

## Le corps, l'objet et la reconnaissance

Stéphane Thibierge

(79) Etienne Oldenhove a très justement souligné ce délitement de la clinique auquel nous assistons aujourd'hui en évoquant une clinique du signe et une clinique de plus en plus définie et commandée par cet objet de consommation et de production qu'est devenu le médicament. Et c'est vrai que j'ai souhaité dans cet ouvrage faire valoir autre chose.

De fait ces deux livres forment un seul et même travail mais le premier, *Pathologies de l'image du corps*, est plutôt destiné à montrer comment nous pouvons aborder et éclairer d'une manière lacanienne une clinique qui est fondamentale et que nous laissons pour une large part hors de notre champ.

J'ai essayé de montrer en quoi, si nous sommes attentifs justement à ce que nous apporte la clinique, et si nous abordons cette clinique d'une façon sérieuse – vous savez que Lacan disait que le sérieux c'était le sériel, la mise en série –, j'ai essayé de montrer que le matériel et les observations des anciens psychiatres ou des anciens neurologues, quand les neurologues étaient encore très attentifs à ce que disaient leurs patients, que cette clinique psychiatrique ou neurologique, médicale, n'est en aucune manière, si nous la considérons sérieusement, (80) contradictoire avec ce qui détermine la clinique des psychanalystes.

En somme, ce que j'essaye de montrer, c'est que le travail de Lacan et de Freud, loin d'être une sorte de météorite arrivé par hasard dans notre culture, a été et reste une tentative à ce jour inégalée dans sa rigueur de donner une position correcte au praticien par rapport au réel à quoi il a affaire, et en particulier par rapport à cette clinique que

j'interroge plus particulièrement de la reconnaissance de l'image du corps.

Je remercie Etienne Oldenhove d'avoir souligné le fait que ces livres paraissent à un moment qui n'est pas indifférent à cet égard, moment où les médecins sur ces questions comme sur d'autres se voient, parfois même avec leur propre accord et leur participation, dépossédés de ce qui a fait depuis que la médecine existe l'objet de leur travail, cela au profit d'un objet dont la fonction a beaucoup changé à l'époque contemporaine et qui est le médicament, effectivement.

Je vais essayer de vous indiquer de façon aussi simple que possible les voies de recherche, les questions que j'évoque dans ces livres. Je prie ceux qui connaissent déjà bien ces questions d'excuser les rappels que je serai amené à faire de choses qui sont bien connues pour eux, puisque dans l'auditoire il y a peut-être des gens qui n'ont pas du tout de familiarité avec ces questions.

*Pathologies de l'image du corps*, ça ne veut pas dire que je prenne les choses comme si l'image du corps était quelque chose pour nous d'assuré et de normal, d'assuré dans sa normalité, et puis qu'à partir de cette normalité on pourrait désigner quelles sont les pathologies de l'image du corps. Comme s'il y avait une image normale du corps et puis que par rapport à cette image-là on allait répertorier quelles sont les formes pathologiques de cette image. C'est plus compliqué que cela, parce que notre rapport à l'image du corps est normalement pathologique. Je veux dire par là que notre image, nous en sommes affectés, nous en sommes passionnés. Elle est pour nous effectivement, c'est pour cela que je dis passionnés, le support d'un certain pathos, d'une passion, mais une passion qui nous est tellement habituelle, tellement immédiate et tellement ordinaire que justement il nous est difficile de prendre quelque distance par rapport à ce qui de notre image nous passionne ainsi. Il nous est difficile d'analyser précisément ce qui constitue les tenants, les ressorts, les coordonnées de cette image. Ça nous est difficile pourquoi ?

