuvrent pas, discrètement, subtilement, ingénieusement, à l'écrasement du désir et de la responsabilité des êtres.

Autrement dit, en méconnaissant systématiquement le rapport évanescent à son désir par l'adhésion à des systèmes idéologiques qui recouvrent sa problématique, les difficultés subjectives propres au stade sadique-anal ne tendent-elles pas à s'institutionnaliser au sein de la société ?

Nous essaierons progressivement de préciser cette articulation et d'identifier la structure de ces systématisations. Avant cela, nous tenterons de dégager une autre spécificité du stade sadique-anal dans la partie suivante.

e) L'oscillation de la valeur de l'objet et les méprises qu'elle engendre

À travers la fixation de ce rapport problématique à la demande et à l'objet de la pulsion qui s'y articule, le drame subjectif que vient ponctuer le stade anal semble déterminer un profond sentiment d'injustice et d'incompréhension qui trouble la logique de l'obsessionnel. Cette forme d'incompréhension caractéristique, qui se repère dans la clinique, vient illustrer l'inversion que subit la valeur de l'objet dans le rapport à la demande : si les matières fécales peuvent être attendues dans un premier temps comme un cadeau, comme le bien le plus précieux pour l'Autre, elles tendent à reprendre au bout d'un temps leur valeur de déjections, d'un objet ni sublime ni merveilleux, mais au contraire, d'un objet dont il faut se débarrasser. Du précieux au rebut, du formidable au honteux, le renversement radical de la valeur de l'objet

⁸⁵ Lacan, J. (1973). « Introduction à l'édition allemande d'un premier volume des *Écrits* », in *Autres écrits*, Paris, Éditions du Seuil, 2001, p. 557.

⁸⁶ Todd, E. *L'invention de l'Europe*, Paris, Éditions du seuil, 1996.

⁸⁷ Freud, S. (1926). *Op. cit.*, p. 236.

⁸⁸ Rose, S. *Actualités de la névrose obsessionnelle*. Université Rennes 2, 2009. <tel:00416390>

de la demande semble ainsi confondre l'obsessionnel dans un rapport d'incompréhension spécifique tant à l'égard de ses productions symboliques successives qu'au niveau de la valeur qu'il tend à s'accorder. Entre le génie et la médiocrité, entre la préciosité et la nullité, cette oscillation radicale de la valeur de l'objet qui se joue au stade anal figerait l'être dans un rapport problématique à sa valeur et à celle de son don, valeur oscillante qui n'épuise jamais son intarissable quête de reconnaissance. Cette fixation produit ainsi un mode de jouissance itératif dans lequel l'obsessionnel peut s'épuiser à essayer de « *bien faire* », pour faire plaisir à l'Autre, à essayer de retrouver ce temps où sa production était encore considérée comme le bien le plus extraordinaire.

Par cette oscillation de la valeur de l'objet, le stade anal déterminerait donc un mode de lecture du Réel qui se structure sur une incompréhension fondamentale et sur une ambivalence spécifique dans le rapport au signifiant.

Par ce renversement où la préciosité se dissipe au profit de la valeur négative de la déjection, de nombreuses significations ne sont-elles pas susceptibles de subir le joug de cette forme d'inversion ?

Du fait de cette incompréhension où ce qui intéresse l'être au plus haut point peut devenir l'objet de son plus grand désintérêt⁸⁹, et par cette tendance à annuler et à remettre sans cesse en question la valeur des signifiants⁹⁰, la fixation au stade anal semble donc engendrer une forme de confusion qui n'est pas sans confiner la névrose de contrainte à la folie, folie du doute⁹¹ en l'occurrence. Cette perplexité qui se repère cliniquement paraît alors trouver dans les idées fixes ou dans les idées arrêtées, au sens littéral, les moyens de se stabiliser. Lors d'une séance de psychanalyse, Monsieur E. reconnaît qu'il a beaucoup d'idées arrêtées dans différents domaines et il ponctue : « *j'ai des convictions pour éviter de trop douter.* » En ce sens, les systèmes d'idées rigides par lesquels les névrosés obsessionnels rationalisent ces confusions peuvent être considérés comme des symptômes secondaires, au même titre que le délire dans la psychose peut être entendu comme une tentative de guérison⁹². Nous reprendrons cette articulation au fur et à mesure, mais il nous semble important de préciser ici que si ces ensembles de principes et

⁸⁹ Lacan, J. (1957-58). *Op. cit.*, pp. 402-03.

⁹⁰ Lacan, J. (1962-63). *Le Séminaire, Livre X, L'angoisse*, Paris, Éditions du seuil, 2004, p. 77.

⁹¹ Legrand du Saulle, H. (1875). *La folie du doute (avec délire du toucher)*, Toulouse, Éditions Privat, 1998.

⁹² Freud, S. (1911). « Remarques psychanalytiques sur un cas de paranoïa », in *Œuvres Complètes, Vol. X*, Paris, PUF, 1993, p. 294.

d'opinions arrêtées peuvent passer inaperçus, tout comme le délire n'est pas toujours évident à repérer, « les formations de systèmes des névrosés de contrainte »⁹³ ont pour caractéristique de recouvrir la tonalité défensive qui marque le stade anal, soit l'oscillation entre la soumission et l'opposition à la demande. Par exemple, voici comment Madame F. met en évidence sa difficulté dans le rapport à la demande et au désir : « *je n'ai jamais envie de faire les choses quand on me les demande. Mais si je me le demande moi c'est pareil... et si je me demande pas, je fais rien.* »

Ainsi, la fixation au stade sadique-anal ne caractérise pas uniquement un mode de jouissance que l'être peut retrouver dans le rapport déplacé au don et la rétention, il détermine aussi un rapport spécifique au signifiant par lequel le désir du névrosé ne cesse de se dissiper au profit de la demande de l'Autre. Cette difficulté spécifique trace les contours d'un mode de relation qui se représente, de manière plus ou moins manifeste, dans des formes qui peuvent paraître radicalement opposées. En se soumettant, en s'abandonnant à la demande de l'Autre, le névrosé obsessionnel peut continuer à lui laisser, tout en lui reprochant, la charge de sa propre responsabilité, tout comme il peut, dans cet amalgame qui fond l'autorité en un abus de pouvoir, s'opposer systématiquement à toute demande. Le stade sadique-anal déterminerait ainsi un mode de relation spécifique qui oscille entre l'aliénation à la demande et une opposition systématique qui finit par devenir tout aussi aliénante. Entre l'assujettissement de l'être au signifiant et le refus du signifiant et de ses implications, entre la soumission à la demande et la quête aigüe et éperdue de liberté sans contrainte, l'organisation prégénitale découverte par Freud induit des formations pathologiques qui semblent avoir d'autant plus de répercussions sociales qu'elles tendent à se rationaliser au sein de formations idéologiques opposés qui assimilent le respect de l'autorité avec la soumission et la liberté avec le rejet de tout autorité.

⁹³ Freud, S. (1926). *Op. cit.*, p. 217.

1.2 Le refoulement dans la névrose obsessionnelle

« Peut-être pouvons concevoir le relief que prennent ces techniques auxiliaires et substitutives comme une preuve que l'exécution du refoulement dans sa forme régulière se heurte à des difficultés. Si nous considérons que dans la névrose de contrainte le moi est beaucoup plus le théâtre de la formation de symptôme que dans l'hystérie, que ce moi reste opiniâtrement attaché à la réalité et à la conscience, et met en œuvre pour cela tous ses moyens intellectuels, voire même que l'activité de pensée apparaît surinvestie, érotisée, alors, ces variations du refoulement viendront peut-être plus à notre portée. »⁹⁴

a) *La particularité obsessionnelle et la problématique épistémologique*

La spécificité du refoulement dans la névrose obsessionnelle s'articulerait en partie aux autres mécanismes psychiques qui composent le système défensif, notamment l'annulation rétroactive et l'isolation psychique. Le conflit intrapsychique se représenterait essentiellement au niveau de la conscience et le refoulement dans la névrose obsessionnelle se caractériserait essentiellement par son échec :

« Le procès du refoulement qui conduit à la névrose de contrainte doit être qualifié d'incomplètement réussi, menaçant toujours plus d'échouer. Il doit être comparé à un conflit ne trouvant pas de conclusion ; de nouveaux efforts psychiques sont toujours requis pour équilibrer les assauts constants de la pulsion. Les actions de cérémonial et de contrainte apparaissent ainsi en partie pour assurer la défense contre la tentation, en partie pour assurer la protection contre le malheur attendu. Contre la tentation, les actions de protection semblent bientôt ne pas suffire ; surviennent alors les interdictions qui doivent tenir à distance la situation de tentation. »⁹⁵

Pour illustrer les caractéristiques du refoulement dans la névrose obsessionnelle et pour tenter de dégager quelques-unes de ses incidences, reprenons d'abord la définition du refoulement dans le *Dictionnaire de la psychanalyse* :

⁹⁴ Freud, S. (1926). « Inhibition, symptôme, angoisse », in *Œuvres Complètes, Vol. XVII*, Paris, PUF, 1992, p. 236.

⁹⁵ Freud, S. (1907). « Actions de contraintes et exercices religieux », in *Œuvres Complètes, Vol. VIII*, Paris, PUF, 2007, p. 146.

« Pour Sigmund Freud, le refoulement désigne le processus visant au maintien dans l'inconscient de toutes les idées et représentations liées à des pulsions et dont la réalisation, productrice de plaisir, affecterait l'équilibre du fonctionnement psychologique de l'individu en devenant source de déplaisir. Freud, qui en modifie plusieurs fois la définition et le champ d'action, considère le refoulement comme constitutif du noyau originel de l'inconscient. »⁹⁶

En précisant l'histoire du concept de refoulement, les auteurs du *Dictionnaire de la psychanalyse* citent un extrait d'un article de Freud qui, précisément, met en abyme l'influence épistémologique du système défensif obsessionnel, ici à l'égard du concept de refoulement lui-même :

« La théorie du refoulement est à présent le pilier sur lequel repose l'édifice de la psychanalyse, à la vérité la partie essentielle de celle-ci, et elle n'est elle-même rien d'autre que l'expression théorique d'une expérience qui se laisse répéter aussi souvent qu'on le veut lorsqu'on aborde l'analyse d'un névrosé sans recourir à l'hypnose. (...) Je m'élèverai très énergiquement contre quelqu'un qui prétendrait ranger la théorie du refoulement et de la résistance parmi les présupposés de la psychanalyse, et non parmi ses résultats (...) la doctrine du refoulement est une acquisition du travail psychanalytique, obtenu de manière légitime, en tant que concentré théorique provenant d'innombrables expériences. »⁹⁷

Cette vive opposition que manifeste Freud en 1914 témoigne du sabotage caractéristique que peut produire la confusion entre la contradiction scientifique et la contradiction névrotique ; entre une contradiction qui permet de faire avancer le débat scientifique et une façon voilée de rejeter et d'annuler rétroactivement, purement et simplement, des résultats de l'expérience. Cette manière de transformer le savoir en supposition est un procédé défensif particulièrement caractéristique de la névrose obsessionnelle qui peut facilement se confondre avec une forme de mesure quant à la difficile question de la vérité⁹⁸. Or, ce qu'il s'agit de considérer, c'est que le procédé névrotique peut conduire à « nier l'évidence la plus convaincante »⁹⁹ ; ici, nous pouvons souligner la problématique épistémologique qu'il induit.

⁹⁶ Roudinesco, E., Plon, M. « Refoulement », in *Dictionnaire de la psychanalyse*, Paris, Fayard, 1997, pp. 883-885.

⁹⁷ Freud, S. (1914). « Contribution à l'histoire du mouvement psychanalytique », in *Œuvres Complètes, Vol. XII*, Paris, PUF, 2005, pp. 258-259.

⁹⁸ Georges (de). P. *Par-delà le vrai et le faux, Vérité, réalité et réel en psychanalyse*, Paris, Éditions Michèle, 2013, pp. 13-33.

⁹⁹ Legrand du Saulle, H. (1875). *La folie du doute (avec délire du toucher)*, Toulouse, Éditions Privat, 1998, p. 9.

Cette remarque que suscite le destin réservé encore aujourd'hui au concept du refoulement nous invite à avancer nos arguments concernant l'annulation rétroactive et à souligner la problématique épistémologique qu'engendrerait cette tendance du Moi à se défendre du savoir qui le dérange en le remettant en doute systématiquement ; en transformant un savoir en « pré-supposés »¹⁰⁰, en considérant comme des conjectures des avancées théoriques qui se vérifient avec l'expérience clinique¹⁰¹, la confusion entre le doute du scientifique et le doute obsessionnel n'empêche-t-elle pas le mouvement dialectique de la science ?

Voici comment Roland Chemama met en lumière cette méconnaissance :

« En ce qui concerne la scientificité, pour commencer par-là, il convient de prendre les choses simplement. Quand on considère la plupart des critiques qui sont faites à la psychanalyse, on s'aperçoit qu'elles répètent une même méconnaissance de ce qu'est la psychanalyse en tant que méthode d'investigation. Cette méconnaissance avait trouvé, dès 1980, une expression dans un livre de Jacques Van Rillaer, *Les illusions de la psychanalyse* (1980), et elle ne cesse d'être répétée depuis. »¹⁰²

Manifeste dans la plupart des critiques encore adressées un siècle plus tard à l'encontre des résultats de l'expérience psychanalytique¹⁰³, cette transformation systématique des thèses psychanalytiques en pré-supposés vient éclairer l'impasse épistémologique qu'engendre le fonctionnement obsessionnel dès lors qu'il se confond avec des arguments scientifiques et rationnels. La prise en compte de cette confusion permet alors d'éclairer le sort réservé actuellement aux concepts freudiens tout comme elle permet de mieux cerner comment l'empirisme qui soutient le savoir théorique peut être rejeté au profit de systèmes spéculatifs erronés. Les propos de Madame L. lors d'une séance de psychanalyse mettent en évidence la spécificité de cette problématique : « *dans le fait de retenir pour jouir d'avantage, il y a l'idée de jouir davantage de l'idée que de l'expérience.* »

Alors, si la conception du refoulement continue à ce jour d'être régulièrement rejetée, annulée comme une simple hypothèse ou comme un pré-supposé, la caractéristique des systèmes, qui au nom de la science participent à cette forme d'exclusion des thèses freudiennes, éclaire un certain

¹⁰⁰ Freud, S. (1914). *Op. Cit.*, p. 259.

¹⁰¹ Regnault, F. « Lacan et l'expérience » in *Essaim*, vol. 45, no. 2, 2020, pp. 96-110.

¹⁰² Chemama, R. « La psychanalyse, enjeux éthiques », in *Nouvelle revue de psychosociologie*, vol. 20, no. 2, 2015, p. 15.

¹⁰³ Meyer, C., et al. *Le livre noir de la psychanalyse*, Paris, Éditions les Arènes, 2010.

type de méconnaissance. Reprenons la définition du *Dictionnaire de la psychanalyse* pour illustrer cette forme pseudo-scientifique d'annulation qui affecte encore aujourd'hui, au sein du champ médico-psychologique, la conception du refoulement et de ses effets :

« Le refoulement ne traite pas les pulsions elles-mêmes mais leurs représentants, images ou idées, qui, pour être refoulés, demeurent cependant actifs dans l'inconscient sous forme de rejets d'autant plus prompts à faire retour vers le conscient qu'ils sont localisés à la périphérie de l'inconscient. Le refoulement d'un représentant de pulsion n'est donc jamais définitif. Il demeure toujours actif, d'où une grande dépense énergétique »¹⁰⁴

Cette « grande dépense énergétique » est donc particulièrement importante dans la névrose obsessionnelle dans la mesure où « de nouveaux efforts psychiques sont toujours requis pour équilibrer les assauts constants de la pulsion »¹⁰⁵. À cause de ce combat mental permanent, il n'est pas rare que le névrosé de contrainte ressente quotidiennement de l'épuisement, si bien que l'asthénie était considérée, il y a encore quelques dizaines d'années, comme un élément important du tableau clinique de la névrose obsessionnelle¹⁰⁶. Mais ce qui est intéressant de remarquer, c'est que de la même manière que le Moi du névrosé obsessionnel tend le plus souvent à interpréter sa fatigue psychique en déconnectant celle-ci du conflit qui peut l'engendrer, et en l'associant exclusivement à une causalité contingente, la fatigue névrotique est aujourd'hui le plus souvent considérée dans le champ médico-psychologique en étant isolée du conflit qui la cause et réarticulée via des systèmes d'explications qui s'appuient sur des causalités isolées, exclusives et erronées. Autrement dit, plutôt que ne soient reconnus les effets épuisants du refoulement et de la pulsion sadique qu'il permet notamment de contenir¹⁰⁷, la fatigue psychique se voit régulièrement considérée à travers des lectures biaisées et tronquées qui permettent de la rationaliser, soit de méconnaître le désir inconscient qui sous-tend le symptôme.

¹⁰⁴ Roudinesco, E., Plon, M. *Dictionnaire de la psychanalyse*, Paris, Fayard, 1997, p. 884.

¹⁰⁵ Freud, S. (1907). *Op. cit.*, p. 146.

¹⁰⁶ Ey, H., Bernard, P., Brisset, C. « La névrose obsessionnelle », in *Manuel de psychiatrie*, Paris, Masson, 1960, pp. 350-364.

¹⁰⁷ Amorim, (de), F. *La fatigue chronique et sa relation avec le surmoi*, 2009, <http://www.theses.fr/2009PA070019>

« Dépression », « syndrome de fatigue chronique », « burn out », « manque de luminosité », la liste des « thérapeutiques »¹⁰⁸ et des « nominations diagnostiques »¹⁰⁹ qui excluent la question du refoulement est inépuisable.

Cette problématique épistémologique n'est-elle pas d'autant plus saisissante aujourd'hui que la découverte freudienne met clairement en évidence, depuis plus de cent ans, qu'une thérapeutique qui ne traite pas le refoulement tend à transférer le combat intrapsychique sur d'autres représentants et, par conséquent, à déplacer le symptôme indéfiniment ?

En effet, en continuant de traiter le refoulement comme un présupposé ou en le rejetant comme une hypothèse qui ne serait pas validée, les systématisations qui conduisent à traiter le symptôme sans considérer le refoulement ne viennent-elles pas finalement renforcer l'aliénation du Moi en l'invitant à créer de nouveaux contre-investissements, soit de nouveaux symptômes ?

Aujourd'hui, si la dimension aberrante de ces thérapeutiques peut être régulièrement mise en évidence, notamment dans la communauté analytique, il semble que leur structure symptomatique spécifique passe davantage inaperçue, dissimulée dans la démultiplication des formes de traitements¹¹⁰ et de diagnostics focalisés¹¹¹ qu'elle peut engendrer.

Avant d'illustrer la spécificité de l'illusion qui conduit à confondre systématiquement la signification d'un apaisement momentané avec celle d'une guérison, nous pouvons préciser que la modalité du refoulement dans la névrose obsessionnelle induit une forme de méconnaissance spécifique qui doit être distinguée de la méconnaissance propre au fonctionnement du Moi dans l'hystérie et dans les autres structures psychiques. En effet, dans la mesure où la représentation refoulée dans la névrose obsessionnelle ne succombe pas à l'amnésie comme dans la névrose hystérique, elle reste dans la conscience tout en étant affaiblie¹¹², dénuée de valeur : elle s'avère donc plus susceptible de se présenter à la pensée consciente en étant déniée, sincèrement. Cette

¹⁰⁸ Gori, R., Hoffmann, C. et Vanier, A. « Les TCC ne sont pas des psychothérapies », in *Le Carnet PSY*, vol. 103, no. 8, 2005, p. 24.

¹⁰⁹ Landman, P. « Le diagnostic psychiatrique et la discrimination », in *Cliniques méditerranéennes*, vol. 94, no. 2, 2016, pp. 117-124.

¹¹⁰ Polosan, M., Millet, B., Bougerol, T., Olie J.P., Devaux, B. « Traitement psychochirurgical des TOC malins : à propos de trois cas », in *L'encéphale*, Cahier 1, XXIX, 2003, p. 545-552.

¹¹¹ Landman, P. « Vous avez dit « bipolaire »? », in *Figures de la psychanalyse*, vol. 26, no. 2, 2013, pp. 125-128.

¹¹² Freud, S. (1894). « Les névroses de défense », in *Œuvres Complètes, Vol. III*, Paris, PUF, 1989, p. 9.

articulation entre le refoulement obsessionnel et la dénégation a été mise en évidence par Lacan dans son séminaire sur *l'acte analytique* :

« Alors que c'est tout à fait sincèrement qu'au niveau de la structure dite obsessionnelle, le sujet sort le signifiant dont il s'agit, en tant qu'il est sa vérité, mais le pourvoit de la Verneinung fondamentale, par quoi il s'annonce comme n'étant pas cela que justement il articule, qu'il avoue, qu'il formule. Par conséquent, il ne s'institue au niveau du prédicat, maintenu de sa prétention à être autre chose, ne se formule, que comme dans une méconnaissance en quelque sorte indiquée par la dénégation même dont il l'appuie, par la forme dénégatoire dont cette méconnaissance s'accompagne. »¹¹³

b) *Le refoulement obsessionnel et la méconnaissance spécifique qu'il induit*

Dès 1894, Freud va remarquer une caractéristique importante du refoulement dans la névrose obsessionnelle : l'affect y est séparé de la représentation insupportable puis déplacé sur une autre représentation, anodine, articulée à la précédente par un lien de contiguïté.

« La représentation maintenant affaiblie subsiste dans la conscience à l'écart de toute association, mais son affect devenu libre s'accroche à d'autres représentations, en soi non-inconciliables, qui par cette « fausse connexion », deviennent des représentations de contrainte. »¹¹⁴

À la différence de l'amnésie qui se manifeste dans l'hystérie, la représentation inconciliable dans la névrose obsessionnelle se voit isolée et dévaluée pendant qu'une représentation anodine se retrouve surinvestie :

« Le refoulement s'est ici servi d'un autre mécanisme, à vrai dire plus simple ; au lieu d'oublier le trauma, il lui a retiré l'investissement d'affect, si bien qu'il reste dans la conscience un contenu de représentation indifférent considéré comme non essentiel. »¹¹⁵

Et un peu plus loin, Freud précise que « le refoulement ne se produit pas par amnésie mais par rupture des corrélations causales à la suite d'un retrait d'affect »¹¹⁶ et met en évidence les troubles du raisonnement qu'induit cette modalité du refoulement :

¹¹³ Lacan, J. (1968). *L'acte psychanalytique*, Paris, Éditions de l'Association lacanienne Internationale, 2001, pp. 228-229.

¹¹⁴ Freud, S. (1894). *Op. cit.*, p. 9.

¹¹⁵ Freud, S. (1909). *Op. cit.*, p. 169.

¹¹⁶ *Ibid.*, p. 200.

« Notre patient était à un haut degré superstitieux, et cela, certes, bien qu'il fût un homme des plus cultivés, éclairés, d'une remarquable perspicacité, pouvant assurer par moments que de tout ce fatras il ne tenait rien pour vrai. Ainsi, il était superstitieux tout en ne l'étant pas, se différenciant nettement des superstitieux incultes qui ne font qu'un avec leur croyance. »¹¹⁷

Le refoulement obsessionnel engendre donc une forme de crédulité et de méconnaissance spécifique qui mettent en évidence une certaine capacité du Moi du névrosé obsessionnel de pouvoir soutenir des raisonnements erronés et contradictoires :

« La meilleure manière d'appréhender une conduite aussi pleine de contradictions et d'oscillations est de tenter cette explication sous un angle déterminé. Je n'ai pas hésité à faire l'hypothèse qu'en ce qui concerne ces choses, il avait deux convictions distinctes et opposées, et non pas une opinion qui ne fut pas encore faite. »¹¹⁸

Ainsi, cette capacité d'adhérer à des raisonnements irrationnels et à pouvoir soutenir deux opinions contradictoires semble précisément mettre en évidence la particularité du refoulement obsessionnel. Celle-ci se manifeste par exemple dans le mouvement absurde de l'homme aux rats qui enlève la pierre du chemin sur lequel doit passer sa bien-aimée pour la remettre ensuite, ce que Freud articule ainsi :

« De telles actions de contrainte en-deux-temps, le premier temps étant supprimé par le second, sont une occurrence typique dans la névrose de contrainte. Naturellement elles sont comprises à faux par le penser conscient du malade et pourvues d'une motivation secondaire – rationalisées. Leur véritable signification réside cependant dans le fait de présenter le conflit de deux motions opposées d'une grandeur à peu près égale, qui, d'après ce que l'expérience a pu m'apprendre jusqu'ici, est toujours l'opposition de l'amour et de la haine. Elles requièrent un intérêt théorique particulier, car elles permettent de reconnaître un nouveau type de formation de symptôme.

Au lieu de trouver, comme cela arrive régulièrement dans l'hystérie, un compromis qui fait droit aux deux opposés dans une seule et même présentation en attrapant deux mouches d'un seul coup, ici les deux opposés, chacun pris isolément, trouvent satisfaction, d'abord l'un et puis l'autre, naturellement non sans que la tentative soit faite d'établir, entre les deux opposés hostiles l'un à l'autre, une sorte de connexion logique – souvent en faisant fi de toute logique. »¹¹⁹

¹¹⁷ *Ibid.*, p. 198.

¹¹⁸ *Ibid.*

¹¹⁹ *Ibid.*, p. 166.

Cette articulation freudienne sera reprise par Jacques-Alain Miller qui précisera cette spécificité du refoulement obsessionnel au regard des avancées de Jacques Lacan :

« Cette remarque de Freud comporte une formalisation implicite : elle situe l'hystérie à partir du compromis, c'est-à-dire, pour le dire de la façon la plus simple, au plus près du texte, à partir du mode d'expression du deux en un. L'obsession est caractérisée dans des termes identiques mais à partir de ce qui s'oppose à ce compromis hystérique, à savoir le *Zwang* chez Freud, en tant qu'opposé à la condensation qu'effectue le compromis hystérique. Cette formalisation implicite, n'est-ce pas celle que Lacan enseigne, lorsqu'il structure l'expérience analytique d'un couple de signifiant qu'il écrit S_1-S_2 – un couple qui dérobe le tiers qu'il comporte pourtant, à savoir l'intervalle qui le sépare, et où git l'enjeu pointé par Freud de ce qu'il appelle le lien logique ? N'est-ce pas de là que peut se figurer l'opposition corrélatrice des deux modes de refoulement que Freud, à un autre endroit de l'observation, assigne à ces deux névroses ? Dans ce qu'il pose comme le propre de l'hystérie, à savoir le refoulement par amnésie, qui porte sur un des deux termes, laissant à l'autre la charge de le représenter aussi bien, on reconnaît, à la lettre le schéma de l'aliénation, que Lacan a présenté sous une forme logique par la chute dans les dessous du signifiant 1. Dans l'obsession dit Freud, le mécanisme est différent, et au fond plus simple : le sujet « dépouille le traumatisme de sa charge affective, de sorte qu'il ne reste dans le souvenir conscient qu'un contenu représentatif indifférent et apparemment sans importance ». Pour nous, cela se traduit ainsi, au prix du non-sens, S_1 et S_2 restent en présence, explicites. »¹²⁰

Cette articulation de Jacques-Alain Miller permet de mieux cerner les problématiques cliniques, épistémologiques et sociales qu'induit le refoulement obsessionnel. En effet, cette différence entre les deux types de refoulement invite l'auteur à différencier « l'hystérie et l'obsession comme deux modes de la division, en quelque sorte interne, du sujet, celle de deux en un dans l'hystérie, et, pour ce qui est de l'obsession, celle qui en dérive, en tant que scission »¹²¹. Il est amené également à préciser « le *Zwang* de l'obsession comme une tentative d'effectuer une suture définitive du sujet. Et pourquoi ne pas définir cette suture même comme le mode obsessionnel du refoulement. »¹²²

Avant de reprendre ces développements plus en détail dans notre partie sur l'annulation rétroactive, notamment en nous appuyant sur le remarquable éclairage qu'en donne Sébastien Rose¹²³ et sur les avancées qu'il propose, nous pouvons remarquer que cette spécificité du refoulement obsessionnel mise en évidence par Freud est très importante car elle induit une

¹²⁰ Miller, J.A. « H2O » in *Actes de l'École de la Cause freudienne, VIII*, Paris, 1985, p. 23.

¹²¹ *Ibid.*

¹²² *Ibid.*

¹²³ Rose, S. *Actualités de la névrose obsessionnelle*. Université Rennes 2, 2009. (tel-00416390)

forme de méconnaissance spécifique dont nous verrons qu'elle est d'autant plus problématique qu'elle se présente comme scientifique. En effet, cette scission qui résulte du refoulement obsessionnel engendrerait des incompréhensions et des méprises systématiques dont les répercussions se retrouvent dans un certain nombre d'impasses dialectiques¹²⁴, de conflits et de dissensions.

c) *Des conséquences cliniques aux conséquences épistémologiques du refoulement obsessionnel*

Cette particularité du refoulement est donc essentielle pour cerner la symptomatologie obsessionnelle et ses conséquences. Ce qu'il s'agit de mettre en évidence, c'est qu'en affaiblissant une représentation cruciale au profit d'une autre représentation sans intérêt, cette modalité de refoulement empêche le Moi du névrosé obsessionnel de faire certains liens logiques. Elle le conduit, nous allons le voir en reprenant le concept de l'isolation psychique, à focaliser l'attention sur des détails en passant à côté de l'essentiel. Au-delà des problématiques épistémologiques et sociales qu'engendre une telle tendance psychopathologique en restant voilée, elle se repère surtout dans la clinique à travers les différentes difficultés dont peuvent se plaindre les névrosés : difficulté à synthétiser, à prioriser, à se concentrer, à discerner, à prendre du recul. Le refoulement obsessionnel affecte le rapport à l'espace et au temps et altère la rectitude du raisonnement. De la tendance plus ou moins chronophage à se focaliser sur une tâche et à en oublier les priorités, aux retards récurrents qui tendent à être mis en avant comme une marque de personnalité, de la tendance à s'attacher à des superstitions, à la capacité à soutenir des contradictions, cette forme de distorsion spécifique quant à la valeur des représentations n'est pas sans conséquences, surtout quand elle reste voilée et quand le rapport faussé à la représentation anodine, la « fausse connexion »¹²⁵, réussit à se systématiser.

Aussi, quand les erreurs d'appréciations du névrosé obsessionnel l'amènent régulièrement à adhérer à des fausses solutions et à prendre des décisions qu'il regrette, ne pouvons-nous pas remarquer les incidences épistémologiques et sociales de ces « non-sens »¹²⁶ qui se voilent au sein de systèmes qui paraissent rationnels ?

¹²⁴ Yi, M-K. « Psychanalyse et psychologie du développement, dialogue impossible ? », in *Recherches en psychanalyse*, vol. 18, no. 2, 2014, pp. 167-177.

¹²⁵ Freud, S. (1894). *Op. cit.*, p. 9.

¹²⁶ Miller, J.A. (1985). *Op. Cit.*, p. 23.

À cet égard, le traitement réservé à la névrose obsessionnelle dans les conceptions psychiatriques et psychanalytiques ne serait pas sans révéler les dévoiements qu'y engendre son propre mode de refoulement ; les symptômes les plus courants de la névrose obsessionnelle n'y sont-ils pas la plupart du temps isolés, dévalués, banalisés, considérés comme sans importance et déconnectés de leurs multiples conséquences ?

Cette dévaluation des symptômes les plus représentés de la névrose obsessionnelle tout comme la tendance à les isoler et à les compartimenter – plus que jamais sensible dans le DSM¹²⁷ – semblent donc mettre en abyme l'impasse logique et épistémologique que génèrent les effets du refoulement obsessionnel. Cette influence voilée du fonctionnement obsessionnel dans le champ médico-psychologique se révélerait d'autant plus significative qu'elle réussirait, au nom de la science¹²⁸ et de l'objectivité¹²⁹, à déconstruire, à scinder et à annuler le diagnostic freudien malgré sa pertinence clinique et son actualité¹³⁰. Toutefois, ces effets de désorganisations et de désorientations symptomatiques peuvent se distinguer clairement des déconstructions ou des réorganisations qui résultent de la recherche scientifique.

En effet, en repérant précisément comment le concept de névrose obsessionnelle tend à se dissoudre sous le prisme de son propre refoulement, il est possible de dégager la structure logique de cette désagrégation et de remarquer comment ce biais de lecture spécifique produit des erreurs de diagnostics¹³¹ et désoriente la fonction du soin. Et par extension, la reconnaissance de ce biais obsessionnel, induit par cette tendance à se focaliser sur des détails, peut nous amener à remarquer que cette dernière ne corrompt pas uniquement le champ médico-psychologique : ces biais d'interprétations concerneraient, de près ou de loin, l'ensemble des savoirs qui structurent nos sociétés.

¹²⁷ American Psychiatric Association. (2015). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

¹²⁸ Baleyte, J-M., Cohen, D., Mazet, P. « Imagerie cérébrale et modélisation des troubles obsessionnels compulsifs », in *Perspectives Psy*, volume 39, 5. décembre 2000, pp. 377-382.

¹²⁹ Orain-Pelissolo, S. et Pelissolo, A. « Les traitements médicamenteux et cognitivo-comportementaux des troubles obsessionnels compulsifs », in *Perspectives Psy*, volume 39, n°5. décembre 2000, pp. 408-411.

¹³⁰ Abelhauser, A. *Un doute infini, l'obsessionnel en 40 leçons*, Paris, Éditions du Seuil, 2020.

¹³¹ Gonon, F. « Quel avenir pour les classifications des maladies mentales ? Une synthèse des critiques anglo-saxonnes les plus récentes » in *L'information psychiatrique*, vol. 89, no. 4, 2013, pp. 285-294.

1.3 L'isolation psychique et ses conséquences logiques : la structure de l'obsession

« Ce qui est ainsi maintenu séparé, c'est justement ce qui forme un ensemble de façon associative, l'isolation motrice doit former une garantie pour l'interruption de la corrélation dans le penser. Le processus normal de la concentration fournit un prétexte à ce procédé de la névrose. »¹³²

a) L'isolation psychique et sa différence avec la concentration

Avant de reprendre le concept freudien d'isolation psychique et d'essayer de préciser quelques-unes de ses répercussions, nous pouvons remarquer que la définition de ce procédé défensif n'apparaît pas dans le *Dictionnaire de la psychanalyse*¹³³ d'Elisabeth Roudinesco et Michel Plon. Cette absence contraste remarquablement avec l'importance du mécanisme obsessionnel, si bien qu'il est légitime de se demander si une telle omission ne constitue pas une forme de résistance. Ceci nous amène à constater également que le concept d'isolation psychique est le plus souvent confondu dans le champ médico-psychologique avec le terme de concentration, soit avec un phénomène ordinaire. Par conséquent, pour distinguer l'isolation psychique du mécanisme de la concentration et essayer de mettre en lumière le biais logique spécifique que détermine ce procédé défensif « qui revient en propre à la névrose de contrainte »¹³⁴, nous nous proposons de reprendre la définition de l'isolation psychique dans le *Vocabulaire de la psychanalyse* :

« Mécanisme de défense, surtout typique de la névrose obsessionnelle, et qui consiste à isoler une pensée ou un comportement de telle sorte que leurs connexions avec d'autres pensées ou avec le reste de l'existence du sujet se trouve rompues. Parmi les procédés, citons les pauses dans le cours de la pensée, des formules, des rituels et de façon générale, toutes les mesures permettant d'établir un hiatus dans la succession temporelle des pensées ou des actes. »¹³⁵

¹³² Freud, S. (1926). « Inhibition, symptôme, angoisse », in *Œuvres Complètes, Vol. XVII*, Paris, PUF, 1992, p. 238.

¹³³ Roudinesco, E., Plon, M. *Dictionnaire de la psychanalyse*, Paris, Fayard, 1997.

¹³⁴ Freud, S. (1926). *Op. cit.*, p. 238.

¹³⁵ Laplanche, J., Pontalis, J.-B. *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, Quadrige, 2002, p. 215.

Typique de la névrose obsessionnelle, ce mécanisme psychique se distingue donc de la concentration mentale car si le procédé névrotique conduit également à focaliser l'attention sur certaines représentations, il produit de manière concomitante une rupture des liens logiques qui unissent les représentations considérées avec d'autres représentations. Autrement dit, à la différence d'une capacité d'analyse qui n'empêche pas le Moi de prendre du recul et de faire des liens entre les pensées considérées et d'autres pensées, l'isolation psychique empêche littéralement de faire ces connexions, empêchant ainsi le Moi de prendre de la distance et d'apprécier autrement les pensées sur lesquelles il se focalise. Perspective étriquée, impossibilité de synthétiser, erreurs de raisonnement, difficulté de changer de point de vue : en rendant impossible les corrélations entre certaines représentations, l'isolation psychique se distingue donc radicalement de la concentration.

b) Les résistances liées à l'isolation et la tendance à nier l'évidence

Nous allons tenter de dégager progressivement les conséquences cliniques et les résistances spécifiques qu'engendrent ces interdits associatifs, notamment vis-à-vis de la méthode des libres associations. Voici ce que Roland Chemama et Bruno Vandermersch précisent dans le *Dictionnaire de la psychanalyse* :

« Elle constitue par ailleurs pour la cure un obstacle d'autant plus sensible qu'elle entrave le fonctionnement du travail associatif : un sujet peut parfaitement dénier toute articulation entre deux idées qu'il isole l'une de l'autre dès lors que cette articulation pourrait avoir pour lui, une conséquence insupportable. »¹³⁶

Si l'isolation psychique se manifeste lors des séances par des silences, par des interruptions brusques de la parole, par des « pauses dans le cours de la pensée »¹³⁷ ou par la répétition en boucle de certaines idées, elle se repère aussi à travers une certaine tendance déconcertante par laquelle le Moi peut nier des liaisons associatives évidentes. Par exemple, un patient peut reconnaître lors d'une séance qu'il est « *malade depuis la mort de [s]on père* » puis préciser que « *[s]es difficultés n'ont aucun lien avec la mort de [s]on père* ». Un autre patient peut affirmer lors d'une séance qu'il se « *pourrit la vie* » tout en disant que sa tendance à « *saboter [s]a vie* » n'a rien à voir avec les symptômes dont il se plaint.

¹³⁶ Chemama, R., Vandermersch, B. *Dictionnaire de la psychanalyse*, Paris, Larousse, 2009, p. 287.

¹³⁷ Laplanche, J., Pontalis, J.-B. (2002). *Op. Cit.*, p. 215.

Il est important de préciser que ces différentes expressions de la résistance ne sont pas forcément évidentes à repérer. Elles supposent néanmoins un aménagement technique spécifique, nécessitant notamment des interventions précises de la part du clinicien afin que le travail de la cure puisse ne pas être dérouté par cette façon subtile du Moi de maîtriser et de commander illusoirement le rapport à la vérité. Relances rapides, invitations à terminer les phrases interrompues, mises en évidence des contradictions, scansion ; le psychanalyste dispose ainsi d'un éventail de techniques visant à éviter l'écueil dans lequel peut conduire la résistance résultant de cette tendance du Moi à « dénier toute articulation entre deux idées »¹³⁸.

Quand la plupart des manifestations de l'isolation psychique peuvent facilement passer inaperçues, la tendance à nier des articulations logiques évidentes peut parfois apparaître plus nettement. Freud l'avait d'ailleurs mis en exergue¹³⁹, cette capacité du Moi du névrosé obsessionnel à rejeter des liens logiques évidents peut être déconcertante pour le clinicien. Elle peut en effet donner l'apparence de la mauvaise foi et ceci d'autant plus que le Moi peut être conduit à nier des évidences indiscutables¹⁴⁰. D'ailleurs, cette capacité du Moi du névrosé obsessionnel à faire « fi de la logique¹⁴¹ » et à nier l'évidence peut engendrer des difficultés cliniques importantes dans la mesure où ces ruptures des liens logiques peuvent conduire le Moi à abandonner sa cure malgré son efficacité. Il peut par exemple nier le lien entre sa cure et les améliorations qu'elle produit, il peut nier l'efficacité du traitement tout en mettant en évidence les preuves de son efficacité, tout comme il peut nier la nécessité de se soigner malgré les conséquences mortifères de sa symptomatologie.

Alors, de la même manière que cette capacité à nier l'évidence peut constituer une résistance particulièrement obtuse à l'égard de la méthode des libres associations, il est possible de dégager, sauf à rompre aussi le lien logique entre ce phénomène et ses répercussions, les conséquences cliniques, épistémologiques et sociales d'une telle tendance défensive.

¹³⁸ Chemama, R., (2009). *Op. Cit.*

¹³⁹ Freud, S. (1909). « Remarques sur un cas de névrose de contrainte », in *Œuvres Complètes, Vol. IX*, Paris, PUF, 1998, p. 179.

¹⁴⁰ Legrand du Saulle, H. (1875). *La folie du doute (avec délire du toucher)*, Toulouse, Éditions Privat, 1998, p. 9.

¹⁴¹ Freud, S. (1909). *Op. cit.*, p. 179.

Négationnisme, révisionnisme, négation de certaines problématiques¹⁴² ou de découvertes scientifiques majeures¹⁴³, cette tendance défensive à nier l'évidence ne se retrouve-t-elle pas dans de nombreuses formes d'obscurantisme ?

La plupart des critiques qui nient aujourd'hui l'efficacité de la psychanalyse¹⁴⁴ ne s'appuient-elles pas sur cette tendance à nier les résultats de l'expérience¹⁴⁵ ?

c) *Les contradictions, les incompréhensions, les fausses compréhensions, les impasses dialectiques : les troubles du raisonnement*

L'isolation psychique engendre donc une déconnexion de certains rapports de causalité qui troublent le raisonnement du névrosé et qui peuvent le conduire à soutenir des propositions tout aussi absurdes que contradictoires. Si ce phénomène ne se rencontre pas uniquement dans le cadre de la cure, il peut s'avérer très déconcertant, d'autant plus que le Moi du névrosé obsessionnel peut faire preuve d'une grande rigueur dans son raisonnement. Pour souligner l'erreur de raisonnement qui résulte du procédé défensif, Freud parle en 1909 de « fausse compréhension » :

« La fausse compréhension de la part du penser conscient peut alors être mise en évidence non seulement dans les idées de contraintes elles-mêmes, mais aussi dans les produits du combat défensif secondaire, par ex. dans les formules de protection. »¹⁴⁶

L'étude de l'isolation psychique va nous permettre de mieux cerner le biais logique spécifique qui induit cette fausse compréhension et, ce faisant, nous verrons que ces erreurs de compréhension peuvent facilement rester voilées et se représenter au sein de systèmes qui paraissent rationnels. Et au-delà des fausses compréhensions qui résultent de ces isolations, il est possible de remarquer dès à présent que cette capacité du Moi du névrosé obsessionnel à maintenir des propos contradictoires repose sur le fait que les propositions qu'il soutient sont précisément isolées psychiquement par le Moi. Ne pouvant être liées logiquement par lui, le Moi ne peut donc pas se rendre compte de la contradiction qu'elles impliquent.

¹⁴² Oreskes, N., Conway, E., *Les marchands de doutes*, Paris, Éditions le Pommier, 2014.

¹⁴³ Walch, J-P. *Galilée dans l'histoire. Science, religion, politique*, Paris, Nouveau Monde éditions, 2017.

¹⁴⁴ Visentini, G. *L'efficacité de la psychanalyse*, Paris, Presses Universitaires de France / Humensis, 2021.

¹⁴⁵ Revault d'Allones, C. & Al. *La démarche clinique en sciences humaines*, Paris, Bordas, 1989, P. 13.

¹⁴⁶ Freud, S. (1909). *Op. cit.*, p. 194.

Autrement dit, les contradictions et les erreurs de raisonnements qui résultent de l'isolation psychique peuvent être considérées comme des erreurs de bonne foi et non comme des erreurs de mauvaise foi. Ce qui n'est pas sans avoir un certain nombre de conséquences problématiques¹⁴⁷. Si Freud a très rapidement souligné les contradictions¹⁴⁸ qui résultaient de l'organisation défensive obsessionnelle, s'il a éclairé un peu plus tard le caractère déroutant de cette « attitude à faire fi de la logique »¹⁴⁹ et s'il a remarquablement souligné ce contraste troublant entre la grande intelligence du névrosé obsessionnel et les erreurs de raisonnements auxquelles son Moi pouvait s'attacher¹⁵⁰, l'on peut aujourd'hui constater que ces phénomènes symptomatiques sont régulièrement déconsidérés, banalisés ou même généralisés en les assimilant à un fonctionnement général du Moi. Or, non seulement la clinique met en évidence que l'isolation psychique est bel et bien, comme Freud le précisait déjà en 1926, un mécanisme psychique proprement obsessionnel¹⁵¹, mais plus encore, elle témoigne de la prégnance et de l'impact symptomatique des troubles du raisonnement qui résultent de cette tendance à rompre les liens logiques entre des représentations. En effet, au-delà de cette capacité du Moi du névrosé obsessionnel à pouvoir soutenir des contradictions, il est sensible cliniquement que ces ruptures des liens de causalités engendrent des problématiques, des incompréhensions et des méprises spécifiques.

En empêchant certaines articulations logiques entre deux propositions liées logiquement, le Moi du névrosé obsessionnel se retrouve régulièrement aux prises avec de nombreuses incompréhensions comme résultats de cette impossibilité à faire certains liens, certaines synthèses ou certaines déductions et à dégager des conclusions logiques. L'isolation psychique engendre des troubles de la compréhension qui se représentent cliniquement dans la répétition des mêmes blocages de la pensée et des mêmes incompréhensions.

Et ce qui est également important de souligner, c'est la spécificité du blocage dialectique qui résulte de ces impossibilités à faire certaines liaisons associatives. Malgré la discussion, malgré la mise en évidence des contradictions et malgré la démultiplication des exemples qui mettent en lumière le lien logique qu'il s'agit de considérer, la rupture associative produit un véritable blocage du raisonnement qui se présente comme une forme de court-circuit. Cette butée de la

¹⁴⁷ Lacan, J. (1966). « La science et la vérité », in *Écrits II*, Paris, Éditions du seuil, 1999, p. 339.

¹⁴⁸ Freud, S. (1894). « Les névropsychoses-de-défense », in *Œuvres Complètes, Vol. III*, Paris, PUF, 1989, p. 7.

¹⁴⁹ Freud, S. (1909). *Op. cit.*, p. 179.

¹⁵⁰ *Ibid.*

¹⁵¹ Freud, S. (1926). *Op. cit.*, p. 237.

pensée met en évidence la fonction défensive des ruptures associatives, fonction qui se repère aussi dans le fait que le Moi peut inlassablement répéter le même argument, qu'il peut être très affecté, manifester de l'agacement, de l'agressivité ou encore catégoriquement éviter la discussion.

En d'autres termes, ces incompréhensions et ces impossibilités discursives peuvent conduire le Moi à éviter systématiquement et à censurer un certain nombre de discussions qui mettent en jeu la connexion logique qui doit rester isolée, c'est-à-dire le lien logique rompu susceptible de réveiller le conflit intrapsychique que le Moi s'évertue à endiguer.

Ainsi, au-delà des manifestations cliniques de ces incompréhensions, ne pouvons-nous pas remarquer comment ces ruptures des liens logiques engendrent des débats impossibles¹⁵², des clivages¹⁵³ et des dissensions¹⁵⁴ ?

De même, si la censure spécifique que suppose ces ruptures associatives peut se repérer avec Freud dans des systèmes de tabous et d'interdits religieux¹⁵⁵, ne pouvons-nous pas la retrouver dans des interdits sociaux¹⁵⁶ et dans des milieux scientifiques¹⁵⁷ où certains liens logiques, certaines découvertes, peuvent se voir littéralement censurées¹⁵⁸ ?

La prise en compte clinique de cette forme d'incompréhension spécifique et de ses conséquences sociales permet alors d'éclairer cette remarque que Lacan faisait en 1973, illustrant ainsi les impasses, les dissensions et les clivages inexorables qu'induisent ces incompréhensions obsessionnelles : « il est concevable qu'un obsessionnel ne puisse donner le moindre sens au discours d'un autre obsessionnel. C'est même de là que partent les guerres de religion. »¹⁵⁹

¹⁵² Abelhauser, A. « Ripostes », in *Cliniques méditerranéennes*, vol. n° 71, no. 1, 2005, p. 5.

¹⁵³ Jaeger, M. « Une nouvelle temporalité dans l'action sociale et médico-sociale », in *Vie sociale*, vol. 18, no. 2, 2017, p. 45.

¹⁵⁴ Porge, E. « Un sujet sans subjectivité », in *Essaim*, vol. 22, no. 1, 2009, p. 23.

¹⁵⁵ Freud, S. (1908). « Actions de contraintes et exercices religieux », in *Œuvres Complètes, Vol. VIII*, Paris, PUF, 2007, pp. 135-146.

¹⁵⁶ Bock-Côté, M. *L'empire du Politiquement correct*, Paris, les Éditions du Cerf, 2020.

¹⁵⁷ Dershowitz, A. *Cancel Culture, The latest Attack on free speech and due process*, New York, Skyhorse Publishing, 2020.

¹⁵⁸ Dachez, R. *Histoire de la médecine – De l'Antiquité à nos jours*, Paris, Éditions Tallandier, 2012.

¹⁵⁹ Lacan, J. (1973). « Introduction à l'édition allemande d'un premier volume des *Écrits* », in *Autres écrits*, Paris, Éditions du Seuil, 2001, p. 557.

d) *L'hermétisme du raisonnement obsessionnel et les interdits associatifs*

En rompant le lien logique entre des représentations liées entre elles, le mécanisme de défense obsessionnel non seulement produit des troubles importants de la compréhension, mais il conduit le Moi à soutenir des erreurs de raisonnements, des *fausses connexions*¹⁶⁰, en leur conférant une certaine consistance logique.

Avant de développer la spécificité du biais de raisonnement qu'induit l'isolation psychique, et avant d'illustrer comment ce biais logique permet d'éclairer la structure de l'obsession, nous pouvons d'ores et déjà préciser que la fausse compréhension qui résulte des ruptures associatives, à laquelle le Moi du névrosé adhère défensivement, a pour propriété d'être hermétique, imperméable, excluant ainsi toute possibilité de l'articuler. Et pour cause, en se structurant sur des ruptures de liens logiques, le raisonnement fermé qui résulte de l'isolation psychique - aussi rationnel puisse-t-il paraître – conduit le Moi à rejeter toute autre proposition qui induirait une contradiction et qui remettrait en question le raisonnement isolé.

L'interdit d'établir certaines liaisons associatives est caractéristique de la névrose obsessionnelle, il peut notamment se représenter littéralement par des interdits de toucher certains objets :

« Si l'on se pose la question de savoir pourquoi l'évitement du toucher, du contact, de la contamination, joue un aussi grand rôle dans la névrose et pourquoi il devient le contenu de systèmes aussi compliqués, on trouve comme réponse que le toucher, le contact corporel, est le but premier de l'investissement d'objet, aussi bien agressif que tendre. (...) Comme la névrose de contrainte poursuivait au début le toucher érotique, puis, après la régression, le toucher masqué en agression, pour elle rien d'autre n'a été prohibé à un si haut degré, rien n'est aussi propre à devenir le point central d'un système d'interdiction. »¹⁶¹

Au-delà de la symptomatologie typique qui se représente dans un certain nombre de rituels obsessionnels dont la dimension absurde est facilement reconnaissable¹⁶², cet « évitement du toucher, du contact, de la contamination »¹⁶³ est également sensible dans cette volonté du Moi

¹⁶⁰ Freud, S. (1894). *Op. cit.*, p. 9.

¹⁶¹ Freud, S. (1926). *Op. cit.*, p. 239.

¹⁶² Esquirol, E. (1838). *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*, Toulouse, Éditions Privat, 1998, p. 361.

¹⁶³ Freud, S. (1926). *Op. cit.*, p. 239.

du névrosé obsessionnel de s'isoler de certains discours, de ne pas être contaminé, associé à des idées qu'il condamne et rejette catégoriquement. Cette tendance se manifeste cliniquement dans une certaine façon de s'offusquer et de vouloir censurer, prohiber certains discours, sujets ou propos jugés inacceptables. Elle conduit ainsi à mettre en place des « système[s] d'interdiction[s] »¹⁶⁴ et de censure qu'il n'est pas impossible de retrouver au sein d'organisations religieuses ou politiques.

Mais ce qui semble peut être plus problématique, c'est que ces mêmes interdits catégoriques peuvent également se repérer dans le champ de la recherche scientifique et même dans le champ psychanalytique, champs dans lesquels ils induisent une problématique particulièrement paradoxale : en interdisant certains propos, certains débats, certaines discussions, ces interdits de faire des liaisons associatives conduisent à rejeter systématiquement des contradictions ou des théories, aussi pertinentes soient-elles, dans la mesure où elles touchent aux liens logiques rompus par des isolations psychiques.

Autrement dit, et nous aurons l'occasion de le développer plus précisément, les réfutations catégoriques qui résultent des isolations psychiques engendreraient une problématique épistémologique conséquente. Celle-ci se représenterait en une certaine tendance paradoxale à rejeter, au nom de la science, des avancées scientifiques importantes, à excommunier certains chercheurs jugés trop dérangeants – nous faisons référence au sort que continuent de subir régulièrement les apports de Lacan – et à cliver inexorablement le champ de la recherche en communautés scientifiques. Aussi, quand ce même Lacan met en évidence les guerres de religions qui résultent de ces impossibilités dialectiques obsessionnelles, il n'est pas impossible de repérer la structure spécifique de ces dissensions dans de nombreux conflits et clivages sociaux actuels¹⁶⁵ ou encore dans les querelles de chapelles qui divisent les communautés psychanalytiques¹⁶⁶ : le blocage dialectique qui résulte de cette forme défensive de fermeture d'esprit conduit inexorablement à des conflits et des dissensions indépassables.

e) *La compartimentation*

De la même manière que le Moi du névrosé obsessionnel peut soutenir des raisonnements absurdes et contradictoires dans la mesure où ces raisonnements hermétiques restent séparés

¹⁶⁴ *Ibid.*

¹⁶⁵ Todd, E. *L'invention de l'Europe*, Paris, Éditions du Seuil, 1996, pp. 543-619.

¹⁶⁶ Roudinesco, E. *Sigmund Freud en son temps et dans le nôtre*, Paris, Éditions du Seuil, 2014, pp. 145-187.

psychiquement, les impasses dialectiques qui résultent de l'herméticité de ces systèmes obsessionnels semblent néanmoins conduire à une solution de compromis symptomatique qui consiste à maintenir ces systèmes obsessionnels isolés, c'est-à-dire à éviter qu'ils puissent entrer en contradiction.

Cette tendance pathologique à compartimenter se représente dans la clinique du névrosé obsessionnel à travers des comportements et des systèmes d'interdictions manifestement aberrants, mais elle peut aussi se voiler à travers certaines façons de lister, de catégoriser et d'ordonner, c'est-à-dire à travers une tendance à établir des nomenclatures hermétiques. Par exemple, le Moi du névrosé peut facilement présenter ses symptômes ou ses difficultés comme s'ils étaient radicalement séparés, chacun correspondant à une problématique spécifique qu'il s'agit pour le Moi de régler séparément, successivement. Si cette tendance pathologique à compartimenter apparaît ici comme une résistance à l'égard de la méthode des libres associations, elle peut aussi se représenter dans la vie du névrosé à travers une certaine volonté obstinée de bien maintenir des temps et des espaces séparés, comme de bien séparer, de manière radicale, sa vie professionnelle et sa vie privée. L'isolation psychique qui soutient ces séparations se représente ainsi dans l'affectation que le névrosé obsessionnel peut ressentir si ces espaces ne sont pas respectés : toute liaison entre les espaces compartimentés par le Moi peut être vécue comme une forme d'effraction, voire d'infraction, produisant angoisse et contrariété.

En confondant cette tendance à isoler psychiquement avec des séparations nécessaires, cette façon pathologique de compartimenter peut ainsi conduire à instaurer des fonctionnements absurdes et contradictoires dans de nombreux domaines. Cette confusion semble par exemple se traduire dans le champ social en une division toujours plus grande de la société, soit en une façon spécifique de cloisonner celle-ci en une infinité de communautés de croyances et d'opinions ¹⁶⁷.

Mais c'est peut-être dans le champ de la recherche où ces divisions hermétiques entre systèmes apparaissent avec plus de netteté dans la mesure où elles engendrent un paradoxe remarquable, paradoxe qui semble déjà se représenter dans le terme même de communauté scientifique. En effet, cette tendance obsessionnelle se représenterait ici en une certaine façon de diviser et

¹⁶⁷ Bock-Côté, M. *Le multiculturalisme comme religion politique*, Paris, les Éditions du Cerf, 2019.

d'isoler toujours plus les différents domaines d'applications : chacun son champ, chacun son domaine, chacun sa spécialité.

De même, cette forme d'isolation peut se retrouver également dans le champ psychanalytique, notamment dans la façon dont ce dernier peut être déconnecté de son rapport au social ou au politique. C'est ce que Sidi Askofaré met en évidence en soulignant « l'illusion de l'indépendance du discours analytique »¹⁶⁸ ou encore son « extraterritorialité épistémique »¹⁶⁹ :

« Une autre conséquence de ce traitement de la politique dans le champ freudien est ce que j'appellerais l'illusion de l'indépendance du discours analytique. En effet, les psychanalystes n'ont pas seulement cultivé l'extraterritorialité épistémique de la psychanalyse ; ils ont également caressé l'idée de son extraterritorialité politique, ce qu'on a pu présenter comme son apolitisme, son « indifférence » en matière politique.

À quoi peut-on ou doit-on rapporter une telle posture ? Est-ce mépris, indifférence, méconnaissance ou rejet ? »¹⁷⁰

Au regard de ces développements sur l'isolation psychique, cette posture qu'interpelle ici Sidi Askofaré vient éclairer les conséquences pathologiques, ici au sein du champ psychanalytique, de cette tendance à vouloir isoler le savoir, à vouloir le cloisonner.

Ainsi, de la même manière que le Moi peut maintenir des contradictions entre des ensembles de pensées isolés, les cloisonnements qui résultent de ces isolations permettent d'éviter – au nom de la limite, de la spécialisation ou encore de la précision – toute contradiction.

Mais en interdisant des contradictions au nom de délimitations rationnelles et scientifiques, ces empêchements de liens logiques ne contribuent-ils pas à induire des systèmes hermétiques et à empêcher, finalement, le mouvement dialectique de la science en interdisant de les réfuter ?

Nous tenterons de répondre à cette question au fur et à mesure de ce travail, mais nous pouvons d'ores et déjà souligner les conséquences désorganisatrices de cette tendance pathologique à établir des « découpage(s) arbitraire(s) »¹⁷¹, notamment quand ces isolations se confondent

¹⁶⁸ Askofaré, S. « Une politique décapitonée ? », in *Champ lacanien*, vol. 8, no. 1, 2010, pp. 156.

¹⁶⁹ *Ibid.*

¹⁷⁰ *Ibid.*

¹⁷¹ Lewontin, R-C. *La triple hélice, Les gènes, l'organisme, l'environnement*, Paris, Éditions du seuil, 2003, p. 93.

avec des séparations scientifiques. Comme le met en exergue le généticien Richard C. Lewontin dans son livre *La triple hélice* – nous le reprendrons plus en détail – cette tendance à compartimenter la recherche induit de multiples erreurs dans la compréhension du vivant. Après avoir illustré les fausses compréhensions qui résultent de ces découpages hermétiques, le chercheur en arrive à la conclusion que « le problème de la science est de trouver les frontières de ces sous-systèmes »¹⁷² ou encore que « la définition des frontières effectives entre sous-systèmes est une tâche majeure pour le biologiste dans toutes les circonstances. »¹⁷³

Aussi, tout comme le procès de l'isolation psychique ne saurait se confondre avec la concentration mentale ou avec une capacité d'analyse, les compartimentations et les nomenclatures rigides qui résultent des ruptures associatives ne sauraient se confondre avec des séparations nécessaires : ces divisions conduisent au contraire à instaurer des dysfonctionnements en instaurant des séparations arbitraires et imperméables entre différents systèmes ou entre différents champs qui s'articulent logiquement.

f) *L'amalgame entre des séparations logiques et des ruptures associatives : de la déstructuration d'ensembles théoriques au dévoiement de la logique clinique*

En se confondant avec des séparations réellement justifiées, les divisions engendrées par les ruptures associatives semblent entraîner nombre de fonctionnements paradoxaux. Dans le champ psychanalytique, par exemple, ce phénomène symptomatique se représente à travers des divisions imperméables entre « *obédiences* », à travers le maintien de certains fonctionnements rigides et absurdes ou encore à travers le rejet catégorique de certaines avancées théoriques. Plutôt que de résoudre les contradictions, de rejeter les techniques désuètes et d'affiner la théorie psychanalytique en fonction du Réel de la clinique¹⁷⁴, la formation de compromis obsessionnel conduit à compartimenter la théorie en une multitude d'orientations qui restent isolées et qui, malgré leurs fonctionnements parfois littéralement antinomiques, se réclament de la psychanalyse : lacanienne, freudienne, adlérienne, jungienne, kleinienne, rogérienne, etc.

¹⁷² *Ibid.*, p. 126.

¹⁷³ *Ibid.*, p. 127.

¹⁷⁴ Solano-Suárez, E. « La clinique à l'heure du réel », in *La Cause du Désir*, vol. 82, no. 3, 2012, pp. 21-24.

Comme le souligne Mareike Wolf-Fédida, « la théorie psychanalytique est loin d'être homogène. Aujourd'hui, il existe des écoles différentes, des courants différents, des auteurs défendant des points de vue très différents tout en se situant toujours dans la psychanalyse. »¹⁷⁵ Cette « fragmentation des associations et des doctrines »¹⁷⁶ et ces clivages en « courants » ou « obédiences scientifiques » semble éclairer rétrospectivement cette problématique épistémologique que Sandor Ferenczi remarquait déjà en 1912 : « il n'y a qu'une science, mais il y a autant de systèmes philosophiques et de religions que l'humanité présente de tendances intellectuelles et affectives. »¹⁷⁷ Aussi catégorique puisse-t-elle paraître, cette assertion mérite d'être soulignée au moins au titre d'une discussion dans la mesure où elle permet d'introduire une distinction importante entre des systèmes scientifiques, ouverts au mouvement dialectique, et des systèmes clos, hermétiques, qui conduisent à empêcher le débat scientifique.

De la même manière, la façon dont le champ médico-psychologique est aujourd'hui divisé et compartimenté hermétiquement ne traduit-il pas les effets problématiques de cette tendance à confondre des ruptures de liens logiques avec des séparations nécessaires entre champs opératoires ?

Ces ruptures associatives se représentent remarquablement dans la « parcellisation des tâches »¹⁷⁸ qui corrompt le fonctionnement actuel du champ médico-psychologique, ce qu'Alain Vanier remarque en ces termes : « c'est le tribut que l'on paie à la médecine scientifique qui a découpé le corps organe par organe, avec un spécialiste pour chaque morceau du corps. »¹⁷⁹

De la démultiplication des traitements ciblés et systématisés, qui découpent aujourd'hui le champ de la médecine et celui de la psychologie, à cette tendance à compartimenter le corps de l'être parlant, en l'isolant radicalement du sujet susceptible de s'y représenter, ne pouvons-nous pas repérer les effets institutionnels problématiques de cette façon de rompre des représentations liées logiquement ?

¹⁷⁵ Wolf-Fédida, M. « Objet et méthodologie de la recherche en psychanalyse : l'exemple de la psychopathologie psychanalytique d'orientation phénoménologique », in *Recherches en psychanalyse*, vol. n° 1, no. 1, 2004, p. 89.

¹⁷⁶ Soler, C. *Lacan, l'inconscient réinventé*, Paris, Presses Universitaires de France, 2009, p. 228.

¹⁷⁷ Ferenczi, S. (1912). « Philosophie et psychanalyse », in *Psychanalyse I*, Paris, Éditions Payot, 1968, p. 228.

¹⁷⁸ Bass, H-P., Vanier, A. et Mathelin-Vanier, C. « Psychanalyse et médecine, aujourd'hui », in *Le Journal des psychologues*, vol. 330, no. 8, 2015, p. 54.

¹⁷⁹ *Ibid.*

Au regard de n'importe quel système théorique, le procès de l'isolation psychique peut donc avoir des incidences problématiques dans la mesure où, comme Freud le fait remarquer, « ce qui est ainsi maintenu séparé, c'est justement ce qui forme un ensemble de façon associative ».¹⁸⁰

Plus précisément, en conduisant le Moi à désarticuler et à maintenir séparé ce qui forme un ensemble de représentations articulées logiquement, le mécanisme obsessionnel conduirait donc à cliver et à désarticuler des ensembles théoriques tout en recréant des sous-ensembles hermétiques. Si nous nous intéressons par exemple au fonctionnement de la psychiatrie actuelle, nous pouvons alors clairement remarquer que le manuel sur lequel s'appuie la plupart des psychiatres témoigne précisément des effets de rupture et de dislocation qu'engendre l'isolation psychique. En effet, en détaillant et en isolant les phénomènes symptomatiques, donc en rompant le lien logique qui les sous-tend, le mécanisme de défense obsessionnel produit une lecture déstructurée d'éléments pourtant liés logiquement. La désagrégation de la logique théorique et clinique qui se représente dans cet ouvrage athéorique est d'une telle ampleur qu'il est difficile ne pas y remarquer le procès logique et symptomatique que produit l'isolation psychique : à mesure que se créent de nouvelles ruptures associatives entre représentations, la liste des troubles et des compartimentations ne cesse de se multiplier d'édition en édition.

Ces fonctionnements absurdes « pseudo-scientifiques » ont été mis en évidence par de nombreux psychiatres, psychanalystes et neurobiologistes. C'est ce que met en évidence, par exemple, François Gonon depuis plusieurs années en soulignant l'imposture du « *Manuel statistique des maladies mentales* dans sa quatrième version (DSM-IV) publié par l'Association des psychiatres américains (APA) et la Classification internationale des maladies proposée par l'OMS dans sa dixième version (CIM-10) »¹⁸¹ :

« Pour Robert Kendell, psychiatre britannique qui a été très impliqué dans la production des DSM-III et -IV, si l'on s'accorde sur cette définition de la validité, le constat est clair : les diagnostics psychiatriques définis par le DSM-IV ne peuvent pas être considérés comme valides. D'ailleurs, le préambule du DSM-IV reconnaît explicitement que la validité des définitions proposées n'est

¹⁸⁰ Freud, S. (1926). *Op. cit.*, p. 238.

¹⁸¹ Gonon, F. « Quel avenir pour les classifications des maladies mentales ? Une synthèse des critiques anglo-saxonnes les plus récentes », in *L'information psychiatrique*, vol. 89, no. 4, 2013, p. 286.

nullement prouvée¹⁸². Les études publiées depuis lors vont toutes dans le sens d'une absence de validité pour quatre raisons qui ont été soulignées aussi bien par Robert Kendell¹⁸³ que par Steven Hyman¹⁸⁴. Premièrement, la plupart des patients souffrent d'une combinaison variable de plusieurs troubles : la comorbidité, qui aurait dû rester rare si la validité du DSM avait été satisfaisante, est en réalité très fréquente¹⁸⁵. Deuxièmement, le DSM-IV et la CIM-10 sont organisés en différentes classes de pathologies qui sont divisées en entités très spécifiques, mais prévoient pour chaque classe une catégorie non spécifiée (*not otherwise specified* [NOS]). Les enquêtes montrent que les catégories NOS sont beaucoup plus souvent utilisées que les autres par les praticiens, et en particulier les médecins généralistes, alors qu'elles auraient dû rester l'exception. Steve Hyman en conclut que les trop nombreuses catégories étroitement spécifiées ne correspondent pas, aux yeux des cliniciens, à des entités « naturelles »¹⁸⁶. »¹⁸⁷

Nous reprendrons plus en détail les multiples fonctionnements paradoxaux qui résultent des ruptures des liens logiques, mais nous pouvons déjà souligner que la structure de ces manuels illustre à elle seule la thèse principale qui se dessine au fur et à mesure de ce travail : en se confondant avec des séparations rationnelles et scientifiques, les isolations psychiques induisent des divisions et des systématisations illogiques qui désorientent et désorganisent littéralement le fonctionnement d'institutions. Notons que le fonctionnement obsessionnel qui domine aujourd'hui le champ de la psychiatrie¹⁸⁸ était déjà mis en évidence avant la constitution du DSM, notamment par Georges Lanteri Laura qui éclairait ainsi le fonctionnement paradoxal des institutions psychiatriques : « nous ne trouvons guère de profit à dénoncer le caractère obsessionnel, paranoïaque, dogmatique, impérialiste, théocratique, en bref monothéiste, de l'institution psychiatrique... »¹⁸⁹

Le DSM semble donc pouvoir être appréhendé comme un phénomène symptomatique spécifique qui témoigne de l'importance et de l'incidence du fonctionnement obsessionnel dans le champ de la psychiatrie. Si ces symptômes institutionnels qui se représentent et se déplacent

¹⁸² Kendell, R, Jablensky, A. « Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses » in *Am J Psychiatry*, 160, 2003, pp. 4-12.

¹⁸³ *Ibid.*

¹⁸⁴ Hyman, S-E. « The diagnosis of mental disorders: the problem of reification. », in *Annu Rev Clin Psychol*, 6, 2010, pp. 155-179.

¹⁸⁵ Krueger, R-F, Markon, K-E. « Reinterpreting comorbidity: a model-based approach to understanding and classifying psychopathology », in *Annu Rev Clin Psychol*, 2, 2006, pp. 111-133.

¹⁸⁶ Hyman, S-E. (2010). *Op. Cit.*, pp. 155-179.

¹⁸⁷ Gonon, F. (2013). *Op. Cit.*, p. 287.

¹⁸⁸ Landman, P. « Le DSM et la politique », in *Figures de la psychanalyse*, vol. 28, no. 2, 2014, pp. 33-40.

¹⁸⁹ Lanteri Laura, G. « Contre l'institution psychiatrique », in Jean de Verbizier éd., *Psychiatrie et Société. Textes réunis en hommage à Paul Sivadon*. Érès, 1981, p. 53.

au cours du temps peuvent prendre différentes formes, il paraît alors essentiel de souligner leur structure, à savoir leur capacité à se voiler et à se confondre avec des fonctionnements rationnels et scientifiques. L'influence mondiale de ces formations pseudo-scientifiques viendrait alors souligner l'ingéniosité de l'organisation défensive obsessionnelle tout comme elle illustrerait le pouvoir de sabotage et de destruction qu'une telle capacité à se dissimuler peut engendrer.

Le contraste entre les répercussions et l'ampleur de ces fonctionnements pathologiques et leur capacité à s'assimiler avec des fonctionnements rationnels nous amène alors à nous demander ce qui permet au symptôme obsessionnel de faire autant illusion ?

Répondre à cette question conduit finalement à dégager la structure de l'obsession et mettre en lumière le biais de raisonnement qui la caractérise.

g) La focalisation exclusive de l'attention ou la structure de l'obsession : le raisonnement elliptique

Freud avait remarqué que les fausses compréhensions dans la névrose obsessionnelle reposent régulièrement sur une « déformation par omission »¹⁹⁰, c'est-à-dire sur une technique qui remplit « son office comme moyen de protection contre la compréhension »¹⁹¹. Il note alors que l'absurdité de ces raisonnements peut se dissiper dès lors que les liens logiques sont rétablis et il précise que « cette technique de déformation par ellipse semble typique de la névrose de contrainte. »¹⁹²

Nous allons voir que cette découverte de Freud est loin d'être anodine dans la mesure où elle permet non seulement de considérer les conséquences délétères des raisonnements elliptiques au sein de la société, mais aussi de mieux préciser la structure du symptôme obsessionnel : l'isolation psychique conduit le Moi à se focaliser de manière exclusive sur un ensemble clos de représentations.

Pour illustrer les conséquences problématiques de cette tendance défensive que le Moi du névrosé peut lui-même assimiler avec « le processus normal de la concentration »¹⁹³, nous pouvons nous appuyer sur des exemples cliniques.

¹⁹⁰ Freud, S. (1909). *Op. cit.*, p. 197.

¹⁹¹ *Ibid.*

¹⁹² *Ibid.*, p. 198.

¹⁹³ Freud, S. (1926). *Op. Cit.*, p. 238.

Par exemple, Madame Z. se plaint de ne pas être en contact avec ses émotions et de vivre un peu en « *mode automatique* ». Elle se rend compte que cela fait de nombreuses années qu'elle ne fait « *que travailler* », ce qui l'empêche de « *vivre véritablement* ». Après quelques mois de psychanalyse, voici comment elle reconnaît la dimension défensive de l'attention exclusive qu'elle porte à son travail :

« Ma psychanalyse me perturbe, je me sens plus fragile. Vendredi je me suis mise à pleurer alors que ça faisait des années que je n'avais pas pleuré. J'ai l'impression que quelque chose est en train de se modifier en moi. Avant c'est comme si mon attention était portée uniquement sur mon travail. Je connaissais les dossiers par cœur, même pas besoin de les ouvrir. Et là, j'oublie de plus en plus. J'ai pris un rendez-vous pour faire un test cognitif mais en fait, je sais ce qui se passe. C'est l'effet de ma cure. Avant je me concentrais exclusivement sur le travail, Là il y a mon attention qui commence à se déplacer, sur ma famille, elle réussit à se déplacer enfin sur ma vie pas seulement sur le boulot. »

Cet extrait met bien en évidence comment le travail peut être utilisé de manière obsessionnelle, ici comme une forme d'automatisme à travers lequel l'être s'aliène autant de son désir que de sa responsabilité. Nous reprendrons ultérieurement les conséquences problématiques de cette confusion entre le travail et des systématismes obsessionnels, mais nous pouvons d'ores et déjà remarquer ici la fonction défensive de la focalisation exclusive de l'attention : l'être se focalise sur un ensemble clos de signifiants tout en oubliant le reste.

Voici par exemple comment Monsieur T. peut témoigner de sa façon d'avoir « des œillères » en fixant son attention de manière exclusive sur de nombreux objectifs à réaliser :

« Je suis quelqu'un d'hypersensible, j'absorbe et j'intériorise beaucoup de choses et je peux être très influençable. J'ai du mal à choisir entre ce dont j'ai envie et ce dont j'ai besoin. Je suis complètement perdu. J'ignore ce que la thérapie peut apporter comme changement. Je suis quelqu'un d'opiniâtre. Si j'ai une idée en tête, je ne la lâche pas. En ce moment, j'essaie de me mettre en mouvement, qu'il y ait de la vie. Alors je me fixe beaucoup d'objectifs et je me focalise dessus. Je me disperse mais si je n'ai pas d'objectifs, je ne sais pas où je vais. Je ne sais pas ce que je veux vraiment et c'est un calvaire pour moi de choisir. Si j'ai deux options, il me faut absolument avoir les deux. Alors je me concentre exclusivement sur des objectifs que j'essaie de réaliser. Cette façon de me focaliser sur des objectifs, c'est une forme de fuite. J'ai des œillères. »

Comme souligné précédemment, l'isolation psychique se représente à travers des troubles de l'attention et de la compréhension que le clinicien peut parfois observer, notamment lorsqu'il pose une question, demande des précisions ou quand il reprend textuellement certaines paroles.

Les mots utilisés par le clinicien peuvent être isolés littéralement et ainsi répétés plusieurs fois par le Moi du psychanalysant, si bien que ce dernier peut perdre le fil de ses libres associations. Telle une rupture de la chaîne associative qui produit une forme de désorientation, le Moi peut ainsi perdre le sens de ses propos en se focalisant sur un mot, une phrase, une question qu'il sort alors de son contexte et répète en boucle. La fonction défensive de cette focalisation apparaît ainsi distinctement dans le cadre de la cure dans la mesure où elle interrompt le déroulement des associations libres. Alors, si ceci permet d'éclairer la spécificité de cette résistance dans la cure du névrosé obsessionnel, il semble possible aussi de reconnaître cette focalisation exclusive de l'attention, sur un mot ou sur un ensemble fermé de mots qui « *tourne en boucle* », comme correspondant à la structure même de l'obsession.

Par exemple, Monsieur I. est obsédé par l'épidémie du coronavirus et par les mesures gouvernementales qui ont été prises. Il est très colère et reconnaît que son attitude d'opposition à l'égard de la vaccination peut constituer une forme d'obstination qu'il avait déjà pu remarquer à propos d'autres sujets qui peuvent l'obnubiler :

« Je n'arrive pas à me détacher de ce qui se passe dans le monde. La tension est très forte.

- La tension ?

La tension, l'attention. Ça me fait penser au fait que mon attention est focalisée sur un sujet. Je ne pense qu'à ça. Un auteur que je suis sur les réseaux sociaux parle de psychose de masse pour caractériser le phénomène actuel : l'attention est focalisée sur un point, il compare cela à l'hypnose : le covid, le covid, le covid, etc. et ça n'arrête pas. C'est comme ça que le public est manipulé, hypnotisé. Est-ce que je me manipule de cette façon aussi ? »

Lors de la séance suivante, Monsieur I. poursuit :

« Je sais qu'il y a une forme d'hypnose dans ce que j'appelle des fois obstination, des fois détermination. C'est comme un point central sur lequel je me concentre. Je peux me focaliser sur mon travail à la banque mais alors, je ne fais que ça. J'en oublie le sport, ma vie de couple, mon corps, mon désir d'avoir un enfant. Mais il faut que ces différents sujets avancent dans ma vie, en parallèle. Que ce soit la banque, le projet de couple ou le désir d'avoir un enfant, ça ne doit pas être mutuellement exclusif. »

Ces deux extraits mettent bien en évidence la focalisation spécifique qui caractérise le fonctionnement obsessionnel : le Moi porte son attention de manière exclusive sur un ensemble de représentations qui l'obnubilent. Si Monsieur I. met en évidence la dimension hypnotique

de l'obsession, qui tel « *un point central* » captive l'attention, il souligne aussi la fonction défensive et manipulatoire de l'obsession : en se focalisant sur un ensemble isolé de représentations, le Moi peut non seulement éviter les réalités qui le dérangent, mais aussi modifier de manière illusoire la signification de l'ensemble considéré.

Autrement dit, en se focalisant sur un ensemble clos de signifiants, le mécanisme obsessionnel produit un raisonnement elliptique qui induit de fausses compréhensions.

Pour illustrer cette dimension « magique »¹⁹⁴ de l'obsession, partons d'une autre situation clinique qui met précisément en évidence comment l'isolation psychique permet au Moi de transformer illusoirement la réalité en isolant certains signifiants de leur contexte.

Monsieur M. est obsédé par l'idée d'avoir commis une agression sexuelle. Voici un extrait de sa première séance :

« J'ai des obsessions. Depuis toujours, plus ou moins. J'ai des obsessions de différents ordres, de différents sujets. Par exemple l'argent. J'ai aussi peur d'avoir des maladies. J'ai une autre obsession, plus anxiogène, j'ai peur d'être accusé d'une agression sexuelle. Ça peut me faire souffrir. Ça peut être vraiment fatiguant. Ce sont des pensées intrusives qui génèrent de l'angoisse, de la souffrance. Elles ont un caractère absurde. Je déforme ce qui s'est passé, j'amplifie. Donc ça devient faux. La grande partie de ce que je pense est faux. La peur d'avoir commis une infraction. Il y a quelques mois, je me disais que j'avais vraiment commis une infraction. Je déformais vraiment la réalité. Aujourd'hui, j'ai peur d'avoir commis une agression sexuelle. J'ai peur en fait d'être accusé pour quelque chose que je n'ai pas fait. En fait, je repense à une scène et j'ai du mal à resituer l'environnement, le contexte exact. Je me souviens d'avoir touché les fesses d'une fille et j'interprète ça comme une agression sexuelle. Mais en vrai, on avait dansé et on s'était embrassé avant... Le problème, c'est que je ne vois qu'un bout de la situation : j'ai oublié tout ce qui s'était passé avant. Et plus j'y pense, plus je monte le truc en épingle. J'en arrive à déformer les faits. J'amalgame des trucs qui n'ont rien à voir. J'ai touché les fesses. Et j'oublie tout le reste... Je fais un amalgame : je me focalise uniquement sur l'acte. Et je ne pense pas assez au reste. »

Cette séance est d'une extraordinaire richesse pour éclairer la structure de l'obsession et le biais de raisonnement qu'elle induit : un ensemble de mots ou de signifiants sont isolés psychiquement par le Moi, sortis littéralement de leur contexte, si bien que ces mots ou ces

¹⁹⁴ *Ibid*, p. 236.

signifiants isolés peuvent prendre pour le Moi une tout autre signification que celle qu'ils revêtent en étant liés.

Ici, le Moi de monsieur M. se « focalise uniquement sur l'acte », si bien que la pensée de « *toucher les fesses* », isolée de tout le contexte qui l'a précédée, soit le fait d'avoir « *dansé* » et de s'être « *embrassé avant* », peut prendre la signification d'une agression sexuelle. Replacée dans son contexte, le même ensemble « *toucher les fesses* » reprend la signification initiale d'un acte sensuel entre deux personnes consentantes. Autrement dit, en extrayant certains mots de leur contexte et en se focalisant dessus de manière exclusive, l'isolation psychique engendre un biais de lecture qui pervertit littéralement la signification du phénomène considéré.

Au-delà du raisonnement elliptique et du biais de compréhension qui en résulte, la focalisation exclusive de l'attention met en lumière le mécanisme psychique qui sous-tend l'ensemble de la symptomatologie obsessionnelle : ruminant de pensées sur lesquelles le Moi est entièrement focalisé, focalisation sur des détails aux dépens de l'essentiel, focalisation chronophage sur des passe-temps, focalisation sur des tâches à effectuer aux dépens des priorités, focalisation successive sur des objectifs « *mutuellement exclusifs* ». La focalisation exclusive de l'attention sur un ensemble clos de représentations correspond remarquablement à la structure de l'obsession et à ses innombrables manifestations. Alors, bien que cette forme de focalisation bornée puisse facilement rester voilée, notamment parce que « le processus normal de la concentration fournit un prétexte à ce procédé de la névrose »¹⁹⁵, les multiples manifestations symptomatiques qui en résultent témoignent plus ou moins directement de son procès : de la procrastination aux retards récurrents, de la difficulté à prioriser à la tendance à s'éparpiller, des troubles de la concentration aux troubles de l'attention, de la remise en doute de significations à la tendance à tergiverser, de la difficulté à raisonner à la tendance à s'entêter et à se borner sur des idées arrêtées, la plupart des symptômes obsessionnels mettent en lumière les répercussions de cette tendance du Moi à se focaliser de manière exclusive, obsessionnelle, sur un ensemble clos de signifiants.

Mais l'incidence qui est certainement la plus importante semble résider dans les erreurs d'interprétations spécifiques qu'engendre cette focalisation exclusive de l'attention : en se focalisant exclusivement sur un ensemble de représentations isolé de son contexte, le Moi

¹⁹⁵ *Ibid*, p. 238.

réussit ce tour de force de tordre, de manière illusoire, le rapport à vérité et à la réalité. Plus précisément, il transforme illusoirement la réalité en modifiant la signification des mots qui viennent la représenter : « *je déforme ce qui s'est passé, j'amplifie. Donc ça devient faux. La grande partie de ce que je pense est faux* ».

En se focalisant uniquement sur « *un bout de la situation* », en extrayant une représentation du contexte qui lui confère une signification, l'isolation psychique permet au Moi d'éviter la signification qui le dérange – nous pouvons saisir ici la fonction défensive du procédé obsessionnel – tout en recréant de manière illusoire une nouvelle signification. S'il est possible de situer dans cette illusion le ressort de cette pensée magique que Freud avait mis en lumière, il nous paraît essentiel de pouvoir aujourd'hui dégager les multiples conséquences – cliniques, épistémologiques et sociales – d'une telle capacité à « *déformer les faits* ». Car si ces illusions défensives peuvent paraître particulièrement irrationnelles dans certaines formes paroxystiques d'obsessions, ces lectures biaisées des phénomènes peuvent facilement se voiler et même se représenter comme des lectures rationnelles, objectives et scientifiques.

Autrement dit, cette capacité du Moi du névrosé obsessionnel à faire des « *amalgames* » en rompant des connexions associatives a des conséquences fâcheuses qui dépassent largement le champ de la clinique. Si ces formes de torsions défensives de la réalité peuvent passer inaperçues, si elles peuvent se systématiser, s'institutionnaliser et engendrer de nombreuses confusions, il n'est cependant pas impossible de repérer précisément l'illusion spécifique qui confère à ces erreurs de raisonnements leur consistance logique.

h) La boucle logique obsessionnelle : l'illusion interprétative et son incidence clinique, épistémologique et sociale

L'isolation psychique induit donc une fausse compréhension en isolant une représentation de son contexte : la rupture de l'articulation signifiante dissipe ainsi la signification liée au contexte tout en conférant, en fonction du nouveau contexte hermétique, une signification erronée et illusoire. Dans le cas de Monsieur M., le Moi dévoie l'interprétation de son expérience sexuelle en détachant la représentation de celle-ci du contexte dans laquelle elle s'ordonne. Cette tendance à interpréter de manière erronée un ensemble de représentations

isolées est repérable dans les obsessions manifestement absurdes¹⁹⁶ dont se plaignent les névrosés obsessionnels tout comme elle se dégage assez facilement dans la tendance à créer des faux liens de cause à effet : « *si je me lave les mains 5 fois de suite, je serai apaisé* », « *si je pense que je suis positif, je n'aurai plus de problème* », « *si j'ai une mauvaise pensée, il risque d'arriver un accident à quelqu'un de ma famille* », « *s'il arrive ça alors tout va bien se passer* », « *si le feu devient vert quand j'arrive alors ça va aller* »...

Pour illustrer cette boucle logique obsessionnelle et ses incidences, voici ce que peut dire Monsieur X. lors d'une séance de psychanalyse lors de laquelle il parle de sa peur obsédante de se faire du mal :

« J'ai peur du suicide et j'ai peur de passer à l'acte. C'est le schéma qui se répète. Je me mets quelque chose dans la tête et je me le répète, je me le répète, jusqu'à ce que je crois que c'est vrai. Le fait de penser de plus en plus au suicide, ça fait que j'ai peur d'y croire, j'ai peur de paniquer. J'essaie de contrôler en essayant toujours d'anticiper les problèmes. Je ne pense qu'aux problèmes. Ça fait de moi quelqu'un de pessimiste, qui ne pense que de manière négative. Je sais et je l'ai déjà dit, ça ne sert à rien d'essayer de cerner le problème dans tous les sens, ce n'est pas possible. Ça va juste me fatiguer, me phagocyter... il faut juste prendre les choses de manière simpliste et ne pas traîner dans ce raisonnement qui ne mène à rien... c'est un combat en moi... C'est la partie en moi qui veut contrôler, pas lâcher, elle fait que je pense parfois que la psychanalyse ce n'est pas la vraie solution. C'est un combat avec cette partie en moi qui veut arrêter de penser trop, qui veut poursuivre la cure »

Cette séance de Monsieur X. met en évidence la boucle logique qui se répète et les erreurs de raisonnements qu'elle induit : « *je me mets quelque chose dans la tête et je me le répète, je me le répète, jusqu'à ce que je crois que c'est vrai.* »

Nous aurons l'occasion de le développer ultérieurement, cette forme de contrôle et de conditionnement obsessionnel est au principe de la plupart des traitements psychiques qui se font reconnaître aujourd'hui comme thérapeutiques¹⁹⁷ tout comme elle se retrouve dans de nombreuses lectures erronées qui se présentent aujourd'hui comme scientifiques¹⁹⁸. Et ce que

¹⁹⁶ Bouvet, M. « Importance de l'aspect homosexuel du transfert dans le traitement de quatre cas de névrose obsessionnelle masculine », in *Revue française de psychanalyse*, 3, 1948, p. 420.

¹⁹⁷ Gori, R., Hoffmann, C. et Vanier, A. « Les TCC ne sont pas des psychothérapies », in *Le Carnet PSY*, vol. 103, no. 8, 2005, p. 24.

¹⁹⁸ Ioannidis, J. P-A. « Pourquoi ne peut-on pas faire confiance à la plupart des résultats issus de la recherche ? », in *L'évolution psychiatrique*, n° 86, 2021, pp. 443-454.

cette séance de Monsieur X. permet également d'éclairer, c'est que, de la même manière que cette forme de pensée magique permet au Moi de s'illusionner et de croire à un « *raisonnement qui ne mène à rien* », elle peut tout autant le conduire à tordre la vérité en réfutant « *la vraie solution* ». Autrement dit, ces raisonnements obsessionnels peuvent conduire à rejeter littéralement des théorisations avérées tout en adhérant à des fausses compréhensions. Ainsi, de la même manière que Monsieur X. peut se convaincre qu'il peut se soigner en s'illusionnant ou que la psychanalyse « *n'est pas la vraie solution* », il est possible de repérer ces mêmes boucles logiques dans la plupart des critiques adressées encore aujourd'hui à la psychanalyse ou encore dans la plupart des dérives qui corrompent aujourd'hui les milieux scientifiques. Et pour cause, la dimension absurde de ces raisonnements obsessionnels peut facilement se voiler, non seulement dans la clinique, mais aussi dans des domaines où ces raisonnements elliptiques se confondent avec des raisonnements scientifiques.

Si Jacques Lacan avait déjà mis en évidence le poids des superstitions¹⁹⁹ et des raisonnements « imbécile(s) »²⁰⁰ dans le champ de la médecine et s'il avait bien cerné le poids du fonctionnement obsessionnel dans le champ de la psychologie²⁰¹, l'étude du biais logique induit par l'isolation psychique permet d'éclairer la spécificité de ces raisonnements erronés qui s'institutionnalisent au nom du soin et de la santé.

Partons de deux exemples de biais de raisonnement au sein du champ médico-psychologique qui mettent en évidence comment l'isolation conduit à dissoudre des rapports de causalités entre des représentations liées logiquement tout en induisant une erreur d'interprétation caractéristique : guérir la dépression avec un traitement médicamenteux ou soigner la phobie avec des conditionnements²⁰². Ces deux assertions, largement partagées, permettent d'illustrer la boucle logique qui les sous-tend, soit l'erreur de raisonnement caractéristique qui résulte de la focalisation exclusive de l'attention.

A travers ces deux conceptions, les ruptures des liens logiques et l'exclusion des représentations sont perceptibles à plusieurs niveaux :

¹⁹⁹ Lacan, J. (1971). *Je parle aux murs*, Paris, Éditions du Seuil, 2011, p. 11.

²⁰⁰ Lacan, J. (1971) « Discours de Tokyo » in *Pas-tout Lacan*, sur le site de l'ELP : <https://ecole-lacanienne.net/wp-content/uploads/2016/04/1971-04-21.pdf>, p. 5.

²⁰¹ *Ibid.*

²⁰² Hoffmann, C. « La phobie des TCC », in *Le Carnet PSY*, vol. 115, no. 2, 2007, pp. 36-37.

- À travers la rupture du lien logique qui articule le symptôme à ce qui le cause : en l'occurrence, c'est le conflit intrapsychique qui cause la dépression ou la phobie qui est littéralement exclu.
- À travers la rupture du lien logique entre le symptôme considéré et les autres symptômes avec lesquels il peut s'articuler : seul le symptôme phobique ou dépressif est considéré pendant que les autres symptômes sont littéralement exclus.
- À travers la rupture du lien logique entre la disparition du symptôme et le retour de ce dernier : seul l'effet ciblé et momentané est considéré pendant qu'est littéralement exclu le retour du symptôme dans le temps ou son déplacement.

La prise en compte de ces ruptures associatives – qui se repèrent dans l'impossibilité de considérer ces liens logiques malgré leur mise en évidence par l'expérience et les faits cliniques – permet de mieux cerner la déformation par omission sur laquelle repose ces interprétations erronées et les traitements ciblés et automatisés qu'elles induisent. En effet, en considérant exclusivement le symptôme et la disparition momentanée que produit le médicament ou le conditionnement, le Moi peut comprendre à faux ce phénomène ainsi isolé comme un soin ou comme une guérison.

Mais dès lors que le même phénomène est considéré en dehors du contexte isolé, lorsque la disparition du symptôme par suite de la prescription peut être articulée logiquement avec sa réapparition ou avec son déplacement, le même phénomène peut alors être interprété non plus comme un soin ou une guérison, mais comme la disparition momentanée d'un symptôme.

Nous voyons là comment la lecture bornée du phénomène engendre une méprise importante : elle conduit à amalgamer un effet d'apaisement temporaire avec une guérison et à confondre une prescription antinomique du soin psychique avec une thérapeutique. Il n'est donc pas inutile de préciser que ces amalgames sont largement représentés dans le champ médico-psychologique et nous verrons comment de nombreux traitements systématisés se structurent sur cette tendance à se focaliser sur un rapport de causalité tout en excluant le reste : « *je fais un amalgame : je me focalise uniquement sur l'acte. Et je ne pense pas assez au reste.* »

Cette forme de restriction spatio-temporelle caractéristique nous invite à considérer le prisme qu'engendrent les ruptures associatives comme des œillères psychiques : en excluant littéralement ce qui est en dehors du champ, la focalisation exclusive de l'attention confère aux

représentations ainsi bornées une forme d'illusion de globalité. Elle induit une conception erronée qui déforme littéralement la signification du phénomène considéré en fonction du découpage contextuel que produisent les ruptures associatives. Par ce biais obsessionnel, le Moi adhère à des erreurs de raisonnement dont les répercussions semblent donc d'autant plus chaotiques que le découpage signifiant se présente comme un raisonnement cohérent : en apparaissant comme un système rationnel, la boucle logique isolée et le rapport de causalité erroné qui en découle tendent à se présenter comme un système scientifique.

Or, à la différence d'un raisonnement qui peut être articulé et remis en question, à la différence d'une théorie qui peut être réarticulée et réfutée, les ruptures associatives qui maintiennent la cohérence du raisonnement isolé empêchent toute articulation, toute remise en question. Car, rappelons-le, à la différence de la concentration qui n'empêche pas de changer de point de vue et de faire des synthèses entre différents éléments, les lectures focalisées issues de l'isolation psychique empêchent le Moi de faire des liens logiques, lui interdisant de mettre en perspective les représentations considérées et, ainsi, de pouvoir considérer comme erronée la signification illusoire du phénomène considéré.

Cette impasse dialectique qui se représente autant dans la clinique que dans des débats scientifiques peut apparaître comme de l'entêtement ou comme une forme de mauvaise foi déconcertante. Mais elle représente au contraire une erreur de bonne foi symptomatique, obsessionnelle, c'est-à-dire la répétition par le Moi d'une même boucle logique.

Par exemple, Madame L. avait abandonné sa psychothérapie après quelques mois en pensant que « *tout allait bien* » et qu'elle avait « *repris le contrôle* ». Lorsqu'elle revient nous rendre visite quelques années après, voici ce qu'elle peut dire :

« J'arrive à tenir les problèmes un peu plus loin de moi... Mais je veux vivre plus sereinement. Je choisis tout ce qui peut ne pas me rendre heureuse et j'ai beau changer de boulot, de ville ou de copain, ça ne change pas. Ce sont des croyances, je passe de croyances en croyances. Il n'y a pas de vérité.

- Il n'y a pas de vérité ?

Si mais j'essaie de les mettre dans un carcan. Je veux sortir de mon schéma de penser. Ça passe par un prisme qui est le mien et qui est complètement biaisé. Je me fixe sur un truc en pensant que c'est l'autre le problème... Je fixe quelque chose, par exemple je repense à un vieux problème au

travail en me disant que c'est ça le problème puis ça peut se déporter sur pleins de trucs... Cette façon de me fixer sur des idées, ça prend des supports qui m'empêchent d'évoluer... »

Ainsi, tel des jumelles, une loupe ou un microscope qui tendent à se confondre avec des lunettes de vue, le prisme obsessionnel constitue un biais de lecture conséquent qui engendre de multiples amalgames, de multiples confusions. Or, si ces amalgames peuvent se repérer relativement facilement dans le cas d'obsessions singulièrement absurdes, ces raisonnements erronés sont la plupart du temps difficiles à remarquer, notamment parce qu'ils prennent l'apparence de raisonnements cohérents. Cependant, la pratique clinique permet de distinguer progressivement ces raisonnements elliptiques qui se sont cristallisés. A la manière d'un syllogisme isolé qui conduit à la répétition de la même conclusion erronée, les manifestations du raisonnement obsessionnel se repèrent notamment à travers la répétition des mêmes méprises et des mêmes incompréhensions, à travers la répétition des mêmes erreurs. Nous donnerons ultérieurement d'autres exemples de ces amalgames et nous verrons qu'ils permettent de mettre en lumière la problématique spécifique qui caractérise le conflit obsessionnel.

Pour tenter de mieux illustrer la particularité des confusions et des problématiques qu'induit cette tendance obsessionnelle à focaliser l'attention sur des détails aux dépens de l'essentiel, nous pouvons penser à l'image du marin qui écope son bateau sans considérer la brèche dont la fuite trouve son origine. Autrement dit, les œillères psychiques que produit l'isolation psychique conduisent à confondre des fausses-solutions avec des solutions tout comme elles conduisent à amalgamer des solutions avec des fausses solutions. Pour illustrer cette double confusion qui résulte de la focalisation obsessionnelle de l'attention, prenons l'exemple d'un raisonnement absurde qui se retrouve autant dans certaines difficultés cliniques que dans un certain nombre de discours largement représentés au sein du champ médico-psychologique²⁰³.

Il n'est pas rare que des psychanalysants considèrent que leur cure psychanalytique ne fonctionne pas car ils constatent que leurs symptômes s'amplifient. Or, nous savons grâce à Freud que cette amplification est au contraire la preuve que le travail est en train de porter ses fruits, car « nul ne peut être tué *in absentia et in effigie*. »²⁰⁴ Autrement dit, nous voyons ici

²⁰³ Haliday, H., Le Maléfan, P. et Evrard, R. « Les fausses solutions de réforme de la formation des psychologues du rapport IGAS », in *Psychologues et Psychologies*, vol. 266-267, no. 2-3, 2020, pp. 27-31.

²⁰⁴ Freud, S. (1912), « La dynamique du transfert », in *La technique psychanalytique*, Paris, PUF, 1953, p. 60.

comment l'isolation d'un phénomène de son contexte conduit à l'interpréter de manière erronée : en ne prenant pas en considération ce phénomène symptomatique dans la dynamique de la cure, en l'isolant au sein d'une boucle logique interprétative, la signification du phénomène est ainsi littéralement dévoyée par les ruptures associatives. En effet, si l'amplification momentanée du symptôme²⁰⁵ peut être considérée par le psychanalyste comme une avancée significative du traitement, elle peut donc être interprétée, via le prisme de l'isolation, en son contraire, soit comme la preuve – illusoire – de l'inefficacité du traitement. En d'autres termes, la déformation par omission qu'induit la focalisation exclusive de l'attention peut conduire à tordre la signification d'un phénomène en une signification contraire. Ce nouvel exemple de raisonnement borné illustre bien la double problématique qu'induit le biais logique obsessionnel : il conduit non seulement à donner du crédit à un raisonnement erroné, mais également à réfuter un raisonnement juste.

Alors, si cette forme d'impasse logique peut se repérer dans de nombreuses méprises, il n'est pas impossible de dégager les conséquences épistémologiques et sociales de ces confusions systématiques. Non seulement l'illusion interprétative que génèrent ces boucles logiques obsessionnelles conduit à instituer des systèmes de fonctionnements pathologiques qui se présentent comme des solutions rationnelles et pragmatiques, mais elle conduit à rejeter opiniâtrement des solutions rationnelles en les interprétant faussement comme des erreurs de raisonnements.

Ainsi, au-delà du champ médico-psychologique où le paradoxe qu'engendrent ces lectures bornées obsessionnelles se révèle particulièrement saillant, les mêmes méprises systématisées sont repérables dans le domaine de la politique, de l'économie, de la justice, de l'éducation, etc., soit dans tous les champs de la société où le raisonnement obsessionnel tend à se confondre avec un raisonnement cohérent. Or, aussi voilée et systématisée soit-elle, l'obsession n'en reste pas moins une formation de compromis symptomatique par laquelle l'être résiste à reconnaître son propre désir inconscient, c'est-à-dire une compulsion névrotique qui s'oppose littéralement au raisonnement.

²⁰⁵ Naveau, P. « Moments dépressifs dans la cure et à la fin de la cure », in *La Cause du Désir*, vol. 109, no. 3, 2021, pp. 12-31.

Voici comment Monsieur K. peut mettre en évidence cette distinction entre le raisonnement et l'obsession :

« Ça tourne en boucle dans ma tête, tout le temps. Quand j'ai ces pensées qui viennent, c'est comme une déconnexion dans mon esprit, comme un court-circuit que je n'arrive pas à mettre en ordre. C'est exactement ça qui se passe. C'est comme si mon esprit se déconnectait, comme un CD qui est rayé et qui constamment repasse, repasse... Finalement, c'est comme une forme de déconnexion, comme une page internet qui s'ouvre sans qu'on le veuille. »

Telle une interruption défensive de la pensée, les raisonnements elliptiques qui résultent des isolations psychiques ne sauraient donc se confondre avec les facultés réflexives du névrosé : ils constituent au contraire des formes de systématismes et d'automatismes qui empêchent la pensée. Leur repérage apparaît donc d'autant plus important que ces boucles logiques peuvent se représenter à travers des raisonnements et des « protocoles systématisés »²⁰⁶ qui paraissent cohérents et qui peuvent ainsi se partager. Malgré l'infinité des contenus qu'ils peuvent revêtir – du fait de la possibilité infinie des découpages signifiants engendrés par les ruptures associatives – il n'est cependant pas impossible de reconnaître ces systèmes obsessionnels notamment du fait de leur automaticité et de l'herméticité par laquelle la focalisation exclusive de l'attention permet de conférer à ces raisonnements erronés leur consistance logique.

Cette herméticité est particulièrement manifeste à travers un certain nombre de lectures qui se présentent comme scientifiques, notamment au sein du champ médico-psychologique.

Dans un article remarquable qui met en évidence la dimension chimérique de la psychiatrie biologique, le neurobiologiste François Gonon souligne l'exclusivité caractéristique qui caractérise la conception neurologique des troubles mentaux :

*« Plusieurs approches, qui ne sont pas mutuellement exclusives, permettent d'appréhender les causes des troubles mentaux : neurobiologie, psychologie et sociologie. Cependant, selon une récente étude américaine²⁰⁷, le grand public adhère de plus en plus à une conception exclusivement neurobiologique des troubles mentaux. Le journaliste Ethan Watters a écrit récemment dans *The New York Times* un long article où il montre que la psychiatrie américaine tend à imposer au reste*

²⁰⁶ Mathelin-Vanier, C., et Vanier, A. « Éthique et prise en charge des enfants », in Edwige Rude-Antoine éd., *Éthique et Famille. Tome 3*, L'Harmattan, 2013, p. 80.

²⁰⁷ Pescosolido, B-A., Martin, J-K., Long, J-S *et al.*, « 'A Disease Like any Other'? A Decade of Change in Public Reactions to Schizophrenia, Depression, and Alcohol Dependence », in *American Journal of Psychiatry*, vol. 167, n° 11, 2010, pp. 1321-1330.

du monde sa conception étroitement neurobiologique des maladies mentales.²⁰⁸ Il souligne que cette diffusion n'est pourtant pas due aux succès de la psychiatrie américaine : le nombre de patients n'a pas diminué aux États-Unis, bien au contraire. »²⁰⁹

Cette conception « exclusivement » ou « étroitement neurobiologique » des troubles mentaux éclaire bien la spécificité du biais par omission induit par l'isolation psychique : l'apparence de scientificité de ce « discours réductionniste »²¹⁰ reposant sur des ruptures associatives, il ne peut donc être articulé à d'autres conceptions – psychologiques ou sociales – sans laisser apparaître sa dimension illusoire : « (...) l'approche réductionniste de l'étude du vivant peut nous mener à donner des réponses incomplètes aux questions qui se posent, à passer à côté de la vraie nature des phénomènes biologiques, ou à poser les mauvaises questions. »²¹¹

Nous le reprendrons tout au long de ce travail à travers de multiples illustrations, les effets paradoxaux de l'isolation psychique sont particulièrement conséquents dans le champ de la recherche scientifique. Dans un article intitulé « *Pourquoi ne peut-on pas faire confiance à la plupart des résultats issus de la recherche ?* »²¹², John P.-A. Ioannidis remarque que « les résultats faux pourraient représenter la majorité ou même la grande majorité des résultats publiés »²¹³. Ce qu'il s'agit alors de remarquer, c'est que les différents biais que l'épidémiologiste met en évidence pour expliquer cette dérive illustrent les conséquences caractéristiques de la focalisation exclusive de l'attention et des fausses compréhensions qu'elle induit : « découvertes isolées »²¹⁴, publication d'une étude qui « reçoit toute l'attention de la communauté »²¹⁵, « grâce à l'inclusion ou à l'exclusion de certains patients ou de certains sujets contrôles »²¹⁶, « questions trop précises et spécifiques »²¹⁷, « critères trop étroits »²¹⁸, cette tendance à créer des faux liens de causalités et de fausses conclusions en isolant un ensemble clos de représentations apparaît de multiples manières, si bien que John P.A Ioannidis conclut

²⁰⁸ Watters, E., « The Americanization of Mental Illness », in *The New York Times*, 8 janvier 2010.

²⁰⁹ Gonon, F. « La psychiatrie biologique : une bulle spéculative ? », in *Esprit*, vol., no. 11, 2011, pp. 54-55.

²¹⁰ *Ibid.*, p. 55.

²¹¹ Lewontin, R-C. *La triple hélice, Les gènes, l'organisme, l'environnement*, Paris, Éditions du seuil, 2003, p. 125.

²¹² Ioannidis, J. P-A. (2021). *Op. Cit.*

²¹³ *Ibid.*, p. 444.

²¹⁴ *Ibid.*, p. 446.

²¹⁵ *Ibid.*

²¹⁶ *Ibid.*, p. 449.