Parce que cette image c'est ce que nous sommes le plus portés à reconnaître. (81) Et non seulement, nous la reconnaissons, cette image, mais elle est aussi, même si ça peut paraître étonnant, elle nous donne aussi le modèle, elle constitue la forme première et fondamentale de tout ce que nous reconnaissons dans le monde, je veux dire dans le monde de la réalité qui nous entoure. Autrement dit ça signifie que les objets de cette réalité nous ne les percevons, nous ne pouvons les percevoir dans leur unité et dans leur permanence que dans la mesure où ces objets de notre monde – là je parle d'objets au sens courant, les objets qui nous entourent –, nous ne les percevons que dans la mesure où ils

reproduisent pour nous, où ils nous représentent cette forme première de l'image de notre corps. C'est un point à la fois capital et difficile à saisir.

C'est la raison pour laquelle notre rapport ordinaire au monde, à autrui, aussi bien qu'à nous-mêmes, se trouve lié fondamentalement à ce pathos, à cette passion qui nous attache à l'image de notre corps. Vous voyez dès lors que si cela est exact, il n'est pas exagéré de dire que la manière dont nous nous orientons dans le monde, la manière dont nous y reconnaissons notre réalité, a quelque chose en elle-même de proprement passionnel – alors même que nous pouvons penser simplement être de braves gens calmes, pondérés, tempérés, des gens qui cherchons simplement nos repères habituels, des gens qui cherchons à connaître, des gens qui cherchons à comprendre ce qui se présente à nous. Alors même que nous pensons être dans cette position, nous avons beaucoup de mal à comprendre que ce rapport à la réalité qui est couramment le nôtre, il est fondamentalement de l'ordre de la passion. C'est la raison très précise pour laquelle Lacan a été amené à parler de quelque chose qui parmi les psychanalystes fait une sorte de ritournelle, ce sont des choses que nous sommes habitués à entendre, mais dont nous ne mesurons pas toujours facilement toute la portée, c'est pour ça que Lacan parlait de *connaissance paranoïaque* pour qualifier le rapport le plus ordinaire que nous entretenons à la réalité. Or la paranoïa est quand même bien une certaine passion et une passion du corps, de l'image du corps.

D'ailleurs, je fais ici une petite incidente, pour illustrer ce point nous pouvons penser à la facilité avec laquelle les repères de notre réalité peuvent de fait très facilement devenir réellement paranoïaques. Je vous renvoie ici à un article de Freud qui l'illustre de manière admirable et qui est *Psychologie des masses et analyse du moi*. Vous savez quand Freud décrit et analyse ce qui arrive lorsqu'une masse se donne comme représentation fondamentale d'elle-même et de son monde un leader, un führer, un maître : il arrive alors que chacun mette cet objet privilégié que représente ce maître à la place de son propre idéal du moi. (82) C'est-à-dire que là, le rapport à la réalité, la connaissance paranoïaque, elle devient réellement paranoïaque. C'est donc simplement pour vous faire toucher du doigt le fait que quand Lacan parlait de connaissance paranoïaque, il désignait une modalité fondamentale de notre rapport à la réalité qui peut facilement virer à cela réellement.

C'est aussi pourquoi, à partir de ces quelques remarques que je vous propose, nous pouvons nous demander ce que nous faisons exactement lorsque nous voulons comprendre, ce qu'on appelle comprendre, quand on veut comprendre l'autre, par exemple, c'est-à-dire toujours se mettre

à sa place, c'est-à-dire l'éjecter aussi bien. Aujourd'hui, on veut comprendre l'autre, on passe son temps à cela et même dans nos pratiques institutionnelles ou privées nous sommes tenus d'être à l'écoute et de comprendre l'autre, mais qu'est-ce que ça veut dire comprendre l'autre ? C'est éminemment lié à ce que je vous évoquais de cette passion qui nous attache à l'image du corps. Ou bien encore comprendre une situation, une pensée. Naturellement, il est bien légitime que nous essayons de faire quelque chose que j'appellerais plutôt nous rendre compte, oui bien sûr. Il est bien légitime d'essayer de rendre compte. Mais rendre compte ce n'est pas tout à fait la même chose que comprendre. Autant il est important dans notre travail de praticien, de clinicien, d'essayer de rendre compte de ce que nous faisons, autant il y a lieu de s'interroger sur ce que nous faisons quand nous cherchons à comprendre.

(83) Je vais essayer de vous argumenter davantage ce que je viens de dire. Pour le faire, je vais m'appuyer sur ce qui m'a servi de fil conducteur dans le travail qu'Etienne Oldenhove a bien voulu évoquer. Pour rendre compte de ce qui se présente à nous comme le plus normal, l'image de notre corps, il est très difficile de partir de la normalité. D'abord pour les raisons que je viens d'évoquer, c'est-à-dire que cette normalité elle n'est pas si normale que cela. Et puis aussi parce que justement, dans cette soi-disant normalité, nous sommes incapables de repérer ce qui nous capte de cette image, dans la mesure même où c'est cette image qui oriente toute notre relation à la réalité habituellement. Donc pour interroger l'image du corps, il est très difficile de partir de ce qui est la situation du névrosé ordinaire et c'est ce qui m'a amené à partir de faits cliniques qui nous permettent mieux de repérer ce qui est en jeu dans l'image du corps en nous appuyant sur la décomposition de cette image, afin de pouvoir en distinguer, comme on décompose quelque chose chimiquement, les éléments constituants. Pour cela il fallait quelques outils.

Je vais donc évoquer un champ clinique et des faits cliniques qui vont nous permettre de reprendre et d'approcher de façon peut-être un peu plus précise qu'on ne le fait d'habitude ce que nous appelons reconnaître quelque chose et ce que nous appelons identifier quelque chose. Le champ que je vais prendre pour m'éclairer relève de la clinique des psychoses mais vous verrez qu'il amène des questions qui vont bien au-delà de cette clinique des psychoses. Comme fil conducteur, fil de départ pour introduire ces questions, je vais prendre le matériel que nous livre un syndrome psychiatrique qui s'est avéré pour moi très éclairant quand j'ai commencé à me demander par quel bout prendre ces questions. Je dois à Marcel Czermak, psychanalyste, psychiatre à l'hôpital Henri-Rousselle à Paris, de m'avoir mis sur la voie d'aller

chercher du côté de ce syndrome qui s'appelle le syndrome d'illusion de Frégoli.

Ce syndrome n'est plus tellement connu aujourd'hui ou alors, quand on le cite, on le cite comme une sorte de curiosité de l'histoire de la psychiatrie mais sans plus. En général, on ne le connaît plus. Pourtant il a un intérêt qui n'est pas seulement documentaire. La raison principale en est que, comme beaucoup de folies puisque c'est une folie, une psychose, ce syndrome donc permet de dégager à l'état le plus élémentaire, à l'état le mieux décomposé, certains traits du rapport à l'image qui ne peuvent apparaître que d'une façon beaucoup plus obscure, latente, contournée dans la clinique ordinaire de la névrose, et qui de ce fait sont le plus souvent ignorés ou méconnus dans la clinique des névroses. Ce syndrome de Frégoli désigne, je le présente brièvement, un trouble de la reconnaissance et de l'identification des personnes, c'est-à-dire un trouble de ce qui est en jeu lorsque nous reconnaissons l'image de quelqu'un et que nous l'appelons par son nom, tout simplement. En fait ce n'est pas si simple que ça. En effet ce qui est un trait essentiel de ce syndrome, c'est que le nom et l'image sont évoqués par le malade – par la malade parce que ce sont bien souvent des malades féminins et c'est quelque chose qui mérite notre attention –, le nom et l'image sont évoqués par le malade comme séparés, disjoints. Alors que d'habitude le nom et l'image sont associés, là ils sont disjoints.