²¹⁷ *Ibid.*, p. 453.

²¹⁸ *Ibid.*

son article en soulignant l'importance de « l'interprétation et la contextualisation des conclusions de recherche »²¹⁹.

De même, Richard C. Lewontin a remarquablement mis en évidence comment la plupart des recherches en biologie sont corrompues par des protocoles et des conceptions trop circonscrites qui infèrent de fausses compréhensions.

Du début à la fin, son ouvrage *La triple hélice* illustre bien comment la « focalisation »²²⁰ de l'attention et « la conviction »²²¹ qui en résulte dégagent des lectures elliptiques erronées qui se présentent comme scientifiques :

« ... les généticiens ont pensé que les maladies cardiaques, le diabète, le cancer du sein et le syndrome bipolaire maniaco-dépressif doivent aussi avoir des origines génétiques. La recherche des variations génétiques en cause dans les grandes maladies humaines est une préoccupation majeure de la recherche médicale, un gros consommateur de crédits publics de recherche, et une source importante d'articles pour la presse médicale. Et il n'y a pas que la variation pathologique qui soit expliquée en termes de génétique. Les variations dans la préférence sexuelle, la réussite scolaire, la position sociale sont aussi vues comme des conséquences de différences génétiques. Si le développement d'un individu est le déploiement d'un programme génétique présent dans l'œuf fécondé, alors les variations dans les résultats du développement doivent être des conséquences des variations de ce programme »²²²

La dernière phrase met bien en évidence le raisonnement elliptique qui se représente aujourd'hui dans le champ de la recherche et l'erreur de raisonnement qui en résulte. Le terme de « préoccupation majeure » met également en exergue la dimension obsessionnelle qui caractérise l'attention exclusive portée à ces boucles associatives isolées et Richard C. Lewontin remarque bien que l'erreur d'interprétation repose sur le fait d'exclure « d'autres facteurs causals »²²³ : « mais si l'on veut savoir pourquoi deux agneaux sont différents, une description de leurs différences génétiques est insuffisante, voire, pour certaines de leurs caractéristiques, sans le moindre intérêt. »²²⁴

²¹⁹ *Ibid.*

²²⁰ Lewontin, R-C. (2003). *Op. Cit.*, p. 17.

²²¹ *Ibid.*, p. 24.

²²² *Ibid.*, p. 25.

²²³ *Ibid.*, p. 25.

²²⁴ *Ibid.*, pp. 25-26.

Ainsi, les multiples expériences scientifiques que reprend le généticien tout au long de son livre permettent d'illustrer remarquablement que la « conception erronée »²²⁵ repose sur la « déformation par omission »²²⁶ que produit la focalisation exclusive de l'attention, soit sur le fait que le scientifique se concentre sur un ensemble clos de représentations en excluant littéralement les autres représentations. Ainsi, « le fait que deux états soient différents n'explique pas la cause de l'un ou de l'autre. Les êtres humains peuvent parler car ils ont les gènes qu'il faut *et* l'environnement social qu'il faut. »²²⁷

Cette dernière remarque du généticien nous permet de préciser que la rupture associative se représente ici dans la substitution de la conjonction de coordination copulative par la conjonction de coordination disjonctive. Cette substitution qui change radicalement la signification du phénomène considéré apparaît de multiples manières dans les expériences que reprend Richard C. Lewontin, par exemple lorsqu'il souligne :

« Les généticiens prétendent que ces mutations sont typiques de ces différences génétiques, mais ils se gardent bien de souligner que la plupart des mutations génétiques chez la drosophile, même celles qu'ils privilégient dans leurs expériences, n'ont pas un impact aussi radical sur le développement. »²²⁸

Les déformations interprétatives qui résultent de ces omissions illustrent bien comment l'exclusion de certaines représentations modifie littéralement la lecture du phénomène considéré, témoignant ainsi du rôle primordial du langage et du signifiant dans les lectures que les scientifiques, comme tous les êtres parlants, peuvent faire du réel. La focalisation exclusive de l'attention sur un ensemble clos de signifiants génère ainsi des significations illusoires, des « métaphores »²²⁹ qui engendrent des méprises et des contradictions. D'ailleurs, Richard C. Lewontin remarque cette capacité à soutenir des contradictions en notant que « la plupart des évolutionnistes rejetteraient une telle description de leur science et souligneraient que les organismes sont leurs premiers centres d'intérêts – mais l'explication adaptative des caractères dit exactement le contraire. »²³⁰

²²⁵ *Ibid.*, p. 38.

²²⁶ Freud, S. (1909). *Op. cit.*, p. 197.

²²⁷ Lewontin, R-C. (2003). *Op. Cit.*, p. 38.

²²⁸ Lewontin, R-C. (2003). *Op. Cit.*, p. 41.

²²⁹ *Ibid.*, p. 54.

²³⁰ *Ibid.*, p. 55.

Le livre de Richard C. Lewontin met bien en évidence la problématique épistémologique qui résulte de cette confusion entre le raisonnement et la focalisation exclusive sur un ensemble de signifiants. Le biologiste met notamment en évidence les biais méthodologiques qui ont donné lieu à la métaphore du « bilan énergétique »²³¹, un « exemple qui a longtemps focalisé l'attention »²³². Puis il constate le paradoxe épistémologique qui résulte de cette tendance à se focaliser sur un ensemble fermé, en omettant littéralement de considérer des liens de causalités:

« Il n'existe aucune preuve de l'hérédité des caractères acquis, ni du fait que les mutations génétiques produisent exactement les bonnes variations au bon moment pour permettre aux espèces de survivre aux changements du milieu sans l'intervention de la sélection naturelle. Mais l'idée que l'environnement d'un organisme est causalement indépendant de l'organisme, et que les changements du milieu sont autonomes et indépendants des changements de l'espèce elle-même, est clairement erronée.

C'est de la mauvaise biologie, et tout écologiste ou biologiste de l'évolution le sait bien, la métaphore de l'adaptation, qui eut une grande importance heuristique dans l'édification de la théorie de l'évolution, est devenue un obstacle à une compréhension claire des mécanismes de l'évolution, et elle doit être remplacée. »²³³

Ainsi, la focalisation exclusive de l'attention induit autant de fausses compréhensions qu'elle empêche littéralement la compréhension : « il n'est pas possible, en général, de comprendre la distribution spatiale et temporelle des espèces si l'environnement est caractérisé de façon purement physique... »²³⁴ La rupture associative qui dissout « la relation entre l'organisme et l'environnement »²³⁵ induit ici des erreurs interprétatives en séries et, en l'occurrence, une « compréhension simpliste et incorrecte du darwinisme »²³⁶.

Nous donnerons ultérieurement d'autres exemples tirés du livre de Richard C. Lewontin et nous verrons progressivement que cette forme symptomatique de « rationalité myope »²³⁷ a des conséquences catastrophiques pour l'ensemble de la société. Il nous semble important de reprendre ici une dernière citation qui résume bien l'incidence épistémologique du biais par omission qui résulte de l'isolation d'un ensemble clos de représentations :

²³¹ *Ibid.*

²³² *Ibid.*

²³³ *Ibid.*, p. 58.

²³⁴ *Ibid.*, p. 65.

²³⁵ *Ibid.*, p. 66.

²³⁶ *Ibid.*, p. 68.

²³⁷ *Ibid.*, p. 124.

« Pour rendre compte des changements ordinaires, et topologiquement continus, dans la relation entre l'organisme et son environnement, il n'est pas nécessaire d'accomplir une révolution dans la façon dont les observations expérimentales sont faites en écologie et en génétique évolutive : il suffit de réorienter notre attention. »²³⁸

La persistance des mêmes erreurs interprétatives dans l'ensemble des champs de la recherche scientifique, malgré la mise en évidence de ces biais par Richard C. Lewontin et par d'autres scientifiques, témoigne bien de la dimension symptomatique de ces fausses compréhensions. Ceci illustre justement la nécessité de discerner l'isolation psychique du processus de la concentration, ou encore de distinguer la focalisation exclusive de l'attention d'une capacité d'analyse.

Des lectures trop focalisées à la mise en place de fonctionnements absurdes systématisés, la reconnaissance des œillères psychiques qui résultent de l'isolation psychique permet de mieux cerner la structure de l'obsession. Le repérage de cette focalisation exclusive permet également de remarquer qu'elles se représente, plus ou moins directement, dans l'ensemble du tableau clinique de la névrose obsessionnelle. Le terme d'obsessionnel illustre ainsi brillamment la tendance à boucler des pensées tout en excluant le reste. En focalisant l'attention sur une tâche de manière exclusive ou en concentrant la réflexion sur un ensemble clos de pensées tout en faisant fi du contexte, l'isolation psychique engendre une forme d'obnubilation qui ne se représente pas uniquement dans des obsessions clairement absurdes ou dans des symptômes de vérifications chronophages. Elle se manifeste également dans une tendance du Moi à s'obstiner, à s'éparpiller, à perdre la notion du temps, à avoir du mal à choisir, à s'organiser ou à prioriser tout comme elle peut se représenter dans des attitudes et des comportements bornés, des troubles du raisonnement et de la concentration, des erreurs de jugements et des incompréhensions, des difficultés à faire des liens, à synthétiser et à prendre du recul. Autrement dit, la prise en considération du biais logique qu'engendre l'isolation psychique permet de mieux cerner les différentes conséquences psychopathologiques du procédé défensif et, ainsi, de remarquer leurs incidences au sein de la société.

²³⁸ *Ibid.*, p. 146.

1.4 L'annulation rétroactive de l'annulation rétroactive : la représentation épistémologique et sociale du symptôme obsessionnel

« La « tendance à annuler » est une bonne expression, mais elle est identique à la « tendance à refouler » et à « la tendance à rejeter ». (...) Aussi, la science des sauvages connaît un système de magie par lequel le monde est régi ; cela correspond à la toute-puissance des pensées dans la névrose obsessionnelle. »²³⁹

a) L'annulation rétroactive du concept d'annulation rétroactive

Peut-être encore plus significative que l'absence du concept d'isolation psychique, l'absence de la définition de l'annulation rétroactive dans le *Dictionnaire de la psychanalyse*²⁴⁰ met en abyme les répercussions épistémologiques paradoxales qu'engendrent les mécanismes obsessionnels en se confondant avec des fonctionnements ordinaires.

En effet, si Freud a mis en évidence l'importance considérable de ces « deux activités du moi formatrices de symptômes, qui méritent un intérêt particulier, parce qu'elles sont manifestement des succédanés du refoulement »²⁴¹, et si la clinique témoigne au quotidien de la prépondérance de ces deux procédés névrotiques dans les symptômes des patients et des psychanalysants, leur mécompréhension systématique tout comme l'absence de leur définition dans le *Dictionnaire de la psychanalyse* semble témoigner des effets spécifiques de ces deux procédés à l'égard de leur propre conceptualisation.

Autrement dit, il semblerait que cette remarquable capacité à « enlever en soufflant dessus » non pas les conséquences d'un évènement (d'une impression, d'une expérience vécue), mais cet évènement lui-même »²⁴² peut se représenter dans le champ de la

²³⁹ Freud, S. (1911). *Op. Cit.*, p. 299.

²⁴⁰ Roudinesco, E., Plon, M. « Annulation rétroactive », in *Dictionnaire de la psychanalyse*, Paris, Fayard, 1997.

²⁴¹ Freud, S. (1926). « Inhibition, symptôme, angoisse », in *Œuvres Complètes, Vol. XVII*, Paris, PUF, 1992, p. 236.

²⁴² *Ibid.*

psychopathologie et conduire ainsi à rendre non advenus²⁴³ des concepts et des théories, malgré la preuve de leur pertinence et de leur actualité.

Cette forme de « disparition tendancielle »²⁴⁴ a notamment été remarquée par Sidi Askofaré qui note son incidence au regard du concept de transfert : « disparition effective en psychologie, en psychiatrie et psychopathologie. Disparition relative en psychanalyse où dans l'ensemble, parallèlement à l'intérêt croissant pour les 'états limites' et au rejet implicite du paradigme freudien, lui a été substituée celle de contre-transfert. »²⁴⁵

Si l'étude de l'isolation psychique a permis de dégager comment les ruptures associatives permettent au Moi du névrosé de déformer sa réalité en transformant illusoirement la signification de certains faits ou de certains événements, nous allons essayer ici de préciser le concept d'annulation rétroactive tout en mettant en évidence comment celui-ci tend lui-même à être annulé rétroactivement, assimilé avec un mécanisme ordinaire ou socialement valorisé. En effet, quand la signification de l'isolation psychique continue d'être confondue, malgré la découverte freudienne, avec celle de la concentration ou d'une capacité d'analyse, il est aussi possible de remarquer que la signification de l'annulation rétroactive est amalgamée le plus souvent avec celle du doute, de la précaution ou encore de la contradiction.

En d'autres termes, il semblerait que cette remarquable capacité à tordre la signification dérangeante peut être considérée comme une forme d'annulation rétroactive. Car finalement, en isolant psychiquement des représentations de leur contexte et en reconditionnant la signification liée à ces représentations isolées, le Moi ne réussit-il pas à faire disparaître magiquement les significations qui le dérangent, donc à les annuler rétroactivement ?

Ainsi, nous allons voir que cette confusion qui fait disparaître « en soufflant dessus » les significations de l'isolation psychique et de l'annulation rétroactive, au profit de celles de procédés ordinaires, semble précisément mettre en abyme les conséquences problématiques de ces mécanismes défensifs à l'égard de leurs propres conceptualisations.

²⁴³ Freud, S. (1909). « Remarques sur un cas de névrose de contrainte », in *Œuvres Complètes, Vol. IX*, Paris, PUF, 1998, p. 166.

²⁴⁴ Askofaré, S. *D'un discours l'Autre – La science à l'épreuve de la psychanalyse*, Toulouse, Presses Universitaires du Mirail, 2013, p. 95.

²⁴⁵ *Ibid.*

D'ailleurs, cette problématique épistémologique est mise en évidence dans la définition qu'Elsa Schmidt-Kitsikis donne de l'annulation rétroactive dans le *Dictionnaire International de la Psychanalyse*²⁴⁶ où elle souligne que « la notion d'annulation rétroactive a acquis de nos jours une certaine connotation psychologique. Elle est souvent confondue avec la notion de comportement ou d'attitude ambivalents. »

Finalement, l'étude de ces confusions qui corrompent les avancées freudiennes, perceptible à différents égards, met en lumière le fonctionnement de l'annulation rétroactive et illustre les conséquences problématiques de cette tendance voilée, qu'il n'est pas impossible de définir, à la suite de Freud, comme un procédé défensif qui vise à annuler certaines significations :

« Dans sa lettre à Fliess du 22 décembre 1897, Freud entrevoit déjà, dans ce qu'à l'époque il définit comme ambiguïté ou imprécision de sens dans la névrose obsessionnelle, ce qu'il décrira par la suite comme une action qui, dans un second temps, tend à annuler celle qui la précède. Il écrit : « Les idées obsédantes utilisent souvent l'imprécision verbale pour se dissimuler et permettre de pareilles applications. » »²⁴⁷

Pour tenter d'illustrer le fonctionnement de l'annulation rétroactive et les conséquences paradoxales que peut engendrer ce procédé en se confondant avec un procédé ordinaire, nous pouvons partir de la définition du concept freudien d'annulation rétroactive telle que nous la retrouvons dans le *Vocabulaire de la psychanalyse* :

« Mécanisme psychologique par lequel le sujet s'efforce de faire en sorte que des pensées, des paroles, des gestes, des actes passés ne soient pas advenus ; il utilise pour cela une pensée ou un comportement ayant une signification opposée. Il s'agit là d'une compulsion d'allure « magique », particulièrement caractéristique de la névrose obsessionnelle. »²⁴⁸

Si cette façon d'annuler magiquement des pensées avec des pensées opposées peut s'avérer tout aussi manifeste que saugrenue – nous pouvons penser aux comportements contradictoires et aberrants de l'homme aux rats²⁴⁹ – l'annulation rétroactive et les problématiques qu'elle engendre se manifestent le plus souvent de façon beaucoup moins évidente. En effet, le procédé

²⁴⁶ Mijolla (de), A. (sous la dir.) *Dictionnaire international de la psychanalyse*, Librairie Arthème Fayard/Pluriel, 2013, p. 110.

²⁴⁷ *Ibid.*

²⁴⁸ Laplanche, J., Pontalis, J.-B. *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, Quadrige, 2002, p. 29.

²⁴⁹ Freud, S. (1909). « Remarques sur un cas de névrose de contrainte », in *Œuvres Complètes, Vol. IX*, Paris, PUF, 1998, pp. 131-214.

défensif se représenterait à travers différentes modalités discursives qui peuvent facilement se confondre avec des formes d'imprécisions.

Cette modalité défensive mettrait en exergue la remarquable capacité par laquelle le Moi névrosé obsessionnel réussit, au prix de ses obsessions, à transformer illusoirement la réalité, c'est-à-dire en commandant le signifiant pour modifier, transformer ou annuler littéralement certaines significations.

Via des oppositions, des précautions et des atténuations verbales ou encore par des généralisations qui annulent littéralement la fonction différentielle du signifiant, la clinique psychanalytique permet de dégager différentes formes de formulations discursives de l'annulation rétroactive, mettant en lumière le contraste entre l'usage important de ce procédé défensif et sa tendance à se voiler et à se confondre avec des formes de mesures, de tempérance ou encore d'humilité.

Or, si les annulations rétroactives peuvent passer facilement inaperçues, les conséquences délétères de cette tendance à faire disparaître des réalités dérangeantes ne passeraient pas, elles, inaperçues. Au contraire, en passant pour des contradictions constructives, de la mesure ou des précautions scientifiques, les annulations rétroactives voilées engendreraient une confusion importante en ce qu'elles conduiraient à assimiler des mécanismes qui visent à mieux cerner le Réel avec un procédé défensif du Moi qui vise à entretenir la mystification.

En d'autres termes, en assimilant les remises en question constructives qui font avancer la science et les contradictions défensives qui permettent au Moi de façonner et de conditionner sa réalité, la confusion de la signification de l'annulation rétroactive avec celle d'un mécanisme rationnel engendrerait une problématique conséquente, notamment dans le champ de la recherche. Et pour cause, en faisant disparaître « non pas les conséquences d'un événement (d'une impression, d'une expérience vécue), mais cet événement lui-même »²⁵⁰, l'annulation rétroactive permettrait ni plus ni moins de faire disparaître littéralement n'importe quelle preuve scientifique.

²⁵⁰ Freud, S. (1926). *Op. cit.*, p. 236.

Autrement dit, les effets de l'annulation rétroactive dans le champ de la recherche conduiraient à rejeter littéralement les résultats de l'expérience. À cet égard, le rejet qui continue d'être réservé aux résultats de la psychanalyse met remarquablement en évidence cette problématique²⁵¹.

Cette façon défensive de déformer la réalité peut passer inaperçue et avoir ainsi des conséquences épistémologiques redoutables. Néanmoins, ces dernières ne passent pas inaperçues et permettent ainsi de mieux discerner le procédé défensif sous-jacent.

En réussissant à se confondre avec des mesures de précautions, cette tendance à annuler les preuves ne se représente-t-elle pas, dans le champ médico-psychologique par exemple, via des réfutations arbitraires, des symptômes de vérification voilés²⁵² ou encore via une obsession de la preuve et de l'objectivité²⁵³ ?

b) Le raisonnement elliptique : l'illusion qui sous-tend l'annulation rétroactive, la superstition et la toute-puissance de la pensée

Pour illustrer comment le phénomène névrotique peut facilement se confondre à ce jour avec un mécanisme ordinaire, partons d'un exemple clinique :

Évoquant sa croyance dans ce que l'on nomme le « *mauvais œil* », Madame B. dit qu'elle ne peut s'empêcher de se faire passer pour « *bête* » dès qu'elle dit ou fait quelque chose qui lui vaut des compliments. À la moindre félicitation d'un ami ou d'un responsable hiérarchique, elle s'empresse, dit-elle, de le « *minimiser* », de « *dire le contraire* » ou encore, « *de faire ou dire une connerie* » pour « *contrebalancer* » et « *annuler* » la valorisation qu'elle vient de recevoir.

Au fur et à mesure de ses séances de psychothérapie, Madame B. se rend compte que cette forme de compulsion à contredire systématiquement les paroles ou les pensées qui la valorisent

²⁵¹ Revault d'Allones, C. & Al. *La démarche clinique en sciences humaines*, Paris, Bordas, 1989, p. 13.

²⁵² Abelhauser, A., Gori, R., Sauret, M-J. *La folie Évaluation, Les nouvelles fabriques de la servitude*, Paris, Éditions Mille et une nuits, 2011.

²⁵³ Jureidini, J., McHenry, L. *The illusion of Evidence-Based Medicine (Exposing the crisis of credibility in clinical research)*, South Australia, Wakefield Press, 2020.

a des répercussions importantes : elle doute trop de sa valeur, de ses qualités, de son désir. Cette tendance à annuler ses pensées engendre de nombreuses difficultés dans son travail et dans sa vie sentimentale. Grâce à ses séances, Madame B. découvre petit à petit la fonction défensive de sa « compulsion d'allure « magique » »²⁵⁴ et de sa peur obsédante qu'il lui arrivera un désagrément si elle reconnaît sa valeur, son plaisir et ses envies.

Le raisonnement superstitieux auquel le Moi de Madame B. adhère permet d'illustrer les conséquences symptomatiques du raisonnement elliptique et de la boucle logique obsessionnelle²⁵⁵. En effet, cette croyance irrationnelle qu'il ne lui arrive une contrariété si elle éprouve de la joie ou de la satisfaction met en évidence que le lien de causalité qui sous-tend cette conclusion erronée est littéralement isolé : en isolant psychiquement ce lien de cause à effet des autres représentations qui permettraient de le remettre en question, les ruptures associatives qui sous-tendent cette illusion empêchent ainsi de pouvoir le remettre dans son contexte, si bien que le Moi ne peut prendre du recul et mettre ce raisonnement en perspective, c'est-à-dire le considérer non pas comme un raisonnement cohérent, mais comme une superstition. L'isolation psychique confère ainsi à la superstition une consistance rationnelle tout en empêchant de la reconnaître comme une croyance irrationnelle. D'ailleurs, il est intéressant de noter qu'une des acceptions du terme « superstition » renvoie directement à l'idée d'« attachement excessif, soin trop méticuleux porté à quelque chose »²⁵⁶, à cette tendance à focaliser exclusivement l'attention sur un détail, sur un ensemble clos de représentations²⁵⁷.

De même, cette structure logique de l'obsession se retrouve également dans la pensée magique qui caractérise l'annulation rétroactive : la dimension illusoire par laquelle une pensée négative peut permettre d'annuler « en soufflant dessus » une pensée positive semble être la même que celle par laquelle une pensée positive peut susciter en retour un événement négatif ; la contradiction qui peut donner l'illusion au Moi de pouvoir faire disparaître une pensée grâce à une pensée opposée met en évidence l'ensemble clos au sein duquel le « plus » et le « moins » permettent de s'annuler littéralement.

²⁵⁴ Laplanche, J., Pontalis, J.-B. (2002). *Op. Cit.*, p. 29.

²⁵⁵ Cf. *La boucle logique obsessionnelle : l'illusion interprétative et son incidence clinique, épistémologique et sociale*, p. 89.

²⁵⁶ Dictionnaire CNRTL, *Superstition*, 2021, <https://www.cnrtl.fr/definition/superstition>

²⁵⁷ Cf. *La focalisation exclusive de l'attention ou la structure de l'obsession : le raisonnement elliptique*, p. 66.

L'illusion de toute puissance de la pensée semble ainsi résulter de l'impression de globalité et de vérité qui découle de l'attention exclusive portée au raisonnement elliptique. La focalisation exclusive de l'attention et la distorsion interprétative qu'implique la boucle logique se manifesteraient donc à la fois dans le pouvoir illusoire de l'annulation rétroactive et dans celui de la superstition.

c) *L'annulation rétroactive de la signification au sein de la boucle associative et l'institutionnalisation du fonctionnement obsessionnel*

En plus d'éclairer l'illusion interprétative qu'engendre l'isolation psychique d'un ensemble clos de signifiants, l'illustration clinique précédente met également en évidence que l'annulation rétroactive ne se manifeste pas uniquement à travers des actes étonnants, particulièrement bizarres ou extravagants, elle se manifeste ici à travers une forme de minimisation systématique qui peut facilement passer inaperçue et que le Moi du névrosé obsessionnel a tendance à présenter comme une marque « *d'humilité* », de « *pudeur* », de « *modestie* », ou encore à assimiler avec une forme de « *timidité* » ou de « *manque de confiance en soi* ».

Autrement dit, la cure des névrosés obsessionnels met en évidence que la signification de l'annulation rétroactive est elle-même annulée rétroactivement : la signification du procédé magique défensif disparaît tout aussi magiquement dans le discours des psychanalysants au profit de la signification d'un fonctionnement ordinaire ou même valorisé socialement.

Alors, si la tendance à annuler rétroactivement se voit elle-même confondue avec un fonctionnement valorisé, il n'est pas impossible de se rendre compte que le procédé défensif consiste précisément à créer des amalgames, c'est-à-dire à faire disparaître des significations dérangeantes en commandant et en agissant sur la fonction différentielle du signifiant.

Par exemple, quand le Moi du névrosé obsessionnel dit que son avarice et sa tendance à l'accumulation correspondent à de la « *responsabilité* » ou de la « *capitalisation* », nous pouvons constater qu'il annule les significations qui le dérangent en les amalgamant avec des significations valorisées socialement. Mais ce qu'il s'agit de remarquer, c'est que cette forme de prestidigitation s'appuie sur des isolations psychiques, soit sur l'illusion interprétative que permet l'isolation d'un ensemble circonscrit de signifiants. En effet, le Moi du névrosé réussit ici à déformer illusoirement la signification de son avarice en l'annulant littéralement via un contexte isolé au sein duquel la signification du phénomène pathologique disparaît au profit de

celle d'un mécanisme valorisé : « *c'est normal de garder mon argent, c'est la crise en ce moment* », « *je ne dépense pas mon argent car je pense à mes enfants.* ». Au sein de ces raisonnements elliptiques, dans le contexte clos de ces phrases, la signification du phénomène considéré se transforme littéralement, « magiquement ». Mais comme nous l'avons étudié précédemment dans la partie réservée à l'isolation psychique, la signification illusoire que le Moi confère ici à son comportement symptomatique tient au fait que le contexte est hermétique, c'est-à-dire au fait que cette pensée isolée ne peut pas être articulée à d'autres pensées. Dans le cas de ces deux propositions énoncées par un patient, la déformation par omission résulte ici du fait que sont littéralement exclus du raisonnement le fait que l'avarice se représente dans tous les pans de sa vie ou encore le fait que la quantité d'argent qu'il a déjà accumulée contredit littéralement les deux justifications : l'impossibilité de faire des liens logiques entre ces différentes propositions empêche ainsi le Moi de remettre en question la fausse compréhension.

Par cette forme subtile de prestidigitation, l'isolation psychique permet ici de conférer au comportement avare la signification illusoire de « *la responsabilité* » tout en empêchant le Moi d'accéder à la signification de son avarice.

Ainsi, en annulant les significations qui le dérangent via l'isolation d'un contexte, le Moi du névrosé obsessionnel crée un certain nombre de confusions et de contre-sens. Nous l'avons vu à propos de l'isolation psychique²⁵⁸, ces amalgames défensifs engendrent des méprises et des incompréhensions systématiques dont les conséquences dépassent le champ de la clinique.

Partons pour illustrer cela d'un exemple d'impasse dialectique typique qui résulte de ce type de confusion. La clinique permet d'observer que le Moi du névrosé obsessionnel annule rétroactivement la signification pathologique de son sentiment de contrainte. Il le rationalise le plus souvent comme un sentiment « normal », justifié par exemple par le contexte social, tout comme il tend à amalgamer, en fonction du même contexte, sa volonté obstinée de liberté avec une exigence légitime de liberté.

Voici comment Madame F. met en évidence cette distinction entre la liberté et l'obsession de la liberté : « *J'ai une obsession pour la liberté et pour le plaisir dans ce que je fais. Je ne*

²⁵⁸ Cf. *La boucle logique obsessionnelle : l'illusion interprétative et son incidence clinique, épistémologique.* p. 73.

supporte pas quand c'est une contrainte. Tout doit être plaisir, tout doit être liberté. Je vois que c'est irrationnel ! »

N'est-ce pas cette méprise caractéristique entre la liberté et l'obsession de la liberté qui se repère dans de nombreuses systématisations, notamment dans certaines idéologies « libérales »²⁵⁹ qui tendent à rejeter catégoriquement toute forme de régulation financière en la confondant systématiquement avec une forme « d'ingérence » ou « d'intrusion » ?

Nous pouvons alors remarquer que cet amalgame, par lequel le Moi tend à assimiler systématiquement des limites à des contraintes assujettissantes et à confondre concomitamment l'absence de limites avec la liberté, se retrouve dans de nombreux conflits sociaux qui se répètent au cours de l'Histoire. En effet, le repérage clinique de ces incompréhensions récurrentes permet de constater qu'elles se représentent au sein de nombreux conflits entre systèmes religieux, idéologiques et même scientifiques²⁶⁰, si bien qu'il semble alors pertinent de se demander si les annulations rétroactives par lesquelles le Moi du névrosé obsessionnel se défend de reconnaître sa propre symptomatologie ne conduisent finalement pas à institutionnaliser son fonctionnement obsessionnel au sein de la société.

Dans une thèse remarquable²⁶¹ sous la direction d'Alain Abelhauser et dans un article tout aussi important²⁶² publié en 2011, Sébastien Rose met en lumière « la réponse obsessionnelle face au malaise de la civilisation »²⁶³ et souligne que cette influence du fonctionnement obsessionnel au sein de la société repose sur cette tendance du Moi du névrosé obsessionnel à nier sa symptomatologie : « Plus on le nie, plus on le rend présent. »²⁶⁴

Ainsi, le repérage des amalgames signifiants par lesquels le Moi du névrosé obsessionnel réussit à annuler littéralement la signification de sa symptomatologie permet de préciser comment s'opère ce passage du symptôme individuel au symptôme social. En réussissant à confondre systématiquement, via des torsions discursives, ses expressions symptomatiques avec des

²⁵⁹ Todd, E. *L'illusion économique*, Paris, Éditions Gallimard, 1998.

²⁶⁰ Yi, M-K. « Psychanalyse et psychologie du développement, dialogue impossible ? », in *Recherches en psychanalyse*, vol. 18, no. 2, 2014, pp. 167-177.

²⁶¹ Rose, S. *Actualités de la névrose obsessionnelle*. Université Rennes 2, 2009. (tel-00416390)

²⁶² Rose, S. « Notre société, une réponse obsessionnelle ? », in *Cliniques méditerranéennes*, vol. 83, no. 1, 2011, pp. 235-248.

²⁶³ *Ibid.*, p. 235.

²⁶⁴ *Ibid.*

fonctionnements valorisés socialement, le Moi du névrosé obsessionnel concourrait, à son insu, via des méprises systématisées, à institutionnaliser sa symptomatologie au sein de la société.

Cette articulation entre le symptôme individuel et le symptôme social met en exergue ce que souligne Roland Chemama : « en réalité, prendre vraiment au sérieux le symptôme individuel, cela nous conduit nécessairement à avoir quelque idée du symptôme social. »²⁶⁵ De même, cette liaison entre le symptôme particulier et le symptôme social est mise en évidence par Sidi Askofaré qui souligne notamment son importance chez Freud et Lacan :

« (...) si Freud a écrit sa « Psychologie collective et analyse du Moi » et son *Malaise dans la culture* d'une part, et si, d'autre part, Lacan a écrit « La science et la vérité » et fomenté sa théorie des discours dans *L'envers de la psychanalyse* et « Radiophonie », c'est bien que, pour l'un comme pour l'autre, les effets de l'inconscient sont à repérer et à déchiffrer bien au-delà de ce qui s'en laisse saisir dans les cures « individuelles ».

Remarquons dès lors que, de même que le symptôme se répartit, en tout cas chez Lacan, entre symptôme social et symptôme particulier, de même l'identité se décline en identité individuelle et en identité collective, cette dernière pouvant se définir comme le lieu de fixation et le point de cristallisation des passions et du narcissisme d'un groupe. »²⁶⁶

d) Les formes voilées d'annulations rétroactives : de la disparition littérale du fonctionnement obsessionnel à sa représentation épistémologique et sociale

Qu'il s'agisse d'annuler une signification en focalisant exclusivement l'attention sur un contexte qui la fait disparaître ou qu'il s'agisse de réunir en une même unité isolée des signifiants opposés, atténués, minimisés, remis en doute, banalisés ou encore généralisés, les différentes modalités par lesquelles le Moi peut s'illusionner commander la réalité ne sont pas si évidentes à reconnaître.

L'annulation rétroactive peut se représenter à travers différentes formes de formulations discursives qui permettent d'allier des éléments hétérogènes, parfois contraires, annulant de

²⁶⁵ Chemama, R. « L'inconscient, c'est la politique », in *Journal français de psychiatrie*, vol. 27, no. 4, 2006, p. 18.

²⁶⁶ Askofaré, S. « L'identité au temps du discours de la science », in *Champ lacanien*, vol. 6, no. 1, 2008, pp. 129-130.

manière littérale la signification de la pensée, de la parole, du geste ou de l'acte que le Moi souhaite rendre non advenu.

Prenons comme exemple la phrase isolée « *je suis un peu maniaque* » utilisée par un patient pour minimiser les deux ou trois heures quotidiennes qu'il utilise pour faire le ménage de son studio : le terme « un peu » accolé à celui de « maniaque » annule ici littéralement la signification pathologique du signifiant « maniaque ». L'amalgame entre ces deux signifiants permet ici au Moi de faire disparaître la signification de sa psychopathologie tout en l'assimilant, illusoirement, à une signification qui peut être valorisée socialement.

Ainsi, les annulations rétroactives se manifestent le plus souvent sous la forme de contradictions, de minimisations, de doutes ou de précautions verbales, si bien qu'elles peuvent facilement passer inaperçues. Mais si ce procédé défensif peut se confondre avec des imprécisions ou avec des manifestations de mesure ou de précaution, il s'agit de remarquer comment le mécanisme défensif peut réussir très subtilement à annuler littéralement la signification d'un phénomène, soit à annuler de manière illusoire ce qui est effectivement arrivé, ce qui existe réellement, un événement ou un état de choses : « Elle est pour ainsi dire magie négative, elle veut, par une symbolique motrice, "enlever en soufflant dessus" non pas les conséquences d'un événement (d'une impression, d'une expérience vécue), mais cet événement lui-même »²⁶⁷.

Cependant, si ces annulations rétroactives peuvent facilement rester voilées, leur fonction de résistance dans le cadre de la cure psychanalytique permet de mieux mettre en lumière la dimension défensive du procédé discursif : les annulations rétroactives permettent au Moi d'annuler la portée de ce qu'il associe librement, l'amenant ainsi le plus souvent à se rétracter et ainsi à dévier de la voie des libres associations. Autrement dit, les différentes formulations discursives que le psychanalysant appose au signifiant qu'il veut annuler lui permettent de ne pas assumer la portée de ce qu'il dit et, ainsi, de ne pas reconnaître certaines vérités. Par exemple, il n'est pas rare que le Moi du névrosé obsessionnel compartimente et annule la portée de qu'il dit en le discréditant par le contexte de la séance ou de la psychanalyse : « *je pense à ma mère là mais ça ne compte pas, c'est parce que je suis en psychanalyse que j'y pense* ».

De même, une autre modalité de l'annulation rétroactive qui peut facilement restée voilée consiste à annuler la portée du signifiant en le généralisant ou en le normalisant : « *nous faisons*

²⁶⁷ Freud, S. (1926). *Op. cit.*, p. 236.

tous des dépressions », « *tout le monde a des insomnies* », « *c'est normal de ruminer* », etc. Ces formulations permettent ainsi d'annuler littéralement la signification pathologique du signifiant qui est ainsi généralisé, normalisé et banalisé. La fonction de résistance du procédé discursif apparaît encore une fois dans le fait que le procédé coupe court aux associations libres du psychanalysant. Il discrédite et annule ainsi la signification que le symptôme peut avoir pour lui.

En d'autres termes, le repérage des annulations rétroactives dans le cadre de la cure est particulièrement important dans la mesure où le procédé engendre une résistance conséquente à l'égard du déroulement de la règle fondamentale des libres associations. Cela implique que le clinicien puisse faire usage de différentes techniques pour dénouer les résistances : demande de précision, mise en évidence de l'oxymore ou de la contradiction, reprise du contexte ou de la généralisation, scansion évitant que le Moi n'annule la parole et se rétracte. La prise en compte des annulations rétroactives par lesquelles le Moi du névrosé obsessionnel tente de commander la vérité est particulièrement importante pour la direction de la cure. En effet, le mécanisme défensif semble participer, dans une large mesure, à cette tendance significative du Moi du névrosé obsessionnel à abandonner le traitement, mais aussi à sa capacité à l'éviter. Et pour cause, en annulant rétroactivement sa symptomatologie, le Moi du névrosé obsessionnel tend à annuler illusoirement la nécessité de la soigner.

Ainsi, la résistance qu'engendrent les différentes formes d'annulation rétroactive dans la cure des névrosés obsessionnels semble permettre de dégager rétrospectivement la mystification issue du procédé, si bien que leur repérage permet de remarquer leur influence considérable au sein de la société. D'ailleurs, Freud avait clairement remarqué les conséquences sociales de l'annulation rétroactive, mettant ainsi en exergue « le rôle que joue cette technique non seulement dans la névrose, mais aussi dans les pratiques d'enchantement, les coutumes populaires et dans le cérémonial religieux »²⁶⁸. Aujourd'hui, la prise en compte de cette modalité de conditionnement de la réalité permet d'observer qu'elle se retrouve, de manière voilée, dans la plupart des techniques de conditionnement qui dominent à ce jour le champ de la psychothérapie. Comme le remarque Paul Bercherie, « les procédures magiques et religieuses ne disparaissent pas pour autant au plan social, bien au contraire, mais désormais elles ne peuvent obtenir de reconnaissance officielle qu'en passant par l'autorité médicale. »²⁶⁹

²⁶⁸ *Ibid.*

²⁶⁹ Bercherie, P. « Histoire et épistémologie des thérapeutiques en psychopathologie », Michelle Cadoret éd., *La folie raisonnée*. Presses Universitaires de France, 1989, p. 81.

Pour illustrer cette forme de magie négative qui se manifeste à travers des systèmes de conditionnement, qui se présentent aujourd'hui comme des thérapeutiques ou des procédés scientifiques, nous pouvons nous appuyer sur cette séance où Monsieur X. tente d'inverser le « *cercle vicieux de pensées négatives* » par « *un cercle positif* » :

« Il y a un cercle vicieux de pensées négatives qui ne me ramenait que des pensées négatives. Je me suis demandé ce qui se passerait si je faisais l'inverse, des pensées positives. Ne pas rester procrastiner, dans cette passivité, ni juste pleurnicher sur mon sort. À dire : « je suis pas bien, je suis pas bien », même ma vision du monde devient négative et je ne vois que le négatif : les meurtres, les bagarres, les attentats... Je ne remarque que les sdf, les gens qui se bousculent. En vrai, si je faisais le processus inverse, mettre le trait sur le positif. Quand je vois un homme qui aide quelqu'un à traverser la rue, c'est quelque chose que j'aimerai remarquer, mémoriser. Depuis un moment, j'ai perdu cette estime de moi. Je ne m'aimais plus assez mais en fait, ça n'a pas toujours été comme ça. Ce sont des choses sur lesquelles je pourrais m'entraîner, me rappeler les choses positives que j'ai faite, des qualités... Je peux donc tout faire en étant dans une attitude positive, constructrice et pas dans une attitude dispersée. En analogie avec un cercle vicieux, je peux essayer de faire un cercle positif. »

Cette séance de Monsieur X. met en évidence comment le Moi tente de forcer l'obsession, qui se manifeste ici par une focalisation exclusive de l'attention sur des pensées négatives, en s'entraînant pour remplacer systématiquement ces pensées négatives par des pensées positives. Mais par ce forçage du signifiant qui modifie illusoirement la « *vision du monde* », c'est la technique de mystification qui devient elle-même proprement obsessionnelle, qui devient ce que Lacan appelle un « système obsessionnel de suggestion »²⁷⁰. À travers ces boucles associatives et les illusions qu'elles induisent²⁷¹, le névrosé obsessionnel peut donc autant donner du crédit à des pensées négatives qui l'obsèdent qu'à des pensées positives chimériques : « *c'est le schéma qui se répète. Je me mets quelque chose dans la tête et je me le répète, je me le répète, jusqu'à ce que je crois que c'est vrai.* »

Cependant, peut-on considérer comme véritablement thérapeutiques des techniques qui consistent à faire disparaître illusoirement des symptômes en conditionnant le signifiant, par

²⁷⁰ Lacan, J. (1953). « Fonction et champ de la parole et du langage », in *Écrits*, Paris, Éditions du Seuil, 1978, p. 299.

²⁷¹ Cf. *La boucle logique obsessionnelle : l'illusion interprétative et son incidence clinique, épistémologique.* p.78.

exemple en remplaçant systématiquement « des pensées négatives » par « des pensées positives » ?

Si l'influence sociale de l'annulation rétroactive est d'autant plus conséquente que le procédé défensif peut se confondre avec des thérapeutiques ou des raisonnements scientifiques, il est donc important de remarquer que cette influence se structure sur les annulations rétroactives qui confondent le symptôme individuel avec un fonctionnement normal ou rationnel. La présence importante des formes voilées d'annulations rétroactives systématisées au sein du champ médico-psychologique serait donc concomitante du fait que la symptomatologie obsessionnelle y est le plus souvent minimisée, banalisée et même généralisée.

Cette annulation rétroactive de la symptomatologie obsessionnelle peut en effet se repérer assez distinctement dans le champ de la psychiatrie, de la psychologie et même dans celui de la psychanalyse. Quand ce n'est pas le signifiant de névrose obsessionnelle qui est littéralement effacé dans certaines conceptions de la psychopathologie, il est possible de remarquer que le terme « *normal* » ou « *banal* » est souvent accolé aux signifiants qui désignent les symptômes les plus courants. De même, cette banalisation qui annule rétroactivement la signification pathologique du symptôme peut se représenter à travers des généralisations : « *nous sommes tous obsessionnels* », « *tout le monde a des obsessions* », « *tout le monde a des problèmes de concentration* », « *tout le monde déprime* », « *tout le monde fait des insomnies* », etc. Ces généralisations qui normalisent subtilement la symptomatologie permettent de dissoudre illusoirement la signification pathologique du phénomène symptomatique tout en systématisant une erreur de raisonnement conséquente. Ces fallacieuses généralisations défensives conduisent le Moi à produire de fausses propositions universelles²⁷² et de fausses théorisations²⁷³. Nous le reprendrons ultérieurement, cette tendance à généraliser la psychopathologie pour mieux l'annuler semble se retrouver de manière paradoxale dans la constitution du DSM : si nous sommes tous des malades mentaux²⁷⁴, personne ne l'est véritablement.

Les conséquences épistémologiques et sociales qui résultent de ces manipulations discursives seraient donc conséquentes dans la mesure où elles conduiraient à confondre systématiquement des fonctionnements obsessionnels avec des fonctionnements « normaux ». Nous reprendrons

²⁷² Aristote. « Premiers Analytiques », in *Œuvres complètes*, Paris, Flammarion, 2014, p. 92.

²⁷³ Landman, P. *Tous hyperactifs ?*, Paris, Éditions Albin Michel, 2015.

²⁷⁴ Frances, A. *Sommes-nous tous des malades mentaux ?*, Paris, Odile Jacob, 2013.

plus en détail les implications épistémologiques de l'amalgame entre le doute et l'obsession-doute, mais nous aimerions souligner ici la thèse qui se précise de plus en plus à travers ce travail : en cristallisant des amalgames issus de raisonnements elliptiques prenant l'apparence de théorisations, les mécanismes de défense obsessionnels conduiraient à instituer, au nom de fonctionnements rationnels et valorisés, des fonctionnements obsessionnels voilés au sein de la société.

Si Freud, Lacan et des psychanalystes contemporains²⁷⁵ ont mis en évidence les conséquences sociales pathologiques de la névrose obsessionnelle, il semble que le manque de considération concernant ces avancées importantes mette en abyme la problématique épistémologique que produit cette faculté de rendre non advenus n'importe quelle preuve ou n'importe quel fait. La disparition de la conception de la névrose obsessionnelle dans le champ de la psychiatrie, malgré sa prépondérance clinique et son actualité, viendrait précisément attester de l'impasse épistémologique qu'engendre la tendance à rendre non advenu, confondue avec une tendance à faire science.

Telle une boucle épistémologique et sociale, la difficulté dans le repérage du fonctionnement obsessionnel semble donc résider dans les annulations rétroactives qui le confondent systématiquement avec des fonctionnements valorisés socialement, si bien que de disparaître discursivement, le fonctionnement obsessionnel ne cesserait de se représenter socialement. Si cette particularité psychopathologique se représente notamment dans le fonctionnement itératif de l'obsession – qu'il convient à ce niveau de considérer comme la répétition en boucle d'une même annulation – elle semble donc inviter le clinicien à étudier les mécanismes obsessionnels autant à travers leur représentation clinique qu'à travers leurs manifestations sociales.

Ainsi, de la même manière que l'étude des mécanismes de défense permet de dégager les spécificités des symptômes obsessionnels qui continuent de se voiler cliniquement en se confondant avec des fonctionnements ordinaires, elle permet de mettre en évidence comment ces mêmes fonctionnements obsessionnels se confondent avec des fonctionnements rationnels et scientifiques. Au-delà des constructions religieuses²⁷⁶ dans lesquelles la dimension irrationnelle du phénomène obsessionnel apparaît assez distinctement – même si sa signification psychopathologique y est annulée rétroactivement, considérée comme

²⁷⁵ Rose, S. (2011). *Op. cit.*, pp. 235-248.

²⁷⁶ Freud, S. (1912). « L'avenir d'une illusion », in *Œuvres Complètes, Vol. XVIII*, Paris, PUF, 1994, pp. 145-197.

« normale », « banale » ou généralisée comme nécessité – il est possible de dégager également ces fonctionnements superstitieux dans de nombreux domaines qui se présentent comme en étant dénués.

Lors d'une discussion amicale, un psychiatre nous disait il y a une dizaine d'années qu'il ne croyait pas en la psychanalyse. Afin de savoir pour quelle raison il introduisait la dimension de croyance pour parler de cette théorisation de l'expérience clinique, nous lui demandions quelle expérience il avait de la psychanalyse et ce qu'il avait pu lire pour en arriver à une telle conception catégorique qui détermine aujourd'hui sa pratique et ses prescriptions. Il nous répondit, sans que cela réveille dans son discours une quelconque contradiction, qu'il n'avait jamais utilisé les outils de la psychanalyse, ni pour lui-même, ni en tant que praticien et qu'aussi, il n'avait jamais lu Freud ni aucun autre psychanalyste.

Par cette anecdote, loin d'être une expérience isolée, nous tentons de souligner que ces croyances bornées et ces rejets catégoriques se rencontrent dans de nombreuses conceptions dites « scientifiques » qui, en faisant fi de la logique, annulent rétroactivement²⁷⁷ des avancées scientifiques. La psychanalyse n'est-elle pas encore aujourd'hui souvent considérée *a priori*, notamment par de nombreux praticiens de la santé mentale, comme dénuée de preuve ?

Ainsi, pour cerner davantage les multiples répercussions que peuvent avoir les annulations rétroactives voilées, revenons un instant à la clinique et aux subtilités discursives par lesquelles le processus peut se manifester en toute discrétion.

Nous pouvons constater dans le discours de l'obsessionnel que l'annulation rétroactive se représente régulièrement sous forme de contradictions, d'atténuations, de minimisations, de généralisations ou encore de figures de styles qui annulent littéralement la portée et la signification d'une proposition. Il est parfois possible de remarquer que chaque affirmation contient subrepticement, dans le même énoncé, sa propre annulation. De même, il est également sensible que certains termes, dont la signification permettrait de donner du poids à une affirmation, sont finalement utilisés pour l'atténuer, c'est-à-dire pour l'annuler rétroactivement. Par exemple, les mots « *certainement* » ou encore « *sûrement* » sont régulièrement utilisés dans le sens littéral opposé.

²⁷⁷ Freud, S. (1909). *Op. cit.*, p. 179.

Cette tendance à annuler rétroactivement constitue donc dans la cure une résistance particulièrement importante. Elle invite ainsi le clinicien à y mettre du sien, en faisant usage des différentes techniques à sa disposition, pour que le psychanalyste puisse s'engager avec sa parole et, ainsi, avec son désir : en invitant le patient à préciser ses pensées, à trancher entre deux propositions qui s'annulent ou encore en suspendant la séance avant que le Moi ne puisse se rétracter, les interventions du clinicien sont vivement sollicitées. Si l'importance du désir du psychanalyste²⁷⁸ et des techniques qu'il utilise est valable pour toutes les cures, la spécificité du maniement du transfert et des techniques dans la névrose obsessionnelle permet d'éclairer les effets de désorientation que peuvent induire les annulations rétroactives, tout comme elle met en abyme une certaine problématique au sein du champ médico-psychologique. En effet, si les interventions cliniques que suppose la direction de la cure du névrosé obsessionnel mettent en exergue la question du désir du psychanalyste²⁷⁹ dans le traitement et l'importance de la créativité²⁸⁰ et de la dextérité dans le maniement de la technique²⁸¹, ces dernières contrastent avec un certain nombre de fonctionnements rigides et systématisés qui caractérisent encore aujourd'hui certaines pratiques analytiques et qui constituent finalement des formes de « dévoiement de l'acte analytique »²⁸².

Qu'elles se manifestent à travers un silence dogmatique, une durée chronométrée des séances ou par tout autre fonctionnement ritualisé de la pratique, il est sensible que ces formes de systématismes s'opposent ainsi à la visée du traitement. C'est pourquoi nous pouvons nous demander si ces fonctionnements ritualisés et les clivages qu'ils engendrent au sein de la communauté psychanalytique ne constituent pas, en réalité, des formes voilées et systématisées de fonctionnements obsessionnels. Freud avait bien remarqué l'importance de ce dévoiement et, dans une lettre à Sandor Ferenczi, il n'hésita pas à dire à ce dernier que « le développement interne de la ΨA va partout, à l'encontre de (s)es intentions »²⁸³. De même, Jacques Lacan n'a jamais cessé tout au long de son enseignement de souligner les fonctionnements rigides et les

²⁷⁸ La Sagna, P. « L'homme aux rats et sa dette infinie », in *La Cause freudienne*, vol. 64, no. 3, 2006, p. 24.

²⁷⁹ Naveau, L. « Inventer la psychanalyse : du désir de savoir au désir de l'analyste », in *La Cause du Désir*, vol. 100, no. 3, 2018, pp. 281-289.

²⁸⁰ González de Garroni, C, et al. « Liberté et docilité de l'analyste », in *La Cause du Désir*, vol. 97, no. 3, 2017, pp. 22-25.

²⁸¹ Abelhauser, A. « Il n'est de résistance que de l'analyste », in *La Cause freudienne*, vol. 56, no. 1, 2004, pp. 137-139.

²⁸² Lacaze-Paule, C. « La confrontation de corps », in *La Cause du Désir*, vol. 97, no. 3, 2017, p. 85.

²⁸³ Freud, S., Ferenczi, S. (1929). *Correspondance, Tome III, 1920 – 1933*, Les années douloureuses, Paris, Calmann-Lévy, 2000, p. 378.

distorsions interprétatives du message freudien. Jean-Louis Gault met précisément en évidence l'impact épistémologique de cette tendance à figer le savoir :

« Dans son Séminaire II, (Lacan) souligne la place qu'occupe la psychanalyse dans un certain progrès de la subjectivité humaine. Mais, la vérité qu'avait portée au jour la découverte freudienne s'est amortie chez ses élèves en un savoir figé, où se perd le sens d'où ce savoir avait commencé à se déposer. À cette dégradation de la vérité en un savoir constitué qui marquait les déviations postfreudiennes, Lacan a voulu répondre en restaurant le « soc tranchant » de la vérité freudienne. »²⁸⁴

Finalement, lorsque Lacan a souligné les dévoiements du message freudien et l'importance du désir du psychanalyste dans la direction de la cure²⁸⁵, n'a-t-il pas mis en lumière les conséquences problématiques du symptôme obsessionnel dans le champ psychanalytique ? Le rejet catégorique par lequel cet enseignement se voit encore aujourd'hui réfuté ne témoigne-t-il pas *a posteriori* de l'actualité de ce fonctionnement et, en l'occurrence, d'une certaine tendance à y assimiler des réfutations et des annulations rétroactives ?

e) La disparition littérale et l'institutionnalisation du fonctionnement obsessionnel au sein du champ médico-psychologique : l'amalgame entre le symptôme et la thérapeutique

Pour tenter d'aborder ces questions délicates dont nous ne pouvons ni faire l'économie ni en atténuer les implications, continuons d'examiner la définition de l'annulation rétroactive telle qu'elle est reprise dans ce manuel de référence que constitue le *Vocabulaire de la psychanalyse* :

« On peut se demander s'il ne convient pas de rattacher le mécanisme d'annulation rétroactive à un comportement normal très répandu : on rétracte une affirmation, on atténue la portée d'une pensée, d'une parole ou d'un acte par une négation qui peut même être anticipée (exemple : « n'allez pas croire que... »), etc.

Remarquons toutefois que dans tous les cas, il s'agit d'atténuer ou d'annuler la signification, la valeur ou les conséquences d'un comportement. L'annulation rétroactive – au sens pathologique – vise la réalité même de l'acte qu'il s'agirait de supprimer radicalement en faisant comme si le temps n'était pas irréversible.

²⁸⁴ Gault, J-L. « La naissance de la science moderne : Une lecture de 'La science et la vérité' », in *La Cause du Désir*, vol. 84, no. 2, 2013, p. 61.

²⁸⁵ Lacan, J. (1958) « La direction de la cure et les principes de son pouvoir », in *Écrits II*, Paris, Éditions du seuil, 1999, pp. 62-123.

Sans doute une telle distinction peut paraître schématique : n'est-ce pas en mettant en œuvre des significations opposées que le sujet tente d'annuler jusqu'à l'acte lui-même ? La clinique montre pourtant que l'obsessionnel ne se satisfait pas d'un travail de désinvestissement ou de contre-investissement. C'est l'impossible annulation de l'événement passé comme tel qu'il vise. »²⁸⁶

Cette citation nous apparaît particulièrement exemplaire pour illustrer la confusion qui affecte encore aujourd'hui l'appréhension du procédé défensif que Freud a découvert, c'est-à-dire l'amalgame qui lie la signification de l'annulation rétroactive avec celle d'un « comportement normal ». Les auteurs du *Vocabulaire de la Psychanalyse* se demandent dans cet extrait « s'il ne convient pas de rattacher le mécanisme d'annulation rétroactive à un comportement normal très répandu », puis ils remettent en doute cette lecture en précisant que « sans doute une telle distinction peut paraître schématique ». Si la clinique permet donc d'illustrer que c'est précisément « en mettant en œuvre des significations opposées que le sujet tente d'annuler jusqu'à l'acte lui-même », elle invite à considérer que si l'annulation rétroactive est un mécanisme « très répandu », cela ne signifie pas qu'il faille distinguer une annulation « au sens pathologique » d'une annulation rétroactive « normale », mais plutôt considérer l'importance de l'usage massif de cette tendance à tordre la réalité comme le reflet de la prépondérance du fonctionnement obsessionnel au sein de la société²⁸⁷.

Aussi, de la même manière que le Moi du névrosé obsessionnel annule rétroactivement sa propre tendance à effacer les significations dérangeantes en la confondant avec un processus normal comme le doute ou la précaution, il est possible de remarquer que ces mêmes méprises sont largement représentées au sein du champ médico-psychologique.

Or, si cette assimilation peut paraître anodine, elle n'est pas sans avoir de lourdes répercussions quant à l'appréhension théorique et clinique du fonctionnement obsessionnel. Et pour cause, l'amalgame que fait le Moi pour se défendre le conduit à son insu à se méprendre sur la signification du phénomène qu'il a amalgamé. En amalgamant le mécanisme de défense avec une forme de doute ou de précaution, le Moi est inéluctablement conduit à interpréter cette façon défensive de conditionner la réalité avec une forme de doute et de précaution. Comme nous l'avons vu dans le chapitre sur l'isolation psychique²⁸⁸, la boucle associative isolée que fait le Moi le conduit à comprendre de manière erronée le phénomène dont la signification s'est

²⁸⁶ Laplanche, J., Pontalis, J.-B. *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, Quadrige, 2002, p. 31.

²⁸⁷ Rose, S. (2011). *Op. cit.*, pp. 235-248.

²⁸⁸ Cf. *La boucle logique obsessionnelle : l'illusion interprétative et son incidence clinique, épistémologique*. p. 73.1.1.1h).

vue amalgamée, si bien que la lecture qu'il fait du phénomène, ici de l'annulation rétroactive, charrie à son insu la signification avec laquelle il se confond, ici du doute ou de la précaution.

Nous pouvons dès lors mieux saisir la problématique clinique et épistémologique induite par ces méprises voilées au sein du champ médico-psychologique : le Moi du clinicien qui aura confondu sa propre tendance défensive avec le doute sera donc amené à confondre systématiquement les manifestations de l'annulation rétroactive chez les patients comme des manifestations du doute, tout comme il sera amené à se méprendre sur la conception du mécanisme obsessionnel que Freud a dévoilé.

Pour illustrer cette difficulté, il nous faut préciser que nous avons pu être confronté, à plusieurs reprises, à l'impasse dialectique et aux méprises qui résultent de ces amalgames : lors d'un colloque de psychanalyse dans le cadre duquel nous présentions quelques-unes de ces articulations, un confrère nous signala son incompréhension la plus totale à l'égard de notre propos. Lorsque nous essayâmes de mettre en évidence la différence radicale entre le doute et l'annulation rétroactive, son incompréhension se renforça malgré les multiples illustrations. Déconcerté, nous avons alors compris *a posteriori* qu'il se méprenait sur la conception de l'annulation rétroactive en assimilant systématiquement la signification de l'annulation rétroactive à celle du doute. L'incompréhension pouvait alors s'éclaircir, elle reposait sur le fait qu'il était impossible de parler de l'annulation rétroactive et de l'obsession-doute sans réveiller pour ce confrère la signification du doute. N'est-ce pas, par exemple, sur ce type d'impossibilité dialectique que se divisent les communautés psychanalytiques ?

Si la clinique permet de constater comment le Moi tend à assimiler la signification de ses fonctionnements pathologiques à celle de fonctionnements ordinaires, elle permet de remarquer concomitamment les différentes méprises et incompréhensions qui résultent de ces confusions.

Ce qu'il s'agit alors de considérer, c'est que la présence de ces mêmes confusions associatives dans le champ de la psychopathologie y introduisent une problématique très importante : la signification de l'isolation psychique y est le plus souvent confondue avec celle de la concentration mentale, la signification de l'annulation rétroactive y est annulée au profit de celle du doute, de la prudence ou de la contradiction, tout comme la signification de l'obsession tend à y disparaître littéralement au profit de la signification du raisonnement.

Autrement dit, ces contre-sens par lesquels le Moi du névrosé obsessionnel assimile son fonctionnement pathologique à un fonctionnement rationnel l'empêchent de reconnaître la nature pathologique de son fonctionnement.

S'il a fallu attendre Freud pour découvrir le fonctionnement obsessionnel malgré sa présence depuis l'Antiquité²⁸⁹, et si ce dernier est aujourd'hui rendu non advenu dans les fonctionnements et dans les conceptions qui dominent le champ médico-psychologique, nous pouvons constater les répercussions épistémologiques de l'annulation rétroactive. En effet, le fonctionnement obsessionnel tend à y subir les effets de cette « magie négative », c'est-à-dire de voir sa signification disparaître littéralement en se confondant systématiquement avec celle de fonctionnements « normaux ».

Les méprises qu'engendrent ces distorsions défensives induisent donc des biais diagnostiques conséquents qui empêchent la reconnaissance de la névrose obsessionnelle tout comme ils conduisent à déstructurer systématiquement sa conception et, par extension, celle des autres structures psychiques²⁹⁰. Et au-delà du champ de la psychiatrie, où l'effet de cette déstructuration est particulièrement flagrant, il est possible de remarquer ces mêmes conséquences problématiques au sein du champ psychanalytique proprement dit : « *obsessionnels banals* », « *vrais obsessionnels* », « *gens normaux* », les divisions entre les formes paroxystiques de la névrose et celles qui sont aujourd'hui banalisées²⁹¹ mettent en lumière cette impossibilité de reconnaître les formes de la névrose dont la signification s'est vue annulée, assimilée à des fonctionnements normaux.

Cette déstructuration de la névrose obsessionnelle et de sa symptomatologie conduit donc à la création de nouvelles catégorisations dont il n'est pas impossible de se rendre compte qu'elles reposent précisément sur des amalgames et des ruptures de liens logiques, donc sur des isolations psychiques.

²⁸⁹ Castel, P-H. *Âmes scrupuleuses, vies d'angoisse, tristes obsédés*, Paris, Les Éditions d'Ithaque, 2011, pp. 45-96.

²⁹⁰ American Psychiatric Association. (2015). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

²⁹¹ Préface de Denise Sainte Fare Garnot in Melman, C. *La névrose obsessionnelle I- Le signifiant, la lettre*, Paris, Éditions Érès, 2015, p. 7.

À cet égard, Erik Porge met en évidence l'écueil qu'engendrent ces « prétendus nouveaux symptômes » au sein même du champ psychanalytique :

« Il apparaît que le repérage des prétendus nouveaux symptômes n'a rien de psychanalytique mais répond à des critères psychiatriques ou sociologiques. On ne voit pas l'articulation, pourtant nécessaire méthodologiquement, entre le repérage diagnostique et la conduite de la cure. Sinon pour dire que ces pathologies échappent à la psychanalyse ! D'où alors les analystes s'autorisent-ils à en parler ? Dans la réalité, il n'existe pas de nouvelles pathologies. Il y a de nouveaux regards, de nouvelles façons d'écouter qui vont découper d'une façon ou d'une autre ce qu'on va appeler symptôme. Et ce découpage, cette fiction donc est étroitement liée aux remèdes qui peuvent être apportés. Si le découpage provient du remède psychiatrique, cela ne veut pas dire qu'il serve au psychanalyste. »²⁹²

Erik Porge souligne l'impasse issue de « ces épinglages de nouveaux symptômes »²⁹³ au sein même du mouvement psychanalytique et remarque en même temps que ces découpages sont liés à des amalgames : « la confusion entre sujet et subjectivité »²⁹⁴ et « la confusion entre « pathologie et structure »²⁹⁵.

S'il n'est pas impossible de considérer ces amalgames et cette façon de « découper » comme des conséquences de l'isolation psychique, nous verrons à la fin de cette partie que l'usage de ces « nouveaux diagnostics » met en lumière le concept d'hypostase du sujet que Sébastien Rose déploie dans sa thèse sur la névrose obsessionnelle et qu'Erik Porge souligne en ces termes :

« Là où des sujets sont identifiés du dehors, ils sont fixés à une identification qui fait identité. L'argument que cette identification puisse être reprise à son compte par un individu ne laisse pas la possibilité qu'il ne s'y réduise pas et qu'il y ait un écart entre l'énoncé et l'énonciation. Qu'il soit dit d'un individu qu' 'il est déprimé' et que celui-ci reprenne 'je suis déprimé' ne signifie pas que le sujet s'identifie à la dépression, qu'il y demeure, qu'il y est identique (l'identité à soi faisant l'être) et que ce soit le fin mot de l'histoire. »²⁹⁶

²⁹² Porge, E., Sauret, M-J. et Guérin, N. « Du sujet de nouveau en question. Réponses d'Érik Porge et de Marie-Jean Sauret aux questions de Nicolas Guérin », in *Psychanalyse*, vol. 16, no. 3, 2009, pp. 73-74.

²⁹³ *Ibid.*, p. 74.

²⁹⁴ *Ibid.*

²⁹⁵ *Ibid.*

²⁹⁶ *Ibid.*

Entre la « pensée opératoire » et les « états limites » ou entre la « dépression », la « fatigue chronique », le « TDA/H », les « TOP » ou « l'hypersensibilité », la démultiplication à l'infini des catégorisations qui résultent des ruptures associatives met autant en évidence les amalgames qui conduisent à méconnaître le fonctionnement obsessionnel que l'illusion de compréhension que produit la focalisation exclusive de l'attention²⁹⁷. Nous aurons l'occasion de reprendre ces différentes articulations tout au long de ce travail, mais nous aimerions souligner ici l'autre conséquence qui, au sein du champ médico-psychologique notamment, résulte de cette assimilation de la signification de l'annulation rétroactive avec celle d'un fonctionnement « normal ».

Si cette confusion empêche de reconnaître le mécanisme de défense et ses conséquences cliniques, elle conduit donc en même temps à l'instituer ainsi que ses conséquences symptomatiques en les assimilant aux fonctionnements rationnels avec lesquels leurs significations sont confondues : la tendance à annuler la vérité peut ainsi s'ériger au nom du doute, de la contradiction ou de la remise en question et l'obsession de la preuve, qui résulte de cette tendance défensive à la faire disparaître des significations, peut s'instituer au nom de la précaution, de l'évaluation²⁹⁸ et de la vérification.

À cet égard, voici ce que souligne Roland Gori quant à la constitution du DSM :

« Les commissions mises en place avec Robert Spitzer et M.R. Leibowitz pour élaborer le DSM 3 avaient pour objectif de remédier à la crise de l'autorité clinique - psychiatres et psychologues n'arrivaient pas à s'entendre pour poser des diagnostics - face à l'opinion publique, aux tribunaux, aux compagnies d'assurance, à la presse et autres. Cette dissonance dans les diagnostics avait discrédité la psychiatrie. Robert Spitzer et ses proches confrères ont trouvé une solution technique à un problème d'autorité clinique : ils ont standardisé la manière de s'y prendre pour établir des procédures conduisant à un plus grand accord inter-juges. Une fois encore, on mesure comment la vérité, la validité du diagnostic clinique a été remplacée par la fiabilité, c'est-à-dire par le consensus entre les experts. On le voit ainsi à partir du DSM 3 dont le prototype est Diagno, logiciel mis en place par Spitzer en 1968 qui consistait à rentrer dans l'ordinateur un certain nombre de réponses du patient aux questions qu'on lui posait. L'ordinateur déterminait alors 27 types de diagnostic. Par la suite, ils n'ont fait qu'améliorer le processus. »²⁹⁹

²⁹⁷ Cf. La focalisation exclusive de l'attention ou la structure de l'obsession. p. 68

²⁹⁸ Sauvagnat, F. « Malaise dans la recherche sur les psychothérapies » in *Recherches en psychanalyse*, vol. n° 5, no. 1, 2006, pp. 73-98.

²⁹⁹ Gori, R. « Les psychologues cliniciens sont-ils encore nécessaires aujourd'hui ? », in Dominique Ratiarmengol éd., *Petite enfance : où allons-nous ?*, Érès, 2016, pp. 29-30.

Si de nombreux psychanalystes ont déjà clairement mis en évidence et illustré ces fonctionnements pathologiques³⁰⁰, nous remarquons que leur ampleur, tout comme le fait que ces fonctionnements obsessionnels continuent de s'y confondre avec des fonctionnements rationnels, repose sur l'amalgame voilé qui fond la signification de l'annulation rétroactive avec celle du doute ou de la précaution et sur celui qui assimile la signification de l'isolation psychique à celle de la concentration ou de la précision.

Alors, si Freud reconnaissait déjà en 1926 que l'annulation rétroactive avait « un grand champ d'application »³⁰¹, et s'il reconnaissait le « rôle que joue cette technique non seulement dans la névrose, mais aussi dans les pratiques d'enchantement, les coutumes populaires et dans le cérémonial religieux »³⁰², nous pouvons aujourd'hui préciser que ce procédé se retrouve largement représenté dans le champ médico-psychologique tout en y étant lui-même annulé rétroactivement. Il se retrouve par exemple dans les croyances³⁰³ et les superstitions³⁰⁴ qui divisent son organisation et dans une certaine tendance à confondre systématiquement le soin d'un symptôme avec l'annulation de sa signification. Par exemple, de nombreuses techniques psychothérapeutiques consistent en des annulations rétroactives systématisées, c'est-à-dire à faire disparaître littéralement des pensées ou des comportements « négatifs » en invitant le patient à les contredire systématiquement via des pensées ou des comportements « positifs ».

Comme nous avons pu l'illustrer précédemment, la façon dont Monsieur X. tente de « soigner » sa tendance obsessionnelle à vouloir tout contrôler est particulièrement exemplaire pour mieux cerner le paradoxe qu'induisent ces techniques de mystification dans le champ du soin. Voici ce qu'il peut dire lors d'une autre séance à travers laquelle nous voyons clairement apparaître sa tendance à se conditionner :

« Maintenant, je me dis tout le temps « je m'en fous ». Dès que je perds du temps, que je gaspille trop d'énergie ou que je vois que ça ne sert à rien, je me dis « je m'en fous ». Avant de venir

³⁰⁰ Gori, R. « Préface », in Avet, R. éd., *Pourquoi défendre aujourd'hui la clinique dans le travail médico-social*, Paris, Champ social, 2010, pp. 7-15.

³⁰¹ Freud, S. (1926). *Op. cit.*, p. 236.

³⁰² *Ibid.*, pp. 236-37.

³⁰³ Even, P. *Corruptions et crédulité en médecine, Stop aux statines et autres dangers*, Paris, Le cherche midi, 2015.

³⁰⁴ Lacan, J. (1971). *Je parle aux murs*, Paris, Éditions du Seuil, 2011, p. 11.

aujourd'hui, je me disais que je ne savais pas quoi dire. Avant, je contrôlais et là, je me dis que « je m'en fous » ... Je me sens plus léger. Du coup, ce principe là... du « je m'en fous ».

- Ce principe ?

Oui, ça me fait penser à une règle. C'est quelque chose de statique. »

Cette façon dont Monsieur X. tente paradoxalement de contrôler sa tendance à trop contrôler est exemplaire pour éclairer le biais logique sur lequel repose la plupart des techniques qui se présentent aujourd'hui comme thérapeutiques³⁰⁵. L'illusion de soin sur laquelle se structurent ces systèmes de conditionnements résulte de la torsion interprétative que permet l'isolation d'un ensemble clos de signifiants. La boucle logique isolée et l'erreur de raisonnement qu'elle induit apparaissent clairement dans ce syllogisme : *« je me dis que je manque de confiance en moi, donc si je m'impose, je vais guérir. »*

Monsieur X. poursuit ainsi :

« Cette façon dont j'utilise les principes, ça rejoint le côté statique, figé, carré. C'est quelque chose qui n'est pas évolutif et je me suis toujours comporté avec le même principe. C'est la solution, si je fais tout comme ça, ça va résoudre le problème. Mais je vois bien que la vérité, c'est qu'il n'y a pas de solution miracle ou une solution mythique. Ça rejoint toujours ce caractère excessif à généraliser les choses. C'est la manière dont j'ai toujours procédé, même dans cette cure-là. Mais il n'y a pas de solution magique, universelle, pour résoudre n'importe quel problème. Il y a un aspect d'évolution et de changement, même dans la résolution alors que quand j'ai un problème, je me focalise dessus. En fait, je me fais exploser le cerveau, ce n'est pas la bonne méthode. »

Ces paroles de Monsieur X. permettent de mieux cerner la confusion qu'engendrent ces « méthode(s) » de conditionnement qui se présentent aujourd'hui comme de véritables psychothérapies. Car si cette façon de se focaliser sur certaines idées peut permettre de donner une consistance logique à un raisonnement elliptique erroné, par exemple à l'idée selon laquelle répéter des pensées positives peut venir « guérir » ou « soigner » un mal être, la dimension illusoire de ces conditionnements apparaît très clairement lors de cette autre séance de Monsieur X. :

« Je peux essayer de changer mes habitudes en m'entraînant, en essayant de penser à des choses positives. Je peux penser à des choses qui me plaisent dans mon physique pour que je ne pense pas que à des choses qui me déplaisent dans mon physique. De faire cet exercice-là, c'est rafraichissant,

³⁰⁵ Gori, R., Hoffmann, C. et Vanier, A. « Les TCC ne sont pas des psychothérapies », in *Le Carnet PSY*, vol. 103, no. 8, 2005, p. 24.

je change de regard. Ce que je veux, c'est qu'à chaque fois que j'ai une réaction négative, que je râle, que je suis stressé, je me dise « non » ! Regarde à côté ! Vas-y ! Je suis vraiment dans une posture, une logique constructrice, je ne vais pas démolir tout ce que j'ai fait. C'est comme-ci c'était une maison, un vase, où dedans je vais mettre de l'argent, un capital confiance et le fait qu'il soit de plus en plus lourd, je me crois, je suis de plus en plus confiant, je fais des choses que je ne faisais pas avant. Ça peut paraître naïf cette manière d'aborder les choses mais c'est différent d'être naïf et de faire vraiment le point et de dire : « Je fais ces choses-là pour moi ». Ce sont des pensées que j'essaie de m'inculquer. C'est être à l'écoute de mon corps. Par exemple, j'étais stressé au travail. Je me suis dit : Pourquoi ? Pour rien. C'est juste une tache au boulot. C'est un cercle positif, de dire « OK, je pense aux choses positives », j'essaie de toujours aborder les choses avec une approche constructive. Le problème, c'est que c'est quelque chose de temporaire, il ne faut pas s'emballer. Les idées positives entraînent des idées positives, ce qui fait que j'ai de plus en plus d'idées qui fusent... »

Cette séance illustre bien comment le raisonnement erroné qui résulte de la boucle logique isolée peut se systématiser en un ensemble de raisonnements fallacieux. Ici l'illusion qui fait croire à Monsieur X qu'il changera ses habitudes en « [s] 'entraînant, en essayant de penser à des choses positives » lui fait également croire qu'il « change de regard », qu'il se soigne en regardant « à côté », qu'il est dans « une logique constructrice », qu'il est « de plus en plus confiant » à mesure qu'il se répète des pensées positives, que celles-ci s'accumulent comme un « capital confiance », que c'est une façon de « faire vraiment le point », qu'il est « à l'écoute de [s]on corps »...

Le lapsus qui l'amène à dire « je me crois » au lieu de « je suis », dans la phrase « je suis de plus en plus confiant », illustre bien la dimension de croyance qui caractérise ces illusions interprétatives. Car si le Moi peut s'illusionner en répétant en boucle des pensées positives et en annulant ainsi rétroactivement les significations qui le dérangent, par exemple quand il annule le stress qu'il ressent en se disant que « c'est juste une tâche au boulot », il s'agit alors de remarquer que la mystification par laquelle le Moi « change de regard » repose précisément sur la répétition obsessionnelle des mêmes suggestions. Autrement dit, l'effet d'apaisement ou de guérison est une illusion qui repose sur le fait de tordre le rapport à la vérité en ressassant certaines pensées. Monsieur X remarque d'ailleurs de lui-même l'imposture : « c'est quelque chose de temporaire ».

Ainsi, une fois que se repère le raisonnement elliptique qui confère à un effet temporaire la signification illusoire d'un soin ou d'une guérison, c'est l'ensemble des significations illusoires du système obsessionnel qui peuvent alors se dissiper. Cette façon de s'entraîner en pensant à

des choses positives change les habitudes seulement temporairement, regarder « à côté » ne permet pas de soigner, mais bel et bien d'ignorer le problème ; le capital confiance se révèle une illusion qui voile la tendance à tout remettre en question, cette façon de « *faire vraiment le point* » se révèle au contraire une façon de s'illusionner tout comme la croyance d'être « à l'écoute de (s)on corps » se révèle au contraire une façon de ne pas l'écouter... Une fois que se dissipe l'erreur de raisonnement induite par la boucle logique isolée, cette façon de procéder apparaît non pas comme une « *logique constructrice* », mais au contraire comme une logique biaisée, destructrice et hermétique qui induit des confusions en séries et qui conduit le Moi à mystifier la réalité et à renforcer autant son symptôme que son aliénation.

Par conséquent, de la même manière que ces procédés se présentent aujourd'hui dans le champ médico-psychologique comme de véritables psychothérapies³⁰⁶, le repérage des confusions sur lesquelles ils se structurent indique que ces systèmes de suggestion correspondent non pas à des psychothérapies, mais au contraire à des façons de tordre systématiquement la réalité en ressasant certaines pensées, c'est-à-dire finalement à des nouvelles formes d'obsessions.

Face à l'ampleur et aux conséquences de cette confusion qui corrompt aujourd'hui le champ du soin, il est important que nous reprenions ces articulations dans le détail.

Toutefois, nous pouvons d'ores et déjà souligner dans cette partie sur l'annulation rétroactive que le poids du symptôme obsessionnel dans le domaine de la psychologie n'avait pas échappé à Lacan.

« Quoi de plus psychologue qu'un obsessionnel ? Il fait de la psychologie à longueur de journée. C'est l'une des formes de sa maladie ». Cette citation que nous retrouvons dans le livre d'Alain Abelhauser³⁰⁷ est issue d'une conférence faite par Jacques Lacan à Tokyo en 1971. Elle illustre bien cette double articulation entre l'annulation rétroactive du symptôme obsessionnel et sa représentation problématique au sein du champ médico-psychologique.

Pour illustrer l'amalgame qui assimile à ce jour des thérapeutiques avec des symptômes obsessionnels, voici comment Monsieur X. décrit lui-même cette confusion :

³⁰⁶ Gori, R., Hoffmann, C. et Vanier, A. (2005). *Op. Cit.*, p. 24.

³⁰⁷ Abelhauser, A. *Un doute infini, l'obsessionnel en 40 leçons*, Paris, Éditions du Seuil, 2020, p.187.

« La frontière entre le contrôle et le fait de vouloir me soigner est subtile. Des fois je fais l'amalgame. Je pense que je suis en train de me soigner et je suis en train de renforcer encore plus l'aspect de contrôle. Je me dis : « je ne suis pas malade », je vais positiver et tout va bien. Je suis en train de contrôler, de forcer, me mettre dans le déni et ne pas traiter le problème de fond. Avant, je ne faisais pas la différence entre le contrôle et se faire soigner, essayer de renouer avec moi-même. Ce que j'essayais de faire au début, je ne voulais pas du contrôle car je me disais que se soigner, c'était l'opposé du contrôle, donc je me disais que j'allais relâcher, ne rien faire et ne pas penser aux problèmes. Je vais faire du sport, travailler, voir des potes, remplir mon emploi du temps... Mais du coup quand je fais ça, je ne pense pas aux vrais problèmes et je suis dans le déni, et je reboucle sur le contrôle... »

Ainsi, la reconnaissance des amalgames qui assimilent le symptôme obsessionnel avec un fonctionnement rationnel permet d'éclairer le décalage extraordinaire entre la représentation très importante du fonctionnement obsessionnel au sein du champ médico-psychologique, et de la société de manière plus générale³⁰⁸, et la tendance par laquelle celui-ci continue d'être déconsidéré. Aussi pouvons-nous continuer de préciser la boucle obsessionnelle qui se représente socialement : plus le fonctionnement obsessionnel est annulé littéralement, plus il tend à se représenter socialement tout continuant d'être méconnaissable et donc de se renforcer en charriant la signification d'un fonctionnement valorisé.

Mais si cette tendance à l'annulation rétroactive ne cesse d'empêcher sa propre reconnaissance dans le champ même où elle est certainement la plus attendue, soit dans le champ de la psychopathologie, est-il possible d'arrêter cette forme de boucle épistémologique ?

f) Le repérage des amalgames au sein du champ médico-psychologique et les conséquences épistémologiques de la découverte freudienne.

En se confondant avec des contradictions scientifiques, la tendance à annuler rétroactivement conduit donc à rendre non advenue, au nom de la science, la conception de la névrose obsessionnelle et des mécanismes de défense qui la caractérisent. Et au-delà de la méconnaissance du mécanisme obsessionnel lui-même, le rejet actuel de la psychanalyse par de nombreuses institutions permet de se rendre compte que c'est l'ensemble de la découverte freudienne et de ses implications qui tend à subir le joug de ces formes voilées d'annulations.

³⁰⁸ Rose, S. (2011). *Op. cit.*, pp. 235-248.

Néanmoins, aussi annulée soit-elle, la dimension défensive de ces fallacieuses contradictions peut tout de même se repérer dès lors que le clinicien y prête attention, notamment du fait des isolations psychiques qui les sous-tendent, c'est-à-dire de l'empêchement dialectique qu'elles impliquent : rigidité, herméticité, répétition en boucle du même argument malgré la démonstration, déconsidération de l'expérience, opposition véhémente, obstination. Si le mécanisme obsessionnel peut se confondre avec un fonctionnement rationnel, il n'en demeure pas moins posséder certaines particularités.

Par le repérage de ces fonctionnements pathologiques, il devient alors possible de remarquer que cette façon voilée de rendre non advenus les résultats de l'expérience se représente au sein du champ médico-psychologique à travers de nombreux discours qui s'opposent radicalement et catégoriquement à la psychanalyse. S'il est possible de distinguer que ces rejets ne s'appuient pas sur des arguments, mais sur des formes systématisées d'idées arrêtées – des formes voilées d'obsessions – il est également possible de remarquer que ces raisonnements elliptiques par lesquels la psychanalyse se voit réfutée, *a priori*, mettent en lumière un certain nombre d'amalgames typiques : « système dépassé », « système totalitaire », « théorie dogmatique », « non scientifique », « croyance » ou « religion ».

D'ailleurs, cette tendance à décrier la psychanalyse en soutenant des contre-sens n'a pas échappé à certains psychanalystes, notamment à Serge Cottet qui souligne les malentendus qui compromettent « la reconnaissance des milieux médicaux et scientifiques »³⁰⁹ ou encore les multiples confusions qu'il retrouve dans le livre de Michel Tort, *Fin du dogme paternel*³¹⁰ : « on a compris que M. Tort pratique l'amalgame pour diaboliser le nom de Lacan et ringardiser la psychanalyse. »³¹¹ Ces amalgames se repèrent tout autant dans le champ psychanalytique et Nicolas Guérin souligne à cet égard l'impasse dialectique qui en résulte : « Michel Tort et les déclinistes réactionnaires qu'il dénonce constituent finalement l'envers et l'endroit d'une même surface. L'un se félicite de la fin du Père tandis que les autres la déplorent. »³¹²

³⁰⁹ Cottet, S. « Freud et son actualité dans le malaise dans la civilisation », in *La Cause freudienne*, vol. 66, no. 2, 2007, p. 190.

³¹⁰ Tort, M. *Fin du dogme paternel*, Paris, Aubier, 2005.

³¹¹ Cottet, S. « Feu sur l'ordre symbolique », in *La Cause freudienne*, vol. 60, no. 2, 2005, p. 128.

³¹² Guérin, N. *Logique et poétique de l'interprétation psychanalytique, Essai sur le sens blanc*, Paris, Éditions Erès, 2019, p. 116.

Un contre-sens particulièrement représenté pour rejeter catégoriquement les thèses psychanalytiques est celui qui confond la liberté et la licence. Il conduit au même rejet catégorique que l'amalgame typique qui confond le plaisir et la jouissance : « sans doute la psychanalyse a-t-elle contribué à valoriser la dimension de la singularité et opposé aux morales et aux idéaux de toute sorte une éthique du (« ne pas céder sur son ») désir (qui n'est pas du tout équivalente à un « ne pas céder sur sa jouissance »). »³¹³ Le poids de certains de ces amalgames et des fonctionnements paradoxaux qu'ils induisent au sein du champ médico-psychologique ont été remarquablement mis en évidence par Marie-Jean Sauret :

« Faites l'expérience. Parlez autour de vous d'éthique, et l'on vous répondra déontologie ; parlez d'acte du clinicien, l'on évoquera l'éventualité d'un ordre des psychologues ; parlez du désir du psychanalyste, et l'on vous questionnera sur la formation professionnelle. En écrivant ces lignes, je sais que, pour une partie des lecteurs, les termes associés font partie de la même aire sémantique, quand la rigueur voudrait qu'on les distingue absolument. Mon objectif ici est limité : rendre pertinentes ces distinctions à partir de ce qui les fonde en raison, la prise en compte de la singularité et de l'indétermination du sujet – formules dont il s'agit de préciser l'aire de pertinence. Pour beaucoup de cliniciens, même l'éthique se confond avec le respect de normes... »³¹⁴

La teneur de ces amalgames typiques permet d'éclairer rétroactivement les problématiques caractéristiques qui se dégagent dans les cures des névrosés obsessionnels. Par exemple, l'obstination avec laquelle le Moi du névrosé se défend de sa propre tendance à s'illusionner, à s'attacher à des superstitions et à des dogmes, peut se représenter dans une forme de confusion entre l'objectivité et le rejet de toute théorisation.

Cette forme de réponse obsessionnelle à l'obsession elle-même se repère ainsi à travers un certain nombre de méprises caractéristiques comme le rejet catégorique des thèses psychanalytiques.

Cette problématique réside dans l'oscillation caractéristique cliniquement repérable entre la tendance du Moi à s'illusionner, à s'aliéner et à adhérer à des systèmes de manière « *dogmatique* » et cette tendance à se défendre de tout système et à réfuter systématiquement tout discours contradictoire en le jugeant comme « *dogmatique* » et « *totalitaire* ».

³¹³ Porge, E., Sauret, M-J. et Guérin, N. « Du sujet de nouveau en question. Réponses d'Érik Porge et de Marie-Jean Sauret aux questions de Nicolas Guérin », in *Psychanalyse*, vol. 16, no. 3, 2009, p. 80.

³¹⁴ Sauret, M-J. « Singularité, indétermination : un enjeu éthique », in *Le Journal des psychologues*, vol. 255, no. 2, 2008, p. 54.

Il n'est d'ailleurs pas impossible de remarquer ces mêmes amalgames et ces mêmes oppositions systématiques dans les conflits qui divisent encore aujourd'hui la communauté scientifique, par exemple, dans le champ de la biologie³¹⁵ ou encore dans le champ psychanalytique³¹⁶. Les malentendus qui résultent de ces amalgames n'avaient pas échappé à Jacques Lacan, notamment au regard de son propre enseignement, si bien que dans *La psychanalyse, raison d'un échec*³¹⁷, il n'hésite pas à parler de « sourd exemplaire »³¹⁸ pour illustrer l'écueil que produisent ces méprises systématiques. De même, dans un article dans lequel il remarque les impasses dialectiques et les « désaccords de fond »³¹⁹ qui marquent « l'état actuel de dispersion des analystes »³²⁰, Erick Porge met en évidence comment certaines de ces dissensions reposent sur des amalgames, par exemple celui « entre père et patriarcat. »³²¹

Des malentendus indépassables qui clivent la communauté psychanalytique à l'exclusion catégorique de la psychanalyse de certaines universités, de la démultiplication de « prétendues nouvelles pathologies »³²² à celle de pseudo-thérapies³²³, les méprises systématisées qui se représentent au sein du champ médico-psychologique semblent conduire inexorablement à désorienter sa fonction et son orientation. D'une manière plus générale, et nous le développerons tout au long de ce travail, ces amalgames voilés conduiraient à assimiler la science avec « la caricature d'une science qui au final n'en est pas une »³²⁴.

Ces fonctionnements institutionnels absurdes éclairent bien le fonctionnement obsessionnel que le Moi du névrosé tend à dissimuler, à faire disparaître « magiquement », mettant ainsi en évidence une nouvelle fois comment le fonctionnement morbide se représente socialement en s'annulant rétroactivement.

³¹⁵ Lewontin, R-C. *La triple hélice, Les gènes, l'organisme, l'environnement*, Paris, Éditions du seuil, 2003, p. 91.

³¹⁶ Sauret, M-J. « '... aussi seul que je l'ai toujours été dans ma relation à la cause psychanalytique' », in *Psychanalyse YETU*, vol. 48, no. 2, 2021, pp. 55-58.

³¹⁷ Lacan, J. (1967). « La psychanalyse, raison d'un échec », in *Autres écrits*, Paris, Éditions du seuil, 2001, pp. 341-349.

³¹⁸ *Ibid.*, p. 343.

³¹⁹ Porge, E. « Un sujet sans subjectivité », in *Essaim*, vol. 22, no. 1, 2009, p. 23.

³²⁰ *Ibid.*

³²¹ *Ibid.*

³²² *Ibid.*, p. 25.

³²³ Gori, R., Hoffmann, C. et Vanier, A. (2005). *Op. Cit.*, p. 24.

³²⁴ Blessin, M. « Psychanalyse et science : les liaisons dangereuses », in *Le Coq-héron*, vol. 222, no. 3, 2015, pp. 11-14.

Cependant, si la reconnaissance de ces méprises s'avère importante pour mieux cerner la problématique qu'elles induisent dans de nombreux domaines, elle ne saurait suffire à la résoudre. Et pour cause, ces amalgames et la mécompréhension systématique qu'ils engendrent constituent des formations symptomatiques, structurées sur des ruptures associatives, si bien qu'elles ne sauraient se dénouer, sauf à se déplacer, sans dénouer leur fonction défensive.

S'il ne saurait y avoir de réponse collective à une telle problématique qui lie le symptôme individuel au symptôme social, cela n'exclut pas la possibilité d'envisager une réponse qui favorise la reconnaissance du symptôme obsessionnel, tout du moins dans le champ même où celle-ci s'avère en premier lieu nécessaire, à savoir le domaine de la psychopathologie. En d'autres termes, la nécessité éthique et clinique que Freud a découvert concernerait l'ensemble du champ de la psychopathologie, c'est-à-dire celle qui invite le psychanalyste à faire sa propre psychanalyse et à ne jamais cesser « même lorsqu'il applique lui-même des traitements à autrui, d'approfondir celle-ci »³²⁵ :

« Maintenant qu'un plus grand nombre de personnes pratiquent la psychanalyse et discutent entre elles de leurs expériences, nous remarquons que tout analyste ne peut mener à bien ses traitements qu'autant que ses propres complexes et ses résistances intérieures le lui permettent. C'est pourquoi nous exigeons qu'il commence par subir une analyse et qu'il ne cesse jamais, même lorsqu'il applique lui-même des traitements à autrui, d'approfondir celle-ci. Celui qui ne réussit pas à pratiquer une semblable auto-analyse fera bien de renoncer, sans hésitation, à traiter analytiquement les malades. »³²⁶

Par l'ingéniosité de son fonctionnement défensif, la névrose obsessionnelle témoignerait remarquablement de l'articulation logique entre la nécessité éthique que Freud a dévoilée et la nécessité clinique, épistémologique et sociale que celle-ci puisse s'appliquer à l'ensemble du champ de la psychopathologie. Et pour cause, à défaut de respecter cette articulation essentielle, le déploiement du symptôme obsessionnel dans le champ médico-psychologique permet de remarquer *a posteriori* que le symptôme voilé y conduit, au nom de la science, à créer de fallacieuses thérapies, de fallacieuses maladies³²⁷ et à annuler rétroactivement des pans entiers de savoir³²⁸. En l'occurrence, c'est autant « la conception de la nosologie qui se règle sur

³²⁵ Freud, S. (1910). « Perspective d'avenir de la thérapeutique analytique », in *La technique psychanalytique*, Paris, PUF, 2005, p. 27.

³²⁶ *Ibid.*

³²⁷ Landman, P. « Nouvelle maladie ? », in *L'école des parents*, vol. 614, no. 3, 2015, pp. 31-33.

³²⁸ American Psychiatric Association. (2015). *Op. cit.*

l'origine psychique du symptôme »³²⁹ que « la causalité de la maladie découverte par la psychanalyse »³³⁰ qui se voient rendues ainsi non advenues au sein du champ médico-psychologique.

Cette tendance à rendre non advenu peut se repérer à bien des égards dans le fonctionnement de la science moderne, notamment à travers ce que Nicolas Guérin met ici en évidence :

« La science moderne se fonde du rejet de sa propre histoire, du nom et du désir singulier des hommes qui ont concouru à sa fondation. Elle récuse ainsi les péripéties et les accidents dont elle procède nécessairement pour finalement laisser croire que ses avancées ne sont dues qu'à la logique idéale et épurée du modèle expérimental et de la démarche hypothético-déductive. »³³¹

A posteriori, cette forme de boucle épistémologique viendrait mettre en évidence la nécessité éthique d'un « bien-dire épistémologique »³³², soit un certain rapport éthique spécifique qu'il n'est pas impossible de reconnaître comme étant celui du psychanalysant. Voici à cet égard comment Michel Lapeyre et Marie-Jean Sauret soulignent remarquablement cette avancée :

« L'invention de la psychanalyse change la science. Il n'y a pas de science si celle-ci exclut ce que la psychanalyse y réintroduit. À la question de ce qu'est une science d'après la psychanalyse, nous proposons d'examiner la réponse suivante : c'est une science qui prend en considération le sujet, la singularité, le Nom-du-Père, etc. – ne serait-ce que parce qu'il n'y a pas de science sans ce sujet qui la fabrique. »³³³

La découverte freudienne ne serait donc pas sans avoir d'implications épistémologiques qui ne concernent pas uniquement les problématiques induites par le fonctionnement obsessionnel. Car s'il n'est pas possible de s'intéresser au fonctionnement psychique de l'être parlant en dissociant l'objet d'étude de l'être désirant qui l'étudie, le chercheur n'est-il pas invité logiquement à éclaircir dans sa cure son propre rapport à son désir inconscient ?

³²⁹ Wolf-Fédida, M. « Objet et méthodologie de la recherche en psychanalyse : l'exemple de la psychopathologie psychanalytique d'orientation phénoménologique », in *Recherches en psychanalyse*, vol. n° 1, no. 1, 2004, p. 83

³³⁰ *Ibid.*

³³¹ Guérin, N. « Au-delà de la logique divine », in *Psychanalyse*, vol. n° 3, no. 2, 2005, p. 9.

³³² Cottet, S. « Un bien-dire épistémologique », in *La Cause du Désir*, vol. 80, no. 1, 2012, pp. 15-22.

³³³ Lapeyre, M., Sauret, M-J. « La psychanalyse avec la science », in *Cliniques méditerranéennes*, vol. n° 71, no. 1, 2005, p. 144.

Cette articulation entre la recherche scientifique et la cure psychanalytique peut trouver dans le dénouement logique de cette dernière une certaine justification, notamment si nous prenons en considération la question de sa « fin épistémique »³³⁴ mise en évidence par Sidi Askofaré :

« Cette dernière face, le *savoir pourquoi*, nous rappelle donc ce sur quoi Lacan n'a jamais cédé, à savoir la dimension épistémique de la psychanalyse, la considération qu'elle est essentiellement une « expérience de savoir ». Recueillir ce *savoir pourquoi*, ce *savoir sur la cause* donc, n'est-ce pas l'enjeu de la passe et au-delà de toute expérience d'École ? »³³⁵

L'importance de la cure psychanalytique pour la recherche scientifique se dessine en filigrane dans l'œuvre de Freud. Il est possible de retrouver cette thèse clairement explicitée, il y a plus d'un siècle, dans certains textes de Sandor Ferenczi : « tout travailleur scientifique doit d'abord se soumettre à une psychanalyse méthodique. »³³⁶

Encore une fois, la fin de non-recevoir réservée actuellement à cette proposition épistémologique cruciale permet d'éclairer rétrospectivement cette tendance par laquelle les résultats de la psychanalyse continuent d'être rendus non advenus.

Cette nécessité éthique n'en demeure pas moins une avancée scientifique majeure au regard du poids des illusions pseudo-scientifiques qui corrompent aujourd'hui le champ médico-psychologique et l'ensemble de la société. L'importance de ces illusions au sein de la recherche a été mise en évidence par de nombreux auteurs, notamment par John P.A Ioannidis dans son article intitulé « Why most published research are false ? »³³⁷ ou encore par François Gonon qui éclaire remarquablement les mystifications et les dérives de la recherche en psychiatrie : « une analyse des discours scientifiques et médiatiques montre que les scientifiques contribuent largement à alimenter cette bulle spéculative. »³³⁸ De même, après avoir mis en évidence le poids des dogmes³³⁹ et la confusion qu'engendrent les raisonnements trop circonscrits et hermétiques dans le champ de la recherche scientifique, Richard C. Lewontin souligne qu'il

³³⁴ Askofaré, S. « L'identification au sinthome », in *Essaim*, vol. 18, no. 1, 2007, p. 76.

³³⁵ *Ibid.*

³³⁶ Ferenczi, S. (1912). « La figuration symbolique des principes de plaisir et de réalité dans le mythe d'Œdipe » in *Psychanalyse I*, Paris, Éditions Payot, 1968, p. 217.

³³⁷ Ioannidis, J-P. « Why Most Published Research Findings are False », in *PLoS Med*, vol. 2, n° 8, 2005, p. 124.

³³⁸ Gonon, F. « La psychiatrie biologique : une bulle spéculative ? Le cas de l'hyperactivité tdah », in *Journal français de psychiatrie*, vol. 44, no. 2, 2016, p. 116.

³³⁹ Lewontin, R-C. *La triple hélice, Les gènes, l'organisme, l'environnement*, Paris, Éditions du seuil, 2003, p. 132.

« existe une dialectique entre la méthode et la problématique de la science. »³⁴⁰ Le biologiste remarque alors la tendance des scientifiques à se focaliser de manière exclusive sur une nouvelle technique au point qu'il en résulte « un abandon quasi complet de la recherche dans tous les aspects de la génétique de l'évolution qui ne sont pas liés à la caractérisation de la diversité génétiques. »³⁴¹ Ces multiples formes d'expression de ces raisonnements elliptiques mettent en évidence comment le fonctionnement obsessionnel peut facilement se confondre avec la recherche scientifique. Ainsi, Richard C. Lewontin conclut son étude sur les biais qui corrompent la science en mettant en évidence le poids de la méconnaissance :

« Chacun « sait », quelque part, que l'ADN ne s'autoreproduit pas, que l'information contenue dans une séquence ADN ne suffit pas à spécifier le repliement d'une protéine, *a fortiori* la forme d'un organisme entier, et que l'environnement d'un organisme est construit et modifié en permanence par les activités mêmes de l'organisme. »³⁴²

Finalement, la problématique qu'induit l'annulation rétroactive du fonctionnement obsessionnel met en abyme l'impasse qu'il engendre en s'institutionnalisant, notamment dans la recherche scientifique et dans le champ médico-psychologique. Non seulement cette assimilation défensive conduit à instituer des lectures superstitieuses et bornées qui donnent l'apparence de la scientificité, mais elle conduit aussi à assimiler la signification du symptôme institutionnel ainsi constitué avec un fonctionnement rationnel, donc à empêcher de le considérer avec justesse et, ce faisant, de le traiter. Telle la pensée obsédante qui tourne en rond en ne cessant de buter sur des non-sens et des fausses conclusions, les confusions institutionnelles qu'engendre l'institutionnalisation du symptôme obsessionnel semblent ainsi se représenter et se déplacer au cours du temps, tout en se heurtant précisément à l'impossibilité de pouvoir considérer ce qui les cause vraiment³⁴³. Ainsi, afin de préciser la structure et la problématique qu'induit le fonctionnement obsessionnel en se confondant avec des méthodologies ou des théories scientifiques, il nous semble important d'essayer de préciser ici la visée défensive de cette tendance à annuler la fonction différentielle du signifiant.

g) *Du refus de l'aliénation à l'aliénation renforcée : l'hypostase du sujet*

³⁴⁰ *Ibid.*, p. 147.

³⁴¹ *Ibid.*, p. 148.

³⁴² *Ibid.*

³⁴³ Macherey, P. *La Parole universitaire*, Paris, La Fabrique, 2011, p. 342.

Monsieur I. réalise au fur et à mesure de sa cure qu'il est constamment dans l'opposition. Lors d'une séance, il se rend compte qu'il n'assume pas ses responsabilités vis-à-vis de sa femme :

« Consciemment, j'ai accepté de me marier mais inconsciemment, je suis toujours en rébellion contre les règles. En fait, je suis en train de refuser de faire plaisir à ma femme juste par opposition au contrat de mariage ! »

Le lendemain, Monsieur I. continue d'associer sur cette tendance à rejeter systématiquement les règles et les engagements :

- *« Je dois me réconcilier avec le symbolique. Je dois arrêter cette rébellion d'enfant. Car c'est ça : si je suis dans une rébellion tout le temps, contre les règles, je me rebelle aussi contre mon propre désir. La question qui me vient maintenant c'est pourquoi je doute de moi-même à ce point ?*
- Répondez-à votre question.
- *Parce que je pars du principe que si je ne respecte pas mon désir, je ne suis pas digne de confiance. Au bout du compte, je doute de n'importe quelle décision que je prends. Je me fais douter de moi-même. »*

Si la profession de Monsieur I. est éloignée du champ psychanalytique, la référence qu'il fait au symbolique n'est pas sans faire écho aux développements lacaniens sur l'annulation rétroactive et sa visée. Ces développements de Lacan permettent de préciser que « le doute infini » du névrosé obsessionnel³⁴⁴ ne saurait se confondre avec le doute qui peut faire avancer la science. Il s'articule au contraire à une forme de sape de la fonction symbolique et de ses incidences subjectives :

« Il y a quelque chose qui n'est pas souvent aperçu, que vous ne mettez guère en jeu, qui explique pourtant toute une part du comportement de l'obsessionnel. Dans sa façon si particulière de traiter le signifiant, à savoir de le mettre en doute, de l'astiquer, de l'effacer, de le triturer, de le mettre en miettes, de se comporter avec lui comme Lady Macbeth avec la maudite trace de sang, l'obsessionnel, par une voie sans issue mais dont la visée n'est pas douteuse, opère justement dans le sens de retrouver le signe sous le signifiant. Ungeschehen machen, rendre non advenue l'inscription de l'histoire. Ça s'est passé comme ça, mais ce n'est pas sûr. Ce n'est pas sûr, parce

³⁴⁴ Abelhauser, A. *Op. cit.*, 2020.

que ce n'est que du signifiant, et que l'histoire est donc du truc. Il a raison, l'obsessionnel, il a saisi quelque chose, il veut aller à l'origine, à l'étape antérieure, à celle du signe. »³⁴⁵

Pour illustrer ce que Lacan a mis ici en lumière, voici comment Monsieur I. articule lui-même sa volonté de maîtriser la réalité et d'effacer ce qui s'est passé :

« Le fantasme dont je ne me rends pas forcément compte, c'est un fantasme de perfection et plus précisément, c'est un fantasme de pouvoir changer le passé. Mais je ne peux pas changer le passé et, j'hésite à le dire parce que ça me coûte, mais c'est ça, je ne peux pas maîtriser mon passé. Je peux faire l'effort de m'en rappeler mais au lieu de ça, je m'efforce de l'effacer. »

La clinique met donc en exergue comment cette volonté de maîtrise et d'effacement du signifiant conduit le Moi du névrosé à annuler inexorablement son propre désir, sa responsabilité et son existence, tout comme elle le conduit paradoxalement à s'aliéner d'une manière particulièrement figée.

Cette articulation est brillamment élaborée dans la thèse de Sébastien Rose, *L'actualité de la névrose obsessionnelle*³⁴⁶, dans laquelle il met en évidence qu'en refusant l'incidence subjective du signifiant, soit le fait que le signifiant le détermine comme sujet désirant au prix d'une perte de jouissance, le névrosé obsessionnel s'aliène encore plus rigidement au signifiant, finalement au prix de sacrifier autant son désir que son existence :

« Nous considérons que l'obsession se spécifie par un refus de l'aliénation, non pas refus d'entrer dans le langage, mais refus quant aux conséquences de l'aliénation illustrée par la logique du choix forcé, à la savoir la dimension de la perte et du manque-à-être \mathcal{S} . Lacan a défini l'aliénation par le choix forcé où la logique de ce choix montre que nous ne pouvons pas avoir les deux (la bourse et la vie) : soit la bourse, soit la vie. C'est un seul ou aucun. Il y a là tout le paradoxe dans lequel se trouve l'obsessionnel car néanmoins, le choix forcé ne s'impose pas moins au sujet de l'obsession qui tente de le démentir. »³⁴⁷

³⁴⁵ Lacan, J. (1962-63). *Le Séminaire, Livre X, L'angoisse*, Paris, Éditions du seuil, 2004, p. 77.

³⁴⁶ Rose, S. (2009). *Op. cit.*

³⁴⁷ *Ibid.*, p. 198.

L'auteur s'appuie ici sur les développements lacaniens sur la logique du choix forcé³⁴⁸ et sur le concept de suture développé par Jacques-Alain Miller :

« La suture nomme le rapport du sujet à la chaîne de son discours : on verra qu'il y figure comme l'élément qui manque, sous l'espèce d'un tenant lieu. Car y manquant, il n'en est pas purement et simplement absent. Suture par extension, le rapport en général du manque à la structure dont il est élément en tant qu'il implique position d'un tenant-lieu »³⁴⁹

Reprenant quelques années plus tard les avancées de Freud sur la spécificité du refoulement dans la névrose obsessionnelle et en les articulant avec les développements lacaniens sur la division subjective – « un signifiant est ce qui représente le sujet pour un autre signifiant »³⁵⁰ – Jacques-Alain Miller précisera qu'à la différence de l'hystérie où « il s'agit d'un sujet qui assume sa division. Le sujet de l'obsession, au contraire, la couvre, tente de l'étancher, la soude en connectant, au prix de toute vraisemblance, S_1 et S_2 »³⁵¹ : « à cet égard, la compulsion peut être comprise comme une tentative de suturer le sujet. La suture apparaîtrait comme le mode spécifiquement obsessionnel du refoulement. »³⁵²

En mettant alors en évidence que « l'obsessionnalité pourrait ainsi être vue comme un refus de l'aliénation », Jacques-Alain Miller souligne que le « sujet de l'obsession, du coup, tombe sous le coup d'une aliénation renforcée, (...) celle du « je ne pense pas » »³⁵³.

Ce rapport spécifique au signifiant est particulièrement sensible cliniquement, notamment à travers la difficulté importante du névrosé de pouvoir renoncer à une possibilité et ainsi de choisir et de s'engager. Ce « refus de la dimension de la perte incluse dans tout choix »³⁵⁴ se traduit également dans un certain refus de la nomination – dont les répercussions sont particulièrement visibles socialement – qui se manifeste par une volonté obstinée de ne pas être « catégorisé » ou « étiqueté » : « je suis non binaire. ». Si ce refus de l'aliénation peut conduire l'être à refuser toute nomination, tout engagement, à vouloir se « réfugier en pleine nature » ou à « aller à l'autre bout du monde » pour tenter d'éviter illusoirement l'aliénation sans laquelle

³⁴⁸ Lacan, J. (1964). *Le Séminaire, Livre XI, Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*, Paris, Éditions du seuil, 1973, p. 177

³⁴⁹ Miller, J.A. (1966). « La suture (éléments de la logique du signifiant) », in *Cahiers pour l'analyse, 1-2.*, p. 39.

³⁵⁰ Lacan, J. (1962-63). *Le Séminaire, Livre X, L'angoisse*, Paris, Éditions du Seuil, 2004, p. 178.

³⁵¹ Miller, J.A. « H2O » in *Actes de l'École de la Cause freudienne, VIII*, Paris, 1985, p. 23.

³⁵² *Ibid.*

³⁵³ *Ibid.*

³⁵⁴ Rose, S. (2009). *Op. cit.*, p. 199.

le sujet ne peut exister, il met ainsi en évidence le prix à payer symptomatique de ce refus de la fonction du signifiant : « il ne veut rien perdre, mais il cherche à se sacrifier »³⁵⁵.

Pierre Naveau souligne ainsi que « l'obsessionnel est celui qui, mauvais perdant, refuse de soutenir le *un* de la vie, parce qu'il a peur de la mort qu'implique l'inscription de ce *un*. »³⁵⁶

Cette « aliénation renforcée »³⁵⁷ qui résulte du refus de l'aliénation, et par laquelle le névrosé obsessionnel peut gérer « son avoir comme déjà mort, c'est-à-dire qu'il sacrifie au signifiant et la vie et la liberté »³⁵⁸, est ainsi précisée dans la thèse de Sébastien Rose :

« L'aliénation obsessionnelle serait une aliénation qui n'introduirait pas, qui n'inclurait pas la dimension de la perte, qui viendrait démentir la dimension du vel (ou), qui plus est, est impossible. Cette aliénation 'bricolée', qui s'avère impossible, modifierait le vel de l'aliénation par le 'et' : la bourse *et* la mort. »³⁵⁹

L'auteur précise alors la spécificité de cette aliénation renforcée en étudiant ce que Lacan appelle « l'hypostase » du sujet :

« La spécificité de l'obsessionnel est de se présenter par la promotion du S1, le 'je suis' et il développe le sommaire des formes de son être : 'je suis plein d'abnégation', 'je ne suis pas rancunier' ... L'obsessionnel opte pour le S1, le signifiant qui représente le sujet devant l'Autre : c'est l'hypostase du sujet. (...) Si nous nous référons à une définition générale, le terme 'hypostase' vient du latin 'hypostasis' qui signifie littéralement 'ce qui est placé dessous', se traduit en latin par 'substantia' : 'substance'. Autrement dit, l'hypostase du sujet est la substance du sujet. En termes lacaniens, la substance du sujet correspond au signifiant unaire, au S1, au signifiant auquel le sujet s'identifie afin d'avoir une place dans le champ de l'Autre. Sans ce signifiant, le sujet n'est rien. Ce S1 est la substance, la matière, la carte de visite du sujet. (...) Il y a donc un double versant du côté du sujet : soit le sujet n'est rien et nous l'écrivons comme manque-à-être \mathcal{S} , soit il devient un signifiant et c'est ce signifiant S1 à partir duquel le sujet peut entrer dans le jeu avec l'Autre. Dans le dernier cas, le sujet est hypostasié dans le S1 ; il se trouve gelé dans le S1 »³⁶⁰

³⁵⁵ Miller, J.A. (1985). *Op. cit.* p. 24.

³⁵⁶ Naveau, P. « Le névrosé et le maître », in *La Cause freudienne*, vol. 68, no. 1, 2008, p. 209.

³⁵⁷ Miller, J.A. (1985). *Op. cit.* p. 24.

³⁵⁸ *Ibid.*

³⁵⁹ Rose, S. (2009). *Op. cit.*, p. 199.

³⁶⁰ *Ibid.*, p. 200.

C'est précisément cette dimension de « carte de visite » qui se repère dans la clinique de l'obsessionnel : le signifiant qu'il met en avant pour se représenter a justement cette caractéristique d'apparaître comme figé, « gelé ». Ceci n'est pas sans répercussions car au contraire de permettre au signifiant de représenter le sujet auprès d'un autre signifiant, cette hypostase du sujet empêche le mouvement dialectique par lequel le sujet peut émerger : « L'idée de Lacan est que l'effet-sujet émerge à partir de la chaîne signifiante S1-S2. L'effet de sens c'est-à-dire S1-S2, est ce qui met en relief que quelque chose échappe. C'est l'effet de sens qui fait émerger le sujet qui était occulté. »³⁶¹

Autrement dit, cette forme d'aliénation rigide au signifiant semblerait donc conduire à une promotion obstinée de l'identité aux dépens de l'existence et du désir du sujet :

« C'est le S1 ici appelé hypostase du sujet, le représentant du sujet qui le représente et fait que le sujet n'apparaît pas. Il n'y a sujet que si entre en jeu le couple S1-S2. Ce couple se résume dans le signifiant S2 parce qu'il implique en lui-même le S1. Le S1 tout seul, isole, ne produit pas l'émergence du sujet. (...) De surcroît, nous sommes amenés à définir l'hypostase du sujet comme le S1, le représentant du sujet qui le représente mais ce S1 ne fait pas apparaître le sujet barré, divisé, \bar{S} . Ce S1 a ceci de particulier qu'il a pour fonction de couvrir le manque-à-être. Le sujet barré sous la barre apparaît avec l'effet du S2. En fait, le sujet n'est pas effet du S1. Quand Lacan énonce que le sujet est effet de signifiant, cela veut dire qu'il est effet de la chaîne signifiante S1-S2. »³⁶²

En effet, cette « carte de visite » que met en exergue le névrosé obsessionnel peut se présenter comme particulièrement figée. Telle une « *coquille vide* » à laquelle il s'aliène aux dépens de sa possibilité d'exister, l'aliénation à ce signifiant « permet au sujet de dire qui il est tout en voilant le manque-à-être »³⁶³.

Partons d'un exemple clinique pour illustrer cela. Monsieur T. dit qu'il a pensé abandonner sa cure car il sent que même dans sa psychanalyse il s'enferme dans un rôle :

« C'est pour ça que je veux arrêter, je m'enferme tout le temps dans un rôle : je m'enferme dans mon rôle de grand-père, je m'enferme dans mon rôle de fonctionnaire. Je ne m'écoute pas et je m'enferme dans des rôles : « je suis ceci, je suis cela ». Aller voir ce dont j'ai envie c'est très compliqué. J'essaie de faire tout bien. Je suis toujours dans un rôle. C'est un poids et même avec vous, il faut que je fasse les choses bien. Je suis en colère contre moi car je ne peux pas continuer comme ça. C'est comme si je n'arrive pas à prendre la responsabilité de mes actes. Je suis creux.

³⁶¹ *Ibid.*

³⁶² *Ibid.*, p. 201.

³⁶³ *Ibid.*, p. 203.

Je suis en colère. J'aimerais tout balancer. En disant ça je touche quelque chose qui est vraiment important.

- Quelque chose ?
 - *Mon désir. Cette énergie qui fait que j'ai envie ou pas. C'est comme si avec le temps cette notion-là m'était devenue étrangère. Il y a cette entité en moi que je n'arrive pas à cerner et qui a besoin de repère extérieur, de normes. Mon travail de fonctionnaire, c'est confortable. Mais je n'arrive pas à prendre de la distance. C'est comme si je m'identifie qu'à mon travail. Y'a un investissement dans ce travail mais je n'ai pas à être vraiment là, je n'ai pas à avoir d'opinion. Je peux même en arriver à dire une chose et son contraire. Ça a correspondu à quelque chose qui fait que je n'ai pas eu besoin de prendre position. Mon moi profond, mon désir, mon énergie, ce que je suis. C'est ça que je n'arrive pas à toucher. J'ai tout le temps l'impression d'être à côté de la plaque. Je joue des rôles mais je suis comme une coquille vide. Y'a bien quelque chose en moi qui coince mon désir.*
 - Dites ?
 - *C'est de ne pas accepter : d'accepter mes opinions, ma manière de penser, mes désirs. C'est ça qui coince c'est que je n'accepte pas »*

Ainsi, cette séance de Monsieur T. témoigne bien de cette hypostase du sujet : le névrosé s'aliène à une identité aux dépens de sa possibilité d'exister en tant que sujet divisé, en tant que sujet désirant ; en bloquant « l'effet de sens qui fait émerger le sujet »³⁶⁴ par le jeu entre les signifiants, il recouvre le « manque-à-être » qui le spécifie comme sujet.

Cette promotion du signifiant maître par le névrosé obsessionnel amène donc Sébastien Rose à reprendre les développements de Jacques-Alain Miller et à différencier « deux positions de l'être », celle de l'obsessionnel et celle de l'hystérique « qui ne se présente pas par le S1, signifiant-maître - c'est même cela que le sujet refuse – mais par la division subjective »³⁶⁵.

« Dans l'obsession, c'est le S1 qui s'allume ; l'obsessionnel est un sujet qui se présente par la promotion du S1. Rappelons que ce S1 qui est le signifiant qui représente le sujet, opacifie et occulte le statut du manque-à-être. C'est-à-dire que si nous prenons le S1 du côté du sujet, le S1 a pour fonction de voiler le manque-à-être. Ici, nous évoquons l'hypostase du sujet. L'aliénation à ce signifiant qui permet au sujet de dire qui il est tout en voilant ainsi le manque-à-être. Nous supposons

³⁶⁴ *Ibid.*, p. 201.

³⁶⁵ *Ibid.*, p. 203.

à suivre Freud et Lacan, que l'obsessionnel tente de couvrir la division subjective, de colmater le manque-à-être. Comment le fait-il ? Quelle est sa spécificité ? L'obsessionnel tente de recouvrir le manque-à-être au prix d'une connexion signifiante, d'une soudure signifiante, entre S1 et S2. Cette tentative de soudure de la chaîne signifiante aurait pour produit des formules ayant valeur de S1, formules de purs non-sens. Ces formules ayant valeur de S1 évoquent le caractère absurde des obsessions exprimé par le sujet dans le cas de l'Homme aux rats. Le caractère absurde et de non-sens de ses obsessions exprimé par le sujet obsessionnel témoignent de cette tentative de suture du manque-à-être. »³⁶⁶

Ainsi, ces développements permettent de préciser la fonction de refus qui sous-tend l'annulation rétroactive : elle vise à annuler, rétroactivement précisément, les incidences subjectives du signifiant, soit finalement à rendre non advenu – au prix du symptôme obsessionnel – la perte de jouissance qui résulte de la détermination du sujet par le signifiant.

Les S1 auxquels l'obsessionnel s'aliène de manière renforcée lui permettent ainsi de se représenter tout en annulant littéralement la tendance qui reste ainsi refoulée : « *je suis plein d'abnégation* », « *je ne suis pas rancunier* ». Ces « cartes de visites » mettent précisément en évidence les tendances non-valorisées qu'elles viennent annuler, ici la cupidité ou encore la rancune, permettant ainsi au sujet de se représenter tout en annulant le signifiant qui pourrait se faire reconnaître au lieu de l'Autre, c'est-à-dire finalement en s'annulant lui-même. La cure psychanalytique met donc en lumière cette forme d'aliénation, justement dans la mesure où elle permet de la dénouer. L'exemple clinique se présente lorsque Monsieur I. reconnaît grâce aux libres associations que la détermination qu'il mettait en avant comme une qualité, « *je suis quelqu'un de déterminé* », l'empêchait de reconnaître la signification pathologique de son « *obstination* », ou encore quand il dénoue l'amalgame par lequel son « *sens de l'économie* » venait en fait recouvrir sa « *radinerie* ».

Finalement, la considération de ces signifiants figés peut également nous inviter à nous demander si les formations réactionnelles dans la névrose obsessionnelle ne constituent pas des formes d'annulations rétroactives qui se seraient cristallisées, systématisées. Elle met tout du moins en évidence l'importance du rôle de l'isolation psychique dans le processus défensif. Ceci s'observe notamment dans le fait que le signifiant qui vient ainsi représenter le sujet tout en voilant le manque-à-être se présente comme un signifiant rigide, amalgamé, isolé. Il ne peut

³⁶⁶ *Ibid.*, p. 202.

s'articuler aux autres signifiants et reste ainsi, malgré son apparence, une formule creuse, formule pure de non-sens et pourquoi pas, une formule magique.

En effet, la récurrence et même la véhémence avec lesquelles les névrosés obsessionnels peuvent brandir cette « carte de visite » laissent apparaître leur dimension défensive et incantatoire. De même, il est intéressant de constater que le terme « hypostasier » renvoie à l'idée de « considérer abusivement (une pure abstraction) comme réalité »³⁶⁷, soit finalement comme ce qu'il est possible de reconnaître comme l'illusion³⁶⁸ caractéristique du raisonnement elliptique qui résulte de l'isolation d'un ensemble clos de signifiants.

Ces découpages associatifs qui résultent de l'isolation psychique éclairent de différentes manières ce qui sous-tend cette « façon si particulière de traiter le signifiant, à savoir de le mettre en doute, de l'astiquer, de l'effacer, de le triturer, de le mettre en miettes »³⁶⁹. En découpant des ensembles fermés, en compartimentant et en créant des amalgames isolés de signifiants, le Moi peut annuler illusoirement certaines significations tout en les reconditionnant. Mais cette boucle logique ne peut fonctionner qu'en étant isolée des autres signifiants ; la signification illusoire qui résulte de ce découpage présente la caractéristique d'être figée, pétrifiée, inaccessible au mouvement dialectique. Telle une signification illusoire qui se boucle sur elle-même, l'obsession apparaîtrait donc bien comme le prix à payer de cette annulation, de ce « refus de l'aliénation et plus précisément, comme le refus de la dimension de la perte incluse dans tout choix »³⁷⁰. Les différentes modalités de l'annulation rétroactive permettent ainsi de repérer les procédés discursifs par lesquels le névrosé obsessionnel tente d'annuler et d'effacer les incidences subjectives du signifiant, donc finalement d'annuler sa fonction différentielle : en réunissant en une même séquence isolée deux signifiants contradictoires (« *Je suis un peu maniaque* »), en isolant un contexte qui confère une signification contraire à la tendance à annuler (« *Je suis généreux, j'économise pour mes enfants* »), en compartimentant le contexte pour annuler la signification (« *Je pense à ma mère mais je dis ça parce que je suis en psychanalyse* ») ou encore via une généralisation isolée (« *Nous sommes tous obsessionnels* »), le Moi peut tordre et annuler la fonction différentielle du signifiant susceptible de le représenter auprès d'un autre signifiant.

³⁶⁷ Dictionnaire CNRTL, *hypostasier*, 2021, <https://www.cnrtl.fr/definition/hypostasier>

³⁶⁸ Cf. *La boucle logique obsessionnelle : l'illusion interprétative et son incidence clinique, épistémologique*. p. 73.

³⁶⁹ Lacan, J. (1962-63). *Op. cit.*, p. 77.

³⁷⁰ Rose, S. (2009). *Op. cit.*, p. 198.

Ainsi, les différents procédés de l'annulation rétroactive semblent bel et bien souligner ce refus de la perte de jouissance qu'implique l'incidence subjective du signifiant, soit le fait que le signifiant détermine l'être comme sujet désirant, comme sujet manquant, auprès d'un autre signifiant. Ceci permet également de mettre en lumière pour quelle raison le Moi du névrosé obsessionnel tend précisément à annuler rétroactivement ses propres symptômes, dans la mesure où ces derniers viennent représenter à son insu ce qu'il a de plus intime, ce qu'il a de plus précieux, c'est-à-dire son désir, son manque, son existence.

1.5 Le contre-investissement et les formations réactionnelles : le système obsessionnel

« Ces formations réactionnelles dans le moi des névrosés de contrainte, que nous reconnaissons pour des exagérations de la formation de caractère normale, nous pouvons les placer, en tant que nouveau mécanisme de défense, à côté de la régression et du refoulement. Dans l'hystérie, elles semblent manquer ou être beaucoup plus faibles.³⁷¹ »

a) *Le contre-investissement et les formations réactionnelles : la reconnaissance de la symptomatologie obsessionnelle*

Les découvertes freudiennes du contre-investissement et des formations réactionnelles sont particulièrement significatives dans la mesure où elles ont mis en lumière toute une symptomatologie qui se voilait à travers « la formation de caractère normale »³⁷² : « Les contre-investissements ou formations réactionnelles du moi dominant le tableau de la névrose de contrainte. »³⁷³

Pour illustrer les conséquences de ces concepts sur la reconnaissance de la symptomatologie obsessionnelle, reprenons leurs définitions dans le *Vocabulaire de la psychanalyse*

Le contre-investissement y est ainsi défini :

« Processus économique postulé par Freud comme support de nombreuses activités défensives du moi. Il consiste en l'investissement par le moi de représentations, systèmes de représentations, attitudes, etc., susceptibles de faire obstacles à l'accès des représentations et désirs inconscients à la conscience et à la mobilité.

Le terme peut aussi désigner le résultat plus ou moins permanent d'un tel processus. »³⁷⁴

³⁷¹ Freud, S. (1926). « Inhibition, symptôme, angoisse », in *Œuvres Complètes, Vol. XVII*, Paris, PUF, 1992, p. 217.

³⁷² *Ibid.*

³⁷³ Freud, S. (1915-1917). « Doctrine générale des névroses », in *Œuvres Complètes, Vol. XIV*, Paris, PUF, 2000, p. 395.

³⁷⁴ Laplanche, J., Pontalis, J.-B. *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, Fayard, 1997, pp. 101-103.

La formation réactionnelle :

« Attitude ou habitus psychologique de sens opposé à un désir refoulé, et constitué en réaction contre celui-ci (pudeur s'opposant à des tendances exhibitionnistes par exemple).

En termes économiques, la formation réactionnelle est un contre-investissement d'un élément conscient, de force égale et de direction opposée à l'investissement inconscient.

Les formations réactionnelles peuvent être très localisées et se manifester par un comportement particulier, ou généralisées jusqu'à constituer des traits de caractère plus ou moins intégrés à l'ensemble de la personnalité.

Du point de vue clinique, les formations réactionnelles prennent valeur symptomatique dans ce qu'elles offrent de rigide, de forcé, de compulsif, par leurs échecs accidentels, par le fait qu'elles aboutissent parfois directement à un résultat opposé à celui qui est consciemment visé (summa injuria). »³⁷⁵

Malgré l'importance de ces mécanismes et de leurs implications dans le champ de la psychopathologie, et bien que Freud leur ait donné une importance considérable en qualifiant les formations réactionnelles de « nouveau mécanisme de défense, à côté de la régression et du refoulement », leurs définitions n'apparaissent pas dans le *Dictionnaire de la psychanalyse*³⁷⁶ d'Élisabeth Roudinesco et de Michel Plomb, ni dans celui³⁷⁷ de Roland Chemama et de Bernard Vandermersch.

Aussi insignifiantes et anecdotiques puissent-elles être considérées en étant isolées, ces absences semblent toutefois venir corroborer la thèse qui s'est dégagée précédemment, à savoir cette tendance par laquelle le fonctionnement obsessionnel tend à être rendu non advenu au sein même du champ médico-psychologique, annulé littéralement en étant amalgamé avec « la formation de caractère normale »³⁷⁸.

b) *La confusion entre la formation symptomatique obsessionnelle et « la formation de caractère normale »*³⁷⁹

³⁷⁵ Laplanche, J., Pontalis, J.-B., *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, Quadrige, 2002, pp. 169-171.

³⁷⁶ Roudinesco, E., Plon, M. *Dictionnaire de la psychanalyse*, Paris, Fayard, 1997.

³⁷⁷ Chemama, R., Vandermersch, B. *Dictionnaire de la psychanalyse*, Paris, Larousse, 2009.

³⁷⁸ Freud, S. (1926). *Op. cit.*, p. 217.

³⁷⁹ *Ibid.*

De la même manière que nous avons pu voir que la signification de l'isolation psychique³⁸⁰ pouvait se confondre avec celles de la concentration ou de la capacité à distinguer, que celle de l'annulation rétroactive³⁸¹ était régulièrement assimilée à celles de l'imprécision, du doute ou de la précaution, nous pouvons alors nous rendre compte que les significations du contre-investissement et des formations réactionnelles sont régulièrement confondues avec celle de « la formation de caractère normale »³⁸² au sein du champ médico-psychologique.

Autrement dit, les manifestations caractérielles pathologiques du Moi du névrosé obsessionnel tendent à être assimilées dans le champ de la psychopathologie avec la formation du Moi.

Or, Freud a précisément mis en lumière que « les contre-investissements ou formations réactionnelles du moi dominant le tableau de la névrose de contrainte »³⁸³, différenciant alors concomitamment ces formations symptomatiques des symptômes hystériques ou encore du délire dans la paranoïa. Annuler la spécificité de ces contre-investissements ou formations réactionnelles du Moi reviendrait donc à annuler la plus grande partie de la symptomatologie obsessionnelle :

« Pour la névrose de contrainte, nous aurions seulement à ajouter ici aux remarques contenues dans le précédent traité qu'ici, le contre-investissement du système Cs vient, de la façon la plus tangible, au premier plan. C'est lui qui, organisé en formation réactionnelle, pourvoit au premier refoulement, et c'est sur lui que s'effectue ultérieurement la percée de la représentation refoulée. »³⁸⁴

Si la conception de ces formations réactionnelles n'est pas rendue non advenue, littéralement effacée et disloquée au sein de conceptions de la psychopathologie qui dominent actuellement le champ médico-psychologique³⁸⁵, il est possible de remarquer que cette même tendance semble se retrouver également dans la communauté analytique : « *Les obsessionnels normaux* », « *les caractères obsessionnels* », « *les gens normaux* », « *tout le monde est obsessionnel* », certaines expressions mettent en évidence que la symptomatologie obsessionnelle est y très souvent généralisée, minimisée, normalisée, si bien que le diagnostic

³⁸⁰ Cf. *L'isolation psychique et sa différence avec la concentration*. p. 57

³⁸¹ Cf. *L'annulation rétroactive du concept d'annulation rétroactive*. p. 79.

³⁸² Freud, S. (1926). *Op. cit.*, p. 217.

³⁸³ Freud, S. (1915-1917). *Op. cit.*, p. 395.

³⁸⁴ Freud, S. (1915). « L'inconscient », in *Œuvres Complètes, Vol. XIII*, Paris, PUF, 2005, pp. 226-227.

³⁸⁵ American Psychiatric Association. (2015). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

de la névrose obsessionnelle, s'il ne concerne pas uniquement les formes paroxystiques, les « vrais obsessionnels », tend à se faire « sur telle ou telle manifestation considérée comme banale »³⁸⁶.

Dans notre partie sur l'annulation rétroactive, nous avons pu mettre en évidence à travers des exemples cliniques comment ces formulations discursives peuvent correspondre à des formes voilées d'annulation rétroactive, soit à une façon subtile d'annuler, littéralement, la signification pathologique des symptômes.

Autrement dit, il n'est pas impossible de repérer au sein du champ médico-psychologique l'amalgame spécifique qui tend à confondre cette « forme d'organisation pathologique du Moi »³⁸⁷, caractéristique de la névrose obsessionnelle, avec « la formation de caractère normale » : cette assimilation défensive conduit ni plus ni moins à annuler la signification pathologique des symptômes obsessionnels. Pourtant, comme le souligne Maurice Bouvet, « s'il est un aspect pathologique du Moi, dont la clinique analytique ait donné une description précise, c'est bien celui du Moi obsessionnel. »³⁸⁸

Comme nous l'avons précisé précédemment, la spécificité de ces amalgames obsessionnels se repère notamment à travers les méprises systématiques et les incompréhensions qu'ils engendrent : la reconnaissance du fonctionnement pathologique du Moi est littéralement empêchée en ce que les signifiants qui permettraient de le reconnaître charrient de manière figée la signification du fonctionnement « normal » avec lequel il s'est amalgamé.

Ainsi, l'amalgame entre la formation symptomatique au sein du Moi et la formation du Moi engendrerait une problématique importante dans le champ de la psychopathologie. Et pour cause, elle conduirait autant à empêcher de reconnaître la symptomatologie obsessionnelle qu'à considérer cette reconnaissance comme une façon abusive de reconnaître la psychopathologie, soit comme une façon, pour reprendre le terme consacré, de « *pathologiser* ».

³⁸⁶ Préface de Denise Sainte Fare Garnot in Melman, C. *La névrose obsessionnelle I- Le signifiant, la lettre*, Paris, Éditions Érès, 2015, p. 7.

³⁸⁷ Ey, H., Bernard, P., Brisset, C. « La névrose obsessionnelle », in *Manuel de psychiatrie*, Paris, Masson, 1960, p. 354

³⁸⁸ Bouvet, M. « Le moi dans la névrose obsessionnelle », in *Revue française de psychanalyse*, 1-2, janvier-juin 1953, tome XVII, p. 111.

Alors, si cette confusion entre la signification du fonctionnement obsessionnel et celle de « la formation de caractère normale » peut se repérer dans les diverses conceptions de la psychopathologie qui ont précédé la découverte freudienne, l'annulation littérale des mécanismes de la névrose obsessionnelle et de leurs conséquences apparaît donc *a posteriori* d'autant plus prégnante que la découverte freudienne des formations réactionnelles est tout aussi cruciale que celle du refoulement³⁸⁹. Elle met non seulement en lumière que les symptômes de la névrose obsessionnelle se dissimulent derrière des « caractères », des « attitudes » et des fonctionnements qui apparaissent comme « normaux », mais elle met aussi en évidence les répercussions sociales d'une telle assimilation.

Avant de continuer à nous interroger sur les conséquences sociales de ces contresens, revenons aux écrits freudiens afin d'essayer de mieux cerner le fonctionnement de ces contre-investissements et de préciser, en même temps, cette spécificité symptomatique de la névrose obsessionnelle :

« (...) dans la névrose de contrainte le moi est beaucoup plus le théâtre de la formation de symptôme que dans l'hystérie, que ce moi reste opiniâtrement attaché à la réalité et à la conscience, et met en œuvre pour cela tous ses moyens intellectuels, voire même que l'activité de pensée apparaît surinvesties, érotisée (...) »³⁹⁰

c) *L'amalgame entre le trait de caractère et le symptôme : le système obsessionnel*

« *Inhibition, symptôme et angoisse* » est probablement l'un des textes de Freud qui nous renseignent le mieux sur la spécificité du fonctionnement défensif obsessionnel. Après avoir mis en évidence le rôle majeur de l'isolation psychique et de l'annulation rétroactive dans la constitution du symptôme obsessionnel³⁹¹, Freud va apporter quelques précisions quant au contre-investissement dans la névrose obsessionnelle :

« Un tel contre-investissement devient dans la névrose de contrainte saisissable. Il apparaît ici comme modification du moi, comme formation réactionnelle dans le moi, par renforcement de l'attitude même qui est en opposition avec la direction pulsionnelle à refouler (compassion,

³⁸⁹ Freud, S. (1926). *Op. cit.*, p. 217.

³⁹⁰ *Ibid.*, p. 236.

³⁹¹ *Ibid.*, pp. 236-240.

scrupulosité, propreté). Ces formations réactionnelles dans la névrose de contrainte sont de part en part des exagérations de traits de caractère normaux, développés au cours du temps de latence. »³⁹²

Freud distingue alors celles-ci des formations réactionnelles qui apparaissent dans l'hystérie :

« Mais il faut faire ressortir, comme différence avec la névrose de contrainte, que de telles formations réactionnelles n'offrent pas la nature générale de traits de caractères, mais elle se restreignent à des relations tout à fait spéciales. La femme hystérique par ex. qui traite ses enfants, qu'au fond elle hait, avec une tendresse excessive, n'en devient pas pour autant dans l'ensemble plus portée à l'amour que d'autres femmes, ni même plus tendre pour d'autres enfants. La formation réactionnelle de l'hystérie reste opiniâtrement attachée à un objet déterminé et ne s'élève pas jusqu'à une disposition générale du moi. Pour la névrose de contrainte, c'est précisément cette généralisation, le relâchement des relations d'objet, la facilitation du déplacement dans le choix d'objet, qui sont caractéristiques. »³⁹³

Nous voyons tout d'abord que le contre-investissement dans la névrose obsessionnelle ne saurait se confondre avec la constitution du Moi puisqu'« il apparait ici comme modification du moi ». Ensuite, Freud remarque que ces formations réactionnelles dans le Moi sont « de part en part des exagérations de traits de caractère normaux », et, à la différence de l'hystérie où ces formations réactionnelles peuvent se représenter vis-à-vis d'un objet privilégié, elles apparaissent dans la névrose obsessionnelle comme « traits de caractères ». Elles s'élèvent ainsi « jusqu'à une disposition générale du moi. »

Pour illustrer cela, nous pouvons nous appuyer sur un article de Lilia Mahjoub qui reprend un cas clinique présenté par Hélène Deutsch :

« La masturbation tout comme les symptômes infantiles concernant les jeux fécaux disparaurent lorsqu'elle eut douze ans. Il se produisit alors un changement de caractère. Hélène Deutsch insiste sur ce point, en avançant que ce serait une phase typique de la vie de l'obsessionnel. Le caractère remplacerait dès lors les activités sadique-anales. En d'autres termes, il s'agit d'une formation réactionnelle contre les tendances sadiques et anales refoulées. Le démon devint ainsi un ange.

Hélène Deutsch mentionne que la névrose pourrait s'arrêter là et que dans ce cas le changement de caractère n'est pas suivi de formations de symptômes. Le caractère prend alors la valeur d'une ponctuation voire d'une issue, et l'enfant ne devient pas névrosé, « l'individu reste en bonne santé,

³⁹² *Ibid.*, p. 271.

³⁹³ *Ibid.*, p. 272.

peut même être d'une grande valeur sociale et seul l'analyste reconnaît en lui un obsessionnel caché.³⁹⁴ »³⁹⁵

L'attitude symptomatique dans la névrose obsessionnelle tend donc à modifier le Moi au point de s'apparenter à un trait de caractère, si bien que la dimension obsessionnelle demeure « cachée ». L'attitude symptomatique ainsi voilée se généralise et, plus précisément, pourrions-nous dire, elle se systématisé.

Jacques-Alain Miller souligne bien l'importance et les conséquences cliniques de cette problématique :

« Freud a découvert le symptôme comme message à partir de l'hystérie, mais c'est par la névrose obsessionnelle qu'il a fait valoir le caractère de jouissance du symptôme, le second mouvement du symptôme où le sujet ne fait plus la différence. Vous avez ainsi des gens, par exemple, avec des traits caractériels tout à fait repoussants pour l'entourage, mais qui y tiennent d'une façon tout à fait essentielle. C'est eux. Il n'y a pas, pour eux, à en réaliser l'ablation. C'est ce que la névrose obsessionnelle a enseigné de plus précieux à Freud. »³⁹⁶

Freud va mettre en évidence une corrélation entre « la régression et le contre-investissement interne (modification du moi par formation réactionnelle) »³⁹⁷ puis va préciser qu'au-delà de la résistance du refoulement et de celle du transfert, nous pouvons retrouver dans la cure une troisième résistance du Moi qui se fonde sur « l'inclusion du symptôme dans le moi. Elle correspond à la rébellion contre le renoncement à une satisfaction ou à une facilitation. »³⁹⁸

Ainsi, le contre-investissement dans la névrose obsessionnelle se présente sous l'apparence de traits de caractère, mais il se distingue de ces derniers du fait de l'exagération et de la rigidité qu'il induit. De plus, « l'inclusion du symptôme dans le moi » laisse apparaître les spécificités propres à la satisfaction libidinale, en l'occurrence, dans la névrose obsessionnelle, les caractéristiques du stade sadique-anal.

³⁹⁴ Deutsch H., « Cérémonial obsessionnel et actes compulsifs », *Les introuvables*, Paris, Le Seuil, juin 2000, p. 284.

³⁹⁵ Mahjoub, L. « Hélène Deutsch, l'obsession et la jouissance féminine », in *La Cause freudienne*, vol. 67, no. 3, 2007, p. 78.

³⁹⁶ Miller, J-A. « La psychanalyse, la cité, les communautés », in *La Cause freudienne*, vol. 68, no. 1, 2008, pp. 105-106.

³⁹⁷ Freud, S. (1926). *Op. cit.*, p. 273.

³⁹⁸ *Ibid.*, p. 274.

La psychanalyse permet précisément de mettre en lumière ces formations symptomatiques qui se voilent et se cristallisent dans le Moi. Par exemple, Monsieur W. avait l'habitude de se présenter comme quelqu'un de « bon », de « généreux », de « serviable », voire comme quelqu'un de « trop gentil ». Après plusieurs mois de psychanalyse, voici comment il réussit à réarticuler autrement la lecture de ses comportements :

« J'accorde plus de pouvoir aux autres comme ça je me décharge sur eux. Je crée des fausses lectures, des raisonnements erronés pour pouvoir donner du pouvoir à l'autre et être assujéti. Pourquoi je donne autant de pouvoir aux autres ? »

- Répondez à votre question.

Je pense que c'est uniquement dans le but de me desservir. C'est quelque chose que je fais souvent. Mais il y a aussi la possibilité de me faire du mal tout seul. Il y a quand même ce côté-là de donner la possibilité à l'autre d'être supérieur ou en tout cas d'être dans une mauvaise posture, même si ce n'est pas le cas. J'ai du mal à trouver complètement les motifs de ce comportement car c'est vrai que sur le coup je ne me rendais pas compte que c'était ça que j'étais en train de jouer. C'est assez masochiste comme façon de me comporter. Je me mets directement dans une position d'agressé et d'agresseur. Je pense qu'il y avait une part de bien être dans ce fonctionnement, de répétition, mais ce que je ressentais ce n'était pas du bien-être. Je pense qu'il y avait une satisfaction dans la répétition de ce comportement : ce n'est pas dans le fait de ressentir des mauvaises choses mais plus dans le fait de pas avoir accès à d'autres façons de me comporter. Il y a aussi une satisfaction dans ce côté justement agresseur et agressé. Je pense que c'est une part d'abandon et de quelque chose de plus fort. C'est le fait de m'effacer, d'être mort ! »

Cette séance est particulièrement importante car elle montre bien comment la méthode des libres associations permet au psychanalysant de se départir de ses illusions et de ses fonctionnements pathologiques, soulignant ainsi rétrospectivement comment le Moi réussit à s'illusionner en tordant la signification de ses symptômes, en créant « des fausses lectures, des raisonnements erronés ».

Il est donc possible de remarquer cliniquement que le Moi du névrosé obsessionnel tend non seulement à présenter ses formations symptomatiques comme des traits de caractères, mais aussi à les nommer, à les mettre en avant, à en faire la promotion. Et ce qui peut sembler encore plus étonnant, c'est que cette tendance à promouvoir le symptôme qui s'est cristallisé dans le Moi ne correspond pas uniquement à « l'attitude même qui est en opposition avec la direction pulsionnelle à refouler ». Qu'il s'agisse de la tendance directement corrélée à la satisfaction

régressive propre au stade sadique-anal, à la rébellion contre son abandon ou aux formations réactionnelles qui se constituent par opposition à cette satisfaction et à cette agressivité, il semble que toutes ces inclinaisons peuvent être élevées par le Moi au rang d'une certaine dignité.

Autrement dit, la spécificité par laquelle les symptômes obsessionnels se dissimulent et se cristallisent au sein du Moi semble résider dans le fait que ce dernier réussit à promouvoir ses fonctionnements pathologiques comme des traits de caractère valorisés, comme des qualités : « *Je suis têtu, c'est mon caractère* », « *J'ai une qualité, je suis obstiné* », « *Je suis collectionneur* », « *Je suis bordélique, c'est dans ma nature* », « *Je suis un peu maniaque* », « *Je suis très carré, très organisé* », « *Je fuis toujours les conflits, je suis diplomate* », etc.

Ainsi, nous pouvons constater que cette capacité à assimiler ses symptômes à des qualités repose sur des annulations rétroactives : comme nous l'avons vu précédemment³⁹⁹, le Moi amalgame ses symptômes avec des traits de caractère en annulant la signification du fonctionnement pathologique via un ensemble de représentations isolées, une boucle associative, qui leur confèrent une signification valorisée.

Autrement dit, en isolant psychiquement le contexte dans lequel il considère le phénomène symptomatique, le Moi tord et conditionne la signification de ce dernier. C'est ainsi que l'entêtement peut revêtir la signification de la volonté, l'obstination celle de la détermination, le collectionnisme celle d'un intérêt, la tendance au désordre celle d'une forme de liberté d'esprit, la rigidité celle de la responsabilité, la tendance à éviter la contradiction celle d'une habileté, etc.

Cette particularité de la symptomatologie obsessionnelle de pouvoir se fondre en une disposition générale du Moi repose donc bien sur la capacité à isoler psychiquement et à annuler rétroactivement : en compartimentant des ensembles de signifiants, le Moi peut isoler le signifiant qui représente la tendance pathologique au sein d'une boucle associative où cette tendance prend la signification, illusoire, d'une qualité.

Cette « carte de visite » qui peut s'assimiler avec un trait de caractère illustre bien l'hypostase du sujet que Sébastien Rose a mis en évidence, soit « l'aliénation à ce signifiant qui permet au

³⁹⁹ Cf. *L'annulation rétroactive de la signification au sein de la boucle associative*, p. 85

sujet de dire qui il est tout en voilant ainsi le manque-à-être. »⁴⁰⁰ À travers ce signifiant amalgamé et isolé, le Moi annule rétroactivement la dimension de perte qu'implique le signifiant, il annule sa fonction différentielle et réussit finalement non seulement à entretenir sa modalité de jouissance symptomatique, mais à le faire au nom d'un fonctionnement socialement valorisé.

Mais par cette confusion qu'il entretient dans sa volonté de ne renoncer à rien, la boucle logique isolée par laquelle le Moi amalgame et systématise sa tendance acquiert une certaine spécificité, tout aussi problématique, qui témoigne précisément des ruptures associatives permettant au Moi de compartimenter des représentations liées logiquement. Comme nous l'avons vu précédemment en reprenant l'isolation psychique et la focalisation exclusive de l'attention qu'elle induit, la spécificité de ces raisonnements elliptiques repose précisément sur leur rigidité et leur herméticité : ils ne peuvent être articulés logiquement avec d'autres représentations sans quoi la signification illusoire, figée grâce au contexte isolé, viendrait à se dissiper.

Par exemple, si la tendance à collectionner peut apparaître comme une qualité quand le Moi considère exclusivement son intérêt pour tel ou tel objet de sa collection, elle apparaît clairement pathologique dès lors que le Moi prend du recul et reconnaît que sa tendance à accumuler accapare toute sa libido ou tout l'espace de son appartement. De même, quand le Moi peut interpréter sa façon pathologique de répondre à la demande comme une forme de sollicitude ou de bienveillance, la signification erronée de cette interprétation apparaît dès lors qu'il peut appréhender les différentes conséquences à long terme de sa tendance excessive à répondre à la demande, remarquant ainsi que celle-ci le conduit à s'oublier, à s'aliéner ou encore à infantiliser son prochain.

Or, précisément, les isolations psychiques empêchent de faire ces liaisons associatives, empêchant ainsi l'ensemble clos d'être articulé et de permettre de dévoiler l'interprétation erronée.

Si nous pouvons considérer les raisonnements isolés qui maintiennent les significations illusoires, il n'est donc pas impossible de remarquer que ces derniers tendent à se lier et à s'ordonner au sein de systèmes. Tel un ensemble de représentations qui permet d'articuler

⁴⁰⁰ Rose, S. *Actualités de la névrose obsessionnelle*. Université Rennes 2, 2009. ([tel-00416390](tel:00416390)), p. 201.

plusieurs amalgames, le système favoriserait les annulations rétroactives, permettant précisément de systématiser les tendances qui se voient ainsi annulées. Mais de la même manière que la boucle logique obsessionnelle ne peut être articulée logiquement avec d'autres propositions, les systèmes qui permettent de les lier finissent ainsi par avoir les mêmes propriétés, c'est-à-dire être précisément des systèmes clos, hermétiques, qui deviennent eux-mêmes symptomatiques. En d'autres termes, le système qui articule entre elles ces boucles logiques devient lui-même un système proprement obsessionnel, illusoire, à travers lequel le Moi s'obstine, s'aliène et continue inlassablement à contorsionner la vérité : « à l'indestructibilité du désir inconscient s'oppose la rigidité relative des structures défensives du moi, qui exige une dépense permanente d'énergie. »⁴⁰¹

Finalement, en annulant rétroactivement sa tendance pathologique au sein d'un système fermé qui l'amalgame avec un fonctionnement valorisé, le Moi tend donc à entretenir un système de raisonnement symptomatique qui entretient le caractère pathologique.

Dès lors que l'autoritarisme peut se confondre systématiquement avec de l'autorité, le laxisme avec du respect, l'infantilisation avec une marque d'affection ou l'humiliation avec une forme d'éducation, les multiples méprises qu'induisent ces fallacieuses assimilations peuvent ainsi se partager au sein de systèmes d'éducation, familiaux, politiques, sociaux ou même avec des systèmes thérapeutiques.

Par exemple, Monsieur D. se plaint de sa difficulté à avoir de l'autorité dans son travail ou encore dans son rapport à ses enfants. Sa passivité, son laxisme et son attentisme lui posent également des soucis dans son rapport de couple si bien que son épouse lui reproche de ne pas prendre suffisamment les choses en main et menace de le quitter. Lors d'une séance de psychanalyse, il associe librement sur sa difficulté à s'affirmer et reconnaît alors qu'il fait un amalgame entre diriger et contrôler : « *diriger, c'est différent de contrôler : je m'interdis de diriger car je trouve que ça ressemble trop à contrôler...* »

La confusion que génèrent ces amalgames peut se repérer dans la clinique et dans de nombreux domaines de la société⁴⁰². Nous pouvons alors remarquer le paradoxe qu'engendrent les

⁴⁰¹ Laplanche, J., Pontalis, J.-B., (2002). *Op. cit.*, p. 102.

⁴⁰² Rose, S. « Notre société, une réponse obsessionnelle ? », in *Cliniques méditerranéennes*, vol. 83, no. 1, 2011, pp. 235-248.

systematisations de ces amalgames en se confondant avec des systèmes rationnels et vertueux. Nous le verrons plus en détail dans la deuxième partie de ce travail, les confusions voilées que charrient ces systèmes obsessionnels conduisent à instaurer des fonctionnements pathologiques au sein de la société, au nom du bon sens, de la rationalité et des bonnes intentions. Freud le remarquait déjà avec justesse : « *les formations de système des névrosés de contrainte flattent leur amour-propre en leur faisant miroiter qu'ils seraient, parce que particulièrement purs ou scrupuleux, des hommes meilleurs que les autres.* »⁴⁰³

⁴⁰³ Freud, S. (1926). *Op. cit.*, p. 217.

2. De l'annulation rétroactive de la symptomatologie obsessionnelle à sa représentation épistémologique et sociale

Si la psychanalyse permet à chacun de révéler sa propre singularité, il n'en demeure pas moins que l'utilisation du diagnostic structurel est un élément important pour que le clinicien puisse diriger la cure convenablement⁴⁰⁴. En effet, la clinique invite le psychanalyste à opérer différemment selon que l'être qui vient lui rendre visite est de structure psychique psychotique, perverse ou névrotique. Pour le maniement du transfert, ces différences sont essentielles pour que le clinicien, avec tout le tact et le doigté qui forment le style⁴⁰⁵ qu'il a pu se forger, occupe avec justesse sa position.

Ainsi, la clinique enjoint le psychanalyste à inventer au jour le jour une psychanalyse vivante, une psychanalyse qui s'appuie à la fois sur une méthode précise et sur un certain nombre de techniques, mais aussi, et peut-être surtout, une psychanalyse qui ne se formate pas en un ensemble de préceptes et de principes à appliquer aveuglément ou à réciter religieusement.

Alors, si Lacan a su éclairer à ses dépens cette tendance par laquelle la psychanalyse s'écartait de son orientation pour prendre la voie d'une nouvelle forme de ritualisation, notre étude sur les mécanismes de défense obsessionnels nous a amené à nous demander si ces dévoiements systématiques, que Freud repérait aussi déjà en son temps⁴⁰⁶, ne constituent pas à proprement parler un symptôme obsessionnel qui se déplace et s'institutionnalise subrepticement.

Autrement dit, ces querelles de chapelles qui divisent le champ psychanalytique d'hier à aujourd'hui ne témoignent-elles pas de l'institutionnalisation, au nom du débat scientifique, de nouvelles formes de « religions privées »⁴⁰⁷ ?

Ce symptôme institutionnel dans le champ psychanalytique, tout comme les confusions et les divisions qu'il engendre, apparaît finalement avec d'autant plus de tranchant qu'il tendrait précisément à recouvrir le désir inconscient. En effet, il constituerait une forme de destruction

⁴⁰⁴ Lacan, J. (1958) « La direction de la cure et les principes de son pouvoir », in *Écrits II*, Paris, Éditions du seuil, 1999, pp. 62-123.

⁴⁰⁵ Lemérier, B, et al. « La formation des analystes... un style », in *Essaim*, vol. 11, no. 1, 2003, pp. 5-8.

⁴⁰⁶ Freud, S., Ferenczi, S. (1929). *Correspondance, Tome III, 1920 – 1933, Les années douloureuses*, Paris, Calmann-Lévy, 2000, p. 378.

⁴⁰⁷ Freud, S. (1907). « Action de contrainte et exercices religieux », in *Œuvres Complètes, Vol. VIII*, Paris, PUF, 2007, p. 139.

systématisée et plus ou moins larvée – et c’est le comble dans le champ fondé par Freud – du désir et de la subjectivité.⁴⁰⁸

Alors, si la psychanalyse n’est pas une nouvelle illusion⁴⁰⁹ et si elle ne permet pas au psychanalysant de pouvoir changer de structure psychique, elle est en revanche un formidable outil de dégonflement imaginaire et de fluidification de la circulation libidinale. En d’autres termes, elle permet, pour celles et ceux qui s’y engagent, que leur vie devienne durablement et modestement plus supportable. Ainsi, un être de structure névrotique ou psychotique restera à la sortie de sa psychanalyse de la même structure psychique, mais la traversée de sa cure lui aura permis de se débarrasser de sa souffrance symptomatique et de pouvoir ainsi occuper une position de sujet dans son rapport à son désir et à son existence

Aussi minimisés soient-ils, les effets de la cure psychanalytique sont tout de même remarquables, si bien qu’*a posteriori* les dévoiements que peuvent subir la théorisation et la pratique clinique ne peuvent pas passer inaperçus. L’histoire du mouvement psychanalytique⁴¹⁰ éclaire alors rétrospectivement la spécificité des biais logiques qui désorientent théorie et pratique psychanalytiques de manière récurrente.

L’étude des mécanismes de défense obsessionnels nous a amené à dégager une certaine spécificité dans la structure signifiante de ces dévoiements systématiques qui se voilent, dans l’espace et dans le temps, à travers leurs multiples déplacements. En effet, la prise en compte de ces différents mécanismes, notamment les fausses compréhensions⁴¹¹ que produisent les ruptures associatives⁴¹², nous a conduit à soutenir la thèse suivante : la systématisation des erreurs de raisonnement dans la névrose obsessionnelle, de se confondre avec des systèmes rationnels et théoriques, produit des confusions sociales et épistémologiques, notamment dans le champ de la psychopathologie.

⁴⁰⁸ Safouan, M., Julien, P. & Hoffmann, C. *Malaise dans la psychanalyse*, Paris, Éditions Arcanes, 1995.

⁴⁰⁹ Freud, S. (1912). « L’avenir d’une illusion », in *Œuvres Complètes, Vol. XVIII*, Paris, PUF, 1994, p. 184.

⁴¹⁰ Safouan, M. *La psychanalyse, Science, Thérapie – Et Cause*, Paris, Éditions Thierry Marchaisse, 2013.

⁴¹¹ Freud, S. (1909). « Remarques sur un cas de névrose de contrainte », in *Œuvres Complètes, Vol. IX*, Paris, PUF, 1998, p. 179.

⁴¹² Cf. *La boucle logique obsessionnelle : l’illusion interprétative et son incidence clinique, épistémologique*. p. 73.

Il n'est donc pas inutile de rappeler ici que c'est de l'écart entre notre expérience clinique de la névrose obsessionnelle et sa minimisation, voire sa disparition dans de multiples théorisations en psychopathologie, que s'était forgée notre problématique principale. En étudiant le tableau clinique de la névrose obsessionnelle et en remarquant qu'un certain nombre des symptômes que nous observions significativement étaient régulièrement banalisés ou même littéralement exclus – lorsque la névrose n'était pas elle-même rendue non advenue – nous avons commencé à nous demander si la symptomatologie obsessionnelle n'était pas lue, finalement, de manière obsessionnelle, soit en étant systématiquement compartimentée et annulée rétroactivement.

Ainsi, de la même manière que nous avons observé que le patient obsessionnel peut facilement annuler la signification de son symptôme en le considérant comme « normal », en le généralisant ou encore en l'isolant des liens qu'il entretient avec les autres manifestations dont il se plaint, nous avons commencé à réaliser, non sans rencontrer certaines difficultés, que cette tendance à annuler rétroactivement et à isoler catégoriquement pouvait également largement se repérer dans le champ médico-psychologique.

De la tendance à isoler « *les obsessionnels normaux* » que nous avons pu observer dans le discours de certains analystes à celle qui consiste à rompre les liens logiques entre symptômes en focalisant l'attention sur des détails infimes, comme nous pouvons le voir dans le DSM⁴¹³, nous en sommes petit à petit arrivés à nous demander si les mécanismes de défenses obsessionnelles ne conduisent pas à créer des formes de systèmes théoriques erronés, soit des ensembles de représentations bornés qui entretiennent des biais de raisonnement tout en apparaissant cohérents.

Aussi essayons-nous de dégager, depuis le début de ce travail, la spécificité de ces systématisations obsessionnelles qui se repèrent en premier lieu cliniquement et dont les effets, dès lors qu'elles se confondent avec des théorisations, semblent avoir des conséquences tout aussi paradoxales que délétères pour l'ensemble de la société.

Nous allons donc dans cette partie tenter de reprendre certains éléments du tableau clinique de la névrose obsessionnelle, non pas de manière exhaustive, mais en insistant sur certains symptômes qui sont à ce jour particulièrement minimisés et compartimentés. Ceci permettra de continuer de mettre en abyme les conséquences épistémologiques et sociales de cette

⁴¹³ American Psychiatric Association. (2015). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

symptomatologie qui semble d'autant plus prégnante institutionnellement qu'elle est annulée littéralement.

Au regard de l'influence institutionnelle paradoxale qu'engendrent ces systèmes dans le champ médico-psychologique, il ne nous paraît pas vain de souligner que certaines tendances obsessionnelles contradictoires tendent à s'y représenter, notamment dans le rapport au diagnostic. En effet, il n'est pas impossible de remarquer une certaine utilisation problématique du diagnostic et de la catégorisation à travers laquelle l'être parlant tendrait à être objectivé, compartimenté et déconsidéré dans son rapport au Réel, à son désir et à sa singularité. Comme le souligne Jacques-Alain Miller :

« L'utopie du *DSM* est celle de ce diagnostic automatique, qui se formulerait sans qu'on ait seulement besoin d'y songer, qui pourrait être formulé par une machine. Digne du père Ubu, la machine à diagnostic se profile à l'horizon ! Cette machine formulerait automatiquement le diagnostic pour peu qu'elle soit convenablement nourrie des données pertinentes. Il s'agit d'une utopie, car elle suturerait le moment logiquement nécessaire du jugement, au sens kantien, du jugement tout pratique, qui n'est pas une connaissance, qui n'est pas une théorie, mais qui est un art. »⁴¹⁴

Au-delà des effets délétères qu'une telle conception convoque, tant pour celui qui l'applique que pour celui qui se voit traité sans que ne soit considéré son désir et sa responsabilité, cette tendance obsessionnelle à vouloir maîtriser le Réel via des nomenclatures semble particulièrement problématique quant à la question du diagnostic et, *a fortiori*, à celle de la pratique clinique. À cet égard, Alfredo Zenoni nous donne la possibilité de mieux cerner la problématique obsessionnelle qui se représente ici :

« Œuvrant à ce que l'Autre fasse système, soit Un, le sujet de l'obsession rencontre ce qui n'a pas de signifiant comme quelque chose qui est d'autant plus intrusif ou excessif qu'il est omis à priori. Plus la mortification signifiante étend son emprise sur la vie du sujet et plus la jouissance y acquiert une prégnance qu'elle n'a pas, par exemple dans l'hystérie. »⁴¹⁵

⁴¹⁴ Miller, J-A. « La signature des symptômes », in *La Cause du Désir*, vol. 96, no. 2, 2017, p. 117.

⁴¹⁵ Zenoni, A. « Le plus-de-jouir dans la névrose obsessionnelle », in *La Cause freudienne*, vol. 70, no. 3, 2008, p. 149.

En se confondant avec des théorisations, cette forme de « mortification signifiante »⁴¹⁶ ne serait donc pas sans conséquences délétères. Ceci d'autant plus qu'elle tendrait à s'instituer, dans le champ de la santé, au nom de la scientificité.

Si ces tendances à compartimenter et à catégoriser peuvent se voir littéralement déconnectées du rapport au Réel qu'elles visent à maîtriser, elles ne sont pas sans s'accompagner d'une certaine pratique automatisée par laquelle un traitement peut se voir appliqué, systématisé sans que ne soient pris en compte, au-delà de l'expression symptomatique du patient, ni sa responsabilité, ni son désir inconscient. Ces pratiques largement représentées au sein du champ médico-psychologique viennent donc témoigner de l'importance du fonctionnement obsessionnel qui s'y est ritualisé.

Que la systématisation obsessionnelle, ainsi instituée au nom de la rationalité, fasse usage de médicaments ou de suggestions, qu'elle considère le patient comme un organisme isolé ou encore comme « une machine neuro-bio-psychologique »⁴¹⁷ à réparer ou à conditionner, remarquons que ce qui est littéralement exclu de ces raisonnements elliptiques systématisés, c'est l'être humain lui-même, en tant qu'il est à la fois un être parlant et un être de pulsion, soit un être de désir. La déformation par omission caractéristique du procès de l'isolation est clairement repérable au sein de ces systèmes hermétiques et le travail d'Alfredo Zenoni permet à cet égard de préciser ce qui est « omis à priori »⁴¹⁸ :

« Le rejet de ce qui n'est pas réductible à un calcul, à une loi, à une raison, chez les sujets névrosés obsessionnels, est un rejet de ce qui – dans la vie – est de l'ordre de la cause, c'est-à-dire de l'ordre du sans explication, c'est-à-dire encore, de ce que Freud appelait la pulsion. »⁴¹⁹

Le terme de « scientisme » vient illustrer les conséquences problématiques du fonctionnement obsessionnel dès lors qu'il se confond avec un fonctionnement scientifique. La définition qu'en donne Marie-Jean Sauret permet en effet de remarquer la dimension illusoire et exclusive de ces systèmes pseudo-scientifiques tout comme elle souligne l'amalgame par lequel ils excluent la question de la vérité en la confondant à un semblant d'exactitude :

⁴¹⁶ *Ibid.*

⁴¹⁷ Gosselin, V. et Askofaré, S. « L'impossible sujet des sciences neuro-cognitives. Éléments pour une recherche », in *Cliniques méditerranéennes*, vol. 79, no. 1, 2009, p. 253.

⁴¹⁸ Zenoni, A. (2008). *Op. Cit.*

⁴¹⁹ *Ibid.*, p. 146.

« Tel est le *scientisme*, qui promet de résoudre tous les problèmes, scientifiques et existentiels, par les moyens de la seule science : il traite du temps de la vie ne retenant que sa mesure chronologique au détriment de sa valeur subjective, il confond exactitude et vérité. Il modifie l'anthropologie spontanée : désormais le sujet se pense organisme, entreprise (de lui-même) ou machine, et se doit d'être efficace, rentable, utile, économique... »⁴²⁰

Entre la tendance à tout diagnostiquer et le rejet catégorique de toute « étiquette », entre l'adhésion rigide à des systématisations hermétiques et le refus obstiné de toute technique ou de toute théorie, la problématique spécifique du névrosé obsessionnel dans son rapport au signifiant⁴²¹ peut ainsi se retrouver, notamment au sein du champ médico-psychologique, dans de multiples systèmes qui paraissent autant scientifiques qu'antinomiques. Cependant, bien que la dimension obsessionnelle de ces systématisations contradictoires puisse être difficile à repérer, il n'est pas impossible de dégager progressivement les amalgames cristallisés sur lesquels ces systèmes ne cessent de se cliver et de se spécifier. Autrement dit, en repérant la structure de ces systèmes qui se divisent en fonction des ruptures associatives et des méprises qu'ils charrient, nous pouvons saisir l'impasse dialectique – et la dimension absurde⁴²² – qu'introduisent les systèmes obsessionnels en se confondant avec des systèmes scientifiques.

À cet égard, le mouvement psychanalytique n'est-il pas particulièrement propice pour voir s'y dessiner ces oppositions systématiques, les impasses qu'elles entraînent et les divisions qu'elles engendrent ?

Entre la ritualisation de la découverte freudienne, que Lacan n'a cessé de souligner, et celle qui affecte aujourd'hui l'enseignement même de ce dernier, il est intéressant de constater que les prescriptions et les interdits obsessionnels qui se systématisent semblent se déplacer et s'immiscer discrètement en se justifiant via des considérations théoriques. Par exemple, la durée rigide et ritualisée du temps des séances peut se voir rationalisée, tantôt comme une forme de « *liberté pour le patient de disposer de son temps* », comme un « *cadre structurant* » ou encore, avons-nous entendu récemment, comme moyen pour que « *l'inconscient puisse se déployer* ». De la même manière, il n'est pas impossible de constater que l'importance de ne

⁴²⁰ Sauret, M-J. « La clinique de la parole au temps du néolibéralisme », in *VST - Vie sociale et traitements*, vol. 147, no. 3, 2020, p. 32.

⁴²¹ Miller, J.A. « H2O », in *Actes de l'École de la Cause freudienne, VIII*, Paris, 1985, p. 23.

⁴²² À cet égard, le film d'Éric Judor *Problemos* illustre bien la dimension paradoxale de ces systèmes antisystèmes.

pas répondre à la demande, théorisée par Lacan, peut se voir érigée en une forme de maxime, de signifiant maître qui se systématisé à l'encontre même de la nécessité clinique, par un silence dogmatique, à travers ce qu'Alain Vanier reconnaît à la suite de Serge Leclair comme une « dogmatisation des énoncés »⁴²³.

Un certain nombre de commandements et d'interdits imaginaires, tout comme de nombreuses formes de ritualisation de la technique et de la formation⁴²⁴, mettent en évidence comment des systématisations obsessionnelles peuvent se confondre, au sein du champ psychanalytique, avec des théorisations de l'expérience.

Mais malgré cette confusion et l'apparence de justesse de ces systèmes isolés, ne pouvons-nous pas tout de même repérer les amalgames et les ruptures associatives qui transforment la théorie en systèmes isolés ? N'est-ce pas la même structure logique symptomatique qui conduit à rejeter comme hérétique l'enseignement de Jacques Lacan⁴²⁵ et à diviser le champ psychanalytique en une multitude d'obédiences ?

Le symptôme obsessionnel semble se représenter épistémologiquement et socialement en se voilant à travers des formes d'apparence contradictoires. Malgré la diversité et l'infinité de ces systématisations qui légitiment leur fonctionnement par opposition aux systèmes absurdes qu'elles décrient, il n'est pas impossible d'y repérer la même revendication obsessionnelle de liberté, du libre arbitre et de la volonté, soit les amalgames par lesquels le névrosé réussit à annuler littéralement la signification de son refus de l'aliénation et de la perte de jouissance qu'elle implique⁴²⁶.

Aussi, les systématisations de cette problématique obsessionnelle engendreraient d'autant plus de confusions épistémologiques et sociales que leur dimension pathologique continue de se confondre avec la norme. Dans le champ psychanalytique, notamment, l'amalgame entre le respect du désir et l'obsession de la liberté conduit à légitimer des fonctionnements arbitraires, et non moins absurdes, aux dépens de la théorie, de la méthode et des techniques dont le psychanalyste peut faire usage pour diriger la cure. D'ailleurs, il n'est pas impossible de

⁴²³ Vanier, A. « Quelques remarques sur la théorie en psychanalyse », in Bernard Golse éd., *Clivages. Du bébé à l'adolescent, entre séparation et rupture*. Érès, 2016, p. 289.

⁴²⁴ Safouan, M. *Jacques Lacan et la question de la formation des analystes*, Paris, Éditions du seuil, 1983.

⁴²⁵ Laurent, É. « Lacan, hérétique », in *La Cause freudienne*, vol. 79, no. 3, 2011, pp. 197-204.

⁴²⁶ Rose, S. *Actualités de la névrose obsessionnelle*. Université Rennes 2, 2009. ([tel-00416390](https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00416390)), p. 199.

remarquer que la notion même de direction de la cure peut être parfois rejetée littéralement, en étant précisément amalgamée avec une nouvelle forme de maîtrise et d'assujettissement.

Ainsi, telle une boucle logique obsessionnelle, cette forme de réponse obsessionnelle au symptôme obsessionnel conduit à des divisions systématiques dont le blocage dialectique qui en résulte se représente tout autant dans les milieux scientifiques que dans la société⁴²⁷. Cette forme de spirale obsessionnelle s'y manifesterait à travers des fonctionnements institutionnels absurdes et clivants qui tendent à se résoudre illusoirement, c'est-à-dire à se déplacer indéfiniment, en nouveaux conflits et en nouvelles divisions.

À travers la multiplicité de leurs formes et de leurs contenus, la structure obsessionnelle de ces systématisations semble donc se dupliquer tout en se dissimulant, et ceci d'autant plus qu'elles apparaissent diamétralement opposées. Aussi semble-t-il important de ne pas focaliser l'étude de ces systématisations sur un seul système obsessionnel afin d'essayer de dégager et de préciser la structure logique qui s'y voile.

L'étude de la symptomatologie obsessionnelle met en abyme l'impasse qu'engendrent les lectures obsessionnelles de la névrose obsessionnelle, si bien que la problématique épistémologique qui se dévoile à travers la déconstruction actuelle du diagnostic clinique illustre avec d'autant plus de vigueur la spécificité de ces dévoiements. Et, dès lors que nous saisissons que ces systématisations qui annulent littéralement la découverte freudienne visent précisément à recouvrir la question du désir inconscient, nous pouvons toucher du doigt la confusion qu'elles génèrent en s'instituant au nom de la psychologie, de la médecine et, *a fortiori*, au nom de la psychanalyse.

Finalement, en découvrant la névrose qui est sûrement la plus représentée au sein de la société – et certainement encore plus dans le champ de la recherche – Freud aurait révélé un paradoxe épistémologique qui s'avère plus que jamais d'actualité. A cet égard, l'influence mondiale du DSM illustre de manière paroxystique les conséquences destructrices du symptôme obsessionnel dès lors qu'il se confond avec un fonctionnement rationnel. Et au-delà des isolations psychiques par lesquelles ce manuel ne cesse de découper toujours plus la lecture des phénomènes qu'il aborde, il n'est pas impossible de nous demander si cette dimension « athéorique » par laquelle les défenseurs de cette nouvelle bible promeuvent son objectivité ne

⁴²⁷ Rose, S. « Notre société, une réponse obsessionnelle ? », in *Cliniques méditerranéennes*, vol. 83, no. 1, 2011, pp. 235-248.

constitue pas finalement le pendant des systématisations contre lesquelles elle s'oppose obstinément. Telle une nouvelle religion qui se constituerait en luttant avec acharnement contre l'obscurantisme que produit les systèmes superstitieux précédents, cette nouvelle obsession de la preuve et de l'objectivité s'instituerait en opposition aux fonctionnements obsessionnels qu'elle vise à endiguer. Or, non seulement cette nouvelle forme de religion privée semble se révéler tout aussi obsessionnelle que celles contre lesquelles elle peut vouloir s'opposer, mais encore, le fonctionnement superstitieux et aberrant qu'elle institue peut s'avérer d'autant plus délétère qu'il prétend justement lutter au nom de la scientificité contre l'obscurantisme.

À cet égard, voici comment Alain Abelhauser met en lumière cette problématique :

« La science entend pourchasser l'imposture en son sein – rien que de légitime à cela. À ceci près que cette chasse prend volontiers un tour passionné qui doit alerter. À ceci près qu'elle se systématisé de plus en plus et prend alors volontiers des allures de chasse aux sorcières. Ce qui nous a déjà valu quelques beaux procès, et nous en promet quelques autres, si jeter l'anathème sur celui que l'on accuse du péché que l'on redoute de commettre (parce qu'on l'a déjà consommé, bien sûr), est décidément ce à quoi la science se voit réduite, dès lors qu'elle se donne pour ce à quoi elle devrait se refuser.

Témoin cette procédure que l'on appelle l'évaluation et les passions dont elle s'accompagne. Qu'est-ce en effet que l' 'évaluation', telle qu'elle se pratique actuellement, sinon l'entreprise consistant à mettre en jugement tel ou tel discours pour soit le labelliser, soit, plus souvent, le disqualifier – au motif, dans notre cas, qu'il ne répond pas aux critères de la science (critères devenus soudain suffisamment simples pour pouvoir être appliqués sans autre précaution) ? Radicalisons à nouveau notre propos : l' 'évaluation' s'avère bien n'être, de plus en plus ordinairement, que la méthode préférée de certains 'scientifiques' pour rejeter sur l' 'autre' la faute impardonnable, l'imposture dans laquelle ils peuvent craindre – très confusément, bien sûr – s'être eux-mêmes glissés, précisément en s'étant arrogé le rôle de garants de la vérité. »⁴²⁸

Alors, si l'amalgame entre le système obsessionnel et le système théorique engendre un rejet tout aussi absurde et superstitieux de certaines théories, il souligne ainsi l'impasse épistémologique qu'entretient le fonctionnement obsessionnel en continuant d'être annulé littéralement, en prenant les appareils de la scientificité.

Des guerres de chapelles qui divisent le champ médico-psychologique en communautés séparées, aux pseudo-méthodologies⁴²⁹ qui annulent le désir du chercheur et sa responsabilité,

⁴²⁸ Abelhauser, A. « Exorde » in *Cliniques méditerranéennes*, vol. 81, no. 1, 2010, p. 9.

⁴²⁹ Thibierge, S. et Hoffmann, C. « À propos du rapport de l'Inserm sur l'évaluation des psychothérapies », in *Journal français de psychiatrie*, vol. 29, no. 2, 2007, pp. 48-51.

des nouvelles formes d'inquisitions scientifiques à la démultiplication de pseudo-théories qui soutiennent leurs cohérences logiques sur des raisonnements elliptiques, ne pouvons-nous pas repérer la structure obsessionnelle de ces symptômes institutionnels ?

2.1 Les symptômes corporels et leur traitement isolé : la déstructuration de la logique clinique au sein du champ médico-psychologique

a) *Le poids des raisonnements elliptiques dans la recherche scientifique et dans la lecture des symptômes*

Le rôle des symptômes corporels dans la cure des névrosés obsessionnels nous semble suffisamment significatif pour que nous puissions les reprendre ici, au moins au titre d'une discussion. En effet, ne pas considérer ces symptômes malgré leur régularité nous paraît mettre en évidence l'impasse clinique qu'engendrent les lectures isolées de la symptomatologie, c'est-à-dire la tendance à considérer les manifestations pathologiques de manière trop circonscrite.

Précédemment, nous avons indiqué que la spécificité des systématisations obsessionnelles résulte des découpages associatifs par lesquels un certain nombre de représentations isolées peuvent donner l'apparence d'être logiquement articulées, dans la mesure précisément où quelques représentations circonscrites sont appréhendées en étant littéralement déconnectées des autres représentations avec lesquelles elles sont pourtant liées⁴³⁰. En focalisant l'attention exclusivement sur quelques représentations, la perspective restreinte engendrée par l'isolation psychique permet de conférer à des conclusions erronées une apparence de rationalité. Celles-ci se structurant précisément sur la boucle logique qui résulte du découpage associatif, l'erreur qui sous-tend le raisonnement elliptique peut apparaître seulement si la perspective s'élargit dans le rapport à l'espace et au temps, soit dès lors que s'établissent les connexions logiques qui étaient rompues par l'isolation psychique.

Une des difficultés dans le repérage actuel de ces systèmes obsessionnels réside donc dans la multiplicité des détails sur lesquels ils peuvent se fonder. En effet, en fonction des signifiants isolés, n'importe quel lien de contingence entre phénomènes peut se transformer en lien de causalité, si bien qu'une multitude de systèmes illusoire peuvent ainsi se constituer. Cette infinité nous invite à essayer de repérer au mieux la structure logique de ces systématisations qui se démultiplient et se confondent avec des théorisations.

⁴³⁰ Cf. *La focalisation exclusive de l'attention ou la structure de l'obsession*. p. 68.

Pour mettre en évidence le rôle des isolations psychiques dans ces compartimentations qui clivent le champ médico-psychologique aux dépens de la clinique, nous pouvons reprendre l'ouvrage⁴³¹ de Richard C. Lewontin qui illustre le paradoxe épistémologique qu'induisent ces découpages associatifs :

« L'idée de diviser le monde en fragments appropriés nous vient de la tradition analytique que la science moderne a héritée du 17^{ème} siècle. Si l'animal est comparable à une machine comme Descartes l'affirme dans la cinquième partie du *Discours de la méthode*, alors il est constitué d'éléments séparés et distincts, chacun ayant un lien causal avec les autres éléments. »⁴³²

Le biologiste remarque ainsi que « ce modèle analytique de compréhension et d'étude des systèmes biologiques, conçus comme des machines, se retrouve dans le mot *organisme*, dont l'usage remonte au 18^{ème} siècle », et il précise :

« Au cours des trois derniers siècles, le modèle analytique s'est montré extraordinairement fécond pour comprendre la nature, au point de nous permettre de la manipuler et de la prédire. Il nous semble évident aujourd'hui que la vision holiste du monde annihile toute possibilité de compréhension des phénomènes naturels. Mais le succès de la compréhension horlogère sur l'obscurantisme holiste a mené à une vision par trop simplifiée des relations entre les parties et les tous, et entre les causes et les effets. »⁴³³

En plus de souligner la « vision par trop simplifiée des relations », Richard C. Lewontin met en exergue la dimension exclusive de l'attention portée aux problèmes :

« Les chercheurs ne s'intéressent qu'aux problèmes qui cadrent avec leurs méthodes. (...) la science comme nous la pratiquons résout les problèmes pour lesquels ses méthodes et ses concepts conviennent, les chercheurs apprenant vite à ne s'intéresser qu'aux problèmes susceptibles d'avoir une solution. Arguant des succès obtenus dans la résolution de questions relativement simples, ils prétendent que les mêmes méthodes suffiront à vaincre les problèmes difficiles. »⁴³⁴

Le généticien remarque alors la dimension absurde qui oriente de nombreuses recherches actuelles, notamment la croyance que « l'élucidation de la structure de certaines molécules, peut-être l'ADN lui-même, résoudra le problème du stockage dans le cerveau de l'information

⁴³¹ Lewontin, R-C. *La triple hélice, Les gènes, l'organisme, l'environnement*, Paris, Éditions du seuil, 2003.

⁴³² *Ibid.*, p. 85.

⁴³³ *Ibid.*, p. 87.

⁴³⁴ *Ibid.*, p. 88.

concernant nos structures sociales »⁴³⁵. Le raisonnement simpliste erroné que décrit alors Richard C. Lewontin laisse alors clairement apparaître les biais logiques qui résultent de la focalisation exclusive de l'attention, c'est-à-dire l'impression d'exhaustivité, l'omission des autres représentations et la répétition de la boucle logique isolée : « les biologistes n'attirent généralement pas l'attention sur cette ignorance dans la détermination de la structure des protéines : ils répètent, comme les moines bouddhistes répètent leurs mantras, que l'ADN fabrique les protéines. »⁴³⁶ Le généticien souligne alors les problématiques que rencontre la biologie analytique et réductionniste, à savoir « l'incapacité à formuler les bonnes questions »⁴³⁷ ou encore les différents amalgames qui assimilent le cerveau à « un central téléphonique, puis à un hologramme, à un ordinateur séquentiel, à un ordinateur parallèle, avant qu'on ne préfère évoquer un réseau d'ordinateurs à calcul distribué »⁴³⁸ :

« La difficulté d'appliquer le modèle machiniste à l'étude des organismes provient de trois causes principales. Les organismes ont des tailles intermédiaires, ils sont multifonctionnels et donc hétérogènes, et ils entretiennent des relations causales complexes avec d'autres systèmes hétérogènes. Cela a de nombreuses conséquences qui rendent le modèle mécaniciste simple totalement inapproprié à l'analyse et à la compréhension. Premièrement, il n'existe pas de façon unique ou évidente de diviser un organisme en « organes » qui se prêteraient à l'analyse causale de ses diverses fonctions. Deuxièmement, l'organisme est un lieu de rencontre et d'interaction d'un grand nombre de forces, dont aucune n'est dominante mais qui contribuent toutes à son fonctionnement. Troisièmement, la séparation des causes et effets devient problématique. »⁴³⁹

Ceci illustre bien la problématique que peuvent engendrer les découpages associatifs et les multiples illusions interprétatives qui peuvent résulter des boucles logiques isolées : « il est vrai que la biologie moléculaire, sous sa forme réductionniste la plus extrême, semble affirmer que la structure d'une molécule isolée possède une énorme puissance explicative. »⁴⁴⁰ Aussi, il est possible de remarquer que les découpages arbitraires engendrés par les isolations et les raisonnements elliptiques qui en résultent se représentent autant dans les recherches des biologistes moléculaires que dans celles des biologistes organicistes :

⁴³⁵ *Ibid.*, p. 88.

⁴³⁶ *Ibid.*, pp. 88-89.

⁴³⁷ *Ibid.*, p. 89.

⁴³⁸ *Ibid.*

⁴³⁹ *Ibid.*, pp. 90-91.

⁴⁴⁰ *Ibid.*, p. 91.

« D'une certaine façon, les approches moléculaires de la biologie sont des tentatives de construire des unités de relations causales « naturelles » à partir d'éléments individuels.

À l'inverse, les biologistes organicistes n'utilisent jamais l'organisme entier comme objet d'étude et d'explication, mais le divisent toujours d'une façon ou d'une autre, sans donner vraiment de recette claire pour cela.

(...) Ils divisent ainsi l'organisme en parties par un processus intuitif qui en dit plus sur la psychologie de la perception humaine que sur les connexions réelles entre les diverses parties des animaux et des plantes. »⁴⁴¹

Nous ne pouvons qu'appuyer la dernière remarque de Richard C. Lewontin et continuer de préciser le rôle spécifique de l'isolation psychique dans ce « découpage arbitraire de l'organisme »⁴⁴² et les conséquences problématiques que génère le mécanisme obsessionnel en se confondant avec une capacité d'analyse. Par exemple, l'isolation d'un ensemble clos de représentations peut conduire à inventer des objets d'études scientifiques illusoire. L'infinité des créations diagnostiques dans le champ de la psychiatrie éclaire bien ce phénomène – nous illustrerons cela plus en détail avec l'exemple du « Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité » (TDAH) – tout comme l'exemple que donne le biologiste au sujet des études sur le menton :

« Ce dernier n'est pas une unité développementale ou fonctionnelle, mais un pur accident auquel un nom a été donné, et qui est devenu un objet d'étude scientifique. Cette erreur résultant d'un découpage arbitraire est profondément ancrée dans les explications adaptatives, notamment celles qui tentent de trouver des explications évolutives à nos comportements sociaux. »⁴⁴³

Richard C. Lewontin souligne cette tendance à déstructurer des ensembles liés logiquement en sous-ensembles de systèmes isolés, précisant qu'aucun « niveau d'étude isolé n'est à même de pouvoir décrire le fonctionnement ou l'histoire évolutive de l'organisme »⁴⁴⁴ : « pour les systèmes biologiques, du fait de la hiérarchie des fonctions et des multiples intersections des chemins de causalité, la détermination des parties ne se fait qu'après avoir défini le « tout » approprié. »⁴⁴⁵

⁴⁴¹ *Ibid.*, p. 92.

⁴⁴² *Ibid.*

⁴⁴³ *Ibid.*, p. 93.

⁴⁴⁴ *Ibid.*, p. 94.

⁴⁴⁵ *Ibid.*, p. 95.

L'incidence problématique de l'isolation psychique est particulièrement prégnante dans les ruptures des « liens de causalités »⁴⁴⁶ qui empêchent « la relation dialectique entre les parties et les tous »⁴⁴⁷, celle entre les parties entres-elles⁴⁴⁸, ou encore celle qui lie le système considéré « aux conditions initiales »⁴⁴⁹.

Ces différentes ruptures associatives éclairent précisément la structure du raisonnement elliptique, structure qui se représente par exemple dans la lecture du symptôme : en empêchant de considérer le symptôme dans une perspective globale, en empêchant de considérer la relation dialectique entre les symptômes entres eux ou encore en empêchant de considérer son origine.

En soulignant ces ruptures des liens de causalité, les travaux de Richard C. Lewontin mettent en évidence comment l'isolation de représentations articulées logiquement conduit inexorablement à désorienter la recherche du Réel qu'elle vise à cerner, ce que le généticien remarque par exemple au sujet d'une expérience sur les sauterelles : « le calcul des fitness pour deux systèmes chromosomiques distincts ne correspond à aucune réalité biologique. »⁴⁵⁰

De même, Richard C. Lewontin remarque que la méthode qui consiste à étudier des systèmes en isolant exclusivement « quelques paramètres »⁴⁵¹ est inappropriée pour la biologie, même si elle est considérée à ce jour comme « paradigmatique de la démarche scientifique »⁴⁵² :

« Les organismes présentent aussi une grande hétérogénéité interne. Leurs états et leurs mouvements résultent de l'intersection de nombreuses chaînes de causalité, et il n'est pas rare qu'une variation normale dans l'une de ces chaînes ait un effet important sur le résultat. Être malade, c'est précisément être dominé par une chaîne causale unique. Être obsédé par une idée fixe qui motive la totalité de nos actions, ou être convaincu que tout comportement d'autrui est par nature hostile, est une forme de maladie mentale. Être victime d'un dysfonctionnement du foie ou d'un rein, ou d'une tumeur, ou même souffrir d'une infection respiratoire non létale, c'est être dominé par un élément physiologique anormal. De fait, on peut définir la « normalité » comme l'état dans lequel aucune chaîne causale ne contrôle l'organisme. »⁴⁵³

⁴⁴⁶ *Ibid.*, p. 97.

⁴⁴⁷ *Ibid.*, p. 97-98.

⁴⁴⁸ *Ibid.*, p. 98.

⁴⁴⁹ *Ibid.*, p. 104.

⁴⁵⁰ *Ibid.*, p. 102.

⁴⁵¹ *Ibid.*

⁴⁵² *Ibid.*

⁴⁵³ *Ibid.*, pp. 110-111.

Cet extrait met en abyme les conséquences problématiques de l'isolation psychique dans la recherche scientifique, à savoir la confusion qu'induit cette tendance voilée à « être obsédé par une idée fixe »⁴⁵⁴ et qui conduit à focaliser l'attention sur une « chaîne causale unique »⁴⁵⁵.

Plus précisément, les œillères psychiques qui résultent de l'isolation d'un ensemble clos de signifiants se représentent aujourd'hui dans la recherche scientifique via cette tendance bornée à focaliser l'attention sur « une seule cause »⁴⁵⁶ en excluant les autres liens de causalités, c'est-à-dire en soutenant l'idée erronée que toutes les autres choses sont « égales par ailleurs »⁴⁵⁷.

Richard C. Lewontin met en évidence les fausses compréhensions qu'induisent ces lectures trop circonscrites et remarque que ce biais dans la recherche s'applique également à la lecture des pathologies mentales :

« On retrouve l'équivalent moderne de ces expériences dans la tentative de localiser les gènes des états mentaux comme la schizophrénie ou le syndrome bipolaire maniaco-dépressif en observant la façon dont ces phénotypes se transmettent en association avec des marqueurs chromosomiques connus. Les résultats sont tout aussi inconsistants. »⁴⁵⁸

Cette tendance à confondre des « limitations méthodologiques »⁴⁵⁹ avec les « explications des phénomènes »⁴⁶⁰ induit de nombreuses distorsions dans la lecture des phénomènes, notamment en produisant une « difficulté à séparer les causes des effets »⁴⁶¹. Inversion du rapport de causalité, impossibilité de considérer des « relations réciproques »⁴⁶², création de « relation asymétrique de cause à effet (qui) ne rend pas compte de la réalité des relations »⁴⁶³, confusion entre « causes et agents »⁴⁶⁴ ou entre « causes nécessaires et causes suffisantes »⁴⁶⁵, les multiples erreurs de raisonnements que souligne ici Lewontin mettent précisément en évidence

⁴⁵⁴ *Ibid.*, p. 110.

⁴⁵⁵ *Ibid.*

⁴⁵⁶ *Ibid.*, p. 112.

⁴⁵⁷ *Ibid.*

⁴⁵⁸ *Ibid.*, p. 114.

⁴⁵⁹ *Ibid.*, p. 116.

⁴⁶⁰ *Ibid.*

⁴⁶¹ *Ibid.*, p. 117.

⁴⁶² *Ibid.*, p. 118.

⁴⁶³ *Ibid.*

⁴⁶⁴ *Ibid.*, p. 120.

⁴⁶⁵ *Ibid.*

les fausses compréhensions qui résultent des ruptures associatives. Alors, si la métaphore d'œillères psychiques permet de préciser la déformation par ellipse ou par omission qu'engendre la focalisation exclusive de l'attention, il est intéressant de remarquer que Lewontin utilise le terme de « rationalité myope »⁴⁶⁶ pour qualifier ces distorsions interprétatives. D'ailleurs, le généticien remarque avec justesse que cette forme de rationalité bornée, qui se confond aujourd'hui avec la rationalité et la scientificité, se retrouve à l'origine de nombreuses problématiques de société.

Ainsi, ces raisonnements elliptiques sont largement représentés dans le traitement actuel des problématiques économiques et sociales, de la même manière qu'ils participent au dévoiement actuel du champ médico-psychologique. En effet, nous allons voir qu'en continuant de considérer l'être parlant à travers le prisme de telles ruptures associatives, la confusion induite par ces systèmes bornés conduit à transformer le soin des symptômes de l'être humain en systématismes, appliqués à des symptômes isolés, qui non seulement ne permettent pas de les soigner, mais contribue en plus à les renforcer.

Prenons un exemple concret, celui de Monsieur O., pour illustrer comment le traitement des symptômes corporels peut se structurer, de manière voilée, sur des ruptures de liens de causalités et des raisonnements elliptiques. Aux prises avec un conflit intrapsychique qui le pousse à « *fuir sa vie* » et à « *se réfugier dans la nourriture* », Monsieur O. mange avec excès, développe un surpoids puis déclenche un diabète. À travers le prisme qu'induit l'isolation psychique, cette chaîne causale peut se voir découpée en plusieurs boucles logiques au sein desquelles un des éléments de la chaîne est isolé de celui qui le précède et devient une cause première, exclusive, du raisonnement borné. Le diabète peut ainsi être considéré comme une maladie dont la question même de la cause est littéralement exclue et dont la guérison résulte uniquement de la régulation médicamenteuse de la glycémie.

Dans un autre découpage de la chaîne causale, c'est le surpoids qui peut être considéré, de manière tout aussi exclusive, comme l'élément premier d'un nouveau rapport de causalité qui se boucle sur lui-même et à travers lequel le régime alimentaire se transforme en unique réponse.

⁴⁶⁶ *Ibid.*, p. 124.

La réponse chirurgicale, la réponse médicamenteuse, le régime alimentaire, le sport, la méditation, etc. : dès lors que nous saisissons la logique exclusive du système causal qui se boucle sur lui-même, nous voyons qu'une multitude de découpages peuvent ainsi interférer entre la question du désir inconscient et l'expression symptomatique qui se manifeste plus ou moins directement.

D'ailleurs, dans la mesure où ces systématisations hermétiques auraient précisément pour fonction de recouvrir la question du désir et de la division subjective, nous pouvons constater que c'est toujours la dimension de la cause réelle, soit la question du rapport à la pulsion et au désir, qui se voit logiquement exclue de ces équations hermétiques :

« Le rejet de ce qui n'est pas réductible à un calcul, à une loi, à une raison, chez les sujets névrosés obsessionnels, est un rejet de ce qui – dans la vie – est de l'ordre de la cause, c'est-à-dire de l'ordre du sans explication, c'est-à-dire encore, de ce que Freud appelait la pulsion. »⁴⁶⁷

Alors, si la multiplicité des phénomènes symptomatiques peut induire autant de traitements isolés qu'il existe de possibilités de découper des liens de contingence et de les transformer en liens de causalité, nous pouvons saisir tout autant l'impasse que la confusion que peuvent concevoir ces systématisations dans le champ médico-psychologique

Dans le champ médical, le fonctionnement paradoxal qu'engendre cette rationalité myope est particulièrement saisissante : traiter les symptômes corporels en excluant systématiquement ce qui les cause vraiment ne revient-il pas finalement à ne pas les soigner véritablement ?

Si cette question n'est pas sans souligner l'importance du changement paradigmatique que la psychanalyse induit dans le champ de la médecine - nous y reviendrons - elle semble éclairer, en même temps, la confusion et la paralysie épistémologique que génèrent ces raisonnements elliptiques en empêchant de prendre en considération ce changement.

D'ailleurs, si la plupart des symptômes corporels continuent d'être traités à ce jour dans le champ médical sans que ne soit considéré, littéralement, ce qui le cause réellement – en l'occurrence le conflit psychique par lequel le patient nuit à sa propre santé – nous pouvons constater que le rapport de causalité peut se trouver inversé dans certaines conceptions où la

⁴⁶⁷ Zenoni, A. « Le plus-de-jouir dans la névrose obsessionnelle », in *La Cause freudienne*, vol. 70, no. 3, 2008, p. 146.

cause du symptôme corporel peut se transformer en sa conséquence. Ainsi, le conflit psychique qui affecte directement le corps ou qui empêche le sujet d'en prendre soin – entraînant par voie de conséquence des symptômes corporels – peut être interprété au sein de ces systèmes obsessionnels comme une conséquence plus ou moins subsidiaire du symptôme corporel lui-même.

Ceci témoigne bien de cette problématique que souligne Charles Melman, à savoir que « le chercheur se trouve ainsi exposé au risque de partager le doute de l'obsédé sur ce qui était au commencement et aurait pu être déterminant. »⁴⁶⁸

De la même manière, la conception des troubles mentaux comme conséquences exclusives de dysfonctionnements neurobiologiques illustre bien la problématique épistémologique qu'engendre ces boucles interprétatives. François Gonon a remarquablement mis en évidence le poids de ces illusions dans le champ de la psychiatrie :

« (...) il est évident qu'un état chroniquement hyperactif, dépressif ou anxieux affecte de nombreux réseaux neuronaux, pour ne pas dire tout le cerveau. Dans l'état actuel des connaissances, il semble donc illusoire d'espérer découvrir une cible moléculaire spécifiquement responsable des troubles fréquents. »⁴⁶⁹

La reconnaissance de ces raisonnements elliptiques au sein du champ médico-psychologique permet alors de remarquer la confusion qu'ils introduisent dans la prise en charge actuelle des symptômes psychiques et corporels. Aussi, quand les ruptures associatives sur lesquelles se structurent ces fausses compréhensions conduisent à traiter les multiples symptômes de manière compartimentée, focalisée et temporaire, l'herméticité qu'engendrent ces clivages associatifs conduit à rejeter catégoriquement toute théorisation qui articule ces différents champs.

A cet égard, les travaux réalisés par Fernando de Amorim⁴⁷⁰ contrastent avec ces disjonctions entre systèmes isolés en ce que l'auteur déploie une lecture topique, dynamique et économique qui relie la conception des symptômes psychiques, corporels et organiques. Si nous ne pouvons développer ici cette théorisation, nous pouvons en revanche souligner l'impasse clinique et

⁴⁶⁸ Chemama, R., Vandermersch, B. « Névrose obsessionnelle », in *Dictionnaire de la psychanalyse*, Paris, Larousse, 2009, p. 380.

⁴⁶⁹ Gonon, F. « La psychiatrie biologique : une bulle spéculative ? », in *Esprit*, vol., no. 11, 2011, p. 58.

⁴⁷⁰ Amorim, (de), F. *Tentative d'une clinique psychanalytique avec les malades et les patients de médecine*, Paris, RPH, 2008.

épistémologique qui consiste à empêcher de faire des liens logiques entre différents domaines et différents champs qui s'avèrent interconnectés.

b) Illustration clinique du biais logique appliqué à la conception du symptôme corporel et répercussions dans le champ médico-psychologique

Pour illustrer la problématique majeure que produisent ces systèmes elliptiques dans l'organisation du champ médico-psychologique actuel, nous pouvons justement nous appuyer sur la spécificité des rationalisations par lesquelles les névrosés obsessionnels tendent à isoler la lecture de leurs propres symptômes corporels. En effet, quand les signifiants liés au symptôme corporel peuvent devenir plus ou moins obsédants, nous pouvons constater qu'ils sont le plus souvent réordonnées en un système de causalité exclusif qui permet à l'être de masquer la question de son désir et de sa responsabilité.

Monsieur P. souffrait depuis plusieurs années de colopathie fonctionnelle. Après plusieurs mois de psychanalyse, ses symptômes corporels se sont résorbés et voici ce qu'il peut en dire :

« J'allais voir régulièrement des médecins pour essayer de me convaincre que la cause de mes symptômes était extérieure, pour ne pas voir que j'étais en cause. Je sais maintenant que c'était de ma faute, qu'il n'y a pas d'autres causes extérieures, d'autres causes de maladie. En ayant moins ces obsessions, j'ai des symptômes qui sont très faibles, vraiment marginaux. Je ne m'interdis plus rien à cause de ces symptômes. Avant, je les voyais comme un empêchement pour moi, dans chaque cas, chaque situation, chaque événement, je me demandais si ces symptômes allaient me ronger. J'étais dans une ambiance d'angoisse, une ambiance obsessionnelle et c'était cette ambiance qui engendrait les symptômes, cette ambiance dans laquelle je m'étais placé qui créait ces symptômes. Pendant ce temps-là, je continuais à me persuader que c'était l'alimentation ou telle ou telle maladie. Pendant que je pensais ça, je pouvais continuer à me détruire de l'intérieur, dans le but de me détruire entièrement alors que je pensais que c'étaient des forces extérieures qui allaient me détruire. En détournant la tête, je pouvais ne pas voir que j'étais à l'origine de tout ça, de cette destruction, je pouvais continuer à me détruire continuellement et tranquillement. C'est comme si j'étais détourné de moi-même, comme si je continuais à me détruire et que je regardais ailleurs, pour ne pas voir que c'était moi qui construisais tout ça, pour aller vers une destruction, pour aller vers ce qui m'angoissait comme pouvant venir de l'extérieur. »

Lors de la séance suivante, il poursuit :

« Mes symptômes corporels m'ont permis d'être dépendant de ma mère et des médecins. Finalement, ça m'a permis de ne pas faire de choix, que d'autres m'épaulent et choisissent pour moi et même, qu'ils me donnent des ordres. »

Les paroles de Monsieur P. sont d'une très grande richesse pour illustrer la fonction que peut avoir le symptôme corporel dans l'économie psychique de celui qui en souffre. Loin de nous l'idée de faire ici le tour de cette question complexe, mais plutôt de nous proposer d'étudier par quels biais l'isolation psychique empêche de prendre en compte les articulations logiques et les conséquences cliniques des avancées théoriques que Freud a initiées.

Si cette séance de Monsieur P. témoigne de l'importance de la cure psychanalytique dans le traitement des symptômes corporels, elle illustre également comment la représentation du symptôme corporel peut facilement être déconnectée du conflit intrapsychique qui l'engendre pour être réordonnée dans des ensembles fermés de représentations par lesquels l'être continue de s'aliéner.

« Pendant ce temps-là, je continuais à me persuader que c'était l'alimentation ou telle ou telle maladie. Pendant que je pensais ça, je pouvais continuer à me détruire de l'intérieur, dans le but de me détruire entièrement alors que je pensais que c'était des forces extérieures qui allaient me détruire. En détournant la tête, je pouvais ne pas voir que j'étais à l'origine de tout ça, de cette destruction, je pouvais continuer à me détruire continuellement et tranquillement. C'est comme si j'étais détourné de moi-même, comme si je continuais à me détruire et que je regardais ailleurs, pour ne pas voir que c'était moi qui construisais tout ça, pour aller vers une destruction, pour aller vers ce qui m'angoissait comme pouvant venir de l'extérieur »

Si nous pouvons reconnaître ici la fonction d'évitement que permet la focalisation exclusive de l'attention, nous pouvons également reconnaître l'écueil qu'engendrent ces fausses compréhensions en se systématisant comme des lectures scientifiques au sein du champ médico-psychologique.

En effet, si le biais obsessionnel se repère dans la plupart des traitements qui se focalisent exclusivement sur un phénomène et sa disparition momentanée, c'est-à-dire sans considérer ni traiter ce qui cause réellement le symptôme, il se repère également dans la démultiplication des diagnostics que génèrent les isolations psychiques. En fonction de l'infinité des regroupements et des boucles logiques que permettent les ruptures associatives, le procédé obsessionnel

conduirait inexorablement à inventer toujours plus de symptômes illusoires⁴⁷¹, de syndromes illusoires⁴⁷² et même de maladies illusoires⁴⁷³.

Au-delà des enjeux financiers impliqués dans la démultiplication des diagnostics⁴⁷⁴ et des traitements ciblés⁴⁷⁵, un grand nombre de ces phénomènes semblent surtout témoigner des effets de focalisation et de résorption des liens logiques que produit l'isolation psychique. En effet, si des médecins⁴⁷⁶ et des analystes⁴⁷⁷ ont déjà mis en évidence la dimension absurde de ces créations pseudo-scientifiques qui corrompent actuellement le champ de la santé, leur structure signifiante continue de se voiler derrière la multiplicité des formes qu'elle peut engendrer. Aussi nous paraît-il important de repérer que la plupart de ces phénomènes soutiennent leur cohérence logique sur le même biais de compréhension, c'est-à-dire sur l'illusion par laquelle l'isolation psychique peut conférer à un effet ciblé et temporaire la signification d'une guérison. Or, comme le souligne Abelhauser, la guérison est une notion « particulièrement délicate à manier dans le champ médical en général (surtout lorsqu'elle implique la longue durée), et *a fortiori* dans le champ psychique »⁴⁷⁸. Cette exigence de rigueur quant à la conception du terme même de guérison peut alors nous amener à nous demander si la guérison en médecine est réellement dissociable de la guérison que permet la psychanalyse, ce que Lacan souligne par ces propos :

« la psychanalyse s'est [...] distinguée de donner un accès à la notion de guérison en son domaine, à savoir : rendre leurs sens aux symptômes, donner place au désir qu'ils masquent, rectifier sous un mode exemplaire l'appréhension d'une relation privilégiée, – encore eût-il fallu pouvoir l'illustrer des distinctions de structure qu'exigent les formes de la maladie, les reconnaître dans les rapports de l'être qui demande et qui s'identifie à cette demande et à cette identification elles-mêmes. »⁴⁷⁹

⁴⁷¹ Even, P. et Debré, B. *Guide des 4000 médicaments utiles, inutiles ou dangereux – Cancer, hypertension, dépression...*, Paris, Le cherche midi, 2016.

⁴⁷² Landman, P. *Tous hyperactifs ?*, Paris, Éditions Albin Michel, 2015.

⁴⁷³ Boukris, S. *La fabrique de malades*, Paris, le cherche midi, 2013.

⁴⁷⁴ Bercherie, P. « Note clinique sur la question du burn out. *Épuisement professionnel ou désillusion traumatique ?* », in *L'information psychiatrique*, vol. 94, no. 7, 2018, pp. 589-593.

⁴⁷⁵ Bouillot, P. « Ce qu'avec votre diagnostic de dépression vous laissez dans l'ombre, Docteur ! », in *Quarto*, 93, Bruxelles. Juin 2008, p. 53-54.

⁴⁷⁶ Boukris, S. *Santé : la démolition programmée*, Paris, Le cherche midi, 2011.

⁴⁷⁷ Frances, A. *Sommes-nous tous des malades mentaux ?*, Paris, Odile Jacob, 2013.

⁴⁷⁸ Abelhauser, A. « Libres associations » in *Cliniques méditerranéennes*, vol. n° 71, no. 1, 2005, p. 63.

⁴⁷⁹ Lacan, J. (1964). « Acte de fondation », in *Autres écrits*, Paris, Éditions du seuil, 2001, p. 239.

La distinction entre la guérison⁴⁸⁰ et « l'illusion guérisseuse »⁴⁸¹ que détermine la focalisation exclusive de l'attention sur un ensemble d'items, de symptômes, considérés « avant – après »⁴⁸², apparaît donc comme un enjeu majeur pour l'avenir du champ médico-psychologique. Car à ce jour, c'est sur ce type d'erreur d'appréhension que repose l'évaluation des thérapeutiques et notamment des psychothérapies. Abelhauser précise en ces termes :

« Vouloir comparer et hiérarchiser entre elles les psychothérapies grâce à leur efficacité supposée relève, en fait, d'un présupposé du même ordre : l'idée qu'il y aurait un avant et un après clairement appréhendables et objectivables, desquels on pourrait déduire la nature et l'ampleur du processus de changement. Mais non, précisément ; dès lors qu'il s'agit de se guérir de soi-même, cette chronologie et cette idéologie du changement n'ont plus valeur fonctionnelle : c'est le champ même de la psychopathologie qui le démontre de la façon la plus quotidienne et la plus convaincante. »⁴⁸³

Du fait de l'infinité des symptômes psychiques et corporels actuellement traités au sein du champ de la santé sans que ne soit considéré ce qui les cause réellement, il semble donc primordial de préciser la structure illusoire par laquelle n'importe quel effet ciblé et temporaire peut être interprété comme une guérison. Car finalement, peu importe le contenu de l'illusion et de la signification erronée ainsi figée par les ruptures associatives – ces derniers pouvant se déplacer indéfiniment – c'est le biais interprétatif qui sous-tend ces traitements qui conduit à désorienter l'organisation du champ médico-psychologique en une infinité de systématismes bornés, absurdes et contradictoires.

c) *La fonction défensive des systèmes obsessionnels : l'exclusion de la question du désir et du sujet dans le champ médico-psychologique*

Dès lors que ces systèmes illusoire constituent des formations symptomatiques par lesquelles l'être se défend de son propre désir inconscient, ils ne peuvent que s'opposer à toute théorisation qui prenne en compte la condition structurelle de l'être parlant. Aussi, en se confondant avec des systèmes thérapeutiques et scientifiques, ces systèmes elliptiques ont des conséquences délétères pour le traitement des symptômes corporels et psychiques des êtres humains. Et pour cause, la focalisation exclusive, par laquelle le phénomène symptomatique est considéré

⁴⁸⁰ Malengreau, P. « Le Neutre et le thérapeutique », in *La Cause freudienne*, vol. 61, no. 3, 2005, pp. 57-63.

⁴⁸¹ La Sagna, P. « Des guérisons en général et dans la psychanalyse en particulier », in *La Cause freudienne*, vol. 77, no. 1, 2011, p. 22.

⁴⁸² *Ibid.*

⁴⁸³ *Ibid.*, p. 64.

systématiquement, exclut littéralement, au nom de la science⁴⁸⁴, la question du désir de l'être et de sa responsabilité.

Pour illustrer les répercussions paradoxales de ces systèmes obsessionnels, nous pouvons nous appuyer sur une nouvelle illustration clinique. Monsieur V. reconnaît, grâce à ses séances de psychanalyse, qu'il entretient avec son corps un rapport de destruction : il n'a pas d'activité physique, fume un paquet de cigarettes par jour, fait des excès d'alcool tous les week-end et a une très mauvaise hygiène alimentaire. Au-delà de son surpoids et des problèmes de santé associés, Monsieur V. tombe très souvent malade si bien qu'il consulte des médecins à un rythme de plusieurs consultations mensuelles. Lors d'une séance où il reconnaît la spirale destructrice dans laquelle il nuit à sa propre santé, voici comment Monsieur V. met en évidence son refus des responsabilités :

« J'ai besoin qu'on m'oriente et qu'on me guide. C'est le côté blouse blanche. C'est libérateur. On a juste à suivre la direction de la blouse blanche. On veut enlever ses responsabilités.

- On ?

Je veux enlever mes responsabilités et dépendre de quelqu'un d'autre, ne pas décider. C'est un effacement de soi, une façon d'éviter le conflit. En fait, j'essaie de ne pas vivre, de ne pas avoir d'émotion. Je reste dans l'évitement et je fuis, j'évite toujours le conflit, je fuis la vie. »

En permettant de construire un rapport de responsabilité à son désir et à son corps, la psychanalyse joue donc un rôle crucial dans la prophylaxie des symptômes corporels et organiques. Mais comme le souligne Stéphanie Gilet-Le Bon, cette mise en évidence de la responsabilité de l'être dans son rapport à son corps se démarque « absolument du discours dominant et du discours scientifique dont l'hypothèse rejette la dimension subjective du symptôme, dans le vaste marché de la souffrance réduite par la science à un catalogue inépuisable de dysfonctionnements de la machine humaine. »⁴⁸⁵

Jean-Claude Razavet remarque quant à lui, en reprenant le livre de Bernard Golse⁴⁸⁶ : « quels que soient les progrès de ces sciences, l'humain n'est pas et ne sera jamais réductible à un

⁴⁸⁴ Aouizerate, B., Rotge, J.Y., Bioulac, B., Tignol, J. « Apport actuel des neurosciences à travers une nouvelle lecture clinique du trouble obsessionnel compulsif », in « L'encéphale », 33, mars-avril 2007, p. 203-210.

⁴⁸⁵ Gilet-Le Bon, S. « L'expansion de l'acte analytique », in *Champ lacanien*, vol. 18, no. 1, 2016, p. 53.

⁴⁸⁶ Golse, B. *Du corps à la pensée*, Paris, PUF, 1995.

ordinateur (...) Seule la psychanalyse donne sa place au sujet »⁴⁸⁷.

Ainsi, la considération du biais interprétatif obsessionnel permet d'éclairer la plupart des fonctionnements paradoxaux qui corrompent le champ médico-psychologique, notamment le rejet systématique par lequel la psychanalyse continue d'être accueillie dans de nombreuses universités et institutions. De la tendance à considérer le corps humain comme une machine à réparer à celle qui consiste à traiter son psychisme comme un ordinateur à programmer, l'isolation psychique déterminerait une infinité de raisonnements elliptiques, pseudo-scientifiques, qui évacuent systématiquement la question de la subjectivité et du désir de l'être parlant.

Cette impasse dialectique à laquelle conduisent ces conceptions matérialistes a justement été mise en évidence par Vincent Gosselin et Sidi Askofaré :

« La difficulté est d'articuler un état physique de la matière (ici et maintenant) à la subjectivité de la pensée. Plusieurs hypothèses sont possibles face à cette difficulté :

- la subjectivité n'est qu'un épiphénomène des processus physico-chimiques à l'œuvre dans l'organisme mais ne possède pas de rôle causal ;
- la subjectivité est purement éliminée car ce n'est qu'une reconstruction secondaire des processus physico-chimiques causaux ;
- la position d'un dualisme « fort » maintient une séparation entre esprit et matière dans la lignée cartésienne qui les pose comme deux principes irréductibles. »⁴⁸⁸

Le procès de l'isolation psychique et de la focalisation exclusive de l'attention apparaît ici distinctement en annulant la signification de la subjectivité et en la confondant avec un « épiphénomène », en l'omettant littéralement, ou encore en maintenant une séparation irréductible « entre esprit et matière ». À travers ces lectures exclusives qui se présentent comme scientifiques, le lien de causalité essentiel qui se trouve rompu est celui de « la causalité psychique » :

« Cette conception est aujourd'hui la plus répandue dans les sciences cognitives et la neuropsychologie. Elle postule une thèse qui pourrait ainsi s'énoncer : il n'y a pas, chez les sujets humains, de causalités mentales qui orienteraient l'action, le comportement. La « causalité

⁴⁸⁷ Razavet, J-C. « Documents. Un défenseur de la psychanalyse », in *La Cause freudienne*, vol. 58, no. 3, 2004, p. 224.

⁴⁸⁸ Gosselin, V. et Askofaré, S. « L'impossible sujet des sciences neuro-cognitives. Éléments pour une recherche » in *Cliniques méditerranéennes*, vol. 79, no. 1, 2009, p. 255.

psychique » – concept qui leur est étranger – se réduirait à des causalités neurophysiologiques et par réduction à des causalités chimiques et finalement physiques. »⁴⁸⁹

Dès lors que nous remarquons que l'illusion de cohérence de ces systèmes pseudo-scientifiques repose sur la déformation par omission que permet l'isolation d'un ensemble clos de représentations, nous pouvons mieux saisir pourquoi les questions de la subjectivité, du désir et du langage sont systématiquement exclues de ces conceptions elliptiques : « le plus surprenant dans ces travaux est l'absence de prise en compte du langage ; le signifiant est comme rejeté au-dehors et complètement ignoré dans le procès explicatif. »⁴⁹⁰

La dimension obsessionnelle qui sous-tend ces systématisations est remarquablement mise en lumière par Vincent Gosselin et Sidi Askofaré :

« Les théories du sujet neurocognitif sont prises entre l'obsession du calcul, qui tente de sauver l'Autre du savoir dans une répétition infinie d'opérations, et la soumission aux injonctions à savoir de l'Autre du discours de la science. Sans doute y a-t-il du symptôme obsessionnel dans toute démarche scientifique. Démarche qui vise à préserver l'Autre, l'Autre comme témoin de l'exploit du sujet : « Mais celui qui est important, c'est l'Autre devant qui tout cela se passe. C'est celui-là qu'il faut à tout prix préserver, le lieu où s'enregistre l'exploit, où s'inscrit son histoire. Ce point doit être à tout prix maintenu. C'est ce que fait l'obsessionnel si adhérent à tout ce qui est de l'ordre verbal, de l'ordre du comput, de la récapitulation, de l'inscription, de la falsification aussi. Ce que l'obsessionnel veut avant tout maintenir sans en avoir l'air, en ayant l'air de viser autre chose, c'est cet Autre où les choses s'articulent en termes de signifiant⁴⁹¹. »

Qu'il y ait de l'obsessionnel dans le calcul ne permet pas de réduire toute démarche scientifique à ce mode symptomatique. On trouvera sûrement différents types de structure s'exprimant dans le champ de la science. Par contre, il y a de l'obsession dans le scientisme à boucher, voiler, dénier les trous dans le savoir. »⁴⁹²

Ces articulations nous invitent à distinguer précisément la science du scientisme avec lequel elle peut s'amalgamer. Aussi, pour continuer d'illustrer la fonction symptomatique de ces fallacieuses théorisations, nous pouvons reprendre les paroles de Monsieur P. qui témoignent précisément de la fonction défensive qu'avait pour lui sa recherche incessante de causalités externes :

⁴⁸⁹ *Ibid.*

⁴⁹⁰ *Ibid.*, p. 256.

⁴⁹¹ Lacan, J. (1957-58). *Le Séminaire, Livre V, Les formations de l'inconscient*, Paris, Éditions du seuil, 1998.

⁴⁹² Gosselin, V. et Askofaré, S. (2009). *Op. Cit.*, p. 262.

« J'allais voir régulièrement des médecins pour essayer de me convaincre que la cause de mes symptômes était extérieure, pour ne pas voir que j'étais en cause. Je sais maintenant que c'était ma faute, qu'il n'y a pas d'autres causes extérieures, d'autres causes de maladie. »

Par ces paroles, Monsieur P. montre que ces systèmes de causalités isolés viennent renforcer l'aliénation de l'être en recouvrant le rapport à son désir et à son existence, donc en venant suturer et masquer, à travers ce qui s'apparente à une course en avant, la question de la cause, de la pulsion, notamment la pulsion de mort :

« Pendant ce temps-là, je continuais à me persuader que c'était l'alimentation ou telle ou telle maladie. Pendant que je pensais ça, je pouvais continuer à me détruire de l'intérieur, dans le but de me détruire entièrement alors que je pensais que c'étaient des forces extérieures qui allaient me détruire. En détournant la tête, je pouvais ne pas voir que j'étais à l'origine de tout ça, de cette destruction, je pouvais continuer à me détruire continuellement et tranquillement. »

Si la capacité à s'aliéner concerne l'ensemble des structures psychiques, elle se caractérise dans la névrose obsessionnelle par les effets spécifiques de l'isolation psychique. En « *détournant la tête* » et ainsi en se focalisant exclusivement sur un ensemble clos de signifiants, le Moi peut ainsi se « *persuader* » quant à la signification du phénomène qu'il considère.

Le procès de l'isolation psychique se représente à travers la fausse compréhension⁴⁹³ que détermine l'amalgame de pensées isolées par le Moi, à travers les contradictions entre la boucle logique ainsi isolée et les autres pensées, et par la dimension hermétique, exclusive et proprement obsédante du raisonnement isolé par lequel le Moi annule son désir et sa responsabilité.

D'ailleurs, la dimension compulsive que peut prendre le système fermé qui annule littéralement la signification du symptôme corporel est perceptible à plusieurs niveaux, notamment à travers les prescriptions systématiques et les restrictions contraignantes par lesquelles le névrosé obsessionnel continue de maintenir son désir comme impossible⁴⁹⁴.

⁴⁹³ Freud, S. (1909). « Remarques sur un cas de névrose de contrainte », in *Œuvres Complètes, Vol. IX*, Paris, PUF, 1998, p. 194.

⁴⁹⁴ Lacan, J. *Le séminaire, livre VI. Le désir et son interprétation*, Paris, Éditions de la Martinière et Le champ freudien éditeur, 2013, p. 155.

Ainsi, comme nous pouvons le voir à travers les paroles de Monsieur P., la méthode des libres associations offre un éclairage important dans la lecture de la symptomatologie de l'être humain, tant ici sur la fonction défensive de l'obsession que dans celle que peut prendre le symptôme corporel dans l'économie psychique de l'être parlant.

Grâce au savoir qu'elle permet de faire advenir, la méthode freudienne constitue donc une évolution épistémologique remarquable qui témoigne de la nécessité clinique de considérer les manifestations corporelles des êtres humains dans une perspective qui articule rigoureusement le champ médical et le champ psychanalytique. Mais en permettant depuis plus d'un siècle de faire cette avancée majeure dans le champ médico-psychologique, la méthode psychanalytique met en abyme rétrospectivement l'écueil qui consiste à annuler littéralement ses résultats et à continuer de traiter les symptômes de manière bornée, sans considérer leur fonction défensive dans l'économie subjective de celui qui s'en plaint. Voici ce que dit Abelhauser à ce sujet dans un article du journal *le Monde* :

« La médecine n'a de sens qu'à maintenir une référence réelle à la clinique, c'est-à-dire à l'attention portée à la singularité de chaque cas, ce qui signifie que l'on ne se préoccupe pas seulement de guérir des maladies, mais de soigner des malades - des sujets que l'on commence par écouter pour prendre en compte la spécificité de leur plainte et de leur souffrance. »⁴⁹⁵

A ce jour, l'influence de l'isolation psychique dans le traitement des symptômes corporels et dans la démultiplication des diagnostics est patente. Que ces compartimentations en regroupements isolés se divisent en troubles, en symptômes, en syndromes ou même en maladies, leur structure obsessionnelle se repère via les ruptures associatives par lesquelles ces phénomènes sont appréhendés. En rétablissant les liens de causalités rompus par l'isolation⁴⁹⁶, la signification illusoire de ces « traitements » et de ces « diagnostics » peut ainsi se dissiper, laissant la place au savoir annulé rétroactivement par ces mêmes isolations, soit notamment aux apports fondamentaux de la psychanalyse quant au rôle déterminant du désir et de la singularité dans la conception et le traitement des symptômes des êtres parlants.

À cet égard, voici comment Sauret souligne cette articulation nécessaire entre la psychanalyse et la médecine :

⁴⁹⁵ Abelhauser, A. « La totale », in *Le Monde*, journal, 07/02/2004

⁴⁹⁶ Cf. *La boucle logique obsessionnelle : l'illusion interprétative et son incidence clinique, épistémologique*. p. 73.

« Frédéric Dubas et Catherine Thomas-Antérion, deux neurologues, montrent comment il est impossible de faire fi du sens que le sujet donne à la maladie dans sa propre histoire⁴⁹⁷. Tout en se soumettant à l'*Evidence Based Medicine*, ils soulignent, dans la présentation de leur démarche, que « la considération de la singularité absolue de chaque sujet apparaît comme un impératif éthique qui permet d'entendre la véritable demande adressée au soignant, et, par-là, de soutenir un accompagnement thérapeutique » : impossible de comprendre sans cette référence qu'une guérison puisse s'assortir d'un effondrement psychique. *À dire vrai, la singularité devrait être considérée comme un fait d'évidence elle aussi !* Non seulement on ne peut aborder l'organisme directement, sans donner un espace clinique au rapport du sujet à sa pathologie aussi objective soit-elle, mais il convient de prendre acte du transfert du patient sur le médecin : le diagnostic et l'évaluation de l'intervention en dépendent. »⁴⁹⁸

d) *L'importance des symptômes corporels dans la névrose obsessionnelle*

Comme l'illustre bien le cas de Monsieur P., les symptômes corporels peuvent jouer un rôle très important dans l'économie psychique de la névrose obsessionnelle. La spécificité de ces symptômes semble liée en premier lieu aux comportements nocifs qu'entraîne le conflit intrapsychique. En effet, que le manque d'hygiène qui en résulte se manifeste par un manque d'exercice physique, par une mauvaise alimentation, par la consommation de substances toxiques ou par tout autre comportement néfaste pour la santé, ces comportements nuisibles s'articulent régulièrement à une forme d'opposition caractéristique et de refus spécifique du corps au profit d'une survalorisation et d'un surinvestissement de la pensée⁴⁹⁹.

Au-delà de la diversité et de la multitude des symptômes corporels liés aux comportements nocifs et au manque de prophylaxie, certains symptômes paraissent plus directement reliés au conflit intrapsychique. L'asthénie constitue à cet égard une manifestation importante du tableau clinique de la névrose obsessionnelle⁵⁰⁰. Au sein de cet état de faiblesse générale qui se traduit par une diminution du pouvoir fonctionnel de l'organisme, la fatigue est un élément tout à fait significatif. Elle peut résulter directement d'insomnies partielles, mais elle semble correspondre le plus souvent au combat permanent que l'obsessionnel mène pour maintenir le refoulement

⁴⁹⁷ Dubas, F., Thomas-Antérion, C. *Le sujet, son symptôme, son histoire. Études du symptôme somatomorphe*, 1^{ère} éd., Paris, Les Belles Lettres, 2012.

⁴⁹⁸ Sauret, M-J. « 7. Peut-on penser une science clinique qui serait construite autour de la singularité du cas ? Pour une théorie du singulier », in Abel Guillen éd., *Essais d'épistémologie pour la psychiatrie de demain*. Érès, 2017, p. 102.

⁴⁹⁹ Solano-Suárez, E. « La jouissance de la pensée », in *La Cause du Désir*, vol. 107, no. 1, 2021, pp. 82-86.

⁵⁰⁰ Ey, H., Bernard, P., Brisset, C. « La névrose obsessionnelle », in *Manuel de psychiatrie*, Paris, Masson, 1960, pp. 350-364.

de ses pensées inconscientes, notamment de ses motions hostiles. Pour illustrer cette articulation dynamique, topique et économique que nous retrouvons notamment dans le travail de Fernando de Amorim sur le syndrome de fatigue chronique⁵⁰¹, nous pouvons nous référer à une fine description clinique datant du XIX^{ème} siècle dans laquelle une patiente d'Ernest Billod interprète sa fatigue comme étant liée « *aux efforts [qu'elle a] faits dans ces circonstances pour comprimer la violence de [s]a colère* »⁵⁰²

De même, l'exemple de Monsieur P. en témoigne, nous pouvons remarquer une certaine récurrence des troubles digestifs dans la névrose obsessionnelle. Ces derniers s'articulent le plus souvent aux préoccupations symboliques qui caractérisent le rapport de l'obsessionnel à l'objet anal. Cette conflictualité, notamment sa tendance à contrôler et à contenir son agressivité, peut se manifester dans de nombreux symptômes corporels :

- Les troubles de la sexualité et des appareils génitaux (apragmatisme, impuissance, éjaculation précoce, frigidité et douleur, infections à répétition)
- Le ptialisme, les troubles de la sudation, l'hyperesthésie ou l'anesthésie de certaines parties du corps, les rougissements, les dérèglements thermiques.
- Les troubles du tonus (syncinésie, hypertonie, paratonie)
- Les troubles psychomoteurs (bégaiements, tics, dyspraxies, chorée, convulsions cloniques)
- Les troubles de la peau (psoriasis, eczéma)

e) *La démultiplication des systématismes obsessionnels et leurs répercussions délétères au sein du champ médico-psychologique*

Ainsi, les symptômes corporels peuvent jouer un rôle important dans la clinique de la névrose obsessionnelle. Cette importance n'est pas sans conséquences quant à ses répercussions sur le système de soin car du fait de l'isolation par laquelle le Moi du névrosé obsessionnel rompt le

⁵⁰¹ Amorim (de), F. *La fatigue chronique et sa relation avec le surmoi*, 2009, <http://www.theses.fr/2009PA070019>

⁵⁰² Billod, E. (1847). « Maladies de la volonté », in *Annales médico-psychologiques* 10, n°1, p. 321.

lien logique entre son symptôme corporel et ses difficultés psychiques, il peut ainsi avoir facilement tendance à s'orienter vers une thérapeutique médicale ou psychique qui se focalise exclusivement sur le symptôme corporel ou sur un quelconque élément contingent. En d'autres termes, le névrosé obsessionnel pourra plus facilement se tourner vers un système elliptique qui lui permette de continuer à mettre à distance la question de son désir et de sa responsabilité.

Largement représentée à ce jour, cette tendance à traiter les symptômes corporels sans considérer le conflit intrapsychique qui les sous-tend constituerait donc une problématique sanitaire majeure. Pour illustrer le paradoxe qu'engendrent ces raisonnements elliptiques au sein du champ médico-psychologique, nous pouvons partir d'un nouvel exemple clinique.

Madame B. souffre d'une fatigue chronique depuis plusieurs années. Lors d'une séance, elle découvre qu'elle retire du plaisir à énerver les personnes de son entourage. Peu après avoir mis en évidence cette articulation entre la colère qu'elle contient et la fatigue qu'elle ressent, elle se sent à nouveau très fatiguée et déprimée :

« Le fait de dire que j'avais du plaisir quand j'énerve une personne, ça m'a fait bizarre. Je suis très fatiguée à nouveau. J'ai des trous de mémoires quand je parle... Que j'éprouve du plaisir quand j'énerve les autres... je ne comprends pas. Mais si j'éprouve du plaisir quand j'énerve les autres, d'où me vient tout ça. Pourquoi j'ai ça ? Je me bloque, je n'arrive pas à comprendre, à aller plus loin que cette phrase... »

Tout d'abord, nous pouvons remarquer que le raisonnement de Madame B. se trouble dès lors qu'elle aborde cette problématique. Telle une rupture dans le fil de ses associations, elle répètera la même phrase quelques instants comme une forme de point de butée qui empêche le mouvement de sa pensée. En découvrant son sadisme grâce à ses libres associations, la patiente met ainsi en évidence que le refoulement de celui-ci est bel et bien la source des problèmes d'attention et des troubles du raisonnement dont elle se plaint. Quelques séances plus tard, elle pourra articuler sa fatigue et sa dépression à la haine qu'elle éprouve à l'égard de son père : « *soit je suis en colère quand je parle de lui, soit je suis extrêmement fatiguée et déprimée* ».

Ainsi, nous voyons ici comment la fatigue et la dépression qui l'accablent depuis une dizaine d'années viennent représenter le combat intrapsychique qu'elle mène, à son insu, pour étouffer cette haine qu'elle n'arrive pas à encore à assumer et à articuler.

Madame A. est en arrêt maladie depuis plusieurs mois pour « cause » de « Burn out ». Elle est traitée exclusivement avec des antidépresseurs et des somnifères pour « soigner » ses insomnies. Lorsqu'elle vient nous rendre visite, voici comment elle articule le rapport entre sa haine et l'expression de ses symptômes : « *j'étais une hargneuse, je provoquais exprès, je cherchais à m'embrouiller avec les gens et c'est quand j'ai arrêté de faire ça que je suis tombé en déprime, dans un marasme. Je crois qu'à ce moment, j'ai retourné la haine contre moi...* »

Ces exemples, ainsi que celui de Monsieur P., illustrent bien comment le symptôme corporel vient régulièrement témoigner de la présence d'un conflit psychique qui n'a pas encore été élaboré. Or, de la même manière que la dépression et l'insomnie sont actuellement traitées majoritairement de manière circonscrite, notamment par la prescription exclusive d'antidépresseurs et de somnifères, nous pouvons constater que la plupart des symptômes psychiques et corporels sont à ce jour considérés et traités de la même manière, sans que ne soit pris en compte le conflit psychique où ils prennent leur source.

Autrement dit, il semble que la plupart des traitements dans le champ médico-psychologique se structurent à ce jour sur des raisonnements elliptiques, c'est-à-dire sur des boucles associatives isolées qui ne peuvent être articulées. Comme nous l'avons développé précédemment⁵⁰³, l'isolation d'un ensemble clos de signifiants induit une signification illusoire, une fausse compréhension⁵⁰⁴ qui repose sur le fait que le Moi se focalise sur un ensemble clos de signifiants, tout en excluant le reste. La déformation par omission ou par ellipse⁵⁰⁵ qui résulte de ce procédé défensif conduit le Moi à adhérer à une signification illusoire qui repose précisément sur les ruptures associatives qui maintiennent le raisonnement isolé. En l'occurrence, les ruptures associatives qui caractérisent ces découpages signifiants se représentent dans le traitement des symptômes en ceci qu'elles empêchent littéralement de considérer la cause du symptôme, son articulation avec d'autres, son déplacement ou encore son retour dans le temps. Alors, s'il est possible de se rendre compte que cette forme de « rationalité myope »⁵⁰⁶ conditionne à ce jour la plupart des traitements ciblés au sein du champ médico-psychologique, il est également possible de se rendre compte que ces systèmes

⁵⁰³ Cf. *La boucle logique obsessionnelle : l'illusion interprétative et son incidence clinique, épistémologique*. p. 73.

⁵⁰⁴ Freud, S. (1909). *Op. cit.*, p. 194.

⁵⁰⁵ *Ibid.*, p. 196.

⁵⁰⁶ Lewontin, R-C. *La triple hélice, Les gènes, l'organisme, l'environnement*, Paris, Éditions du seuil, 2003, p. 130.

elliptiques entraînent une véritable désorganisation de la logique clinique. Et pour cause, non seulement ces raisonnements bornés conduisent à confondre un effet ciblé momentané avec un soin, mais ils empêchent aussi de considérer la cause réelle du symptôme, et donc son soin.

Finalement, considérer la fonction du symptôme corporel d'un point de vue dynamique, économique et topique ne conduit-il pas à mettre en exergue que son traitement participe le plus souvent du champ opératoire de la psychanalyse ? Aussi difficile à poser soit-elle, cette question nous semble constituer à ce jour le tranchant le plus subversif de la découverte freudienne, tout du moins au regard du fonctionnement du champ médical actuel.

Pour donner une nouvelle illustration qui témoigne de la nécessité de la psychanalyse dans le traitement des symptômes corporels, voici ce que peut dire Monsieur X. qui souffre depuis plusieurs années de céphalées, d'hypertension et de douleurs musculaires :

« Il faut que je sois le meilleur, que je gagne. J'ai été conditionné par mon éducation et le milieu dans lequel j'ai grandi. Je suis dans une course et j'ai peur de me rendre compte que ma vie est passée et que je ne peux plus revenir en arrière. Pendant une longue période, j'ai ignoré les signaux que mon corps me donnait, que moi je me donnais à moi-même. J'étais aller voir de nombreux médecins. La dernière fois, je suis allé voir un médecin deux ou trois mois avant de venir ici car j'avais des palpitations, c'étaient comme des signes pour me dire stop, d'arrêter de rester aveuglé. Au fond de moi, je refusais d'admettre que je me trompais, que je commettais une erreur. Je refusais d'admettre que j'étais faible. Le processus de cette cure-là a commencé le jour où j'ai commencé à admettre que je suis faible, à demander de l'aide et à venir ici. J'essaie d'arrêter cette course métaphorique pour être le meilleur. C'est toujours cette question de l'idéal, de vouloir être parfait... Je fais une pause. »

Si cette séance de Monsieur X. illustre une nouvelle fois la nécessité du traitement psychique dans le soin des symptômes corporels, elle met en lumière rétrospectivement les ruptures associatives qui continuent de disjoindre la lecture des symptômes corporels du conflit intrapsychique sous-jacent. Par sa confusion avec des séparations rationnelles et opératoires, l'isolation psychique induit donc un paradoxe saisissant dans l'organisation et dans les clivages actuels qui continuent de régir, à l'encontre même de la logique clinique, le traitement des symptômes des êtres parlants. La problématique absurde qui résulte de ces multiples focalisations hermétiques est particulièrement saisissante dans le champ du soin en ceci que traiter les symptômes corporels sans considérer le conflit intrapsychique dont il peut trouver son origine reviendrait finalement à renforcer l'aliénation et – comble du paradoxe – à renforcer le symptôme ou le déplacer indéfiniment.

Autrement dit, la méthode psychanalytique dévoile *a posteriori* l'impasse clinique qui consiste à traiter les manifestations symptomatiques de manière isolée, en court-circuitant leurs articulations logiques via une multitude de découpages et de systèmes de causalités circonscrits. Et si ces boucles logiques permettent de voiler temporairement l'orage intrapsychique qui gronde derrière le symptôme considéré, les psychanalysants témoignent cependant du prix à payer de ces systèmes illusoire qui renforcent l'aliénation. Ce fonctionnement paradoxal dans le champ du soin a effectivement été remarqué par les psychanalystes depuis Freud. Mais ce qui semble passer à ce jour plus inaperçu, c'est que la plupart de ces fonctionnements absurdes pseudo-scientifiques – dont les effets délétères sont plus que jamais d'actualité⁵⁰⁷ – se structurent sur des ruptures de liens logiques, soit sur des isolations psychiques.

De la démultiplication du nombre de pathologies et de traitements ciblés au cloisonnement de spécialisations qui se spécifient sur toujours plus de détails, les fausses compréhensions que déterminent les isolations clivent et divisent le champ médico-psychologique en une multitude de systèmes isolés et contradictoires.

Combien de diagnostics et de traitements chimiques sont-ils conditionnés à ce jour par des systématisations hermétiques qui soutiennent leur cohérence sur un contexte isolé ?

Combien de prescriptions médicamenteuses ou suggestives contribuent à renforcer le fonctionnement défensif du patient et ainsi à entretenir, à son insu, ses formations symptomatiques ?

Entre les arrêts maladies à répétition, les hospitalisations évitables et les multiples traitements médicamenteux prescrits sans prendre en compte la cause réelle du symptôme, ces systématisations obsessionnelles qui excluent littéralement la responsabilité et le désir des êtres ont de très lourdes conséquences pour le système de soin et pour la société. Alors, malgré les résistances qu'un tel questionnement peut susciter, les répercussions concrètes de ces systématisations nous enjoignent vivement à éclairer le biais de raisonnement par lequel ces systèmes isolés se confondent avec des thérapeutiques et des raisonnements scientifiques.

⁵⁰⁷ Even, P. et Debré, B. *Avertissement aux malades, aux médecins et aux élus*, Paris, Le cherche midi éditeur, 2002.

Car en focalisant l'attention sur des détails aux dépens de l'essentiel, le fonctionnement obsessionnel conduit autant à déstructurer la logique clinique qu'à réfuter indéfiniment, au nom de la science et de la rationalité, le changement paradigmatique que Freud a initié :

« Pour la médecine, divisée en tant de spécialités, la psychanalyse est une bénédiction, car elle recommande, dans toute forme de maladie, de traiter le malade aussi bien que la maladie. Cela fut toujours reconnu comme un principe, mais, pourtant, rarement réalisé dans la pratique par manque de connaissances psychologiques. En exagérant grossièrement, on pourrait dire que la médecine a agi jusqu'à présent comme si le patient n'avait rien dans la tête et comme si les forces supérieures de l'intelligence, que nous appelons les forces psychiques, n'intervenaient pas dans le combat des organes contre la maladie. Il est certainement temps de prendre au sérieux l'expression 'traitement individuel du patient' »⁵⁰⁸.

Cet extrait d'un article de Ferenczi datant de 1933 souligne bien l'impasse clinique qui consiste à isoler le traitement de la maladie de celui du malade. Il met en évidence la dimension nécessaire du traitement psychique dans le soin des symptômes corporels et organiques, éclairant ainsi le changement radical que la psychanalyse introduit dans le champ de la médecine.

Pour illustrer l'impasse clinique actuelle qui consiste à traiter les symptômes de manière isolée, en faisant fi du conflit intrapsychique par lequel le patient nuit à sa propre santé, voici ce que dit Monsieur X. après quelques mois de psychanalyse. Il réalise alors qu'il prend plus soin de lui et qu'il a moins de symptômes corporels depuis quelques temps :

« J'ai compris quelque chose. Le fait de venir ici très souvent, de payer beaucoup d'argent par rapport à mon salaire. Au début je vous avais demandé si c'était couvert par la SÉCU et vous m'aviez dit que c'était ma démarche et que j'allais comprendre plus tard. C'est pour me rendre compte de moi-même... que je suis le plus précieux... que rien n'est plus important pour moi que moi-même. C'est un acte symbolique. Me montrer ou me démontrer à quel point je peux me sourire à moi-même et c'est ce que je veux me montrer à travers cette cure, qu'il n'y a pas plus important que moi dans cette vie et c'est quelque chose que j'ai délaissé pendant un moment. Ça montre à quel point je pensais petit de moi, que je n'étais pas ma priorité par rapport à moi. Je suis juste en train d'établir à travers cette cure cette priorité et de prendre soin de moi. Il y avait le moi qui voulait contrôler, dans le déni, qui rejetait la cure versus le moi qui voulait la cure. Au moment où je me suis délaissé moi-même, mon ordre des priorités est devenu confus. C'est mon inconscient qui se manifestait au moment où je lâchais prise, où je dormais. Il va agir à travers les rêves. Peut-être qu'au moment où je me suis délaissé, où j'avais un ordre des priorités confus, mon inconscient voulait réagir. A travers mes rêves. C'est peut-être pour ça que pendant une période, je

⁵⁰⁸ Ferenczi, S. (1933). « Influence de Freud sur la médecine », in *Psychanalyse IV, Œuvres complètes 1927-1933*, Paris, Éditions Payot, 1982, p. 121.

m'endormais et j'étais fatigué. Je ne me reposais pas. Oui, c'est le stress. Mais en vrai, c'est mon inconscient qui essayait de m'envoyer des signaux... de me réveiller pour me dire : « eh, qu'est-ce que tu fais ! faut que tu te ressaisisses et que tu vois tes priorités. » Peut-être qu'à un moment donné... mon inconscient a compris que... tous ces signaux qu'il voulait envoyer, c'est comme s'il parlait à un sourd, que je l'ignorais. Donc tout ce qui m'arrive, mes symptômes, c'est le résultat de l'ignorance... de mon inconscient. »

Le changement considérable que la psychanalyse introduit dans le champ de la médecine a été mis en évidence depuis Ferenczi par de nombreux psychanalystes, notamment Fernando de Amorim qui propose de mettre en place une « clinique du partenariat » :

« (...) le médecin d'aujourd'hui ne peut pas *échapper* à ses responsabilités de prendre en considération la présence de l'inconscient dans la formation des troubles et des maladies chez ses patients et ses malades. (...) Seul, le médecin d'aujourd'hui ne peut pas répondre à l'énigme du symptôme, de la détresse et de la souffrance qui touche l'être dans son organisme et dans son corps. Pour prêter main forte au médecin, pour introduire un chaînon dans ce que la tradition avait appelé « clinique », j'ai proposé le concept de *clinique du partenariat*. Il s'agit d'une clinique organisée autour du patient, du médecin et du psychanalyste, soutenue par le transfert et non plus seulement autour du médecin et du patient comme c'est encore le cas. La clinique du partenariat se base avant tout sur une relation de transfert de travail entre le médecin et le psychanalyste. »⁵⁰⁹

Si les psychanalystes, depuis plus d'un siècle, mettent en évidence la nécessité clinique de cette articulation logique entre la médecine et la psychanalyse⁵¹⁰, et s'ils font des propositions concrètes telles que *la clinique du partenariat*⁵¹¹, nous observons qu'à ce jour, ces propositions théorico-cliniques continuent de se heurter aux mêmes ruptures associatives, aux mêmes isolations, aux mêmes rejets catégoriques. Plus généralement, les conséquences médicales majeures qui résultent de la découverte freudienne sont le plus souvent minimisées, compartimentées ou même littéralement annulées. Aussi, la nécessité de distinguer la structure logique de ces raisonnements symptomatiques apparaît d'autant plus essentielle qu'ils se confondent dans le champ de la médecine ou de la psychologie avec des fonctionnements scientifiques.

⁵⁰⁹ Amorim (de), F. *De la clinique*, Paris, RPH, 2012, pp. 7-8.

⁵¹⁰ Del Volgo, M-J. « Psychanalyse et médecine: de la séparation à la réconciliation », in *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, vol. 36, no. 1, 2001, pp. 167-176.

⁵¹¹ Amorim, (de). F. (2008). *Op. cit.*, p. 6.

Par conséquent, les ruptures associatives caractéristiques de l'isolation psychique peuvent se représenter à plusieurs niveaux, tantôt en empêchant de prendre en compte l'influence du conflit psychique, tantôt en empêchant de mesurer les changements institutionnels que nécessite cette prise en compte du désir inconscient dans les symptômes des êtres parlants.

f) Le rejet des résultats de la psychanalyse : l'impasse clinique et épistémologique

Ainsi, en rompant des connexions logiques entre des représentations liées, en interdisant de lier des champs logiquement articulés ou encore en empêchant littéralement de prendre en compte les conséquences institutionnelles de ces articulations, l'isolation psychique engendre une impasse épistémologique qui affecte notamment le champ de la santé. En se confondant avec des limites rationnelles, ces ruptures associatives concourent à déstructurer littéralement la logique du soin en une « parcellisation des tâches »⁵¹² : à défaut de se structurer en fonction de la clinique et de ses nécessités, le mécanisme obsessionnel produirait une infinité de clivages entre systèmes isolés.

Dans un article qui éclaire les nombreux fonctionnements illogiques qui affectent la psychiatrie contemporaine, François Gonon met en évidence comment la logique du soin tend à être corrompue par des divisions qui se présentent comme rationnelles, notamment par la création de « centres experts » pour établir le diagnostic :

« Il nous semble que ce nouveau dispositif de centres experts uniquement dédié au diagnostic représente une dilution des responsabilités et une fragmentation supplémentaire du soin en psychiatrie alors qu'aucune avancée scientifique ne les justifie. Cette fragmentation excessive est critiquée par le psychiatre britannique George Lodge qui rappelle la nécessaire continuité des soins⁵¹³. »⁵¹⁴

Cette fragmentation excessive, qui corrompt la logique même du soin, met en évidence les conséquences problématiques des ruptures associatives. De surcroît, ce que souligne ici François Gonon permet de remarquer que la difficulté qu'induisent ces fonctionnements bornés semble ici se redoubler en ceci qu'elles se présentent comme des solutions, telle la constitution

⁵¹² Bass, H-P., Vanier, A. et Mathelin-Vanier, C. « Psychanalyse et médecine, aujourd'hui », in *Le Journal des psychologues*, vol. 330, no. 8, 2015, p. 54.

⁵¹³ Lodge, G-J. « How did we let it come to this? A plea for the principle of continuity of care. », in *Psychiatrist*, Vol 36, 2012, pp. 361-363.

⁵¹⁴ Gonon, F. (2013). *Op. Cit.*, p. 292.

de ces « centres experts » comme réponse aux problématiques diagnostiques dans le champ de la psychiatrie. De ce fait, plutôt que de repérer les ruptures des liens logiques qui fragmentent tout autant les entités nosographiques que l'organisation du champ médico-psychologique, les multiples fonctionnements illogiques conçus par ces fausses compréhensions induisent toujours plus de solutions illusoire qui paraissent logiques en étant considérées séparément. Nous reprendrons cette articulation dans la partie sur les erreurs de raisonnement et nous donnerons des exemples cliniques de cette forme de course en avant.

Pour illustrer clairement la problématique épistémologique et le paradoxe institutionnel qu'introduit l'isolation psychique, intéressons-nous à la définition du terme de « médecine ». Celle que l'on retrouve dans le dictionnaire *Larousse* est la suivante : « ensemble des connaissances scientifiques et des moyens de tous ordres mis en œuvre pour la prévention, la guérison ou le soulagement des maladies, blessures ou infirmités. »⁵¹⁵

Le rejet catégorique de nouvelles connaissances scientifiques est un phénomène relativement récurrent dans l'histoire des sciences⁵¹⁶, notamment dans l'histoire de la médecine⁵¹⁷. Toutefois, l'exclusion de la découverte freudienne a cette particularité qu'elle met en abyme la structure de cette problématique épistémologique : la psychanalyse permet précisément d'éclairer la dimension de méconnaissance et la structure illusoire qui caractérisent le fonctionnement du Moi de l'être humain. Parmi ces illusions qui peuvent conduire à récuser une découverte scientifique, celles qui se structurent sur l'isolation psychique se distinguent dans la mesure où les fausses compréhensions qui résultent des boucles associatives reposent sur des ruptures associatives. Par les connexions au sein de l'ensemble de représentations isolé et par l'impression de globalité qui résulte de sa fermeture, n'importe quel lien de contingence peut ainsi prendre l'apparence d'un lien de causalité, et n'importe quel effet temporaire peut être interprété comme un phénomène durable : l'isolation psychique induit des amalgames et des erreurs d'interprétations qui se repèrent en premier lieu dans les obsessions manifestement absurdes⁵¹⁸. Mais ce qui semble passer plus inaperçu aujourd'hui, nous en donnerons encore de nombreuses illustrations, c'est que la dimension absurde de l'obsession peut rester voilée et se

⁵¹⁵ Dictionnaire Larousse, *Médecine*, 2020, <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/médecine/50082>

⁵¹⁶ Walch, J-P. *Galilée dans l'histoire. Science, religion, politique*, Paris, Nouveau Monde éditions, 2017.

⁵¹⁷ Dachez, R. *Histoire de la médecine – De l'Antiquité à nos jours*, Paris, Éditions Tallandier, 2012.

⁵¹⁸ Cf. *La focalisation exclusive de l'attention ou la structure de l'obsession*. p. 68.

représenter au sein de systématisations mondialement reconnues qui se présentent comme scientifiques⁵¹⁹.

Dans un article très important au sein duquel ils examinent « le soubassement explicite des psychologies qui récusent la psychanalyse : psychologie comportementale, bio-psycho sociale et, pour une part au moins, neuropsychologie »⁵²⁰, Michel Lapeyre et Marie-Jean Sauret mettent en évidence les conséquences problématiques de ces systèmes dogmatiques au sein desquels « une corrélation »⁵²¹ est confondue avec « la cause déterminante »⁵²² :

« L'hypothèse déterministe repose l'esprit paresseux ! La mise en évidence d'une corrélation entre un caractère phénotypique et la présence de tel gène prouve bien sûr l'association, mais pas que le gène soit la cause déterminante. Parler de composante génétique met en cause la position centrale du gène dans les phénomènes biologiques. Cette position centrale s'énonce comme un dogme : ce qui se transmet d'une génération à une autre n'est pas le caractère héréditaire mais le gène. C'est ce lien causal entre gène et caractère phénotypique héréditaire qui constitue le contenu explicatif (désormais contesté) de la génétique : « Le dogme central de la biologie moléculaire est que la séquence de l'ADN détermine la séquence chimique des acides aminés et des protéines, laquelle à son tour détermine à elle seule la fonction des protéines. Le nouveau dogme central de la génétique du développement est que la forme d'un organisme peut être déduite de la connaissance exhaustive des voies de régulation génétique (quel gène "allume" quel gène)⁵²³. »

Cette thèse a assuré le succès de la biologie et découle des théories génétiques de l'hérédité : chaque trait ou phénomène de la vie s'explique par un gène. L'identification des gènes donnera la clef du phénomène. Voilà les chercheurs partis en quête des gènes du cancer, de la mucoviscidose, de la sclérose en plaque, de l'obésité, de la schizophrénie, de l'autisme, de l'agressivité, du crime, du sport et même de la fidélité conjugale (et nous en passons !) ... Étrange position qui récuse la psychanalyse comme un mythe, mais s'efforce de construire la théorie biologique susceptible d'attribuer tous les maux physiques et moraux de l'espèce humaine... à Adam et Eve ! Pourquoi s'étonner, alors, que des universitaires défendent le caractère scientifique de la création du monde relatée dans la « Genèse⁵²⁴ », contre le darwinisme justement (Lecourt, 1992 ; Sauret 1993) ! »⁵²⁵

⁵¹⁹ Di Vittorio, P., Minard, M. et Gonon, F. « Les virages du DSM : enjeux scientifiques, économiques et politiques », in *Hermès, La Revue*, vol. 66, no. 2, 2013, pp. 85-92.

⁵²⁰ Lapeyre, M., Sauret, M-J. « La psychanalyse avec la science », in *Cliniques méditerranéennes*, vol. n° 71, no. 1, 2005, p. 149.

⁵²¹ *Ibid.* p. 151.

⁵²² *Ibid.*

⁵²³ Richard Lewontin indique de façon précise ce qui faute dans ce raisonnement : l'oubli de l'environnement constitutif et non simple déterminant du processus (*La triple hélice. Les gènes, l'organisme, l'environnement*, Paris, Le seuil, p. 132 s.).

⁵²⁴ Le premier des cinq livres composant le « Pentateuque » (les cinq premiers livres de la Bible), attribués à Moïse.

⁵²⁵ Lapeyre, M., Sauret, M-J. (2005). *Op. Cit.*, pp. 151-152.

Cet extrait révèle le paradoxe épistémologique qu'induisent ces systèmes explicatifs qui se présentent comme scientifiques, tout comme il met en évidence que le biais logique sur lequel ils se structurent repose sur la dimension exclusive du système.

De même, les auteurs soulignent avec justesse la dimension absurde de ces raisonnements étriqués et l'infinité des fausses compréhensions qui peuvent en résulter. Ceci souligne bien la structure du phénomène symptomatique qui se répète et se déplace, à savoir qu'au sein du système clos de représentations, n'importe quel lien de corrélation peut ainsi prendre la signification illusoire d'un lien de causalité, exclusif et déterminant.

De même, la démultiplication à l'infini des « diagnostics » et des « nouvelles maladies » témoigne des conséquences problématiques de cette tendance à rompre les liens logiques en isolant des ensembles clos de signifiants : en focalisant l'attention sur un ensemble circonscrit de symptômes, le mécanisme obsessionnel peut conduire à inventer une infinité de « nouvelles pathologies ». Le « Trouble Oppositionnel avec Provocation » est un exemple parmi tant d'autres d'invention de « diagnostics » induite par des isolations psychiques. Le découpage signifiant qui isole cette entité se distingue en ceci que sa signification illusoire de « nouvelle pathologie » ne peut se maintenir qu'à condition de maintenir le système hermétique, soit d'exclure toute articulation logique. Les pseudo-diagnostics qui résultent de cette forme de rationalité étriquée se caractérisent donc par une forme de « simplisme étiopathogénique »⁵²⁶, ce qu'Amal Hachet met très bien en évidence en reprenant l'exemple du « TOP » :

« Un rapport récent de l'INSERM, datant du 22 septembre 2005 et réalisé par un groupe d' 'experts' sur les troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent, fit état d'une nouvelle pathologie appelée les 'TOP' : Troubles Oppositionnels avec Provocation. Il s'agirait d'un ensemble de comportements hostiles, indociles, impulsifs ou provocateurs s'exprimant au cours de la petite enfance. Parmi les facteurs à risque cités, on trouve, d'une part, le facteur génétique et héréditaire (antécédents familiaux de troubles des conduites, de criminalité au sein de la famille), d'autre part, la présence chez l'enfant de déficits neurocognitifs (tels que les déficits des habiletés verbales et des fonctions exécutives). Pour faire face à ces déficits, les 'experts' préconisent la mise en place d'un programme de dépistage précoce des signes précurseurs et des facteurs à risque dès la vie intra-utérine associé à un programme de prévention et de prise en charge 'psychosociale'. Cette dernière serait une sorte de 'psychothérapie' censée aider l'enfant à développer 'des stratégies de résolutions de problèmes' et des 'compétences sociales, cognitives et émotionnelles'. L'ensemble de ces interventions, renforcé par un traitement pharmacologique spécifique (des antipsychotiques, des psychostimulants

⁵²⁶ Hachet, A. *Clinique de l'enfant. Psychothérapie et évaluation*. Armand Colin, 2011. p. 10.

et des thymorégulateurs), devrait commencer dès la grossesse et se poursuivre jusqu'à la troisième année de l'enfant.

En faisant l'impasse sur ce qui fait l'identité de l'enfant en tant que sujet, à savoir son désir, la société de postmodernité s'obstine à ignorer la véritable souffrance qui se cache derrière son symptôme ou son 'trouble de conduite', lequel est loin d'être réductible à des facteurs chimiques, héréditaires ou génétiques. »⁵²⁷

Cet exemple de pseudo-diagnostic illustre bien les conséquences problématiques de ces ruptures associatives dès lors qu'elles se confondent avec une capacité d'analyse ou d'expertise. De même que la tendance à s'attacher à une causalité erronée tout en s'obstinant à ignorer les véritables liens de causalités est particulièrement caractéristique de la structure de ces symptômes obsessionnels qui se confondent avec des théorisations. Nous le reprendrons plus en détails avec l'exemple du TDAH, les fausses compréhensions qui résultent de ces isolations sont clairement repérables, à commencer par celle qui conduit à confondre systématiquement un effet ciblé à court terme avec une réelle solution :

« Depuis les années 1970 aux États-Unis, la preuve a été faite que les symptômes du TDAH peuvent être allégés à court terme chez 75 % des enfants par un médicament psychostimulant. Cependant, selon plusieurs études américaines ayant suivi de très larges cohortes d'enfants pendant des années, le traitement par les stimulants ne présente aucun bénéfice à long terme. »⁵²⁸

Ainsi, l'illusion interprétative que détermine l'isolation psychique et les systèmes pseudo-scientifiques qu'elle engendre ne sont pas sans avoir des conséquences paradoxales et déroutantes, notamment dans le champ de la santé : le soulagement temporaire, que peut produire un médicament ou une suggestion, tend à y être systématiquement considéré comme un véritable soin. Peu importe que le symptôme revienne quelques temps après ou qu'il se déplace en une autre forme symptomatique, le découpage des représentations qu'offre l'isolation psychique permet d'omettre, d'exclure littéralement, ce qui ne participe pas de l'ensemble de représentations isolé. C'est donc bel et bien à ce niveau que nous pouvons mesurer les effets délétères que produisent ces illusions par omission car si l'acte clinique suscité en fonction de ce biais logique apparaît cohérent en étant considéré dans une perspective restreinte, il devient littéralement absurde quand l'ensemble appréhendé s'élargit, soit dès lors que s'établissent les connexions logiques rompues par isolation.

⁵²⁷ *Ibid.*

⁵²⁸ Gonon, F. « La psychiatrie biologique : une bulle spéculative ? Le cas de l'hyperactivité tdah », in *Journal français de psychiatrie*, vol. 44, no. 2, 2016, pp. 113-124.

Par conséquent, si l'apaisement d'un symptôme peut apparaître comme une bonne solution thérapeutique dans une boucle associative obsessionnelle, cette même solution thérapeutique devient antinomique du soin dès lors qu'elle s'inscrit dans une lecture dynamique, topique et économique du même symptôme. Pour ne prendre ici qu'un exemple particulièrement d'actualité, la prescription systématique d'antidépresseurs peut être considérée comme un traitement efficace de la dépression à travers une perspective isolée, mais elle se révèle constituer au contraire un frein à la guérison dans la mesure où elle exclut littéralement de considérer les causes réelles de la dépression. Comme le souligne François Gonon :

« Pour les maladies psychiatriques sévères, les médicaments psychotropes découverts dans les années 1950 et 1960 ont représenté un progrès majeur. En revanche, les traitements médicamenteux sont peu efficaces à long terme pour les troubles fréquents. Par exemple, les psychostimulants sont efficaces à court terme pour alléger les symptômes de l'hyperactivité (TDAH), mais ils ne protègent pas contre les risques accrus de délinquance, de toxicomanie et d'échec scolaire qui sont plus élevés (deux à quatre fois) chez les enfants souffrant du TDAH⁵²⁹. De même, après un traitement par antidépresseurs, le taux de rechute est de l'ordre de 70 %⁵³⁰ et la différence avec un traitement placebo n'est faiblement significative que dans les dépressions les plus sévères⁵³¹. »⁵³²

Le fonctionnement actuel du champ médico-psychologique met donc en exergue que le biais interprétatif que produit l'isolation psychique y est particulièrement représenté. Par la désarticulation de la logique clinique qu'induisent ces ruptures associatives et par les contradictions qu'elles permettent de maintenir, la confusion entre l'isolation psychique et des séparations scientifiques contribue à désorienter littéralement le rapport du signifiant *soin* ou de celui de *santé* du réel qu'ils visent à cerner. Car soigner, toujours pour le dictionnaire *Larousse*, signifie : « *Procurer les soins nécessaires à la guérison, à l'amélioration de la santé de quelqu'un, d'un animal.* »

⁵²⁹ Gonon, F., Guilé, J.-M. et Cohen, D. « Le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité : données récentes des neurosciences et de l'expérience nord-américaine », in *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, vol. 58, 2010, pp. 273-281.

⁵³⁰ Trivedi, M.-H., Rush, A.-J., Wisniewski, S.-R. *et al.*, « Evaluation of Outcomes with Citalopram for Depression Using Measurement-Based Care in STAR*D: Implications for Clinical Practice » in *American Journal of Psychiatry*, vol. 163, n° 1, 2006, pp. 28-40.

⁵³¹ Kirsch, I., Deacon, B.-J., Huedo-Medina, T.-B. *et al.*, « Initial Severity and Antidepressant Benefits: A Meta-Analysis of Data Submitted to the Food and Drug Administration », in *PLoS Med*, vol. 5, n° 2, 2008 p. 45. Fournier, J.-C., DeRubeis, R.-J., Hollon, S.-D. *et al.*, « Antidepressant Drug Effects and Depression Severity: A Patient-Level Meta-Analysis », in *JAMA*, vol. 303, n° 1, 2010, pp. 47-53.

⁵³² Gonon, F. « La psychiatrie biologique : une bulle spéculative ? », in *Esprit*, vol., no. 11, 2011, pp. 58-59.

Or, en apaisant le symptôme à court-terme tout en excluant la possibilité de dénouer véritablement ce qui le cause, ces systèmes de prescriptions n'entrent-ils pas en contradiction avec la dimension de soin et de guérison ?

Dans un article du journal *l'Humanité* dans lequel il met en évidence comment la politique de santé publique actuelle consiste à focaliser l'attention sur les conséquences des symptômes sans traiter leur cause, le cardiologue François Carré résume en une formule laconique le fonctionnement absurde du champ de la santé : « Je le dis clairement : nous n'avons pas un ministère de la Santé, mais un ministère de la maladie. »⁵³³

Alors, si les biais de lecture qu'induit le Moi dans chacune des structures psychiques ne sont pas sans conséquences pour les milieux scientifiques, les conséquences de l'isolation psychique sont d'autant plus fâcheuses que les systématisations qu'engendre le procédé obsessionnel peuvent facilement se confondre avec des fonctionnements logiques.

Cependant, un siècle après la découverte freudienne de la psychanalyse, ces systèmes symptomatiques peuvent davantage se distinguer des théorisations dans la mesure où ils rentrent précisément en contradiction avec l'expérience clinique.

La découverte freudienne constitue un changement essentiel dans la conception des symptômes humains et, *a fortiori*, dans leur prise en charge. La non prise en compte de cette découverte, dans le champ même où elle aurait le plus d'implications, viendrait alors éclairer une problématique épistémologique importante. Nous l'avons déjà souligné dans notre première partie, ce blocage épistémologique s'appuierait notamment sur la confusion entre des fonctionnements rationnels et des fonctionnements obsessionnels. Dans le champ médico-psychologique, cet amalgame conduirait à y instituer des systèmes illusoire par lesquels des ensembles de phénomènes sont appréhendés de manière bornée. Cependant, en conférant à ces systèmes l'apparence de l'ordre, de la rigueur et de l'objectivité, les biais logiques sur lesquels ces constructions défensives se structurent tendent à passer inaperçus à ce jour et à engendrer ainsi, au nom de la science et de la raison, un certain nombre de dysfonctionnements, à commencer par instaurer une confusion entre la scientificité et, comme le précise Mareike

⁵³³ Carré, F. « Santé, la sédentarité des jeunes, 'une bombe à retardement' », in *l'Humanité*, 16/04/2022. <https://www.humanite.fr/sports/sport/sante-la-sedentarite-des-jeunes-une-bombe-retardement-746173>

Wolf-Fédida, « la dictature d'une certaine conception d'expériences dites scientifiques »⁵³⁴. L'imposture par laquelle ces fonctionnements absurdes tendent à s'ériger au nom de la scientificité a été mise en évidence par de nombreux psychanalystes, notamment dans la mesure où ils conduisent à exclure la psychanalyse malgré son importance capitale.

Dans un article intitulé « Esprit, où es-tu ? », Philippe La Sagna met en évidence comment cette dérive de la rationalité tend à s'instituer précisément au nom de la rationalité :

« Le mouvement psychanalytique aux USA se scinde en deux, avec d'un côté la constitution au sein du mouvement analytique d'une *internationale neuropsychanalytique* qui a déjà ses congrès et sa structure, et d'un autre côté un projet d'*académie de psychanalyse* qui vise à couper définitivement les liens de l'analyse avec la médecine, en l'instituant comme un « art ». Ceci afin d'échapper à l'évaluation généralisée, définie par les cognitivistes et les neurobiologistes. Inutile de souligner que la majorité des psychanalystes praticiens américains ne se reconnaissent pas forcément dans les termes de cette « guerre des sujets » qui leur vient du dehors et leur est imposée par le lobby des scientifiques d'un côté et celui des *cultural studies* de l'autre. Tout ceci tend à passer sous silence que la psychanalyse puisse avoir comme avenir de rester elle-même, ce qui est l'orientation même de Lacan, sans allégeance ni capitulation vis-à-vis de la neurologie, de l'université ou du post-modernisme. La psychanalyse a tenu sa place en refusant toujours de se laisser enfermer dans celle qu'on lui assigne, sans se priver d'occuper dans la médecine, la culture, la cité, celles qu'elle pense lui revenir. »⁵³⁵

De la sorte, le champ médico-psychologique est particulièrement exemplaire pour illustrer comment des fonctionnements pathologiques peuvent s'amalgamer avec des signifiants valorisés, en l'occurrence ici avec ceux de « la science », de « l'évaluation », de « la recherche », de « la médecine » ou encore de « la psychologie ». Mais au regard du traitement des symptômes des êtres parlants, la dimension paradoxale qu'induisent ces fallacieuses assimilations apparaît d'autant plus clairement que ces dernières conduisent à instaurer des fonctionnements systématisés qui vont à l'encontre même de la fonction du soin.

⁵³⁴ Wolf-Fédida, M. « De la phénoménologie à la psychopathologie psychanalytique », in *Recherches en psychanalyse*, vol. n° 3, no. 1, 2005, p. 153.

⁵³⁵ La Sagna, P. « Esprit, où es-tu ? » in *La Cause freudienne*, vol. 59, no. 1, 2005, p. 12.

2.2 Les répercussions cliniques et sociales du sentiment de contrainte : les systèmes contradictoires

« Les symptômes de la névrose de contrainte sont d'une façon générale de deux espèces différentes et de deux tendances opposées. Ce sont ou bien des interdictions, des mesures de précautions, des pénitences, ce qui est donc de nature négative, ou bien au contraire des satisfactions substitutives, très souvent sous un déguisement symbolique. De ces deux groupes, le groupe négatif, défensif, punitif, est le plus ancien ; avec la durée de l'état de la maladie, les satisfactions qui se moquent de toute défense prennent le dessus. C'est un triomphe de la formation de symptôme si on réussit à amalgamer l'interdiction à la satisfaction, si bien que le commandement ou l'interdiction originellement défensifs revêtent aussi la signification d'une satisfaction, ce pour quoi des voies de liaisons très artificielles sont souvent sollicitées.⁵³⁶ »

a) *Les auto-reproches, les reproches et le sentiment de contrainte*

Très rapidement, Freud a mis en évidence que les reproches constituaient un élément important du tableau clinique de la névrose obsessionnelle :

« L'essence de la névrose de contrainte peut s'énoncer en une formule simple : les représentations de contraintes sont chaque fois des reproches transformés, faisant retour hors du refoulement, qui se rapportent toujours à une action sexuelle du temps de l'enfance, exécutée avec plaisir. »⁵³⁷

Qu'ils soient adressés à l'autre, en miroir, ou à soi-même, les reproches dans la névrose obsessionnelle apparaissent de manière déplacée, c'est à dire en s'attachant à une représentation suffisamment éloignée de la représentation refoulée. Ce déplacement peut donc conférer à ces

⁵³⁶ Freud, S. (1926). « Inhibition, symptôme, angoisse », in *Œuvres Complètes, Vol. XVII*, Paris, PUF, 1992, pp. 229-230.

⁵³⁷ Freud, S. (1896). « Nouvelles remarques sur les névropsychoses-de-défense », in *Œuvres Complètes, Vol. III*, Paris, PUF, 2005, p. 130.

reproches un caractère exagéré, répétitif et incongru auquel peuvent se mêler des sentiments douloureux d'incompréhension et d'injustice. Par exemple, le Moi du névrosé obsessionnel peut reprocher avec véhémence le manque de courtoisie ou d'empathie de ses contemporains, il peut encore accabler son semblable à l'égard de son individualisme, des inégalités ou de la pauvreté dans le monde tout comme il peut se critiquer avec une extrême vigueur pour un quelconque manquement ou pour un acte particulièrement anodin. Lorsqu'ils n'apparaissent pas directement, les reproches semblent pouvoir se manifester dans des actes d'expiation et de punition comme pure conscience de culpabilité ou encore venir alimenter d'autres symptômes, notamment la susceptibilité, la procrastination ou encore la peur obsédante d'être jugé. Ces reproches itératifs mettent en évidence la problématique de la jouissance, du don et de la rétention qui caractérise la fixation au stade sadique-anal⁵³⁸ et que Jacques-Alain Miller a réarticulée avec la volonté du névrosé obsessionnel de démentir le choix forcé, « de ne rien laisser perdre »⁵³⁹. Ceci détermine un rapport spécifique à la demande de l'Autre que Philippe de Georges précise en ces termes :

« Ceci nous donne une indication quant à la voie à suivre dans la cure pour que le sujet s'approprie sa vérité : il ne s'agit pas de rester obnubilé par les remparts qu'il dresse. À propos du sujet obsessionnel, Lacan parle de fortifications à la Vauban. Le sujet se remparde, se pétrifie ; sa stratégie de défense est de ne pas être là où l'Autre l'attend. Les demandes de l'Autre sont vécues comme autant de menaces devant lesquelles le sujet fait le mort pour préserver son avoir, pour ne pas risquer sa puissance en l'exposant. »⁵⁴⁰

Ce rapport spécifique à la demande, qu'elle soit réelle ou supposée, peut se représenter de multiples manières dans les difficultés du névrosé, notamment par un sentiment aigu de contrainte et d'obligation. Et s'il peut ainsi se sentir obligé quant à ce qu'il pense être attendu de lui, il semble aussi que toute faille ressentie dans la possibilité même de ne pouvoir répondre à cette attente peut devenir l'objet d'auto-reproches d'une grande violence pour le Moi.

Du don excessif à la rétention, de la soumission aliénante à l'opposition systématique, des auto-reproches aux reproches répétitifs, du rigorisme au laxisme, la multiplicité des modalités d'expressions de cette problématique semble contribuer à rendre la névrose obsessionnelle

⁵³⁸ Freud, S. (1905). « Trois essais sur la théorie sexuelle », in *Œuvres Complètes, Vol. VI*, Paris, PUF, 2006, p. 135.

⁵³⁹ Miller, J.A. « H2O », in *Actes de l'École de la Cause freudienne, VIII*, Paris, 1985, p. 24.

⁵⁴⁰ Georges (de), P. « Une pensée dont l'âme s'embarrasse », in *La Cause freudienne*, vol. 67, no. 3, 2007, p. 41.

difficile à diagnostiquer.

Pour illustrer une modalité d'expression de cette problématique, voici par exemple ce que peut dire Madame P. lors d'une séance de psychothérapie : *« au travail, je n'arrive pas à dire non, je dis oui à tout même si ce n'est pas possible. J'essaie de tout donner. C'est bizarre parce qu'à la maison j'arrive bien à dire non. Au contraire même, je dis tout le temps non et je me repose sur mon mari. »*

De même, ce rapport contraignant à la demande se représente bien dans les propos de Madame A. Au retour de ses congés, celle-ci reproche précisément à ses amis de restreindre sa liberté :

« J'ai toujours du mal au bout d'un moment quand je suis en vacances avec mes amis. C'est comme si je suis obligée, c'est comme si je ne peux pas faire exactement ce que j'ai envie de faire, que je ne peux pas contrôler. La contrainte, c'est quelque chose que je ressens énormément. Je ne supporte pas, ça m'agace. C'est comme au travail, les réunions, si ce n'est pas moi, si ça ne vient pas de moi, ça me met en rage. Quand il y a une contrainte, je ne supporte pas, c'est comme si c'était épidermique. Parce que ça vient de l'extérieur, alors que je me mets moi-même des contraintes. Même en profitant avec des amis, il y a toujours cette notion que je me dois d'être d'une certaine manière, je me mets dans un carcan, je me mets des obligations sur tout. Je râle pour les réunions alors que je suis la première à me mettre des contraintes. Mais quand je me mets des contraintes, c'est comme si c'est mon contrôle, c'est moi qui décide... Alors pourquoi cette contrainte ? C'est comme-ci je ne pouvais pas être libre, que je me l'interdisais. »

Cette dimension contraignante et assujettissante quant à ce que le névrosé suppose être attendu de lui peut se retrouver dans la difficulté par laquelle il considère ses propres choix et ses propres décisions. Il peut ainsi avoir tendance à ressentir que ce qu'il fait n'est pas véritablement pour lui tout comme il peut mettre en doute ses propres choix en se demandant s'ils sont bien les siens.

Une patiente, Madame V., se plaint de ne pas avoir de désir sexuel pour son mari. Son attirance charnelle s'évanouit face à l'appétit de cet homme qu'elle ressent comme oppressant. Le vacillement de son désir l'amène alors à remettre en question systématiquement le choix de poursuivre l'aventure avec cet homme, avec lequel elle a par ailleurs trois enfants. Au fur et à mesure de ses séances, Madame V. se rend compte qu'elle se situe dans une confrontation permanente à l'égard de cet homme. Elle ne peut s'empêcher d'éconduire ses avances et, plus précisément, elle ne veut *« surtout pas lui faire plaisir »*. Dans un premier temps, Madame V. commence par remettre la responsabilité de sa souffrance et de la disparition de son désir entre

les mains du compagnon, qu'elle tyrannise par la rétention de son affection, puis réalise de plus en plus que son rapport problématique à son désir se répète dans tous les champs de son existence : *« je me sens délaissée par mon patron. Je ne me sens pas bien avec lui. J'hésite tous les jours à changer de travail mais je vois bien que c'est le même processus qu'avec mon mari : je ne me sens pas bien avec lui et en même temps, je n'ai pas envie de lui donner ce qu'il attend. »*

Cet exemple clinique indique que ce rapport problématique à la demande peut constituer une difficulté importante à l'avancée du traitement, dans la mesure où le désir de le poursuivre peut facilement se dissiper au profit d'un sentiment de contrainte et d'obligation. Ainsi, ce rapport aliénant à la demande est particulièrement troublant car il peut conduire le névrosé obsessionnel à douter tout autant de ce qu'il désire, de ce qu'il ressent et même de ce qu'il est et pense vraiment. De l'école à l'entreprise, des parents aux compagnons de route, toute attente supposée peut ainsi venir réveiller ce rapport contraignant derrière lequel gronde la menace du reproche. Et cet auto-reproche manque rarement de se manifester car ce que le névrosé offre ou peut offrir ne cesse de revêtir à son insu la valeur paradoxale de l'objet dont il ne veut céder la jouissance. Celle-ci se dévoile dans ses paroles, notamment quand il s'accable et considère systématiquement ce qu'il produit comme de la « merde » ou comme « quelque chose sans intérêt ».

Voici comment Monsieur R. décrit les reproches qui l'assaillent dans son rapport aux attentes de ses collègues :

« J'ai l'impression de toujours mal faire, de ne pas bien faire. En disant cela, je vois bien que je veux plaire, c'est un peu de la séduction. J'espère toujours qu'on me dira que c'est bien ce que je fais. J'en ai besoin mais je ne devrais pas à mon âge. Je pense toujours que si je ne fais pas bien, je vais me faire engueuler. C'est presque un sentiment de persécution mais je me rends compte finalement, que le tyran, c'est moi. »

Dans ce rapport anachronique où le trésor qu'il cherche à donner pour satisfaire la demande de l'Autre tend à se dissiper dans la valeur annulée de sa déjection, l'obsessionnel se confronte à la déception, au sentiment d'injustice et à l'incompréhension que suscite le schisme entre ce qu'il produit effectivement et la problématique voilée que ce don peut réactiver. Aussi, en déplaçant ce rapport névrotique sur la figure de Dieu, de l'État, de son conjoint, de son ami ou encore de son patron, cet Autre qu'il tente en vain de satisfaire peut tout aussi bien prendre le masque du tyran qui le contraint. Les auto-reproches peuvent ainsi facilement se transformer

en reproches, tout aussi typiques que systématiques, qui se rationalisent en fonction des déplacements des figures de cet Autre oppressant.

Quand ce ne sont pas les demandes du conjoint ou du supérieur hiérarchique qui deviennent contraignantes, l'État ou n'importe quel système religieux ou politique peut facilement devenir le réceptacle de ses blâmes et de son amertume.

Voici comment Madame W. peut illustrer le déplacement de ses reproches sur la « société » :

« Je retarde sans cesse mon entrée dans le monde du travail, c'est comme une adolescente, c'est un rejet de la société. Mais ce que je reproche à la société, c'est ce que je vais m'appliquer. Je reproche à la société d'être une société de jouissance, qui n'assume pas ses responsabilités. Et c'est exactement ce que je me reproche. Ce que je reproche aux autres, c'est à moi-même que je le reproche. C'est ce que je n'aime pas de moi. Je suis en train de fuir ma vie, de fuir mes responsabilités. Ce rejet de la société, c'est un peu une relation typique de plein de personnes, une relation de décalage par rapport à la société. Tout le monde est critique par rapport au social, personne n'est à 100% satisfait. Il y a toujours des concessions à faire... Mais tout le monde n'en devient pas autarcique pour autant, tout le monde n'en devient pas introverti, dans une position de rejet. »

Les paroles de Madame W. mettent ainsi en évidence que ce reproche caractéristique, que le névrosé obsessionnel peut déplacer sur la société, concerne en premier lieu sa propre tendance à ne pas renoncer, à ne rien lâcher et ses répercussions problématiques quant à son rapport à son existence, à son désir et à sa responsabilité⁵⁴¹ : *« je reproche à la société d'être une société de jouissance, qui n'assume pas ses responsabilités. Et c'est exactement ce que je me reproche. »*

Cette impasse dialectique dans le rapport au désir et à l'existence se dévoile et trouve une issue plus heureuse grâce à la méthode des libres associations. Cette séance de Madame W. révèle comment ce même rapport problématique peut se voiler au sein de systèmes idéologiques particulièrement partagés - l'État, la religion, le capitalisme, la mondialisation, le communisme, etc. - et comment cet Autre tutélaire et contraignant vis-à-vis duquel le névrosé peut rationaliser l'évanescence de son désir⁵⁴² semble pouvoir se déplacer indéfiniment.

⁵⁴¹ Rose, S. *Actualités de la névrose obsessionnelle*. Université Rennes 2, 2009. (tel-00416390), p. 198.

⁵⁴² Lacan, J. (1957-58). « L'obsessionnel et son désir », in *Le Séminaire, Livre V, Les formations de l'inconscient*, Paris, Éditions du seuil, 1998, pp. 405-421.

Ainsi, en rationalisant les reproches et le sentiment de contrainte qu'il ressent au sein de systèmes idéologiques, le conflit intrapsychique qui caractérise le rapport contraignant et annihilant à la demande ne finit-il pas par se représenter à travers des conflits sociaux ?

b) *Les problématiques liées au sentiment de contrainte et leurs annulations rétroactives : la systématisation des amalgames*

« Cette déchirure, c'est une guerre interne, c'est une guerre civile. »

Par ces mots qui témoignent de la violence des reproches qui l'accablent, l'équivalence qu'introduit Monsieur R. entre le conflit psychique et le conflit social nous invite à essayer de préciser davantage comment ces deux plans peuvent s'articuler. Si la notion transversale de système semble à cet égard approprié, le discours des psychanalysants permet de préciser par quel biais logique ce rapport conflictuel se représente socialement. En effet, il n'est pas impossible de repérer cliniquement comment le sentiment de contrainte peut se représenter à travers une forme d'obsession de la liberté dont les répercussions peuvent être conséquentes dans la vie du névrosé. Cette même quête obtuse de liberté peut d'ailleurs conduire le psychanalysant à abandonner sa cure, justifiant cette décision en expliquant, par exemple, qu'il ressent ses séances comme de nouvelles obligations, ou qu'il n'a plus le sentiment de venir pour lui, mais pour répondre à la demande du psychanalyste. Cette problématique récurrente se retrouve dans les difficultés que le névrosé obsessionnel rencontre régulièrement dans ses rapports sociaux et notamment dans ses relations amoureuses. Alain Vanier décrit cette difficulté : « à mesure qu'il s'approche de son désir, il est saisi par le doute, et l'objet lui-même est désinvesti. Mais qu'il perde cet objet indifférent, que la femme délaissée le quitte, aussitôt cet objet perdu est réinvesti. »⁵⁴³ Le névrosé obsessionnel peut se plaindre de l'évanescence de son désir dans son couple tout en justifiant cette disparition en fonction du contexte. Il peut alors reprocher à l'autre de le contraindre, de trop attendre de lui, de trop lui demander. Face à ce sentiment écrasant d'obligation et d'étouffement qui tend à se substituer à son rapport à son désir, le névrosé obsessionnel serait tenté de s'isoler et de fuir tout engagement.

En d'autres termes, plutôt que de reconnaître son rapport problématique à son désir et son rapport assujettissant à la demande, le Moi du névrosé obsessionnel peut facilement croire que

⁵⁴³ Vanier, A. « Névrose obsessionnelle, névrose idéale », in *Figures de la psychanalyse*, vol. n° 12, no. 2, 2005, p. 88.

le manque de liberté et de libre arbitre qu'il ressent résulte du contexte qui absorbe son attention.

Dans cette optique bornée que nous avons appris à reconnaître précédemment comme caractérisant la structure de l'obsession⁵⁴⁴, la rupture de la relation actuelle peut facilement apparaître illusoirement comme la solution.

Cependant, la clinique permet de remarquer que le Moi du névrosé obsessionnel peut également éviter ce sentiment de contrainte en s'appuyant sur une organisation très codifiée et ritualisée des rapports sociaux, notamment dans son couple et dans sa famille : compartimentation rigide du temps et des espaces, organisation millimétrée, ritualisations des tâches et des activités ; la problématique obsessionnelle peut ainsi conduire le Moi à mettre en place des systèmes d'organisation particulièrement rigides. Mais en se protégeant ainsi de son propre rapport problématique à son désir, le système d'obligations et d'interdits⁵⁴⁵ par lequel il se prémunit finit par devenir lui-même particulièrement contraignant : il devient un système obsessionnel. Alors, quand certains de ces ensembles de principes, de prescriptions et d'interdictions peuvent apparaître manifestement rigides, absurdes et aliénants⁵⁴⁶, d'autres peuvent se confondre avec des fonctionnements rationnels et vertueux. C'est ce que Freud a mis en évidence à plusieurs reprises, notamment quand il éclaire le fonctionnement obsessionnel des organisations religieuses de son époque.⁵⁴⁷

Nous l'avons développé précédemment en reprenant les incidences signifiantes de l'isolation psychique et de l'annulation rétroactive, cette capacité du symptôme obsessionnel de pouvoir se confondre avec un fonctionnement rationnel repose sur les amalgames qui assimilent la signification du symptôme à celle d'un fonctionnement valorisé⁵⁴⁸.

Par exemple, le positionnement infantile dans le rapport à la demande, l'attente d'approbation et de reconnaissance peuvent se confondre avec une forme de zèle, de sérieux ou encore d'assiduité et le rejet systématique de toute demande ou le refus des limites et des contraintes peuvent se confondre avec des marques d'indépendance ou de liberté.

⁵⁴⁴ Cf. La focalisation exclusive de l'attention ou la structure de l'obsession. p. 68.

⁵⁴⁵ Freud, S. (1926). *Op. cit.*, pp. 229-230.

⁵⁴⁶ Freud, S. (1909). « Remarques sur un cas de névrose de contrainte », in *Œuvres Complètes, Vol. IX*, Paris, PUF, 1998, pp. 131-214.

⁵⁴⁷ Freud, S. (1912). « L'avenir d'une illusion », in *Œuvres Complètes, Vol. XVIII*, Paris, PUF, 1994, pp. 145-197.

⁵⁴⁸ Cf. *L'annulation rétroactive de la signification au sein de la boucle associative*. p. 85.

Pour illustrer cliniquement la confusion qu'induisent ces amalgames, voici comment Madame F. reconnaît l'opposition entre sa volonté infantile de répondre à la demande et son obsession d'indépendance et de liberté :

« Ces oppositions en moi me fatigue : d'un côté j'ai cette obsession pour la liberté et d'un autre, j'ai un besoin de répondre à une demande extérieure à moi. A force d'avoir cette obsession d'indépendance sur tout, je n'arrive à rien. Je dois reconnaître que j'ai besoin des autres, mais je ne peux pas avoir une confiance totale car ce qui vient des autres ne dépend pas de moi. Donc j'ai du mal. Ça me donne une excuse pour blâmer les autres pour mes échecs. C'est ce que j'ai essayé d'éviter pour être absolument indépendante de tout, pour être la seule responsable de ce qui va ou ce qui ne va pas dans ma vie. Récemment j'ai fait un sans-faute sur un test peu important. Ça m'a procuré une joie dont je ne m'attendais pas à mon âge, comme une enfant qui a la bonne note de la prof, ça me gêne. Je sais que j'ai encore un besoin de reconnaissance. Ça fait un moment que je travaille sur le fait d'essayer de m'auto-suffire dans ma reconnaissance mais peut être que je me trompe là-dessus ou que je ne l'attends pas forcément des bonnes personnes. Tous les projets que j'ai faits et que j'ai réussi, il y avait toujours une personne à l'extérieur pour me motiver et c'était normal pour moi de répondre à des attentes, même si elles sont invisibles. C'est pour ça que quand je quitte le domaine étudiant, je ne vois pas ce qui peut remplir ce rôle. Au sport, c'est le coach, je le laisse me guider car il a plus de connaissance là-dessus. Je ne vois pas à qui je peux demander de me motiver. Je pensais que ça pouvait être moi mais je n'arrive pas... si je sens un enthousiasme externe à moi c'est beaucoup plus motivant, je me dis que cette personne attend un résultat et ça me pousse à travailler. Si ce n'est que moi, ça ne suffit pas. J'ai l'impression de m'être mal orientée... j'ai du mal à accepter d'avoir besoin des autres... »

Cette séance de Madame F. met bien en évidence que la position infantile dans le rapport à la demande ne saurait se confondre avec une position d'adulte, valorisée socialement. Si les amalgames qui recouvrent ces fonctionnements obsessionnels peuvent passer inaperçus et favoriser du même coup la représentation sociale du symptôme obsessionnel⁵⁴⁹, la clinique d'éclaire la spécificité de ces méprises qui tendent à se systématiser, conduisant ainsi à assimiler systématiquement la signification de l'obsession à celle d'un fonctionnement normal ou vertueux. Le repérage de ces confusions dans la cure des névrosés obsessionnels permet alors de remarquer comment le Moi réussit à faire disparaître la signification de son rapport obsessionnel à la demande au profit d'un rapport valorisé socialement. La soumission aliénante à l'autorité ou à la règle tend ainsi à être assimilée avec le respect du travail, de l'ordre ou de l'autorité et le refus de toute contrainte peut se confondre avec du respect, de la liberté ou de

⁵⁴⁹ Rose, S. « Notre société, une réponse obsessionnelle ? », in *Cliniques méditerranéennes*, vol. 83, no. 1, 2011, pp. 235-248.

l'indépendance.

Cependant, si plusieurs fonctionnements valorisés peuvent ainsi voiler la signification du fonctionnement pathologique, ces annulations rétroactives du symptôme apparaissent d'autant plus précisément que l'examen clinique dévoile que ce qui disparaît littéralement à travers ces amalgames, c'est précisément la signification de l'obsession : l'obsession de l'ordre tend à se confondre avec le respect de l'ordre, l'obsession de la liberté avec le respect de la liberté, l'obsession de la différence avec le respect de la différence, l'obsession de l'indépendance avec le respect de l'indépendance, l'obsession de l'égalité avec le respect de l'égalité... Ces méprises induisent de multiples confusions dont les répercussions sont perceptibles tout autant cliniquement que socialement.

Pour mettre en évidence la spécificité des problématiques sociales qu'induisent ces confusions, voici comment Madame C. associe librement ses pensées et met en évidence certaines des problématiques que recouvre son obsession de l'égalité, de la liberté et de l'identité :

« Je pensais que le pouvoir résidait dans l'identité. Je voulais que tout le monde soit égal car je ne voulais pas que des gens soient plus forts ou plus intelligents que moi. Je projetais dans les hommes des êtres assoiffés de pouvoir mais c'est moi qui étais comme ça en fait. Je me disais que c'était plus légitime chez les hommes que chez les femmes car être une femme c'était être un être parfait. Un être parfait est responsable de rien. Je me suis rendu compte que je parlais souvent de mes parents, je les charge beaucoup car ça m'arrange bien d'être considérée comme un enfant sous certains aspects. C'est la femme que je voyais comme un enfant. C'est pour ça que je voyais beaucoup de choses comme interdites car ce que je projetais dans l'homme, c'était une figure d'autorité, une figure parentale. Je pensais que le but d'une femme c'était de passer d'une figure tutélaire à une autre. Donc ce que je voulais c'était de ne pas être libre et en même temps je conspuais ce manque de liberté. Mais ne pas être libre c'est une façon de ne pas être responsable. »

Cette séance de Madame C. révèle que l'obsession de l'identité, de l'égalité ou encore de la liberté constitue bel et bien un ensemble de symptômes psychiques qui favorisent des fonctionnements aliénants et infantiles.

Ainsi, en se confondant avec des valeurs, des principes et des droits sociaux, ces obsessions voilées et les ensembles de prescriptions paradoxales qu'elles induisent peuvent se représenter socialement à travers des formes spécifiques de systèmes idéologiques qui favorisent, par exemple, le nivellement au nom de l'égalité ou l'irresponsabilité au nom de la liberté.

c) *De l'annulation de la problématique obsessionnelle au système obsessionnel : la représentation sociale du conflit obsessionnel*

Dans un travail de recherche particulièrement conséquent, Emmanuel Todd a dégagé, en Europe⁵⁵⁰ et dans le monde⁵⁵¹, un nombre restreint de systèmes familiaux dont il a mis en lumière les différentes caractéristiques. S'il est très intéressant de remarquer avec l'anthropologue que la spécificité de ces systèmes conditionne celle des systèmes religieux et idéologiques au sein de la population concernée, il est aussi remarquable de voir que ces systèmes familiaux⁵⁵² se structurent et s'opposent précisément en fonction des amalgames par lesquels le fonctionnement obsessionnel tend à se confondre avec un fonctionnement valorisé. De l'obsession de la différence à celle de l'égalité, de l'obsession de l'autorité à celle de la liberté, ces oppositions caractéristiques qui se repèrent dans la cure des névrosés obsessionnels se retrouvent ainsi voilées au sein de certaines systématisations largement partagées.

Ces amalgames qui confondent l'obsession et le fonctionnement valorisé ne sont pas évidents à repérer cliniquement. Ils apparaissent toutefois de manière plus manifeste dans les résistances qu'ils induisent à l'égard du traitement psychanalytique. En effet, en assimilant le respect du cadre psychanalytique avec une forme de soumission assujettissante à la demande de l'autre, le Moi du névrosé obsessionnel peut ainsi entrer dans une forme d'opposition obtuse à l'égard du cadre qu'il tend à confondre et à revendiquer comme une forme de libre arbitre ou de respect de sa volonté. Si cette forme d'entêtement caractéristique peut conduire le Moi à rejeter le cadre et même à abandonner sa cure malgré son importance, il s'agit ici de remarquer comment l'obstination obsessionnelle tend à être amalgamée par le Moi avec une forme de choix et de liberté.

Voici comme Madame C. témoigne de ces confusions dans ses relations sociales :

« C'est l'idée d'appartenir au groupe qui m'empêchait d'aller vers mon désir. Quand je prenais les règles du groupe, je ne me posais plus de question par rapport aux conséquences de mes actions. Ça me permettait d'être irresponsable. J'attendais du groupe qu'il satisfasse tous les besoins et qu'il se charge de mon bonheur. J'abandonnais au groupe ma capacité de jugement, je ne me demandais plus ce qui était bien ou mal. Mais aussi, je réprimais également ma volonté quand

⁵⁵⁰ Todd, E. *L'invention de l'Europe*, Paris, Éditions du Seuil, 1996.

⁵⁵¹ Todd, E. *La diversité du monde*, Paris, Éditions du Seuil, 1984.

⁵⁵² Todd, E. (1996). *Op. cit.*, pp. 35-80.

j'agissais contrairement aux règles dictées dans ma famille. Je peux totalement adhérer aux règles d'un groupe sans pour autant oublier mon individualité mais j'ai cette tendance à vouloir rejeter la notion de groupe et de société en me disant que je vais faire tout toute seule. C'est encore une fois trop radical. Par exemple mon dernier travail, ça s'est mal passé alors que je devais rester deux mois. J'ai voulu à tout prix imposer mon point de vue. Si je m'étais plié à la règle, si je n'avais pas voulu briller par mon intellectualité, j'aurais mieux vécu mon CDD. Ça veut dire que je peux être capable de m'adapter à mon environnement sans me sentir écrasée. »

Les paroles de Madame C. illustrent comment un rapport « irresponsable » de soumission et d'adhésion peut facilement être assimilé avec une forme de responsabilité, de civisme et de respect, tout comme elles mettent en évidence qu'un rapport d'opposition et de rejet de la société peut facilement se confondre avec une forme de respect de la liberté et de l'individualité. Lors de la séance suivante, Madame C. met en exergue que ces amalgames par lesquels elle annule les significations de son fonctionnement pathologique reposent sur sa tendance à mettre « la mauvaise définition sur un mot. » Les incompréhensions qui en résultent se représentent dans les difficultés qu'elle répète dans son rapport au travail et à ses relations amoureuses :

« Plus j'étais passive, plus je voulais montrer que je ne l'étais pas. Ma volonté de m'imposer était inversement proportionnelle à ma passivité. Ce n'est pas forcément parce que dans un emploi, je vais montrer des signes de passivité que je vais forcément l'être. En fait, je voulais montrer à mes parents que je me détachais d'eux mais à chaque fois que je suis contre quelque chose... en fait, j'attends de l'approbation. Je craignais de passer pour une hypocrite quand j'adoptais les règles de la société. Si je trouvais une personne chiant, je n'allais pas lui dire. Je trouvais une excuse pour me casser plutôt que de d'accepter cette hypocrisie que fait tout le monde. En m'interdisant cette forme d'hypocrisie, je me faisais plus de mal et je faisais plus de mal à mon entourage plutôt que de l'accepter. Mais là aussi, je mets encore une fois la mauvaise définition sur un mot. Ça me fait penser à l'époque où je refusais de voir le mauvais côté des gens, c'est que dans ma tête, c'était le jugement permanent. Encore une fois, c'est un rapport à la soumission. Parce que je croyais, non, j'ai bien voulu croire que... aimer quelqu'un, c'était lui être soumis. Je voulais que l'autre soit soumis à moi. »

Ainsi, de la soumission aliénante à la demande à l'opposition systématique, et non moins aliénante, l'oscillation obsessionnelle dans le rapport à la demande semble donc d'autant plus difficile à appréhender cliniquement qu'elle se représente via de multiples modalités d'expressions qui non seulement peuvent apparaître contradictoires, mais surtout tendent le plus souvent à être confondues avec des marques de respect et de responsabilité. Ces amalgames qui masquent le fonctionnement obsessionnel participent donc autant à la difficulté de l'appréhender qu'à sa faculté à se représenter socialement. Or, confondre systématiquement

une position d'adulte responsable avec une position infantile de soumission ou d'opposition n'est pas sans engendrer un certain nombre de non-sens et de fonctionnements paradoxaux au sein de la société. Par exemple, dans un article au sein duquel elle articule « le passage à l'acte adolescent »⁵⁵³ avec « ce qui fait symptôme dans le social », Amal Hachet souligne « l'arbitraire néolibéral, qui tend à identifier chaque sujet à un déchet »⁵⁵⁴ et « le non-sens de cette logique de déshumanisation »⁵⁵⁵.

Pour illustrer les non-sens et les contre-sens qui tendent à se représenter socialement et qui conduisent à confondre systématiquement l'irresponsabilité avec la responsabilité, voici ce que peut dire Monsieur H. lors d'une séance de psychanalyse :

« C'est comme s'il y a en moi le premier de la classe qui veut toujours répondre à la demande et ce rebelle qui veut faire que des bêtises, qui rejette l'autorité. Il y a ce conflit en moi et je n'arrive pas à choisir entre les deux. Si je choisis le premier de la classe, j'ai l'impression d'abandonner une part de ma liberté et si je choisis le cancre, j'aurais une vie déplorable : c'est ce côté qui me pousse à quitter mon travail pour ne plus être soumis à un quelconque employeur. Ces deux facettes de moi qui sont ambivalentes, je n'arrive pas à les faire cohabiter, je n'apprécie pas ce changement constant entre être le premier de la classe et me rebeller. Je me sens mieux premier de la classe car je n'ai pas à me poser de question, on peut fonctionner en mode automatique. Cancre, c'est plus à court terme, où je me sens libéré du joug du premier de la classe. Je ne sais pas si je suis sensé tolérer ces deux facettes de ma personnalité ou si je dois m'en débarrasser.

- Comment interprétez-vous ces deux facettes ?

Être premier de la classe c'est le côté de moi qui veut plaire, plaire à mes parents. Être le cancre c'est cette partie de moi qui veut juste être moi-même, dans le sens profond, je veux me libérer de la société, de ses lois, avoir une liberté totale. D'un côté je veux plaire à la société et d'un côté je veux la renier. »

La problématique sociale qu'induit la névrose obsessionnelle reposerait donc à la fois sur cette difficulté à repérer ces amalgames qui assimilent des fonctionnements infantiles avec des fonctionnements valorisés et sur cette diversité des formes par lesquelles le conflit obsessionnel tend à se représenter, d'autant que ces expressions symptomatiques peuvent être tout aussi

⁵⁵³ Hachet, A. « Le passage à l'acte adolescent. Une tentative ratée de production du sujet », in *Recherches en psychanalyse*, vol. 20, no. 2, 2015, pp. 126-132.

⁵⁵⁴ *Ibid.*, p. 131.

⁵⁵⁵ *Ibid.*

multiplés qu'antinomiques. Ainsi, qu'elles se traduisent par une forme de course en avant où l'être organise sa vie, de manière rigide et automatique, en une série d'objectifs et de performances à réaliser, valorisées socialement, ou qu'elles se manifestent au contraire à travers un refus systématique de toute demande et de tout accomplissement social car ils renvoient à une forme d'avilissement, ces différentes modalités d'expression pathologique du conflit obsessionnel peuvent donc non seulement paraître contradictoires, mais surtout se présenter comme des fonctionnements vertueux. Les conflits sociaux qui résultent de ces amalgames qui assimilent des positionnements infantiles et infantilissants avec des positions de responsabilité et d'autorité sont perceptibles dans l'histoire de nos sociétés⁵⁵⁶.

La clinique psychanalytique met en lumière rétrospectivement les confusions significatives sur lesquelles reposent ces fallacieuses assimilations. Par exemple, quand un psychanalysant peut reconnaître grâce à sa cure qu'il « *oscille entre la position de rebelle et celle de bon petit soldat* », il est intéressant de remarquer qu'avant cette reconnaissance qu'a permis la méthode des libres associations, son Moi amalgamait systématiquement la signification pathologique de ces deux positions infantiles, la première en l'assimilant avec la position de « *quelqu'un d'insoumis et d'indépendant* », la seconde avec celle de « *quelqu'un de responsable et de respectueux* ».

De la même manière, cette séance de Monsieur E. met en lumière comment la cure psychanalytique dénoue les amalgames par lesquels le Moi annule rétroactivement sa symptomatologie :

« Comment dire ce que je pense aux gens si je ne suis pas capable d'estimer ma valeur. Je ne vis pas dans le présent, je fais toujours des projections qui sont liées à un besoin d'amour et surtout de reconnaissance. Puisque je parle de valeur, c'est un besoin de reconnaissance. J'ai accumulé une pression puisque j'essaie de contenter tout le monde. Je sacrifie des pans entiers pour plaire et satisfaire mon besoin de reconnaissance. J'ai tout donner et j'ai perdu cette notion d'amour et de valeur. J'ai pris le chemin du noir ou blanc : un jour je m'aime à fond, par orgueil, par sécurité, pour me protéger. Dans cette notion d'amour de soi j'ai choisi le chemin de la puissance. Ce n'est pas saint, c'est écrasant. L'autre côté c'est la dépendance affective à l'amour des autres, ma valeur dépend de l'amour des autres, c'est de la dépendance affective. J'ai choisi la voie de cette puissance-là pour me protéger. Aujourd'hui je replace les choses, l'amour et la valeur. Je suis parti sur une définition de l'amour qui est mauvaise. J'ai confondu amour et sacrifice, dévouement total.

⁵⁵⁶ Todd, E. *L'invention de l'Europe*, Paris, Éditions du Seuil, 1996.

Pour obtenir un équilibre, il faut que je rajoute dans cet amour la notion d'indépendance. C'est ce qui m'a conduit à fonder cet amour sur l'insécurité, sur des attentes, j'essaie de combler le manque... cette notion d'indépendance, je crois que je commence à comprendre ce que ça veut dire, la force intérieure. La force intérieure, ce n'est pas quelque chose qui est écrasant, ce n'est pas de jeter ma valeur dans le regard des autres. La force intérieure, c'est de pouvoir replacer la valeur pour me reconnaître comme acteur principale de mon bien être. Cette force intérieure, c'est le travail de la psychanalyse qui me permet de la construire. L'équilibre consiste à être sûr de ses convictions et pouvoir écouter les autres. C'est ça qui me manque. M'attribuer une valeur. Pas tout. Reconnaître que je suis acteur de mon bien être, ce Je, et être ouvert ensuite à ce que les autres me donnent et ce que je donne. »

Entre l'amour et le sacrifice, entre la confiance en soi et l'orgueil, entre la force intérieure et l'écrasement des autres, entre le don et le « dévouement total », entre l'indépendance et l'isolement, entre l'humilité et le doute maladif quant à sa propre valeur, etc., la prise en compte de ces amalgames permet de remarquer comment le rapport spécifique du névrosé obsessionnel quant aux incidences subjectives du signifiant⁵⁵⁷ tend à se systématiser au sein de systèmes où le fonctionnement pathologique se dissipe illusoirement au profit d'un fonctionnement valorisé.

Freud écrivait : « Les formations de système des névrosés de contrainte flattent leur amour-propre en leur faisant miroiter qu'ils seraient, parce que particulièrement purs ou scrupuleux, des hommes meilleurs que les autres. »⁵⁵⁸

Que le système obsessionnel puisse se faire valoir comme un système vertueux, familial, religieux, politique et même scientifique, nous pouvons dégager les amalgames sur lesquels il se structure, tout comme la rigidité, l'impériosité et l'absurdité des prescriptions et des interdits qu'il détermine. De systèmes rigides, contraignants et ostracisants à des systématisations plus politiquement correctes⁵⁵⁹ qui conduisent, finalement, à interdire et à bannir tout jugement, les systèmes obsessionnels peuvent ainsi se représenter sous des formes particulièrement contradictoires qui laissent cependant entrevoir la problématique sous-jacente qui s'y déplace.

Pour illustrer comment le fonctionnement pathologique réussit à se voiler et à se représenter socialement en s'assimilant à des comportements valorisés et vertueux, voici un extrait d'une

⁵⁵⁷ Rose, S. (2009). *Op. cit.*, p. 198.

⁵⁵⁸ *Ibid.*, p. 217.

⁵⁵⁹ Melman, C. « Remarque d'un psychanalyste sur la procréation médicalement assistée », in *Journal français de psychiatrie*, vol. n°20, no. 3, 2003, pp. 52-56.

séance de Monsieur R. :

« Ma manière d'éviter le conflit, c'est de penser à la place de l'autre, de me mettre à sa place. En fait, plutôt que de dire à l'autre ce que je pense vraiment et de me mettre en colère, j'essaie toujours de le comprendre et du coup, je lui trouve toujours des excuses. Ça nuit à mon travail car j'ai parfois besoin de mettre des limites et de cadrer. Je n'arrive pas à dire non. En essayant tout le temps d'être compréhensif, je ne suis plus dans la relation, comme si j'étais au-dessus, je surplombe. Je pensais que c'était altruiste mais en fait c'est pas du tout ça, c'est quelque chose de très ego centré, c'est un piège et ça me fait violence. Quand je parle avec un proche, je ne suis pas dans l'équation, le sujet c'est lui et moi je suis au-dessus, je suis donneur de leçon... C'est une façon de ne pas me mettre en danger, de ne pas m'engager dans la relation et du coup, il n'y a pas de relation. C'est peut-être parce que j'ai peur de moi-même, de ce que je découvrirais de moi-même. Je ne me connais pas trop et je crois que je ne veux pas me connaître car j'ai peur de ce que je découvrirais de moi-même. Du coup, j'ai l'impression d'être dans la relation sans y être. Je suis incapable de voir là où moi je fais violence : le sujet c'est toujours l'autre. Comme moi je ne suis pas dans la relation, je suis en dehors, je ne vois pas là où je peux faire mal... Je ne sais pas encore pourquoi je fais ça mais je sais que c'est en lien avec des désirs inavoués, pas assumés, en lien avec la transgression et le pouvoir. »

Cette séance de Monsieur R. illustre les amalgames au moyen desquels il assimile ses fonctionnements pathologiques avec des fonctionnements valorisés comme l'empathie, la compréhension ou encore l'altruisme.

Ainsi, entre les auto-reproches qui accablent le névrosé et les reproches tout aussi virulents qu'il peut systématiser pour se défendre de sa propre difficulté, entre la tendance à juger catégoriquement et l'évitement systématique de tout jugement⁵⁶⁰, les multiples formes par lesquelles se manifeste la problématique obsessionnelle peut facilement rester voilée et se confondre avec des fonctionnements valorisés et vertueux. De l'obsession de l'ordre à celle de la liberté, de l'obsession du conformisme à celle de l'identité, de l'obsession de l'égalitarisme à celle de l'individualisme, de l'obsession d'être inclusif au « fascisme consensuel »⁵⁶¹, la dimension obsessionnelle de ces systématisations se structure précisément sur le fait que l'obsession réussit à s'y voiler, à s'y annuler littéralement, au profit du fonctionnement valorisé avec lequel elle se confond. Or, comme nous l'avons souligné précédemment, confondre systématiquement l'autoritarisme avec l'autorité ou encore la licence, le laxisme avec le respect

⁵⁶⁰ Bock-Côté, M. *Le multiculturalisme comme religion politique*, Paris, les Éditions du Cerf, 2019.

⁵⁶¹ Melman, C. « La société du préjudice » in *Journal français de psychiatrie*, vol. n°17, no. 3, 2002, pp. 59.

ou la liberté, n'est pas sans conséquences problématiques. Si celles-ci se repèrent en premier lieu cliniquement dans les difficultés typiques que peuvent rencontrer les névrosés, elles se retrouvent tout autant dans les incidences pathologiques de ces non-sens et de ces méprises systématiques au sein de la société.

2.3 Les obsessions et leurs systématisations

« Ces malades ont une parfaite conscience de leur état ; ils reconnaissent l'absurdité de leurs craintes et cherchent à s'y soustraire, mais ils ne peuvent y parvenir, et sont, malgré eux, toujours entraînés à revenir sur les mêmes idées et à accomplir les mêmes actions. »⁵⁶²

a) *La lutte du Moi pour se défendre de ses obsessions*

Se manifestant par des ruminations mentales, des appréhensions obsédantes ou encore des phobies d'impulsion, les obsessions caractérisent une forme spécifique de pensée qui « assiège »⁵⁶³ l'esprit, une « pensée dont l'âme s'embarrasse, ne sait que faire. »⁵⁶⁴ Elles correspondent ainsi à des intrusions dans le champ de la conscience, de pensées, d'images et de sentiments s'imposant au Moi de manière coercitive et itérative. Au-delà des formes manifestement troublantes, absurdes et handicapantes, la clinique de la névrose obsessionnelle permet de remarquer – ce qui n'est pas sans poser des difficultés cliniques et diagnostiques – que la plupart des obsessions ne sont pas faciles à repérer. Et pour cause, les névrosés obsessionnels minimisent le plus souvent la dimension pathologique de leur pensée obsessionnelle à travers des systématisations qui la rationalisent, la minimisent et la généralisent.

Lors d'une séance, voici comme Madame E. met en évidence cette importance du rapport à la norme dans la névrose obsessionnelle :

« Que je reste avec cet homme ou que je me sépare, il faut que je réussisse ! Je suis en contradiction entre mes envies et mes « il faut » : c'est comme un plan à suivre qui jalonne ma vie mais ce n'est pas mon désir. Qu'est-ce que je veux dire par réussir ? Je crois que ce je veux tout le temps, c'est être normale, qu'on ne me regarde pas comme quelqu'un de raté. »

⁵⁶² Falret, J. (1866) « De la folie raisonnante ou folie morale », in *Annales médico-psychologiques*, Imprimerie de E. Martinet, 1866, pp. 43-44.

⁵⁶³ Gaffiot, F. « Obsidio », in *Dictionnaire Latin – Français*, Paris, Hachette-Livre, 2000, p. 1073.

⁵⁶⁴ Lacan, J. *Télévision*, Paris, Le seuil, 1974, p. 17.

Qu'ils considèrent ainsi leurs obsessions comme des « *préoccupations normales* », qu'ils les valorisent en les confondant avec une forme de vertu ou qu'ils tentent de se les représenter comme une marque d'intelligence, de prudence ou même de grande rationalité, les caractères absurdes et mortifères de la pensée obsessionnelle sont le plus souvent masqués à travers des systèmes de raisonnement qui les annulent rétroactivement. Mais par cette tendance à commander illusoirement les signifiants, notamment en introduisant des fausses égalités entre ces derniers, le système de raisonnement isolé deviendrait lui-même contraignant et embarrassant, il deviendrait lui-même obsessionnel.

En d'autres termes, la plupart des obsessions idéatives, phobiques et impulsives⁵⁶⁵ se représentent – c'est tout du moins la thèse principale qui se dessine depuis le début de ce travail – à travers des ensembles d'opinions, de raisonnements et de comportements qui peuvent paraître rationnels et cohérents. Autrement dit, les obsessions se manifestent le plus souvent via des fonctionnements systématisés dont la dimension absurde et proprement obsessionnelle n'est pas toujours facile à identifier. Par exemple, l'obsession de la liberté ou celle de l'identité peut aisément se confondre avec des revendications légitimes de liberté ou d'identité, les « obsessions-doutes »⁵⁶⁶ peuvent s'amalgamer avec du doute ou de la tempérance tout comme le « bilanisme » (défini comme le « souci obsédant d'établir l'état comparatif des gains et des pertes dans tous les domaines de l'existence »⁵⁶⁷) peut être valorisé comme une façon mesurée et rationnelle de prendre des décisions ou de faire des évaluations. Finalement, le combat mené par le Moi du névrosé obsessionnel pour se soustraire à ses propres obsessions le conduit à son insu à entretenir des raisonnements spécieux et des comportements absurdes, qui peuvent paraître rationnels et vertueux, mais qui n'en demeurent pas moins littéralement contraignants et obsessionnels.

Après avoir découvert que l'obsession constituait déjà une « *défense contre une représentation inconciliable* »⁵⁶⁸, Freud met en évidence que c'est le combat défensif du Moi contre la représentation de contrainte, et sa dimension absurde, qui constitue la plupart des symptômes de la névrose obsessionnelle.

⁵⁶⁵ Tribolet, S., Shahidi, M. *Nouveau Précis de Sémiologie des troubles psychiques*, Paris, Éditions Heures de France, 2005, pp. 158-159.

⁵⁶⁶ *Ibid.*, p.160.

⁵⁶⁷ *Ibid.*

⁵⁶⁸ Freud, S. (1894). « Les névropsychoses-de-défense », in *Œuvres Complètes, Vol. III*, Paris, PUF, 1989, p. 9.

« (...) dans la névrose de contrainte le moi est beaucoup plus le théâtre de la formation de symptôme que dans l'hystérie, que ce moi reste opiniâtrement attaché à la réalité et à la conscience, et met en œuvre pour cela tous ses moyens intellectuels, voire même que l'activité de pensée apparaît surinvesties, érotisée (...) »⁵⁶⁹

Ainsi, les représentations de contraintes sont attaquées par le Moi du névrosé sur un mode logique, dans une recherche de cohérence qui finit par devenir elle-même obsédante. Cette quête de sens tend donc à constituer une véritable obsession qui peut tout autant assiéger l'ensemble de la pensée que conduire à un évitement systématique de la pensée dans un nouveau mouvement défensif.

b) L'évitement systématique de la pensée et son affinité avec la pensée opératoire : la focalisation exclusive et successive de l'attention

Ce type d'évitement par lequel le névrosé peut se défendre secondairement de la dérive obsessionnelle de la pensée se manifeste précisément à travers ce que Pierre Marty et Michel de M'Uzan ont qualifié de « pensée opératoire »⁵⁷⁰. Dans leur article publié en 1963 dans la *Revue française de psychanalyse*, les auteurs différencient la pensée opératoire de la névrose obsessionnelle tout en leur reconnaissant en même temps une certaine affinité. Mais les exemples cliniques qu'ils donnent et les arguments qu'ils déploient pour distinguer ce qui serait pour eux deux entités distinctes nous amènent à penser que ce « système de pensée opératoire » représenterait plutôt une modalité défensive spécifique par laquelle le Moi du névrosé obsessionnel peut se défendre de ses propres obsessions. En effet, malgré l'apparence d'hétérogénéité qu'elle peut avoir avec la pensée obsédante, la pensée opératoire se structure sur les mêmes déconnexions de liens logiques qu'engendre l'isolation psychique. Seulement, le mécanisme de défense obsessionnel se manifeste ici à travers une autre modalité par laquelle le Moi focalise, exclusivement et successivement, son attention⁵⁷¹ :

« Il s'agit certes dans les deux cas d'une pseudo-maîtrise de la réalité, mais tandis que le névrosé obsessionnel se l'assure grâce à une manipulation active d'une pensée riche en valeurs symboliques ou magiques, le psychosomatique à pensée opératoire y parvient par un contrôle immédiat de

⁵⁶⁹ Freud, S. (1926). « Inhibition, symptôme, angoisse », in *Œuvres Complètes, Vol. XVII*, Paris, PUF, 1992, p. 236.

⁵⁷⁰ Marty, P, M'Uzan (de), M. « La pensée opératoire », in *Revue française de psychanalyse*, t. XXVII, 1963, pp. 345-356.

⁵⁷¹ Cf. *La focalisation exclusive de l'attention ou la structure de l'obsession*. p. 68.

l'enchaînement de l'action. Pour lui le doute ne se pose pas. Sur le plan verbal, les mots sont, comme on le sait, surinvestis dans la pensée obsessionnelle, ils y acquièrent un surcroît de signification, tandis que dans la pensée opératoire, ils sont sous-investis, doublent seulement la chose ou l'acte, abolissent quasiment la distance du signifié au signifiant. Enfin, la relation avec la temporalité est bien différente puisque l'obsessionnel voit sa pensée se détourner de l'action pour évoluer indéfiniment dans un temps aux limites très imprécises, tandis que le sujet à pensée opératoire est enfermé dans un champ temporel limité, déterminé par la notion de succession. »⁵⁷²

Dans cet extrait, nous pouvons remarquer que ce que les auteurs isolent comme une entité différente de la névrose obsessionnelle met en lumière une certaine tendance défensive spécifique par laquelle le Moi lutte contre la dérive obsessionnelle de sa pensée. À travers cette perspective qu'il n'est pas impossible de dégager dans le mouvement dialectique de la cure du névrosé obsessionnelle, cette configuration spécifique de la névrose illustre l'évitement systématique par lequel le Moi peut se défendre de ses propres obsessions, notamment de ses doutes interminables et de ses tergiversations, en focalisant son attention successivement sur des perspectives spatio-temporelles bornées : « le sujet à pensée opératoire est enfermé dans un champ temporel limité, déterminé par la notion de succession. »

Entre les doutes incessants et les comportements secondaires d'évitements, les apparences contradictoires que peuvent prendre les différentes modalités d'expression de la symptomatologie obsessionnelle nous invitent donc à essayer de dégager au mieux la structure défensive qui se représente. À cet égard, la pensée opératoire met en exergue comment l'isolation psychique peut permettre au Moi du névrosé de se couper littéralement de certaines pensées, notamment des obsessions qui l'assaillent, pour se focaliser, de manière successive, exclusive, et non moins contraignante, sur des perspectives spatio-temporelles isolées. Et au-delà de cette focalisation exclusive spécifique qui se manifeste dans la pensée opératoire, la présence des ruptures associatives apparaît également, ceci se manifeste cliniquement, en ce qu'elle conduit à empêcher le Moi de faire des liens logiques et des associations entre certaines représentations.

Ainsi, la focalisation exclusive de l'attention sur un ensemble isolé de représentations semble bel et bien éclairer la structure de l'obsession. Comme nous l'avons vu précédemment, elle se représente tout autant dans les listes de tâches que le névrosé peut s'appliquer à réaliser, dans la minutie dont il peut faire preuve, dans les comportements répétitifs qui absorbent son

⁵⁷² Marty, P, M'Uzan (de), M. (1963). *Op. cit.*, pp. 352-353.

attention, dans les préoccupations bornées qui accaparent sa pensée, dans les fausses compréhensions qu'il défend avec obstination, que dans les limitations rigides et absurdes qu'il tend à s'imposer. Source de nombreuses incompréhensions, le biais interprétatif qui résulte de cette tendance à se focaliser de manière exclusive se retrouve remarquablement dans les raisonnements absurdes et superstitieux⁵⁷³ auxquels le Moi peut s'attacher et dans les interdits et les tabous, tout aussi absurdes, que ces interdits associatifs peuvent engendrer⁵⁷⁴ : qu'il s'agisse par exemple de ne pas toucher certains objets, d'éviter certains aliments, certains comportements, certains lieux, certaines personnes ou certains sujets de discussion, les interdits de faire des connexions de pensées, engendrés par l'isolation psychique, se représentent ainsi de multiples manières.

c) *La systématisation de l'obsession comme modalité défensive du Moi : la résistance à la cure*

Comme Freud l'a mis en évidence, ce combat que mène le Moi du névrosé obsessionnel pour lutter contre ses propres obsessions consiste à essayer de les lier logiquement, rationnellement, si bien qu'il met « en œuvre pour cela tous ses moyens intellectuels ». Autrement dit, le Moi tente de donner du sens aux pensées intrusives qui l'assiègent : il tendrait ainsi, toujours en faisant usage de sa capacité à isoler psychiquement, à les rationaliser et les organiser en systèmes. Mais si cette forme de défense secondaire peut le conduire à adhérer à des systèmes superstitieux et des rituels particulièrement contraignants à réaliser, la clinique de la névrose obsessionnelle indique que la dimension pathologique, absurde et contraignante de ces systématisations n'est pas toujours évidente à repérer. Ces formes obsessionnelles de « religions privées »⁵⁷⁵ peuvent se voiler et se confondre avec des systèmes rationnels, et même, nous en avons déjà donné quelques exemples, avec des théorisations.

Il n'est donc pas impossible de concevoir ces formations symptomatiques secondaires comme une forme de réussite de la défense et de remarquer, en même temps, le rôle de l'isolation psychique dans leur constitution. Par les ruptures associatives et les significations illusoire qu'elle induit et par les contradictions qu'elle permet au Moi de soutenir, l'isolation psychique

⁵⁷³ Freud, S. (1909). « Remarques sur un cas de névrose de contrainte », in *Œuvres Complètes, Vol. IX*, Paris, PUF, 1998, pp. 131-214.

⁵⁷⁴ Legrand du Saulle, H. (1875). *La folie du doute (avec délire du toucher)*, Toulouse, Éditions Privat, 1998.

⁵⁷⁵ Freud, S. (1907). « Action de contrainte et exercices religieux », in *Œuvres Complètes, Vol. VIII*, Paris, PUF, 2007, p. 139.

contribue à différents niveaux à la formation de compromis par laquelle le Moi peut se défendre de cette pensée qui l'embarrasse. Mais du fait de cette combinaison défensive, les systématisations que le Moi érige pour mettre à distance ses obsessions deviennent tout aussi symptomatiques que les obsessions elles-mêmes. En restant « *opiniâtement attaché à la réalité et à la conscience* », le système défensif que les névrosés obsessionnels bâtissent à l'égard de leurs propres représentations de contrainte engendre un déplacement symptomatique qui peut paraître paradoxal : plus ils tentent de résoudre leurs obsessions sur un mode logique et rationnel, plus ils produisent à leur insu des systèmes rigides, superstitieux et tout aussi obsessionnels. Ainsi, telle une muraille défensive aussi symptomatique que le symptôme envers lequel elle se dresse, les différentes formes de systématisations par lesquelles les névrosés obsessionnels rationalisent leurs propres obsessions sont d'autant plus problématiques qu'elles réussissent à donner au symptôme une apparence rationnelle.

La clinique permet à cet égard de mettre en lumière les conséquences problématiques de ces symptômes voilés qui s'y repèrent d'autant mieux qu'ils concourent, au nom de la rationalité, à mettre en échec le travail psychanalytique. En effet, plus le patient ou le psychanalysant associe librement ses pensées, plus il lève le voile sur les obsessions qu'il recouvre, plus son Moi peut être amené à résister en systématisant à nouveau ses obsessions. La structure de ces raisonnements défensifs apparaît alors d'autant plus précisément qu'ils introduisent un paradoxe saisissant : le névrosé obsessionnel peut, par exemple, reconnaître les répercussions morbides de ses obsessions, reconnaître en même temps la nécessité et l'efficacité du traitement puis vouloir le diminuer ou même l'abandonner, tout en rationalisant son sabotage. L'examen clinique permet alors précisément de mettre en lumière l'hermétisme de ces raisonnements qui ne peuvent être remis en question, malgré les contradictions qu'ils impliquent et dont il n'est d'ailleurs pas rare qu'ils soient mis en valeur par le Moi du névrosé comme une forme valorisée d'entêtement. Ce contraste entre l'efficacité du traitement, sa nécessité et les systématisations contradictoires qui s'opposent à son avancée peuvent être d'autant plus troublantes pour le clinicien – Freud l'avait déjà noté⁵⁷⁶ – que le patient peut soutenir ces raisonnements absurdes et contradictoires en toute bonne foi.

Le repérage clinique de ces systématisations par lesquelles les névrosés obsessionnels luttent

⁵⁷⁶ Freud, S. (1909). *Op. cit.*, p. 179.

contre leurs propres obsessions est donc essentiel, tant pour la direction de la cure⁵⁷⁷ que pour le diagnostic différentiel. Et dès le début du traitement, il est possible de remarquer les annulations rétroactives par lesquelles le Moi résiste à reconnaître la dimension pathologique des pensées obsédantes : en justifiant les obsessions par un contexte isolé, en les annulant littéralement avec des paroles comme « *ce n'est rien* » ou « *ce n'est pas important* », en les généralisant en soutenant que « *tout le monde a des idées fixes* », en les minimisant comme des « *occupations* » ou de « *simples préoccupations* », ou encore en confondant leurs pensées obsédantes avec « *une forme d'intelligence* » ou « *de profondeur d'esprit* », le fonctionnement obsessionnel se caractérise finalement autant par les obsessions que par le combat que mène le Moi pour s'en défendre.

Aussi, dans la mesure où ces raisonnements défensifs peuvent générer autant de fonctionnements pathologiques que les obsessions qu'ils visent à faire disparaître, la prise en compte de ces systématisations au sein du tableau clinique de la névrose obsessionnelle semble particulièrement importante. D'autant plus qu'au-delà du champ de la psychopathologie, la reconnaissance de ces systèmes obsessionnels permet de remarquer que les biais logiques qu'ils charrient ont de lourdes répercussions épistémologiques et sociales.

d) La mise en abyme des systèmes obsessionnels dans le champ de la psychopathologie

L'influence de ces formations symptomatiques secondaires apparaît donc avec d'autant plus de consistance dans les domaines où le symptôme obsessionnel doit précisément être considéré, c'est-à-dire, en premier lieu, dans le champ médico-psychologique. Et pour cause, dès lors que ces systématisations visent précisément à servir le combat par lequel le Moi se défend de ces pensées intrusives, il n'est pas étonnant de voir s'instituer ces systèmes défensifs au sein même du champ de la recherche où ces pensées obsédantes doivent être prises en considération. Nous l'avons déjà souligné, le fait qu'il ait fallu attendre Freud pour découvrir la névrose obsessionnelle souligne la résistance à appréhender les symptômes obsessionnels depuis l'Antiquité⁵⁷⁸, tout comme le fait que les aliénistes aient isolé comme des formes de tares ou de

⁵⁷⁷ Lacan, J. (1958) « La direction de la cure et les principes de son pouvoir », in *Écrits II*, Paris, Éditions du seuil, 1999, pp. 62-123

⁵⁷⁸ Castel, P-H. *Âmes scrupuleuses, vies d'angoisse, tristes obsédés*, Paris, Les Éditions d'Ithaque, 2011.

dégénérescence uniquement les symptômes paroxystiques de névrose obsessionnelle⁵⁷⁹, en excluant les symptômes les plus courants.

Il n'est pas impossible de remarquer que les symptômes obsessionnels les plus représentés ont pu être considérés comme « *normaux* » ou même valorisés au sein de conceptions de la psychopathologie à la fois religieuses et moralisantes. Mais l'argument qui est certainement le plus probant pour étayer notre thèse est que les symptômes obsessionnels que décrivaient les aliénistes, tout comme l'éclairage dynamique, topique et économique qu'apporte Freud pour saisir leur logique, sont à nouveau systématisés de manière obsessionnelle, c'est-à-dire déconnectés logiquement et annulés rétroactivement. Ainsi, la prégnance de ces conceptualisations qui annulent rétroactivement les obsessions apparaît d'autant mieux aujourd'hui que la symptomatologie obsessionnelle a été remarquablement décrite et articulée logiquement. Ces systématisations, qui rendent non advenues les obsessions, se distinguent d'autant plus des systèmes théoriques que les obsessions n'ont pas disparu mais s'avèrent au contraire plus que jamais d'actualité⁵⁸⁰ : la manie de l'interrogation, les oscillations intellectuelles, la manie de la perfection, la manie de la vérification⁵⁸¹, etc. Ces symptômes déjà répertoriés par les aliénistes au XIX^{ème} siècle ne sont-ils pas à ce jour largement représentés cliniquement ?

Alors, si l'expérience clinique de nombreux psychanalystes entre en contradiction avec ces systématisations en psychologie ou en psychiatrie selon lesquelles la névrose obsessionnelle et sa symptomatologie ne seraient plus d'actualité, il est possible de résoudre cette contradiction en repérant les isolations psychiques et les biais logiques qui structurent ces systématisations, notamment les amalgames par lesquels la signification des symptômes obsessionnels s'y confond avec celle de fonctionnements ordinaires.

Nous l'avons illustré précédemment⁵⁸², ces ruptures associatives induites par les isolations psychiques se repèrent remarquablement dans le champ de la psychopathologie car elles conduisent à rompre les liens logiques, à diviser catégoriquement et à annuler rétroactivement la conception de la névrose obsessionnelle et de sa symptomatologie.

⁵⁷⁹ Legrand du Saulle, H. (1875). *La folie du doute (avec délire du toucher)*, Toulouse, Éditions Privat, 1998.

⁵⁸⁰ Rose, S. *Actualités de la névrose obsessionnelle*. Université Rennes 2, 2009. {tel-00416390}

⁵⁸¹ Ey, H., Bernard, P., Brisset, C. « La névrose obsessionnelle », in *Manuel de psychiatrie*, Paris, Masson, 1960, p. 350.

⁵⁸² Cf. *L'amalgame entre des séparations logiques et des ruptures associatives : de la déstructuration d'ensembles théoriques*. p. 66.

Pour mettre en évidence comment ces systèmes obsessionnels se structurent sur l'annulation rétroactive de l'obsession, il est intéressant de noter dans un premier temps l'évolution du terme de « manie ». Si ce mot renvoie étymologiquement⁵⁸³ à la notion de folie et s'il était utilisé par les aliénistes pour décrire les manifestations morbides qu'ils pouvaient observer, il est régulièrement associé aujourd'hui à l'idée d'obsession, par exemple pour qualifier la rigidité obsessionnelle quant au rangement ou à la propreté. Mais ce qu'il s'agit de remarquer, c'est que l'acception pathologique liée à ce signifiant est largement atténuée voire littéralement annulée, si bien que le terme de manie peut renvoyer à ce jour à l'idée d'une « habitude, goût bizarre pour quelque chose »⁵⁸⁴ ou encore « goût excessif, déraisonnable ». Autrement dit, cette manie obsessionnelle, qui désigne avec justesse un phénomène particulièrement morbide, chronophage et handicapant, « une véritable intoxication de la pensée »⁵⁸⁵, est aujourd'hui régulièrement assimilée avec une « habitude ». Et de la même manière, il est possible de remarquer que le signifiant obsession est très fréquemment utilisé pour signifier un « intérêt important » ou une « inquiétude légitime »⁵⁸⁶.

Ainsi, comme nous l'avons développé dans la partie sur l'annulation rétroactive⁵⁸⁷, cette forme de glissement signifiant est particulièrement caractéristique de la façon dont le Moi du névrosé obsessionnel réussit à voiler la dimension morbide de son symptôme, c'est-à-dire en le contextualisant, en le généralisant, en le minimisant, en créant un amalgame entre le signifiant qui met en lumière cette morbidité et un autre signifiant qui annule cette spécificité : « *je ne suis pas radin, je suis prudent* », « *vérifier dix fois si la porte est bien fermée, c'est de la précaution* », « *mon obsession de la propreté, c'est une petite manie* », « *tout le monde est obsessionnel* », « *douter beaucoup, c'est une marque d'intelligence* », etc.

En s'ordonnant en systèmes qui paraissent rationnels, ces annulations rétroactives ont donc un certain nombre de répercussions fâcheuses, particulièrement dans le champ de la psychopathologie où la reconnaissance du symptôme obsessionnel a toute son importance, car ces systèmes obsessionnels conduisent à y empêcher de reconnaître les symptômes

⁵⁸³ Dictionnaire Cnrtl, *Manie*, 2022, <https://www.cnrtl.fr/etymologie/manie>

⁵⁸⁴ Dictionnaire Larousse, *Manie*, 2022, <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/manie/49148>

⁵⁸⁵ Tribolet, S., Shahidi, M. (2005). *Op. cit.*, p. 159.

⁵⁸⁶ Dictionnaire Larousse, (2022), *Op. cit.*

⁵⁸⁷ Cf. *Les formes voilées d'annulations rétroactives : de la disparition littérale du fonctionnement obsessionnel à sa représentation épistémologique et sociale*. p. 87.

obsessionnels – la signification du symptôme charriant celle du fonctionnement valorisé – mais aussi, ils conduisent à instituer des fonctionnements obsessionnels au nom des valeurs auxquelles la signification de l'obsession s'est amalgamée.

e) *La confusion que charrie le système obsessionnel : l'institution du fonctionnement pathologique au sein de la société*

Finalement, les conséquences pathologiques de ces systèmes obsessionnels résident essentiellement dans les confusions qu'elles promeuvent au nom de la raison. Et pour cause, les obsessions-doutes ne sont pas des doutes, les obsessions-scrupules ne sont pas des scrupules, les obsessions-questions ne sont pas des questions, les obsessions-idées ne sont pas des idées...

Pour illustrer ces distinctions, voici ce que peut dire Monsieur X. quand il se rend compte que sa tendance à se poser trop de questions constitue une tentative de maîtrise qui fait résistance à ses libres associations :

« Je me force pour améliorer les choses dans le bon sens. Mais je n'arrive pas savoir si je suis en train de forcer ou pas. Est-ce que maîtriser, c'est me poser des questions ou ne pas en poser du tout ?

- Répondez à votre question.

Je peux le faire, mais pas de manière aussi rigide ou aussi intense. Il y a plein de questions que je me pose qui ne méritent pas de l'être. Finalement, le fait de me poser autant de question, c'est un cercle vicieux, infini, qui ne se ferme pas. C'est comme ça que je vois mon état se détériorer et donc la solution, est-ce que c'est de ne pas me poser autant de question ? Ça rejoint le fait de toujours se remettre en question et de vouloir que tout soit bien en ordre, carré. Je me pose plein de questions qui sont inutiles. Mais pourquoi est-ce que je me prends la tête et que je me pose plein de questions qui sont inutiles ? C'est parce que je réfléchis trop, mon cerveau est toujours en train de réfléchir.

- Votre cerveau ?

C'est en fait moi qui le sollicite pour qu'il soit toujours en plein régime. Je reste dans une spirale infinie, dans le fait de réfléchir... Pourquoi est-ce que je me prends la tête à poser autant de question ? Il y a des questions qui valent d'être posées mais ce n'est peut-être pas le bon moment, dans le fait d'anticiper les choses. Je pourrai ignorer et quand ça arrive, je me poserai la question. Ça ne sert à rien de vouloir tout contrôler, de penser cinq fois les choses avant, pour réfléchir... Il faut juste laisser les choses se faire et quand ça arrive, je réfléchirai à ce moment-là, je trouverai une solution, je le ferai au moment opportun. Ça ne sert à rien d'anticiper les choses que je ne peux

*pas résoudre. Typiquement, je suis en recherche d'emplois et n'arrête pas de cogiter. Je réfléchis à tous les scénarios, tout ce que je pourrai faire pour préparer. Mais c'est juste de l'énergie gaspillée dans de l'hypothétique qui ne sert à rien. Ça ne sert à rien d'essayer d'anticiper. Plein de fois, ça me pousse à prendre des décisions ce qui fait que je ne prends pas les bonnes décisions. Donc finalement, ça ne sert absolument à rien de réfléchir, d'anticiper, de toujours se remettre en question, de manière continue, de dire pourquoi telle chose est comme ceci, pourquoi je fais plus comme ça que comme ça. Si quelque chose est déjà fait, ça ne sert à rien, ça ne sert à rien...
Du coup, je ne suis pas dans le présent... »*

Comme Monsieur X amalgame la réflexion avec sa tendance pathologique à « *toujours se remettre en question, de manière continue* », annuler rétroactivement le symptôme obsessionnel en l'assimilant à la pensée rationnelle n'est pas sans conséquences, notamment dans les milieux où la pensée peut facilement être confondue avec l'obsession. Par exemple, quand le doute du scientifique permet de faire avancer la science, l'obsession-doute produit au contraire sa paralysie et sa corruption. En effet, de la même manière que le névrosé obsessionnel tourne en rond en remettant sans cesse en doute chacune de ses affirmations, la compulsion morbide qui se voile derrière le doute obsessionnel empêche tout autant de soutenir une avancée théorique importante et d'affirmer clairement qu'une thèse est erronée.

Pour donner une nouvelle illustration clinique de cette distinction entre le doute et l'obsession-doute, voici comment Monsieur A. décrit les difficultés qu'il rencontre dans son travail universitaire : « *j'ai des difficultés pour m'affirmer dans mon travail de groupe. J'ai du mal à affirmer, à parler, à m'imposer. Ce qui me ralentit, c'est que quand je propose quelque chose, je ne suis pas du tout sûr. En fait, je ne suis jamais sûr de ce que je dis...* »

Ainsi, en amalgamant l'obsession-doute avec le doute, les systématisations de l'obsession conduisent à instituer un certain nombre de paralysies, de rituels et de superstitions dans les milieux scientifiques. Que l'institution du symptôme voilé mène au rejet systématique de tout savoir issu de l'expérience ou qu'il confère à des illusions le statut de théorisations⁵⁸⁸, il est possible de remarquer comment l'annulation rétroactive de l'obsession-doute et de l'obsession-question ramènent incessamment le savoir au niveau de l'opinion. Cette problématique épistémologique a été mise en évidence par Marie-Jean Sauret :

⁵⁸⁸ Cottraux, J. « Chapitre 1. Les psychothérapies cognitives et comportementales. Pourquoi et comment changer ? », in Roland Coutanceau éd., *Psychothérapie et éducation. La question du changement*. Dunod, 2015, pp. 1-9.

« La parole elle-même, par laquelle a surgi l'interrogation sur la vérité du réel des choses (à quoi les ontologies ont tenté d'apporter une réponse), est désormais suspecte, y compris celle au service de la science : il n'est pas rare qu'un chercheur qui amène à l'appui d'un avis une démonstration ou seulement une statistique imparable (« Les femmes gagnent en moyenne 24 % de moins que les hommes et comptent 14,7 % de cadres contre 20,5 % chez leurs collègues masculins ») s'entendent rétorquer : « C'est votre opinion » ! »⁵⁸⁹

Finalement, cette confusion entre le savoir et l'opinion conduit à transformer discrètement, au nom de la science, les lieux de savoir en lieux de cultes.

À cet égard, la prédominance tout comme la persistance des conceptions organicistes de la psychopathologie illustre la problématique épistémologique qui se représente dans le champ médico-psychologique. Ce maintien de conceptions rendues caduques par les avancées de la psychanalyse met en lumière la dimension mortifère du symptôme qui tend à insister et à se représenter, d'autant que Lacan avait déjà clairement souligné en 1966 cet écueil de la neuropsychiatrie. C'est ce que met en évidence Jacques-Alain Miller dans un article où il souligne remarquablement le biais logique sur lequel repose ces conceptions qui se focalisent sur ces « paquets de neurones s'illuminant à différentes places comme on peut aujourd'hui les observer à l'imagerie »⁵⁹⁰ :

« Au sortir de la Deuxième Guerre mondiale et dans les prodromes de son enseignement⁵⁹¹, Jacques Lacan nous a laissé un manifeste⁵⁹² contre la neuropsychiatrie, élaboré à partir d'une polémique avec son camarade Henri Ey – dont la théorie dite 'organo-dynamisme' trouvait ses fondements dans l'application des principes de Jackson à la neuropsychiatrie. À cette date, on parlait volontiers de trouble mental. Le langage du dysfonctionnement avait déjà cours. »⁵⁹³

⁵⁸⁹ Sauret, M.-J. « La direction de la cure : du démenti du réel au franchissement de l'horreur de l'acte », in *La revue lacanienne*, vol. 20, no. 1, 2019, p. 43.

⁵⁹⁰ Miller, J.-A. « Déficit ou faille », in *La Cause du Désir*, vol. 98, no. 1, 2018, p. 123.

⁵⁹¹ Extrait de la leçon du 30 janvier 2008 du cours de J.-A. Miller « L'orientation lacanienne. Tout le monde est fou », enseignement prononcé dans le cadre du département de psychanalyse de l'université Paris VIII. Version établie par Pascale Fari. Texte oral non relu par l'auteur et publié avec son aimable autorisation.

⁵⁹² Cf. Lacan J., « Propos sur la causalité psychique », *Écrits*, Paris, Seuil, 1966, p. 151-193.

⁵⁹³ Miller, J.-A. (2018). *Op. cit.*, p. 122.

D'ailleurs, le terme même de « culte du chiffre »⁵⁹⁴ illustre bien la problématique qu'induit l'obsession en se confondant avec un fonctionnement rationnel comme celui de l'évaluation, ce que souligne Alain Abelhauser :

« Ainsi, sous la bannière de l'efficacité et du pragmatisme, se développe-t-elle : elle conquiert de nouveaux secteurs, se nourrit de l'humain en faisant des adeptes désormais soucieux de porter à leur tour la bonne parole, de nouvelles recrues impatientes de se reproduire à leur tour, de nouveaux convertis au culte du chiffre – qu'elle donne comme un équivalent de la science et de l'objectivité sur lesquelles elle prétend asseoir ses valeurs. »⁵⁹⁵

Du maintien de conceptions scientifiques erronées à la démultiplication des obédiences et des querelles de chapelles qui divisent les lieux de savoirs en différentes communautés d'opinions, on retrouve également la confusion systématique entre le doute et l'obsession-doute à travers les symptômes secondaires qu'engendrent l'obsession-doute et l'obsession-question, à savoir l'obsession de la preuve⁵⁹⁶, de l'évaluation⁵⁹⁷ et les rituels de vérifications⁵⁹⁸, qui s'y rationalisent comme précautions méthodologiques.

Ces conséquences paradoxales du fonctionnement obsessionnel sont très bien décrites par Alain Abelhauser :

« Une telle logique, redoutable s'il en est, s'apparente pour une bonne part à celle qu'on identifie, en psychopathologie, comme *obsessionnelle* : une logique éminemment mortifère, qui consiste à tout vérifier sans qu'aucune vérification ne permette de mettre un terme au doute inextinguible à son origine ; qui consiste à tout ritualiser sans qu'aucun rituel ne permette jamais de résoudre le conflit de départ ; qui consiste à tout différer en démultipliant à l'infini les étapes d'une action, de manière à garantir la survie du désir en s'assurant de l'impossibilité de sa réalisation. Qui consiste, en somme, à s'assurer que l'on ne vit plus, de façon à se garantir ainsi de l'advenue de la mort en faisant des moyens que l'on emploie pour cela des fins absolues. L'évaluation se coule et se fond dans cette logique. C'est en cela qu'on peut la considérer comme un *symptôme*, mais à condition d'admettre qu'il s'agit d'un symptôme *social*, aux deux sens du terme « symptôme » : une solution que la société tente de trouver pour faire face à ses difficultés, c'est-à-dire en l'occurrence pour

⁵⁹⁴ Abelhauser, A., Gori, R., Sauret, M-J. *La folie Évaluation, Les nouvelles fabriques de la servitude*, Paris, Éditions Mille et une nuits, 2011, p.8.

⁵⁹⁵ *Ibid.*

⁵⁹⁶ Jureidini, J., McHenry, L. *The illusion of Evidence-Based Medicine (Exposing the crisis of credibility in clinical research)*, South Australia, Wakefield Press, 2020.

⁵⁹⁷ Abelhauser, A., Gori, R., Sauret, M-J. (2011). *Op. cit.*

⁵⁹⁸ Visentini, G. *L'efficacité de la psychanalyse*, Paris, Presses Universitaires de France / Humensis, 2021.

arriver à se paralyser (précisément grâce aux moyens censés être convoqués pour avancer) ; et un signe de ces (ses) difficultés, révélateur de ses apories, témoignant du « malaise inhérent à sa culture ». ⁵⁹⁹

Nous l'avons déjà développé et nous le reprendrons sous différents aspects, le paradoxe épistémologique qu'induit l'amalgame entre la pensée et sa compulsion s'avère redoutable. Car si ces amalgames signifiants peuvent conduire à donner à des superstitions ⁶⁰⁰ l'image de théorisations et à instituer un obscurantisme au nom de la science, la confusion entre le mécanisme intellectuel et le fonctionnement obsessionnel n'en reste pas moins difficilement décelable. Cette difficulté quant à la différenciation entre la pensée et l'obsession illustre bien la problématique qu'induit la forteresse défensive obsessionnelle : en annulant rétroactivement ses obsessions à travers des systématisations isolées qui les banalisent et les normalisent, le Moi du névrosé obsessionnel réussit à déplacer la compulsion de sa pensée à travers des raisonnements et fonctionnements tout aussi absurdes et contraignants, mais qui paraissent cependant rationnels et cohérents.

Aussi, confondre systématiquement la pensée et la compulsion de cette dernière n'est pas sans avoir des répercussions paradoxales et chaotiques : une représentation n'est pas la même chose qu'une représentation de contrainte et l'obsession ne peut se confondre avec une aptitude, une faculté ou encore avec une activité de l'esprit. La pensée obsessionnelle est un « état pathologique émotif » ⁶⁰¹, une manifestation psychique jouissive, morbide, qui s'impose à l'esprit et qui en fait le siège.

Pour illustrer l'importance de cette distinction, voici ce que peut dire Monsieur M. lors d'une séance où il est particulièrement agité par ses « *pensées qui tournent en boucles* » :

« Je pense tout le temps, je me pose trop de questions et me fais plein de scénarios. Ça me fait mal de penser autant, je me tords l'esprit et je n'arrive pas à me déconnecter. Je veux tout contrôler, je ne veux rien lâcher. Je me dis tout le temps que je ne suis pas à la hauteur, que je suis nul, que je ne vauds rien... En fait, je me répète en boucle que je suis qu'une merde ! Je vois bien que je me mets trop la pression et que je recherche en permanence la perfection. D'une certaine manière, je me défie moi-même, à me torturer, à me faire mal. C'est mon sadisme qui se retourne contre moi. Mais pourquoi j'ai cette envie de me faire mal ?

⁵⁹⁹ Abelhauser, A., Gori, R., Sauret, M-J. (2011). *Op. cit.*, pp. 10-11.

⁶⁰⁰ Lacan, J. (1971). *Je parle aux murs*, Paris, Éditions du Seuil, 2011, p. 11.

⁶⁰¹ Tribolet, S., Shahidi, M. (2005). *Op. cit.*, p. 158.

- Répondez à votre question
- *Je me fais du mal pour éviter d'être bien, pour éviter d'avancer, de construire. Je me fais du mal pour éviter de me sentir vivant. »*

Si l'état pathologique émotif est ici palpable à travers la retranscription de cette séance, il est saisissant de remarquer le contraste par lequel cette torture mentale est ensuite annulée rétroactivement par Monsieur M. : *« je suis juste quelqu'un d'exigeant, avec moi et avec les autres. C'est une qualité de ne pas se contenter du minimum... »*

Ainsi, assimiler la signification de l'obsession avec celle de l'exigence ou de l'intellect à travers des systèmes idéologiques et scientifiques induit de multiples désordres institutionnels et de nombreux fonctionnements mortifères au sein de la société. Si Freud avait mis clairement en évidence cette influence sociale de la névrose obsessionnelle, cette articulation est brillamment élaborée dans les travaux de Sébastien Rose, *« Actualités de la névrose obsessionnelle »*⁶⁰² et *« Notre société, une réponse obsessionnelle ? »*⁶⁰³ Cette influence pathologique de la névrose obsessionnelle au sein de la société résulte donc des non-sens et des contre-sens que charrient ces systématisations. Et plus précisément, la confusion, la paralysie et le chaos engendrés par ces systèmes obsessionnels résultent de l'annulation de la différence entre la signification pathologique de l'obsession et celle du raisonnement. Car à la différence de la réflexion qui permet d'avancer, de ne pas se précipiter dans ses actes et dans ses décisions, l'obsession est une délibération interne qui ne peut conclure, qui ne cesse d'osciller entre une proposition et son contraire. Inexorablement, l'annulation systématique de cette différence produit des effets délétères.

Par conséquent, au-delà de la multiplicité de ces systèmes et des domaines dans lesquels ils peuvent s'instituer, il est surtout important ici de préciser la structure signifiante par laquelle le raisonnement se voit systématiquement confondu, mis en équivalence signifiante avec ce qui s'y oppose littéralement, c'est-à-dire avec le fonctionnement morbide de l'obsession. Car rappelons-le, pour bien souligner la différence et les conséquences de son annulation, valoriser systématiquement l'obsession en la confondant avec la réflexion engendre des confusions redoutables : ni un raisonnement, ni une considération, la pensée obsessionnelle est de l'ordre

⁶⁰² Rose, S. (2009). *Op. cit.*

⁶⁰³ Rose, S. « Notre société, une réponse obsessionnelle ? », in *Cliniques méditerranéennes*, vol. 83, no. 1, 2011, pp. 235-248.

d'une compulsion aussi contraignante que chronophage et qui peut pousser le névrosé à répéter inlassablement les mêmes pensées, à passer au crible les différentes éventualités d'un événement passé ou encore à ne cesser de remettre en doute chacune des décisions qu'il a prises ou qu'il s'apprête à prendre. Annuler rétroactivement la rumination mentale en la confondant littéralement avec la réflexion donne lieu à de multiples problématiques institutionnelles qui se repèrent en premier lieu dans les difficultés du névrosé. Celles-ci éclairent le type d'obsession qui se voit systématiquement banalisé.

f) *Les différents types d'obsessions et leurs systématisations.*

Comme développé précédemment, la confusion systématique de l'obsession-doute avec le doute induit des conceptions spécifiques dans lesquelles la compulsion à douter se voit normalisée, confondue avec le doute et avec la pensée. Par ces biais signifiants systématisés qui se dégagent en premier lieu dans la clinique du névrosé obsessionnel, ce dernier peut ainsi justifier la remise en doute compulsive de ses décisions au nom de la prudence, il peut justifier sa procrastination au nom de la mesure, tout comme il peut s'attacher à certaines croyances absurdes au nom de leur vraisemblance. De la même manière, la remise en doute compulsive d'une théorisation peut être justifiée au nom de la nuance, du doute et de la précaution, c'est-à-dire au nom de la scientificité.

Ainsi, en plus de mettre en lumière leurs répercussions épistémologiques et sociales, l'étude de ces systématisations, par lesquelles le Moi du névrosé obsessionnel se défend de cette « intoxication » de sa pensée, éclaire la spécificité de l'obsession qui s'y voit annulée.

Dans leur *Nouveau Précis de Sémiologie des troubles psychiques*, Serge Tribolet et Mazda Shahidi distinguent avec précision trois grands types d'obsessions⁶⁰⁴ : les obsessions idéatives, les obsessions phobiques et les obsessions impulsives.

Les obsessions idéatives sont définies ainsi :

« Appelées idées obsédantes, elles réalisent une véritable intoxication de la pensée par une idée, une phrase, un doute, un calcul, une interrogation et toutes sortes de thèmes dont les plus fréquents sont moraux, religieux et métaphysiques. »⁶⁰⁵

⁶⁰⁴ Tribolet, S., Shahidi, M. (2005). *Op. cit.*, pp. 158-159.

⁶⁰⁵ *Ibid.*, p. 159.

En plus des obsessions-doutes qui correspondent certainement à la forme la plus courante que prennent les obsessions idéatives, les auteurs répertorient d'autres formes de ruminations obsédantes :

- Les obsessions-idées représentent une « idée fixe qui ne cadre pas avec la réalité »⁶⁰⁶.
- Les obsessions-questions correspondent à des questions obsédantes : « elles peuvent être très précises, concernant un événement de la vie quotidienne, ou plus générales ou d'ordre métaphysique. »⁶⁰⁷
- Les obsessions-scrupules : « il peut s'agir de rumination de fautes anciennes, de scrupules d'un geste réalisé, d'un mot prononcé contrastant avec le caractère anodin pour autrui. Parfois il s'agit d'une réflexion à l'infini sur la morale. »⁶⁰⁸
- Les obsessions-accomplissements :

« L'idée obsédante concerne des tâches intellectuelles que le sujet doit accomplir comme des séries de calculs mentaux (arithmomanie) ou des listes à établir, ou encore une litanie de formules, de mots (onomatomanie).

L'onomatomanie est une obsession portant sur un mot ou un groupe de mots, investi d'une valeur bénéfique ou dangereuses pour soi ou un être cher, qui doit être prononcé ou au contraire soigneusement évité. (...)

Le bilanisme est un souci obsédant d'établir l'état comparatif des gains et des pertes dans tous les domaines de l'existence : bilans sur les plans organiques, psychiques, matériel. »⁶⁰⁹

En répertoriant les différentes formes d'obsessions qui se repèrent cliniquement, le travail remarquable des auteurs du *Nouveau Précis de Sémiologie des troubles psychiques* nous invite à nous interroger sur les différentes conséquences logiques de leurs annulations systématiques. D'ailleurs, l'usage du signifiant « obsession » permet de bien marquer la distinction entre le phénomène obsessionnel et celui valorisé avec lequel il se confond, tout comme il met en exergue que ce qui tend précisément à disparaître par l'annulation rétroactive de l'obsession, c'est précisément le signifiant.

⁶⁰⁶ *Ibid.*

⁶⁰⁷ *Ibid.*

⁶⁰⁸ *Ibid.*, p. 160.

⁶⁰⁹ *Ibid.*

Or, une obsession-idée n'est pas une idée, tout comme une obsession-accomplissement n'est pas un accomplissement, si bien que ces différences entre ces signifiants, cruciales quant à leurs implications, permettent d'éclairer rétrospectivement la spécificité des répercussions qu'engendre l'annulation de leur différence.

Pour illustrer la différence entre le questionnement et l'obsession-question, voici par exemple comment Monsieur X. témoigne de sa façon de « *se prendre trop la tête* » :

« Par rapport au fait de me prendre trop la tête et de me poser des questions. Je me les repose encore et encore et encore... La question que je me demande, c'est comment est-ce que je peux arrêter de me poser ce genre de questions ? Mais pas avec un nouveau réflexe de ne pas me poser ce genre de question, mais de manière naturelle, que ça ne me vienne pas à l'esprit de me poser ces questions. C'est quand je suis seul en général que je me pose ces questions. J'ai tendance maintenant à inverser la situation, à aller voir, à être en contact avec les gens. J'ai cette tendance à remplir mon temps pour ne pas avoir à me poser ce genre de question de manière continue et répétitive. A force de me poser ce genre de question, je finis par être pas bien. Je suis là et pas là en même temps, toujours pensif, je ne savoure plus l'instant présent. Il faut que je trouve des moyens pour me divertir, trouver des loisirs. Si on veut, on peut. Il faut juste s'investir... »

Aussi, de la même manière que l'obsession-question peut se voiler et se représenter dans différents domaines en se confondant avec des questionnements, nous pouvons remarquer que les différentes formes d'obsessions ici répertoriées peuvent également se représenter, tout en se voilant, au sein de systèmes obsessionnels d'apparence rationnelle. Par exemple, de la même manière que Monsieur X. essaie de lutter contre ses obsessions en tentant de se « *divertir* » et de se conditionner, des systèmes obsessionnels d'évitement peuvent aujourd'hui se confondre avec des psychothérapies.

g) La confusion entre un système obsessionnel et un système scientifique : l'exemple du DSM

Pour mettre en évidence les répercussions de cette assimilation entre le système obsessionnel et le système rationnel, nous pouvons reprendre les développements précédents sur le DSM dans la mesure où ce manuel de psychiatrie témoigne de manière pertinente de l'influence problématique mondiale de cette confusion. Le procès de l'isolation psychique y est particulièrement manifeste dans la rupture des liens logiques qui sous-tendent les grandes structures psychiques. Cette dissolution des liens de causalité et de corrélation tend ainsi à se représenter – ce que nous pouvons observer également dans la cure des névrosés

obsessionnels⁶¹⁰ – par une tendance à décrire et à énumérer aux dépens d’une tendance à articuler et à lier logiquement. A cet égard, Nicolas Guérin souligne ceci :

« Les points communs entre les classifications de Kraepelin et celles des DSM sont la prévalence de la description sur l’explication et un clivage entre théorie et clinique avec une foi sans mesure en un rationalisme descriptif qui entend, non pas produire, mais décrire des phénomènes prétendument déjà là, *a priori* toute théorisation. »⁶¹¹

Le procès de l’isolation psychique est également manifeste à travers l’infinité des divisions qui structurent les différentes classifications : celles-ci ne cessent ainsi de se spécifier sur toujours plus de détails et, ainsi, effet logique de l’isolation psychique, de se démultiplier d’édition en édition. Cette démultiplication à l’infini, en nouveaux « troubles » ou en nouvelles « pathologies », éclaire en même temps le biais de compréhension qu’engendre la focalisation exclusive de l’attention, notamment l’illusion spécifique qui confère à un effet restreint et temporaire la signification d’une guérison. De même, nous avons vu que l’annulation rétroactive qui conditionne cette « bible de la psychiatrie » – terme faisant remarquablement écho à la dimension freudienne de « religion privée »⁶¹² – peut se repérer dans l’amalgame par lequel l’obsession de l’objectivité se voile derrière l’objectivité, ou encore par lequel l’obsession-doute se dissimule derrière le doute, justifiant ainsi au nom de la science le rejet catégorique de toute théorie. Cette idéologie athéorique qui caractérise le DSM peut donc être considérée comme une véritable obsession systématisée, relativement partagée dans le champ médico-psychologique. Elle se structure ainsi sur des confusions en série. En effet, à l’instar du rituel de vérification interminable dans lequel le névrosé ne peut cesser de douter et de procéder aux mêmes re-vérifications, la confusion entre l’obsession-doute et le doute peut conduire à confondre en même temps l’obsession de la preuve, de l’évaluation, de la méthodologie et de l’objectivité avec la rigueur scientifique.

Pour mieux illustrer l’impasse dialectique qui résulte d’une telle assimilation, rappelons ce que Lacan mettait en évidence quant au « comportement de l’obsessionnel » :

⁶¹⁰ Cf. *L’évitement systématique de la pensée et son affinité avec la pensée opératoire : la focalisation exclusive et successive de l’attention*, p.204.

⁶¹¹ Guérin, N. « Vers une symptomatologie », in *Cliniques méditerranéennes*, vol. 79, no. 1, 2009, p. 191.

⁶¹² Freud, S. (1907). « Action de contrainte et exercices religieux », in *Œuvres Complètes, Vol. VIII*, Paris, PUF, 2007, p. 139.

« Il y a quelque chose qui n'est pas souvent aperçu, que vous ne mettez guère en jeu, qui explique pourtant toute une part du comportement de l'obsessionnel. Dans sa façon si particulière de traiter le signifiant, à savoir de le mettre en doute, de l'astiquer, de l'effacer, de le triturer, de le mettre en miettes, de se comporter avec lui comme Lady Macbeth avec la maudite trace de sang, l'obsessionnel, par une voie sans issue mais dont la visée n'est pas douteuse, opère justement dans le sens de retrouver le signe sous le signifiant. Ungeschehen machen, rendre non advenue l'inscription de l'histoire. Ça s'est passé comme ça, mais ce n'est pas sûr. Ce n'est pas sûr, parce que ce n'est que du signifiant, et que l'histoire est donc du truc. Il a raison, l'obsessionnel, il a saisi quelque chose, il veut aller à l'origine, à l'étape antérieure, à celle du signe. »⁶¹³

Cette obsession de la preuve et de l'objectivité met en lumière le rapport spécifique du névrosé obsessionnel au signifiant, soit plus précisément sa volonté de « retrouver le signe sous le signifiant ».

Nicolas Guérin souligne la conception de la vérité qui résulte d'une telle recherche impossible : « Il semble s'agir ici d'une conception de la vérité qui, contrairement à celle que met au jour la psychanalyse, n'aurait pas 'structure de fiction', c'est-à-dire de langage en tant que le langage ment toujours à propos du réel qu'il ne peut pas tout dire, ni décrire donc. »⁶¹⁴

Alors, de la même manière que le névrosé de cesse de remettre aussitôt en doute ce qu'il vient de vérifier, cette confusion entre la méthodologie scientifique et le symptôme de vérification engendrerait une forme d'impasse dialectique et, plus précisément, une boucle obsessionnelle. En effet, si l'obsession de la preuve et de l'objectivité met en lumière cette tendance par laquelle le Moi peut annuler littéralement n'importe quelle preuve, n'importe quelle évidence, elle illustre aussi l'impasse symptomatique par laquelle il tente de lutter par la pensée contre ses propres obsessions, soit l'impasse dialectique par laquelle il combat par des raisonnements hermétiques sa propre tendance à s'illusionner, à adhérer à des superstitions.

Ceci est mis en évidence par Nicolas Guérin :

« L'athéorisme du kraepelinisme et du néokraepelinisme se fonde sur une défiance, voire sur une méfiance, à l'égard du « charme » que peut véhiculer toute théorie ou hypothèse ; méfiance qui

⁶¹³ Lacan, J. (1962-63). *Le Séminaire, Livre X, L'angoisse*, Paris, Éditions du seuil, 2004, p. 77.

⁶¹⁴ Guérin, N. (2009). *Op. Cit.*, p. 192.

conduit donc à privilégier une conception de l'usage du langage qui correspondrait à la chose même, c'est-à-dire assaini de tout jeu d'influence. »⁶¹⁵

Ainsi, cette oscillation caractéristique entre l'adhésion à des systèmes illusoires et le rejet systématique de toute systématisation témoigne de manière exemplaire du combat épuisant que le Moi de l'obsédé mène à l'égard de ses propres obsessions. Se représentant dans de nombreux domaines, cette lutte obsessionnelle conduit à instituer un conflit insoluble entre l'adhésion à des systèmes insensés et le refus systématique de tout système, soit l'adhésion, tout aussi superstitieuse, à des systèmes antisystèmes. À cet égard, la dimension athéorique du DSM révèle cette impasse dialectique, tout comme le fait qu'elle repose sur les contre-sens et les non-sens qui résultent des amalgames de l'obsession.

Nous l'avons déjà développé précédemment, les fallacieuses assimilations par lesquelles le Moi se défend de reconnaître ses obsessions génère des méprises en série : par exemple, en assimilant systématiquement la signification de son obstination avec de la détermination. Le Moi peut également être amené à se méprendre systématiquement en interprétant des manifestations d'assurance comme de l'arrogance ou encore en comprenant toute forme de résolution comme des formes de précipitation ou d'obstination. Ces confusions qui se repèrent dans la clinique sont tout aussi sensibles dans les arguments qui sous-tendent le fonctionnement athéorique du DSM ; dès lors que l'obsession de la preuve peut se voiler et se confondre avec une recherche scientifique de preuve, toute validation issue de l'expérience peut ainsi être réfutée comme une présomption et toute théorie peut être bannie car considérée comme une opinion. Les multiples confusions voilées qui résultent de ces amalgames systématisés se retrouvent largement dans les critiques catégoriques qui conduisent à rejeter la psychanalyse, ainsi confondue et catégorisée systématiquement comme religion privée et étiquetée de « *non scientifique* » dans de nombreuses universités et institutions.

La prise en compte de ces amalgames permet ainsi de mieux cerner le biais sur lequel reposent « les critiques que nous mobilisons ces dernières années depuis que le procès de la psychanalyse est instruit et ses procureurs promus comme les parangons de la scientificité. »⁶¹⁶ Et de la même manière que Sidi Askofaré souligne ici la dimension symptomatique de ces critiques qui se présentent comme scientifiques, Michel Lapeyre et Marie-Jean Sauret mettent en lumière les

⁶¹⁵ *Ibid.*, p. 191.

⁶¹⁶ Askofaré, S. « Une politique décapitonée ? », in *Champ lacanien*, vol. 8, no. 1, 2010, p. 157.

répercussions problématiques du fonctionnement obsessionnel qui se confond aujourd'hui avec un fonctionnement scientifique :

« C'est à n'y rien comprendre : aujourd'hui, de toutes parts, des voix s'élèvent pour discréditer la psychanalyse au nom de la science, inviter à renoncer à toute théorie et à admettre comme évident que les manifestations psychopathologiques d'une part s'imposent d'elles-mêmes à l'observateur, d'autre part relèvent du champ de la médecine organique.

La naïveté du premier point laisse perplexe. N'importe qui, ayant observé un ciel étoilé, sait qu'il est impossible d'y distinguer la moindre constellation sans une carte du ciel ou un spécialiste : c'est la théorie, explicite ou idéologique, qui permet de percevoir concrètement. C'est elle qui rend compte le cas échéant de la pertinence, de la validité, du regroupement d'étoiles observé. C'est à cette validité que les auteurs du DSM, cette fois, ont renoncé (Kirk et Kutchins, 1992) : peu importe si les critères retenus pour les troubles anxieux correspondent à une entité morbide réelle comme il existe une entité médicale appelée la grippe – alors même que l'on prétend devenir un sous-ensemble de la médecine organique ! Pour être plus précis, cette nomenclature pourrait d'une part ne correspondre à aucune réalité morbide objective (mais seulement à l'idée que se fait tel ou tel observateur de la pathologie), et, bien sûr, n'avoir aucun rapport avec la conception psychopathologique sous-jacente à telle ou telle psychothérapie qui découperait autrement la réalité psychique. »⁶¹⁷

Au-delà du rôle de l'isolation psychique dans cette façon de découper la réalité et ainsi de réfuter les résultats de la psychanalyse, au-delà de cette obsession de la preuve et de l'objectivité qui sous-tend le rejet systématique de toute forme de théorie, le DSM est aussi particulièrement exemplaire pour mettre en évidence comment une obsession-accomplissement peut se confondre avec un fonctionnement rationnel et scientifique. Cette tendance pathologique à énumérer et à lister de manière aussi détaillée, depuis longtemps reconnue par les psychanalystes comme un symptôme proprement obsessionnel, est aujourd'hui annulée rétroactivement en étant confondue avec un fonctionnement valorisé, ici un fonctionnement scientifique. Or, cette minutie et cette tendance méticuleuse à compartimenter et à classer dans des catégories viennent illustrer remarquablement le symptôme qui se repère cliniquement et dont peut se plaindre le psychanalysant quand il reconnaît, par exemple, qu'il « *gaspille [s]on temps* » ou qu'il « *passse à côté de [s]a vie* ». Cette tendance à être absorbé, à lister scrupuleusement ou à réaliser des tâches avec minutie met d'ailleurs singulièrement en évidence la focalisation exclusive de l'attention par laquelle le névrosé peut avoir tendance à

⁶¹⁷ Lapeyre, M., Sauret, M-J. « La psychanalyse avec la science », in *Cliniques méditerranéennes*, vol. n° 71, no. 1, 2005, p. 160.

se perdre dans des détails aux dépens de l'essentiel. Ainsi, cette tendance obsessionnelle à « établir des listes »⁶¹⁸ ne saurait se confondre, sans porter atteinte au champ médico-psychologique, avec une démarche rationnelle ou scientifique. Aussi confondue puisse-t-elle être avec un fonctionnement scientifique, cette façon pathologique de classer et de compartimenter n'en demeure pas moins une compulsion morbide dont les répercussions sont tout aussi absurdes que délétères.

D'ailleurs, il n'est possible de remarquer les conséquences de cette tendance voilée au sein même du champ psychanalytique, ce que souligne ainsi Jacqueline Dhéret : « classer peut participer de la défense propre à la névrose obsessionnelle et Lacan, qui a inscrit au cœur de la pratique de son École la séance courte, nous a aussi montré combien l'institution analytique pouvait être friande de protocoles et de rituels. »⁶¹⁹

Ce qu'il s'agit donc de mettre en évidence – d'où la nécessité de bien en établir la distinction – c'est qu'en se confondant avec un fonctionnement rationnel, cette obsession de la classification a des conséquences catastrophiques que Marie-Jean Sauret illustre très bien en reprenant la préface par Josef Schovanec du livre d'Edith Sheffer :

« Josef Schovanec a rédigé la préface de la version française de l'enquête qu'Edith Sheffer a consacrée à Asperger⁶²⁰. L'ouvrage montre comment, scientisme aidant, une passion pour la classification rigoureuse des individus anime les praticiens et les politiques de la santé de droite et de gauche, avant la Seconde Guerre mondiale. Elle montre aussi comment cette passion s'épanouira avec l'eugénisme criminel des nazis. Or, avec l'anthropologie numérique, cette passion du chiffrage a largement débordé aujourd'hui le champ de la santé pour tous les autres domaines de la vie humaine. La critique de Josef Schovanec contre une logique qui ne veut rien savoir de la singularité est on ne peut plus actuelle. »⁶²¹

De même, les conséquences paradoxales du fonctionnement obsessionnel peuvent également se représenter à travers la fonction qu'occupe le DSM dans l'enseignement de la psychiatrie et notamment par cette tendance à l'apprendre de manière littérale et à le réciter machinalement. François Gonon explique cette institutionnalisation du symptôme obsessionnel dans le champ de la psychiatrie :

⁶¹⁸ *Ibid.*, p. 159.

⁶¹⁹ Dhéret, J. « Une leçon sur le désir », in *La Cause freudienne*, vol. 67, no. 3, 2007, p. 45.

⁶²⁰ Sheffer, E. *Les enfants d'Asperger. Le dossier noir des origines de l'autisme*, Paris, Flammarion, 2019.

⁶²¹ Sauret, M-J. « La direction de la cure : du démenti du réel au franchissement de l'horreur de l'acte », in *La revue lacanienne*, vol. 20, no. 1, 2019, p. 46.

« Dans de nombreuses universités, le DSM-IV est présenté comme un manuel de psychiatrie, ce qu'il n'a jamais prétendu être. Puisque la validité du DSM n'est pas discutée, les étudiants sont conduits à penser que les pathologies décrites dans le DSM représentent bien des maladies distinctes. La réussite aux examens dépendant souvent de la restitution des catégories du DSM, sa connaissance littérale en vient à représenter l'essentiel des connaissances en psychiatrie⁶²². Cet apprentissage aussi fastidieux que discutable se fait au détriment de connaissances plus utiles comme la psychopharmacologie dans ses deux versants thérapeutiques et iatrogènes. En tant que directeur médical de l'APA entre 1974 et 1997, Melvin Sabshin a largement contribué aux DSM-III et DSM-IV. En 1997, il signe une vigoureuse mise en garde : 'L'un des grands dangers de la présente période est l'atrophie des compétences psychothérapeutiques parmi les psychiatres. Le danger est de faire du DSM une approche mécaniste où le clinicien perd son sens clinique et son humanisme. Je déteste avoir à examiner des candidats à des postes de responsabilités qui récitent leur DSM. Nous devons continuer à enseigner la clinique pour faire en sorte que les différences entre patients soient reconnues et que nous restions attaché à l'humanisme dans tout notre travail'⁶²³.

Plus récemment, Scott Waterman note qu'il y a de la part des enseignants qui connaissent les faiblesses du DSM, un certain 'cynisme' à en imposer l'apprentissage littéral⁶²⁴. Les étudiants d'aujourd'hui étant l'avenir de la psychiatrie, il est vraiment regrettable de leur imposer un pareil 'handicap conceptuel'⁶²⁵. »⁶²⁶

Ainsi, l'exemple du DSM illustre bien l'écueil institutionnel que crée le système obsessionnel en se confondant avec un système rationnel et scientifique : les contre-sens et les non-sens sur lesquels ces systèmes se structurent conduisent à amalgamer le fonctionnement de la raison avec ce qui constitue au contraire son interruption, soit à assimiler la pensée avec ce qui caractérise son effraction. Les conséquences paradoxales et délétères de ces systèmes symptomatiques sont donc d'autant plus importantes qu'ils réussissent à ériger des fonctionnements pathologiques au nom de la rationalité⁶²⁷. Mais aussi minimisées et considérées de manière isolée soient-elles, les répercussions fâcheuses de ces annulations

⁶²² Phillips, J., Frances, A., Cerullo, M-A. *et al.* « The six most essential questions in psychiatric diagnosis: a pluralogue part 2: issues of conservatism and pragmatism in psychiatric diagnosis. », in *Philos Ethics Humanit Med*, Vol 7, 8, 2012.

⁶²³ Sabshin, M., « Melvin Sabshin reflects on two decades at the helm of the APA. Interview by John A. Talbott and Howard H. Goldman. », in *Psychiatr Serv*, 48, 1997, 1164-1167.

⁶²⁴ Phillips, J., Frances, A., Cerullo, M-A. *et al.* (2012). *Op. Cit.*

⁶²⁵ *Ibid.*

⁶²⁶ Gonon, F. « Quel avenir pour les classifications des maladies mentales ? Une synthèse des critiques anglo-saxonnes les plus récentes », in *L'information psychiatrique*, vol. 89, no. 4, 2013, p. 289.

⁶²⁷ Gori, R. « Préface. Mais que viennent faire les psychanalystes dans cette galère ? », in *Les enfants naufragés du néolibéralisme*. Sous la direction de Epstein Danièle. Érès, 2021, pp. 7-10.

rétroactives systématisées n'en demeurent pas moins particulièrement manifestes, si bien qu'il n'est pas impossible de dégager la structure symptomatique qui se représente tout en s'annulant. Dans le champ médico-psychologique notamment, ces systématisations hermétiques induisent une multiplicité de traitements isolés, absurdes, ciblés et temporaires.

h) La confusion entre une thérapie et un système obsessionnel : l'exemple des thérapies brèves

Dans ce chapitre où nous nous interrogeons plus précisément sur les différentes formes d'obsessions et leurs annulations, nous pouvons nous demander si la plupart des psychothérapies actuelles ne constituent pas précisément des systèmes d'obsessions-accomplissement. Leurs modalités de fonctionnement ne consistent-elle pas le plus souvent à suggérer au patient d'établir des listes, de réciter des formules ou encore de prononcer religieusement des mots « *investis d'une valeur bénéfique* », par exemple des pensées positives, en remplaçant « *soigneusement* » certaines pensées, les pensées négatives ?

Alors, s'il n'est pas impossible de reconnaître ici le fonctionnement de la sophrologie, du coaching, de la pensée positive, des techniques comportementales et cognitives, etc., il est possible de considérer ces modalités thérapeutiques comme des formes voilées et systématisées d'obsessions-accomplissement, soit ce que Lacan qualifiait déjà en son temps de « systèmes obsessionnels de suggestion »⁶²⁸.

Au-delà des effets spécifiques de l'isolation psychique qui permettent de conférer à un effet ciblé et temporaire l'illusion d'être une guérison, nous pouvons ici souligner à nouveau les annulations rétroactives qui sous-tendent ces fonctionnements et préciser, avec les auteurs du « *Nouveau Précis de Sémiologie des troubles psychiques* », que ces systématisations qui se confondent aujourd'hui avec des psychothérapies correspondent précisément à des formes voilées d'obsessions-accomplissement, et notamment à de l'onomatomanie, « une obsession portant sur un mot ou un groupe de mots, investi d'une valeur bénéfique ou dangereuses pour soi ou un être cher, qui doit être prononcé ou au contraire soigneusement évité. »⁶²⁹

⁶²⁸ Lacan, J. (1953). « Fonction et champ de la parole et du langage », in *Écrits*, Paris, Éditions du Seuil, 1978, p. 299.

⁶²⁹ Tribolet, S., Shahidi, M. (2005). *Op. cit.*, p. 158.

Or, confondre une obsession systématisée avec un traitement psychothérapeutique ne revient-il pas à confondre un fonctionnement symptomatique avec un soin psychique ?

Pour illustrer comment des systèmes obsessionnels se confondent aujourd'hui avec des psychothérapies, nous pouvons nous appuyer sur les procédés que Monsieur X. met en place pour conditionner son symptôme :

« Je me suis rendu compte que je doute beaucoup. C'est pour ça que je prends des décisions hyper réfléchies. Ça rejoint le côté de tout maîtriser. J'essaie de travailler sur l'aspect hyper contrôlant. J'ai appris que je fais des choses qui n'ont pas de sens. Par exemple, quand je pars en vacances, je vérifie dix fois si j'ai mon passeport. Je vérifie alors que je sais que je l'ai pris mais je ne peux pas m'empêcher d'avoir un doute. C'est pareil pour sortir de chez moi, je vérifie toujours plusieurs fois que c'est bien rangé. Hier, je sortais... ma chambre était désorganisée... je me suis dit, je vais la laisser comme ça. Je me suis rendu compte que le fait de douter, je réfléchis beaucoup... Je prends des décisions qu'après avoir fait tourner l'idée beaucoup de fois dans ma tête. En fait, c'est que je manque de confiance. Tous ces trucs là, ça se rejoint. Je suis quelqu'un qui planifie tout, qui veut tout contrôler. Parce que j'ai choisi de ne pas faire d'erreur... Je n'arrive pas à accepter de faire une erreur. Du coup, je me dis que ce n'est pas grave de faire une erreur... Du coup, c'est un tout. Je fais passer les autres avant moi, je n'apprends pas à m'aimer, je suis quelqu'un d'hyper contrôlant, je ne veux pas me confronter aux autres donc je ne m'impose pas... Tout ça est lié ! Je me rends compte que je dois m'améliorer, essayer de chercher, comprendre les choses... Je dois essayer de donner des explications. Comme j'ai dit, j'ai confronté les gens pour essayer de dire ce que j'ai sur le cœur. Je me dis, c'est quoi la technique ? L'idée c'est d'essayer de changer les choses et de sortir de cet état. Je suis toujours en train de réfléchir, donc j'essaie de faire les choses simplement. Si je sors, je laisse les choses en désordre. Si je m'énerve, j'essaie de développer des réflexes pour arrêter, trouver ces moments où je dois dire non, ce n'est pas comme ça ! Non, ce n'est pas comme ça qu'il faut faire. Comme pour le travail, il faut que j'arrête de travailler trop, même pendant mes vacances, de vouloir en faire plus, de faire ce que mon patron me demande alors que je sais qu'il exagère. J'essaie de ne pas rester chez moi, de sortir et du coup, avec le travail, j'essaie d'oublier, de plus penser au travail... Il y a quelque chose que j'ai remarqué. Comme je cherche un autre travail, avant j'y pensais tout le temps, je me disais que je n'y arriverais pas, ça me stressait. Maintenant, je me dis : ok, je vais trouver ! Y'a aucune raison pour que je ne trouve pas. Faut juste avoir confiance en soi. Au lieu que ce soit un enfer, faut juste laisser passer... faut juste... faut juste couper avec la recherche d'emploi. Le week-end, j'essaie de me poser, de pas y réfléchir, que ce ne soit pas un enfermement. J'ai tendance maintenant à inverser la situation. Comme j'ai compris ce qui se passe, j'essaie de changer. Le fait déjà de comprendre ce qui se passe, de mettre le point sur ce qui cloche, je me sens déjà moins anxieux. Avant, je savais... mais je n'étais pas là, je n'étais pas sur le bon chemin, ce n'était pas le bon raisonnement. Là c'est le cas. Maintenant que je trouve ce qui cloche, il faut que je le résolve. »

Cette séance de Monsieur X. met en lumière que la plupart des traitements qui se présentent aujourd'hui comme des psychothérapies constituent bel et bien des systèmes obsessionnels, c'est-à-dire des techniques systématisées par lesquelles le Moi conditionne son symptôme en y appliquant une pensée qui permet de l'annuler rétroactivement, par exemple via un comportement opposé à la difficulté qu'il s'agit de faire disparaître :

« (...) c'est quoi la technique ? L'idée c'est d'essayer de changer les choses et de sortir de cet état. Je suis toujours en train de réfléchir, donc j'essaie de faire les choses simplement. Si je sors, je laisse les choses en désordre. Si je m'énerve, j'essaie de développer des réflexes pour arrêter... »

Lors d'une autre séance, Monsieur X. dira qu'il tente de « conditionner (s)es réflexes », précisant ainsi : « j'essaie de trouver des moyens pour essayer de me divertir plus et ne pas rester chez moi à rien faire. En fait, j'essaie de changer les habitudes que j'avais avant par de nouvelles habitudes : je vais arriver à effacer mes doutes. »

À travers les raisonnements syllogistiques de Monsieur X., nous pouvons clairement remarquer les boucles logiques isolées par lesquelles le Moi se suggestionne et s'illusionne qu'il se guérit en tordant la signification de ses symptômes, en s'efforçant de les « effacer ».

« Comme je cherche un autre travail, avant j'y pensais tout le temps, je me disais que je n'y arriverais pas, ça me stressait. Maintenant, je me dis : ok, je vais trouver ! Y'a aucune raison pour que je ne trouve pas. Faut juste avoir confiance en soi. Au lieu que ce soit un enfer, faut juste laisser passer... faut juste... faut juste couper avec la recherche d'emploi. Le week-end, j'essaie de me poser, de ne pas y réfléchir, que ce ne soit pas un enfermement. De plus en plus, j'ai tendance maintenant à inverser la situation. »

Qu'il soit question de ritournelles ou de pensées positives à scander comme des incantations, il s'agit de remarquer que le Moi lutte contre ses obsessions en mettant en place des systèmes de pensées et de comportements rigides qui deviennent eux-mêmes proprement obsessionnels : « faut juste », « faut juste », « faut juste », le paradoxe qui résulte de ces faux raisonnements conduit le Moi à lutter contre sa volonté de « tout maîtriser » en essayant précisément de maîtriser.

En se présentant comme des psychothérapies, la confusion qu'induisent ces systèmes de suggestions est d'autant plus problématique qu'ils vont littéralement à l'encontre même de la clinique. Pour illustrer cette imposture dont les répercussions sont importantes pour le champ

médico-psychologique, voici ce que peut dire Monsieur X. lorsqu'il réalise que sa psychanalyse lui permet d'affronter certaines pensées qu'il préférerait ignorer et que, ce faisant, il commence à construire un rapport plus apaisé à sa vie :

« Donc j'étais en train de contrôler les choses que je ne voulais pas voir de moi. Ça rejoint ce pourquoi j'ai mis autant de temps à venir ici, ne pas accepter de parler de moi. Je contrôlais, contrôlais, contrôlais, cette partie-là restait délaissée, ignorée, pas reconnue. Ce comportement inconscient, ce contrôle-là a déteint sur mon comportement dans ma vie de tous les jours : contrôler tout ce qui se passe devant moi. Le fait de refuser cette partie ou de toujours l'ignorer, c'est quelque part avoir peur... de... la reconnaître, de dire que c'est arrivé, que c'est moi... Le fait d'en parler ici... je n'avais pas le courage de raconter ce souvenir-là. Le fait de parler de ces souvenirs, c'est une étape concrète d'acceptation de cette partie-là. Cette une étape de renouement avec mon inconscient.

- Qui est votre inconscient ?

- *C'est moi. Donc c'est une étape de renouement avec moi-même. »*

Cette séance met en évidence comment la tendance à contrôler et à s'autosuggestionner s'oppose directement au soin psychique que permet la cure psychanalytique, c'est-à-dire à cette possibilité pour le psychanalysant de construire un apaisement véritable dans ce « *renouement* » avec lui-même :

« Le fait d'avoir été blessé et de vouloir oublier ces blessures plutôt que de les soigner, c'est le comportement d'un enfant et ça me permet de ne pas avoir à assumer d'avoir à soigner mes blessures. Ces blessures d'enfance... J'ai considéré que jusqu'à maintenant, je n'étais pas un adulte, donc que je pouvais ne pas assumer mes blessures mais comme j'évolue mentalement et que je deviens un adulte, il y a cette encore cette confusion, de rester dans ce réflexe enfantin, d'oublier mes blessures. Quand je dis que je veux murir, je ne veux plus avoir ce comportement d'enfant, c'est pour moi le point primordial que je voudrais changer en moi. Pas en essayant de contrôler en force. Ce changement de ce comportement ne doit pas être une imposition, ne pas dire : « parce que je suis adulte, je dois changer ». Au fond de moi, je n'en veux plus. Je cherche à comprendre ce comportement et en comprenant la cause, c'est ce qui va me permettre de changer vers un comportement différent. »

Monsieur X. révèle ici l'amalgame sur lequel repose les « thérapies brèves », soit la confusion entre « *vouloir oublier ses blessures* » et « *les soigner* ». Cette distinction permet de préciser que cette forme de fuite systématique s'oppose au traitement psychique :

« Depuis le début de ma cure, j'essayais de m'occuper, avec le travail et le sport, j'essayais de fuir cette blessure en ayant un emploi du temps chargé. Mais ce n'était que des échappatoires temporaires pour oublier cette blessure, une façon de ne pas avoir le courage de l'assumer et de venir la soigner. Depuis le dernier mois, j'ai commencé un nouveau boulot, le sport, une nouvelle posture... mais au lieu de vivre, c'étaient des moyens pour oublier, essayer de ne pas dealer avec ma blessure. C'est évident maintenant, mais ce que j'ai fait, c'est exactement le même pattern que ce que je faisais avant. Je me blesse, je ne veux pas reconnaître que je suis blessé et je trouve toujours un moyen d'oublier, d'être dans le déni pour ne pas vraiment soigner cette blessure. A chaque fois que... quand je sens que j'ai peur de quelque chose, que ça s'agite à l'intérieur, j'essaie de me contrôler, de me dire : « Oui, ça va être mieux. » J'ai senti que j'allais mieux mais c'était comme toutes les autres pseudo solutions, des solutions temporaires, je ne me soignais pas vraiment. »

Les paroles de Monsieur X. sont ici exemplaires pour illustrer l'imposture et le paradoxe qu'induisent ces systématismes pseudo-thérapeutiques dans le champ du soin. En se présentant comme des psychothérapies, ces systèmes réussissent à assimiler le soin psychique avec ce qui constitue au contraire des *« échappatoires temporaires pour oublier cette blessure, une façon de ne pas avoir le courage de l'assumer et de venir la soigner »*. Les résistances que Monsieur X. tend à mettre en place pendant sa psychanalyse éclairent remarquablement comment ces systèmes de conditionnement sont antinomiques du soin psychique : *« c'est exactement le même pattern que ce que je faisais avant. Je me blesse, je ne veux pas reconnaître que je suis blessé et je trouve toujours un moyen d'oublier, d'être dans le déni pour ne pas vraiment soigner cette blessure. »* Par conséquent, confondre ces stratégies d'évitement avec des psychothérapies revient, ni plus ni moins, à confondre le soin avec des *« pseudo solutions, des solutions temporaires »*, c'est-à-dire à confondre le traitement psychique avec une forme de tromperie : *« je ne me soignais pas vraiment »*.

Les paroles de Monsieur X. mettent bien en exergue le biais interprétatif qui conduit à assimiler une *« pseudo solution »* avec une solution :

« Ce que j'ai oublié, c'est que... je me contrôlais. En gros, inconsciemment, je savais ce que je faisais, comme si c'était quelqu'un en train de mentir à quelqu'un et qui dit à la fin... en fait, je suis en train de mentir. À chaque fois que je trouvais un moyen de me contrôler ou de trouver un moyen temporaire, une pseudo solution, je trouvais un moyen de détruire cette solution. Puis je vais mal, je retrouve une pseudo solution, je vais mieux, puis je retrouve une faille dans la solution, puis je vais mal... c'est sans fin, c'est une boucle. Tant que je n'ai pas assumé, que je n'ai pas trouvé une solution qui m'inclue moi dans un tout, je vais toujours être dans cette boucle qui ne s'arrête jamais. »

La dimension obsessionnelle de ces boucles associatives apparaît ici remarquablement, tout comme les confusions interprétatives qui résultent du raisonnement elliptique :

« Est-ce que je suis en train de faire la confusion entre le contrôle, le relâchement et le fait de se soigner ? Par exemple, si je pense à la peur de me faire du mal ou d'être trahi par les autres. Le réflexe inconscient qui se déclenche : j'ai peur, je panique, je m'énerve. Puis je balaye ce sentiment, je vais essayer de penser à autre chose. J'essaie d'oublier en faisant autre chose ou en me convainquant que ce que je pense est faux. J'entre dans cette phase de déni ou j'essaie de me convaincre que je vais aller mieux... je pensais que c'était ça me soigner alors qu'en vrai, c'est l'inverse. Je suis en train de me contrôler de manière inconsciente pour fuir mes problèmes, mes blessures et je n'ai pas en quelque sorte le courage de faire face à ces problèmes. »

Séances après séances, les paroles de Monsieur X. témoignent de l'avancée fondamentale que la découverte freudienne des libres associations a constituée dans le champ du soin et de la psychothérapie, tout comme elles mettent en lumière les raisonnements elliptiques qui conduisent à réfuter cette avancée tout en promulguant des systèmes de suggestions qui confondent soin et mystification.

Ainsi, ces formes de conditionnements obsessionnels éclairent les boucles logiques associatives sur lesquelles se structurent ces techniques de conditionnement qui se présentent aujourd'hui comme des psychothérapies. Or, « *essayer de changer les choses* » ne veut pas dire les changer véritablement si bien que ces techniques peuvent difficilement – sauf à maintenir voilée l'erreur de raisonnement – être considérées comme de véritables psychothérapies. Cette confusion illustre les conséquences paradoxales de ces systèmes obsessionnels hermétiques qui se présentent comme scientifiques, car dès lors que se dissipe la signification illusoire par laquelle la levée momentanée d'un symptôme peut être interprétée comme une guérison, ces techniques de conditionnement ne peuvent non seulement plus être considérées comme des psychothérapies, mais au contraire comme des symptômes obsessionnels voilés qui contribuent à renforcer l'aliénation et les fonctionnements symptomatiques des patients.

Autrement dit, en s'illusionnant contrôler sa réalité en conditionnant le signifiant, le biais de raisonnement elliptique qui résulte de cette tendance à l'isoler conduit le Moi à assimiler un symptôme à une thérapeutique, ce que Monsieur X. vient confirmer par ces mots : « *en fait, j'essaie d'utiliser mon symptôme d'être hyper-contrôlant pour changer mon symptôme...* »

Cette imposture par laquelle ces systèmes obsessionnels se présentent aujourd'hui comme psychothérapeutiques a été mise en évidence par de nombreux psychanalystes⁶³⁰, notamment Roland Gori, Christian Hoffmann et Alain Vanier qui soulignent avec justesse que « les TCC ne peuvent pas prétendre à un statut de psychothérapie »⁶³¹ et mettent en évidence le tranchant radical de la découverte freudienne dans le champ de la psychothérapie :

« La psychothérapie traite le conflit psychique et procède d'un soin psychique qui excède la logique médicale. Depuis près d'un siècle, la psychanalyse a constitué par sa méthode et ses concepts un référentiel majeur des pratiques psychothérapeutiques. Au point que l'on pourrait très justement considérer la psychothérapie comme une "psychanalyse compliquée". C'est-à-dire qu'épistémologiquement parlant on peut circonscrire la psychothérapie authentiquement psychanalytique à la mise en acte de la méthode de la psychanalyse dans des pratiques dont le cadre se doit d'être ajusté aux spécificités des situations cliniques au sein desquelles le psychanalyste œuvre. En somme, la psychothérapie n'est qu'un cas particulier du travail psychanalytique. »⁶³²

Cette conception de la psychothérapie comme « psychanalyse compliquée »⁶³³ a été élaborée par Pierre Fédida qui soutient, à juste titre, « qu'on ne saurait concevoir qu'une pratique psychothérapeutique ne soit pas psychanalytique. »⁶³⁴

Ainsi, le repérage des raisonnements elliptiques qui sous-tendent les illusions thérapeutiques permet de souligner l'imposture sur laquelle repose « cet éclectisme des pratiques psychothérapeutiques »⁶³⁵ tout comme il permet de mettre en évidence « une exclusivité psychanalytique de la psychothérapie »⁶³⁶. Et pour cause, dès lors que se dévoile le biais de compréhension par lequel un effet de suggestion tend à se confondre avec une guérison, il devient possible de dégager clairement ce qui distingue le soin psychique d'une illusion.

i) La systématisation de l'obsession et ses conséquences sociales

⁶³⁰ Razavet, J-C. « Une critique inattendue de l'Inserm et des ttc », in *La Cause freudienne*, vol. 62, no. 1, 2006, pp. 169-170.

⁶³¹ Gori, R., Hoffmann, C. et Vanier, A. « Les TCC ne sont pas des psychothérapies », in *Le Carnet PSY*, vol. 103, no. 8, 2005, p. 24.

⁶³² *Ibid.*, pp. 24-25.

⁶³³ Fédida, P. *Des bienfaits de la dépression. Éloge de la psychothérapie* sous la direction de Fédida Pierre. Odile Jacob, 2001, p. 159.

⁶³⁴ *Ibid.*, p. 158.

⁶³⁵ *Ibid.*

⁶³⁶ *Ibid.*, p. 159.

Résumons avant de poursuivre. En confondant les différentes formes d'obsessions avec les différentes fonctions de la raison, l'annulation rétroactive par laquelle le névrosé obsessionnel lutte et tente de rendre caduques ses propres obsessions conduit à voiler son obsession au sein de systèmes obsessionnels. À mesure que ces derniers se partagent et s'instituent dans différents domaines, en tant que systèmes rationnels ou scientifiques, ces formations symptomatiques secondaires déroutent littéralement le fonctionnement de ces institutions. Plus précisément, cette désorientation résulte des dévoiements signifiants que produit l'annulation rétroactive, à commencer notamment par la confusion qui permet à l'obsession d'être annulée littéralement, soit confondue avec la pensée et avec le raisonnement. Or, répétons-le pour bien marquer la différence qui tend précisément à être annulée rétroactivement, les obsessions-idées ne sont pas des idées, les obsessions-doutes ne sont pas des doutes tout comme les obsessions-accomplissements ne sont pas des accomplissements. Bien au contraire, les obsessions empêchent tout autant de raisonner que de fonctionner !

Ainsi, annuler la signification de l'obsession en créant des fausses équivalences entre les signifiants n'est pas sans avoir un certain nombre de répercussions paradoxales, d'autant que ces sabotages systématisés du signifiant et de sa fonction se diffusent au nom de la mesure et de la rationalité.

Par exemple, voici comment Monsieur X. met en évidence l'amalgame qu'il faisait entre le refus de la castration et un comportement valorisé comme la persévérance :

« J'ai toujours interprété le fait de refuser de perdre comme une marque de persévérance. C'est vrai que ça peut être bien de ne pas lâcher. Mais dans certains moments, ça devient inutile de s'entêter à essayer de vouloir gagner coûte que coûte. Je prends beaucoup trop les choses au sérieux. Je refuse d'accepter les choses, la réalité, et c'est ce qui fait que je revis toujours les choses du passé. »

Cette distinction entre le fonctionnement pathologique et le fonctionnement valorisé avec lequel il est amalgamé révèle ainsi de nombreuses problématiques que nous ne pouvons ici qu'aborder très succinctement. Si ces obsessions systématisées ont des conséquences aussi délétères dans le fonctionnement du champ médico-psychologique actuel, elles peuvent tout autant se repérer dans de multiples domaines qui vont des croyances religieuses⁶³⁷ aux idéologies politiques, économiques, éducationnelles, communautaires, etc. Si Freud a donc

⁶³⁷ Freud, S. (1912). « L'avenir d'une illusion », in *Œuvres Complètes, Vol. XVIII*, Paris, PUF, 1994, pp. 145-197.

découvert la névrose obsessionnelle et son influence sociale, et si Jacques Lacan a largement contribué à affiner cette découverte et à lutter contre son annulation, un certain nombre de psychanalystes contemporains – nous pensons notamment aux travaux d’Alain Abelhauser⁶³⁸ et de Sébastien Rose⁶³⁹ – ont très bien mis en évidence cette incidence du symptôme obsessionnel au sein de la société. La spécificité de cette influence sociale du symptôme obsessionnel – et notamment l’infinité des formes qu’elle peut recouvrir – nous invite ainsi à dégager au mieux la structure signifiante par laquelle l’obsession est annulée littéralement et tend ainsi à se représenter socialement.

Si les systèmes obsessionnels peuvent donc facilement s’instituer en se confondant avec des systèmes rationnels ou scientifiques⁶⁴⁰, il n’est pas impossible de repérer la présence du système symptomatique en repérant notamment ses conséquences pathologiques. Et pour cause, confondre une théorie et une obsession systématisée revient à amalgamer une idée et une obsession-idée, donc à confondre finalement un système qui vise à cerner au mieux le Réel et « une idée fixe qui ne cadre pas avec la réalité. »⁶⁴¹

Des théories du complots⁶⁴² aux théories du genre⁶⁴³ en passant par un certain nombre d’idéologies⁶⁴⁴ reconnues à ce jour comme rationnelles, bien-pensantes ou scientifiques⁶⁴⁵, il est possible de repérer comment ces phénomènes sociaux se structurent logiquement sur des isolations psychiques et des annulations rétroactives, notamment sur la confusion systématique entre une idée et une idée fixe.

Pour illustrer de quelle manière la systématisation d’une obsession-idée peut conduire à engendrer de fausses théorisations, nous pouvons nous appuyer sur le cas clinique suivant. Madame Q. est hantée par l’idée d’être pédophile. Cette pensée troublante peut accaparer son

⁶³⁸ Abelhauser, A. *Un doute infini, l’obsessionnel en 40 leçons*, Paris, Éditions du Seuil, 2020.

⁶³⁹ Rose, S. (2009). *Op. cit.*

⁶⁴⁰ Gori, R. « Psychothérapie : un mot-girouette ? », in D. Widlocher éd., *Psychanalyse et psychothérapie*, Érès, 2008, pp. 41-50.

⁶⁴¹ Source

⁶⁴² Oreskes, N., Conway, E., *Les marchands de doutes*, Paris, Éditions le Pommier, 2014.

⁶⁴³ Pluckrose, H., Lindsay, J. *Cynical theories*, USA, Swift Press, 2021, pp. 135-158.

⁶⁴⁴ Dershowitz, A. *Cancel Culture, The latest Attack on free speech and due process*, New York, Skyhorse Publishing, 2020.

⁶⁴⁵ Gonon, F. « Cinquante ans de psychiatrie biologique. De l’espoir au doute assumé, Édouard Zarifian et Elliot Valenstein, militants exemplaires », in *Sud/Nord*, vol. 25, no. 1, 2010, pp. 39-48.

esprit pendant de longues heures durant lesquelles elle ne cesse d'éprouver la fiabilité de raisonnement : « *si je regarde un enfant, alors ça veut dire que je suis pédophile, si je tremble quand je suis à côté, alors ça veut dire que...* ». Ainsi, bien que Madame Q. réalise au quotidien la dimension absurde et compulsive de sa pensée obsédante, elle ne peut s'empêcher d'y revenir sans cesse et d'essayer de lui donner du sens. Ce faisant, elle ne cesse de buter sur des faux rapports de causalités et sur des conclusions erronées. Grâce à la méthode des libres associations, elle réussit petit à petit abandonner son raisonnement obsessionnel en articulant ces pensées intrusives à son fantasme inconscient et à son désir œdipien, désir auquel elle ne pouvait pas accéder par le raisonnement : « *je crains que mon père ne me touche et cette peur, c'est un fantasme. J'ai extrapolé ça à l'extrême et j'ai inversé l'auteur. Je suis devenue l'auteur.* »

Cet exemple clinique est très précieux car il illustre bien comment la méthode psychanalytique permet de traiter le symptôme obsessionnel tout comme il montre l'impasse logique, et le déplacement symptomatique, qui consiste pour le névrosé à essayer de résoudre ses pensées intrusives par le raisonnement. Ce qu'il s'agit de remarquer, c'est que ces faux rapports de causalités par lesquels les névrosés obsessionnels tentent de donner du sens à l'effraction de leur pensée les conduisent inexorablement à soutenir des faux raisonnements, et ainsi des fausses théories.

Autrement dit, sans la possibilité de les dénouer grâce à la psychanalyse, soit grâce à la méthode des libres associations, les obsessions idéatives ont tendance à se structurer sous forme de systèmes pseudo-théoriques dont la dimension erronée n'est pas toujours évidente à repérer et dont les conséquences, dès lors que cette dimension reste voilée, sont particulièrement problématiques.

j) Les obsessions phobiques et leurs traitements isolés : nouvelle illustration du symptôme obsessionnel au sein du champ médico-psychologique

Cette tendance à systématiser des faux liens de causalités semble également éclairer le destin réservé actuellement à l'appréhension et au traitement des obsessions phobiques :

« Craintes obsédantes d'objets ou de situations reconnues comme absurdes mais ne pouvant être chassées de l'esprit. Ce type d'obsession se distingue des phobies car la crainte existe en dehors de

la situation ou de la présence de l'objet. »⁶⁴⁶

En mettant en évidence la dimension embarrassante de la pensée obsessionnelle, cette définition permet de différencier nettement la phobie de l'obsession-phobie. Cette distinction précise et la prévalence clinique de cette forme obsessionnelle de la phobie nous invitent donc à remarquer que les obsessions phobiques sont à ce jour le plus souvent considérées et diagnostiquées comme des phobies, c'est-à-dire en étant isolées littéralement de l'obsession qui les sous-tend. Ainsi, tant dans le DSM que dans la majorité des systématisations au sein du champ médico-psychologique qui traitent le symptôme phobique de manière ciblée et temporaire, il n'est pas impossible de remarquer une nouvelle fois – au-delà de la rupture associative qui isole le symptôme de ce qui le cause et du biais de compréhension qu'engendre cette isolation psychique⁶⁴⁷ – que c'est le signifiant « obsession » qui y est annulé littéralement, rétroactivement ; par ces ruptures associatives, le phénomène obsessionnel disparaît « en soufflant dessus »⁶⁴⁸, illusoirement.

Alors, s'il est possible de remarquer que le diagnostic de l'obsession – comme celui de névrose obsessionnelle – peut se voir annulé, au sein du champ médico-psychologique, au profit de celui de la phobie, il est tout aussi possible de remarquer que la plupart des traitements appliqués à ce jour à la phobie consistent à déplacer l'obsession qui la sous-tend, notamment en obsession-accomplissement.

Voici ce que peut dire Monsieur X. quant à ses phobies :

« Avant de venir ici, j'étais dans un excès de contrôle. Pourquoi je m'entêtais à tout contrôler ? Car je voulais me démontrer inconsciemment que ce n'est pas possible de tout contrôler. C'est un peu le dilemme de l'œuf ou de la poule. Je contrôle, inconsciemment, j'essaye de déstabiliser ce contrôle, je détruis... c'est une spirale. Ce que je fais pour essayer de montrer que je n'ai pas le contrôle. Je me fais peur et me fais paniquer. Ce qui se passe, c'est que je pense à quelque chose qui me fait peur. Ça devient une phobie, je panique, je dénie et à ce moment-là, et c'est le plus dangereux, je suis en train de me refuser ce que je suis car cette phobie c'est aussi moi. Si j'essaie de forcer, de contrôler, d'oublier, ces sentiments deviennent de plus en plus forts jusqu'à une phase de totale panique. Comme inconsciemment, j'arrive à me convaincre, me démontrer que je n'ai pas le

⁶⁴⁶ Tribolet, S., Shahidi, M. (2005). *Op. cit.*, p. 160.

⁶⁴⁷ Cf. *La boucle logique obsessionnelle : l'illusion interprétative et son incidence clinique, épistémologique.* p. 73.

⁶⁴⁸ Freud, S. (1926). *Op. cit.*, p. 236.

contrôle, il n'y pas mieux placé que moi pour savoir ce qu'est ma phobie et la faire sortir. La solution que je veux adopter, c'est d'accepter ces peurs, elles sont une partie de moi, c'est quelque chose qui est en moi, c'est normal d'avoir peur d'être quitté, blessé. Personne ne veut être seul. Je me disais que ce n'est pas moi alors que le fait d'accepter cette phobie, c'est le fait de m'accepter, c'est le fait de renouer avec moi-même. »

Cette séance met en évidence la nécessité de la méthode des libres associations dans le traitement des phobies tout comme elle souligne l'imposture clinique des systèmes de suggestion qui visent à les contrôler. Lors d'une autre séance, Monsieur X. souligne justement sa tendance à amalgamer le soin et la volonté de contrôler :

« C'est quoi la différence entre contrôler et faire des actions pour me soigner. La différence est subtile et j'ai tendance à confondre l'un avec l'autre. Ça reste difficile pour moi de discerner : ça c'est quelque chose que je fais pour me contrôler, ça c'est quelque chose que je fais pour me soigner. Est-ce que par exemple le fait d'avoir des peurs, des phobies, de sortir ces problèmes et d'essayer de penser au futur, pour anticiper, ce sont des actions de contrôle ? C'est la première analyse. Et la deuxième analyse : oui, je suis en train de faire ça pour être dans le déni et pour ne pas enclencher un processus de soin. Par exemple, quand je pense à ma phobie. Avant, je paniquais : « pourquoi je pense à ça ?! Pourquoi je pense à ça ?! ». Comme une situation de détresse, je panique. Après, j'essaie de me contrôler, de me rassurer... oui ça va aller... j'essaie de me contrôler, de contrôler... maintenant, quand je pense à une phobie, la peur d'être quitté par ma partenaire, par mes potes, le suicide, j'ai peur mais je ne panique plus. Je me dis que ce sont des choses sur lesquelles je veux travailler. Je ne vais pas paniquer et contrôler ce sentiment de panique. Dans ce deuxième cas, est-ce que le fait de penser à la phobie, de paniquer, de relâcher, est-ce que je suis pas en train de contrôler ou est-ce que le fait de penser comme ça je me contrôle pour ne pas paniquer ?

- Répondez à votre question ?

Dans tous les cas, je suis en train de me contrôler, c'est comme un jeu de faire ça, de trouver la faille dans mon raisonnement, pour toujours retrouver la faille et peut être le doute... »

Cet amalgame entre le soin et le contrôle est largement représenté dans le traitement actuel des phobies, ce que Christian Hoffmann a identifié à plusieurs reprises :

« Nous repérons là très précisément l'usage orthopédique d'un Moi de secours, qu'on appelle classiquement l'objet contraphobique. Cet usage est une solution structurale temporaire de la phobie. Le thérapeute TCC vient proposer ses bons soins en s'offrant comme Moi orthopédique par contrat avec le moi du sujet phobique. Ce qui nous fait connaître maintenant l'effet produit par ces thérapies et leur ressort. Cet effet orthopédique, comme nous l'avons déjà montré, n'a rien de

Au-delà des TCC, les « systèmes obsessionnels de suggestion »⁶⁵⁰ se présentent sous de multiples formes et sous de multiples appellations. De la sophrologie aux nombreuses techniques de relaxation ou de méditation, l'infinité des formes et des appellations que peuvent revêtir ces systèmes nous invitent donc à dégager la structure qui se duplique, notamment les raisonnements elliptiques sur lesquels reposent l'illusion de soin : « *si je pense tout le temps à des pensées positives, je serais heureux* », « *si je respire profondément dès que j'ai une mauvaise pensée, je pourrais m'en débarrasser* », « *si je pense à une pensée positive dès que j'ai une pensée négative, je pourrais me soigner* »... Malgré la multitude des boucles logiques isolées sur lesquelles peuvent reposer ces illusions de solution, de soin ou de guérison, il est donc possible de repérer leur structure obsessionnelle, que ce soit à travers la dimension hermétique du raisonnement isolé qui se boucle sur lui-même ou encore à travers la fausse compréhension qu'il induit.

Voici par exemple ce que peut dire Monsieur X. quand il se rend compte qu'il s'était attaché à l'illusion qu'il allait pouvoir se soigner en arrêtant de penser :

« Je croyais que si j'arrêtais de penser à mes problèmes, j'allais avancer dans ma cure et me soigner. D'où vient cette idée-là ? Quand je n'étais pas bien dans ma cure, je réfléchissais à pourquoi j'étais tout le temps à me prendre la tête, à comment me soigner. Je paniquais, il n'y avait pas de solution pour expliquer ça. C'est à partir de là que j'ai inversé, je me suis mis dans le déni total, pour ne pas essayer sans cesse de résoudre mes problèmes. Mais après, je me dis, tiens, ça fait un moment que je n'ai pas pensé à mes problèmes. C'est une manière détournée pour moi-même de replonger dans mes problèmes, de me rappeler de mes blessures et je me dis finalement que ça ne marche pas. C'est là que rentre le doute. Je commence par ce processus où je commence par douter. La conclusion, c'est que ça ne marche pas et je reviens à la case zéro et ça repart en boucle dans : « Ok je vais trouver quelque chose à appliquer, j'ignore mon vrai problème. Je vais identifier un autre problème qui n'est pas celui que je veux résoudre ou créer un autre problème, juste parce que je n'ai pas le courage de soigner ma vraie blessure qui est justement ce rapport au contrôle. Je reste dans cette idée là où je me demande pourquoi ça ne marche pas. Je reviens à l'idée zéro et ça revient en boucle. »

De la tendance à se focaliser « en boucle » sur des « problèmes » pour ignorer le « vrai

⁶⁴⁹ Hoffmann, C. « La phobie des TCC », in *Le Carnet PSY*, vol. 115, no. 2, 2007, p. 37.

⁶⁵⁰ Lacan, J. (1953). « Fonction et champ de la parole et du langage », in *Écrits*, Paris, Éditions du Seuil, 1978, p. 299.

problème » à la volonté d'arrêter de raisonner pour éviter cette dérive obsessionnelle de la pensée, les boucles logiques associatives et l'illusion qu'elles induisent se représentent finalement autant dans les obsessions phobiques que dans les techniques illusoire que le Moi peut mettre en place pour essayer de s'en débarrasser.

Au-delà de l'absorption par laquelle le Moi se focalise sur un raisonnement isolé et au-delà de la signification illusoire qui résulte de la boucle logique, les conséquences des isolations se repèrent tout autant dans la compartimentation des différentes formes de phobies. Dans la mesure où il peut exister une infinité d'appréhensions obsédantes en fonction des découpages qui les isolent, lister ces symptômes de manière exhaustive pourrait favoriser cette tendance à focaliser à nouveau l'attention sur des détails et sur des particularités. Cependant, il nous paraît tout de même important d'illustrer ici quelques-unes de ces craintes obsédantes car ces dernières viennent éclairer le combat épuisant que mène le névrosé obsessionnel à l'égard de ses propres tendances.

Les craintes obsédantes suivantes se dégagent cliniquement avec une certaine régularité :

- Les craintes obsédantes de faire du mal aux autres, de leur causer du tort ou de leur porter préjudice.
- Les craintes obsédantes de commettre des erreurs, de mal faire, de ne pas être capable, d'être ridicule, de déranger.
- Les craintes obsédantes de lâcher prise, de devenir fou, de perdre le contrôle.
- Les craintes obsédantes de tomber malade, de perdre un être cher, qu'il arrive un grand malheur.
- Les craintes obsédantes de l'infanticide, de la pédophilie et de l'homosexualité.
- La crainte obsédante de toucher un objet.

Particulièrement caractéristique de la névrose obsessionnelle, cette crainte obsédante de toucher un objet⁶⁵¹ est sûrement la plus significative en ce qu'elle peut être entendue grâce à Freud comme une crainte de toucher une représentation, de faire une connexion de pensée⁶⁵². Cette crainte obsédante et l'infinité des rituels qu'elle peut déterminer viennent éclairer le rôle de

⁶⁵¹ Legrand du Saulle, H. (1875). *La folie du doute (avec délire du toucher)*, Toulouse, Éditions Privat, 1998.

⁶⁵² Freud, S. (1894). « Obsessions et phobies », in *Œuvres Complètes, Vol. III*, Paris, PUF, 1989, pp. 21-28.

l'isolation psychique et de la pensée magique dans le fonctionnement psychique du névrosé obsessionnel :

« Il se sent poussé irrésistiblement sous l'influence de ses pensées à exécuter un acte simple, comme par exemple broser ses vêtements jusqu'à l'usure par crainte de la poussière et des microbes, ou à se laver les mains un très grand nombre de fois ou, au contraire, à ne pas exécuter un acte pourtant facilement réalisable comme par exemple celui de manipuler ou de toucher tel objet. »⁶⁵³

Ces formes de compulsions peuvent ainsi être considérées comme des annulations rétroactives par lesquelles l'acte vient « magiquement » annuler, rendre non advenu, certaines pensées.

Enfin, les obsessions impulsives constituent la troisième grande forme d'obsession-phobique :

« Crainte obsédante de commettre un acte absurde, dangereux, scandaleux. L'angoisse associée est importante car le sujet obsédé par cette crainte a pour premier souci de ne pas perdre le contrôle de lui-même. »⁶⁵⁴

k) Le rituel obsessionnel et sa confusion avec des systèmes rationnels

La lutte du Moi contre la pensée obsédante peut se traduire par la mise en place d'un rituel :

« Ce dernier est accompli dans l'intention d'annuler une idée, un comportement intolérable. On le désigne sous le terme de 'compulsion' : c'est un comportement répétitif (par exemple conduite de vérification, lavage des mains) ou des actes mentaux (arithmomanie, prières) que le sujet se sent contraint d'accomplir de façon quasi rituelle. Il reconnaît le caractère absurde de ses actes mais ne peut s'en empêcher. Ces rituels répétitifs inoffensifs sont pour le patient un moyen de diminuer l'anxiété liée à la tendance intérieure impérative qui le pousse à accomplir une certaine action ou à penser à une certaine idée qu'il réprouve et qu'il s'interdit sur le plan moral. »⁶⁵⁵

Finalement, les rituels obsessionnels peuvent finir par devenir tout aussi handicapants que les obsessions contre lesquelles le névrosé se défend. Nous donnerons ultérieurement des illustrations cliniques de ces rituels, mais nous pouvons d'ores et déjà souligner que leur dimension absurde n'est pas forcément évidente à repérer, tant pour le névrosé qui ne cesse de les banaliser que pour le clinicien. Ainsi, un grand nombre de ces interdits et de ces actes

⁶⁵³ Tribolet, S., Shahidi, M. (2005). *Op. cit.*, pp. 160-161.

⁶⁵⁴ *Ibid.*, p 161

⁶⁵⁵ *Ibid.*

compulsifs peuvent être rationalisés et normalisés à travers des systèmes plus ou moins partagés : si nous reconnaissons, grâce à Freud, comment ces rituels peuvent se représenter socialement à travers « les pratiques d'enchantement, les coutumes populaires et dans le cérémonial religieux »⁶⁵⁶, il n'est pas impossible aujourd'hui de remarquer comment ces mêmes rituels obsessionnels se confondent avec des fonctionnements rationnels, scientifiques et même politiques. Dans un article où il met en évidence les incidences politiques de la technoscience, Sidi Askofaré précise ainsi :

« (...) la détermination et l'inspiration techno- scientifique du politique ne pouvaient conduire qu'à ceci : reprendre, dans l'ordre de la politique, la métaphysique de la science moderne. Ce qui se traduit par la mise en œuvre d'opérations qui sont devenues autant de signifiants maîtres : expérimenter, calculer, vérifier, prévoir, évaluer, innover. »⁶⁵⁷

Ces signifiants maîtres permettent de souligner comment certains rituels se confondent avec des fonctionnements rationnels et valorisés, tant dans le champ de la recherche que dans celui de la politique. D'ailleurs, la psychanalyse n'est pas exempte – Lacan l'a suffisamment mis en évidence – de cette tendance déroutante par laquelle la théorie et la pratique peuvent se rigidifier et se ritualiser ⁶⁵⁸.

Ainsi, l'étude des différentes formes d'obsessions nous a amené à remarquer le mécanisme défensif par lequel le symptôme tend à se systématiser. Si ces formes systématisées d'obsessions peuvent tout autant se voiler que les obsessions qu'elles visent à endiguer, la dimension pathologique de ces systèmes n'en demeure pas moins destructrice. Car en se confondant avec des fonctionnements cohérents et scientifiques, les erreurs de raisonnements sur lesquelles ces obsessions systématisées se structurent tendent à se diffuser socialement, au nom du bon sens et de la raison. Cette remarquable capacité avec laquelle ces systèmes peuvent se partager et produire des confusions nous invite donc à continuer d'essayer de préciser leur structure, leur fonction et la difficulté de leur appréhension. Tel le délire systématisé dans la paranoïa constitue une tentative de guérison à l'égard des effets pathologiques de la forclusion, les systématisations obsessionnelles ont finalement la même fonction à l'égard des obsessions.

⁶⁵⁶ Freud, S. (1926). *Op. cit.*, p. 236-37.

⁶⁵⁷ Askofaré, S. « Politique, science et psychanalyse. De l' 'aversion de la contingence' à une 'politique du symptôme' », in *Champ lacanien*, vol. 2, no. 1, 2005, p. 105.

⁶⁵⁸ Safouan, M. *La psychanalyse, Science, Thérapie – Et Cause*, Paris, Éditions Thierry Marchaisse, 2013.

La clinique psychanalytique met ainsi en lumière comment les systèmes de pensées et les actes ritualisés ont une fonction défensive éminente à l'égard de l'obsession, tout comme elle met en évidence que ces systèmes deviennent leur représentant symptomatique : en tentant d'endiguer son symptôme tout en continuant de commander le signifiant, le fonctionnement défensif obsessionnel conduit à transformer l'obsession en systèmes, ceux-ci devenant tout aussi absurdes et compulsifs que le symptôme qu'ils visent à maîtriser. Aussi, à l'instar du délire qui permet au psychotique de maintenir un certain rapport à la réalité, la systématisation obsessionnelle permet également au Moi du névrosé de rester « *opiniâtement attaché à la réalité et à la conscience* »⁶⁵⁹. Mais, à la différence de la certitude qui caractérise l'adhésion du psychotique aux fausses interprétations, et à la différence du fait que le système délirant peut davantage se repérer - ce qui n'est d'ailleurs pas toujours si évident - les incohérences qui caractérisent les systématisations obsessionnelles se structurent sur des confusions signifiantes qui non seulement passent facilement inaperçues, mais qui en plus peuvent être valorisées socialement. Tant dans les confusions que dans les comportements absurdes qu'ils induisent, les dévoiements engendrés par la défense obsessionnelle sont donc d'autant plus déroutants qu'ils réussissent à s'institutionnaliser au nom de la rationalité et du bon sens.

⁶⁵⁹ Freud, S. (1926). « Inhibition, symptôme, angoisse », in *Œuvres Complètes, Vol. XVII*, Paris, PUF, 1992, p. 236.

2.4 L'obsession-doute et sa confusion avec le doute : l'impasse épistémologique et les paradoxes institutionnels

« Pourquoi cette difficulté spécifique de l'abord ? Elle est sans doute liée au fait que la névrose obsessionnelle est très proche de notre activité psychique ordinaire et, par exemple, de la procédure logique même par laquelle on est habituellement tenté d'en rendre compte. (...) Le chercheur se trouve ainsi exposé au risque de partager le doute de l'obsédé sur ce qui était au commencement et aurait pu être déterminant. »⁶⁶⁰

a) *L'amalgame entre le doute et l'obsession : de l'annulation des théorisations à l'institution de systèmes hermétiques.*

Lors du chapitre précédent, nous avons vu que les systématisations des obsessions se révèlent tout aussi importantes cliniquement que les obsessions. Ces systèmes se structurent sur des méprises qui annulent la signification du symptôme en l'assimilant à un comportement « normal » ou à une « activité psychique ordinaire »⁶⁶¹. Cette « magie négative »⁶⁶² mise en évidence par Freud et les dévoilements signifiants qu'elle induit ont des répercussions qui dépassent le cadre de la psychopathologie individuelle : les distorsions qui résultent de ce procédé défensif engendrent des paradoxes qui se repèrent autant dans les difficultés que rencontrent les névrosés que dans les institutions.

Pour illustrer le pouvoir de destruction de ces confusions systématiques, l'amalgame entre l'obsession-doute et le doute est particulièrement exemplaire. Dans le champ de la recherche, cette méprise est destructrice à plus d'un titre car elle peut conduire à instituer des fonctionnements absurdes au nom de la scientificité et à rejeter des avancées scientifiques au nom de cette même scientificité.

Rappelons pour préciser la spécificité de cette problématique que l'une des caractéristiques

⁶⁶⁰ Melman, C. « Névrose obsessionnelle » in Chemama, R., Vandermersch, B. *Dictionnaire de la psychanalyse*, Paris, Larousse, 2009, p. 380.

⁶⁶¹ *Ibid.*

⁶⁶² Freud, S. (1926). « Inhibition, symptôme, angoisse », in *Œuvres Complètes, Vol. XVII*, Paris, PUF, 1992, p. 236.

principales du système obsessionnel est son herméticité : la signification illusoire repose sur les ruptures associatives par lesquelles l'ensemble clos de représentations est maintenu séparé des autres représentations. En d'autres termes, la « déformation par omission »⁶⁶³ qui induit la fausse compréhension suppose que le Moi continue de faire abstraction des autres représentations. Alors, si la méprise que détermine l'isolation psychique peut se rendre presque invisible, la dimension bornée et exclusive qui confère au raisonnement elliptique sa consistance logique est quant à elle particulièrement remarquable.

Dans un article au sein duquel François Gonon met en lumière « la déformation des conclusions dans la littérature scientifique »⁶⁶⁴, le neurobiologiste remarque comment « une conclusion forte »⁶⁶⁵ peut être affirmée « en omettant de mentionner aussi les données qui relativisent la portée de la conclusion »⁶⁶⁶.

Ce biais illustre l'illusion interprétative qui résulte de la focalisation exclusive de l'attention : la signification du résultat de la recherche est dévoyée, falsifiée⁶⁶⁷, en focalisant l'attention de manière exclusive sur certaines données, c'est-à-dire en « omettant » des données qui viendraient modifier littéralement la signification de la conclusion présentée.

De la même manière, l'exclusion de données contradictoires qui révéleraient l'erreur d'interprétation peut se repérer à travers des « biais de publication »⁶⁶⁸ :

« Un biais très fréquent dans les articles scientifiques consiste à citer de préférence les études qui sont en accord avec les hypothèses des auteurs. Ce biais a été récemment étudié dans un cas particulier : la relation entre la protéine β amyloïde musculaire et la maladie d'Alzheimer. Greenberg a analysé le réseau des citations concernant cette question⁶⁶⁹. Selon cette analyse, la distorsion des citations est si considérable qu'elle « génère des dogmes non fondés ». »⁶⁷⁰

Le paradoxe épistémologique qu'induit la focalisation exclusive de l'attention est

⁶⁶³ Freud, S. (1909). *Op. cit.*, p. 197.

⁶⁶⁴ Gonon, F. « La psychiatrie biologique : une bulle spéculative ? », in *Esprit*, vol., no. 11, 2011, p. 63.

⁶⁶⁵ *Ibid.*

⁶⁶⁶ *Ibid.*

⁶⁶⁷ Ioannidis, J-P. « Why Most Published Research Findings are False », in *PLoS Med*, vol. 2, n° 8, 2005, p. e124.

⁶⁶⁸ Gonon, F. (2011). *Op. Cit.*, p. 64.

⁶⁶⁹ Greenberg, S-A. « How Citation Distortions Create Unfounded Authority: Analysis of a Citation Network », in *BMJ*, vol. 339, 2009, p. b2680.

⁶⁷⁰ Gonon, F. (2011). *Op. Cit.*, p. 64.

particulièrement manifeste dans le champ médico-psychologique. D'un côté, nous pouvons constater comment des systèmes absurdes et hermétiques peuvent s'assimiler à des systèmes scientifiques⁶⁷¹, et d'un autre, nous pouvons remarquer comment une théorie telle que la psychanalyse peut être exclue radicalement, rejetée catégoriquement comme une « doctrine hermétique ». En d'autres termes, la représentation du système hermétique charrie la signification du système scientifique et celle du système scientifique charrie celle du système hermétique. La structure symptomatique de cette impasse dialectique⁶⁷² est d'autant plus perceptible à ce jour qu'elle se représente dans de nombreux conflits sociaux. Elle se repère de la même manière dans un certain nombre de méprises qui divisent et désorientent le champ psychanalytique lui-même⁶⁷³. Cette confusion introduit, au sein du champ fondé par Freud, un paradoxe d'autant plus saisissant qu'il concourt, au nom de la psychanalyse, à rendre non advenue sa découverte⁶⁷⁴.

Il apparaît ainsi que le doute obsessionnel ne saurait se confondre, sans engendrer des confusions institutionnelles, avec un fonctionnement « rationnel » : il vise au contraire à annuler le signifiant et sa fonction⁶⁷⁵. Pour mieux éclairer les effets de désorientation et de destruction que produit cet amalgame, il n'est pas inutile de rappeler que c'est en tant que « folie raisonnante »⁶⁷⁶ ou encore « folie du doute »⁶⁷⁷ que les aliénistes ont décrit, avec une très grande finesse, les effets morbides de cette compulsion. Voici ce que dit Henri Legrand du Saulle en 1875 :

« Au début et dans la première période de la folie du doute (avec délire du toucher), le malade jouit de toute la plénitude de sa raison ; mais il est ombrageux, susceptible, pointilleux, exigeant, égoïste, craintif et rêveur. Paraissant manquer de confiance en lui-même, il vérifie ce qu'il fait, contrôle ce qu'il dit, relit ce qu'il écrit et apporte dans des actes de peu d'importance un véritable luxe de précautions. Il semble vivre dans une sorte d'hésitation intérieur constante ; il se répète mentalement à lui-même les mêmes idées et les mêmes mots, est conduit aux mêmes actes, passe une partie de son temps à délibérer à vide, à se poser des points d'interrogation et à y répondre, à s'impatienter, à

⁶⁷¹ Minard, M. *Le DSM-ROI. La psychiatrie américaine et la fabrique des diagnostics*, Érès, 2013.

⁶⁷² Cf. *Le repérage des amalgames au sein du champ médico-psychologique*. p. 100.

⁶⁷³ Safouan, M., Julien, P. & Hoffmann, C. *Malaise dans la psychanalyse*, Paris, Éditions Arcanes, 1995.

⁶⁷⁴ Freud, S., Ferenczi, S. (1929). *Correspondance, Tome III, 1920 – 1933*, Les années douloureuses, Paris, Calmann-Lévy, 2000, p. 378.

⁶⁷⁵ Lacan, J. (1962-63). *Le Séminaire, Livre X, L'angoisse*, Paris, Éditions du seuil, 2004, p. 77.

⁶⁷⁶ Falret, J. (1866) « De la folie raisonnante ou folie morale », in *Annales médico-psychologiques*, Imprimerie de E. Martinet, 1866, pp. 43-44.

⁶⁷⁷ Legrand du Saulle, H. (1875). *La folie du doute (avec délire du toucher)*, Toulouse, Éditions Privat, 1998, p. 9.

maudire son manque de pénétration, à s'engager de plus en plus dans un combat intellectuel fatalement stérile et sans aboutissants possibles, à nier l'évidence la plus convaincante, à perdre courage et à se laisser écraser par la fatigue. Il doute. »

Cette description qui précède de quelques années la théorisation freudienne de la névrose obsessionnelle est particulièrement frappante par sa pertinence et par son actualité clinique. Tant par son contenu que par sa représentativité, l'actualité de cette description met en abyme le sabotage épistémologique qu'engendre l'obsession-doute en s'assimilant au doute du scientifique, notamment dans le champ de la psychopathologie où le mécanisme obsessionnel contribue à rendre non advenu la conception de la névrose obsessionnelle et des autres entités nosographiques. Autrement dit, si le doute permet de faire avancer la science, notamment en remettant en question des théories erronées, l'obsession-doute empêche littéralement ce mouvement dialectique en annulant des avancées théoriques, soit en conduisant « à nier l'évidence la plus convaincante »⁶⁷⁸.

En charriant la signification d'un fonctionnement rationnel, ce scepticisme pathologique engendre dans les milieux scientifiques une destruction tout aussi redoutable que subtile. Dans le champ médico-psychologique, cette compulsion à annuler l'évidence est particulièrement manifeste dans un grand nombre de critiques actuelles qui rejettent catégoriquement la psychanalyse et ses résultats. Et le comble de cette contradiction névrotique qui s'assimile à une contradiction scientifique, c'est qu'elle peut même empêcher le clinicien ou le chercheur de soutenir les thèses qu'il vérifie cliniquement au quotidien⁶⁷⁹.

Cette problématique nous invite ainsi à distinguer la recherche scientifique de la recherche obsessionnelle car, comme le souligne Alain Vanier pour caractériser le fonctionnement pathologique du névrosé obsessionnel, « c'est le chercheur parfait – la recherche qui cherche – , il cherche infiniment pour ne pas trouver. »⁶⁸⁰

Alors, si l'obsession-doute conduit à rejeter systématiquement la psychanalyse et ses résultats, dans de nombreuses universités ou institutions de soin, elle participe également au dévoiement

⁶⁷⁸ *Ibid.*

⁶⁷⁹ Faugeras, J. « Du symptôme familial au symptôme social », in *Revue de Psychanalyse et Clinique Médicale* n°46, Paris, RPH, 2020.

⁶⁸⁰ Vanier, A. « Névrose obsessionnelle, névrose idéale », in *Figures de la psychanalyse*, vol. n° 12, no. 2, 2005, pp. 88.

de l'enseignement freudien⁶⁸¹ et à induire « les scissions ou les excommunications »⁶⁸² qui clivent, encore aujourd'hui, la communauté psychanalytique. Dans un article où il souligne cette tendance à remettre systématiquement en question des évidences, Pierre Skriabine remarque autant la persistance de théorisations obsolètes au sein de l'IPA⁶⁸³ que le dévoiement que subit l'enseignement lacanien au sujet des séances courtes :

« Que la durée de la séance dépende de la parole de l'analysant, voilà qui pour les élèves de Lacan va de soi. Mais dans ce qu'il nous a transmis par son enseignement et par sa pratique, il n'est pas certain que tout fasse aujourd'hui évidence pour ceux-là mêmes qui se réclament de lui. La séance courte par exemple. Si elle génère toujours le rejet le plus paroxystique de la part de l'IPA, il semble que la brièveté des séances, radicale chez Lacan, tende à beaucoup à se tempérer chez ses élèves. (...) La séance doit être courte pour l'analysant ; elle l'est aussi pour l'analyste. Lacan nous a montré la voie, elle est difficile. C'est autre chose qu'une minuterie issue d'un standard depuis longtemps obsolète. Que la séance soit courte est une orientation conforme à la structure de l'expérience, c'est une nécessité pratique non standardisable qui tient à la pulsation de l'inconscient qui, comme le rappelle Lacan, participe à la fois du sujet et de l'Autre, de l'analyste, en précisant dans son *Séminaire XII* qu'«entre le sujet et l'Autre, l'inconscient, c'est leur coupure en acte». La séance courte met en jeu, pour l'analysant comme pour l'analyste, la dimension de l'acte. Sa seule référence est éthique, elle tient à l'éthique même de l'acte analytique. »⁶⁸⁴

Cet extrait illustre la stase épistémologique qu'induit la confusion entre le fonctionnement obsessionnel et le fonctionnement rationnel. Si la tendance à rendre non advenus les résultats de l'expérience apparaît distinctement dans « le rejet le plus paroxystique » de l'avancée scientifique, elle est moins évidente à remarquer dans la tendance à la « tempérer ». Or, comme nous l'avons développé précédemment⁶⁸⁵, l'une des modalités de l'annulation rétroactive se confond le plus souvent avec des formes de précaution ou de tempérance : l'atténuation verbale dévoie la signification, elle l'annule. Alors, que l'annulation du savoir se représente par une contradiction ou par une imprécision, qu'elle se manifeste de manière catégorique ou de façon plus subtile, il s'agit de remarquer que le savoir articulé à l'expérience est rendu non advenu. Le paradoxe qui résulte de cette tendance voilée à nier l'évidence est d'autant plus saisissant dans le champ psychanalytique qu'il conduit discrètement, au nom du doute, du questionnement

⁶⁸¹ Roudinesco, E. *Sigmund Freud en son temps et dans le nôtre*, Paris, Éditions du Seuil, 2014, pp. 145-187.

⁶⁸² Askofaré, S. « Les groupes contre(nt) l'école » in *Champ lacanien*, vol. 3, no. 1, 2006, p. 170.

⁶⁸³ International Psychoanalytical Association.

⁶⁸⁴ Skriabine, P. « Évidences ou questions ? », in *La Cause freudienne*, vol. 56, no. 1, 2004, pp. 111-114.

⁶⁸⁵ Cf. *Les formes voilées d'annulations rétroactives : de la disparition littérale du fonctionnement obsessionnel à sa représentation épistémologique et sociale*, p. 94.

ou de la tempérance, à tordre la signification même de la psychanalyse et de son orientation. Pierre Skriabine met d'ailleurs en exergue comment le rejet ou l'atténuation de l'avancée lacanienne des séances courtes vont à l'encontre même de la visée de la cure, à savoir de la castration symbolique par laquelle le sujet peut construire son existence et se soutenir de son désir :

« Cette brièveté précipite sa parole vers l'énonciation, dans la visée d'un réel impossible ; elle le mène ainsi à prendre acte de cette privation bien réelle, de cette insatisfaction de structure qui est au cœur de l'expérience. Et enfin, elle l'amène à consentir à une perte de jouissance, à cette perte structurale pour tout être parlant, prix de l'accès au langage : c'est la définition même de la castration.

C'est justement à cela que contreviennent les standards de l'IPA. Le rejet des inventions conceptuelles de Lacan ne conduit qu'à un 'céder à sa jouissance', côté analysant comme côté analyste, et au mieux, à patauger indéfiniment dans le borborygme de l'imaginaire, pire, à réduire l'expérience à une psychothérapie psychologisante : bref, à sombrer dans la jouissance du blabla. Ce vers quoi tend au contraire l'expérience, c'est à amener le sujet à apercevoir ce qu'il en est de sa jouissance, à en prendre la mesure, à faire avec, voire à s'en séparer, ou plutôt à en produire une mutation. »⁶⁸⁶

Enfin, en rendant non advenues les théorisations qui s'articulent à l'expérience clinique, en les annulant systématiquement au nom du doute et de la précaution, l'obsession-doute désarticule subrepticement la théorie du Réel qui lui donne sa consistance. Or, comme le souligne Pauline Prost, « il n'y a vraiment de théorie que d'une pratique, et la science elle-même s'emploie à théoriser une expérience qu'elle a construite et appareillée selon ses hypothèses. »⁶⁸⁷

Cette problématique a été mise en évidence par Nicolas Guérin au regard de plusieurs systématisations hermétiques qui désorientent la logique de la théorie psychanalytique en son nom. Son étude rigoureuse du « courant dit « culturaliste » »⁶⁸⁸ est exemplaire pour mettre en évidence la confusion, la désorientation et l'impasse dialectique qu'induisent ces « courant(s) de pensée » :

⁶⁸⁶ *Ibid.*, p. 113.

⁶⁸⁷ Prost, P. « D'un lieu commun... », in *La Cause du Désir*, vol. 80, no. 1, 2012, p. 23.

⁶⁸⁸ Guérin, N. « Lacan et le culturalisme. Chronique d'une résistance « inactuelle » à la psychanalyse », in *Essaim*, vol. 48, no. 1, 2022, pp. 7-32.

« Les travaux des psychanalystes s’inscrivant dans le courant dit « culturaliste », parfois aussi nommé « néo-freudien », ont connu un succès considérable sur le sol américain vers le milieu du xx^e siècle. Il s’agit moins d’une école que d’un courant de pensée représenté par des penseurs différents mais réunis par « une attitude théorique commune à tous⁶⁸⁹ ». L’« orientation culturaliste⁶⁹⁰ » considère le relativisme des facteurs socioculturels comme les déterminants prépondérants et essentiels du sujet de l’inconscient dans l’économie de son désir. Elle substitue les facteurs environnementaux aux processus, disons intrapsychiques, complexes et structuraux. Considérée par ses opposants comme une falsification sociologisante des fondements même de la psychanalyse, elle a été identifiée et critiquée par des intellectuels connus des lecteurs anglophones comme Theodor Adorno, Herbert Marcuse, Russell Jacoby et, plus marginalement, Slavoj Žižek »⁶⁹¹

Si le terme d’« attitude théorique » qu’utilise Herbert Marcuse peut déjà susciter notre attention quant à la fonction de ce rapport spécifique à la théorie, il est possible de remarquer la fausse compréhension qui résulte du raisonnement elliptique isolé et qui conduit à conférer une prépondérance exagérée, illusoire, à un lien de causalité : « l’« orientation culturaliste » considère le relativisme des facteurs socioculturels comme les déterminants prépondérants et essentiels du sujet de l’inconscient dans l’économie de son désir. »⁶⁹²

Nicolas Guérin remarque ainsi que ces « thèses culturalistes constituent une déviation⁶⁹³ majeure à l’égard de la psychanalyse » et il met en lumière que celles-ci étaient déjà présentes du temps de Freud :

« Comment Freud se positionna-t-il par rapport à ces thèses ? Il répondra sans équivoque : « À ces doctrines – et à beaucoup d’autres du même genre – j’ai à objecter⁶⁹⁴. » Notons que l’expression « et à beaucoup d’autres du même genre » laisse clairement supposer que ces conceptions n’étaient ni rares à l’époque de Freud, ni inconnues de lui. Peut-être étaient-elles même relativement banales. La critique de Freud à l’égard de ces doctrines est qu’elles négligent « le plus significatif des facteurs étiologiques efficients⁶⁹⁵ », à savoir que l’étiologie sexuelle des névroses est irréductible et toujours

⁶⁸⁹ Marcuse, H. « Critique du révisionnisme néo-freudien » (1955), in *Éros et civilisation*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1971, p. 227.

⁶⁹⁰ *Ibid.*, p. 249.

⁶⁹¹ Guérin, N. (2022). *Op. Cit.*, p. 7-8.

⁶⁹² Source ?

⁶⁹³ Ce terme « déviation » est emprunté à Lacan qui, dans l’acte de fondation de son école, en 1964, estimait que chaque analyste a le devoir et la responsabilité de mener « une critique assidue » identifiant et dénonçant les « déviations et les compromissions qui amortissent [le] progrès [de la psychanalyse] en dégradant son emploi » (J. Lacan, « Acte de fondation » [1964], dans *Autres écrits*, Paris, Le Seuil, 2001, p. 229). Il s’agit là, tout à la fois, d’une exigence de cohérence épistémologique, d’une éthique de la pratique (théorique et clinique) et d’une politique de la psychanalyse.

⁶⁹⁴ Freud, S. (1908). « La morale sexuelle « culturelle » et la nervosité commune », in *Œuvres Complètes, Vol. VIII*, Paris, PUF, 2007, p. 201.

⁶⁹⁵ *Ibid.*

particulière, au cas par cas donc, et qu'elle empêche les conclusions trop générales propres aux faits de société. En somme, et Freud le rappellera ici et là, il y a toujours une *insatisfaction sexuelle constitutive du désir et ce, quel que soit le contexte social et politique*. Ce manque inhérent à la satisfaction sexuelle et pulsionnelle est la conséquence invariante de la castration que Freud considérerait comme un complexe incontournable puis comme un « roc » irréductible. Si l'on prend ce paramètre majeur en compte, paramètre selon lequel la vraie cause du malaise dans la civilisation ne relève pas d'une contingence historique et culturelle mais provient plutôt de la constitution même de la sexualité et du désir, alors « l'influence dommageable de la culture se réduit⁶⁹⁶ » à des déterminants relatifs et environnementaux propres à tel écosystème culturel. Freud ne modifiera pas sa position : l'étiologie sexuelle est le facteur le plus significatif et le plus efficient tandis que « ces doctrines [...] et [...] beaucoup d'autres du même genre » négligent ce facteur décisif pour donner le privilège à l'étiologie culturelle, laquelle est toujours variable et relative aux évolutions historiques. Ce sera bien le cas des travaux qui se développeront vers le milieu du xx^e siècle aux Etats-Unis sous la bannière, tout à fait assumée dans sa rupture avec Freud, du culturalisme. »⁶⁹⁷

La multiplicité de ces doctrines nous invite une nouvelle fois à tenter de préciser au mieux ce qui permet de les distinguer, à savoir la structure obsessionnelle du raisonnement isolé qui réussit à se voiler. La boucle logique elliptique que détermine l'ensemble clos de signifiants apparaît ici distinctement, tant à travers la signification illusoire qui en résulte qu'à travers la signification qui est annulée rétroactivement : « ces doctrines (...) négligent 'le plus significatif des facteurs étiologiques efficients', à savoir que l'étiologie sexuelle des névroses est irréductible et toujours particulière, au cas par cas donc, et qu'elle empêche les conclusions trop générales propres aux faits de société. »⁶⁹⁸ Nous voyons bien ici comment le procès de l'isolation conduit à conférer un rôle prépondérant à des « déterminants relatifs »⁶⁹⁹, à les transformer en « causes essentielles »⁷⁰⁰, tout en annulant ce qui constitue le « facteur décisif »⁷⁰¹, la « vraie cause »⁷⁰². Cette même structure symptomatique se retrouve également dans d'autres systématisations qui contribuent tout autant au « dévoiement de la psychanalyse »⁷⁰³, notamment dans les « thèses dites 'évolutionnistes' »⁷⁰⁴ et les « interprétations déclinistes selon lesquelles les positions subjectives sont tributaires de

⁶⁹⁶ *Ibid.*

⁶⁹⁷ Guérin, N. (2022). *Op. Cit.*, pp. 10-11.

⁶⁹⁸ *Ibid.* p. 11.

⁶⁹⁹ *Ibid.*

⁷⁰⁰ *Ibid.* p. 13.

⁷⁰¹ *Ibid.* p. 11.

⁷⁰² *Ibid.*

⁷⁰³ Guérin, N. *Logique et poétique de l'interprétation psychanalytique, Essai sur le sens blanc*, Paris, Éditions Erès, 2019, p. 123.

⁷⁰⁴ *Ibid.*

l'évolution sociologique et non pas des invariants de la structure symbolique »⁷⁰⁵ ou encore dans « l'*ego psychology* et sa causalité prétendument biologique »⁷⁰⁶.

Si ces distorsions interprétatives – repérables dans l'ensemble de ces doctrines – éclairent la structure obsessionnelle de ces raisonnements elliptiques, la signification qui s'y voit annulée met également en évidence leur fonction défensive. Comme le remarque Nicolas Guérin, ce qui est rendu non advenu au sein de ces conceptions, c'est précisément le « manque inhérent à la satisfaction sexuelle et pulsionnelle »⁷⁰⁷, soit « la conséquence invariante de la castration »⁷⁰⁸. Ainsi saisissons-nous la problématique conséquente qu'induisent ces systématisations en se présentant comme psychanalytiques.

Tel un retour en arrière épistémologique qui participe à annuler rétroactivement la psychanalyse et ses résultats, la corruption qu'engendrent ces systèmes obsessionnels est d'autant plus problématique que ces derniers se confondent avec des théories. Et de la même manière que le raisonnement borné qui se voile interdit tout débat contradictoire, la minutie qui résulte de cette tendance à annuler l'essentiel en se focalisant sur des détails peut s'assimiler à une démarche de rigueur et de méthodologie. Cette confusion institutionnelle est particulièrement prégnante dans le champ de la recherche, notamment en médecine et en psychologie. En effet, l'assimilation entre le doute et l'obsession y conduit à amalgamer une recherche d'objectivité avec une obsession de l'objectivité ou encore des vérifications scientifiques avec des symptômes de vérification.

Aussi, de la même manière que le névrosé peut remettre compulsivement en question ce dont il a pourtant la preuve et ne cesse d'éprouver, le doute obsessionnel se systématisé dans le champ de la recherche à travers une obsession de la preuve et de l'objectivité. En charriant la signification d'une démarche rationnelle et objective, ces obsessions systématisées désorientent littéralement la recherche : de l'illusion de *evidence based medicine*⁷⁰⁹ au rejet catégorique de la psychanalyse et de ses résultats, de la démultiplication sans fin d'études trop bornées et focalisées⁷¹⁰ à l'institution de systèmes consensuels et athéoriques, l'assimilation du symptôme

⁷⁰⁵ *Ibid.*, p. 124.

⁷⁰⁶ Guérin, N. (2022). *Op. Cit.*, p. 19.

⁷⁰⁷ *Ibid.*, p. 11.

⁷⁰⁸ *Ibid.*

⁷⁰⁹ Jureidini, J., McHenry, L. *The illusion of Evidence-Based Medicine (Exposing the crisis of credibility in clinical research)*, South Australia, Wakefield Press, 2020.

⁷¹⁰ Visentini, G. *L'efficacité de la psychanalyse*, Paris, Presses Universitaires de France / Humensis, 2021.

obsessionnel à des fonctionnements scientifiques ou méthodologiques conduit à ériger des superstitions en lieu et place de théorisations et à rendre non advenus – et c’est le comble dans le champ de la recherche – des pans entiers de connaissances accumulées au cours des siècles. Le repérage de ces symptômes obsessionnels institutionnalisés permet ainsi de mieux cerner l’impasse épistémologique que de nombreux psychanalystes mettent en évidence, notamment Patrick Landmann quand il souligne à juste titre qu’actuellement « la *fake science* l’emporte sur la *vérité des faits* constatés dans les conditions naturelles de la clinique. »⁷¹¹

Autrement dit, annuler l’obsession-doute en la confondant systématiquement avec le doute du scientifique conduit à abolir les connaissances empiriques⁷¹² et à introduire, dans les milieux scientifiques, des « combat[s] intellectuel[s] fatalement stérile[s] et sans aboutissants possibles (...) »⁷¹³. À cet égard, les biais logiques sur lesquels repose aujourd’hui l’évaluation des « psychothérapies » illustrent comment le symptôme obsessionnel s’est substitué à une démarche scientifique. Alain Abelhauser souligne à ce propos :

« (...) la lassitude qui s’éprouve à devoir sans cesse batailler contre des positions qui, nous semble-t-il, relèvent d’une régression de la pensée somme toute assez saisissante, n’est pas à négliger. N’a-t-on pas mieux à faire que de perdre temps et énergie dans des débats et des luttes qu’un optimisme raisonnable porte à croire qu’ils retomberont d’eux-mêmes dans les décennies prochaines, parce qu’on aura tout simplement compris et admis qu’utiliser la référence à la science dans une visée de publicité comparative *n’est pas* de la science, mais de l’idéologie, et qu’une évaluation ne vaut, bien sûr, que rapportée à la spécificité de ses objets, et de ses enjeux ? »⁷¹⁴

Cette forme de « régression de la pensée » qui se représente dans les débats « stériles »⁷¹⁵ qui divisent et désorientent aujourd’hui le champ médico-psychologique vient remarquablement éclairer l’impasse dialectique que génère la « *folie du doute* » en étant amalgamée à un fonctionnement rationnel. Remarquons à nouveau que cette problématique symptomatique n’est pas sans concerner le champ psychanalytique lui-même, ce qu’Erik Porge souligne à travers ces mots :

⁷¹¹ Landman, P. « La *fake science*, la vérité des faits et l’espace public », in *Enfances & Psy*, vol. 79, no. 3, 2018, p. 7.

⁷¹² Streichen, O. *De la médecine d’observation à la médecine factuelle (Histoire critique de l’evidence-based medicine)*, Paris, Éditions Hermann, 2018.

⁷¹³ Legrand du Saulle, H. (1875). *Op. cit.*

⁷¹⁴ Abelhauser, A. « Ripostes », in *Cliniques méditerranéennes*, vol. n° 71, no. 1, 2005, p. 5.

⁷¹⁵ Visentini, G. (2021). *Op. Cit.*, pp. 68-77.

« Si l'état actuel de dispersion des analystes a certes l'avantage de multiplier les initiatives de recherche, l'on peut cependant constater que les résultats de celles-ci ne trouvent pas de lieu de confrontation et de débat à la mesure des enjeux qui se posent aujourd'hui à la psychanalyse. Il n'existe pas d'instance de garantie qui pourrait faire le partage entre ce qui prolonge la découverte de Freud et ce qui fait revenir en arrière. Freud n'est plus là pour écrire la question de l'analyse profane, ni Lacan pour lancer son retour à Freud. Dans l'état actuel, seuls de véritables débats sur des enjeux cruciaux peuvent aider les analystes à ne pas trop errer. Les multiples rencontres qui ont lieu font bien sûr apparaître des désaccords de fond, mais ces débats restent la plupart du temps sans conséquences, se suivent et se répètent comme si les précédents n'avaient pas existé ou qu'ils n'avaient rien tranché. »⁷¹⁶

Cette problématique épistémologique a également été mise en évidence par Nicolas Guérin qui relève les conséquences de ces raisonnements hermétiques empêchant tout mouvement dialectique :

« Combien de colloques ou de journées d'étude accouchent chaque fois d'une souris, incapables d'isoler un véritable objet de débat pour la psychanalyse et faisant fi des travaux antérieurs ou contemporains autour des questions qu'il s'agirait de traiter ?

Le démenti de l'objet du débat, et de ses conséquences, est sans doute encore un autre problème majeur pour la psychanalyse. Il est probablement coordonné au type de lien social qui rapproche ou disperse les analystes au moins depuis les années 1980 et la dissolution de l'École freudienne de Paris.

Concernant le contexte de bagarre autour de l'idéologie du déclin en psychanalyse, on peut regretter que les protagonistes impliqués restent finalement isolés, ou, ce qui revient au même, reprennent leurs arguments de départ comme si les thèses y objectant ne portaient finalement à aucune conséquence. »⁷¹⁷

Le blocage dialectique qui résulte de cette « attitude à faire fi de la logique »⁷¹⁸ est particulièrement significatif au sein du champ psychanalytique. A nouveau, Nicolas Guérin souligne à ce propos que « l'impact de cette idéologie sur les productions théoriques et les élaborations cliniques est un problème épistémologique pour la psychanalyse »⁷¹⁹ et remarque que cette idéologie a « la propriété de se reformer, de renaître de ses cendres et de résister ainsi

⁷¹⁶ Porge, E. « Un sujet sans subjectivité », in *Essaim*, vol. 22, no. 1, 2009, p. 23.

⁷¹⁷ Guérin, N. (2019). *Op. Cit.*, pp. 128-129.

⁷¹⁸ Freud, S. (1909). « Remarques sur un cas de névrose de contrainte », in *Œuvres Complètes, Vol. IX*, Paris, PUF, 1998, p. 179.

⁷¹⁹ Guérin, N. « L'idéologie du déclin et la psychanalyse », in *Essaim*, vol. 25, no. 2, 2010, p. 9.

aux critiques les plus rationnelles »⁷²⁰. Ceci illustre bien la dimension obsessionnelle qui se voile au sein de ces systématisations, tout comme le caractère totalisant qui résulte de la boucle logique isolée, c'est-à-dire la tendance, comme le remarque Hannah Arendt, à « tout expliquer jusqu'au moindre évènement en le déduisant d'une seule prémisse »⁷²¹ : « une idéologie est très littéralement ce que son nom indique : elle est la logique d'une idée »⁷²².

Cette problématique épistémologique témoigne bien de l'impasse dialectique qu'induit le fonctionnement obsessionnel en continuant de se voiler. À cet égard, la description clinique que fait Legrand du Saulle dans son livre de référence⁷²³ met clairement en exergue que le doute qui permet de faire avancer le débat scientifique est littéralement antinomique de la *folie du doute* qui le stérilise. D'ailleurs, juste après avoir fait usage du mot « doute » pour qualifier la confusion et la perplexité qui affectent le malade, l'aliéniste précise tout de suite la dimension obsessionnelle de celui-ci :

« Qu'il soit obsédé par tel ou tel ordre d'idées, ce qui varie en somme selon l'individu, son degré d'instruction et son milieu habituel, c'est toujours la même série de pensées morbides qui s'impose à son esprit, qui en fait le siège en quelque sorte, et qui, pendant quelques mois, un an ou trente ans, en est la note dominante. Que son rabâchage intérieur porte sur Dieu, la Vierge, la naissance du Christ, la création, la nature, la vie, l'entendement humain, le soleil, la lune, les étoiles, la foudre, la différence des sexes, la conformation des organes génitaux, la copulation, le sommeil, la mort subite, les précipices, le pardon des offenses, les oublis à confesse, la grosseur des animaux, la dimension des objets, les hosties, le verre, les monnaies d'or, d'argent, de cuivre, les chiens enragés, les épingles, les espagnolettes de fenêtres, les boutons de porte, le papier ou les crayons, – car ce sont là, d'après ce que j'ai observé, les sujets qui s'offrent le plus fréquemment à la rumination psychologique, – et autour de l'idée morbide va se concentrer tout le travail intellectuel. »⁷²⁴

Cette multiplicité des thématiques qui peuvent être concernées par « le rabâchage intérieur » vient souligner que les objets de la recherche scientifique, notamment « l'entendement humain », sont particulièrement propices pour rationaliser les obsessions.

Sébastien Rose a très bien souligné les incidences sociales de cette problématique :

« Ainsi, presque n'importe quoi peut s'offrir comme support de croyance : les signes astrologiques,

⁷²⁰ *Ibid.*

⁷²¹ Arendt, H. *Les origines du totalitarisme*, Paris, Le Seuil, 2005, p. 215.

⁷²² *Ibid.*, pp. 216-217.

⁷²³ Legrand du Saulle, H. (1875). *Op. Cit.*

⁷²⁴ Legrand du Saulle, H. (1875). *Op. cit.*, p. 9.

Dieu, un système social qui ferait le bonheur de l'homme, un système politique qui prétendrait que « tout devient possible », un intérêt pour la psychanalyse, la passion pour le chiffre, le culte de l'évaluation... »⁷²⁵

Pour illustrer cliniquement la facilité avec laquelle l'obsession peut se confondre avec un intérêt scientifique, voici un extrait d'une séance de psychothérapie de Madame H., psychologue scolaire de profession :

« J'ai des intérêts qui se déplacent : un moment je peux m'intéresser à fond au TDAH, à un autre moment, aux huiles essentielles, à l'aromathérapie. Quand j'ai ces passions obsédantes, mon organisation saute. Je vais avoir beaucoup de mal à faire autre chose, tout ce que je fais naturellement : les douches pour les enfants, les lessives, les repas, etc. Je le fais en retard, en étant moins attentive car mon esprit est ailleurs. Je sais que je sors du cadre, je fais péter le cadre à ce moment-là et ça déstabilise mon quotidien et celui de mes enfants. Dans ces moments-là, je dors mal et je peux aller me coucher et y penser, y penser, y penser, je sais que ça va passer. Ça peut m'obséder sur un temps. J'écris beaucoup, j'ai des cahiers sur tous ces sujets. J'ai un cahier où j'ai répertorié les huiles essentielles mais je ne m'en sers pas. Ça prend un temps énorme, c'est envahissant. Ça peut venir d'un coup et après, je n'assure plus le quotidien. Le quotidien devient alors un frein à ce que je me mette complètement dans le sujet ou au contraire c'est le quotidien qui vient me dire que je ne m'en sors pas. Dans un moment calme, je ne suis pas à l'abri de la prochaine chose qui va venir attirer complètement mon attention. Cette tendance à avoir une obsession, à basculer dans une obsession. Déjà petite, je passais beaucoup de temps toute seule et je pouvais ne faire que lire, que ça, je m'arrêtais à peine pour manger et même sur la route, j'étais avec le livre. Pour ne pas décrocher. C'est difficile de sortir de ce moment-là et de basculer dans la réalité. Ces passions obsédantes, c'est un moyen de fuir la réalité. »

Cette séance témoigne de la focalisation exclusive de l'attention qui caractérise la structure de l'obsession, soulignant ainsi que cette tendance à être absorbé par un ensemble clos de signifiants, aux dépens du reste, peut facilement se confondre avec un intérêt scientifique. Nous verrons d'ailleurs dans notre dernière partie que le « TDAH » est un exemple typique de système clos, hermétique et elliptique, qui se présente comme rationnel, objectif et scientifique.

Ceci invite donc à distinguer rigoureusement le doute et le questionnement, qui font avancer la recherche scientifique, et l'obsession-doute ou l'obsession-question qui la corrompent littéralement. Il n'est pas inutile de préciser que les obsessions-questions ne permettent aucun mouvement dialectique. Bien au contraire, elles constituent une boucle logique qui ne cesse de

⁷²⁵ Rose, S. (2011). *Op. Cit.*, p. 15.

se répéter à mesure que le Moi du névrosé annule rétroactivement les réponses qu'il tente de leur apporter : « cette question obsédante est le plus souvent sans réponse pour lui. On a pu parler du supplice de la question. Ces questions peuvent être très précises, concernant un événement de la vie quotidienne, ou plus générales, d'ordre métaphysique »⁷²⁶. De même, les obsessions-doutes se caractérisent tout autant par la boucle logique isolée qui se réitère, illustrant ainsi la dimension stérile et hermétique du raisonnement obsessionnel qui tourne en rond : « on parlait autrefois de folie du doute. Ce sont des doutes interminables comme le doute d'avoir suffisamment lavé ou vérifié. Au maximum le patient peut même douter de son propre doute. »⁷²⁷

Qu'elle se présente donc sous la forme du doute, du questionnement, d'une recherche, d'un intérêt ou d'un ensemble de comportements, cette tendance pathologique à être absorbé par un ensemble clos de signifiants révèle la nécessité de distinguer l'obsession du processus rationnel avec lequel elle se confond.

Au-delà de la multiplicité des formes qu'elle peut revêtir, la prépondérance clinique de l'obsession souligne en même temps le contraste par lequel le symptôme obsessionnel est à ce jour déconsidéré dans le champ de la psychopathologie. Mais en permettant de remarquer aussi les méprises systématiques par lesquelles le Moi du névrosé amalgame systématiquement son obsession avec des raisonnements ou des comportements rationnels, la clinique permet d'éclairer rétroactivement la cause de cette méconnaissance persistante du symptôme obsessionnel : ces amalgames voilés empêchent de reconnaître l'obsession dans la mesure où son appréhension charrie la signification du fonctionnement rationnel avec lequel elle se confond. La disparition ou la mésestime du diagnostic de la névrose obsessionnelle au sein du champ de la psychopathologie illustre donc remarquablement la problématique épistémologique qu'y instituent ces fausses compréhensions, éclairant en même temps les effets de dislocations qui résultent de cette tendance à focaliser l'attention, de manière exclusive, sur un ensemble clos de représentations. De la déconstruction des tableaux cliniques⁷²⁸ à la

⁷²⁶ Tribolet, S., Shahidi, M. *Nouveau Précis de Sémiologie des troubles psychiques*, Paris, Éditions Heures de France, 2005, p. 159.

⁷²⁷ *Ibid.*, p. 160.

⁷²⁸ American Psychiatric Association. (2015). *Op. Cit.*

démultiplication des diagnostics isolés⁷²⁹ et des traitements trop focalisés⁷³⁰, la confusion qu'induit le fonctionnement obsessionnel dans le champ de la psychopathologie met en abyme la nécessité, clinique et épistémologique, de bien distinguer l'obsession.

b) *La boucle épistémologique obsessionnelle et la confusion institutionnelle*

Comme le Moi du névrosé obsessionnel annule rétroactivement sa propre tendance à annuler rétroactivement⁷³¹, l'annulation du diagnostic clinique de la névrose obsessionnelle met en lumière l'impasse épistémologique qu'engendre la confusion entre le doute du chercheur et le *doute infini*⁷³² de l'obsédé. Or, ce dernier, nous l'avons vu, permet autant d'annuler les évidences les plus convaincantes que la conception d'évènements déjà advenus.

Dans le champ de la biologie par exemple, le généticien Richard. C Lewontin a bien remarqué l'impasse épistémologique qu'engendre cette tendance voilée :

« Plutôt que de chercher des façons radicalement différentes d'étudier les organismes, ou de nouvelles lois de la nature qui s'exprimeraient dans les êtres vivants, ce que la biologie doit faire pour remplir son programme de compréhension tout en restant opérationnelle est de prendre au sérieux ce que nous savons déjà être vrai. Ce n'est pas de nouveaux principes que nous avons besoin, mais d'une volonté d'accepter les conséquences du fait que les systèmes biologiques occupent dans l'espace des relations physiques une place différente de celle qu'y occupent les systèmes physico-chimiques simples. »⁷³³

Concomitamment aux conséquences problématiques de cette « rationalité myope »⁷³⁴ induite par la focalisation exclusive de l'attention, la prise en compte de la confusion entre le doute et l'annulation des évidences permet de mieux saisir comment des pans entiers de savoir peuvent être annulés⁷³⁵. Ceci met notamment en évidence pourquoi la psychanalyse peut être rendue

⁷²⁹ Sauvagnat F. « Une entité controversée : l'hyperactivité avec trouble déficitaire de l'attention », in *La Petite Girafe*, n° 13, Paris, Agalma, 2001, p. 52-61.

⁷³⁰ Even, P. *Corruptions et crédulité en médecine, Stop aux statines et autres dangers*, Paris, Le cherche midi, 2015.

⁷³¹ Cf. *Les formes voilées d'annulations rétroactives : de la disparition littérale du fonctionnement obsessionnel à sa représentation épistémologique et sociale*. p. 87.

⁷³² Abelhauser, A. *Un doute infini, l'obsessionnel en 40 leçons*, Paris, Éditions du Seuil, 2020.

⁷³³ Lewontin, R-C. *La triple hélice, Les gènes, l'organisme, l'environnement*, Paris, Éditions du seuil, 2003, p. 130.

⁷³⁴ *Ibid.*, p. 124.

⁷³⁵ American Psychiatric Association. (2015). *Op. Cit.*

non advenue au sein de nombreuses universités, ou encore pourquoi certains conflits sociaux se répètent au cours des siècles sans que ne soit considérée la problématique névrotique qui s'y représente en s'y annulant.

Telles des œillères psychiques qui empêchent de considérer leurs propres conséquences, l'impasse dialectique que produit le fonctionnement obsessionnel tend à induire une boucle épistémologique. Cette problématique se repère en premier lieu dans la clinique. En effet, malgré la confusion et les souffrances qu'engendrent ses hésitations permanentes, son inconsistance et son irrésolution, le Moi du névrosé obsessionnel continue d'amalgamer systématiquement ses obsessions-doutes avec des doutes mesurés, voire avec une marque d'humilité, d'intelligence ou encore de scientificité. Cet écart considérable entre les conséquences mortifères de l'obsession et son assimilation à un fonctionnement « normal » peut être particulièrement troublant pour le clinicien, d'autant que cette façon de mettre en doute des évidences peut conduire le Moi à abandonner le traitement : en dévoyant la signification de ses symptômes psychiques, le Moi peut tout aussi annuler rétroactivement la nécessité de les soigner.

Dans le champ médico-psychologique, ces méprises défensives peuvent donc conduire autant à empêcher de reconnaître la névrose et la symptomatologie obsessionnelles qu'à y introduire un certain nombre de confusions diagnostiques et thérapeutiques. Nous l'avons déjà souligné, mais il n'est pas inutile de le reprendre pour bien illustrer la boucle épistémologique. Ces amalgames induisent autant de nouveaux diagnostics qu'il existe de possibilités de compartimenter et de lire des phénomènes en isolant psychiquement les signifiants : « bipolaire », « borderline », « hypersensible », « pervers narcissique », « autisme »⁷³⁶, « haut-potentiel », « troubles de l'attention », etc. Les ruptures associatives engendrent des compartimentations et des nominations diagnostiques à l'infini⁷³⁷, une démultiplication de thérapies fallacieuses⁷³⁸ et des fausses épidémies⁷³⁹. Comme le souligne Allen Frances :

« Au cours des quinze dernières années, quatre grandes épidémies de troubles mentaux ont ainsi éclaté soudainement, le nombre d'enfants bipolaires a étrangement augmenté de 40%, les autistes

⁷³⁶ Laurent, É. « Les spectres de l'autisme » in *La Cause freudienne*, vol. 78, no. 2, 2011, pp. 53-63.

⁷³⁷ Landman, P. *Tristesse Business, le scandale du DM5*, Paris, Max Milo Éditions, 2013.

⁷³⁸ Laurent, É. « Les voies sans issue de la psychanalyse cognitive », in *La Cause freudienne*, vol. 60, no. 2, 2005, pp. 17-22.

⁷³⁹ Landman, P. « La fausse épidémie de TDAH », in *Études*, vol., no. 11, 2018, pp. 53-64.

de 30%, les hyperactifs avec troubles de l'attention ont triplé, tandis que la proportion d'adultes éligibles à un diagnostic de bipolarité a doublé. »⁷⁴⁰

En repérant les ruptures des liens logiques et les amalgames signifiants par lesquels le Moi annule rétroactivement sa propre symptomatologie, le psychanalyste peut repérer l'impasse épistémologique et sociale qu'induisent ces confusions quand elles se voilent et se systématisent dans le champ de la recherche en psychopathologie. Par exemple, en remarquant comment le patient annule la signification de son obsession-doute en l'assimilant à une forme de « *profondeur d'esprit* » ou « *d'intelligence exacerbée* », le clinicien peut dégager le biais signifiant qui peut conduire le névrosé – qu'il soit patient, chercheur ou praticien – à se diagnostiquer lui-même comme « *autiste* », « *hypersensible* » ou « *haut potentiel* ».

De même, le clinicien peut également observer que c'est le plus souvent sous la forme atténuée d'un « *manque de confiance* », comme une forme banalisée de « *timidité* », voire comme des formes valorisées de « *rationalité* », de « *modestie* » ou « *d'humilité* », que le Moi du névrosé obsessionnel se méprend systématiquement quant à l'obsession-doute qui assiège son esprit. Or, ce qu'il s'agit ici de remarquer pour bien cerner les conséquences paradoxales de ces fallacieuses assimilations, c'est que si la modestie et l'humilité peuvent témoigner d'un rapport apaisé de l'être à son désir et à son existence, l'obsession-doute engendre au contraire une forme de dispersion et de perplexité.

En d'autres termes, la confusion systématique entre le doute et l'obsession-doute engendre un paradoxe redoutable en ce qu'elle conduit à confondre systématiquement la responsabilité de l'être dans son rapport au désir avec une façon, pour reprendre les mots d'un patient, « *de ne pas s'impliquer et de tourner en rond* ». Alors, sauf à produire des fonctionnements absurdes et destructeurs, le doute du sujet divisé ne saurait être amalgamé avec la tendance par laquelle le névrosé obsessionnel annule à la fois son désir et son existence.

La corruption institutionnelle qui résulte de ces systèmes défensifs a donc de nombreuses répercussions néfastes au sein de la société⁷⁴¹ et le champ de la psychopathologie est particulièrement exemplaire pour illustrer le paradoxe qui se représente de manière voilée. Comme nous l'avons vu précédemment, l'amalgame entre l'obsession et la raison ne conduit

⁷⁴⁰ Frances, A. *Sommes-nous tous des malades mentaux ?* Paris, Odile Jacob, 2013, p. 174.

⁷⁴¹ Rose, S. (2011). *Op. Cit.*, pp. 235-248.

pas uniquement à empêcher le mouvement dialectique de la science en rendant non advenues des théorisations, il conduit également à confondre des systèmes délétères, rigides et superstitieux⁷⁴² avec de véritables théories.

Ce double mouvement est bien mis en évidence par John P.A. Ioannidis dans un article où il identifie un certain nombre de biais qui corrompent la recherche scientifique :

« La présence d'un préjugé n'a pas forcément de racine financière. Des scientifiques dans un domaine donné peuvent être porteurs et porteuses de préjugés simplement en raison de leur croyance en une théorie scientifique ou leur attachement personnel au fruit de leur recherche. Moults études universitaires en apparence indépendantes peuvent être menées uniquement dans une visée carriériste, c'est-à-dire pour fournir aux médecins et aux chercheurs et chercheuses les qualifications nécessaires à leur avancement professionnel. De tels conflits d'intérêt non financiers peuvent mener, eux aussi, à des distorsions dans les conclusions communiquées et leurs interprétations. Des chercheurs et chercheuses ayant acquis un certain prestige peuvent étouffer, en manipulant le processus de révision par des pairs, la dissémination des conclusions qui réfutent les leurs, perpétuant ainsi la circulation de faux dogmes dans leur domaine. Des données empiriques sur l'opinion « experte » montrent qu'elle est peu fiable.⁷⁴³ »⁷⁴⁴

Si les dévoiements institutionnels qu'engendrent ces fausses compréhensions scientifiques sont perceptibles dans de nombreux domaines⁷⁴⁵, l'étude du champ médico-psychologique éclaire la spécificité de cette corruption : la focalisation sur un ensemble clos de signifiants conduit à cliver une organisation en systèmes isolés⁷⁴⁶ et à désorienter littéralement sa fonction. Ces effets de dislocation sont particulièrement repérables dans cette tendance à déstructurer et à cliver un système théorique en une infinité de systèmes rigides, ritualisés et dogmatiques.

c) *La confusion entre l'obsession-doute et le doute du sujet divisé : la ritualisation de la théorie et les méprises qui clivent le champ psychanalytique*

⁷⁴² Lacan, J. (1971). *Je parle aux murs*, Paris, Éditions du Seuil, 2011, p. 11.

⁷⁴³ Antman, E-M., Lau, J., Kupelnick, B., Mosteller, F., Chalmers, T-C. « A comparaison of results of meta-analyses of randomized control trials and recommendations of clinical experts. Treatment for myocardial infarction », in *JAMA*, n°268, 1992, pp. 240-248.

⁷⁴⁴ Ioannidis, J. P-A. « Pourquoi ne peut-on pas faire confiance à la plupart des résultats issus de la recherche ? », in *L'évolution psychiatrique*, n° 86, 2021, p. 450.

⁷⁴⁵ La Sagna, P. « Le nouveau visage de la science et la Fée bleue », in *La Cause freudienne*, vol. 60, no. 2, 2005, pp. 23-25.

⁷⁴⁶ Cf. *La démultiplication des systématismes obsessionnels et leurs répercussions délétères au sein du champ médico-psychologique*. p. 141.

Ce qui semble alors important de remarquer, c'est qu'en faisant un usage défensif du savoir théorique, le Moi du névrosé obsessionnel peut cristalliser et compartimenter un ensemble théorique en sous-ensembles fermés de principes rigides et immuables. Plus précisément, l'amalgame entre la recherche scientifique et l'obsession conduit à empêcher une théorie, aussi fonctionnelle soit-elle au moment où elle se rigidifie, de pouvoir évoluer et s'ajuster dans le mouvement d'essais et d'erreurs par lequel elle se confronte au Réel de l'expérience.

L'impasse dialectique que produit cette ritualisation de la théorie⁷⁴⁷ est particulièrement problématique au sein du mouvement psychanalytique⁷⁴⁸. Elle conduit à y instituer des divisions systématiques et des modalités de fonctionnements surannées, absurdes et hermétiques qui vont à l'encontre même de la pratique clinique et de sa transmission⁷⁴⁹.

Le symptôme obsessionnel se représente au sein des institutions psychanalytiques de nombreuses manières, notamment à travers des fonctionnements bureaucratiques. Par exemple, la focalisation exclusive de l'attention peut facilement s'y représenter à travers de la minutie. Or, si cela peut sembler anodin, il s'agit de remarquer que ce souci obsessionnel du détail empêche de considérer l'essentiel.

À cet égard, voici comment Nicolas Guérin illustre cette problématique en commentant une lettre envoyée par *l'American Psychoanalytic Association* (APsaA) à l'ensemble de ses membres :

« Du point de vue de la forme, le document est rédigé très simplement, sans doute pour être compréhensible pour le plus grand nombre. Son style est celui de la procédure bureaucratique, chaque recommandation étant classée dans des chapitres et sous-chapitres en chiffres romains et arabes. Ce souci du détail dans les agencements factuels du « cadre » (setting), très valorisé dans les courants anglo-saxons, donne une apparence de rigueur qui compense une absence totale de réflexion de fond. Ceci n'est pas sans évoquer cette vogue relativement récente, très identifiable dans le champ universitaire et quelles que soient les disciplines, où les arguties méthodologiques remplacent de plus en plus une approche critique et épistémologique. »⁷⁵⁰

⁷⁴⁷ Safouan, M., Julien, P. & Hoffmann, C. (1995). *Op. Cit.*

⁷⁴⁸ Roudinesco, E. *Sigmund Freud en son temps et dans le nôtre*, Paris, Éditions du Seuil, 2014.

⁷⁴⁹ Safouan, M. *Jacques Lacan et la question de la formation des analystes*, Paris, Éditions du Seuil, 1983.

⁷⁵⁰ Guérin, N. « Communiqué de l'APsaA à ses membres », in *Essaim*, vol. 46, no. 1, 2021, p. 154.

Tant dans certaines Écoles de psychanalyse qu'au sein de l'Université, cet exemple illustre comment le symptôme obsessionnel s'institutionnalise en se voilant, en l'occurrence en se confondant avec de la rigueur.

Pour mettre en évidence comment des fonctionnements rigides et ritualisés peuvent conduire à rigidifier la pratique psychanalytique, nous pouvons partir de la clinique en nous appuyant sur les paroles de Monsieur X. prononcées lors d'une séance de psychanalyse. Ce dernier se rend compte qu'il commence à transformer ses séances hebdomadaires en une nouvelle forme de routine :

« C'est le rapport avec la cure qui a changé. J'appréhendais au départ car c'est inhabituel de parler sans filtrer. J'essayais de préparer ce que je voulais dire. Au fur et à mesure, j'ai commencé à arrêter de préparer les séances à la lettre, sans essayer de savoir comment la séance allait se terminer. Après je me suis dit, « je vais parler de ceci, je parler de cela ». Aujourd'hui, j'ai pensé à un sujet en particulier que je veux aborder... Malgré tout, je suis en train de parler de manière spontanée. Ça s'est inscrit dans l'habitude de venir ici, c'est devenu habituel. Mais je me demande finalement si ce côté habituel par rapport à inhabituel, connu par rapport à inconnu, carré par rapport à pas carré, si ce n'est pas finalement le même pattern qu'avant. En fait, j'aime bien l'habitude, la répétitivité, la routine... »

Lors de la séance suivante, Monsieur X. précise ainsi :

« J'aime bien être dans une routine. Je crée une routine ennuyeuse ou je ne fais pas grand-chose. Je travaille et le week-end je fais parfois des activités. C'est un cadre très rigide et c'est comme si je ne voulais pas sortir du cadre. Dès qu'il y a quelque chose de nouveau, un problème, quelque chose que je dois affronter, le réflexe est tout de suite : « comment je vais retrouver cette situation d'équilibre, les habitudes, pour ne plus avoir de perturbations. ». Je ne suis pas proactif et j'ai toujours le réflexe de dire non si on me propose quelque chose et de dire oui ensuite si je change d'avis. Maintenant, je dis oui à chaque fois que l'on me propose quelque chose, j'essaie des choses nouvelles, de découvrir... Je fais du sport : un jour, de la musculation, un autre du cardio. J'essaie de faire des choses qui ne sont pas planifiées, j'essaie de varier, de pimenter les choses. C'est vrai que je me suis rendu compte pendant la dernière séance que j'aime bien les habitudes, rester ancré dans les habitudes. C'est rafraichissant de m'en rendre compte alors j'essaie de faire des nouvelles choses. Le fait de ne pas rester dans la répétition des choses, même dans mon boulot, pour essayer d'optimiser les choses. En fait, j'essaie toujours de capitaliser les choses. »

En soulignant cette forme de rigidification pathologique, les paroles de Monsieur X. révèle la confusion problématique que peut induire cette rigidification dès lors qu'elle se confond avec la nécessité du cadre psychanalytique. Et de la même manière que Monsieur X. annule

rétroactivement son « *réflexe de dire non* » en « *disant oui à chaque fois* », la confusion entre le respect du cadre et sa ritualisation induit un autre amalgame tout aussi redoutable pour la cure psychanalytique, c'est-à-dire la confusion entre la souplesse dans le maniement du cadre et une forme excessive de tolérance ou de laxisme.

Pour mieux illustrer les conséquences problématiques de ces amalgames au sein du champ psychanalytique, reprenons quelques-unes des confusions que nous avons dégagées précédemment. Les contre-sens systématisés par lesquels le Moi annule la signification de ses obsessions engendrent des méprises en série : entre un intérêt scientifique et une obsession, un questionnement intellectuel et une obsession-question, une recherche d'objectivité et une obsession de l'objectivité, une vérification et un symptôme de vérification, une technique et une routine, une pratique rationnelle et un systématisme obsessionnel, une théorisation et une superstition... Cette liste non exhaustive de ces confusions souligne la multiplicité des amalgames par lesquels le Moi du névrosé obsessionnel confond systématiquement sa symptomatologie avec un fonctionnement rationnel. Mais aussi annulée soit-elle, le prix à payer de cette tendance à corrompre le signifiant est d'autant plus conséquent que le fonctionnement mortifère tend à s'institutionnaliser au sein de la société, à s'ériger en idéal. En d'autres termes, le système défensif obsessionnel est d'une telle ingéniosité, Freud l'avait très bien remarqué⁷⁵¹, qu'il réussit à instituer des fonctionnements pathologiques et destructeurs au nom de la mesure et de la raison. Ce phénomène paradoxal, dont nous nous efforçons ici d'en dégager la structure, résulte des méprises voilées que les isolations psychiques permettent de systématiser.

Alors, si ces confusions systématisées contribuent aux multiples dévoiements qui corrompent le mouvement psychanalytique depuis Freud⁷⁵² – Lacan n'a cessé de le mettre en évidence tout au long de son enseignement – il est important de remarquer qu'elles conduisent notamment à y confondre l'abandon du traitement avec une sortie de cure. Si Lacan avait en effet clairement souligné ce dévoiement quand il mettait en exergue la confusion entre la sortie de cure et l'identification à l'analyste, il est possible de se rendre compte que ce détournement du message freudien témoigne précisément du paradoxe qu'introduit le fonctionnement défensif obsessionnel : en assimilant l'expression destructrice et ambivalente de son rapport au signifiant avec une forme de tempérance et d'assomption subjective, le Moi induit une

⁷⁵¹ Freud, S. (1926). *Op. Cit.*, p. 231.

⁷⁵² Laia, S, et Richard, C. « Politique de la psychanalyse aujourd'hui », in *La Cause freudienne*, vol. 71, no. 1, 2009, p. 156.

confusion redoutable, *a fortiori* dans le champ psychanalytique, dès lors qu'elle conduit à y confondre systématiquement la castration symbolique avec le renforcement du Moi⁷⁵³.

Alors, s'il est possible de remarquer cliniquement que certaines formes d'« *humilité* », de « *tempérance* » ou de « *modestie* » peuvent confiner à la tyrannie, il devient alors possible de remarquer également comment ces torsions interprétatives génèrent des confusions et des méprises lourdes de conséquences.

Dans un article dans lequel il met en évidence certaines des confusions qui divisent actuellement le champ psychanalytique, Erik Porge souligne notamment l'amalgame qui consiste à assimiler la signification du sujet à celle de la subjectivité :

« Parler de « subjectivité de notre époque » relève aujourd'hui, selon nous, du pire. Pourquoi ? D'abord parce que la question est posée à un tel niveau de généralité qu'elle ne saurait rencontrer de réponse satisfaisante. Il ne saurait y avoir de subjectivité générale commune pour une époque. En outre, son indétermination autorise tous les malentendus. Dissipons-en un tout de suite. Ce qui nous importe, c'est d'avoir un usage un peu rigoureux du terme sujet en psychanalyse. Il ne s'agit pas de son usage dans des discours politique, économique, sociologique... où apparaît la conception d'un sujet transparent à lui-même et aux autres, et se résumant à une somme d'informations qui l'objectivent dans une représentation et l'identifient. C'est au regard de cette conception que certains réagissent en y opposant la subjectivité, la subjectivation comme le propre du sujet. Il y aurait de « faux » sujets sans subjectivation et de « vrais » sujets avec subjectivation.

On ne saurait reconduire ce mode de distinction en psychanalyse. C'est pourtant ce que faisait l'argument de cette journée de Bruxelles : 'Quelle subjectivité pour notre époque ?' Celui-ci présuppose qu'il n'y aurait pas de distinction entre subjectivité et sujet, que l'un implique l'autre, que la subjectivité est l'essence du sujet comme la chose est celle de la chose.

Or, il n'en est rien pour la psychanalyse. Sujet et subjectivité sont deux termes disjoints, qui s'excluent l'un l'autre dans le temps où ils apparaissent. »⁷⁵⁴

Erik Porge précise les conséquences problématiques de cet amalgame en s'appuyant sur les propos de Jacques Lacan :

« Il faut décrotter le sujet du subjectif », dit Lacan dans sa *Proposition du 9 octobre 1967*⁷⁵⁵. Le sujet n'a pas de subjectivité, il ne se subjectivise pas, il s'institue dans sa destitution (*Le désir et son*

⁷⁵³ Skriabine, P. (2004). *Op. Cit.* pp. 111-114.

⁷⁵⁴ Porge, E. (2009). *Op. Cit.*, pp. 28-29.

⁷⁵⁵ Lacan, J. « Proposition du 9 octobre 1967 », in *Autres écrits*, Paris, Le Seuil, 2001, p. 248.

interprétation, 1958) car il n'est que représenté par un signifiant pour un autre signifiant. Là où il y a sujet il y a *fading* de la subjectivité. Dans cet espace-temps entre deux signifiants il est forclus, signe de rien, pure hypothèse. Supposé, il ne suppose rien. Il a la réalité d'une *Spaltung*, du rien d'une coupure, celle de la bande de Moebius : « La bande de Moebius c'est une surface telle que la coupure qui est tracée en son milieu soit elle une bande de Moebius. La bande de Moebius dans son essence c'est la coupure même. Voilà en quoi la bande de Moebius peut être pour nous le support structural de la constitution du sujet comme divisible. » Et : « Chaque fois que nous parlons de quelque chose qui s'appelle le sujet nous en faisons un "un". Or ce qu'il s'agit de concevoir c'est justement ceci : il manque l'un pour le designer⁷⁵⁶. »

Parler de « nouveaux sujets », comme le font les partisans de la nouvelle économie psychique, est donc un non-sens du point de vue de la psychanalyse. Son sens ne peut être que psychologique, sociologique, juridique... L'analyste est un généraliste du sujet, pas un spécialiste des subjectivités (de l'enfant, de l'adolescent, des drogués, des déprimés... des nouvelles pathologies, des nouveaux sujets). »⁷⁵⁷

Si la multitude de « spécialisations » qui découpent aujourd'hui le champ médico-psychologique mettent en évidence les conséquences problématiques de l'isolation psychique, l'amalgame entre sujet et subjectivité que souligne ici Erik Porge illustre la problématique obsessionnelle qui se manifeste dans cette assimilation, à savoir la confusion entre le sujet et l'hypostase du sujet⁷⁵⁸.

Les méprises qui résultent de cet amalgame au sein du champ psychanalytique ont été articulées par Nicolas Guérin qui met précisément en lumière la boucle logique associative au sein de laquelle l'effet est confondu avec ce qui le cause : « La confusion sujet/subjectivité, déductible de nombreux travaux tenant pour équivalentes les dites « nouvelles formes de subjectivités » et les prétendus « nouveaux sujets », en est un effet, et pas une cause. Cet amalgame est l'indice rhétorique majeur d'une psychologisation de la psychanalyse. »⁷⁵⁹

Qu'elle se recouvre au nom du doute du sujet divisé ou de sa responsabilité à l'égard de son désir, cette volonté obsessionnelle de rendre non advenue la perte de jouissance qu'implique le signifiant se retrouve également dans ces systématisations hermétiques que Nicolas Guérin observe :

⁷⁵⁶ Lacan, J. *L'objet de la psychanalyse*, 15 décembre 1965, inédit.

⁷⁵⁷ Porge, E. (2009). *Op. Cit.*, p. 29.

⁷⁵⁸ Cf. *Du refus de l'aliénation à l'aliénation renforcée : l'hypostase du sujet*, p. 130.

⁷⁵⁹ Guérin, N. « L'idéologie du déclin et la psychanalyse », in *Essaim*, vol. 25, no. 2, 2010, p. 20.

« La jouissance qui agite le champ lacanien n'est jamais pure. Le réel qui la fonde est toujours déduit du symbolique et de l'imaginaire. Elle est en conséquence nécessairement dévalorisée dans la mesure où la psychanalyse recourt au sens pour la résoudre. À l'oublier, certaines écoles de psychanalyse glissent et glisseront nécessairement sur cette pente obscurantiste qui est celle de l'amour du réel de la jouissance, là où souvent les mêmes raillent l'amour de la vérité chez Freud. Cette mystagogie du réel, après la mystagogie du non-savoir que Lacan n'avait pas manqué de dénoncer chez les analystes⁷⁶⁰, dévalorise le langage au profit d'une survalorisation du réel, dégrade la pratique clinique, concourt à faire virer la passe à l'initiation et introduit systématiquement une déviation dans la lecture et l'interprétation de l'œuvre de Lacan. »⁷⁶¹

Au-delà de l'impact paradoxal de cette méprise par laquelle l'assomption de la castration symbolique tend à se confondre avec ce qui constitue au contraire son annulation, une autre incidence résulte de ces amalgames. Les mécompréhensions en série qui découlent du détournement de la signification liée à l'obsession-doute sont particulièrement perceptibles cliniquement. Elles concourent au sentiment d'incompréhension auquel le Moi du névrosé obsessionnel se retrouve régulièrement confronté dans ses rapports sociaux : en assimilant défensivement l'obsession-doute avec le doute du sujet divisé, le Moi du névrosé obsessionnel peut tout autant confondre toute forme d'affirmation comme une imposition, toute forme d'autorité comme une forme d'autoritarisme ou encore toute forme d'assurance comme de l'arrogance ou de la suffisance. Aussi, par les mécompréhensions et les conflits qu'elles engendrent, ces méprises défensives qui se dégagent dans la clinique ont d'importantes conséquences épistémologiques : toute assertion, aussi juste soit-elle, qui ne serait pas annulée rétroactivement, soit remise en doute immédiatement ou tempérée par des précautions verbales, peut ainsi se voir rejetée en étant interprétée – du fait de l'amalgame qui reste voilé – comme un forçage dogmatique, comme une croyance intrusive, voire comme un délire. Le destin réservé encore aujourd'hui à l'enseignement de Jacques Lacan – ou à la psychanalyse de manière plus générale – témoigne de cette problématique épistémologique.

Ainsi, le repérage de cet amalgame entre le fonctionnement défensif du Moi et le doute du sujet divisé révèle une confusion importante au sein du champ psychanalytique tout comme elle permet de préciser l'impasse épistémologique qui procède de cette fallacieuse assimilation. En empêchant autant d'affirmer que d'infirmer la véracité d'une proposition, en condamnant

⁷⁶⁰ Lacan, J. (1967). « De la psychanalyse dans ses rapports avec la réalité », in *Autres écrits*, Paris, Éditions du Seuil, 2001, pp. 351-359. L'étymologie grecques du terme « mystagogie » désigne « ce qui conduit aux mystères », et donc à l'initiation. Cf. É. Littré, *Dictionnaire de la langue française*, Paris, Hachette, 1882, p. 680, art. « Mystagogie » et « Mystagogue ».

⁷⁶¹ Guérin, N. « L'interprétation de l'inconscient », in *Psychanalyse*, vol. 27, no. 2, 2013, pp. 20-21.

finalement toute thèse au rang d'une éternelle hypothèse, l'obsession-doute conduit, au nom du doute, de la mesure et du souci de la vérité, à court-circuiter le rapport à la vérité. Autrement dit, l'assimilation entre le doute et la capacité à nier l'évidence la plus convaincante enfante des débats stériles⁷⁶² et conduit subtilement à remplacer le rapport au savoir par un rapport à l'opinion, donc à transformer les lieux de savoirs en lieux de cultes⁷⁶³.

d) Différentes manifestations cliniques de l'obsession-doute : de la dislocation du tableau clinique à l'institution de fonctionnements sociaux paradoxaux

Cet amalgame entre le doute et l'obsession ne semble pas inéluctable car si l'obsession-doute peut être difficile à repérer cliniquement, tout du moins tant que passent inaperçues ces assimilations qui la confondent avec des fonctionnements rationnels, l'expérience clinique permet de repérer ces confusions défensives, à travers les différents fonctionnements symptomatiques qu'ils engendrent. A cet égard, la grande sensibilité du névrosé obsessionnel à la parole et aux critiques témoigne indirectement de cette compulsion à annuler le signifiant et sa fonction. Certaines paroles ou critiques, susceptibles de réveiller l'obsession, peuvent ainsi déclencher cette tendance obsessionnelle par laquelle le névrosé remet tout en question.

Mais ce qui est intéressant de remarquer au regard des incidences sociales que peuvent avoir ces amalgames voilés, c'est qu'en assimilant cette forme de tourbillon de la pensée avec l'effet d'une critique ou d'une remise en question, le Moi peut facilement être amené à confondre de manière systématique des remarques et des critiques avec des attaques ou des intrusions. En systématisant ces confusions, le Moi peut ainsi légitimer sa propension à s'offusquer, à se braquer et à se renfermer au nom du respect et de la dignité, tout comme il peut être conduit à réfuter toute critique, au nom de l'injustice et du non-respect de l'identité. Autrement dit, la systématisation de ces amalgames par lesquels le Moi annule la reconnaissance de son obsession peut le conduire à mettre en place des ensembles rigides d'interdits et de censures, au nom de la bienséance et du respect.

Voici ce que peut dire Madame A. à la suite d'une « remarque » d'une collègue qu'elle vit comme la remise en doute profonde de ses compétences et de son être :

⁷⁶² *Ibid.*, p. 31-32.

⁷⁶³ Even, P. *Corruptions et crédulité en médecine, Stop aux statines et autres dangers*, Paris, Le cherche midi, 2015.

« Ce matin, je me suis mise en rogne. C'est lié à mon perfectionnisme et à ma susceptibilité. Je prends très mal la remarque de ma collègue, c'est comme si j'avais fait une erreur et je ne supporte pas qu'on puisse émettre une critique par rapport à quelque chose que j'ai fait. J'étais en rogne, agacée. J'enrage. C'est vraiment de la rage. C'est la remise en cause de mon travail et en plus ça a servi à rien. Il y a les deux éléments qui me font réagir négativement. C'est la critique : c'est un petit coup de poignard à chaque fois. Je surréagis à la moindre critique... Après, je digère. Je sais que je vais avoir une surréaction pas adaptée... Puis c'est la raison qui l'emporte par rapport à la réaction primaire. Ça me blesse. C'est comme si le travail que je produis, c'est une extension de moi-même et si on critique mon travail, je suis remise en cause. Quand on pointe une erreur que j'ai faite, c'est tout de suite le premier réflexe : « J'ai mal fait, j'ai fait une erreur ». C'est comme si c'était un drame d'avoir fait une erreur : tout mon être est remis en cause, pour une erreur. C'est la critique et le temps qui me font enrager. En plus si je perds du temps... La question du temps est très stressante pour moi, qu'on me fasse perdre du temps... Les réunions, ça m'agace... Le temps et la contrainte. Je pointe toujours l'extérieur qui ose m'imposer quelque chose... »

- Quelque chose ?

- *Une contrainte. Encore une fois, c'est le contrôle, c'est la question de mon temps, j'en fais ce que je veux. Si je ne veux rien faire, je ne fais rien. D'un coup, c'est comme si je m'insurgeais contre cette contrainte qui m'est insupportable. Je sens que ma réaction n'est pas proportionnée. La réaction immédiate : paf, je m'énerve et je me révolte. Sur le temps, sur l'erreur pointée, c'est non. Je ne supporte pas la contrainte, qu'on m'impose, mais moi aussi, j'ai du mal à m'imposer des contraintes. Sur la critique, en tout cas je l'ai perçue comme ça, c'est moi qui suis atteinte comme s'il n'y avait pas de barrières, je me le prends de plein fouet. La moindre critique me touche, moi, mon être. C'est comme si les gens disent : « t'es tellement nulle, regarde ce que tu as fait ! » C'est comme si c'était mon petit édifice qui menace de s'effondrer, que c'était tellement fragile ce que j'ai construit, presque un château de cartes. C'est l'être que je me suis construit... c'est tellement fragile que la moindre pichenette... je me sens menacée par le moindre fait anodin, la moindre remise en question. Je n'ai tellement pas confiance en moi, en ce que je suis, en ce que je peux faire que du coup... la moindre petite critique, remarque, peut m'amener à sentir que tout peut s'effondrer, avoir l'impression que je peux m'effondrer. Je suis très remuée là... Je n'arrive pas à mettre un mot, à voir ce qui m'affecte autant.*

- Dites le premier mot qui vous traverse l'esprit.

- *C'est encore le mot « nul » qui vient. Le dénigrement, c'est moi qui suis trop dure avec moi. C'est moi qui ne m'accorde aucun droit à l'erreur : je ne m'accorde aucune valeur. »*

Cette séance montre cette tendance obsessionnelle à trop se remettre en question et à tout remettre en cause. Si cette compulsion peut facilement passer inaperçue, et si elle tend le plus

souvent à être assimilée par le Moi à une tendance « normale » à douter ou à se poser des questions, nous pouvons voir comment l'obsession s'articule ici à différents phénomènes symptomatiques qui peuvent paraître contradictoires. Hypersensibilité, hyperémotivité, autodénigrement, idées arrêtées, perfectionnisme, manque de confiance, sentiment de contrainte, susceptibilité, irascibilité, etc., cette obsession-doute par laquelle le névrosé obsessionnel annule sa propre valeur, tout comme celle de ce qu'il produit, s'articule donc à un ensemble symptomatique caractéristique.

Tout d'abord, nous pouvons constater que ces différents symptômes peuvent être considérés dans le champ médico-psychologique en étant isolés comme des diagnostics à part entière. Ce phénomène illustre la problématique qu'induisent les isolations en se confondant avec des séparations logiques : en rompant les liens logiques qui articulent ces symptômes entre eux ou à ce qui les cause, la névrose obsessionnelle qui sous-tend cette constellation symptomatique est annulée rétroactivement, déstructurée en une multitude d'entités ou de diagnostics isolés. « Hypersensibilité », « hyperémotivité », « manque de confiance », la symptomatologie obsessionnelle est ainsi désarticulée et compartimentée.

Et au-delà de ces isolations qui contribuent à rendre non-advenue la conception de la névrose, il est aussi intéressant de remarquer les méprises spécifiques par lesquelles le Moi se défend de sa symptomatologie. Ainsi, l'hypersensibilité peut se voir assimilée avec une forme d'humanité, le perfectionnisme avec une marque de soin, le manque de confiance avec une forme d'humilité, le sentiment de contrainte avec le sens des responsabilités, la susceptibilité avec la dignité et l'irascibilité avec une volonté légitime de respect. De la même manière que l'obsession-doute peut se voir annulée et systématiquement valorisée comme une forme d'humilité et de mesure, les attitudes et les comportements pathologiques qui s'y articulent peuvent tout autant subir le même destin. Alors, en plus de la problématique épistémologique qu'engendrent la compartimentation et la désarticulation de la symptomatologie obsessionnelle, il n'est pas impossible de remarquer les répercussions sociales de ces contre-sens qui assimilent ces fonctionnements pathologiques à des activités psychiques ordinaires.

A cet égard, la susceptibilité spécifique qui résulte de cette tendance compulsive à tout remettre en question semble particulièrement influente et problématique au sein de la société, notamment quand cette disposition se voit assimilée à une forme d'honneur ou de dignité. Pour mieux illustrer l'impact d'une telle confusion, il est important de souligner la spécificité du sentiment de vexation particulièrement aigu dont peut faire preuve le Moi du névrosé obsessionnel. Au-

delà des auto-reproches qui peuvent l'accabler face à la prise en compte de son imperfection, la clinique psychanalytique met en lumière que cette vive sensibilité à toute remise en question s'articule à la menace du retour de l'obsession : telle une remise en question abyssale vis-à-vis de laquelle le Moi se défend ardemment, la compulsion obsessionnelle peut conduire le névrosé à douter sans cesse de ce qu'il pense, de ce qu'il ressent, tout comme de la valeur de son être. Cette susceptibilité exacerbée dont fait preuve le Moi de l'obsédé viendrait donc témoigner de la menace de cette perte. Elle ne saurait donc se confondre, sans avoir un certain nombre de conséquences problématiques, avec une forme de respect ou de dignité. Or, précisément, il est possible de remarquer qu'en étant amalgamée avec une demande légitime de considération, cette vive affectation induit des systèmes de censures et d'interdits, rigides et contraignants, dont les effets de répressions peuvent être particulièrement délétères : de la tyrannie domestique aux prohibitions propres à certaines organisations religieuses en passant par l'institution de systèmes *politiquement corrects*⁷⁶⁴ qui ostracisent et censurent tout autant la liberté d'expression. La rationalisation de cette susceptibilité obsessionnelle conduit à instaurer des systèmes normatifs liberticides au nom du respect et de la dignité. Aussi, la difficulté à repérer la dimension obsessionnelle de ces systèmes reposerait précisément sur les amalgames par lesquels ils réussissent à s'instituer : ces interdits absurdes et tyranniques peuvent tout autant être assimilés avec des formes de civisme et des règles de politesse. Et il n'est pas superflu de souligner, pour mettre en évidence le paradoxe qu'induisent ces systématisations, que si la politesse et la bienséance concourent au mouvement de la civilisation, le dévoiement de leur acception par assimilation avec des fonctionnements pathologiques participent, au contraire, aux clivages et à la destruction.

Pour illustrer ces confusions, voici ce que peut dire Monsieur M. qui enrage intérieurement dès lors que quelqu'un ne respecte pas les « règles » :

« Ça a un rapport avec l'injustice, avec la règle universelle et avec la courtoisie. Les gens qui ne respectent pas ces règles de courtoisie, je les méprise, je les déteste, je les juge. J'ai tendance à beaucoup suivre les règles et je fais beaucoup d'efforts pour les appliquer. Si on a un cadre, le mieux à faire c'est de le respecter. Mais je me rends compte qu'il y a des dérives : je pense à l'expérience d'un psychologue dans laquelle les gens étaient capables d'envoyer des doses de courant mortelles pour respecter les consignes. Je réalise qu'il y a aussi des dérives politiques. Je pense à Hitler. Ça peut avoir des tournures catastrophiques. Après, je trouve que l'on vit quand même mieux quand on a un cadre commun et qu'on arrive à se conformer à ce cadre social. J'ai

⁷⁶⁴ Bock-Côté, M. *L'empire du Politiquement correct*, Paris, les Éditions du Cerf, 2020.

cet ensemble de règles que je m'applique à respecter, presque à la lettre. Je ne me conforte que quand je suis ces règles. Là je me dis que je ne fais rien de mal. Mais c'est vrai que ça tue la différence, ça cache cette différence. Quand on veut toujours se conformer à un modèle social : les règles en premier et nos traits d'esprit dans un second temps. La société maintient et dicte des règles mais c'est drôle de remarquer qu'il y a énormément de comportements régressifs. Il y a beaucoup de gens qui insultent les autres parce que l'on ne leur a pas laissé la priorité ou dans le métro, parce qu'on les a juste effleurés. Des gens qui se mettent dans un état d'agression parce qu'on ne respecte pas la règle. Je trouve ça injuste, irrespectueux. C'est une atteinte à sa personnalité, à sa vie en tant que personne. Dès fois, j'ai envie de bien suivre les règles et à certains moments, j'ai envie de tout envoyer balader, et de montrer que c'est moi le patron. »

Si Monsieur M. réussit à canaliser son agressivité en adhérant à un ensemble de règles et de principes particulièrement rigides, contraignants et aliénants, nous voyons que le sentiment de haine qu'il s'évertue à contenir s'éconduit directement dans des moments particuliers. En effet, dans certaines conditions, le ressentiment perce littéralement la forteresse de ses bons sentiments et le non-respect de ses principes moraux laisse apparaître l'antipathie que ces principes rigides tentent d'amortir. L'attachement obstiné à ces systèmes de principes et de règlements apparaît alors comme une forme d'endiguement qui ne manque pas de révéler sa fonction défensive dès lors que la digue vient à vaciller. L'expérience de Milgram à laquelle Monsieur M. fait référence illustre suffisamment comment la haine peut trouver une voie de délestage dans l'obéissance à la règle et dans la soumission à l'autorité, tout comme les multiples guerres qui ponctuent l'histoire de nos sociétés.

En étant amalgamé avec le civisme ou le respect, le paradoxe qu'induit cette forme de rectitude obsessionnelle est particulièrement manifeste dans le champ de la recherche car il conduit à censurer des critiques scientifiques, susceptibles de déranger certaines sensibilités⁷⁶⁵, au nom du respect de l'identité et de la liberté d'opinion. Ce phénomène absurde a été particulièrement mis en évidence aux États-Unis⁷⁶⁶ et il n'est pas impossible de remarquer que le terme anglais de *cancel culture* – *culture de l'annulation* – illustre significativement le paradoxe qui découle de l'amalgame entre le respect et l'obsession, entre la remise en question et l'annulation obsessionnelle de la vérité.

Ces systèmes « politiquement corrects » mettent bien en évidence la découverte freudienne

⁷⁶⁵ Pluckrose, H., Lindsay, J. *Cynical theories*, USA, Swift Press, 2021.

⁷⁶⁶ Dershowitz, A. *Cancel Culture, The latest Attack on free speech and due process*, New York, Skyhorse Publishing, 2020.

qu'ils participent à annuler, à savoir que « les formations de système des névrosés de contrainte flattent leur amour-propre en leur faisant miroiter qu'ils seraient, parce que particulièrement purs ou scrupuleux, des hommes meilleurs que d'autres. »⁷⁶⁷

Finalement, les non-sens sur lesquels se soutiennent ces systèmes obsessionnels conduisent à désarticuler la fonction symbolique, au nom du respect et de la liberté, du rapport au Réel qu'elle vise à cerner⁷⁶⁸ : car en considérant que chacun est libre de choisir sa vérité ou son identité, ou encore en soutenant que tout est vrai ou que tout savoir se vaut, n'est-ce pas la fonction même de la vérité qui se voit paradoxalement annulée au nom du respect de chacun et des bonnes intentions ?

L'influence sociale de ces torsions signifiantes est particulièrement conséquente car comme le rappelle à juste titre Marie-Jean Sauret :

« Toute opération sur le langage et sur le discours impactera la vie collective *et* la vie psychique. Freud le démontre dans sa « Psychologie collective et analyse du moi », selon quoi toute psychologie individuelle est d'emblée une psychologie sociale⁷⁶⁹. Lacan le formule de façon radicale : « Le collectif n'est rien, que le sujet de l'individuel⁷⁷⁰. » »⁷⁷¹

Ainsi, les paradoxes institutionnels qui procèdent de ces confusions sont particulièrement prégnants aujourd'hui, notamment dans le champ de la santé où le soin psychique tend de plus en plus à se confondre avec le renforcement des symptômes et de l'aliénation. Dans un article où ils soulignent le « malaise dans les professions du soin psychiques »⁷⁷², Marie-Jean Sauret et Sidi Askofaré mettent remarquablement en évidence l'ampleur du paradoxe : « pour la première fois dans l'histoire de l'humanité, la civilisation, inventée pour traiter la précarité ontologique de l'humain, se retourne contre les humains et leur impose une précarité sociale sous prétexte d'économie – travail, logement, santé, sécurité sociale, retraites, etc. »⁷⁷³ Aussi,

⁷⁶⁷ Freud, S. (1926). *Op. Cit.*, p. 217.

⁷⁶⁸ Georges (De). P. *Par-delà le vrai et le faux (Vérité, réalité et réel en psychanalyse)*, Paris, Éditions Michèle, 2013.

⁷⁶⁹ Freud, S. (1921). « Psychologie des masses et analyse du moi », in *Œuvres Complètes, Vol. XVI*, Paris, PUF, 2010, p. 5.

⁷⁷⁰ Lacan, J. « Le temps logique et l'assertion de certitude anticipée », in *Écrits*, Paris, Le Seuil, 1966, p. 213, n. 2.

⁷⁷¹ Sauret, M-J. « La clinique de la parole au temps du néolibéralisme », in *VST - Vie sociale et traitements*, vol. 147, no. 3, 2020, p. 31.

⁷⁷² Sauret, M-J. et Askofaré, S. « Incidences du libéralisme sur l'évolution des métiers de la clinique », in *Recherches en psychanalyse*, vol. 12, no. 2, 2011, p. 114.

⁷⁷³ *Ibid.*, p. 117.

avant de nous demander dans quelle mesure le discours capitaliste ne peut pas être lui-même considéré comme une distorsion obsessionnelle du discours du Maître, il nous semble important de souligner un amalgame particulièrement important qui se représente au sein de ces systèmes qui se présentent comme rationnels et pragmatiques, celui qui confond la signification du travail avec celle du symptôme obsessionnel.

e) *La fonction défensive du système obsessionnel et l'amalgame entre le travail et le rituel*

Aussi délétères que soient ces systématisations, la clinique psychanalytique met en exergue que l'adhésion obstinée par laquelle le Moi s'y attache témoigne de leur fonction défensive, tant au regard de la reconnaissance de la castration qu'à l'égard de la désorientation de la pensée que produit l'obsession. Comme nous l'avons souligné précédemment, cette déstabilisation est particulièrement bouleversante pour le Moi du névrosé car en remettant compulsivement en cause le signifiant, l'être peut se voir suspendu à un doute mortifère quant à la valeur de ce qu'il pense, de ce qu'il ressent, et même, de sa propre existence. Ce doute mortifère contre lequel il se défend peut ainsi le conduire à des tergiversations sans fin dans lesquelles l'aperception de la temporalité tend à s'évanouir au profit de craintives irrésolutions. Inaction, procrastination, plus le Moi laisse l'obsession-doute s'immiscer, plus il peut se retrouver paralysé par des indécisions constantes : le doute infini peut le conduire à une forme de prostration.

Voici par exemple comment Madame F. peut décrire ses difficultés :

« Mes amis qui me disent il faut faire du sport. Ça m'énerve. Ce n'est pas de ne pas connaître les choses à faire le problème mais de pas me mettre en train. Je sais ce que je dois faire. Si je devais faire les choses autant de fois que je les avais pensées, j'excelerais dans le domaine. Je ne sais pas comment tirer cette motivation. Ça me fait me sentir un peu plus comme une merde. Je vois toutes les choses que je peux faire et que je ne fais pas et je me dévalorise toute seule. Tant que je n'ai pas un but précis. Le problème c'est que je n'ai pas de but précis, que mon propre bien être n'est peut-être pas une raison assez forte pour me bouger. Plus je réfléchis à plus de choses, moins je suis convaincue de ce que je pense et de ce que je veux. J'ai l'impression de me ramollir. C'est bien de réfléchir à des façons de penser différentes et en même temps je perds de plus en plus le cap. Donc je suis paumée. »

Les abysses du doute obsessionnel permettent de mieux cerner la fonction de l'aliénation qui caractérise l'adhésion du Moi à des systèmes rigides qui conditionnent sa pensée. Pour illustrer cette fonction défensive du système, voici ce que peut dire Madame C. en associant librement ses pensées sur la souffrance qu'engendrent ses ruminations : *« je cherche un système de pensée*

qui me permette d'arrêter de penser constamment. »

Aussi, un moyen caractéristique de se défendre de la jouissance mortifère du doute obsessionnel réside dans l'accomplissement d'un travail répétitif et aliénant, donc dans cette forme de déplacement symptomatique que l'on peut reconnaître sous la forme du rituel ou de l'obsession-accomplissement⁷⁷⁴.

Pour illustrer comment des « objectifs professionnels » peuvent correspondre à des formes voilées d'obsessions, c'est-à-dire à une tendance du Moi à se focaliser de manière exclusive sur des tâches à effectuer, voici comment Monsieur Z. décrit son rapport à son travail et le positionnement de « bon élève » qu'il entretient à la fois dans sa vie privée et dans sa vie professionnelle :

« Je suis encore l'élève, comme un cheval de course qui doit franchir des obstacles. Une fois l'obstacle franchi, il y a une disparition du désir. Je n'arrive pas à négocier une mutation de ce désir, de passer d'une vision de la vie qui serait faite uniquement d'objectifs, d'exercices, pour passer à une approche plus existentialiste dans laquelle je chercherais à révéler et à accomplir une volonté, un désir peut-être plus émancipateur, qui me permette de me réaliser et d'être plus humain, dans toutes ses composantes. »

Cette séance de Monsieur Z. met bien en évidence la dimension d'œillères psychiques qui caractérise la focalisation exclusive de l'attention. Précisons, pour bien souligner la différence avec la concentration, que l'isolation psychique conduit ici le Moi à se focaliser « *uniquement* » sur certaines tâches en oubliant ainsi le reste. Monsieur Z. est tellement absorbé par ces objectifs qui se succèdent qu'il en oublie de prendre soin de lui, de son corps et de ses relations amicales et sentimentales. Le lendemain de cette séance, il met en évidence la frustration qu'il ressent de cette tendance à « *contenter ponctuellement [s]on égo* » :

« Hier, je disais que j'avais le sentiment d'avoir longtemps regardé ma vie à travers une succession de défis, comme une succession d'obstacles à franchir, peut-être aussi par recherche de prouesses... Mais je ne la voyais pas comme le point de départ d'une réalisation personnelle, d'un épanouissement. Je me rends compte que ce décalage a généré une frustration parce qu'en fin de compte, voir la vie en permanence comme un exercice destiné à faire des prouesses et à contenter ponctuellement mon égo, c'est générateur d'une frustration toujours plus grande parce qu'en fin de compte, ça crée un sentiment d'impuissance à la longue, paradoxalement. Puisque je ne suis jamais

⁷⁷⁴ Tribolet, S., Shahidi, M. (2005). *Op. Cit.*, pp. 158-159.

satisfait. »

La prise en compte de ces formations symptomatiques, qui se repèrent dans la clinique, conduit à souligner un amalgame important qui n'est pas sans incidences sociales. En effet, si nous avons déjà souligné à plusieurs reprises le paradoxe qui résulte de l'assimilation faite à ce jour entre des techniques thérapeutiques et des systèmes obsessionnels, il est possible de remarquer comment le travail et sa fonction symbolique peuvent parfois venir charrier la signification de formes voilées de rituels ou d'obsessions-accomplissements.

Monsieur E. est trader. Après avoir tenté d'abandonner sa cure en voulant « *faire seul* » et « *être totalement indépendant* », voici ce qu'il associe librement : « *je me cachais ma souffrance, j'étais rentré dans un cercle qui s'appelle le perfectionnisme : c'est un besoin d'amour et une quête d'admiration vis-à-vis de mon père.* »

Lors d'une autre séance, Monsieur E. met en évidence que sa quête insatiable d'évaluation s'articule à son incapacité à se donner lui-même de la valeur :

« J'ai lu un article aujourd'hui qui disait qu'on attend des autres ce qu'on n'est pas capable de se donner soi-même. Ce que je n'arrive pas à me donner c'est de la valeur. Ce que j'attends et que je ne suis pas capable de faire, c'est de me donner une valeur, je n'arrive pas à m'attribuer une valeur. Pire j'ai touché à l'estime de moi-même, je l'ai tellement rabaisée que j'ai été obligé de créer une bulle de perfectionnisme. Le perfectionnisme, ça traduit une défaillance de l'estime de soi. Cette baisse d'estime, cette valeur, cette estime de moi, je l'ai fustigée par désamour, je me suis haï... Ce besoin d'amour je l'ai créé. Y'a ce personnage orgueilleux que j'ai créé pour me protéger, pour me mettre en sécurité car je ne sais pas m'attribuer de valeur. C'est pour ça que je veux tout le temps réussir. Je suis passé dans un mode compétition, partout, en amour, au travail... dans cet esprit de réussite professionnelle limite écrasante. »

Monsieur E. observe ainsi au fil de ses séances que son rapport au travail est associé à une volonté infantile d'être admiré. Il cherche sans cesse à vérifier sa valeur à travers ses « *évaluations professionnelles* » et s'évertue à « *remplir ses objectifs* » de manière successive, si bien qu'il poursuit sa vie selon un mode opératoire qu'il compare lui-même à celui de la « *machine* » ou du « *robot* » : « *je fais une confusion entre l'amour et avoir les bons points.* »

En dévoilant ces amalgames par lesquels les psychanalysants entretiennent des comportements infantiles au nom de fonctionnements valorisés socialement, la clinique met en évidence comment la fonction subjective et constructive du travail est aujourd'hui le plus souvent

annulée au profit de la dimension aliénante de ces systématismes obsessionnels.

Si cette assimilation défensive est relativement manifeste au regard de tâches particulièrement répétitives et automatisées, c'est peut-être dans des postes où la pensée et le raisonnement sont davantage sollicités que l'obsession se distingue le mieux du fonctionnement valorisé avec lequel sa signification s'est assimilée. Tant par la minutie qu'à travers la dimension ritualisée qu'elle introduit, le fonctionnement obsessionnel se démarque de la fonction symbolique du travail en ce qu'il génère des problématiques caractéristiques : indécisions, rétentions, procrastination, déresponsabilisation, retards récurrents, oppositions systématiques, focalisations sur des tâches anodines et chronophages aux dépens de l'essentiel, démultiplications des procédures, paralysies diverses, complexification, fonctionnements absurdes, etc.

Comme l'écrit Alain Abelhauser, le poids de ces fonctionnements aberrants se représente notamment à travers « *la folie évaluation* »⁷⁷⁵ :

« L'évaluation, pourtant, coûte cher, très cher. Sur tous les plans. Qu'on y réfléchisse quelques instants, et l'on s'apercevra que non seulement elle est particulièrement chronophage, que non seulement les moyens qu'elle met en œuvre s'avèrent particulièrement disproportionnée en regard des résultats qu'elle obtient, mais que surtout elle opère comme une gigantesque machine à détourner tout un chacun de sa fonction, à dissuader tout un chacun d'exercer son métier, de faire ce pourquoi il est fait. En les poussant à n'avoir d'actions susceptibles d'être évaluées à l'aune prévue, en exigeant d'eux qu'ils fassent du chiffre et ne fasse pas que cela, elle détourne les chercheurs de leurs recherches, les soignants de leurs soins, les enseignants de leur mission de formation et de transmission, les juges de leurs jugements, les artistes de leur art, les policiers de leurs actions de prévention et de protection, et j'en passe. Non seulement l'évaluation se constitue comme un remarquable outil d'asservissement social et une remarquable mesure d'appauvrissement intellectuel, mais c'est aussi un processus très efficace pour vider le cœur des métiers de sa substance même. »⁷⁷⁶

Finalement, l'institutionnalisation du fonctionnement obsessionnel met en évidence le paradoxe qui résulte de l'assimilation entre la raison et l'obsession : elle conduit à confondre systématiquement le rapport à la subjectivité et à la responsabilité avec des formes voilées de

⁷⁷⁵ Abelhauser, A., Gori, R., Sauret, M-J. *La folie Évaluation, Les nouvelles fabriques de la servitude*, Paris, Éditions Mille et une nuits, 2011.

⁷⁷⁶ *Ibid.*, p. 8-9.

systematismes et de fonctionnements paradoxaux qui permettent au contraire de les éviter⁷⁷⁷. Cette confusion est particulièrement prégnante dans le champ de la santé car elle conduit à y instituer des formes d'automatismes « thérapeutiques » qui vont finalement à l'encontre même de la thérapeutique. Nombre de psychanalystes ont déjà remarqué comment la responsabilité et l'autorité du praticien tendaient de plus en plus à disparaître au profit d'une forme de mécanisation et de ritualisation de la pratique et de la formation⁷⁷⁸.

f) *De la désorientation du champ médico-psychologique à celle de la société : le paradoxe institutionnel et la question du discours capitaliste comme symptôme obsessionnel*

Le champ médico-psychologique est exemplaire pour illustrer l'impact du fonctionnement obsessionnel dans la mesure où ce dernier y introduit un véritable dévoiement de son fonctionnement. En plus de l'illusion de soin que l'isolation psychique peut conférer à des systematismes qui s'institutionnalisent en charriant la signification de « thérapeutiques », les ruptures associatives qui supportent ces boucles logiques induisent une multitude de compartimentations hermétiques. Ainsi, à la différence de champs opératoires, la dimension symptomatique de cette fragmentation est perceptible en ce qu'elle empêche littéralement, entre ces différents champs d'applications, de faire des articulations logiques. Alors, si la dimension absurde, superstitieuse et ritualisée de ces pratiques obsessionnelles peut passer inaperçue et se présenter comme scientifique, pragmatique ou athéorique, force est de constater que le champ du soin est aujourd'hui disloqué aux dépens d'une clinique qui tient compte du désir⁷⁷⁹ et de la subjectivité des êtres parlants dans l'expression de leurs symptômes psychiques, corporels et organiques⁷⁸⁰. Entre l'annulation systématique de la psychanalyse et de ses résultats et la démultiplication à l'infini des différentes formes isolées de traitements⁷⁸¹ et de pathologies⁷⁸², les conséquences problématiques qu'engendre la logique bornée obsessionnelle sont particulièrement représentées, notamment du fait de l'amalgame par lequel l'isolation

⁷⁷⁷ Hoffmann, C. « No Clinic without Subject. Editorial » in *Recherches en psychanalyse*, vol. 13, no. 1, 2012, pp. 5-6.

⁷⁷⁸ Safouan, M., Julien, P. & Hoffmann, C. (1995). *Op. Cit.*

⁷⁷⁹ Sauret, M-J. « Peut-on penser une science clinique qui serait construite autour de la singularité du cas ? Pour une théorie du singulier », in Abel Guillen éd., *Essais d'épistémologie pour la psychiatrie de demain*. Érès, 2017, pp. 91-104.

⁷⁸⁰ Amorim, F. (de). *Tentative d'une clinique psychanalytique avec les malades et les patients de médecine*, Paris, RPH, 2008.

⁷⁸¹ Even, P. et Debré, B. *Avertissement aux malades, aux médecins et aux élus*, Paris, Le cherche midi éditeur, 2002.

⁷⁸² Even, P. et Debré, B. *Guide des 4000 médicaments utiles, inutiles ou dangereux – Cancer, hypertension, dépression...*, Paris, Le cherche midi, 2016.

psychique continue de se confondre avec des séparations logiques et rationnelles.

Ce dévoiement de la logique du soin est particulièrement perceptible dans la clinique avec l'enfant. Nous reprendrons plus en détail l'erreur de raisonnement sur laquelle se structure le traitement médicamenteux actuel des troubles de l'attention, mais nous pouvons ici souligner comment l'annulation rétroactive dévoie la logique clinique. De Sigmund Freud à Jacques Lacan en passant par Mélanie Klein, Françoise Dolto⁷⁸³ ou encore Maud Mannoni⁷⁸⁴, les psychanalystes ont suffisamment démontré que les symptômes des enfants témoignent le plus souvent des problématiques de leur environnement, à commencer par celles de leurs parents :

« Dans la conception qu'en élabore Jacques Lacan, le symptôme de l'enfant se trouve en place de répondre à ce qu'il y a de symptomatique dans la structure familiale. Le symptôme, c'est là le fait fondamental de l'expérience analytique, se définit dans ce contexte comme représentant de la vérité. »⁷⁸⁵

Or, force est de constater que ce savoir que met en lumière l'expérience clinique est à ce jour rendu non advenu au sein du champ médico-psychologique, si bien que les symptômes des enfants y sont à nouveau considérés en étant déconnectés du conflit parental avec lequel ils s'articulent logiquement. L'isolation psychique conduit à annuler rétroactivement la signification du symptôme de l'enfant tout en induisant une boucle logique associative au sein de laquelle la disparition momentanée du symptôme peut être considérée illusoirement comme une guérison.

Cette corruption du fonctionnement actuel du champ du soin est particulièrement sensible dans la clinique de l'enfant. Plusieurs psychanalystes ont déjà mis en évidence ces dévoiements, notamment Amal Hachet qui souligne précisément que « la fonction du psychologue se trouve pervertie »⁷⁸⁶ :

« Face à la pression de la société et de l'école et à l'angoisse des parents, la fonction du psychologue se trouve pervertie. On lui demande ainsi de servir d' 'agent de normalisation' censé garantir – grâce à un dispositif de secours spécifiques associant thérapie et rééducation – la conformation de cet enfant à un idéal de santé mentale et physique.

⁷⁸³ Dolto, F. *Les chemins de l'éducation*, Paris, Éditions Gallimard, 1994.

⁷⁸⁴ Mannoni, M. *L'enfant, sa « maladie » et les autres*, Paris, Éditions du Seuil, 1967.

⁷⁸⁵ Lacan, J. (1969). « Deux notes sur l'enfant ». *Ornicar ?*, 1986, n°37, pp. 13-14.

⁷⁸⁶ Hachet, A. *Clinique de l'enfant. Psychothérapie et évaluation*. Armand Colin, 2011. p. 9

Or, lorsque le symptôme d'un enfant a valeur de message, il faut plutôt l'entendre que le corriger, au risque d'aggraver sa souffrance. Le psychologue clinicien n'est pas là pour apporter des solutions, mais pour permettre la mise en question d'une situation et pour que la question que les parents posent à travers leurs enfants puisse être énoncée ; d'où l'importance de repérer le caractère trompeur et inadéquat de cette demande (Mannoni, 1965). »⁷⁸⁷

Cette corruption institutionnelle, qui ne se repère pas uniquement dans le champ de la santé, reflète la déstructuration et la perversion qu'induit cette tendance névrotique à rendre non advenues des avancées scientifiques tout en créant des significations illusives.

Alors, si cette forme de prestidigitation névrotique tend à se confondre aujourd'hui avec des procédés « scientifiques », l'imposture qui recouvre le procédé obsessionnel peut néanmoins se repérer à travers ses incidences symptomatiques, tant individuelles que sociales. En effet, par cette tendance à triturer et à découper les signifiants pour les annuler rétroactivement⁷⁸⁸, le mécanisme obsessionnel induit une oscillation caractéristique entre le scepticisme et la crédulité⁷⁸⁹ : d'un côté, le procédé conduit à rendre nul et non advenu le savoir qui résulte de l'expérience, et, d'un autre, il conduit le Moi à adhérer à des systèmes hermétiques et superstitieux.

Pour illustrer cette oscillation caractéristique, voici ce que peut dire Madame Z. de retour d'un congrès de sophrologie :

« Ce dernier après-midi en sophrologie m'a écaeurée, j'étais dans ce mouvement de me laisser entraîner comme quand je suis passive vis-à-vis de ma mère. C'est comme si j'avais perdu une partie de la raison. Quand j'étais adolescente, je me laissais vite entraîner dans des considérations théoriques délirantes. Par exemple, j'étais très intéressée par la scientologie et je m'étais même inscrite. Il y a quelque chose en moi qui a cette tendance à s'attacher à des considérations absurdes. C'est lié à la pensée magique. Quand je fais de la sophrologie, il y a une partie de moi qui aimerait bien y croire et une autre partie qui n'y croit pas du tout. Il y a toujours en moi ces deux aimants. Je suis restée un peu choquée par ce qui s'est dit lors de ce congrès de sophrologie. Ça m'a marquée quand même, tous ces délires, je trouvais que c'était vraiment délirant. Pourtant, il y a plein de psy dans ces formations, mais ça ne les empêche pas d'être délirants. Il y a une attirance et une répulsion en même temps. Mais dès lors que ces fonctionnements délirants concernent des enfants, avec des interprétations dans tous les sens, là ça m'a beaucoup choqué. Ces délires qui se présentent comme

⁷⁸⁷ *Ibid.*, pp. 9-10.

⁷⁸⁸ Lacan, J. (1962-63). *Le Séminaire, Livre X, L'angoisse*, Paris, Éditions du seuil, 2004, p. 77.

⁷⁸⁹ Gonon, F. « La psychiatrie biologique : une bulle spéculative ? Le cas de l'hyperactivité tdah », in *Journal français de psychiatrie*, vol. 44, no. 2, 2016, p. 113.

rationnels, comme des théories, ça m'a fait penser à mon métier de juriste : on essaie de mettre l'irrationnel dans un cadre rationnel qui s'avère finalement lui-même irrationnel. »

Ce double mouvement entre le scepticisme et la crédulité est particulièrement représenté dans les milieux scientifiques, ce que décrit Alain Abelhauser en ces termes :

« (...) pour un scientifique, la voie entre un enthousiasme risquant aisément de virer à la crédulité ou à l'aveuglement (comme on l'a vu), et une prudence pouvant facilement tourner au repli intellectuel et donc à une autre forme d'aveuglement (comme on vient de le voir aussi), est étroite. Risque d'adhésion à une nouvelle forme de pensée magique, devoir de scepticisme masquant mal le souci de conservatisme, deux périls opposés s'ouvrent là, en somme, qui se révèlent souvent également difficiles à éviter. »⁷⁹⁰

Ainsi, en permettant d'annuler toute thèse au rang d'une éternelle hypothèse, l'assimilation entre le doute et l'annulation rétroactive conduit à désorienter le rapport du savoir au Réel qu'il vise à cerner, donc à substituer à ce rapport celui, plus imaginaire, de la croyance et de l'opinion. Le terme de « *consensus scientifique* » témoigne bien du paradoxe qui s'est institué, ce que Paul Bercherie remarque au sujet de la constitution du DSM : « un candide consensus empirique ('descriptif') permet donc de reléguer la psychanalyse, qui déchoit au rang d'élucubration et perd ainsi son statut d'expérience subjective inédite et de champ propre de connaissance clinique. »⁷⁹¹

Cette « inflation de la croyance »⁷⁹² est particulièrement manifeste dans le champ de la santé, notamment à travers cette tendance par laquelle les praticiens choisissent, au nom de la liberté d'opinion, la théorie et la pratique en lesquelles ils « croient » : « *Je ne crois pas en la psychanalyse* », « *je ne suis pas convaincu par son efficacité* », « *je préfère l'acupuncture* », « *toutes les théories se valent* », « *je préfère les TCC, c'est plus concret* », etc. Ces expressions mettent en évidence la problématique obsessionnelle qui s'est instituée tout comme elles illustrent comment se représente, au nom du respect, l'annulation de la valeur de vérité : « *toutes les théories se valent* ». Cette annulation conduit ni plus ni moins à mettre au même niveau des théories et des superstitions, comme comparer par exemple la psychanalyse avec des techniques de suggestions.

⁷⁹⁰ Abelhauser, A. « L'imposture, partenaire-symptôme de la science », in *Cliniques méditerranéennes*, vol. 81, no. 1, 2010, p. 130.

⁷⁹¹ Bercherie, Paul. « Pourquoi le DSM ? L'obsolescence des fondements du diagnostic psychiatrique », in *L'information psychiatrique*, vol. 86, no. 7, 2010, p. 636.

⁷⁹² Rose, S. (2011). *Op. Cit.*, p. 241.

Cette influence délétère du rôle de la croyance dans le champ de la psychiatrie a bien été mise en évidence par François Gonon qui souligne, à juste titre, que cette « croyance dans le pouvoir de la médecine est alimentée dans les médias par les distorsions du discours concernant les découvertes de la psychiatrie biologique⁷⁹³ »⁷⁹⁴ :

« (...) le discours abusivement triomphant de la psychiatrie biologique a été mis au service de décisions politiques contestables. À notre avis, les décisions concernant l'avenir de la psychiatrie devraient être prises à la lumière d'un constat lucide sur l'état de nos connaissances concernant les maladies mentales. Sauf dans un petit nombre de cas, la neurobiologie n'est pas encore prête à faire rentrer la psychiatrie dans le giron des sciences biomédicales. Qu'on le déplore ou qu'on s'en réjouisse au nom d'une clinique du sujet, c'est un fait et sa négation conduit à des décisions aussi dommageables pour les patients que coûteuses pour la société. »⁷⁹⁵

Le poids de ces croyances contemporaines semble d'autant plus coûteux pour la société que ces dernières se présentent comme scientifiques. Or, au contraire de la visée de la science, les biais logiques qui se voilent au sein de ces systèmes pseudo-scientifiques conduisent inexorablement à désarticuler le Symbolique du Réel qu'il vise à cerner, soit finalement à faire fi de ce dernier. Chacun sa croyance, chacun son obédience, cette inflation de la croyance au nom de la science amène à soutenir que tout est possible, ou encore que tout est vrai. Cette façon de nier le réel, l'impossible⁷⁹⁶, est particulièrement sensible dans la cure des névrosés obsessionnels et nous devons à Jacques Lacan de l'avoir remarquablement souligné. La tendance à ne pas se positionner, à ne pas choisir, à vouloir être partout et nulle part en même temps, illustre bien comment le Moi du névrosé obsessionnel essaie d'annuler les incidences subjectives du signifiant⁷⁹⁷. Mais le comble de cette attaque du Symbolique et de ses implications cliniques, épistémologiques et sociales, c'est qu'elle s'opère précisément au nom du doute, de la mesure, de la tempérance, c'est-à-dire, en termes plus psychanalytiques, au nom de la castration symbolique.

Or, cette tendance à annuler rétroactivement le signifiant et sa fonction vise au contraire à ne

⁷⁹³ Gonon, F. « La psychiatrie biologique : une bulle spéculative ? », in *Esprit*, vol., no. 11, 2011, pp. 54-73.

⁷⁹⁴ Gonon, F. « Quel avenir pour les classifications des maladies mentales ? Une synthèse des critiques anglo-saxonnes les plus récentes », in *L'information psychiatrique*, vol. 89, no. 4, 2013, p. 292.

⁷⁹⁵ *Ibid.*, p. 293.

⁷⁹⁶ Solano-Suárez, E. « Le prix de la séance », in *La Cause du Désir*, vol. 85, no. 3, 2013, p. 58.

⁷⁹⁷ Rose, S. (2009). *Op. Cit.*, p. 202.

pas se confronter aux limites du savoir et ainsi à entretenir une forme de toute puissance imaginaire. Si le paradoxe qu'engendrent ces systématisations est particulièrement flagrant dans le champ médical et psychologique – elles conduisent à transformer le soin de l'être parlant en un renforcement de son aliénation – il se repère tout autant dans l'ensemble de la société.

Sébastien Rose met ainsi en évidence :

« N'y a-t-il pas une « hypocrisie » sociale et culturelle dans notre civilisation qui tout en promouvant des dispositifs de subjectivation fabrique paradoxalement une idéologie de désobjectivation ? Au final, tout en privilégiant les tentatives de rejet du manque-à-être et de l'inconscient, notre société se trouve paradoxalement rattrapée, avec une virulence forcée, par ce à quoi elle cherche à échapper. N'est-ce pas la névrose obsessionnelle qui nous délivre le meilleur exemple de cette logique psychopathologique que je définis de la manière suivante : « Plus on le nie et plus on le rend présent » ? C'est d'autant plus une question pertinente que justement la névrose obsessionnelle ne fait pas discours mais agit néanmoins dans le social. »⁷⁹⁸

Cette articulation révèle la problématique qu'introduit le fonctionnement obsessionnel au sein de la société : plus celui-ci est nié, plus il tend à s'y représenter et à y engendrer des fonctionnements paradoxaux.

La représentation sociale de la névrose obsessionnelle est donc concomitante de sa méconnaissance dans le champ de la psychopathologie. En 1979, lors du IX^e Congrès de l'École Freudienne de Paris, Jacques Lacan n'hésita pas à s'opposer à l'annulation de la découverte freudienne : « (...) les névroses, ça existe. Je veux dire qu'il n'est pas très sûr que la névrose hystérique existe toujours, mais il y a sûrement une névrose qui existe, c'est ce qu'on appelle la névrose obsessionnelle. »⁷⁹⁹

Si la névrose obsessionnelle ne fait pas lien social, elle n'est cependant pas sans avoir une incidence remarquable sur la société. Cette influence se représente en premier lieu à travers la confusion entre le fonctionnement obsessionnel et la rationalité scientifique, assimilation qui se traduit par une forme de fonctionnement paradoxal, ce que souligne Sidi Askofaré en ces termes :

⁷⁹⁸ Rose, S. (2011). *Op. Cit.*, p. 235.

⁷⁹⁹ Lacan, J. « 9^{ème} Congrès de l'École Freudienne de Paris sur la 'Transmission' », in *Lettres de l'École*, n°25, Vol II, Paris, 1979, pp. 219-220.

« Que notre monde contemporain soit dominé par le discours de la science, soit par l'idéologie de la science et les produits de la technoscience, est maintenant une évidence largement partagée. Ce qui l'est beaucoup moins, c'est le recul – au moins apparent – de la rationalité scientifique au profit d'une montée des pensées magico-religieuses. Comme si faisaient cortège le savoir rationnel le plus sophistiqué et les croyances les plus obtuses. »⁸⁰⁰

L'inflation des « pensées magico-religieuses »⁸⁰¹ et des « croyances les plus obtuses »⁸⁰² peut autant se retrouver dans les milieux scientifiques que dans l'ensemble de la société. Le repérage du biais de compréhension sur lequel se structure ces formes de raisonnements obtus permet alors de remarquer que l'influence considérable du fonctionnement obsessionnel au sein de la société repose sur cette fallacieuse assimilation entre « la rationalité scientifique »⁸⁰³ et cette forme de rationalité bornée, qui se structure sur des œillères psychiques, et que Richard C. Lewontin qualifie, à juste titre, de « rationalité myope »⁸⁰⁴.

Cette confusion entre le fonctionnement morbide obsessionnel et le fonctionnement rationnel est particulièrement sensible aujourd'hui dans le fonctionnement de la « technoscience »⁸⁰⁵, notamment à travers l'amalgame qui confond le désir de savoir et la volonté de savoir, volonté qui recouvre, comme le souligne Sidi Askofaré, une volonté de « maîtrise du monde »⁸⁰⁶, de « dominer et de vaincre la Nature »⁸⁰⁷ :

« (...) ce à quoi on a affaire, c'est à une *volonté de savoir*, mais qui n'est elle-même que l'enveloppe formelle d'une volonté de vaincre et de maîtriser la Nature. On comprend pourquoi Lacan, à partir de l'identification de cette tendance à l'emprise, finira par identifier la science à la pulsion de mort. D'où également tout une série de questions : sur les effets d'un tel projet et de la volonté de maîtrise qui l'anime quand l'objet n'est plus la Nature mais les sujets humains et les sociétés ; sur le rapport à la vérité d'un tel savoir : acéphale, sans maître, sans fin, voué pour ainsi dire à une dérive métonymique ; sur les incidences dans le réel du rejet, de la suppression du sujet dont il importe de

⁸⁰⁰ Askofaré, S. « Croire... en psychanalyse », in *Essaim*, vol. 35, no. 2, 2015, p. 53.

⁸⁰¹ *Ibid.*

⁸⁰² *Ibid.*

⁸⁰³ *Ibid.*

⁸⁰⁴ Lewontin, R-C. *La triple hélice, Les gènes, l'organisme, l'environnement*, Paris, Éditions du seuil, 2003, p. 124.

⁸⁰⁵ Askofaré, S. *D'un discours l'Autre – La science à l'épreuve de la psychanalyse*, Toulouse, Presses Universitaires du Mirail, 2013, p. 57.

⁸⁰⁶ *Ibid.*

⁸⁰⁷ *Ibid.*

voir qu'il est en même temps, dans ce discours de la science : rejet du père, rejet du sens, rejet des « choses de l'amour », rejet de l'éthique. »⁸⁰⁸

En tant que cette volonté d'emprise et de maîtrise s'avère antinomique du désir de savoir, nous pouvons mieux cerner l'impasse dialectique que génère leur assimilation. Cette même impasse se représente régulièrement dans les cures des névrosés obsessionnels, ce que remarque notamment Karl Abraham en 1908 :

« À la place du transfert, nos patients montrent une « tendance à s'identifier au médecin ». Au lieu de s'en approcher personnellement, ils se mettent à sa place. Ils adoptent ses intérêts et aiment s'occuper de la psychanalyse en tant que science plutôt que de la laisser agir comme méthode de traitement. »⁸⁰⁹

Si cet usage défensif de la psychanalyse en tant que science peut conduire à mettre en échec la cure, il éclaire la distinction que fait Sidi Askofaré entre « un savoir de la structure qui rend possible la production »⁸¹⁰ et « un savoir de maître », un savoir qui surplombe et suture »⁸¹¹.

Rappelons à cet égard que Jacques-Alain Miller a mis en évidence que l'obsession peut être considérée « comme une tentative d'effectuer une suture définitive du sujet »⁸¹², invitant même à appréhender « cette suture même comme le mode obsessionnel du refoulement. »⁸¹³

Ainsi, à l'instar des différents amalgames qui confondent le fonctionnement obsessionnel avec un fonctionnement rationnel, cette assimilation entre le désir de savoir et la volonté de maîtrise se représente dans le discours de la science et dans ses incidences sociales : « la science et son discours – la technoscience donc – produisent un réel symptomatique, pour ainsi dire, qui embarrasse le parlêtre, et qui se distingue radicalement du réel de la nature. »⁸¹⁴

Cette « inflation de la logique obsessionnelle dans le social »⁸¹⁵ a bien été mise en évidence par

⁸⁰⁸ *Ibid.*

⁸⁰⁹ Abraham, K. « Une forme particulière de résistance névrotique à la méthode psychanalytique », in *Œuvres Complètes II*, Paris, Payot, 1965, p. 66.

⁸¹⁰ Askofaré, S. (2013). *Op. Cit.*, p. 275.

⁸¹¹ *Ibid.*

⁸¹² Miller, J.A. « H2O » in *Actes de l'École de la Cause freudienne, VIII*, Paris, 1985, p. 23.

⁸¹³ *Ibid.*

⁸¹⁴ Askofaré, S. (2013). *Op. Cit.*, pp. 283-284.

⁸¹⁵ Rose, S. (2009). *Op. Cit.*, p.399.

Sébastien Rose. Avant de reprendre ici quelques-uns de ces développements, voici comment Alain Vanier souligne cette « modernité de la névrose obsessionnelle »⁸¹⁶ :

« Ainsi, l'hystérie se mue en discours, la névrose obsessionnelle reste la névrose de cette fin de siècle, sans doute du fait de son asocialité, de sa pente à l'isolement en ces temps de *loneliness*, comme a pu le dire Arendt, mais aussi parce qu'il témoigne mieux qu'un autre de l'imminence de la jouissance, mieux voilée par l'impuissance du père qu'agence discursivement l'hystérie. Que le plaisir soit une barrière à la jouissance, c'est ce qu'on observe tous les jours. Dans notre civilisation des objets, le plaisir devient la limite majeure du parasitage qui menace tout un chacun. L'obsessionnel incarne assez bien cette figure de la modernité consummatrice, de cette jouissance solitaire que permettent les avancées techniques, chacun comblé par les objets d'un voyeurisme généralisé, gadgets où le sujet puise une satisfaction paradoxale pour un Autre machinisé, celui de tous ces objets dont Hannah Arendt notait qu'ils n'étaient produits que pour être détruits, et l'on peut se demander si cette perspective de destruction n'est pas ce qui leur confère une certaine valeur. Quant à l'idéal de transparence et de maîtrise, il explique sans doute l'engouement pour les thérapies comportementales et leurs dérivés.

Il y a une modernité de la névrose obsessionnelle, car son émergence semble liée à cet affaiblissement de la fonction du père, à cet apparent déclin du religieux avec un Dieu qui ne prend plus aussi efficacement sur lui nos fautes et dont le retour est à chaque fois plus terrible. De l'hystérie, Lacan a fait un discours, un lien social qui trouve une certaine assiette dans son rapport aux nouvelles figures de maîtrise. La névrose obsessionnelle isole. Elle s'isole sous la domination des petits leaders, là où l'hystérique déplore chaque jour un peu plus la disparition d'un vrai. Néanmoins, l'obsession se satisfait aussi de leur fragilité, ce qui lui donne maintenant une certaine mobilité. La faillite des pères et le problème contemporain du religieux ne nous montre-t-il pas cet obsessionnel si avare comme le grand dépensier qui soutient ainsi la structure ? Si le soubassement de toute névrose est hystérique car lié au non rapport sexuel, l'hystérique le reconstitue, le recouvre par un discours, là où l'obsessionnel en présente une autre face, un autre dialecte, dont témoigne le repérage théorique devenu possible du père comme symptôme, dans notre civilisation « fortement centrée sur ses névrosés ». Sans doute pour cela, dans ce monde où l'on se mêle de plus en plus, et qui rend la jouissance de l'Autre plus proche, trop proche, Lacan pouvait annoncer la montée des ségrégations, le retour du religieux, non pas comme équivalent strict de la névrose obsessionnelle, mais qui, comme elle, et avec toute la polysémie du terme constitue la névrose idéale ; idéale pour témoigner de notre époque comme l'hystérie, une certaine hystérie, le fut, il y a plus d'un siècle.

»⁸¹⁷

⁸¹⁶ Vanier, A. « Névrose obsessionnelle, névrose idéale », in *Figures de la psychanalyse*, vol. n° 12, no. 2, 2005, p. 91.

⁸¹⁷ *Ibid.*, p. 91.

En s'appuyant sur la théorie des discours telle que Lacan l'a déployée lors de son Séminaire « l'envers de la psychanalyse »⁸¹⁸, Sébastien Rose met en lumière les incidences sociales de la névrose obsessionnelle. Il souligne notamment son affinité avec le discours universitaire : « nous soutenons que la logique de l'évaluation qui prend la forme du discours de l'université, bureaucratique peut être éclairée à partir de la phénoménologie obsessionnelle. »⁸¹⁹

Puis Sébastien Rose met également en évidence comment « la montée contemporaine au zénith social de la logique obsessionnelle »⁸²⁰ peut s'articuler avec le discours capitaliste⁸²¹ :

« Nous entendons par l'expression 'montée contemporaine', l'inflation moderne d'une logique psychopathologique engendrée par le discours capitaliste. C'est le discours du maître, dans son style capitaliste, qui semble produire et 'nourrir' une logique psychopathologique. Dit autrement, la logique obsessionnelle semble mieux se développer au niveau social à l'époque du capitalisme. Enfin, l'expression 'au zénith social' suggère que malgré le fait que la névrose obsessionnelle ne fait pas discours et donc lien social, elle agit quand bien même sous la forme d'une logique dans le social. La névrose obsessionnelle, dans son fonctionnement le plus épuré – sa logique – peut 'monter au social', monter au zénith social. Le sociologue Beck résume bien ce phénomène dans ce qu'il appelle la 'société du risque' comme 'l'avènement d'une ère spéculative de la perception quotidienne et de la pensée'⁸²². »⁸²³

Comme le soulignent Alain Vanier et Sébastien Rose, l'affinité entre la phénoménologie obsessionnelle et le fonctionnement capitaliste peut difficilement passer inaperçue. Cependant, à la différence de l'articulation que fait Sébastien Rose quand il soutient que « c'est le discours du maître, dans son style capitaliste, qui semble produire et 'nourrir' une logique psychopathologique »⁸²⁴, il apparaît, au regard de nos développements précédents, que c'est plutôt la logique obsessionnelle qui produit le discours capitaliste.

Notons, pour étayer cette distinction, que la logique psychopathologique obsessionnelle se caractérise précisément par cette tendance défensive à isoler psychiquement des ensembles clos

⁸¹⁸ Lacan, J. (1969-70). *Le Séminaire, Livre XVII, L'envers de la psychanalyse*, Paris, Éditions du seuil, 1991.

⁸¹⁹ Rose, S. (2009). *Op. Cit.*, p. 312.

⁸²⁰ *Ibid.*, p. 398.

⁸²¹ Lacan, J. « Du discours psychanalytique », Discours de Lacan à l'Université de Milan le 12 mai 1972, in *Pas-tout Lacan*, sur le site de l'ELP : www/ecole-lacanienne.net, p. 10.

⁸²² Beck, U. *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*, Traduit par Laure Bernardi, Champs Essais. Flammarion. Paris. 2008. p. 134.

⁸²³ Rose, S. (2009). *Op. Cit.*, p. 398.

⁸²⁴ *Ibid.*

de signifiants et à induire ainsi des boucles logiques associatives.

Pour montrer que le discours capitaliste peut être considéré lui-même comme un système obsessionnel, partons de cet idéal de maîtrise dont Alain Vanier remarque qu'il « explique sans doute l'engouement pour les thérapies comportementales et leurs dérivés. »⁸²⁵. Si cet idéal se repère tout autant dans le « discours de la science »⁸²⁶ que dans le discours capitaliste, c'est surtout la manière dont l'illusion de maîtrise s'opère qui permet de dégager l'incidence du fonctionnement obsessionnel. Comme nous l'avons vu à plusieurs reprises, les « thérapies » comportementales peuvent être considérées comme des systèmes obsessionnels qui se structurent sur le biais interprétatif que permet l'isolation psychique et sur le principe de l'annulation rétroactive : le Moi annule rétroactivement la signification du symptôme qui le dérange en conditionnant, à force de répétition, le signifiant qui représente le symptôme dérangeant. Ce qu'il s'agit ici de remarquer, c'est que cette façon de maîtriser la réalité en commandant le signifiant se retrouve précisément dans cette torsion du discours du Maître qui caractérise le discours capitaliste. Dans le discours de Lacan à l'Université de Milan, le 12 mai 1972, ce dernier indique ce qui produit cette torsion :

« Enfin, c'est après tout ce qu'on a fait de plus astucieux comme discours. Ça n'en est pas moins voué à la crevasion. C'est que c'est intenable. C'est intenable... dans un truc que je pourrais vous expliquer... parce que, le discours capitaliste est là, vous le voyez... (...) une toute petite inversion simplement entre le S1 et le S... qui est le sujet... ça suffit à ce que ça marche comme sur des roulettes, ça ne peut pas marcher mieux, mais justement ça marche trop vite, ça se consomme, ça se consomme si bien que ça se consume. »⁸²⁷

Cette « toute petite inversion simplement entre le S1 et le S » correspond précisément à ce procédé défensif par lequel le Moi tente de commander la vérité en annulant rétroactivement la signification qui le dérange. Source des techniques obsessionnelles de suggestion, cette inversion semble bel et bien correspondre à cette forme de volonté de maîtrise par laquelle le Moi essaie de commander la vérité : en isolant et en conditionnant le signifiant, il renverse illusoirement le rapport de dépendance et de subordination du sujet à l'endroit du langage.

⁸²⁵ Vanier, A. (2005). *Op. Cit.*, p. 91.

⁸²⁶ Lacan, J. (1972). *Op. Cit.*, p. 10.

⁸²⁷ *Ibid.*

Ainsi, telle la « pensée magique »⁸²⁸ qui permet d'effacer « la dimension de l'impossible »⁸²⁹, la boucle logique issue du procédé obsessionnel correspond au fonctionnement du discours capitaliste, tout comme les multiples mystifications qui témoignent de l'isolation d'un ensemble clos de signifiants. Si la dimension illusoire sur laquelle repose le fonctionnement du capitalisme a relevée par de nombreux économistes⁸³⁰, il s'agit aussi de remarquer que celle-ci repose sur le même biais de compréhension que les illusions qui dévoient la recherche scientifique⁸³¹ et le fonctionnement du champ médico-psychologique. En effet, de la même manière qu'il est possible de dégager le raisonnement elliptique qui confère aux TCC leur signification illusoire de psychothérapie⁸³², il est possible de dégager, à travers les illusions du système capitaliste⁸³³, les mêmes fausses compréhensions qui corrompent la recherche scientifique, notamment dans le champ de la médecine⁸³⁴, de la psychologie⁸³⁵ ou de la psychiatrie⁸³⁶. Le repérage de ces raisonnements elliptiques dans chacun de ces domaines nécessiterait bien évidemment des recherches beaucoup plus détaillées. Nous nous limitons dans ce travail à dégager et à illustrer la structure du biais logique sur lequel reposent ces fausses compréhensions⁸³⁷. Puis, nous essaierons dans une dernière partie de donner deux nouvelles illustrations plus détaillées de ces distorsions interprétatives, notamment à travers le pseudo-diagnostic de TDAH ou encore avec le traitement mondial actuel de la dépression.

Enfin, l'étude des amalgames par lesquels le Moi annule la signification de ses symptômes permet de préciser cette intrication au sein de la problématique clinique, épistémologique et sociale de la névrose obsessionnelle : plus les différentes modalités d'expressions du fonctionnement pathologique sont assimilées défensivement avec des fonctionnements valorisés socialement, plus ces mêmes modalités tendent à se représenter socialement, instituant ainsi, au nom de la science et de la vertu, des fonctionnements absurdes,

⁸²⁸ Abelhauser, A. (2010). *Op. Cit.*, p. 130.

⁸²⁹ Rose, S. (2009). *Op. Cit.*, p. 153.

⁸³⁰ Stiglitz, J. *La grande désillusion*, Paris, Fayard, 2002.

⁸³¹ Ioannidis, J-P. « Why Most Published Research Findings are False », in *PLoS Med*, vol. 2, n°8, 2005, p. e124.

⁸³² Gori, R., Hoffmann, C. et Vanier, A. « Les TCC ne sont pas des psychothérapies », in *Le Carnet PSY*, vol. 103, no. 8, 2005, pp. 24-25.

⁸³³ Todd, E. *L'illusion économique*, Paris, Éditions Gallimard, 1998.

⁸³⁴ Jureidini, J., McHenry, L. *The illusion of Evidence-Based Medicine (Exposing the crisis of credibility in clinical research)*, South Australia, Wakefield Press, 2020.

⁸³⁵ Abelhauser, A. « La psychanalyse 'inévaluable' ? », in *Bulletin de psychologie*, vol. 486, no. 6, 2006, pp. 571-572.

⁸³⁶ Gonon, F. « La psychiatrie biologique : une bulle spéculative ? », in *Esprit*, vol., no. 11, 2011, pp. 54-73.

⁸³⁷ Freud, S. (1909). « Remarques sur un cas de névrose de contrainte », in *Œuvres Complètes, Vol. IX*, Paris, PUF, 1998, p. 179.

clivants et paradoxaux. Comme nous en avons donné plusieurs illustrations, cette confusion institutionnelle résulte des amalgames par lesquels les symptômes obsessionnels réussissent à se voiler et à se systématiser, c'est-à-dire à se représenter en charriant la signification d'un fonctionnement valorisé. À cet égard, l'impasse épistémologique qui résulte de l'assimilation voilée entre le doute et l'obsession-doute témoigne de la problématique paradoxale qui résulte de ces confusions systématiques : par ce double mouvement qui interdit de soutenir une proposition vraie tout en empêchant de rejeter des propositions fausses, au nom du doute, de la nuance et de la relativité de la vérité, c'est la possibilité même de faire science qui se voit empêchée par le symptôme obsessionnel. Autrement dit, la confusion entre le fonctionnement rationnel et le fonctionnement obsessionnel engendre un paradoxe épistémologique conséquent car il conduit à donner à l'obscurantisme et à la superstition les attributs de la rigueur et de la scientificité.

2.5 Les erreurs de raisonnements et leur systématisation : le système obsessionnel et ses répercussions paradoxales

a) *Les ruptures des relations causales : la dimension absurde du symptôme obsessionnel, la difficulté de son appréhension et la mise en abyme de ses répercussions*

Si les fonctionnements absurdes et superstitieux caractéristiques de la névrose obsessionnelle apparaissent déjà dans les descriptions cliniques des aliénistes⁸³⁸, ce sont surtout les travaux de Freud qui permettent d'éclairer leur particularité, notamment quand il remarque la spécificité du mode de refoulement : « comme je l'ai exposé précédemment, dans ce trouble le refoulement ne se produit pas par amnésie mais par rupture des corrélations causales à la suite d'un retrait d'affect. »⁸³⁹

Cette « rupture des corrélations causales » engendre un certain nombre de raisonnements illogiques et contradictoires que le Moi du névrosé obsessionnel peut tantôt épouser, de manière particulièrement obstinée, tantôt rejeter, tout en reconnaissant son irrationalité et sa crédulité⁸⁴⁰. Ce contraste entre l'intelligence remarquable du névrosé obsessionnel et les croyances absurdes auxquelles il peut s'attacher peut s'avérer particulièrement troublant, notamment quand cette « attitude à faire fi de la logique »⁸⁴¹ le conduit à soutenir, avec une certaine assurance, des propositions aberrantes et contradictoires.

Pour illustrer cliniquement cette capacité à soutenir des raisonnements « *fallacieux* », voici ce que peut dire Monsieur Y. quand il se rend compte qu'il avait mis en place un ensemble de raisonnements erronés pour justifier l'évanescence de son désir dans son rapport de couple :

« Donc je la prenais pour ma mère et je ne la désirais pas. Ce qui est fou, c'est ma capacité à me créer des discours, à être convaincu que je ne la désirai pas. Même à me convaincre que je désirais d'autre femme, que c'était ce que je voulais. C'était au moment où j'ai arrêté de faire des rencontres que je me suis rendu compte que je n'en avais aucune envie, que c'était juste une façon de ne pas souffrir. Je me suis inventé un discours dans lequel tout se passait bien. C'est fou que j'arrive à me

⁸³⁸ Esquirol, E. (1838). *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*, Toulouse, Éditions Privat, 1998, p. 361.

⁸³⁹ Freud, S. (1909). « Remarques sur un cas de névrose de contrainte », in *Œuvres Complètes, Vol. IX*, Paris, PUF, 1998, p. 200.

⁸⁴⁰ *Ibid*, p. 198.

⁸⁴¹ *Ibid*, p. 179.

leurrer à ce point, au point de ne pas me rendre compte que je souffre. C'est un truc d'égo, une recherche de cohérence bizarre dans des discours construits et fallacieux. Ça m'a fait du bien de sortir de ça. C'est comme si mes émotions sont cernées. Je ne lâche rien. »

Cependant, si ces « *discours construits et fallacieux* » peuvent être considérées comme des symptômes typiques, ils ne sont pas pour autant évidents à repérer cliniquement. En effet, ces mystifications caractéristiques ne se manifestent pas uniquement à travers des paroles ou des comportements manifestement irrationnels ou saugrenus, elles peuvent passer inaperçues à travers des conceptions et des fonctionnements qui semblent cohérents. La dimension absurde et pathologique de ces raisonnements peut toutefois apparaître, notamment dans les difficultés cliniques qu'ils induisent, soulignant par la même occasion la remarquable ingéniosité de l'organisation défensive obsessionnelle : elle permet de conférer à des pensées irrationnelles et des fonctionnements absurdes l'apparence de la cohérence et de la rationalité.

En repérant les procédés qui permettent à ces erreurs de raisonnements de se voiler au sein de conceptions qui se présentent comme des raisonnements cohérents, il devient alors possible de remarquer comment ces illusions peuvent se partager dans de nombreux domaines, notamment dans les milieux scientifiques. Nous l'avons déjà illustré à plusieurs reprises, cette « fausse compréhension »⁸⁴² dont Freud a éclairé les ressorts et les répercussions⁸⁴³ peut se voiler aujourd'hui au sein de systèmes relativement partagés et reconnus comme dénués de superstitions. Dans le champ médico-psychologique et dans celui plus circonscrit de la psychopathologie, ces fausses compréhensions peuvent s'y systématiser, si bien que la mésestime réservée à la névrose obsessionnelle et les ruptures associatives qui désarticulent sa symptomatologie mettent en abyme leurs propres répercussions.

C'est donc en tenant compte de ces ruptures des liens de causalités que nous avons pris soin d'articuler au fur et à mesure de ce travail les corrélations entre les mécanismes de défenses découverts par Freud, les biais de compréhensions qu'ils induisent et leurs répercussions épistémologiques et sociales. Malgré les reprises et les répétitions que peut engendrer un tel maillage, ce dernier nous semble nécessaire du fait des conséquences délétères que génèrent ces ruptures des liens logiques et de la problématique épistémologique qu'elles induisent. Car de la même manière que ces ruptures associatives peuvent s'appliquer à la conception des

⁸⁴² *Ibid.*, p. 194.

⁸⁴³ Freud, S. (1912). « L'avenir d'une illusion », in *Œuvres Complètes, Vol. XVIII*, Paris, PUF, 1994, pp. 145-197.

symptômes obsessionnels dans le champ de la psychopathologie, rompant ainsi les liens entre ceux-ci et le conflit intrapsychique qui les produit, elles peuvent également s'appliquer à la lecture des problématiques épistémologiques et sociales, dissociant ainsi la logique qui les articule entre elles et la névrose qui les induit.

Aussi, ces ruptures des liens de causalités ne conduisent pas uniquement à déconnecter la lecture d'un phénomène de ses conséquences ou encore de ce qui le cause, elles conçoivent également des conceptions qui paraissent rationnelles, mais qui se structurent cependant sur de faux rapports de causalités. Si l'erreur de raisonnement qui sous-tend ces lectures peut se distinguer clairement à travers un certain nombre de superstitions et de rituels⁸⁴⁴, elle peut cependant passer beaucoup plus inaperçue aux seins de conceptions qui se présentent comme rationnelles et scientifiques.

L'étude de l'isolation psychique nous a ainsi amené à dégager la spécificité du biais logique qui confère une apparence de cohérence à des rapports de causalités erronés et, ce faisant, progressivement, à repérer la présence de ce biais interprétatif dans un certain nombre de systèmes relativement partagés.

b) L'isolation des troubles de la pensée et du raisonnement : l'annulation rétroactive du concept de névrose obsessionnelle

Pour illustrer les troubles de la pensée qu'engendrent les ruptures des relations causales et pour mettre en évidence la fonction défensive de la systématisation, nous pouvons partir de la clinique en reprenant les associations libres d'une étudiante en philosophie, Madame I., « bloquée depuis plusieurs années sur [s]on mémoire » :

« Ce qui me fait souffrir, c'est de penser. Le problème, c'est que mes études supposent de penser. Le seul moment où je me sens bien, c'est quand je ne réfléchis pas. Sinon, je me prends trop la tête, je n'arrive pas à raisonner et je suis prise dans la même boucle. Mais je ne peux pas continuer à m'abstenir de penser et me dépenser physiquement pour ne pas réfléchir, comme une mule. Mais je n'arrive pas à penser. Ce n'est pas que je suis bête mais il y a quelque chose qui bloque dans ma manière de me positionner subjectivement. Même quand je lis, ça ne produit aucune émotion, aucune pensée. Je suis vide, creuse. Il n'y a rien qui m'impacte. J'ai utilisé la philosophie comme un outil pour élaborer des pensées farfelues dans ma tête. C'est ma névrose, des idées horribles,

⁸⁴⁴ Janet, P. *Les obsessions et la psychasthénie, Tome I, Analyse des symptômes*, Paris, L'Harmattan, 2005.

une haine du monde que la philosophie me permet d'élaborer. J'utilise la philosophie pour élaborer ma névrose. »

Les troubles de la pensée et du raisonnement constituent des manifestations symptomatiques typiques de la névrose obsessionnelle. Idées absurdes, pensées qui tournent en boucle, rupture des associations, blocage de la réflexion, absorption de la pensée, troubles de l'attention et de la concentration, difficulté à synthétiser, à articuler ou à établir des priorités, ces symptômes psychiques spécifiques témoignent précisément des effets pathologiques engendrés par les ruptures associatives et par la focalisation exclusive de l'attention⁸⁴⁵.

Par exemple, Monsieur G. travail de chez lui mais il ne peut pas s'empêcher, dit-il, de « *gaspiller* » la moitié de sa journée de travail à « *regarder des vidéos sur YouTube* » ou à « *faire le ménage* » alors que la maison est déjà propre. Il se « *laisse absorber* » par les envies ou par les choses à faire qui lui traversent l'esprit, si bien que ses priorités ne cessent d'évoluer à mesure que ses idées se succèdent. Monsieur G. « *n'arrive pas à [s]'organiser et à gérer [s]es responsabilités* », il se « *laisse porter* » et sa compagne menace de le quitter. Malgré les conséquences problématiques de son comportement, il n'arrive pas à faire autrement que de se « *dispenser* ». Après plusieurs mois de psychanalyse, Monsieur G. reconnaît que la fonction de son symptôme est de mettre son « *cerveau sur pause* », de « *fuir sa vie* ».

La clinique met en lumière l'importance de ces manifestations symptomatiques et permet également de remarquer comment ces symptômes typiques sont annulés rétroactivement : généralisés, atténués, banalisés, réarticulés en fonction d'un contexte isolé. C'est ainsi que la signification pathologique ou névrotique de ces troubles du raisonnement tend à se dissiper en étant assimilée tantôt à des significations d'« *activités psychiques ordinaires* »⁸⁴⁶, tantôt à celles de « *nouvelles entités nosographiques* ».

Si la compartimentation de la symptomatologie obsessionnelle en une infinité de « *maladies* » ou de « *troubles* » illustre les effets de dislocation qu'induisent les ruptures associatives au sein du champ de la psychopathologie, l'annulation rétroactive des troubles de la pensée et du raisonnement met en abyme le sabotage épistémologique obsessionnel.

⁸⁴⁵ Cf. *La focalisation exclusive de l'attention ou la structure de l'obsession : le raisonnement elliptique*, p. 66.

⁸⁴⁶ Chemama, R., Vandermersch, B. « *Névrose obsessionnelle* », in *Dictionnaire de la psychanalyse*, Paris, Larousse, 2009, p. 380.

c) *La structure du biais obsessionnel et le dévoiement de la signification : l'exemple du traitement actuel des troubles de l'attention*

Comme nous l'avons vu précédemment⁸⁴⁷, cette tendance défensive à commander illusoirement la vérité repose sur l'usage de l'isolation psychique. En isolant psychiquement un ensemble clos de signifiants, le Moi parvient à créer des amalgames et à conditionner des significations. En effet, en se focalisant de manière exclusive sur un ensemble circonscrit de signifiants, le découpage signifiant permet à la fois d'annuler la signification dérangeante et de conférer aux signifiants circonscrits une nouvelle signification. A travers le prisme de ces découpages associatifs, n'importe quel lien de causalité peut donc se voir littéralement annulé et n'importe quel lien de contingence peut être transformé en lien de causalité.

Telles des œillères psychiques qui permettent au Moi de commander illusoirement la réalité, cette focalisation exclusive de l'attention sur un ensemble associatif isolé éclaire la structure de l'obsession : le prisme obsessionnel annule le contexte qui donne sa signification à la représentation considérée tout en créant un contexte borné, clos, au sein duquel cette même représentation peut acquérir une nouvelle signification, mais cette fois illusoire. Cette dernière dépend de l'isolation du contexte si bien que toute prise de distance, toute liaison associative, laisse apparaître l'erreur interprétative. Or, le mécanisme obsessionnel empêche précisément ces liaisons associatives, induisant des boucles logiques isolées au sein desquelles l'erreur de compréhension tend à se répéter, obsessionnellement.

La signification illusoire que détermine cette perspective bornée et exclusive constitue donc un biais logique conséquent, une fausse compréhension⁸⁴⁸, qui se repère assez distinctement dans les superstitions et dans les craintes qui obsèdent les névrosés obsessionnels⁸⁴⁹. Mais dès lors que ce même biais logique se voile et se dissimule au sein de systèmes qui paraissent rationnels et scientifiques, les répercussions problématiques du biais obsessionnel dépassent largement le champ de la clinique. Et pour cause, ces ruptures associatives par lesquelles le Moi isole psychiquement des représentations le conduisent autant à réfuter des liens de causalités irrécusables qu'à soutenir des conclusions erronées tout en ayant l'impression qu'elles sont

⁸⁴⁷ Cf. *La boucle logique obsessionnelle : l'illusion interprétative et son incidence clinique, épistémologique*. p. 73.

⁸⁴⁸ Freud, S. (1909). *Op. Cit.*, p. 194.

⁸⁴⁹ Cf. *La focalisation exclusive de l'attention ou la structure de l'obsession*. p. 68.

justes. Nous en avons déjà donné de multiples exemples⁸⁵⁰. Ce biais de compréhension se représente dans de nombreux domaines et notamment dans le champ médico-psychologique. Il y engendre des clivages absurdes et une multitude de traitements trop ciblés qui paraissent efficaces à court terme, mais qui s'avèrent inefficaces et délétères. Et pour cause, du fait de l'illusion que détermine le système obsessionnel, n'importe quel effet d'apaisement momentané peut systématiquement se confondre avec une guérison.

Se représentant notamment dans les « thérapies brèves »⁸⁵¹ et dans un grand nombre de prescriptions médicamenteuses systématisées, le biais obsessionnel confère une apparence de logique à des prescriptions et à des traitements qui apparaissent cohérents à court terme, mais qui s'avèrent absurdes dès lors qu'ils sont considérés en lien avec d'autres éléments, c'est-à-dire dans une perspective spatio-temporelle plus élargie.

L'exemple du traitement actuel des troubles de l'attention et de la concentration met bien en évidence l'impact très important de ce biais de compréhension. Pour mieux considérer les découpages associatifs défensifs sur lesquels reposent ces « nouveaux diagnostics », il est important de remarquer que les troubles de l'attention sont particulièrement représentés dans la symptomatologie obsessionnelle, du fait notamment des ruptures associatives par lesquelles le Moi se défend de son désir inconscient. « *Je n'arrive pas à raisonner et je suis pris dans la même boucle* », « *je n'arrive pas à penser* », les paroles de Madame I. illustrent bien ces difficultés.

Partons d'une situation clinique qui témoigne du conflit intrapsychique qui sous-tend les troubles de l'attention et de la concentration. Venant d'un pays d'Afrique du Nord où ils ne trouvent pas de solution, Nasser et son père viennent nous rendre visite car le jeune garçon, âgé alors de neuf ans, souffre depuis plus de trois ans d'un trouble de l'attention et de la concentration. Susceptible et sentimental, Nasser dit qu'il n'arrive pas à se concentrer et qu'il a également du mal à dormir. Lors d'une deuxième séance où nous le recevons seul, il précise en quoi consistent ces troubles de l'attention. Alors qu'il est sensé se concentrer à l'école, il imagine tout le temps le moment d'après et se demande ce que ses proches sont en train de faire. Par exemple, il pense en boucle à son frère : « *Qu'est-ce qu'il fait en ce moment ? Qu'est-*

⁸⁵⁰ Cf. *Illustration clinique du biais logique appliqué à la conception du symptôme corporel*. p. 134.

⁸⁵¹ Razavet, J-C. « Une critique inattendue de l'Inserm et des ttc », in *La Cause freudienne*, vol. 62, no. 1, 2006, pp. 169-170.

ce qu'on va faire à la sortie de l'école ? ». Peu loquace, il ponctue : « *Et c'est tout !* ». Quand nous lui demandons les représentations qui retiennent son attention pendant la classe, il précise : « *Je me demande ce que fait ma mère, si elle se repose... et je pense à mon frère : qu'est-ce qu'il fait à l'école ? A la sortie qu'est-ce qu'on va faire ? Et c'est tout !* » Lors de la troisième séance, nous invitons Nasser à dire ses pensées librement puis nous lui demandons à nouveau la raison de sa visite à notre cabinet : « *Je viens parce que je me déconcentre !* ». La tonalité et la formulation nous interpellent, elles semblent détonner avec ce qu'il avait pu dire jusqu'alors pour parler de ses difficultés. En effet, cette phrase implique davantage sa responsabilité dans ses difficultés et nous lui demandons de continuer à associer ses pensées librement : « *je pense tout le temps à ce qui se passe à la maison, à mon frère, mes sœurs, ma mère, mon père... Et c'est tout !* ». Un mot lui échappe alors lorsque nous lui demandons de dire au fur et à mesure ce qui lui traverse l'esprit, un lapsus : il dit « *mourir* » au lieu de « *courir* ». Il associe alors : « *oui, c'est vrai, je pense tout le temps à la mort de mon frère, de ma mère, de mon père, de mes sœurs...* »

Il n'est pas nécessaire de développer davantage le déroulement de la cure de Nasser car ces trois premières séances suffisent à illustrer l'articulation entre les troubles de la concentration et les pensées obsédantes qui accaparaient son attention. Ce qui nous semble important de mettre en évidence, en plus du fait que les symptômes attentionnels de Nasser ont été liquidés progressivement, c'est que le conflit psychique en jeu n'apparaissait pas directement, si bien que sans la méthode des libres associations et sans le désir du clinicien dans l'opération clinique, il n'aurait pas été possible de traiter ces troubles de l'attention et de la concentration.

Alors, si ces symptômes typiques témoignent de la présence du conflit intrapsychique – attestant en même temps que le soin de ces symptômes est indissociable du traitement psychanalytique du conflit intrapsychique – ces mêmes phénomènes pathologiques peuvent aussi être isolés de la problématique psychique qui les cause, engendrant ainsi autant d'erreurs de diagnostics que d'erreurs de traitement. L'exemple du TDAH (le Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité), dont la dimension absurde a été mise en évidence par de nombreux analystes, notamment Patrick Landman⁸⁵², illustre l'impact conséquent, ici mondial, de ces inventions de diagnostics illusoire. En effet, les conséquences délétères fâcheuses de ce pseudo-diagnostic, notamment pour les enfants, mettent en exergue le paradoxe logique qu'induisent les systèmes obsessionnels. Les symptômes isolés au sein de cette entité

⁸⁵² Landman, P. *Tous hyperactifs ?*, Paris, Éditions Albin Michel, 2015.

diagnostique – inattention, impulsivité, hyperactivité – sont ainsi considérés et traités de manière trop ciblée, exclusive, c'est-à-dire en excluant la considération du conflit intrapsychique qui les cause⁸⁵³ et leur articulation avec d'autres symptômes. Au sein du système borné, l'effet momentané que produit le méthylphénidate⁸⁵⁴ sur les symptômes considérés est interprété illusoirement comme une guérison, le traitement chimique assimilé à une thérapeutique, et l'ensemble circonscrit des symptômes considéré comme une nouvelle pathologie, un nouveau syndrome, une nouvelle maladie.

Mais dès lors que se lèvent les ruptures associatives qui dévoient la signification du phénomène pathologique et de son atténuation momentanée, la dimension absurde du diagnostic et du systématisme qu'il induit se laisse ainsi entrevoir : non seulement cette « pragmatique de la prescription »⁸⁵⁵ ne peut être considérée comme clinique ou thérapeutique, mais elle s'avère même délétère, antinomique du soin. Car au-delà de la prescription moléculaire et de ses effets nocifs, il s'agit de remarquer que la dimension exclusive du système borné empêche de considérer la cause du symptôme, et donc de considérer ce qui permet de le soigner.

La rupture du lien logique entre le phénomène pathologique et ce qui le cause apparaît distinctement dans un article de Maryse et Daniel Roy intitulé « Hyperactivité : ordre et désordre » :

« Dès les années vingt, deux courants se sont opposés. L'École française de psychiatrie (Henri Wallon, 1925⁸⁵⁶ ; Julian de Ajuriaguerra, 1970⁸⁵⁷ ; Serge Lebovici, René Diatkine, Michel Soulé, 1985⁸⁵⁸), en proposant la notion d' 'instabilité psychomotrice', a privilégié une approche psychodynamique préférant situer l'instabilité dans un contexte clinique. Envisagée, selon les auteurs, comme la manifestation symptomatique d'un trouble anxieux ou bien en se référant au concept kleinien de défense maniaque face à la dépression, l'instabilité ne pouvait se saisir qu'en référence à l'organisation psychique de l'enfant. L'École anglo-saxonne optait d'emblée pour une conception neurologique et généralisait l'acceptation du terme 'hyperactivité' qui désignait

⁸⁵³ Gault, J-L. « Psychanalyse d'une hyperactivité », in *La Cause freudienne*, vol. 58, no. 3, 2004, pp. 37-48.

⁸⁵⁴ Landman, P. « De quelques raisons de contester le TDA/H et la prescription de méthylphénidate », in Bergès-Bouines, M. éd., *Le bonheur des enfants sur ordonnance ? Le recours aux médicaments du psychisme*. Érès, 2019, pp. 133-138.

⁸⁵⁵ Fédida, P. *Des bienfaits de la dépression. Éloge de la psychothérapie* sous la direction de Fédida Pierre. Odile Jacob, 2001, p. 157.

⁸⁵⁶ Wallon, H. *L'Enfant turbulent*, Paris, Félix Alcan, 1925 ; 2^e éd. Paris, PUF, coll. « Quadrige », 1984.

⁸⁵⁷ Ajuriaguerra, J. (de). « L'instabilité psychomotrice », in *Manuel de psychiatrie de l'enfant*, Paris, Masson, 1970, p. 276-298.

⁸⁵⁸ Lebovici, S., Diatkine, R., Soulé, M. *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, PUF, 1985.

initialement les troubles séquellaires des encéphalites. Le choix de l'hypothèse organique amena à attribuer ce trouble à des 'lésions cérébrales *a minima*' (Strauss, 1947) qui, faute de n'avoir pu être identifiées, laisseraient place à 'un dysfonctionnement cérébral' toujours '*a minima*' (conférence d'Oxford, 1962 ; Wender, Eisenberg, 1974), dans lequel plutôt qu'une lésion organique, on supposait une origine métabolique associée à des facteurs génétiques du fait de la fréquence des troubles chez les garçons⁸⁵⁹. Dans les travaux récemment publiés, si la plupart des auteurs reconnaissent qu'en dépit des recherches effectuées, la cause de l'hyperactivité n'a pas été identifiée, aucun n'hésite néanmoins à évoquer un dysfonctionnement neurobiologique mis en rapport avec l'efficacité du traitement administré. Aux États-Unis, dès 1937, des publications faisaient déjà état de l'amélioration du comportement de l'enfant sous l'effet d'une amphétamine⁸⁶⁰ »⁸⁶¹

Ainsi, la question de la cause est exclue au sein d'un système qui se focalise sur les effets à court-terme d'une molécule. Et ce qui est important de remarquer, c'est que les isolations psychiques sur lesquelles reposent cette mystification conduisent inexorablement à dévoyer la signification des symptômes liés à ceux qui sont isolés :

« L'hyperactivité, qui avait été d'abord présentée comme un trouble isolé, est dans la plupart des cas décrite comme associée à d'autres troubles. Ainsi, troubles des apprentissages, troubles du langage, troubles oppositionnels et des conduites, troubles anxieux, sont fréquemment associés à l'hyperactivité, à tel point que la forme pure du THADA – 'trouble hyperactivité avec déficit de l'attention' –, selon les propres termes des auteurs, finit par être une exception. La 'comorbidité' est le nom donné à cette palette de troubles associés. »⁸⁶²

De ce fait, au lieu de remarquer les isolations psychiques sur lesquelles repose la cohérence illusoire de ce « trouble isolé », le mécanisme obsessionnel conduit à lire les autres symptômes comme des formes de « comorbidité ».

Autrement dit, l'erreur de raisonnement s'articule à d'autres erreurs de raisonnement, telle la croyance en un « gène déterminant »⁸⁶³ ou en une « vulnérabilité génétique »⁸⁶⁴.

⁸⁵⁹ Wender, P.H., Eisenberg L. « Minimal Brain Dysfunction in Children », in *American Handbook of Psychiatry*, vol. 2, s/dir. Arieti S. et Caplan G., New York, Basic Books, 1974, 2^e éd., p. 130-146.

⁸⁶⁰ Bradley, C. « The Behavior of children receiving benzedrine », in *Am. Journ. of Psychiatry*, 1937, 94, p. 577-585.

⁸⁶¹ Roy, D., et Roy, M. « Hyperactivité : ordre et désordres », in *La Cause freudienne*, vol. 58, no. 3, 2004, pp. 30-31.

⁸⁶² *Ibid.*, p. 32.

⁸⁶³ *Ibid.*

⁸⁶⁴ *Ibid.*

« Si tous les leaders de la psychiatrie biologique reconnaissent que la recherche neurobiologique a pour l'instant peu apporté à la pratique psychiatrique, la plupart continuent à prédire des progrès importants dans un futur proche. Cette rhétorique de la promesse commence à être critiquée. Un article publié le 18 février 2011 dans la revue *Science* parle de « 'bulle génomique' et critique l'inflation de promesses irréalistes dans la littérature scientifique concernant les déterminants génétiques des maladies⁸⁶⁵. »⁸⁶⁶

Encore une fois, il n'est pas impossible de se rendre compte que la distorsion interprétative sur laquelle repose la croyance en une cause exclusivement génétique des maladies mentales s'appuie sur la focalisation exclusive de l'attention sur un ensemble clos de représentations.

De même, plutôt que de considérer l'absurdité et l'inefficacité d'une telle prescription médicamenteuse qui ne traite aucunement la cause du trouble sur lequel elle agit, c'est le trouble isolé qui se voit interprété comme « un trouble invalidant de longue durée »⁸⁶⁷ ou encore comme « un trouble chronique »⁸⁶⁸, nécessitant donc que le traitement chimique soit « prescrit pendant de nombreuses années. »⁸⁶⁹

En conséquence, les significations illusoire qui résultent de la focalisation exclusive de l'attention sont repérables à plusieurs niveaux. La fausse compréhension initiale repose sur l'isolation de trois symptômes et sur l'effet momentané que produit une molécule sur ces derniers.

« Ainsi l'hyperactivité se présente à nous comme un « objet clinique » extrêmement difficile à identifier : est-ce un symptôme ? Oui, mais qui prend une valeur particulière dans le cadre d'un syndrome, le 'Trouble déficit de l'attention / hyperactivité'⁸⁷⁰, THADA, qui est validé dans le monde entier avec ses trois symptômes : hyperactivité, déficit de l'attention et impulsivité. Voilà trois critères qui signent l'existence de ce trouble, qui va être rapidement élevé au statut de maladie, pour laquelle on cherche de façon effrénée une étiologie qu'on ne trouve pas, mais cela n'a pas

⁸⁶⁵ Evans, J.-P., Meslin, E.-M., Marteau T.-M. *et al.*, « Deflating the Genomic Bubble », in *Science*, vol. 331, 2011, pp. 861-862.

⁸⁶⁶ Gonon, F. « La psychiatrie biologique : une bulle spéculative ? », in *Esprit*, vol., no. 11, 2011, p. 63.

⁸⁶⁷ Roy, D., et Roy, M. (2004), *Op. Cit.*, p. 32.

⁸⁶⁸ *Ibid.*

⁸⁶⁹ *Ibid.*

⁸⁷⁰ American Psychiatric Association, *DSM-IV. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 4^e éd., trad. franç. J.-D. Guelfi *et al.*, Paris, Masson, 1996, p. 93 et sq.

d'importance puisqu'on dispose du traitement ! On avait même le traitement avant d'avoir la maladie : il existait une molécule qui attendait la maladie qu'elle pouvait soigner ! »⁸⁷¹

De même, le biais interprétatif que crée le prisme obsessionnel se repère très clairement dans les interprétations erronées des résultats des recherches. François Gonon souligne où se situe l'erreur de raisonnement qui sous-tend l'interprétation des données :

« Malgré des milliers d'études, la neurobiologie du TDAH est encore très mal connue. En tout cas, elle n'a débouché ni sur la validation d'un marqueur biologique du TDAH ni sur la découverte d'un nouveau médicament. Dans les médias comme dans la presse scientifique, l'hypothèse d'un déficit de dopamine est souvent avancée. De fait, cette hypothèse repose sur deux arguments exacts : les psychostimulants soulagent le déficit d'attention de la plupart des enfants souffrant du TDAH et ils stimulent la neurotransmission mettant en jeu la dopamine. Cependant, contrairement à ce qui est très souvent affirmé (Iversen, 2007), il n'y a pas lieu de rapprocher ces deux observations. En effet, Rapoport et ses collègues ont montré dès 1978 que les psychostimulants stimulent aussi l'attention chez les enfants sains (Rapoport et coll., 1978). Malheureusement, cette dernière étude n'est que très rarement citée. Au total, l'hypothèse d'un déficit de dopamine à l'origine du TDAH ne repose actuellement sur aucun argument scientifique solide (Gonon, 2009). C'est pourtant cette hypothèse qui est souvent mise en avant par les médias anglo-saxons (Gonon, 2011) et français (Bourdaa, 2013) pour justifier la prescription d'un psychostimulant supposé corriger le déficit de dopamine sous-jacent. »⁸⁷²

Nous voyons ici comment l'erreur interprétative repose sur le prisme borné qui exclut de pouvoir considérer la proposition « les psychostimulants stimulent aussi l'attention chez les enfants sains ». Dès lors que cette proposition peut entrer en corrélation avec les arguments isolés, l'erreur interprétative apparaît et le pseudo-traitement du TDAH se révèle être ce qu'il est vraiment, un ensemble clos de représentations isolées, hermétique, qui conduit à prescrire systématiquement un psychostimulant à des millions d'adultes et d'enfants.

« En 1987 les membres de l'Association américaine de psychiatrie ont voté à main levée l'introduction dans le manuel du Trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité (TDAH). En novembre 1998, la conférence de consensus sur le TDAH du National Institute of Health aux États-Unis concluait à l'absence de données indiquant une causalité corticale. Pourtant plus de six millions d'enfants américains sont aujourd'hui sous Ritaline, la molécule adéquate. Entre 1990 et 2000, 186 décès sont imputés au traitement, de nombreux enfants présentent des troubles comparables à ceux

⁸⁷¹ Roy, D., et Roy, M. (2004), *Op. Cit.*, pp. 32-33.

⁸⁷² Gonon, F. « La psychiatrie biologique : une bulle spéculative ? Le cas de l'hyperactivité tdah », in *Journal français de psychiatrie*, vol. 44, no. 2, 2016, pp. 114-115.

des cocaïnomanes et décèdent de complications cardiaques ; la Ritaline se deale et beaucoup se suicident au moment du sevrage. Altération des fonctions cognitives, retrait social et état dépressif accompagnent souvent le traitement introduit en France (5 % des écoliers diagnostiqués, 6 000 enfants sous Ritaline) : sans commentaire (Peter B. Breggin). »⁸⁷³

Et de la même manière, la distorsion interprétative qui résulte de la focalisation exclusive de l'attention se repère dans la croyance en une cause génétique du TDAH, et des maladies mentales de manière plus générale. Cette fallacieuse interprétation repose en grande partie sur le fait que l'héritabilité de la souffrance psychique est interprétée de manière exclusive comme relevant de la génétique. Autrement dit, le système borné qui permet de soutenir une telle erreur interprétative exclut littéralement la prise en compte des facteurs environnementaux dans l'héritabilité des troubles mentaux : au sein de l'ensemble clos, la génétique peut ainsi apparaître de manière illusoire comme la cause du trouble psychique. Ce biais interprétatif a bien été mis en évidence par François Gonon qui précise ainsi :

« Un autre argument mis en avant en faveur d'une causalité génétique concerne l'héritabilité du TDAH, qui, selon la plupart des études, est de l'ordre de 75 %. Cependant, les études d'héritabilité ne peuvent pas différencier entre un effet génétique pur et le résultat d'interactions entre gènes et environnement (Gonon, 2010). Les facteurs environnementaux contribuent largement à l'héritabilité du TDAH. »⁸⁷⁴

Le repérage de la focalisation exclusive de l'attention sur un ensemble clos de représentations permet de mieux saisir les boucles logiques interprétatives sur lesquelles reposent la démultiplication des entités nosographiques et la dislocation des grandes structures psychiques. D'ailleurs, il est intéressant de constater qu'en éclairant la spécificité du conflit psychique en jeu dans l'hyperactivité, Maryse et Daniel Roy remarquent l'affinité de ce trouble avec un autre trouble isolé⁸⁷⁵, soulignant que nous pouvons y retrouver une certaine tendance défensive à se focaliser sur un ensemble clos de signifiants : « ainsi s'explique cette connexion souvent mise en avant entre hyperactivité et enfant « surdoué » : l'investissement par ces sujets des savoirs qui se présentent comme des ensembles clos leur permet de contrer un temps la férocité du signifiant. »⁸⁷⁶

⁸⁷³ Lapeyre, M., Sauret, M-J. « La psychanalyse avec la science », in *Cliniques méditerranéennes*, vol. n° 71, no. 1, 2005, p. 161.

⁸⁷⁴ *Ibid.*, p. 115.

⁸⁷⁵ Goldman, C. « Le surinvestissement de la pensée chez l'enfant surdoué : trois études de cas », in *La psychiatrie de l'enfant*, vol. 50, no. 2, 2007, pp. 527-570.

⁸⁷⁶ *Ibid.*, p. 34.

Alors, quand cette tendance à se focaliser de manière exclusive sur « des ensembles clos » peut se repérer chez les enfants « hyperactifs » ou encore « surdoués », il est tout aussi possible de remarquer que cette même tendance défensive est largement représentée dans le champ médico-psychologique. Après avoir mis en évidence que ces fallacieuses créations diagnostics se structurent précisément sur des « ensembles clos », nous ne serons donc pas étonnés de constater, en discutant avec des praticiens qui investissent aujourd'hui ces « nouveaux diagnostics », que ces derniers se reconnaissent eux-mêmes comme « hyperactifs », « haut potentiels » ou encore « autistes ».

Alors, s'il existe à ce jour une multitude de diagnostics isolés et de traitements systématisés au sein desquels un apaisement momentané peut être interprété illusoirement comme guérison, nous pouvons cerner l'ampleur de la confusion et de la désorganisation qu'induit l'amalgame entre l'isolation d'un diagnostic et l'isolation psychique d'un ensemble clos de représentations.

Les conséquences problématiques des fausses compréhensions induites par ce biais obsessionnel sont largement représentées dans le champ de la recherche scientifique. Dans un article dans lequel il démontre que « la plupart des résultats publiés sont faux »⁸⁷⁷, John P.A. Ioannidis définit « le biais comme étant le mélange de facteurs variés – du protocole, des données, de l'analyse, de la présentation – qui tendent à fabriquer des 'résultats' qui n'ont pas vocation à être publiés. »⁸⁷⁸. L'épidémiologiste précise alors qu'un « rapport sélectif ou déformé est une forme typique du biais »⁸⁷⁹ et remarque également :

« Inversement, des résultats véritables peuvent parfois être annulés à cause d'un biais inversé. Par exemple, en présence d'erreurs de mesure importantes, les relations peuvent être perdues dans une sorte de vacarme mathématique⁸⁸⁰ ; des chercheurs peuvent utiliser des données de manière inefficace, ou peuvent négliger des relations statistiquement significatives ; ou bien il peut y avoir des conflits d'intérêt qui poussent à 'ensevelir' des résultats significatifs⁸⁸¹.⁸⁸²»

⁸⁷⁷ Ioannidis, J. P-A. « Pourquoi ne peut-on pas faire confiance à la plupart des résultats issus de la recherche ? », in *L'évolution psychiatrique*, n° 86, 2021, p. 444.

⁸⁷⁸ *Ibid.*, p. 445.

⁸⁷⁹ *Ibid.*, p. 446.

⁸⁸⁰ Kelsey, J-L., Whittemore, A-S, Evans, A-S., Thompson, W-D. « Methods in observational epidemiology, 2nd ed. », in *Oxford U press*, New York, 1996, p. 432.

⁸⁸¹ Topol, E-J. « Failing the public health – Rofecoxib, Merc, and the FDA », in *N Engl J Med*, n°19, 2000, pp. 1707-1709.

⁸⁸² Ioannidis, J. P-A. (2021). *Op. Cit.*, p. 446.

Le terme de « sélectif » renvoyant à « ce qui est propre à opérer une sélection qui ne concerne ou ne retient que certains éléments à l'exception des autres »⁸⁸³, nous pouvons reconnaître à travers cette « forme typique du biais »⁸⁸⁴ la torsion interprétative qu'induit la focalisation exclusive de l'attention. La déformation de la signification que permet cette dernière se retrouve autant dans la capacité à conférer une apparence de justesse à des fausses relations que dans celle d'annuler « des résultats véritables »⁸⁸⁵. « Questions trop précises et spécifiques »⁸⁸⁶, « critères trop étroits »⁸⁸⁷, cette façon de créer des significations illusoire via un contexte isolé se représente via de multiples manières. D'ailleurs, John P.A. Ioannidis conclut son article en mettant en évidence l'importance de l'interprétation et de la « contextualisation des résultats de la recherche »⁸⁸⁸. L'importance de ces déformations interprétatives est d'une telle ampleur dans le champ de la recherche que l'auteur remarque que « souvent, les conclusions publiées ne font que refléter les biais les plus courants »⁸⁸⁹ ou encore, que « la plupart des conclusions sont fausses pour la plupart des protocoles et dans la plupart des domaines »⁸⁹⁰.

Alors, si le mécanisme de l'isolation psychique continue de passer inaperçu à ce jour, nous pouvons constater qu'il ne saurait se confondre avec le mécanisme ordinaire de la concentration. Il est bel et bien un mécanisme de défense du Moi, « qui revient en propre à la névrose de contrainte »⁸⁹¹ et dont les répercussions problématiques se distinguent radicalement des découpages et des limitations propres à une recherche scientifique ou à un champ d'application. Car à la différence du mécanisme ordinaire de la concentration, l'isolation psychique empêche le Moi de lier les représentations considérées à d'autres représentations, l'empêchant ainsi de changer de point de vue pour considérer le même phénomène sous un angle différent. Telle une boucle logique qui tend donc à se répéter, obsessionnellement, l'isolation empêche le Moi de reconnaître la signification erronée liée à l'ensemble clos considéré.

⁸⁸³ Dictionnaire CNRTL, *Sélectif*, 2021, <https://www.cnrtl.fr/definition/selectif>

⁸⁸⁴ Ioannidis, J. P-A. (2021). *Op. Cit.*, p. 446.

⁸⁸⁵ *Ibid.*

⁸⁸⁶ *Ibid.*, p. 453.

⁸⁸⁷ *Ibid.*

⁸⁸⁸ *Ibid.*

⁸⁸⁹ *Ibid.*, p. 452.

⁸⁹⁰ *Ibid.*, p. 451.

⁸⁹¹ Freud, S. (1926). *Op. Cit.*, p. 238.

Si ces erreurs de raisonnements ne sont pas si évidentes à repérer, tout du moins dès lors que le contexte continue d'être isolé, il est important de souligner que la fermeture d'esprit spécifique qui résulte de ces ruptures associatives est particulièrement sensible cliniquement, notamment quand le Moi est invité à prendre du recul et à faire certains liens logiques : tel un court-circuit de la pensée, l'obstination dont il peut alors faire preuve et les incompréhensions qui se manifestent laissent apparaître les répercussions du mécanisme de défense. Si les manifestations caractéristiques de ces ruptures de liens logiques ne transparaissent pas uniquement dans la clinique, cette dernière met cependant en évidence comment ces empêchements associatifs peuvent conduire le Moi à s'obstiner, à s'entêter et à éviter toute contradiction.

d) *L'herméticité des systèmes obsessionnels et ses répercussions institutionnelles : de l'Université à la société*

La confusion entre le raisonnement et le raisonnement obsessionnel induit donc un paradoxe conséquent dans la mesure où il conduit à confondre la connaissance et l'entendement avec des raisonnements hermétiques qui empêchent toute remise en question. Les clivages et les conflits qui en résultent sont particulièrement conséquents, tant dans la société où ces divisions et ces fonctionnements paradoxaux ⁸⁹² sont particulièrement saillants que dans les milieux scientifiques où le terme même de « communauté scientifique » s'est banalisé. À cet égard, la « séparation entre praticiens et chercheurs »⁸⁹³ que souligne Éric Laurent illustre le paradoxe épistémologique qui résulte de telles compartimentations, tout comme la parcellisation des champs de la recherche ou la « parcellisation des tâches »⁸⁹⁴ dans le champ de la médecine témoignent de l'écueil qui résulte de telles ruptures des liens logiques.

La dimension absurde et paradoxale du fonctionnement de la recherche actuelle a été très bien mise en évidence par Nicolas Guérin dans son article « L'impudence des tigres de papiers »⁸⁹⁵. Nous ne pouvons reprendre ici l'ensemble de ces articulations importantes, mais nous

⁸⁹² Rose, S. « Notre société, une réponse obsessionnelle ? », in *Cliniques méditerranéennes*, vol. 83, no. 1, 2011, pp. 235-248.

⁸⁹³ Laurent, É. « La crise post-dsm et la psychanalyse à l'âge numérique », in *La Cause du Désir*, vol. 87, no. 2, 2014, p. 147.

⁸⁹⁴ Bass, H-P., Vanier, A. et Mathelin-Vanier, C. « Psychanalyse et médecine, aujourd'hui », in *Le Journal des psychologues*, vol. 330, no. 8, 2015, p. 54.

⁸⁹⁵ Guérin, N. « L'impudence des tigres de papier », in *Essaim*, vol. 33, no. 2, 2014, pp. 15-27.

aimerions juste souligner le dévoiement de « la pratique citationnelle »⁸⁹⁶ que l'auteur met en évidence, notamment en ce qu'il souligne le biais interprétatif qui consiste à citer exclusivement certains auteurs tout en omettant, en excluant littéralement, d'autres auteurs :

« (...) les usages de la citation sont si significatifs dans les ouvrages et les articles de psychanalyse qu'il serait possible d'en constituer une typologie. L'on constate le plus souvent que peu d'auteurs sont cités et que les auteurs cités sont souvent les mêmes, à savoir l'analyste de l'auteur de la publication ou l'analyste ou les quelques analystes qui polarisent les transferts de l'association ou de l'École à laquelle le support de publication est plus ou moins lié. Cet état de fait, très répandu, entraîne inexorablement l'endogamie des citations et le conformisme des thèses soutenues. Il produit alors un appauvrissement général des travaux publiés, où font défaut aussi bien le sens critique que le débat authentique et l'originalité, quand ce n'est pas le souci de rigueur. Dans ces cas de figure, la référence-révérence n'apporte rien à la qualité de l'argumentaire (elle témoigne parfois même en quoi l'auteur ne lit plus les textes fondamentaux) et a une fonction essentiellement agrégative, qui permet à l'auteur de l'ouvrage ou de l'article de se faire représenter auprès de son groupe d'appartenance en tant qu'il cite un nom ou une thèse dominante qui tiennent lieu de signifiants maîtres par lesquels ledit groupe trouve sa consistance. S'ajoute à ces situations le cas de l'auteur-surtout-pas-cité ostracisé par l'association ou l'École en question et/ou honni par l'auteur de la publication, mais dont la présence dans le corps du texte brille par son absence ou n'est indiquée que sous forme allusive (« certains disent que... »). On peut alors parfois constater que l'auteur dont le nom est effacé n'influence pas moins les propos exposés dans la publication dont il s'agit. »⁸⁹⁷

Si le procès de la tendance à rendre non advenu apparaît de multiples manières au sein de certaines Écoles de psychanalyse ou au sein de l'Université, le renforcement de l'aliénation⁸⁹⁸ qui en résulte y apparaît également de plusieurs façons que Nicolas Guérin identifie, notamment en soulignant que « celui qui évite de citer ses sources ou qui plagie est donc, contre toute évidence, plus aliéné que jamais au nom de l'auteur qu'il s'échine à effacer. »⁸⁹⁹

De même, l'exclusion de la psychanalyse au sein de la Faculté révèle l'herméticité des systématisations qui tendent à s'y instituer en tant que « science », ce que remarque ainsi Sidi Askofaré :

« Que ce soit en médecine, ou encore plus radicalement en psychologie, il est évident désormais que la Faculté est de moins en moins le lieu où peut s'accomplir la rencontre avec la psychanalyse, ne serait-ce que comme savoir venant décompléter, déconstruire et subvertir les disciplines

⁸⁹⁶ *Ibid.*, p. 16.

⁸⁹⁷ *Ibid.*, pp. 16-17.

⁸⁹⁸ Cf. Du refus de l'aliénation à l'aliénation renforcée : l'hypostase du sujet, p.120.

⁸⁹⁹ Guérin, N. (2014). *Op. Cit.*, p.15-27.

académiques traditionnelles. C'est que l'avènement puis la dominance des neurosciences cognitives a complètement modifié le paysage épistémique dans les UFR⁹⁰⁰ de Psychologie. En effet, lesdites neurosciences cognitives – attelage politique comportant d'authentiques recherches et travaux scientifiques, une idéologie scientiste matinée d'ultra-libéralisme et leur exploitation comportementale et technicienne – ne constituent pas seulement un paradigme dominant en psychologie, par exemple. Elles sont en passe de devenir un paradigme exclusif. »⁹⁰¹

Cette dimension exclusive des neurosciences cognitives est caractéristique des conséquences problématiques qu'induisent les isolations psychiques : la consistance logique qui confère au système hermétique son apparence de scientificité ne peut se maintenir qu'à condition de maintenir cette exclusivité et, ainsi, de rejeter toute articulation et toute contradiction. Les neurosciences cognitives sont donc particulièrement exemplaires pour illustrer le paradoxe institutionnel que crée la confusion entre le fonctionnement obsessionnel et le fonctionnement scientifique :

« Jadis cantonnées dans le secteur de la psychologie générale, de la psychologie expérimentale et de l'ergonomie, elles se sont imposées dans toutes les sous-disciplines de la psychologie : de la psychologie du développement (cognitif) à la psychologie de la santé (en passe de supplanter la psychopathologie clinique), en passant par la neuropsychologie ou la psychologie sociale cognitive. Ce faisant, les neurosciences cognitives sont devenues la discipline reine qui livre l'alphabet, la grammaire et la syntaxe de tout ce qui s'enseigne dans les UFR de Psychologie. »⁹⁰²

Sidi Askofaré souligne les conséquences paradoxales de cette « idéologie scientiste »⁹⁰³ :

« Si les premières conséquences de leur domination furent principalement épistémiques, en ce qu'elles déterminent les problématiques et imposent leurs méthodes à tout le champ disciplinaire, on réalise aujourd'hui les incidences politiques de cette domination. Et ce que ce soit sur le plan des recrutements des chercheurs et des enseignants-chercheurs, des instances comme le Conseil National des Universités (CNU), ou dans les institutions para-universitaires et les organismes de recherche comme le Collège de France, l'Institut Universitaire de France, le Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS) ou l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM). Partout où la psychologie, en tant que discipline académique, était divisée entre des perspectives et des orientations différentes, en tension mais aussi en dialogue, domine désormais l'Un de la science du cerveau, le seul organe, à les croire, qui vaille ! En somme, l'Un de l'université n'est plus l'Un idéal de la vérité et du savoir à atteindre par différentes voies, méthodes et traditions

⁹⁰⁰ Unité de Formation et de Recherche

⁹⁰¹ Askofaré, S. « L'Université en éclats », in *Champ lacanien*, vol. 23, no. 2, 2019, pp. 114.

⁹⁰² *Ibid.*

⁹⁰³ *Ibid.*

épistémiques, mais l'Un exclusif d'un savoir total et totalitaire. C'est à proprement parler un éclatement de l'Université et la mort de son 'idée'. »⁹⁰⁴

La dimension exclusive et totalitaire du système hermétique apparaît ici distinctement, tout comme le fait que les confusions qu'il charrie conduisent inexorablement à dévoyer la fonction de l'institution. De même, la rupture du dialogue entre disciplines que souligne ici Askofaré illustre les conséquences logiques de ces systèmes pseudoscientifiques qui se structurent sur des ruptures associatives : en restant voilées, ces impossibilités symptomatiques d'établir des liens de causalités conduisent à « un éclatement de l'Université et à la mort de son 'idée'. »⁹⁰⁵

Comme Askofaré l'a très justement remarqué, « le champ de la psychologie universitaire n'est là qu'un symptôme »⁹⁰⁶. Aussi, le repérage de la structure permet de remarquer que ce symptôme tend à se déplacer de multiples manières au sein de l'Université tout comme il continue de se déplacer et de se voiler au sein de la société. En effet, ces systématisations obsessionnelles qui se présentent comme rationnelles ou scientifiques engendrent autant de clivages et de fonctionnements paradoxaux, ce qui n'empêche pas leur structure obsessionnelle de continuer à se dissimuler derrière la multiplicité des formes qu'ils revêtent. C'est d'ailleurs à ce niveau que la clinique psychanalytique apparaît comme fondamentale, en ce qu'elle permet précisément de dégager la structure signifiante commune à ces systèmes bornés et illusoire qui s'instituent au sein de la société sous des formes d'apparence hétérogène. Systèmes familiaux⁹⁰⁷, religieux⁹⁰⁸, politiques⁹⁰⁹, économiques⁹¹⁰, thérapeutiques⁹¹¹, méthodologiques⁹¹², les ruptures associatives qui permettent de confondre des illusions systématisées avec des systèmes théoriques se repèrent autant dans la rigidité, la répétitivité et l'herméticité de leur fonctionnement que dans les conséquences délétères de l'erreur de raisonnement qui se voile.

Dans le champ de la politique, par exemple, cette pensée magique qui se présente comme rationnelle et pragmatique a de lourdes répercussions. Askofaré remarque la dimension

⁹⁰⁴ *Ibid.*, p. 114-115.

⁹⁰⁵ *Ibid.*, p. 115.

⁹⁰⁶ *Ibid.*

⁹⁰⁷ Todd, E. *La diversité du monde*, Paris, Éditions du Seuil, 1984.

⁹⁰⁸ Jones, E. *Psychanalyse, Folklore, Religion*, Paris, Payot, 1973.

⁹⁰⁹ Bock-Côté, M. *Le multiculturalisme comme religion politique*, Paris, les Éditions du Cerf, 2019.

⁹¹⁰ Stiglitz, J. *La grande désillusion*, Paris, Fayard, 2002.

⁹¹¹ Even, P. et Debré, B. *Avertissement aux malades, aux médecins et aux élus*, Paris, Le cherche midi éditeur, 2002.

⁹¹² Jureidini, J., McHenry, L. *The illusion of Evidence-Based Medicine (Exposing the crisis of credibility in clinical research)*, South Australia, Wakefield Press, 2020.

fantasmatique de ce qu'il qualifie précisément de « guise de la politique »⁹¹³, reprenant ainsi l'analyse que fait Hannah Arendt :

« Les hommes d'action, pour autant qu'ils estiment être maîtres de leur avenir, sont toujours tentés de se rendre également maîtres du passé. Alors que l'action les attire et qu'ils sont également férus de théorie, il est peu probable qu'ils fassent preuve de la même patience que le spécialiste des sciences de la nature qui attendra que ses théories ou ses explications hypothétiques aient été confirmées ou réfutées par les faits. Ils seront tentés, par contre, de faire concorder la réalité envisagée par eux – qui, après tout, est un produit de l'action humaine et aurait donc pu prendre une autre forme – avec leurs théories, écartant ainsi mentalement sa *contingence* déconcertante. »⁹¹⁴

L'annulation rétroactive par laquelle le Moi conditionne le signifiant, maîtrisant ainsi illusoirement autant le passé que l'avenir, se retrouve dans cette façon de « faire concorder la réalité envisagée par eux (...) avec leurs théories, écartant ainsi mentalement sa contingence déconcertante. »⁹¹⁵ Hannah Arendt saisit comment ces systèmes illusoire se confondent avec de véritables théorisations, soulignant ainsi autant leur dimension hermétique que le biais de raisonnement qui leur donne leur consistance logique. Avant de reprendre plus en avant différentes illustrations de fausses solutions qui se présentent comme rationnelles et pragmatiques, il est important de remarquer que ces boucles logiques qui conditionnent ces illusions politiques sont isolées logiquement des autres représentations qui viendraient les dissiper et, notamment, de leurs propres conséquences dramatiques.

De l'obscurantisme religieux⁹¹⁶ au fanatisme de la *cancel culture*⁹¹⁷, de l'ostracisme du *politiquement correct*⁹¹⁸ aux clivages communautaires⁹¹⁹, de l'illusion capitaliste⁹²⁰ aux illusions qui sous-tendent le climato-scepticisme⁹²¹, le refus de l'évolutionnisme ou encore le rejet catégorique de la psychanalyse et de ses résultats⁹²², ne pouvons-nous pas remarquer

⁹¹³ Askofaré, S. *D'un discours l'Autre – La science à l'épreuve de la psychanalyse*, Toulouse, Presses Universitaires du Mirail, 2013, p. 297.

⁹¹⁴ Arendt, H. « Du mensonge en politique », in *Du mensonge à la violence. Essais de politique contemporaine*, Paris, Calmann-Levy, 1972, pp. 22-23

⁹¹⁵ *Ibid.*

⁹¹⁶ Dachez, R. *Histoire de la médecine – De l'Antiquité à nos jours*, Paris, Éditions Tallandier, 2012.

⁹¹⁷ Dershowitz, A. *Cancel Culture, The latest Attack on free speech and due process*, New York, Skyhorse Publishing, 2020.

⁹¹⁸ Bock-Côté, M. *L'empire du Politiquement correct*, Paris, les Éditions du Cerf, 2020.

⁹¹⁹ Bock-Côté, M. (2019). *Op. Cit.*

⁹²⁰ Todd, E. *L'illusion économique*, Paris, Éditions Gallimard, 1998.

⁹²¹ Oreskes, N., Conway, E., *Les marchands de doutes*, Paris, Éditions le Pommier, 2014.

⁹²² Visentini, G. *L'efficacité de la psychanalyse*, Paris, Presses Universitaires de France / Humensis, 2021.

comment le même biais interprétatif se représente au sein de systèmes hermétiques qui figent des significations illusoires tout en excluant tout savoir qui viendrait les dissiper ?

Si nous ne pouvons pas développer ici plus en détail chacun de ces systèmes illusoires afin de mettre en évidence les méprises sur lesquelles ils se structurent, il nous semble cependant important de les évoquer pour illustrer la multiplicité des formes que revêtent ces obsessions voilées.

Et pour cause, il peut exister autant de raisonnements obsessionnels qu'il peut exister de possibilités d'amalgamer et d'isoler entre elles des représentations.

Comme nous l'avons précisé précédemment, la clinique psychanalytique permet de distinguer le raisonnement obsessionnel dans la mesure notamment où il tend à s'ériger en résistance à l'égard des libres associations. En empêchant d'établir des liens logiques entre certaines représentations, l'isolation psychique se repère à travers une forme spécifique d'obtusité et de fermeture d'esprit qui dissonne d'autant plus que le Moi du névrosé peut par ailleurs faire preuve de beaucoup de compréhension et d'intérêt pour des idées différentes. Par l'entêtement obstiné qu'il peut alors manifester, par le refus catégorique de toute discussion ou encore par l'adhésion manifeste à des thèses spécieuses malgré la reconnaissance des contradictions qu'elles impliquent, ces ruptures associatives qui interdisent certains liens logiques peuvent donner l'apparence d'une certaine mauvaise foi. Or la clinique de la névrose obsessionnelle met précisément en évidence que cette image de tromperie témoigne de la résistance que mène le Moi pour se défendre de représentations insupportables. Autrement dit, l'isolation psychique conduit le Moi de l'obsédé à être particulièrement aveuglé par sa foi et, ainsi, à commettre des erreurs de bonne foi.

e) L'erreur de bonne foi et l'obscurantisme scientifique : la confusion entre le système obsessionnel et le système rationnel

Lacan a mis en évidence tout au long de son enseignement les mécompréhensions qui désorientaient littéralement la théorie freudienne et la pratique clinique. Voici ce qu'il peut souligner quant à l'erreur de bonne foi :

« De notre position de sujet, nous sommes toujours responsables. Qu'on appelle cela comme on veut, du terrorisme. J'ai le droit de sourire, car ce n'est pas dans un milieu où la doctrine est

ouvertement matière à tractations, que je craindrais d'offusquer personne en formulant que l'erreur de bonne foi est de toute la plus impardonnable. »⁹²³

Si l'erreur de bonne foi ne concerne pas uniquement le Moi du névrosé obsessionnel, elle s'y distingue dans la mesure où les isolations psychiques permettent de la cristalliser et de la systématiser. Ceci vient souligner cette particularité que Freud mettait déjà en évidence quand il découvrait le fonctionnement paradoxal du Moi du névrosé obsessionnel⁹²⁴, soit ce double mouvement de méfiance et de crédulité à travers lequel il se révèle être à la fois un grand sceptique et un grand croyant.

Mais si la dimension irrationnelle de ces croyances peut se repérer facilement dans un certain nombre de superstitions et de rituels religieux⁹²⁵, elle peut aussi s'instituer au nom de la raison dans de nombreux domaines reconnus comme dénués de superstitions : idéologie politique⁹²⁶, illusion économique⁹²⁷, *transhumanisme*⁹²⁸, intelligence artificielle⁹²⁹, *Postcolonial Theory*⁹³⁰, *Critical race Theory*⁹³¹, *Feminisms and Gender studies*⁹³² ou encore systèmes athéoriques dans le champ médico-psychologique⁹³³ qui se présentent comme scientifiques⁹³⁴ ; l'illusion de logique que l'isolation psychique confère à des ensembles clos de représentations leur donne l'apparence de modèles et de théories.

Or, ces systèmes qui se présentent comme objectifs et scientifiques se structurent précisément sur des erreurs d'interprétations, c'est-à-dire sur des amalgames cristallisés qui ne peuvent être remis en question. Ils ont ainsi des répercussions paradoxales au sein de la société qui s'illustrent par des fonctionnements absurdes et délétères, des méprises systématiques, des

⁹²³ Lacan, J. (1966). « La science et la vérité », in *Écrits II*, Paris, Éditions du seuil, 1999, p. 339.

⁹²⁴ Freud, S. (1909). « Remarques sur un cas de névrose de contrainte », in *Œuvres Complètes, Vol. IX*, Paris, PUF, 1998, p. 179.

⁹²⁵ Jones, E. *Psychanalyse, Folklore, Religion*, Paris, Payot, 1973.

⁹²⁶ Stiglitz, J. (2002). *Op. Cit.*

⁹²⁷ Todd, E. *L'illusion économique*, Paris, Éditions Gallimard, 1998.

⁹²⁸ Vergely, B. *Transhumanisme : la grande illusion*, Paris, Le Passeur, 2019.

⁹²⁹ Miller, J-A. « Google » in *La Cause du Désir*, vol. 97, no. 3, 2017, pp. 77-77.

⁹³⁰ Pluckrose, H., Lindsay, J. *Cynical theories*, USA, Swift Press, 2021, pp. 67-88.

⁹³¹ *Ibid.*, pp. 111-134.

⁹³² *Ibid.*, pp. 135-158.

⁹³³ American Psychiatric Association. (2015). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

⁹³⁴ Sauvagnat, F. « Actualité de l'évaluation de la « Médecine basée sur les preuves » » in *La Cause freudienne*, vol. 57, no. 2, 2004, pp. 102-106.

conflits, des divisions et des dissensions. Les erreurs sur lesquelles reposent les systèmes illusoires ont de nombreuses et fâcheuses répercussions, à commencer par l'amalgame qui assimile la singularité et la particularité. Dans un article remarquable, Erik Porge reprend deux énoncés de Lacan qui peuvent sembler paradoxaux et qui traitent d'un « problème de société dramatique, la ségrégation »⁹³⁵ :

« Je crois qu'à notre époque, la trace, la cicatrice de l'évaporation du père, c'est ce que nous pourrions mettre sous la rubrique et le titre général de la ségrégation. Nous croyons que l'universalisme, la communication de notre civilisation homogénéise les rapports entre les hommes. Je pense au contraire que ce qui caractérise notre siècle, et nous ne pouvons pas ne pas nous en apercevoir, c'est une ségrégation ramifiée, renforcée se recoupant à tous les niveaux qui ne fait que multiplier les barrières, rendant compte de la stérilité étonnante de tout ce qui peut se passer dans tout un champ. »⁹³⁶

Le second énoncé de Lacan est le suivant :

« Abrégeons à dire que ce que nous en avons vu émerger, pour notre horreur, représente la réaction de précurseurs par rapport à ce qui ira en se développant comme conséquence du remaniement des groupements sociaux par la science, et nommément de l'universalisation qu'elle y introduit. Notre avenir des marchés communs trouvera sa balance d'une extension de plus en plus dure des procès de ségrégation »⁹³⁷

En reprenant alors le carré logique d'Aristote et les développements de Pierce, Erik Porge se pose alors la question : « comment l'universel est-il facteur de ségrégation ? » :

« Un individu quelconque, un parlêtre, s'attache à des *particularités* identifiantes. Ces particularités ne sont cependant pas sa *singularité* de sujet et il ne doit pas méconnaître que le fondement de l'identification singulière (comme terme universel) réside dans la case vide du sujet de l'inconscient. S'il le méconnaît ou l'oublie, alors c'est une particularité quelconque qui est érigée comme universelle et cela donne lieu à ce qu'on a pu appeler 'la dictature (l'universalisation) des identités'⁹³⁸ avec ses formes diverses de ségrégation et de communautarismes divers. »⁹³⁹

⁹³⁵ Porge, E. « Un malaise dans la psychanalyse », in *Essaim*, vol. 46, no. 1, 2021, p. 13.

⁹³⁶ Lacan, J. « Intervention à l'exposé de Michel de Certeau », Congrès de Strasbourg, octobre 1968, in *Lettres de l'École Freudienne*, Paris, n° 7.

⁹³⁷ Lacan, J. « Proposition du 9 octobre 1967 sur le psychanalyste de l'École », in *Autres écrits*, Paris, Le Seuil, 2001, p 257.

⁹³⁸ Dubreuil, L. *La dictature des identités*, Paris, Gallimard, 2019, p. 91.

⁹³⁹ Porge, E. (2021), *Op. Cit.*, p. 14.

À travers cette articulation, nous voyons comment l'amalgame qui confond la particularité et la singularité est à la source de clivages qui divisent autant nos sociétés⁹⁴⁰ que l'organisation du champ médico-psychologique en une infinité de spécialisations (clinique de l'addiction, de la dépression, du travail, du burn out, etc...)

Mais le comble de la méprise et du paradoxe qu'introduisent ces systèmes hermétiques, c'est que, non seulement ils institutionnalisent des fonctionnements absurdes et délétères au nom du respect de l'humanité et de l'identité, mais ils conduisent en même temps à rejeter catégoriquement des systèmes rationnels au nom de ces mêmes confusions. Ainsi, l'obscurantisme scientifique qui résulte de ces systèmes obsessionnels est d'autant plus redoutable que ces derniers interdisent tout mouvement dialectique au nom de la science et de l'humanisme.

Michel Lapeyre et Marie-Jean Sauret ont très bien repéré le paradoxe qu'induisent ces systèmes pseudo-scientifiques qui excluent la singularité :

« Les psychologues comportementalistes ont fort bien vu qu'ils n'arrivent pas à saisir par leur méthode ce qui fait la spécificité « intégrale » d'un individu – puisque les études reposent sur une moyenne de mesures : les caractéristiques concrètes sont effacées au profit d'un individu moyen qui n'a aucune existence. La démultiplication des méta-analyses n'y changera rien : elle n'équivaudra jamais à la rencontre d'un sujet concret qui engage jusqu'à son être dans la relation avec un véritable clinicien. »⁹⁴¹

Les auteurs soulignent alors l'imposture de ce qu'ils n'hésitent pas à qualifier de « fausse science » :

« De fait, les tenants de la démarche expérimentale tentent de compenser ce ratage de deux façons. D'une part en essayant de découper chaque individu en une multitude d'éléments au fur et à mesure que l'amélioration des outils statistiques permet d'affiner la description : ils en rajoutent sur l'étude des particularités. Aussi précise que soit la mesure d'une particularité, elle n'équivaudra jamais à ce qui fait le réel d'un sujet. La démarche est comparable à celle de l'homme qui ayant perdu de nuit les clefs de son véhicule dans une ruelle sombre va les chercher dans l'avenue à côté parce que là, au moins, il y a de la *lumière* ! Répétons-le ici à destination de ceux de nos amis qui espèrent qu'une

⁹⁴⁰ Vanier, A. « Pratiques et politique de la psychanalyse : la ségrégation aujourd'hui », in Claude Boukobza éd., *La psychanalyse, encore !*, Érès, 2006, pp. 9-14.

⁹⁴¹ Lapeyre, M., Sauret, M-J. « La psychanalyse avec la science », in *Cliniques méditerranéennes*, vol. n° 71, no. 1, 2005, p. 162.

voie médiane existe entre la démarche psychanalytique et la démarche expérimentale : il n'est pas scientifique d'étudier la singularité par des moyens qui l'effacent. Il ne peut s'agir alors que de fausse science. »⁹⁴²

La dimension absurde de ces systèmes pseudo-scientifiques apparaît ici clairement, tout comme le biais obsessionnel qui consiste à faire fi de la singularité en focalisant l'attention de manière exclusive sur un ensemble clos de particularités :

« ... si la singularité n'est pas mesurable, on peut toujours compter des individus côte à côte, pour faire valoir des caractéristiques statistiquement significatives – en inventant une théorie pour le coup contradictoire avec les exigences de la science moderne, la théorie selon laquelle un *échantillon réduit* ne permet pas de conclure, ni *a fortiori*, une seule étude de cas. Mais pour ce qui est de l'étude de la singularité, aucun échantillon aussi grand soit-il ne sera significatif ! En effet, l'échantillonnage pose par principe que des individus sont comparables du point de vue de critères d'inclusion qu'ils ont en commun : ce qui exige d'élaguer tout ce qui relève de la singularité (nom, prénom, rapport au sexe et à la jouissance ; pas forcément fantasme et symptôme en tant que tels, mais ce que le sujet en fait...) »⁹⁴³

En se focalisant exclusivement sur certains « critères d'inclusion »⁹⁴⁴ et en excluant « ce qui relève de la singularité »⁹⁴⁵, le biais interprétatif obsessionnel induit inexorablement des fallacieux raisonnements. Michel Lapeyre et Marie-Jean Sauret soulignent cette tendance du chercheur à se « focaliser »⁹⁴⁶. Ils remarquent la dimension absurde de ces recherches pseudo-scientifiques et de leurs résultats, mettant en même temps en exergue leurs conséquences dramatiques :

« La démarche entraîne au moins deux conséquences dramatiques. La première réside dans le fait que le rejet de la singularité, et des solutions adoptées par le sujet pour se lier aux autres, amène le chercheur à se focaliser sur la répartition des particularités et à adopter le critère de normalité statistique comme critère du fonctionnement psychique. Du coup n'importe quel comportement (porter son chapeau, manger des pizzas, utiliser son ordinateur, etc.) est susceptible d'une évaluation contribuant toujours plus au mépris de la singularité. Parfois d'une façon dont nous ririons si les conséquences n'étaient pas tragiques. »⁹⁴⁷

⁹⁴² *Ibid.*, p. 162.

⁹⁴³ *Ibid.*

⁹⁴⁴ *Ibid.*

⁹⁴⁵ *Ibid.*

⁹⁴⁶ *Ibid.*

⁹⁴⁷ *Ibid.*

Face aux conséquences délétères de telles systématisations, il est important de mettre en évidence qu'elles constituent de véritables formations symptomatiques : elles se structurent précisément sur des ruptures d'articulations logiques et ne sont donc pas accessibles à la discussion.

f) *La dimension symptomatique de la systématisation*

Pour illustrer comment le système obsessionnel constitue une formation de compromis symptomatique, voici comment madame I. justifie « *philosophiquement* » la haine qu'elle ressent, en la considérant exclusivement comme une conséquence logique de la société capitaliste :

« J'ai toujours les mêmes obsessions. Je n'arrive pas à travailler, je suis trop obsédée par la religion. J'ai cette idée curieuse selon laquelle le monde est foncièrement anti-chrétien. Et que c'est à cause de ce monde moderne anticlérical que je refuse de me faire une place dans la société. C'est comme si je trahissais mes parents alors que je sais que ce n'est pas aussi important pour eux. Je suis attachée au christianisme. Mais je ne suis pas croyante au fond... J'ai le cul entre deux chaises existentiellement. Quand je parle de la haine du monde anticlérical, c'est significatif. C'est comme si finalement c'est une idée obsédante que je déplace sur la religion et sur la foi, c'est ma manière à moi de retourner sur le monde une pulsion violente que d'habitude je retourne sur moi-même. C'est une haine que je dois contenir. Donc la vraie question à me poser, c'est pourquoi autant de haine ? Parce que je ne réussis pas à me faire une place et en même temps, je crois que je me prends pour Dieu moi-même. »

Cet extrait met bien en évidence comment le Moi tend à systématiser son obsession, ici au nom de la religion. Ceci illustre la fonction de compromis symptomatique que joue le système obsessionnel au regard de la « *haine* » et de la « *pulsion violente* » qu'il permet de contenir.

Du fait de cette fonction défensive, le système obsessionnel s'avère alors imperméable à la discussion et à la remise en question : qu'il prenne les appareils de la religion, de la politique ou de la science, le raisonnement erroné est une formation de compromis symptomatique si bien que le Moi ne peut difficilement y renoncer sans le travail des libres associations, comme le montre cette séance.

Au-delà de l'impasse dialectique qu'engendre cette obstination symptomatique en se confondant avec le soutien d'un raisonnement cohérent, et au-delà du déchainement passionnel

que peut provoquer toute contradiction de ces fallacieuses corrélations, il est possible de remarquer comment le système permet au Moi d'exprimer la haine de manière voilée en la légitimant en fonction de ces mêmes corrélations. Le repérage des causalités erronées et bornées que recouvrent ces systématisations permet de constater qu'en s'institutionnalisant, au nom du bon sens, de l'ordre et de la justice, elles ont de lourdes conséquences sociales.

Par exemple, Madame Z. se reconnaît comme quelqu'un « *de gauche* » qui ne « *supporte pas les discours d'extrême droite* ». Elle dit que ces discours devraient être interdits et précise avec véhémence qu'elle déteste les racistes et les homophobes. Quand nous lui faisons gentiment remarquer qu'elle utilise à leur égard les mêmes termes haineux, elle dit que sa rage est légitime car elle défend la liberté, alors que les autres, dit-elle, « *il faudrait tous les brûler.* »

Des guerres de religions⁹⁴⁸ aux guerres entre nations, des guerres civiles aux guerres intestines, l'histoire de nos sociétés⁹⁴⁹ n'illustre-t-elle pas comment de fausses corrélations systématisées peuvent justifier une multitude d'exactions ?

L'hérétique, le protestant, le gauchiste, le musulman, le nationaliste, le mécréant, le capitaliste, le juif, le raciste, n'importe quel signifiant ne peut-il pas finalement représenter, en fonction du système borné qui s'est cristallisé, la figure projetée de cette haine intérieure, innommable, que le Moi s'évertue à méconnaître ?

La clinique psychanalytique éclaire ainsi la fonction défensive secondaire du système obsessionnel : si l'être peut souffrir des pensées absurdes qui l'encombrent, de ses ruminations intempestives, de sa difficulté à se concentrer ou encore de son incapacité à penser avec discernement, le Moi peut alors s'aliéner à ces symptômes en les annulant rétroactivement et en les systématisant. Mais en faisant disparaître littéralement la signification névrotique de ses symptômes à travers un raisonnement isolé où le phénomène symptomatique acquiert la signification illusoire d'un phénomène valorisé, le raisonnement isolé devient lui-même particulièrement contraignant, il devient obsédant. Autrement dit – et ceci illustre bien l'impasse dialectique obsessionnelle – le raisonnement isolé par lequel le Moi dévoie la signification de ses troubles devient lui-même un symptôme secondaire.

⁹⁴⁸ Lacan, J. (1973). « Introduction à l'édition allemande d'un premier volume des *Écrits* », in *Autres écrits*, Paris, Éditions du Seuil, 2001, p. 557.

⁹⁴⁹ Todd, E. *L'invention de l'Europe*, Paris, Éditions du Seuil, 1996.

Cette « magie négative »⁹⁵⁰ que le génie freudien a permis de découvrir permet de mieux cerner pourquoi le fonctionnement obsessionnel réussit à se dissiper tout en se représentant socialement, ce que Sébastien Rose a très bien remarqué, « plus on le nie, plus on le rend présent. »⁹⁵¹

Alors, s'il a fallu attendre Freud pour découvrir cette névrose de l'isolation qui ne cesse d'annuler rétroactivement ses propres manifestations, il n'est pas impossible de remarquer comment la découverte freudienne continue de buter sur ces mêmes illusions⁹⁵². D'ailleurs, si ces systèmes hermétiques charrient la signification de systèmes scientifiques et si la signification pathologique des systèmes obsessionnels n'est pas reconnue à ce jour dans le champ de la psychopathologie, il n'est pas impossible de considérer que cette difficulté à les reconnaître comme des symptômes à part entière repose également sur des ruptures associatives. Ceci est d'autant plus probant que Freud mettait clairement en évidence l'importance de ces « configurations de symptômes » :

« D'autres configurations de symptômes, celles de la névrose de contrainte et de la paranoïa, acquièrent une haute valeur pour le moi, parce qu'elles lui apportent non pas des avantages, mais une satisfaction narcissique dont autrement il serait privé. Les formations de système des névrosés de contrainte flattent leur amour-propre en leur faisant miroiter qu'ils seraient, parce que particulièrement pur ou scrupuleux, des hommes meilleurs que d'autres. »⁹⁵³

À travers cette perspective dynamique que Freud a mise en évidence, « les formations de système des névrosés de contraintes » peuvent donc être considérées comme des symptômes secondaires, et plus précisément comme une tentative pour le Moi de canaliser la dérive obsessionnelle de sa pensée.

g) Les troubles du raisonnement et les erreurs de jugement

Pour mieux saisir la fonction défensive des systèmes obsessionnels, il est important de mettre en évidence que les méprises que génèrent les isolations peuvent produire beaucoup de souffrance et de confusion. Par cette tendance à tordre défensivement les significations, le

⁹⁵⁰ Freud, S. (1926). *Op. Cit.*, p. 236.

⁹⁵¹ Rose, S. (2011). *Op. Cit.*, p. 235.

⁹⁵² Cottet, S. « La boussole de Freud », in *La Cause du Désir*, vol. 90, no. 2, 2015, pp. 15-21.

⁹⁵³ Freud, S. (1926). *Op. Cit.*, p. 217.

mécanisme défensif induit des erreurs de jugement et des troubles du raisonnement particulièrement déroutants. Et pour cause, dès lors que des représentations anodines peuvent prendre pour le Moi une valeur démesurément grande ou que des représentations essentielles peuvent être traitées comme des détails sans intérêt, c'est la rectitude du jugement qui se trouve affectée par le mécanisme obsessionnel : difficultés à penser logiquement, à prioriser, à s'organiser, à aller à l'essentiel. Les biais logiques que produisent les ruptures associatives peuvent laisser le névrosé en grande difficulté et dans une grande perplexité. Ces troubles du raisonnement témoignent des difficultés qu'induisent les ruptures des corrélations causales. En rompant certains liens de causalités, le Moi peut dénier des articulations logiques évidentes si bien qu'il peut être conduit à réfuter, en toute bonne foi, des liens de causalité avérés, tout comme il peut être empêché de réfuter des propositions erronées et contradictoires. Cette tendance à compartimenter et cette difficulté à synthétiser qui résulte des ruptures des liens de causalités peut donc engendrer beaucoup de confusions.

La très grande acuité dont peut faire preuve le névrosé obsessionnel à bien des égards contraste ainsi grandement avec les troubles du raisonnement qui peuvent l'affecter. L'inconséquence qui en résulte peut d'ailleurs s'amplifier à mesure que le Moi tente de résoudre ces troubles par la réflexion : il peut ainsi rentrer dans un combat intellectuel stérile et chronophage pour lequel le terme de *folie du doute* rencontre toujours un certain écho⁹⁵⁴. Cette confusion peut ainsi le conduire à rester figé dans une incapacité à prendre des décisions, à juger, à raisonner, à faire des choix. Et s'il peut facilement s'essayer en vain à imaginer toutes les possibilités d'une situation pour mieux être à même de prendre une décision, peser inlassablement le pour et le contre, il est alors grandement susceptible de perdre son temps dans des délibérations interminables qui accaparent sa libido. Non seulement le fourvoiement de son jugement peut nourrir son inertie et sa procrastination, mais il l'entraîne également à prendre des décisions qu'il regrette. Ceci se repère cliniquement, le Moi du névrosé obsessionnel peut se plaindre de faire régulièrement des mauvais choix, de prendre de mauvaises décisions. L'écueil est d'autant plus perturbant pour lui qu'il passe un temps important à délibérer intérieurement. Cette problématique laisse alors apparaître l'impasse logique qu'induisent les ruptures associatives. Non seulement celles-ci empêchent le Moi d'accéder à certaines significations qui lui permettraient de prendre de bonnes décisions, mais elles le conduisent également à adhérer à des solutions illusoire ; en se focalisant exclusivement sur des détails aux dépens de l'essentiel,

⁹⁵⁴ Legrand du Saulle, H. (1875). *La folie du doute (avec délire du toucher)*, Toulouse, Éditions Privat, 1998.

il peut ainsi prendre des mauvaises résolutions tout en pensant prendre de bonnes décisions et faire des choix qui paraissent justes à court terme mais qui s'avèrent délétères à long terme.

Autrement dit, la fausse compréhension illusoire que produit la focalisation exclusive de l'attention conduit le Moi à se focaliser sur des solutions contingentes tout en pensant s'occuper de l'essentiel.

Au-delà des solutions illusoires qu'elle induit, la focalisation exclusive de l'attention peut conduire le Moi à se perdre dans une succession de pensées et de tâches qui monopolisent son attention. Focalisé dans un espace-temps isolé qui l'empêche de prendre du recul, par exemple en entravant la considération d'un certain nombre de responsabilités ou de priorités, le Moi du névrosé obsessionnel peut ainsi décrire des moments d'absence, hors temps, dans lesquels il est littéralement accaparé : retards récurrents, gestion difficile de l'emploi du temps, des priorités, manquement vis-à-vis de ses engagements, manque de perspective, le mécanisme obsessionnel a de nombreuses répercussions psychopathologiques.

Alors, si ces œillères psychiques peuvent permettre au Moi de se défendre, si elles lui permettent de se concentrer exclusivement sur un ensemble clos de représentations tout en faisant disparaître illusoirement les représentations dérangeantes, elles induisent en même temps de nombreuses problématiques symptomatiques.

h) Les solutions illusoires et leurs conséquences délétères : le paradoxe obsessionnel

Ainsi, la focalisation obsessionnelle engendre une problématique conséquente dans la mesure où elle peut conduire le Moi à prendre des décisions absurdes tout en pensant prendre des bonnes décisions. Si la clinique permet de remarquer comment cela peut conduire à déplacer sans cesse une problématique en mettant en place, systématiquement, des solutions à court terme qui lui apparaissent comme de bonnes solutions, elle met en lumière les conséquences sociales problématiques que peuvent générer ces illusions. Nous l'avons déjà développé à plusieurs reprises en considérant les fonctionnements systématisés qui clivent le champ médico-psychologique, les thérapies dites « brèves » tout comme un grand nombre de traitements médicamenteux focalisés promeuvent précisément leur semblant d'efficacité en se basant sur ce type d'erreurs de raisonnement, soit en focalisant l'attention exclusivement sur des effets ciblés et à court terme.

Pour illustrer la boucle logique isolée sur laquelle repose l'erreur de raisonnement qui sous-tend la plupart des traitements ciblés au sein du champ médico-psychologique, nous pouvons nous appuyer une nouvelle fois sur les paroles de Monsieur X. :

« Pour me contrôler de manière inconsciente, je reste dans le déni. Je vais essayer de sortir tous les problèmes et les frustrations. Chaque fois, j'identifie quelque chose qui ne me plaît pas et je vais essayer de le résoudre. « Si je fais ceci ou cela, je vais me soigner ». C'est comme-ci c'était un taureau dans un combat de taureaux : je m'impose un leurre, je veux coûte que coûte, de manière déterminée, résoudre ce problème-là. Il y a plein d'exemples : je vais essayer de m'imposer, d'avoir plus en confiance en moi, ne plus être un enfant. Je commence à traiter le problème en croyant que c'est ce qui mène à mon problème de contrôle excessif. Ce n'est pas intuitif de dire : je ne règle pas le problème, je reste dans le déni et j'essaie de m'occuper avec plein de problèmes qui ne sont pas importants mais ce n'est pas ce que je peux soigner dans cette cure. Je me pose des problèmes comme si c'était une carotte. C'est comme des étapes intermédiaires pour connaître le problème principal dont je souffre. Plus le temps avance, plus les problèmes deviennent plus compliqués. Au début, j'identifiais des choses simples : le travail, le stress... je travaille beaucoup, je ne vois pas assez mes amis, ma famille... Plus le temps avance, plus ça devient des problèmes complexes : je veux avoir confiance en moi, mûrir, ne pas être traité comme un enfant. Alors que ça je l'ai imaginé... c'est ça l'ironie. Quand je pense à ce problème-là, je pensais qu'il y avait un problème qui était d'être traité comme un gamin par mes parents. J'ai créé un problème pour essayer de le traiter. A un moment, je n'arrivais pas à identifier un problème clair. A ce moment-là, je vais plus loin, je vais essayer de me mettre dans le cerveau qu'il y a un problème pour rester dans ce problème, pour patauger... et à la fin, je me rends compte que ce problème ne venait pas d'un autre que de moi. Je me crée des problèmes exprès pour rester dans cette spirale de résolution de problème à l'infini. »

« Si je fais ceci ou cela, je vais me soigner » : cette séance de Monsieur X. illustre la boucle logique isolée sur laquelle reposent les illusions de guérison qui se représentent aujourd'hui dans le champ médico-psychologique, tout comme elle met en lumière la dimension symptomatique de ces systématismes obsessionnels, de cette « spirale de résolution de problème à l'infini. »

Alors, si ces fausses solutions thérapeutiques qui se présentent comme scientifiques ont des répercussions aussi catastrophiques au sein du champ de la santé, il est possible de mesurer l'ampleur des répercussions qu'induisent ces solutions illusoire en se représentant au sein des idéologies politiques et économiques qui orientent nos sociétés⁹⁵⁵.

⁹⁵⁵ Stiglitz, J. (2002). *Op. Cit.*

Pour mieux cerner les répercussions des erreurs de raisonnement au sein de la société, nous pouvons nous appuyer sur la clinique afin d'identifier les effets paradoxaux qu'induisent ces fallacieuses solutions dans la vie du névrosé obsessionnel. Monsieur W. vient nous rendre visite sur les conseils d'un ami qui s'inquiète pour lui alors que lui-même ne « *voit pas le problème* ». Très rapidement, il se rend compte qu'il est de mauvaise foi avec lui-même. Il se plaint alors d'avoir une vie de « *robot* », de vivre comme un « *mort-vivant* », coupé de ses émotions et de son désir :

« Je fais tout le temps. Je ne sais que déplacer, en pensant que c'est moins fouillis mais c'est toujours le bordel. J'ai l'impression qu'il faut toujours balayer le négatif et penser au positif. Je subis ma vie, je ne suis pas acteur. Je vais toujours chercher une image positive de moi mais je ne vais pas chercher à aller mieux au fond. C'est comme s'il y avait une sorte de feu en moi et que je passe le balai. J'ai un postulat logique que le feu dans la voiture va s'éteindre alors que ça peut exploser. Je vais être optimiste avec des choses alarmantes et au contraire, je vais être pessimiste avec des choses anodines. »

Les associations libres de Monsieur W. illustrent très bien les conséquences de la focalisation obsessionnelle et des fausses solutions qu'elle induit. La tendance à commander illusoirement la vérité apparaît remarquablement dans cette séance : Monsieur W. efface le « *négatif* » en pensant au « *positif* », il fait ainsi disparaître les représentations négatives en « soufflant dessus »⁹⁵⁶, en les annulant rétroactivement. Si nous pouvons voir dans les paroles de Monsieur W. les conséquences délétères d'une telle stratégie défensive, celles-ci soulignent une nouvelle fois que la plupart des thérapies actuelles se structurent précisément sur des formes d'annulations rétroactives systématisées, soit sur des modalités pseudo-scientifiques de s'illusionner. La systématisation de ce procédé défensif conduit à confondre un soin psychique avec une façon illusoire de commander la vérité, donc avec une manière de fuir le phénomène dérangeant, le symptôme, en le déplaçant systématiquement.

D'ailleurs, la métaphore de Monsieur W. illustre le décalage de ce type de conditionnement obsessionnel et le conflit qu'il s'agit d'endiguer : « *C'est comme s'il y avait une sorte de feu en moi et que je passe le balai* ».

⁹⁵⁶ Freud, S. (1926). « Inhibition, symptôme, angoisse », in *Œuvres Complètes, Vol. XVII*, Paris, PUF, 1992, p. 217.

Plus Monsieur W. avance dans sa cure, plus il réalise la dimension captieuse du mode d'organisation qui conditionne son existence :

« J'ai tendance à me réfugier dans une conception de ce qui est mieux pour moi plutôt que d'affronter les choses qui sont vraies et qui me feraient du mal sur le moment. C'est comme si depuis mon enfance j'avais créé de sérieuses barrières pour surmonter, me donner l'impression de tenir le coup. C'est un raisonnement qui a l'air simple et structuré mais en fait ça ne l'est pas du tout. Ça a l'air d'être naturel, comme un réflexe mais en fait c'est corrompu. C'est un comportement extrêmement puéril. Je donne l'impression de comprendre, de vivre mais je ne vis pas pour de vrai. Je ne m'implique pas vraiment, j'ai toujours une bonne excuse. Il y a toujours un inachevé rassurant. »

Cette séance témoigne de la problématique clinique, épistémologique et sociale qui résulte du fonctionnement obsessionnel : il produit *« un raisonnement qui a l'air simple et structuré mais en fait (...) ne l'est pas du tout »*, c'est-à-dire un raisonnement qui paraît rationnel, scientifique, mais qui est *« corrompu »*. Lors d'une autre séance, les associations libres de Monsieur W. éclairent la fonction défensive que peut revêtir le *« système de survie, d'auto-défense »* :

« Je suis un manipulateur avec moi-même. C'est une disposition omniprésente, toujours cette couleur de manipulation implicite. Si je continue à voir le problème comme venant de l'extérieur, je ne m'en sortira jamais. Pourquoi j'en arrive à biaiser, à me cacher comme ça ? Je ne me lève pas le matin en me disant que je vais me manipuler. Je suis tellement embourbé dans un problème que je ne cherche même plus de solution... je les recouvre. J'ai l'impression qu'il y a tellement de problèmes connexes mais qui sont isolés. Chaque pièce est dans le désordre donc je ne comprends pas le problème, je ne comprends pas le tableau de tout ce qui ne va pas. J'ai l'impression que tous ces problèmes sont liés à une chose plus grande qui me dépasse.

- Une chose ?

Un système de survie, d'auto-défense. Ce système est là aujourd'hui, il est plus fort que ma réflexion, que ma capacité d'analyse. Mais je ne vais pas régler le problème en cherchant seulement la solution, il faut déjà que je puisse localiser le problème. C'est comme un garagiste, il doit déjà savoir le problème pour pouvoir le résoudre. Moi je cherche sans cesse des solutions sans vraiment savoir quel est le problème. Et je n'arrive pas à faire la différence entre ce qui est urgent à régler et ce qui est important. Je suis dans le brouillard quand je constate les problèmes. »

Ces séances de Monsieur W. mettent ainsi en lumière les impasses logiques et les répercussions problématiques de cette tendance à isoler des représentations : elle conduit le Moi à se focaliser

de manière exclusive sur des « *problèmes connexes mais qui sont isolés* », l'empêchant ainsi de prendre du recul pour considérer le « *tableau de tout ce qui ne va pas* ».

Ceci témoigne avec précision des effets de dislocation et de désorientation qu'engendre le processus obsessionnel en restant voilé : il désagrège littéralement la logique et les articulations qui sous-tendent un ensemble de représentations liées en une multitude, désorganisée, de sous-ensembles isolés.

Alors, si le psychanalyste peut constater la désorientation que conçoivent ces ruptures associatives, il peut constater tout autant comment ces effets de désagrégation peuvent se représenter dans de nombreux domaines. Tout au long de ce travail, nous avons donné plusieurs exemples de ces effets pathologiques au sein du champ médico-psychologique, notamment en montrant comment les isolations conduisent à déstructurer les tableaux cliniques des grandes entités nosographiques et la logique qui les sous-tend en une infinité de lectures focalisées sur des symptômes isolés⁹⁵⁷. Et si l'importance mondiale du DSM met précisément en évidence le poids phénoménal de cette tendance obsessionnelle voilée, il n'est pas inutile de préciser à nouveau que cette déconstruction de la logique théorique désoriente la cohérence et l'organisation du champ médico-psychologique. Autrement dit, le mécanisme obsessionnel déconstruit la logique globale du soin de l'être humain en une multitude de domaines, de spécialisations et de traitements isolés, c'est-à-dire en une infinité de systèmes obsessionnels qui se focalisent exclusivement sur des ensembles clos de symptômes sans prendre en compte l'articulation des symptômes entre eux et avec ce qui les cause. Comme Monsieur W. en témoigne, ces fausses solutions systématisées⁹⁵⁸ dans le champ de la santé conduisent à empêcher de traiter la cause des symptômes et ainsi – nous voyons ici le paradoxe qu'introduit le raisonnement obsessionnel – à empêcher de les soigner.

« C'est comme un garagiste, il doit déjà savoir le problème pour pouvoir le résoudre. Moi je cherche sans cesse des solutions sans vraiment savoir quel est le problème. »

Cette phrase illustre à elle seule les répercussions de l'isolation psychique : la focalisation exclusive de l'attention sur des ensembles clos de représentations conduit à instituer des

⁹⁵⁷ Landman, P. (2015). *Op. cit.*

⁹⁵⁸ Haliday, H., Le Maléfan, P. et Evrard, R. « Les fausses solutions de réforme de la formation des psychologues du rapport IGAS », in *Psychologues et Psychologies*, vol. 266-267, no. 2-3, 2020, pp. 027-031.

systèmes isolés de fausses « solutions » qui ne cessent de déplacer et d'entretenir « le problème » tout en excluant systématiquement de considérer sa source.

Pour illustrer comment ces fausses solutions obsessionnelles peuvent se confondre avec des solutions dans de multiples domaines, voici ce peut dire Monsieur X. quand il reprend ses séances après quelques semaines de congés :

« Je cherche coûte que coûte une nouvelle solution, vite. Par exemple, j'avais mal à la mâchoire et je savais pertinemment que c'était parce que je n'étais pas bien, parce que je n'étais pas venu à ma cure pendant quelques temps. J'ai rechuté en quelque sorte. Sauf que j'ai pris rendez-vous chez un stomatologue. J'ai essayé de voir comment je pouvais réduire le stress. Je me suis intéressé à l'acupuncture, j'ai même acheté un tapis. Je me suis dit, je suis à 1000% dans le truc, je vais essayer de trouver une solution. Il y a un déni que ces solutions ne vont pas marcher, ces solutions temporaires. En fait, je ne voulais pas m'attaquer à la vraie solution de m'investir dans ma cure. J'essayais toujours de trouver des solutions plus faciles et plus simple pour me convaincre que j'allais mieux. Quand je trouve un problème, je me dis, je vais aller mieux, je vais fuir aussi ma cure et retrouver ma vie normale. Je me précipite. Ce qui me frappe, quand je compare la manière dont j'ai essayé de traiter mon problème avec d'autre, je ne dirai pas problème, mais avec d'autres projets ou trucs plus simples, je vois que j'essayais toujours de me précipiter et de trouver une solution qui pourrait marcher. Alors que dans d'autres situations, je ne vais pas me précipiter autant. Je peux mettre plusieurs mois pour acheter un téléphone. Je vais me focaliser là-dessus, voir plein de téléphones différents ; les tester, les comparer, je perds mon temps. Je peux faire pareil pour les voyages... Il y a un contraste entre me précipiter d'un côté pour résoudre mon problème de contrôle et ne pas me précipiter pour des choses plus simples. En gros, je vois bien que je ne voulais pas sortir de ce contrôle excessif et le traiter vraiment, dans le fond. »

Cette séance met en évidence comment la focalisation exclusive de l'attention se représente autant à travers les fausses solutions « temporaires » dans lesquelles le Moi du névrosé peut se « précipiter » en évitant « la vraie solution », et aussi à travers cette tendance à se « focaliser » pour « tester », « comparer » et perdre son temps.

Si nous avons suffisamment mis en évidence la problématique qu'induisent ces fausses solutions temporaires dans le domaine de la médecine ou encore de la psychologie, il semble tout aussi important de relever les conséquences catastrophiques de ces fausses solutions temporaires dans la plupart des domaines de la société.

En effet, tel un capitaine qui écope son bateau en ignorant la brèche qui fait couler son embarcation, la logique absurde et bornée que détermine l'organisation défensive

obsessionnelle se repère autant dans les cures des névrosés que dans de multiples dysfonctionnements institutionnels : politique, économique⁹⁵⁹, juridique⁹⁶⁰, écologique⁹⁶¹, médico-psychologique⁹⁶², universitaire⁹⁶³, etc.

Par exemple, cette rationalité étriquée et ses incidences au sein de l'Université sont très bien décrites par Pierre Macheray qui souligne « l'obscurcissement systématique des missions prioritairement imparties à l'Université »⁹⁶⁴ :

« L'Université, en France mais aussi ailleurs sans doute, souffre actuellement de maux qui mettent en péril son existence même : les solutions aujourd'hui proposées à ses problèmes, solutions qui relèvent pour la plupart du déni de réalité, ne tendent qu'à les aggraver davantage. »⁹⁶⁵

De même, Hannah Arendt a remarquablement mis en lumière les incidences politiques de ces solutions illusoire que présentent les « spécialistes de la solution du problème »⁹⁶⁶ :

« Ils ne se contentaient pas de faire preuve d'intelligence, mais se targuaient en même temps de leur 'rationalisme', et de leur amour de la 'théorie', de l'univers purement intellectuel, leur faisant rejeter tout 'sentimentalisme' à un point assez effrayant. Ils aspiraient à la découverte de formules, exprimées en préférence dans un langage pseudo-mathématique, susceptibles d'unifier les phénomènes les plus disparates que la réalité pouvait leur offrir ; autrement dit, ils s'efforçaient de découvrir des lois permettant d'expliquer l'enchaînement des faits historiques et politiques et de le prévoir, comme s'il s'agissait d'une réalité aussi nécessaire et non moins certaine que les phénomènes naturels l'étaient autrefois pour les physiciens. »⁹⁶⁷

Les guillemets qu'introduit ici Hannah Arendt mettent bien en exergue les amalgames en série qui confondent le raisonnement rationnel et le raisonnement obsessionnel. Les conséquences logiques des œillères psychiques se retrouvent autant dans cette tendance à « unifier les phénomènes les plus disparates »⁹⁶⁸ que dans l'illusion de vérité qui en résulte, « comme s'il s'agissait d'une réalité aussi nécessaire et non moins certaine »⁹⁶⁹. L'erreur de raisonnement

⁹⁵⁹ Piketty, T. *Le capital au XXIème siècle*, Paris, Éditions du seuil, 2013.

⁹⁶⁰ Hachet, A. « Approche psychanalytique de l'acte meurtrier », in *Cités*, vol. 66, no. 2, 2016, p. 70.

⁹⁶¹ Bertaux, J-L. *Démographie, climat, migrations : l'état d'urgence*, Paris, Fauves Éditions, 2017.

⁹⁶² Boukris, S. *Santé : la démolition programmée*, Paris, le cherche midi, 2011.

⁹⁶³ Burgel, G. *Université, une misère française*, Paris, Hachette littératures, 2006.

⁹⁶⁴ Macheray, P. *La Parole universitaire*, Paris, La Fabrique, 2011, p. 342.

⁹⁶⁵ *Ibid.*

⁹⁶⁶ Arendt, H. (1972). *Op. Cit.*, p. 24.

⁹⁶⁷ *Ibid.*, p. 22.

⁹⁶⁸ *Ibid.*

⁹⁶⁹ *Ibid.*

sur laquelle reposent ces fausses solutions apparaît très clairement sous la plume de la politologue :

« Dans cette aversion aux racines profondes, on retrouve l'origine d'une bonne part de cet arsenal utilisé par la théorie politique moderne – la théorie des jeux et l'analyse des systèmes, les scénarios composés à l'intention « d'auditoires » imaginaires, et l'énumération méticuleuse d' 'options', d'ordinaire au nombre de trois, A, B et C, A et C représentant les solutions extrêmes et opposées, et B constituant la « solution logique » des problèmes, celle de la voie moyenne. L'erreur, dans ce mode de pensée, consiste d'abord à imposer des choix entre des solutions qui paraissent mutuellement s'exclure ; jamais la réalité ne s'offre à nous sous cette forme de prémisses aboutissant à des conclusions logiques. Le mode de pensée, qui présente A et C comme des solutions indésirables et en conséquence s'arrête à B, ne peut guère servir qu'à détourner l'attention et empêcher les facultés de jugement de s'exercer sur le nombre très élevé des possibilités réelles. »⁹⁷⁰

Encore une fois, nous pouvons constater les amalgames par lesquels le fonctionnement obsessionnel se présente comme un fonctionnement scientifique, notamment en assimilant la méticulosité à un fonctionnement valorisé. Or, ce goût prononcé pour le petit détail recouvre précisément le fonctionnement obsessionnel, c'est-à-dire cette focalisation exclusive de l'attention qui se représente ici à travers « des solutions qui paraissent mutuellement s'exclure ». D'ailleurs, Hannah Arendt remarque bien la boucle logique illusoire qui résulte de ces analyses bornées – « jamais la réalité ne s'offre à nous sous cette forme de prémisses aboutissant à des conclusions logiques »⁹⁷¹ – tout comme elle éclaire le rôle de la focalisation exclusive « qui ne peut guère servir qu'à détourner l'attention et empêcher les facultés de jugement de s'exercer sur le nombre très élevé des possibilités réelles »⁹⁷². Et si l'auteure peut qualifier à plusieurs reprises ces illusions de « mensonges isolés »⁹⁷³ – laissant ainsi apparaître le procès de l'isolation dans ces illusions – elle remarque tout autant que ces derniers ne sont pas uniquement le fait « des menteurs purs et simples »⁹⁷⁴ : « les spécialistes de la solution des problèmes ont quelque chose en commun avec les menteurs purs et simples : ils s'efforcent de se débarrasser des faits et sont persuadés que la chose est possible du fait qu'il s'agit de réalités contingentes. »⁹⁷⁵

⁹⁷⁰ *Ibid.*, pp. 23-24.

⁹⁷¹ *Ibid.*, p. 24.

⁹⁷² *Ibid.*

⁹⁷³ *Ibid.*, p. 16.

⁹⁷⁴ *Ibid.*, p. 24.

⁹⁷⁵ *Ibid.*

Si ces erreurs de bonne foi font apparaître la tendance à rendre non advenu, elles témoignent du fait que les illusions qui résultent de l'isolation d'un ensemble clos de signifiants ont de très lourdes conséquences politiques, en ceci précisément qu'elles se présentent comme des « solutions logiques », écrit Hannah Arendt.

La structure du biais obsessionnel peut ainsi se dégager de nombreuses « théories » et de nombreuses solutions « rationnelles » et « pragmatiques ». À cet égard, il est intéressant de remarquer qu'après avoir clairement exposé le poids des biais de raisonnements qui corrompent à ce jour la recherche scientifique, Richard C. Lewontin utilise le terme de « rationalité myope » pour qualifier ces raisonnements bornés qui se présentent comme rationnels :

« La même distinction entre causes et agents se retrouve dans les questions de pollution et de traitement des déchets. Quand des actions légales sont entreprises avec succès pour interdire un procédé industriel qui empoisonne les ouvriers, pille des ressources ou accumule des déchets non dégradables, l'industrie passe généralement à un autre procédé, qui produit d'autres poisons et d'autres déchets, et consomme d'autres ressources. La fabrication du papier consomme des arbres et rejette des sulfates dans l'air et l'eau. Son remplacement par des matières plastiques consomme du pétrole et crée des produits non biodégradables. Les mineurs ne meurent plus de maladies pulmonaires depuis que le pétrole a remplacé le charbon. Ils meurent de cancers provoqués par les produits de raffineries. Les sulfates, la déforestation, l'accumulation des déchets ne sont les causes de la dégradation de la qualité de vie, ils n'en sont que les agents. La cause est la rationalité myope du schéma productiviste inventé par le capitalisme industriel et adopté par le socialisme industriel. Là comme ailleurs, la confusion entre agent et cause empêchent d'analyser clairement les conditions de la vie humaine. »⁹⁷⁶

S'il est impossible d'étudier avec la même rigueur l'ensemble des domaines qui sont concernés par les effets paradoxaux induits par cette « rationalité myope », il est en revanche possible de dégager la structure signifiante symptomatique qui conditionne ces raisonnements pseudo-scientifiques. En se confondant avec la rationalité, cette rationalité myope induit une infinité de systèmes illusoire, hermétiques et contradictoires qui clivent et désorientent inexorablement la logique des institutions.

⁹⁷⁶ Lewontin, R-C. *La triple hélice, Les gènes, l'organisme, l'environnement*, Paris, Éditions du seuil, 2003, p. 124.

Les différentes illustrations que nous avons pu donner de ce phénomène symptomatique au sein du champ médico-psychologique mettent en évidence la structure logique de ces dévoiements et de ces dislocations systématiques : dislocation des tableaux cliniques en une infinité de troubles, symptômes ou syndromes isolés, dislocation de l'organisation du soin en de multiples spécialisations hermétiques, dislocation de la théorie psychanalytique en systèmes rigides et contradictoires, dislocation de la logique psychothérapeutique en une infinité de pseudo-thérapies trop focalisées, dislocation des enseignements universitaires, etc., le champ de la santé témoigne remarquablement de la déstructuration spécifique et de la perversion institutionnelle que crée l'isolation psychique.

Des clivages entre systèmes religieux à ceux qui divisent et corrompent systématiquement les organisations scientifiques, politiques et sociales, la dimension obsessionnelle de ces dissensions et de ces dévoiements peut apparaître distinctement dès lors que se repèrent les ruptures associatives qui conditionnent le système illusoire. En d'autres termes, ces systèmes obsessionnels corrompent inexorablement le savoir sur le Réel qui se constitue tant bien que mal dans différents domaines scientifiques au profit de constructions imaginaires et hermétiques, désarticulées du rapport au Réel qu'elles visent non plus à cerner, mais à maîtriser⁹⁷⁷.

i) La structure logique du système obsessionnel : l'exemple du traitement mondial de la dépression

Pour illustrer la confusion et la destruction que peut engendrer, au nom de la scientificité, l'institution de ces erreurs de jugements systématisées, nous pouvons prendre un dernier exemple concret qui concerne l'Organisation Mondiale de la Santé. Selon un article publié sur le site internet *Etats-dépressifs.com*, « plus de 350 millions de personnes souffrent de dépression dans le monde »⁹⁷⁸.

Voici ce que dit Stéphanie Gilet-Le Bon au sujet de cette « pandémie » :

⁹⁷⁷ Miller, J-A. « Le réel au xxi^e siècle. Présentation du thème du ix^e Congrès de l'amp », in *La Cause du Désir*, vol. 82, no. 3, 2012, pp. 87-94.

⁹⁷⁸ État dépressif.com, La dépression dans le monde, 2021, <https://www.etat-depressif.com/depression/histoire-epidemiologie/>

« C'est une sorte d'épidémie et même de pandémie, pour ne pas dire mondiale, disons occidentale. Il faut dire que c'est le diagnostic préféré des médecins et des psychiatres qui prennent la plainte dépressive pour argent comptant, aliénant leur clinique à la loi du marché pharmaceutique en prescrivant l'antidépresseur à tout faire ; c'est l'emprise du marché sur la clinique. Et d'ailleurs, plus ils en diagnostiqueront, plus il y aura de déprimés — on sait à quel point ce signifiant est utilisé dans le discours courant. »⁹⁷⁹

La dépression est aujourd'hui considérée par l'Organisation Mondiale de la Santé comme une « maladie courante dans le monde »⁹⁸⁰. La conception clinique et dynamique de la dépression – c'est-à-dire la dépression considérée comme l'expression symptomatique d'un conflit intrapsychique – est ici désarticulée logiquement au profit de conceptions, mondialement reconnues, qui assimilent la dépression à un « état » ou à une « maladie ».

Comme le remarque Pierre Fédida :

« Au moment où s'affaiblit la nécessité d'une compréhension psychopathologique et où la part réservée à la clinique s'amointrit, c'est la notion de dépression qui dispose, dans sa généralité, de la voie laissée libre pour se rapprocher d'une maladie banale, familière et quotidienne. Cette 'maladie' serait alors soustraite à des connaissances structurales et elle se donnerait les moyens de pouvoir se faire disparaître. »⁹⁸¹

À travers la conception de la dépression comme « maladie », le lien logique entre la dépression et le conflit psychique qui la sous-tend se voit littéralement rompu ainsi que l'articulation logique qui lie le symptôme dépressif à d'autres symptômes psychiques, corporels ou organiques : « considérer la souffrance comme une maladie, c'est souvent la dévaluer, la banaliser, perdre sa singularité, en faire l'objet d'une appropriation de l'Autre médical ou scientifique, lui enlever la parole. »⁹⁸²

Si ces ruptures des corrélations causales passent à ce jour inaperçues et si les conceptions qu'elles déterminent peuvent même sembler rationnelles et scientifiques, ces dernières n'en demeurent pas moins en contradiction avec la pratique clinique, soit avec le Réel de la clinique.

⁹⁷⁹ Gilet-Le Bon, S. « La dépression contemporaine » in *Champ lacanien*, vol. 7, no. 1, 2009, p. 181.

⁹⁸⁰ Organisation Mondiale de la Santé, La dépression, 2021, <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/depression>

⁹⁸¹ Fédida, P. (2001). *Op. Cit.*, p. 157.

⁹⁸² La Sagna, P. « La bonne et la mauvaise mesure du symptôme », in *La Cause freudienne*, vol. 57, no. 2, 2004, p. 53.

En effet, la pratique clinique permet de mettre en évidence au jour le jour que la dépression constitue bel et bien la manifestation symptomatique d'un conflit intrapsychique.

Ainsi, considérer le symptôme dépressif comme une maladie aux dépens du conflit duquel il s'origine constitue un biais de raisonnement conséquent : cette rupture du lien de causalité engendre non seulement une conception erronée du symptôme, mais aussi, par extension, une conception erronée de son traitement. En effet, tant que le lien de causalité entre la dépression et le conflit psychique est préservé, la dépression peut être considérée comme un symptôme psychique qu'il convient de soigner en traitant le conflit intrapsychique qu'il vient représenter. Comme le souligne remarquablement Sidi Askofaré, le savoir sur la cause du symptôme est indissociable de sa guérison :

« Le savoir dont il est ici question, ce n'est pas le savoir en tant que support du sens, c'est un savoir sur la cause. De sorte que je peux conclure sur ce point en disant que pour Lacan, en 1964, l'analyse est un mode d'intervention, une opération qui produit l'effet de levée du symptôme mais accompagné du savoir sur sa cause (tout aussi bien d'ailleurs la cause du symptôme que celle de sa levée). N'est-ce d'ailleurs pas le minimum exigible pour atteindre à ce que Freud appelait quant à lui la 'guérison de la maladie', c'est-à-dire non seulement 'l'élimination des symptômes' mais aussi l'élimination de 'l'aptitude à former de nouveaux symptômes'⁹⁸³ ? »⁹⁸⁴

Mais dès lors que la conception de la dépression se voit déconnectée logiquement de ce qui la cause vraiment, nous pouvons constater que l'erreur de raisonnement induite par le mécanisme obsessionnel se manifeste inexorablement dans le traitement : telle « *des solutions* » appliquées systématiquement « *sans vraiment savoir quel est le problème* », tout traitement ciblé de la dépression qui exclut ce qui la cause ne peut aucunement la soigner véritablement. Qu'ils soient médicamenteux ou suggestifs, ces traitements ciblés peuvent tout au plus dissiper le symptôme temporairement ou le déplacer systématiquement. Cependant, malgré leur inefficacité à long terme, force est de constater que ce sont précisément ces traitements absurdes, c'est-à-dire ces « systèmes obsessionnels de suggestion »⁹⁸⁵, qui sont à ce jour mondialement recommandés :

« En fonction de la gravité et du schéma des épisodes dépressifs dans le temps, les prestataires de soins peuvent proposer des traitements psychologiques comme l'activation comportementale, la

⁹⁸³ Freud, S. *Conférences d'introduction à la psychanalyse*, Paris, Gallimard, 1999, p. 455.

⁹⁸⁴ Askofaré, S. « La révolution du symptôme », in *Psychanalyse*, vol. n° 4, no. 3, 2005, pp. 36-37.

⁹⁸⁵ Lacan, J. (1953). « Fonction et champ de la parole et du langage », in *Écrits*, Paris, Éditions du Seuil, 1978, p. 299.

thérapie cognitivo-comportementale et la psychothérapie interpersonnelle, et/ou des médicaments antidépresseurs... »

Cette recommandation de l'OMS illustre bien les conséquences sociales mondiales délétères que produisent les systèmes obsessionnels en s'apparentant à des systèmes rationnels. Non seulement les ruptures des liens de causalités induisent des systèmes de fausses solutions thérapeutiques⁹⁸⁶ qui peuvent paraître cohérentes prises isolément, mais surtout, elles démantèlent la logique dynamique, topique et économique du symptôme, empêchant ainsi de le soigner. La recommandation de l'OMS exclut le seul traitement qui permette de résoudre le conflit intrapsychique à l'origine de la dépression, à savoir la psychanalyse.

Comble de l'absurde, ce phénomène illustre le paradoxe obsessionnel qui se représente ici dans le milieu de la santé : ces systématisations conduisent à empêcher le soin au nom de la scientificité tout en produisant des systématismes pseudo-thérapeutiques renforçant l'aliénation et le symptôme.

Nous l'avons souligné, la structure de l'illusion qui caractérise ces systèmes obsessionnels repose sur le biais de compréhension que produit l'isolation psychique : grâce à la focalisation exclusive de l'attention sur un espace-temps borné, la dissipation du symptôme prend la signification d'une guérison objective et l'acte qui a produit cet effet se voit considéré illusoirement comme thérapeutique.

Telles des œillères psychiques qui empêchent de considérer que le symptôme revient au bout d'un certain temps, ou que le conflit intrapsychique se manifeste via une autre forme d'expression symptomatique, le contexte borné donne lieu à l'erreur d'interprétation.

En repérant les ruptures des liens de causalités sur lesquelles repose l'illusion interprétative, il est alors possible de remarquer précisément comment se structure la fausse compréhension. Dans le cas ici présenté, en repérant la rupture associative qui empêche de reconnaître la signification du symptôme comme résultat d'un conflit psychique, il est possible de repérer où se situe le biais logique et de reconnaître par la même occasion la signification illusoire qui

⁹⁸⁶ Gori, R., Hoffmann, C. et Vanier, A. « Les TCC ne sont pas des psychothérapies », in *Le Carnet PSY*, vol. 103, no. 8, 2005, pp. 24-25.

résulte de l'isolation des représentations. Ce faisant, le système pseudo-scientifique qui apparaissait comme thérapeutique ou méthodologique laisse apparaître lui-même sa signification de système illusoire, ou encore de symptôme obsessionnel.

Si ces erreurs d'interprétations peuvent facilement rester voilées et se présenter comme des conclusions objectives et scientifiques, il n'est pas inutile de préciser que c'est sur ce biais interprétatif que repose aujourd'hui l'évaluation des thérapies⁹⁸⁷, tout comme celle des médicaments⁹⁸⁸ :

« il est aisé d'exposer combien ce rapport de l'Inserm, par le choix de ses auteurs – acquis pour la plupart à l'une des orientations étudiées, et excluant *de facto* les autres –, de ses références – ne seraient-ce que les critères diagnostics utilisés, ou les articles pris en compte dans la 'méta-analyse' –, de ses méthodes – n'ont été retenues que celles compatibles avec la quantification proposée, c'est-à-dire avec le résultat attendu –, ainsi que par la multiplication des biais et des réductions – combien de corrélations mentionnées y deviennent aussitôt des causalités, même pas supposées, mais censées être ainsi démontrées –, *n'est pas* de la science, même s'il prétend avancer sous ses couleurs. Ce rapport de l'Inserm – avons-nous été nombreux à montrer (cf. supra) – se veut scientifique et objectif, mais se démontre simplement partisan, caricatural et relevant d'une idéologie, voire d'une stratégie de prise de pouvoir (Gori, Del Volgo, 2005). Il se déclare investi de l'autorité de la science, alors qu'il se contente de lui faire jouer ainsi un rôle de diseuse de vérité qui n'est pas le sien. »⁹⁸⁹

De plus, il est important de préciser une caractéristique fondamentale du système obsessionnel qui permet de le distinguer d'un système rationnel : si nous pouvons voir que la rupture du lien de causalité qui sous-tend l'illusion de guérison se situe précisément entre la considération du symptôme et ce qui le cause vraiment, nous pouvons aussi remarquer qu'au sein du système ainsi isolé, le symptôme peut se voir lui-même considéré comme principe, cause première du système qui se boucle sur lui-même. C'est ce pourquoi la nomination du diagnostic peut se suffire à elle-même sans que la question même de la cause du phénomène ne soit considérée. Ce phénomène est particulièrement prégnant dans le champ de la médecine, tout comme il l'est

⁹⁸⁷ Visentini, G. *L'efficacité de la psychanalyse*, Paris, Presses Universitaires de France / Humensis, 2021.

⁹⁸⁸ Even, P. *Corruptions et crédulité en médecine, Stop aux statines et autres dangers*, Paris, Le cherche midi, 2015.

⁹⁸⁹ Abelhauser, A. « La psychanalyse « inévaluable » ? », in *Bulletin de psychologie*, vol. 486, no. 6, 2006, pp. 571-572.

dans le champ de la psychothérapie. François Sauvagnat souligne ainsi que « les modèles psychothérapeutiques actuels prédominants ont abandonné la notion de causalité. »⁹⁹⁰

Ainsi, en fonction des connexions associatives amalgamées, n'importe quelle autre représentation peut venir occuper cette fonction de cause première, n'importe quel lien de contingence peut se transformer en lien de causalité et devenir ainsi le principe exclusif du système obsessionnel. En déconnectant le lien de causalité entre le symptôme et le conflit intrapsychique qui l'engendre et en isolant la représentation du phénomène au sein d'un ensemble clos de représentations, le savoir sur la dépression se désarticule de son rapport au Réel pour s'articuler à une conception imaginaire, à une signification illusoire. Si les isolations peuvent conduire, par exemple, à lier la dépression au mauvais œil ou à la volonté divine, elles peuvent aussi conduire à lier le symptôme aux effets exclusifs de l'alimentation, du bruit, du climat, du travail, de la sédentarité, à « une vulnérabilité génétique »⁹⁹¹ ou encore à un trouble neurobiologique, etc.

Dans son article « La psychiatrie biologique : une bulle spéculative », François Gonon souligne que l'un des buts lors de la constitution du DSM III en 1980 « était de faire entrer la psychiatrie dans le champ de la médecine scientifique en élaborant une neuropathologie liant causalement des dysfonctionnements neurobiologiques à des troubles mentaux. »⁹⁹² La dimension illusoire d'un tel lien de causalité apparaît d'autant plus précisément aujourd'hui que de nombreux chercheurs mettent en évidence que, mis à part de « rares cas de lien causal, la génétique n'a identifié que des facteurs de risque qui sont toujours faibles. La portée de ces observations, tant du point de vue du diagnostic que de la recherche de nouveaux traitements, est donc limitée⁹⁹³. »⁹⁹⁴ La prédominance actuelle de cette « conception exclusivement neurobiologique des troubles mentaux »⁹⁹⁵ souligne autant le poids de cette illusion pseudoscientifique que la dimension exclusive, bornée, par laquelle les isolations psychiques permettent de maintenir la cohérence de ce faux lien de causalité.

⁹⁹⁰ Sauvagnat, F. « Quelques problèmes actuels de la recherche psychothérapeutique », in *Le Journal des psychologues*, vol. 235, no. 2, 2006, p. 22.

⁹⁹¹ Roy, D., et Roy, M. (2004), *Op. Cit.*, p. 32.

⁹⁹² Gonon, F. « La psychiatrie biologique : une bulle spéculative ? », in *Esprit*, vol. , no. 11, 2011, p. 55.

⁹⁹³ Evans, J-P., Meslin, E-M., Marteau T-M. *et al.*, « Deflating the Genomic Bubble », in *Science*, vol. 331, 2011, pp. 861-862. Sadler, J-Z., « Psychiatric Molecular Genetics and the Ethics of Social Promises », in *Bioethical Inquiry*, vol. 8, 2011, pp. 27-34.

⁹⁹⁴ Gonon, F. (2011). *Op. Cit.*, p. 57.

⁹⁹⁵ *Ibid.*, p. 55.

L'erreur interprétative qui résulte de ces systèmes explicatifs bornés a également été mise en évidence par Michel Lapeyre et Marie-Jean Sauret :

« L'hypothèse déterministe repose l'esprit paresseux ! La mise en évidence d'une corrélation entre un caractère phénotypique et la présence de tel gène prouve bien sûr l'association, mais pas que le gène soit la cause déterminante. Parler de composante génétique met en cause la position centrale du gène dans les phénomènes biologiques. Cette position centrale s'énonce comme un dogme : ce qui se transmet d'une génération à une autre n'est pas le caractère héréditaire mais le gène. C'est ce lien causal entre gène et caractère phénotypique héréditaire qui constitue le contenu explicatif (désormais contesté) de la génétique... »⁹⁹⁶

Ces caractéristiques permettent ainsi de distinguer la spécificité de ces systèmes hermétiques et de remarquer que ces biais de compréhensions sont largement représentés au sein de la société : en se parant ainsi des attributs de la science et de la rationalité, la systématisation de ces erreurs de raisonnement a des conséquences chaotiques à l'échelle de l'humanité. Et pour cause, ces lectures biaisées des phénomènes ne concernent pas uniquement la dépression et les autres symptômes psychiques, corporels et organiques, elle concerne tout autant les problématiques sociales, économiques ou encore écologiques. La reconnaissance de ces systèmes illusoire met en lumière que les fonctionnements irrationnels qu'ils instituent au nom de la raison ont des conséquences néfastes.

À cet égard, les dépenses de santé mentale induites par ces systématismes obsessionnels illustrent suffisamment l'ampleur de ces fonctionnements absurdes, ce que François Gonon souligne ainsi :

« Aux États-Unis, les dépenses de santé mentale ont progressé en 20 ans (de 1986 à 2005) de 40 à 135 milliards de dollars ce qui correspond à un taux de croissance annuel d'environ 7 % qui est donc légèrement inférieur à celui des dépenses de santé⁹⁹⁷. Si les dépenses d'hospitalisation en psychiatrie ont peu augmenté sur cette période en raison de la fermeture d'un grand nombre de lits, les dépenses de médicaments psychotropes ont été multipliées par 13⁹⁹⁸. La même tendance a été observée dans tous les pays de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) : la consommation d'antidépresseurs y a augmenté en moyenne de 60 % entre 2000 et 2009. En France,

⁹⁹⁶ Lapeyre, M., Sauret, M-J. « La psychanalyse avec la science », in *Cliniques méditerranéennes*, vol. n° 71, no. 1, 2005, p. 151.

⁹⁹⁷ Mark, T-L., Levit, K-R., Vandivort-Warren, R., Buck J-A., Coffey, R-M. « Changes in US spending on mental health and substance abuse treatment, 1986-2005, and implications for policy », in *Health Aff (Millwood)*, Vol. 30, 2011, pp. 284-292.

⁹⁹⁸ *Ibid.*

cette prescription a augmenté de 26 % et elle est pour 80 % le fait des médecins généralistes⁹⁹⁹. Il est cependant bien difficile d'affirmer que cette augmentation a amélioré la santé mentale des populations¹⁰⁰⁰. Aucune étude ne rapporte un recul de la prévalence de la dépression. »¹⁰⁰¹

Le fonctionnement aberrant du système de soin illustre remarquablement comment l'institution de ces fausses compréhensions systématisées conduit à désorienter mondialement et à dévoyer la fonction des organisations : au-delà des dépenses faramineuses de santé publique engendrées par ces illusions de guérisons, au-delà de l'impact délétère que ces dernières peuvent engendrer pour la population, c'est surtout l'annulation de la fonction même du soin qui témoigne le mieux des conséquences paradoxales que génèrent ces erreurs de jugement systématisées.

Et pour cause, au lieu de traiter la cause source d'une grande majorité des symptômes des êtres parlants, qu'ils soient psychiques, corporels ou organiques¹⁰⁰², au lieu de considérer la responsabilité et le désir de l'être dans la souffrance dont il se plaint, la grande majorité des expressions symptomatiques continuent d'être appréhendée par le prisme d'une lecture trop focalisée qui les compartimente et désarticule littéralement leur logique et leur signification. La persistance de ces systématismes qui traitent les symptômes sur le court-terme sans traiter ce qui les cause doit bien être distinguée de l'état de la connaissance propre à une époque ou du mouvement d'essais et d'erreurs par lequel la science se constitue. Depuis plus d'un siècle, les travaux de Freud mettent suffisamment en évidence la nécessité clinique du traitement du conflit intrapsychique et l'expérience des psychanalystes vient largement confirmer ces résultats. Le maintien *a posteriori* de ces systèmes de traitements isolés tout comme le rejet et la non-considération de la psychanalyse et de ses implications laissent apparaître les ruptures associatives par lesquelles n'importe quel savoir peut être rendu non avénu. Ceci témoigne de l'impasse logique et épistémologique qui résulte de la confusion entre le système obsessionnel et le système théorique.

Ainsi, la reconnaissance des erreurs de raisonnement dans la névrose obsessionnelle permet de découvrir que leurs répercussions dépassent largement le champ de la clinique. Et si les fonctionnements absurdes et délétères qu'ils induisent détonnent d'autant plus dans le domaine

⁹⁹⁹ OECD. *Health at glance 2011: OECD indicators*, 2011. http://www.oecd.org/els/healthpoliciesanddata/healthata_glance2011.htm

¹⁰⁰⁰ Helgason, T., Tomasson, H., Zoega, T. « Antidepressants and public health in Iceland. Time series analysis of national data », in *Br J Psychiatry*, Vol. 184, 2004, pp. 157-162.

¹⁰⁰¹ Gonon, F. « Quel avenir pour les classifications des maladies mentales ? Une synthèse des critiques anglo-saxonnes les plus récentes », in *L'information psychiatrique*, vol. 89, no. 4, 2013, p. 290.

¹⁰⁰² Amorim, F. (de). *Tentative d'une clinique psychanalytique avec les malades et les patients de médecine*, Paris, RPH, 2008.

de la santé qu'ils conduisent à y renforcer l'aliénation et la morbidité, il semble qu'il n'existe pas de domaine qui ne soit pas touché, de près ou de loin, par ces biais de raisonnements systématisés. L'impasse épistémologique que produisent ces obsessions voilées indique comment l'isolation conduit à compartimenter, à cliver et à transformer systématiquement les milieux scientifiques en lieux de cultes. Il est dès lors tout aussi possible de repérer comment ces ruptures associatives se représentent dans de nombreuses idéologies au sociétales. De « l'idéologie de l'égalité »¹⁰⁰³ à l'obsession de l'identité et de la différenciation, de l'obsession de la croissance à celle de l'accumulation, du multiculturalisme à l'obsession de l'immigration, des obsessions religieuses à celle du politiquement correct et des nouvelles formes bien-pensantes d'inquisitions, les systèmes obsessionnels ne cessent de se représenter tout en se voilant en une infinité de formes idéologiques contradictoires, qui paraissent cohérentes de manière isolée, mais qui s'opposent radicalement en fonction des méprises et des ruptures associatives qui leur donnent leur consistance.

D'illusions en illusions, ces ruptures des liens de causalités qui soutiennent ces lectures bornées désorganisent inexorablement la logique des organisations humaines. Et le comble de ces erreurs systématisées qui s'érigent au nom du bon sens et de la rationalité, c'est qu'elles engendrent des fonctionnements destructeurs tout en empêchant de considérer le lien de causalité entre ces conséquences morbides et les illusions qui les conçoivent. Autrement dit, en appliquant à ses propres répercussions symptomatiques des diagnostics fragmentaires et erronés, la perspective bornée obsessionnelle ne cesse d'entretenir des confusions et des fausses solutions qui entretiennent toujours plus l'obsessionnalisation de la société.

Telle une boucle épistémologique, l'organisation défensive obsessionnelle semble dès lors constituer la source de l'égaré privilégié de sociétés qui méconnaissent le conflit qui les consume en focalisant leur attention et leurs actions sur les conséquences de la névrose, et non sur la névrose elle-même. La reconnaissance de ces erreurs de raisonnements et de leurs systématisations apparaît d'autant plus nécessaire qu'en continuant de disparaître littéralement, magiquement, elles ne cessent de se représenter socialement.

¹⁰⁰³ Vinciguerra, R-P. « La psychanalyse à l'endroit des familles », in *La Cause freudienne*, vol. 65, no. 1, 2007, p. 81.

Conclusion

Il me semble important de conclure ce travail en reprenant l'usage de la première personne du singulier.

À l'image d'une évolution qui n'est pas sans faire écho au travail de la cure psychanalytique, l'usage parfois controversé du « je » peut également souligner une des articulations qui se sont dégagées progressivement de cette étude, à savoir que les symptômes obsessionnels s'instituent dans le champ de la recherche en se confondant avec des fonctionnements rationnels. En l'occurrence, le souci de l'objectivité de la recherche peut facilement y être amalgamé avec l'obsession de l'objectivité, introduisant ainsi un certain nombre de mesures paradoxales comme interdire par exemple, dans certaines universités de psychologie, de s'appuyer sur l'expérience clinique. Alors, si l'objectivité de la recherche ne saurait exclure radicalement la question du désir du chercheur et de sa responsabilité, il m'apparaît nécessaire de conclure ce travail en reprenant son évolution.

Il y a maintenant quelques années, un confrère me fit part du projet de Patrick Landman et de Gérard Pommier d'écrire, avec des analystes de différentes écoles, un manuel de psychiatrie. Ce projet se tenait dans la lignée du combat que mène le docteur Patrick Landman avec le mouvement « Stop DSM ». Je me proposai alors de traiter le tableau clinique de la névrose obsessionnelle tout en pensant reprendre une structure psychique que je croyais connaître par mes études de psychologie, et surtout que je pensais largement balisée depuis Freud. J'entrepris alors d'étudier le concept de névrose obsessionnelle en découvrant tout d'abord ses prémisses dans les travaux des aliénistes puis en étudiant chronologiquement ses occurrences dans l'œuvre de Freud et dans celle de Lacan. Tout d'abord, je réalisais que je méconnaissais cette structure psychique et je commençais alors, grâce à une pratique clinique conséquente, à essayer d'en dresser un tableau clinique. Ce faisant, j'ai remarqué que la névrose obsessionnelle était très largement représentée, et cela pas uniquement dans le champ restreint de la clinique. Mais surtout, et c'est peut-être le plus important, j'ai constaté à ma plus grande surprise que cette actualité clinique de la névrose obsessionnelle, remarquablement mise en évidence par Sébastien Rose, entrait en contradiction avec la disparition ou avec la minimisation de son diagnostic dans le champ médico-psychologique. En effet, je fus étonné de constater que les symptômes les plus courants, que j'observais au quotidien chez de nombreux patients et psychanalysants, n'étaient pas forcément repris dans les manuels et dans les tableaux cliniques

que j'avais pu consulter, notamment dans le manuel de psychiatrie d'Henri Ey. Les troubles de la compréhension, de l'attention et de la concentration, la difficulté à raisonner, prioriser et synthétiser, le sentiment de contrainte et ses répercussions, etc., je commençai à me rendre compte que les symptômes obsessionnels les plus courants étaient le plus souvent absents, banalisés ou déconnectés de la névrose obsessionnelle et regroupés en de nouvelles entités controversées. Autrement dit, je remarquai, sans encore en mesurer ni l'ampleur ni la spécificité, les effets épistémologiques paradoxaux du fonctionnement obsessionnel dans le champ médico-psychologique.

C'est en premier lieu dans la pratique clinique que je notais une certaine spécificité dans les résistances que les patients et des psychanalysants de structure obsessionnelle opposaient au traitement. En effet, je constatais que ces derniers pouvaient abandonner leur cure en s'attachant obstinément à certains arguments, tout en reconnaissant en même temps l'efficacité et la nécessité de leur cure. J'étais particulièrement dérouté par les dimensions paradoxales et absurdes des arguments présentés et je dois dire que cette obtusité me troublait d'autant plus que les idées bornées mises en avant pouvaient paraître tout à fait rationnelles tout en étant inaccessibles à toute dialectique. Malgré la mise en évidence des contradictions logiques qu'impliquaient ces justifications, l'idée erronée à laquelle le Moi s'attachait pour justifier l'abandon de cure était souvent imperméable à toute discussion, à toute articulation logique. Abandonner le traitement pour faire des économies, pour avoir plus de temps, pour se focaliser sur des études, pour se sentir libre ou encore abandonner en pensant que la méthode n'était plus adaptée ou que le problème allait se résoudre de lui-même, les arguments mis en avant par le Moi pour justifier son abandon pouvaient paraître cohérents en étant considérés isolément, mais ils devenaient absurdes dès lors qu'ils étaient mis en perspective, notamment quand ils étaient mis en lien avec l'efficacité de la cure ou avec sa nécessité. Alors, quand certains psychanalysants pouvaient reconnaître *a posteriori* que ces arguments auxquels ils avaient adhéré constituaient à leur insu une façon de fuir et de saboter leur psychanalyse, ils venaient rétrospectivement éclairer la fonction de résistance de ces raisonnements bornés.

Je commençais à remarquer que le maintien par le Moi de son jugement erroné résidait dans son impossibilité à lier l'idée sur laquelle il se focalisait avec d'autres représentations qui lui auraient permis d'éclairer l'erreur de son jugement : l'argument pouvait paraître cohérent en étant considéré de manière isolée mais il devenait clairement aberrant dès lors qu'il était articulé avec d'autres considérations. Telle une forme d'incapacité ou de refus de lier plusieurs propositions pour en tirer certaines conclusions, cette obstination avec laquelle le Moi pouvait

défendre son idée erronée me rendit particulièrement sensible à l'expérience de Freud qui avait souligné cette « attitude à faire fi de la logique, qui chez les malades de contrainte très intelligents a à chaque fois un effet éminemment déconcertant ». Ainsi, je réalisais progressivement que ces idées arrêtées auxquelles le Moi du névrosé obsessionnel pouvait adhérer contre toute logique, qui peuvent s'apparenter parfois à de la mauvaise foi, constituaient au contraire des erreurs de bonne foi.

Ces arguments absurdes et l'obstination qui pouvait les accompagner – pour lesquels le terme d'obsession est particulièrement approprié – reposaient précisément sur des ruptures de liens logiques : en maintenant séparées entres-elles deux propositions incompatibles logiquement, l'isolation psychique permettait au Moi de pouvoir soutenir des propos contradictoires, en toute bonne foi.

Ainsi, au-delà de la manifestation de ces erreurs de raisonnement qui apparaissaient de manière évidente lors de l'abandon du traitement, je commençais à être sensible aux différentes formes d'expressions pathologiques de ces ruptures des liens logiques et je constatais qu'elles s'appliquaient notamment à la reconnaissance par le Moi de ses propres symptômes : ce dernier pouvait facilement avoir tendance à dissocier les différentes difficultés qu'il pouvait reconnaître chez lui, soit à les considérer successivement comme si elles n'avaient aucun lien. De même, le Moi pouvait facilement parler des symptômes qui le faisait souffrir sans ne jamais considérer ce qui les engendrait ou encore ce qu'ils impliquaient. L'examen clinique de cette tendance à compartimenter ou à exclure la causalité du symptôme laissait alors apparaître ces ruptures des liens de causalités par lesquelles le Moi dissociait la lecture du symptôme de ses causes, de ses conséquences et des autres symptômes avec lesquels il était lié. Aussi, lorsque je fus étonné de constater que la cause du symptôme pouvait être systématiquement déconsidérée par le Moi du patient ou du psychanalysant, je commençais également à remarquer que la nomination du trouble ou du diagnostic semblait se suffire à elle-même : telle une cause première, un principe directeur qui excluait radicalement la question de tout antécédent, la nomination du phénomène symptomatique pouvait parfois ressembler à une forme d'incantation. Le diagnostic pouvait être mise en exergue par le Moi comme un état de fait. De plus, je notais alors que n'importe quelle causalité erronée ou contingente était susceptible de devenir une causalité première, exclusive, sur laquelle le Moi focalisait son attention : l'attention était ainsi fixée exclusivement sur un élément spécifique qui devenait alors déterminant et finalement – c'est ce qu'il s'agissait de remarquer – proprement obsédant.

Petit à petit, j'essayais de cerner la forme de biais logique qui se manifestait dans ces raisonnements fermés et dans la dimension obtuse avec laquelle le Moi pouvait y adhérer. Ces idées illogiques se présentant comme des raisonnements cohérents pour le Moi, je me demandais ce qui pouvait engendrer une telle impression de vérité. La structure de cette illusion allait progressivement se préciser avec ce travail comme une conséquence logique de l'isolation psychique : en retirant une phrase de son contexte, en isolant psychiquement un syllogisme des autres syllogismes susceptibles de le remettre en question, la focalisation exclusive de l'attention produit un biais d'interprétation qui confère à la signification isolée une apparence de vérité. Tel le prisme d'un microscope qui confère à l'ensemble délimité une impression de globalité, les raisonnements ainsi isolés par le Moi constituent une forme de système fermé, une boucle logique interprétative et obsessionnelle, qui induit alors de faux principes, de faux liens de causalités et de fausses conclusions.

En d'autres termes, ces raisonnements absurdes, et l'opiniâtreté avec laquelle le Moi du névrosé obsessionnel pouvait les défendre, laissaient apparaître une certaine structure symptomatique qu'il n'est pas impossible de reconnaître comme étant celle de l'obsession, soit une tendance pathologique du Moi à se focaliser exclusivement sur un ensemble borné de signifiants au point de soutenir des raisonnements déconcertants.

Finalement, cette capacité du Moi du névrosé obsessionnel à pouvoir « faire fi de la logique » en adhérant à des idées arrêtées reposait sur ce procédé psychique découvert par Freud, « qui revient en propre à la névrose de contrainte », l'isolation psychique. L'articulation entre ce procédé défensif et la focalisation bornée qu'il pouvait engendrer permettait alors de préciser les conséquences cliniques, épistémologiques et sociales du mécanisme obsessionnel. Dans les troubles de la compréhension, de l'attention et de la concentration, dans les difficultés à raisonner, à prioriser, à simplifier, à synthétiser ou encore dans la tendance à complexifier ou à se concentrer de manière exclusive sur des activités, des listes de tâches ou sur des objectifs à réaliser, je remarquais progressivement que ces œillères psychiques étaient à la source de la plupart des symptômes typiques de la névrose obsessionnelle. Alors, si j'avais pu noter que ces difficultés psychiques spécifiques pouvaient être appréhendées dans le champ de la psychopathologie en étant compartimentées en une infinité d'entités et déconnectées de la névrose qui pouvait les engendrer, je remarquais aussi que ces symptômes pouvaient y être très souvent déconsidérés, banalisés et normalisés.

Alors, si le fonctionnement obsessionnel pouvait être assimilé un fonctionnement rationnel, même dans le champ de la psychopathologie, je remarquais les conséquences épistémologiques problématiques que pouvait engendrer un tel amalgame. Et pour cause, quand le mécanisme obsessionnel permettait de donner une consistance logique à des syllogismes isolés, conférant ainsi une apparence de scientificité à des raisonnements erronés, il pouvait aussi conduire à réfuter des liens logiques évidents, c'est-à-dire à réfuter ou désarticuler des systèmes théoriques au nom de cette même scientificité : l'assimilation du fonctionnement obsessionnel à un fonctionnement rationnel induisait une problématique épistémologique conséquente.

C'est donc en premier lieu dans le champ médico-psychologique que je me suis intéressé aux conséquences pathologiques de l'institution de ces raisonnements obsessionnels. Je fus alors frappé par la similitude entre ces opinions arrêtées que je rencontrais cliniquement et de nombreuses incompréhensions que j'avais rencontré depuis plus de 15 ans, pendant mes études de psychologie, lors de mes expériences institutionnelles ou dans le développement de ma pratique libérale.

De la résistance obstinée à la psychanalyse dans certaines universités ou dans certaines institutions, du refus catégorique d'étudier des auteurs jugés comme hérétiques, des querelles de chapelles qui divisaient le champ de la recherche en communautés isolées, des interdits rigides et superstitieux qui allaient à l'encontre de la logique du soin ou de la formation du clinicien, des clivages entre spécialités qui empêchaient toute articulation et toute discussion, des multiples traitements focalisés ne prenant pas en considération la cause du symptôme, du fonctionnement rigide et dogmatique de certaines sociétés psychanalytiques, du dévoiement de la théorie psychanalytique en systèmes isolés et ritualisés, du démembrement des entités nosographiques en une infinité de sous-ensembles fermés, du rejet *a priori* de la psychanalyse de la part de scientifiques qui ne « croient » pas à ses effets, de la démultiplication à l'infini de nouveaux diagnostics et de nouveaux traitements, etc., je commençais à articuler autrement ces fonctionnements absurdes qui m'avaient déconcerté et remarquais ainsi, non sans être surpris par leur ampleur et par leur actualité, les conséquences paradoxales de l'isolation psychique dans le champ de la santé.

Ainsi, le repérage clinique des symptômes obsessionnels, et des annulations rétroactives par lesquelles le Moi les généralisent, les banalisent ou les valorisent, permettait de mieux cerner comment le fonctionnement obsessionnel pouvait se représenter tout en se dissimulant dans de nombreux domaines. Il devenait alors possible de repérer les biais signifiants par lesquels les

obsessions continuaient de se confondre largement avec des passe-temps, avec des objectifs de vie ou même avec des objectifs travail. Autrement dit – et ceci concerne particulièrement le champ médico-psychologique – il devenait possible d'éclairer les amalgames systématisés par lesquels le fonctionnement obsessionnel tendait à s'assimiler à des expériences scientifiques, à des méthodologies, à des théories et même à des traitements psychiques et corporels.

En remarquant cliniquement comment certains psychanalysants pouvaient éviter leurs difficultés en se focalisant sur des listes de tâches à effectuer ou les annuler « magiquement » en se conditionnant via des pensées positives qu'ils ressassaient, je remarquais que les techniques basées sur le conditionnement correspondaient à des annulations rétroactives systématisées. Par ailleurs, je constatais avec étonnement que la plupart des techniques reconnues aujourd'hui comme psychothérapeutiques constituaient des formes voilées de symptômes obsessionnels. Si plusieurs psychanalystes avaient souligné remarquablement certains de ces dévoilements, j'étais déconcerté par l'ampleur de cette confusion, et surtout par le fait que cette assimilation passait largement inaperçue. Heureusement, je trouvais des validations quant à l'importance de ces dérives institutionnelles dans les confirmations verbales de certains de mes confrères, dans les lectures de psychanalystes contemporains, mais aussi dans les écrits de Freud et de Lacan. Sigmund Freud avait frayé le chemin pour reconnaître la structure et les répercussions sociales de ces symptômes obsessionnels voilés, notamment dans « les pratiques d'enchantement, les coutumes populaires et dans le cérémonial religieux ».

L'enseignement de Lacan éclairait remarquablement les conséquences fâcheuses de ces dévoilements dans le champ psychanalytique tout comme il soulignait avec justesse le poids de la superstition dans le milieu médical. En 1955, il introduisait le terme de « systèmes obsessionnels de suggestion » mettant ainsi en lumière que des obsessions systématisées pouvaient se confondre littéralement avec des psychothérapies. À cet égard, une citation de Jacques Lacan que je découvrais dans le livre d'Alain Abelhauser sur la névrose obsessionnelle venait confirmer l'ampleur du symptôme obsessionnel dans le champ de la psychologie : « Quoi de plus psychologue qu'un obsessionnel ? Il fait de la psychologie à longueur de journée. C'est l'une des formes de sa maladie. »

Prononcée en 1971 lors d'une conférence à Tokyo, cette phrase de Jacques Lacan venait appuyer les conclusions délicates auxquelles m'amenait ce travail, à savoir que le symptôme obsessionnel tend à se confondre aujourd'hui avec des théories psychologiques et des thérapeutiques. La prise en compte de cette assimilation entre la raison et l'obsession invitait

alors à mesurer l'importance de cette confusion : si des illusions pouvaient se confondre avec des théories et avoir des répercussions délétères dans le champ de la santé, le repérage de la structure de ces fonctionnements obsessionnels voilés permettait d'éclairer différents domaines concernés par ces méprises systématisées.

Dans la mesure où ces systèmes obsessionnels pouvaient prendre des formes multiples et s'instituer dans de nombreux champs, en se présentant comme des fonctionnements mesurés, cohérents et vertueux, je me suis donc astreint dans ce travail à ne pas me focaliser sur un système particulier, mais plutôt à essayer de dégager la structure spécifique qui permettait de les distinguer.

Telle une séquence isolée de son contexte, une interprétation erronée qui tourne en rond, la structure de l'obsession se distingue essentiellement à travers les effets spécifiques qu'induisent les ruptures des liens de causalités. Au-delà de la dimension absurde de la signification illusoire qui résulte du lien de corrélation isolé, l'illusion de vérité par laquelle le Moi y adhère suppose donc que le raisonnement qui se boucle puisse rester isolé et hermétique. Ces systèmes illusoires se démarquent précisément, dans la mesure où ils ne peuvent être contredits ou remis en question, par leur rigidité, leur dogmatisme, leur hermétisme, c'est-à-dire par l'impasse dialectique qu'ils engendrent lors de discussions, et notamment par les réactions disproportionnées que suscite toute contradiction. Sentiments d'incompréhension, d'intrusion ou encore d'offuscation, la remise en question de ces obsessions voilées peut réveiller le conflit intrapsychique qu'elles viennent endiguer.

En mettant en évidence les isolations psychiques et les annulations rétroactives par lesquelles le Moi faisait disparaître littéralement les significations qui le dérangeaient, la clinique psychanalytique permettait de remarquer que les confusions et les mécompréhensions systématiques qui en résultaient dépassaient largement le champ de la psychopathologie :

« Et il est concevable qu'un obsessionnel ne puisse donner le moindre sens au discours d'un autre obsessionnel. C'est même de là que partent les guerres de religion : s'il est vrai que pour la religion (car c'est le seul trait dont elles font classe, au reste insuffisant), il y a de l'obsession dans le coup. »

Telle une énigme qui résonnait, cette phrase de Jacques Lacan m'a accompagné tout au long de cette recherche et j'ai réalisé progressivement que cette impossibilité à donner du sens reposait sur des méprises cristallisées. L'histoire des dissensions religieuses permettait de mettre en

lumière certaines boucles logiques et certains amalgames sur lesquels pouvaient reposer ces incompréhensions systématiques. À cet égard, les mécompréhensions et les clivages qui ont scindé le champ psychanalytique depuis son avènement mettaient en lumière ces mêmes erreurs cristallisées, tout comme ils témoignaient aussi des effets typiques des obsessions qui s'y voilaient : ritualisation de la pratique clinique, rigidification de la théorie, fonctionnements absurdes et dogmatiques allant à l'encontre de la clinique et de la formation... Plusieurs psychanalystes avec Jacques Lacan n'ont cessé de mettre en évidence le poids de ces méprises et de ces fonctionnements paradoxaux, le repérage de la structure défensive de ces confusions permettait alors de préciser l'impasse dialectique qui ne cesse de se répéter.

La reconnaissance des conséquences cliniques, épistémologiques et sociales de ces systèmes obsessionnels ouvre donc la voie à d'autres recherches. Je me suis employé tout au long de ce travail à donner quelques illustrations de ces systématisations, notamment dans le champ médico-psychologique, tout en essayant de dégager au mieux les répercussions et la structure spécifique de ces illusions. Ce travail sur les erreurs de raisonnements dans la névrose obsessionnelle s'est présenté rapidement sous la forme d'une mise en abyme qui témoigne de la répercussion de ces biais logiques quant à la conceptualisation des obsessions et de ses mécanismes de défense : de l'annulation des obsessions les plus représentées à la reconnaissance isolée de ses formes paroxystiques, de la rupture des liens de causalités entre les obsessions typiques et leurs conséquences institutionnelles à celles qui le compartimentent en épiphénomènes, la désarticulation engendrée par l'isolation psychique à l'égard de la conception structurelle de la névrose obsessionnelle – et de ses conséquences – met en exergue la problématique épistémologique qu'induisent les obsessions. Pour tenter d'éviter les écueils engendrés par ces déconnexions des liens logiques, j'ai donc développé chacune des parties qui composent ce travail en les articulant au fur et à mesure avec leurs corrélations cliniques, épistémologiques et sociales. En considérant la dissolution des corrélations par lesquelles la signification de l'obsession se voit elle-même annulée, j'ai tenté de fournir des illustrations, de les diversifier au mieux et de les affiner progressivement. Si cette méthode de travail a entraîné des répétitions et si elle a conduit à présenter des articulations qui mériteraient des développements plus approfondis, ces inconvénients me semblent le moins dommageables au regard de la dislocation que subit actuellement la conception de la névrose obsessionnelle. Si cette mise en abyme a permis de préciser la structure des biais logiques par lesquels le fonctionnement obsessionnel réussissait à s'institutionnaliser tout en effaçant ses propres traces, ce travail n'en demeure pas moins incomplet car il présente le fonctionnement obsessionnel sous certains versants spécifiques.

Cette difficulté dans l'abord de la névrose obsessionnelle souligne l'extraordinaire complexité et la richesse de cette structure psychique que Freud n'hésita pas à qualifier d' « objet le plus intéressant et le plus gratifiant de l'investigation analytique ». Elle m'invite donc, avec celles et ceux qui ont déjà contribué à affiner cette découverte importante que Freud nous a léguée, à renouveler le vœu de ce dernier :

« En conclusion de ce travail, j'exprimerai l'espoir que mes communications, à tous égards incomplètes, puissent au moins inciter d'autres personnes à s'engager plus à fond dans l'étude de la névrose de contrainte et par là à mettre au jour davantage de choses. »¹⁰⁰⁴

¹⁰⁰⁴ Freud, S. (1909). « Remarques sur un cas de névrose de contrainte », in *Œuvres Complètes, Vol. IX*, Paris, PUF, 1998, p. 213.

Bibliographie

Ouvrages

Abelhauser, A., Gori, R., Sauret, M-J. *La folie Évaluation, Les nouvelles fabriques de la servitude*, Paris, Éditions Mille et une nuits, 2011.

Abelhauser, A. *Un doute infini, l'obsessionnel en 40 leçons*, Paris, Éditions du Seuil, 2020.

Abraham, K. « Une forme particulière de résistance névrotique à la méthode psychanalytique », in *Œuvres Complètes II*, Paris, Payot, 1965, pp. 64-49.

Ajuriaguerra, J. (de). « L'instabilité psychomotrice », in *Manuel de psychiatrie de l'enfant*, Paris, Masson, 1970, p. 276-298.

American Psychiatric Association, *DSM-IV. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 4^e éd., trad. franç. J.-D. Guelfi *et al.*, Paris, Masson, 1996.

American Psychiatric Association. (2015). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Amorim (de), F. *De la clinique*, Paris, RPH, 2012.

Amorim (de), F. *Tentative d'une clinique psychanalytique avec les malades et les patients de médecine*, Paris, RPH, 2008.

Arendt, H. *Du mensonge à la violence. Essais de politique contemporaine*, Paris, Calmann-Lévy, 1972.

Aristote. « Premiers Analytiques », in *Œuvres complètes*, Paris, Flammarion, 2014, pp. 90-209.

Askofaré, S. *D'un discours l'Autre – La science à l'épreuve de la psychanalyse*, Toulouse, Presses Universitaires du Mirail, 2013.

Beck, U. *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*, Traduit par Laure Bernardi, Champs Essais. Flammarion. Paris. 2008.

Bercherie, P. « Histoire et épistémologie des thérapeutiques en psychopathologie », in *La folie raisonnée*, Presses Universitaires de France, 1989, pp. 79-100.

Bergeret, J. *La personnalité normale et pathologique*, Paris, Dunod, 1996.

Bertaux, J-L. *Démographie, climat, migrations : l'état d'urgence*, Paris, Fauves Éditions, 2017.

Bock-Côté, M. *Le multiculturalisme comme religion politique*, Paris, Éditions du Cerf, 2019.

Bock-Côté, M. *L'empire du Politiquement correct*, Paris, Éditions du Cerf, 2020.

Boukris, S. *Santé : la démolition programmée*, Paris, le cherche midi, 2011.

Boukris, S. *La fabrique de malades, ces maladies qu'on nous invente*, Paris, Le cherche midi, 2013.

Burgel, G. *Université, une misère française*, Paris, Hachette littératures, 2006.

Castel, P.-H. *Âmes scrupuleuses, vies d'angoisse, tristes obsédés*, Paris, Éditions d'Ithaque, 2011.

Clavreul, J. *L'ordre médical*, Paris, Éditions du seuil, 1978.

Cottraux, J. « Chapitre 1. Les psychothérapies cognitives et comportementales. Pourquoi et comment changer ? », in Roland Coutanceau éd., *Psychothérapie et éducation. La question du changement*. Dunod, 2015, pp. 1-9.

Dachez, R. *Histoire de la médecine - De l'Antiquité à nos jours*, Paris, Éditions Tallandier, 2012.

Dershowitz, A. *Cancel Culture, The latest Attack on free speech and due process*, New York, Skyhorse Publishing, 2020.

Dolto, F. *Les chemins de l'éducation*, Paris, Éditions Gallimard, 1994.

Dubas, F., Thomas-Antérion, C. *Le sujet, son symptôme, son histoire. Études du symptôme somatomorphe*, 1^{ère} éd., Paris, Les Belles Lettres, 2012.

Dubreuil, L. *La dictature des identités*, Paris, Gallimard, 2019.

Esquirol, E. (1838). *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*, Toulouse, Éditions Privat, 1998.

Even, P. *Corruptions et crédulité en médecine, Stop aux statines et autres dangers*, Paris, Le cherche midi, 2015.

Even, P. et Debré, B. *Avertissement aux malades, aux médecins et aux élus*, Paris, Le cherche midi, 2002.

Even, P. et Debré, B. *Guide des 4000 médicaments utiles, inutiles ou dangereux – Cancer, hypertension, dépression...*, Paris, Le cherche midi, 2016.

Ey, H., Bernard, P., Brisset, C. « La névrose obsessionnelle », in *Manuel de psychiatrie*, Paris, Masson, 1960, pp. 350-364.

Fédida, P. *Des bienfaits de la dépression. Éloge de la psychothérapie* sous la direction de Fédida Pierre. Odile Jacob, 2001.

Ferenczi, S. (1908-1912). *Psychanalyse I*, Paris, Éditions Payot, 1968.

Ferenczi, S. (1913-1919). *Psychanalyse II*, Paris, Éditions Payot, 1968.

Ferenczi, S. (1927-1933). *Psychanalyse IV*, Paris, Éditions Payot, 1982.

Frances, A. *Sommes-nous tous des malades mentaux ?*, Paris, Odile Jacob, 2013.

- Freud, S. (1907). « Actions de contraintes et exercices religieux », in *Œuvres Complètes, Vol. VIII*, Paris, PUF, 2007, pp. 135-146.
- Freud, S. (1908). « Caractère et érotisme anal », in *Œuvres Complètes, Vol. VIII*, Paris, PUF, 2007, pp. 187-194.
- Freud, S. *Conférences d'introduction à la psychanalyse*, Paris, Gallimard, 1999.
- Freud, S. (1912). « Conseils aux médecins dans le traitement psychanalytique », in *Œuvres Complètes, Vol. XI*, Paris, PUF, 1998, pp. 145-154.
- Freud, S. (1914). « Contribution à l'histoire du mouvement psychanalytique », in *Œuvres Complètes, Vol. XII*, Paris, PUF, 2005, pp. 247-215.
- Freud, S. (1904). « De la psychothérapie », in *La technique psychanalytique*, Paris, PUF, 2005, pp. 9-22.
- Freud, S. (1917). « Doctrine générale des névroses », in *Œuvres Complètes, Vol. XIV*, Paris, PUF, 2000, pp. 251-480.
- Freud, S. (1926). « Inhibition, symptôme, angoisse », in *Œuvres Complètes, Vol. XVII*, Paris, PUF, 1992, pp. 203-86.
- Freud, S. (1927). « L'avenir d'une illusion », in *Œuvres Complètes, Vol. XVIII*, Paris, PUF, 1994, pp. 145-97.
- Freud, S. (1915). « L'inconscient », in *Œuvres Complètes, Vol. XIII*, Paris, PUF, 2005, pp. 206-245.
- Freud, S. (1912), « La dynamique du transfert », in *La technique psychanalytique*, Paris, PUF, 1953, pp 50-60.
- Freud, S. (1908). « La morale sexuelle « culturelle » et la nervosité commune », in *Œuvres Complètes, Vol. VIII*, Paris, PUF, 2007, pp. 197-219.
- Freud, S. (1894). « Les névropsychoses-de-défense », in *Œuvres Complètes, Vol. III*, Paris, PUF, 1989, pp. 1-18.
- Freud, S. (1911). *Les premiers psychanalystes, Minutes de la Société psychanalytique de Vienne III*, Paris, Gallimard, 1979.
- Freud, S. (1894). « Obsessions et phobies », in *Œuvres Complètes, Vol. III*, Paris, PUF, 1989, pp. 21-28.
- Freud, S. (1910). « Perspective d'avenir de la thérapeutique analytique », in *La technique psychanalytique*, Paris, PUF, 2005, pp. 23-35.
- Freud, S. (1921). « Psychologie des masses et analyse du moi », in *Œuvres Complètes, Vol. XVI*, Paris, PUF, 2010, pp. 2-83.

- Freud, S. (1911). « Remarques psychanalytiques sur un cas de paranoïa », in *Œuvres Complètes, Vol. X*, Paris, PUF, 1993, pp. 225-304
- Freud, S. (1909). « Remarques sur un cas de névrose de contrainte », in *Œuvres Complètes, Vol. IX*, Paris, PUF, 1998, pp. 132-214.
- Freud, S. (1911). « Sur la psychanalyse », in *Œuvres Complètes, Vol. XI*, Paris, PUF, 2005, pp. 29-34.
- Freud, S. (1905). « Trois essais sur la théorie sexuelle », in *Œuvres Complètes, Vol. VI*, Paris, PUF, 2006, pp. 59-182.
- Freud, S., Ferenczi, S. (1929). *Correspondance, Tome III, 1920 – 1933, Les années douloureuses*, Paris, Calmann-Lévy, 2000.
- Georges (de). P. *Par-delà le vrai et le faux, Vérité, réalité et réel en psychanalyse*, Paris, Éditions Michèle, 2013.
- Golse, B. *Du corps à la pensée*, Paris, PUF, 1995.
- Gori, R. « Les psychologues cliniciens sont-ils encore nécessaires aujourd'hui ? », in Dominique Ratia-Armengol éd., *Petite enfance : où allons-nous ?* Érès, 2016, pp. 17-38.
- Gori, R. « La Science : nouvel opium du peuple ? », in Le Collectif pas de 0 de conduite éd., *Enfants turbulents : l'enfer est-il pavé de bonnes préventions ?* Érès, 2008, pp. 29-32.
- Gori, R. « Préface. Mais que viennent faire les psychanalystes dans cette galère ? », in *Les enfants naufragés du néolibéralisme* sous la direction de Epstein Danièle, Érès, 2021, pp. 7-10.
- Gori, R. « Préface », in Avet, R. éd., *Pourquoi défendre aujourd'hui la clinique dans le travail médico-social*, Paris, Champ social, 2010, pp. 7-15.
- Gori, R. « Psychothérapie : un mot-girouette ? », in D. Widlocher éd., *Psychanalyse et psychothérapie*, Érès, 2008, pp. 41-50.
- Guérin, N. *Logique et poétique de l'interprétation psychanalytique, Essai sur le sens blanc*, Paris, Éditions Érès, 2019.
- Hachet, A. *Clinique de l'enfant. Psychothérapie et évaluation*. Armand Colin, 2011.
- Janet, P. *Les obsessions et la psychasthénie, Tome I, Analyse des symptômes*, Paris, L'Harmattan, 2005.
- Jones, E. *Psychanalyse, Folklore, Religion*, Paris, Payot, 1973.
- Jureidini, J. & McHenry, L. *The illusion of Evidence-Based Medicine (Exposing the crisis of credibility in clinical research)*, South Australia, Wakefield Press, 2020.
- Krutzen, H. « Jacques Lacan. Séminaire 1952-1980. Index référentiel », 2^{ème} édition, Paris, Anthropos, 2003.

- Lacan, J. (1964). « Acte de fondation », in *Autres écrits*, Paris, Éditions du seuil, 2001, pp. 229-241.
- Lacan, J. (1967). « De la psychanalyse dans ses rapports avec la réalité », in *Autres écrits*, Paris, Éditions du Seuil, 2001, pp. 351-359.
- Lacan, J. (1953). « Fonction et champ de la parole et du langage », in *Écrits*, Paris, Éditions du Seuil, 1978, pp. 235-321.
- Lacan, J. (1973). « Introduction à l'édition allemande d'un premier volume des *Écrits* », in *Autres écrits*, Paris, Éditions du Seuil, 2001, pp. 553-559.
- Lacan, J. (1971). *Je parle aux murs*, Paris, Éditions du Seuil, 2011.
- Lacan, J. (1968). *L'acte psychanalytique*, Paris, Éditions de l'Association lacanienne Internationale, 2001.
- Lacan, J. (1958). « La direction de la cure et les principes de son pouvoir », in *Écrits II*, Paris, Éditions du seuil, 1999, pp. 62-123.
- Lacan, J. (1967). « La psychanalyse, raison d'un échec », in *Autres écrits*, Paris, Éditions du seuil, 2001, pp. 341-349.
- Lacan, J. (1966). « La science et la vérité », in *Écrits II*, Paris, Éditions du seuil, 1999, pp. 335-358.
- Lacan, J. « Le temps logique et l'assertion de certitude anticipée », in *Écrits*, Paris, Le Seuil, 1966, pp. 195-212.
- Lacan, J. (1954-55). *Le Séminaire, Livre II, Le moi dans la théorie de Freud et dans la technique de la psychanalyse*, Paris, Éditions du seuil, 1989.
- Lacan, J. (1957-58). *Le Séminaire, Livre V, Les formations de l'inconscient*, Paris, Éditions du seuil, 1998.
- Lacan, J. (1958-59). *Le Séminaire, Livre VI, Le désir et son interprétation*, Paris, Champ Freudien, 2013.
- Lacan, J. (1962-63). *Le Séminaire, Livre X, L'angoisse*, Paris, Éditions du Seuil, 2004.
- Lacan, J. (1964). *Le Séminaire, Livre XI, Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*, Paris, Éditions du seuil, 1973.
- Lacan, J. (1969-70). *Le Séminaire, Livre XVII, L'envers de la psychanalyse*, Paris, Éditions du seuil, 1991.
- Lacan, J. (1971-72). *Le Séminaire, Livre XIX, ... ou pire*, Paris, Éditions du seuil, 2011.
- Lacan, J. « Proposition du 9 octobre 1967 sur le psychanalyste de l'École » in *Autres écrits*, Paris, Le Seuil, 2001, pp. 243-259.
- Lacan J. « Propos sur la causalité psychique », in *Écrits*, Paris, Seuil, 1966, p. 151-193.

- Lacan, J. « Subversion du sujet et dialectique du désir », in *Écrits*, Paris, Seuil, 1966, pp. 793-827.
- Lacan, J. *Télévision*, Paris, Le seuil, 1974.
- Landman, P. « De quelques raisons de contester le TDA/H et la prescription de méthylphénidate », in Bergès-Bounes, M. éd., *Le bonheur des enfants sur ordonnance ? Le recours aux médicaments du psychisme*. Érès, 2019, pp. 133-138.
- Landman, P. *Tristesse Business, le scandale du DM5*, Paris, Max Milo Éditions, 2013.
- Landman, P. *Tous hyperactifs ?*, Paris, Éditions Albin Michel, 2015.
- Lanteri Laura, G. « Contre l'institution psychiatrique », in Jean de Verbizier éd., *Psychiatrie et Société. Textes réunis en hommage à Paul Sivadon*. Érès, 1981, pp. 45-55.
- Lebovivi, S., Diatkine, R., Soulé, M. *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, PUF, 1985.
- Legrand du Saulle, H. (1875). *La folie du doute (avec délire du toucher)*, Toulouse, Éditions Privat, 1998.
- Lewontin, R-C. *La triple hélice, Les gènes, l'organisme, l'environnement*, Paris, Éditions du seuil, 2003.
- Luca (De), M., Estellon, V. *Des névroses aux états limites*, Paris, Armand Colin, 2015.
- Macherey, P. *La Parole universitaire*, Paris, La Fabrique, 2011.
- Mannoni, M. *L'enfant, sa « maladie » et les autres*, Paris, Éditions du Seuil, 1967.
- Mathelin-Vanier, C., et Vanier, A. « Éthique et prise en charge des enfants », in Edwige Rude-Antoine éd., *Éthique et Famille. Tome 3*, L'Harmattan, 2013, pp. 67-80.
- Melman, C. *La névrose obsessionnelle I- Le signifiant, la lettre*, Paris, Érès, 2015.
- Melman, C. *La névrose obsessionnelle II- Étude des carnets de l'Homme aux rats de Freud*, Paris, Érès, 2015.
- Minard, M. *Le DSM-ROI. La psychiatrie américaine et la fabrique des diagnostics*, Érès, 2013.
- Meyer, C., et al. *Le livre noir de la psychanalyse*, Paris, Éditions les Arènes, 2010.
- Montessori, M. *L'enfant*, Paris, Éditions Desclée de Brouwer, 2018.
- Oreskes, N. & Conway, E., *Les marchands de doutes*, Paris, Éditions Le Pommier, 2014.
- Piketty, T. *Le capital au XXIème siècle*, Paris, Éditions du seuil, 2013.
- Pluckrose, H., Lindsay, J. *Cynical theories*, USA, Swift Press, 2021.
- Reik, T. *Le rituel - psychanalyse des rites religieux*, Paris, Éditions Denoël, 1974.

- Revault d'Allones, C. & Al. *La démarche clinique en sciences humaines*, Paris, Bordas, 1989.
- Roudinesco, E. *Histoire de la psychanalyse en France. 1 - 1885-1939*, Paris, Fayard, 1994.
- Roudinesco, E. *Sigmund Freud en son temps et dans le nôtre*, Paris, Éditions du Seuil, 2014.
- Safouan, M. *Jacques Lacan et la question de la formation des analystes*, Paris, Éditions du seuil, 1983.
- Safouan, M., Julien, P. & Hoffmann, C. *Malaise dans la psychanalyse*, Paris, Éditions Arcanes, 1995.
- Safouan, M. *La psychanalyse, Science, Thérapie – Et Cause*, Paris, Éditions Thierry Marchaisse, 2013.
- Sauret, M-J. « Peut-on penser une science clinique qui serait construite autour de la singularité du cas ? Pour une théorie du singulier », in Abel Guillen éd., *Essais d'épistémologie pour la psychiatrie de demain*, Érès, 2017, pp. 91-104.
- Sheffer, E. *Les enfants d'Asperger. Le dossier noir des origines de l'autisme*, Paris, Flammarion, 2019.
- Soler, C. *Lacan, l'inconscient réinventé*, Paris, Presses Universitaires de France, 2009, p. 228.
- Stiglitz, J. *La grande désillusion*, Paris, Fayard, 2002.
- Streichen, O. *De la médecine d'observation à la médecine factuelle (Histoire critique de l'evidence-based medicine)*, Paris, Éditions Hermann, 2018.
- Todd, E. *La diversité du monde*, Paris, Éditions du Seuil, 1984.
- Todd, E. *L'invention de l'Europe*, Paris, Éditions du seuil, 1996.
- Todd, E. *L'illusion économique*, Paris, Éditions Gallimard, 1998.
- Tort, M. *Fin du dogme paternel*, Paris, Aubier, 2005.
- Tribolet, S. & Shahidi, M. *Nouveau Précis de Sémiologie des troubles psychiques*, Paris, Éditions Heures de France, 2005.
- Vanier, A. « Quelques remarques sur la théorie en psychanalyse », in Bernard Golse éd., *Clivages. Du bébé à l'adolescent, entre séparation et rupture*. Érès, 2016, pp. 283-293.
- Vanier, A. « Pratiques et politique de la psychanalyse : la ségrégation aujourd'hui », Claude Boukobza éd., *La psychanalyse, encore !* Érès, 2006, pp. 9-14.
- Vergely, B. *Transhumanisme : la grande illusion*, Paris, Le Passeur, 2019.
- Visentini, G. *L'efficacité de la psychanalyse*, Paris, Presses Universitaires de France / Humensis, 2021.

Walch, J-P. *Galilée dans l'histoire. Science, religion, politique*, Paris, Nouveau Monde éditions, 2017.

Wallon, H. *L'Enfant turbulent*, Paris, Félix Alcan, 1925 ; 2^e éd. Paris, PUF, coll. « Quadrige », 1984.

Wolton, T. *Le négationnisme de gauche*, Paris, Éditions Grasset & Fasquelle, 2019.

Wender, P.H., Eisenberg L. « Minimal Brain Dysfunction in Children », in *American Handbook of Psychiatry*, vol. 2, s/dir. Arieti S. et Caplan G., New York, Basic Books, 1974, 2^e éd., p. 130-146.

Articles

- Abelhauser, A. « Exorde », in *Cliniques méditerranéennes*, vol. 81, no. 1, 2010, pp. 5-10.
- Abelhauser, A. « Il n'est de résistance que de l'analyste », in *La Cause freudienne*, vol. 56, no. 1, 2004, pp. 137-139.
- Abelhauser, A. « La psychanalyse « inévaluable » ? », in *Bulletin de psychologie*, vol. 486, no. 6, 2006, pp. 571-574.
- Abelhauser, A. « La totale », in *Le Monde*, journal, 07/02/2004
- Abelhauser, A. « Libres associations », in *Cliniques méditerranéennes*, vol. n° 71, no. 1, 2005, pp. 59-69.
- Abelhauser, A. « L'imposture, partenaire-symptôme de la science », in *Cliniques méditerranéennes*, vol. 81, no. 1, 2010, pp. 125-133.
- Abelhauser, A. « Mission impossible », in *Psychanalyse*, vol. 15, no. 2, 2009, pp. 71-77.
- Abelhauser, A. « Ripostes », in *Cliniques méditerranéennes*, vol. n° 71, no. 1, 2005, pp. 5-8.
- Antman, E-M., Lau, J., Kupelnick, B., Mosteller, F., Chalmers, T-C. « A comparaison of results of meta-analyses of randomized control trials and recommendations of clinical experts. Treatment for myocardial infarction », in *JAMA*, n°268, 1992, pp. 240-248.
- Aouizerate, B., Rotge, J.Y., Bioulac, B., Tignol, J. « Apport actuel des neurosciences à travers une nouvelle lecture clinique du trouble obsessionnel compulsif », in *L'encéphale*, 33, mars-avril 2007, p. 203-210.
- Askofaré, S. « La révolution du symptôme », in *Psychanalyse*, vol. n° 4, no. 3, 2005, pp. 31-40.
- Askofaré, S. « Les groupes contre(nt) l'école », in *Champ lacanien*, vol. 3, no. 1, 2006, pp. 167-174.
- Askofaré, S. « L'identification au sinthome », in *Essaim*, vol. 18, no. 1, 2007, pp. 61-76.
- Askofaré, S. « L'identité au temps du discours de la science », in *Champ lacanien*, vol. 6, no. 1, 2008, pp. 127-132.
- Askofaré, S. « L'Université en éclats » in *Champ lacanien*, vol. 23, no. 2, 2019, pp. 109-118.
- Askofaré, S. « Politique, science et psychanalyse. De l' 'aversion de la contingence' à une 'politique du symptôme' », in *Champ lacanien*, vol. 2, no. 1, 2005, pp. 95-106.
- Askofaré, S. « Une politique décapitonée ? », in *Champ lacanien*, vol. 8, no. 1, 2010, pp. 155-162.
- Baleyte, J-M., Cohen, D., Mazet, P. « Imagerie cérébrale et modélisation des troubles obsessionnels compulsifs », in *Perspectives Psy*, volume 39, 5. décembre 2000, p. 377-382.

- Bass, H-P., Vanier, A. et Mathelin-Vanier, C. « Psychanalyse et médecine, aujourd'hui », in *Le Journal des psychologues*, vol. 330, no. 8, 2015, p. 54.
- Bercherie, P. « Le concept psychanalytique de structure, alternative à l'organicisme », in *L'information psychiatrique*, vol. 91, no. 10, 2015, pp. 819-827.
- Bercherie, P. « Note clinique sur la question du burnout. *Épuisement professionnel ou désillusion traumatique ?* », in *L'information psychiatrique*, vol. 94, no. 7, 2018, pp. 589-593.
- Bercherie, Paul. « Pourquoi le DSM ? L'obsolescence des fondements du diagnostic psychiatrique », in *L'information psychiatrique*, vol. 86, no. 7, 2010, pp. 635-640.
- Blesson, M. « Psychanalyse et science : les liaisons dangereuses », in *Le Coq-héron*, vol. 222, no. 3, 2015, pp. 11-14.
- Bouillot, P. « Ce qu'avec votre diagnostic de dépression vous laissez dans l'ombre, Docteur ! » in *Quarto*, 93, Bruxelles. Juin 2008, p. 53-54.
- Bouvet, M. « Le moi dans la névrose obsessionnelle », in *Revue française de psychanalyse*, 1-2, janvier-juin 1953, tome XVII, pp. 111-196.
- Bouvet, M. « Importance de l'aspect homosexuel du transfert dans le traitement de quatre cas de névrose obsessionnelle masculine », in *Revue française de psychanalyse*, 3, 1948, pp. 419-455.
- Bradley, C. « The Behavior of children receiving benzedrine », in *Am. Journ. of Psychiatry*, 1937, 94, p. 577-585.
- Chemama, R. « La psychanalyse, enjeux éthiques », in *Nouvelle revue de psychosociologie*, vol. 20, no. 2, 2015, pp. 15-24.
- Cottes, J-F. « Une érotique de la diffusion électronique. Reportage et réflexions », in *La Cause du Désir*, vol. 97, no. 3, 2017, pp. 37-39.
- Cottet, S. « À propos de la névrose obsessionnelle féminine », in *La Cause freudienne*, vol. 67, no. 3, 2007, pp. 63-74.
- Cottet, S. « Feu sur l'ordre symbolique », in *La Cause freudienne*, vol. 60, no. 2, 2005, pp. 125-130.
- Cottet, S. « Freud et son actualité dans le malaise dans la civilisation », in *La Cause freudienne*, vol. 66, no. 2, 2007, pp. 189-198.
- Cottet, S. « La boussole de Freud », in *La Cause du Désir*, vol. 90, no. 2, 2015, pp. 15-21.
- Cottet, S. « Un bien-dire épistémologique », in *La Cause du Désir*, vol. 80, no. 1, 2012, pp. 15-22.
- Delrieu, A. « Markos Zafiropoulos : Lacan et Lévi-Strauss ou le retour à Freud », in *Figures de la psychanalyse*, vol. n°10, no. 2, 2004, pp. 193-199.

Deutsch H. « Cérémonial obsessionnel et actes compulsifs », in *Les introuvables*, Paris, Le Seuil, juin 2000, pp. 281-300.

Dhéret, J. « Une leçon sur le désir », in *La Cause freudienne*, vol. 67, no. 3, 2007, pp. 45-53.

Di Vittorio, P., Minard, M. et Gonon, F. « Les virages du DSM : enjeux scientifiques, économiques et politiques », in *Hermès, La Revue*, vol. 66, no. 2, 2013, pp. 85-92.

Evans, J-P., Meslin, E-M., Marteau T-M. *et al.*, « Deflating the Genomic Bubble », in *Science*, vol. 331, 2011, pp. 861-862.

Falret, J. (1866). « De la folie raisonnante ou folie morale », in *Annales médico-psychologiques*, Imprimerie de E. Martinet, 1866, pp. 43-44.

Faugeras, J. « Du symptôme familial au symptôme social », in *Revue de Psychanalyse et Clinique Médicale*, 2020, n° 46, pp. 165-77.

Fournier, J-C., DeRubeis, R-J., Hollon, S-D *et al.*, « Antidepressant Drug Effects and Depression Severity: A Patient-Level Meta-Analysis », in *JAMA*, vol. 303, n° 1, 2010, pp. 47-53.

Gault, J-L. « La naissance de la science moderne : Une lecture de ‘La science et la vérité’ », in *La Cause du Désir*, vol. 84, no. 2, 2013, pp. 58-64.

Gault, J-L. « Psychanalyse d’une hyperactivité », in *La Cause freudienne*, vol. 58, no. 3, 2004, pp. 37-48.

Georges (de), P. « Une pensée dont l’âme s’embarrasse », in *La Cause freudienne*, vol. 67, no. 3, 2007, pp. 37-43.

Gilet-Le Bon, S. « La dépression contemporaine », in *Champ lacanien*, vol. 7, no. 1, 2009, pp. 181-190.

Gilet-Le Bon, S. « L’expansion de l’acte analytique », in *Champ lacanien*, vol. 18, no. 1, 2016, pp. 47-55.

Goldman, C. « Le surinvestissement de la pensée chez l’enfant surdoué : trois études de cas », in *La psychiatrie de l’enfant*, vol. 50, no. 2, 2007, pp. 527-570.

Gonon, F. « Cinquante ans de psychiatrie biologique. De l’espoir au doute assumé, Édouard Zarifian et Elliot Valenstein, militants exemplaires », in *Sud/Nord*, vol. 25, no. 1, 2010, pp. 39-48.

Gonon, F. « La psychiatrie biologique : une bulle spéculative ? », in *Esprit*, vol., no. 11, 2011, pp. 54-73.

Gonon, F. « La psychiatrie biologique : une bulle spéculative ?. Le cas de l’hyperactivité tdah », in *Journal français de psychiatrie*, vol. 44, no. 2, 2016, pp. 113-124.

Gonon, F. « Quel avenir pour les classifications des maladies mentales ? Une synthèse des critiques anglo-saxonnes les plus récentes », in *L’information psychiatrique*, vol. 89, no. 4, 2013, pp. 285-294.

Gonon, F., Guilé, J-M. et Cohen, D. « Le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité : données récentes des neurosciences et de l'expérience nord-américaine », in *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, vol. 58, 2010, pp. 273-281.

González de Garroni, C, et al. « Liberté et docilité de l'analyste », in *La Cause du Désir*, vol. 97, no. 3, 2017, pp. 22-25.

Gori, R., Hoffmann, C. et Vanier, A. « Les TCC ne sont pas des psychothérapies », in *Le Carnet PSY*, vol. 103, no. 8, 2005, pp. 24-25.

Gosselin, V. et Askofaré, S. « L'impossible sujet des sciences neuro-cognitives. Éléments pour une recherche », in *Cliniques méditerranéennes*, vol. 79, no. 1, 2009, pp. 253-263.

Greenberg, S-A. « How Citation Distortions Create Unfounded Authority: Analysis of a Citation Network », in *BMJ*, vol. 339, 2009, p. b2680.

Guérin, N. « Au-delà de la logique divine » in *Psychanalyse*, vol. n° 3, no. 2, 2005, pp. 5-17.

Guérin, N. « Communiqué de l'APsaA à ses membres », in *Essaim*, vol. 46, no. 1, 2021, pp. 153-157.

Guérin, N. « Lacan et le culturalisme. Chronique d'une résistance « inactuelle » à la psychanalyse », in *Essaim*, vol. 48, no. 1, 2022, pp. 7-32.

Guérin, N. « L'idéologie du déclin et la psychanalyse », in *Essaim*, vol. 25, no. 2, 2010, pp. 7-25.

Guérin, N. « L'impudence des tigres de papier », in *Essaim*, vol. 33, no. 2, 2014, pp. 15-27.

Guérin, N. « L'interprétation de l'inconscient », in *Psychanalyse*, vol. 27, no. 2, 2013, pp. 13-21.

Guérin, N. « Vers une symptomatologie », in *Cliniques méditerranéennes*, vol. 79, no. 1, 2009, pp. 189-205.

Hachet, A. « Approche psychanalytique de l'acte meurtrier », in *Cités*, vol. 66, no. 2, 2016, pp. 67-76.

Hachet, A. « Le passage à l'acte adolescent. Une tentative ratée de production du sujet », in *Recherches en psychanalyse*, vol. 20, no. 2, 2015, pp. 126-132.

Haliday, H., Le Maléfan, P. et Evrard, R. « Les fausses solutions de réforme de la formation des psychologues du rapport IGAS », in *Psychologues et Psychologies*, vol. 266-267, no. 2-3, 2020, pp. 027-031.

Heinich, N. « Ce que le militantisme fait à la recherche », in *Tracts Gallimards*, 2021, n° 29, pp. 4-42.

Helgason, T., Tomasson, H., Zoega, T. « Antidepressants and public health in Iceland. Time series analysis of national data », in *Br J Psychiatry*, Vol. 184, 2004, pp. 157-162.

- Hoffmann, C. « La phobie des TCC », in *Le Carnet PSY*, vol. 115, no. 2, 2007, pp. 36-37.
- Hoffmann, C. « No Clinic without Subject. Editorial », in *Recherches en psychanalyse*, vol. 13, no. 1, 2012, pp. 5-6.
- Hyman, S-E. « The diagnosis of mental disorders: the problem of reification. », in *Annu Rev Clin Psychol*, 6, 2010, pp. 155-179.
- Ioannidis, J-P. « Why Most Published Research Findings are False », in *PLoS Med*, vol. 2, n° 8, 2005, p. e124.
- Jaeger, M. « Une nouvelle temporalité dans l'action sociale et médico-sociale », in *Vie sociale*, vol. 18, no. 2, 2017, pp. 45-56.
- Kelsey, J-L., Whittemore, A-S, Evans, A-S., Thompson, W-D. « Methods in observational epidemiology, 2nd ed. », in *Oxford U press*, New York, 1996.
- Kendell, R, Jablensky, A. « Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses », in *Am J Psychiatry*, 160, 2003, pp. 4-12.
- Kirsch, I., Deacon, B-J., Huedo-Medina, T-B. *et al.*, « Initial Severity and Antidepressant Benefits: A Meta-Analysis of Data Submitted to the Food and Drug Administration », in *PLoS Med*, vol. 5, n°2, 2008 p. e45.
- Krueger, R-F, Markon, K-E. « Reinterpreting comorbidity: a model-based approach to understanding and classifying psychopathology », in *Annu Rev Clin Psychol*, 2, 2006, pp. 111-133.
- Lacan, J. « Deux notes sur l'enfant », in *Ornicar ?*, 37, avril-juin 1986, p.13-14.
- Lacan, J. « Intervention à l'exposé de Michel de Certeau », Congrès de Strasbourg, octobre 1968, in *Lettres de l'École Freudienne*, Paris, n° 7.
- Lacan, J. « 9^{ème} Congrès de l'Ecole Freudienne de Paris sur la 'Transmission' », in *Lettres de l'Ecole*, n°25, Vol II, Paris, 1979, pp. 219-220.
- Lacaze-Paule, C. « La confrontation de corps », in *La Cause du Désir*, vol. 97, no. 3, 2017, pp. 83-85.
- Laia, S, et Richard, C. « Politique de la psychanalyse aujourd'hui », in *La Cause freudienne*, vol. 71, no. 1, 2009, pp. 154-161.
- Landman, P. « La fake science, la vérité des faits et l'espace public », in *Enfances & Psy*, vol. 79, no. 3, 2018, pp. 6-7.
- Landman, P. « La fausse épidémie de TDAH », in *Études*, vol., no. 11, 2018, pp. 53-64.
- Landman, P. « Le diagnostic psychiatrique et la discrimination », in *Cliniques méditerranéennes*, vol. 94, no. 2, 2016, pp. 117-124.
- Landman, P. « Le DSM et la politique », in *Figures de la psychanalyse*, vol. 28, no. 2, 2014, pp. 33-40.

- Landman, P. « Nouvelle maladie ? », in *L'école des parents*, vol. 614, no. 3, 2015, pp. 31-33.
- Landman, P. « Vous avez dit « bipolaire » ? », in *Figures de la psychanalyse*, vol. 26, no. 2, 2013, pp. 125-128.
- Lapeyre, M., Sauret, M-J. « La psychanalyse avec la science », in *Cliniques méditerranéennes*, vol. n° 71, no. 1, 2005, pp. 143-168.
- La Sagna, P. « De l'utilité publique de la psychanalyse », in *La Cause freudienne*, vol. 63, no. 2, 2006, pp. 7-11.
- La Sagna, P. « Des guérisons en général et dans la psychanalyse en particulier », in *La Cause freudienne*, vol. 77, no. 1, 2011, pp. 19-24.
- La Sagna, P. « Esprit, où es-tu ? », in *La Cause freudienne*, vol. 59, no. 1, 2005, pp. 7-14.
- La Sagna, P. « Le nouveau visage de la science et la Fée bleue », in *La Cause freudienne*, vol. 60, no. 2, 2005, pp. 23-25.
- La Sagna, P. « Les objets de l'obsessionnel », in *La Cause freudienne*, vol. 67, no. 3, 2007, pp. 55-61.
- La Sagna, P. « La bonne et la mauvaise mesure du symptôme », in *La Cause freudienne*, vol. 57, no. 2, 2004, pp. 53-56.
- La Sagna, P. « L'homme aux rats et sa dette infinie », in *La Cause freudienne*, vol. 64, no. 3, 2006, pp. 19-25.
- Laurent, É. « Lacan, hérétique », in *La Cause freudienne*, vol. 79, no. 3, 2011, pp. 197-204.
- Laurent, É. « La crise post-dsm et la psychanalyse à l'âge numérique », in *La Cause du Désir*, vol. 87, no. 2, 2014, pp. 145-166.
- Laurent, É. « Les voies sans issue de la psychanalyse cognitive », in *La Cause freudienne*, vol. 60, no. 2, 2005, pp. 17-22.
- Laurent, É. « Les spectres de l'autisme », in *La Cause freudienne*, vol. 78, no. 2, 2011, pp. 53-63.
- Laurent, É. « Usages des neuro-sciences pour la psychanalyse », in *La Cause freudienne*, vol. 70, no. 3, 2008, pp. 111-121.
- Lemérier, B, et al. « La formation des analystes... un style », in *Essaim*, vol. 11, no. 1, 2003, pp. 5-8.
- Lodge, G-J. « How did we let it come to this? A plea for the principle of continuity of care », in *Psychiatrist*, Vol 36, 2012, pp. 361-363.
- Mahjoub, L. « Hélène Deutsch, l'obsession et la jouissance féminine », in *La Cause freudienne*, vol. 67, no. 3, 2007, pp. 75-85.

- Malengreau, P. « Le Neutre et le thérapeutique », in *La Cause freudienne*, vol. 61, no. 3, 2005, pp. 57-63.
- Manzetti, R., Biagi-Chai, F. et Fiori, R. « Une expérience de psychanalyse appliquée au malaise contemporain », in *La Cause freudienne*, vol. 61, no. 3, 2005, pp. 99-105.
- Mark, T-L., Levit, K-R., Vandivort-Warren, R., Buck J-A., Coffey, R-M. « Changes in US spending on mental health and substance abuse treatment, 1986-2005, and implications for policy », in *Health Aff (Millwood)*, Vol. 30, 2011, pp. 284-292.
- Marty, P, M'Uzan (de), M. « La pensée opératoire », in *Revue française de psychanalyse*, t. XXVII, 1963, pp. 345-356.
- Melman, C. « De la psychiatrie à la santé mentale », in *Journal français de psychiatrie*, vol. n°23, no. 3, 2004, pp. 29-29.
- Melman, C. « Dolto, reviens ! », in *La revue lacanienne*, vol. 14, no. 1, 2013, pp. 7-9.
- Melman, C. « La société du préjudice », in *Journal français de psychiatrie*, vol. n°17, no. 3, 2002, pp. 59.
- Melman, C. « Remarque d'un psychanalyste sur la procréation médicalement assistée », in *Journal français de psychiatrie*, vol. n°20, no. 3, 2003, pp. 52-56.
- Miller, J-A. « Déficit ou faille », in *La Cause du Désir*, vol. 98, no. 1, 2018, pp. 122-128.
- Miller, J-A. « Google », in *La Cause du Désir*, vol. 97, no. 3, 2017, pp. 77-77.
- Miller, J-A. « H2O », in *Actes de l'École de la Cause freudienne, VIII*, Paris, 1985, pp 22-26.
- Miller, J-A. « La psychanalyse, la cité, les communautés », in *La Cause freudienne*, vol. 68, no. 1, 2008, pp. 105-119.
- Miller, J-A. « La signature des symptômes », in *La Cause du Désir*, vol. 96, no. 2, 2017, pp. 112-120.
- Miller, J-A. (1966). « La suture (éléments de la logique du signifiant) », in *Cahiers pour l'analyse, 1-2.*, pp. 37-48.
- Miller, J-A. « Le réel au XXI^e siècle. Présentation du thème du IX^e Congrès de l'AMP », in *La Cause du Désir*, vol. 82, no. 3, 2012, pp. 87-94.
- Miller, J-A. « Neuro-, le nouveau réel », in *La Cause du Désir*, vol. 98, no. 1, 2018, pp. 111-121.
- Naveau, L. « Inventer la psychanalyse : du désir de savoir au désir de l'analyste », in *La Cause du Désir*, vol. 100, no. 3, 2018, pp. 281-289.
- Naveau, P. « Le névrosé et le maître », in *La Cause freudienne*, vol. 68, no. 1, 2008, pp. 201-209.

Naveau, P. « Moments dépressifs dans la cure et à la fin de la cure », in *La Cause du Désir*, vol. 109, no. 3, 2021, pp. 12-31.

Orain-Pelissolo, S. et Pelissolo, A. « Les traitements médicamenteux et cognitivo-comportementaux des troubles obsessionnels compulsifs », in *Perspectives Psy*, volume 39, n°5. décembre 2000. p. 408-411.

Phillips, J., Frances, A., Cerullo, M-A. *et al.* « The six most essential questions in psychiatric diagnosis: a pluralogue part 2: issues of conservatism and pragmatism in psychiatric diagnosis. », in *Philos Ethics Humanit Med*, Vol 7, 8, 2012.

Polosan, M., Millet, B., Bougerol, T., Olie J.P., Devaux, B. « Traitement psychochirurgical des TOC malins : à propos de trois cas », in *L'encéphale*, Cahier 1, XXIX, 2003, p. 545-552.

Porge, E., Sauret, M-J. et Guérin, N. « Du sujet de nouveau en question. Réponses d'Érik Porge et de Marie-Jean Sauret aux questions de Nicolas Guérin », in *Psychanalyse*, vol. 16, no. 3, 2009, pp. 61-93.

Porge, E. « Un sujet sans subjectivité », in *Essaim*, vol. 22, no. 1, 2009, pp. 23-34.

Porge, E. « Un malaise dans la psychanalyse », in *Essaim*, vol. 46, no. 1, 2021, pp. 9-21.

Pescosolido, B-A., Martin, J-K., Long, J-S *et al.*, « 'A Disease Like any Other'? A Decade of Change in Public Reactions to Schizophrenia, Depression, and Alcohol Dependence », in *American Journal of Psychiatry*, vol. 167, n° 11, 2010, pp. 1321-1330.

Prost, P. « D'un lieu commun... », in *La Cause du Désir*, vol. 80, no. 1, 2012, pp. 23-26.

Quinet, A. « Zwang, de la névrose à l'inconscient obsessionnel », in *L'en-je lacanien*, vol. n° 1, no. 1, 2003, pp. 17-25.

Razavet, J-C. « Documents. Un défenseur de la psychanalyse », in *La Cause freudienne*, vol. 58, no. 3, 2004, pp. 224-226.

Razavet, J-C. « Une critique inattendue de l'Inserm et des ttc », in *La Cause freudienne*, vol. 62, no. 1, 2006, pp. 169-170.

Regnault, F. « Lacan et l'expérience », in *Essaim*, vol. 45, no. 2, 2020, pp. 96-110.

Rose, S. « Notre société, une réponse obsessionnelle ? », in *Cliniques méditerranéennes*, vol. 83, no. 1, 2011, pp. 235-248.

Roy, D., et Roy, M. « Hyperactivité : ordre et désordres », in *La Cause freudienne*, vol. 58, no. 3, 2004, pp. 28-36.

Sabshin, M., « Melvin Sabshin reflects on two decades at the helm of the APA. Interview by John A. Talbott and Howard H. Goldman. », in *Psychiatr Serv*, 48, 1997, 1164-1167.

Sauret, M-J. « '... aussi seul que je l'ai toujours été dans ma relation à la cause psychanalytique' », in *Psychanalyse YETU*, vol. 48, no. 2, 2021, pp. 55-58.

Sauret, M-J. et Askofaré, S. « Incidences du libéralisme sur l'évolution des métiers de la clinique », in *Recherches en psychanalyse*, vol. 12, no. 2, 2011, pp. 114-123.

- Sauret, M-J. « La clinique de la parole au temps du néolibéralisme », in *VST - Vie sociale et traitements*, vol. 147, no. 3, 2020, pp. 30-37.
- Sauret, M-J. « La direction de la cure : du démenti du réel au franchissement de l'horreur de l'acte », in *La revue lacanienne*, vol. 20, no. 1, 2019, pp. 41-49.
- Sauret, M-J. « Singularité, indétermination : un enjeu éthique », in *Le Journal des psychologues*, vol. 255, no. 2, 2008, pp. 54-58.
- Sauvagnat, F. « Actualité de l'évaluation de la 'Médecine basée sur les preuves' », in *La Cause freudienne*, vol. 57, no. 2, 2004, pp. 102-106.
- Sauvagnat, F. « Malaise dans la recherche sur les psychothérapies », in *Recherches en psychanalyse*, vol. n° 5, no. 1, 2006, pp. 73-98.
- Sauvagnat, F. « Quelques problèmes actuels de la recherche psychothérapique », in *Le Journal des psychologues*, vol. 235, no. 2, 2006, p. 22.
- Sauvagnat F. « Une entité controversée : l'hyperactivité avec trouble déficitaire de l'attention », in *La Petite Girafe*, n° 13, Paris, Agalma, 2001, p. 52-61.
- Sadler, J-Z., « Psychiatric Molecular Genetics and the Ethics of Social Promises », in *Bioethical Inquiry*, vol. 8, 2011, pp. 27-34.
- Skriabine, P. « Évidences ou questions ? », in *La Cause freudienne*, vol. 56, no. 1, 2004, pp. 111-114.
- Solano-Suárez, E. « La clinique à l'heure du réel », in *La Cause du Désir*, vol. 82, no. 3, 2012, pp. 21-24.
- Solano-Suárez, E. « La jouissance de la pensée », in *La Cause du Désir*, vol. 107, no. 1, 2021, pp. 82-86.
- Solano-Suárez, E. « Le prix de la séance », in *La Cause du Désir*, vol. 85, no. 3, 2013, pp. 56-58.
- Thibierge, S. et Hoffmann, C. « À propos du rapport de l'Inserm sur l'évaluation des psychothérapies », in *Journal français de psychiatrie*, vol. 29, no. 2, 2007, pp. 48-51.
- Topol, E-J. « Failing the public health – Rofecoxib, Merc, and the FDA », in *N Engl J Med*, n°19, 2000, pp. 1707-1709.
- Trivedi, M-H., Rush, A-J., Wisniewski, S-R *et al.*, « Evaluation of Outcomes with Citalopram for Depression Using Measurement-Based Care in STAR*D: Implications for Clinical Practice », in *American Journal of Psychiatry*, vol. 163, n° 1, 2006, pp. 28-40.
- Vanier, A. « Névrose obsessionnelle, névrose idéale », in *Figures de la psychanalyse*, vol. n° 12, no. 2, 2005, pp. 85-92.
- Vinciguerra, R-P. « La psychanalyse à l'endroit des familles », in *La Cause freudienne*, vol. 65, no. 1, 2007, pp. 81-85.

Watters, E., « The Americanization of Mental Illness », in *The New York Times*, 8 janvier 2010.

Wolf-Fédida, M. « De la phénoménologie à la psychopathologie psychanalytique », in *Recherches en psychanalyse*, vol. n° 3, no. 1, 2005, pp. 145-157.

Wolf-Fédida, M. « Objet et méthodologie de la recherche en psychanalyse : l'exemple de la psychopathologie psychanalytique d'orientation phénoménologique », in *Recherches en psychanalyse*, vol. n° 1, no. 1, 2004, p. 81-96.

Zenoni, A. Le plus-de-jour dans la névrose obsessionnelle, in *La Cause freudienne*, vol. 70, no. 3, 2008, pp. 143-154.

Articles sur site internet

Carré, F. « Santé, la sédentarité des jeunes, « une bombe à retardement » » in *l'Humanité*, 16/04/2022. <https://www.humanite.fr/sports/sport/sante-la-sedentarite-des-jeunes-une-bombe-retardement-746173>

État dépressif.com, *La dépression dans le monde*, 2021, <https://www.etat-depressif.com/depression/histoire-epidemiologie/>

Lacan, J. (1971) « Discours de Tokyo » in *Pas-tout Lacan*, sur le site de l'ELP : <https://ecole-lacanienne.net/wp-content/uploads/2016/04/1971-04-21.pdf>

Lacan, J. « Du discours psychanalytique », Discours de Lacan à l'Université de Milan le 12 mai 1972 in *Pas-tout Lacan*, sur le site de l'ELP : [www/ecole-lacanienne.net](http://www.ecole-lacanienne.net), pp. 1336-1349.

OECD. *Health at glance 2011: OECD indicators*, 2011. <http://www.oecdorg/els/healthpoliciesanddata/healthata glance2011.htm>

Organisation Mondiale de la Santé, *La dépression*, 2021, <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Dictionnaires, encyclopédies

Chemama, R. & Vandermersch, B. *Dictionnaire de la psychanalyse*, Paris, Larousse, 2009.

Dictionnaire CNRTL, 2021, <https://www.cnrtl.fr/>

Dictionnaire Larousse, 2021, <https://www.larousse.fr>

Gaffiot, F. *Dictionnaire Latin – Français*, Paris, Hachette-Livre, 2000.

Laplanche, J., Pontalis, J.-B. *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, Fayard, 1997.

Laplanche, J., Pontalis, J.-B. *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, Quadrige, 2002.

Mijolla (de), A. (sous la dir.) *Dictionnaire international de la psychanalyse*, Librairie Arthème Fayard/Pluriel, 2013.

Roudinesco, E. & Plon, M. *Dictionnaire de la psychanalyse*, Paris, Fayard, 1997.

Thèses

Amorim (de), F. *La fatigue chronique et sa relation avec le surmoi*, 2009, <http://www.theses.fr/2009PA070019>

Rose, S. *Actualités de la névrose obsessionnelle*. Université Rennes 2, 2009. {tel-00416390}