C'est donc un syndrome qui intéresse directement le champ de ce que nous appelons la *reconnaissance*. Qu'est ce que la reconnaissance ? On peut dire d'une manière générale mais qui convient, qui suffit tout à fait aux questions que je souhaite évoquer, la reconnaissance renvoie à tout ce qui peut se présenter à nous, sans qu'on y prête spécialement attention, au titre de la réalité. La reconnaissance c'est le champ de ce que nous recevons sans problème particulier (84) comme la réalité. La réalité peut d'ailleurs être définie simplement pour nous par le fait qu'elle est reconnue, sans plus. Quand elle cesse d'être reconnue, et ça arrive bien sûr, quand quelque chose s'en détache qui précisément n'est plus reconnaissable pour nous, alors nous pouvons dire que nous sommes dans un autre ordre. Par exemple, nous sommes dans l'ordre de ces phénomènes que les psychiatres ont longtemps isolés sous le nom de ce qu'ils ont appelé le sentiment d'étrangeté, où ils ont regroupé des troubles très divers mais qui tous ont trait à la manière dont vient se faire un accroc en quelque sorte dans notre reconnaissance, dans notre rapport à la réalité. Ça peut aller d'une gêne fugace – tout à coup, vous êtes en train de lire, et il y a un mot qui vous paraît bizarre alors que ce mot est très ordinaire et que vous l'avez lu mille fois mais ce jour-là il vous apparaît bizarre et vous ne comprenez plus le lien entre le mot et son sens, c'est là une modalité légère –, ce peut être cela mais ça peut

aussi aller jusqu'à un complet délitement de la réalité.

Le syndrome de Frégoli a l'intérêt de nous conduire au plus vif de cette clinique des troubles de la reconnaissance. Cette clinique a ceci de particulier et d'intéressant qu'elle oblige à prendre en compte des phénomènes que nous ne sommes pas habitués à prendre en compte parce qu'ils ont un aspect pour nous spécialement difficile. Pourquoi ? Parce que précisément ce sont des phénomènes qui interrogent directement le cadre-même de ce qui constitue pour nous la reconnaissance et donc de ce qui constitue notre compréhension, comme on dit. C'est une clinique tout à fait spécifique dans la mesure où elle interroge précisément cela-même qui nous permet de comprendre. C'est donc une clinique, à la lettre, incompréhensible. Et c'est en cela qu'elle nous enseigne. Encore faut-il pouvoir l'aborder. Ce n'est pas facile d'aborder quelque chose qui met en question les fondements de notre compréhension.

Je vais vous donner un bref exemple de ce qu'est le syndrome de Frégoli. Il s'agit d'une femme qui avait été présentée par Marcel Czermak en 1994, et il lui était arrivé ceci. Elle s'est trouvée amenée à développer un délire où tenait une place importante le fait qu'ayant divorcé elle ne pouvait plus porter le nom de son mari. Du jour au lendemain elle s'est trouvée privée de la possibilité de porter le nom de son mari. Elle n'avait plus l'abri que représentait pour elle ce nom. A la suite de ça que se passe-t-il ? Il va se passer ceci : elle va se mettre à identifier toutes les femmes qu'elle rencontre comme étant sa propre fille et elle va identifier tous les hommes qu'elle rencontre comme étant son mari. Du jour où saute ce verrou que constituait ce nom, ce signifiant sous lequel elle avait trouvé (85) un certain abri, prolifération tout d'un coup de quelque chose qui se présente à elle comme toujours le même et qui la persécute : toutes les femmes c'est ma fille et tous les hommes c'est mon mari, sous des apparences différentes, déguisé, mais c'est bien lui, je le reconnais.

Vous constatez comment dans ce syndrome de Frégoli bien exposé, le nom et l'image sont disjoints. L'image peut changer, être différente, le sujet affirme quand même : « Oui je sais bien que l'apparence n'est pas la même ». Les patients qui présentent un syndrome de Frégoli disent tous : « Je sais bien, les apparences sont différentes, mais c'est le même : c'est Untel, c'est bien lui, c'est toujours lui qui me poursuit, me persécute. »

Il se trouve qu'en partant de quelque chose d'apparemment aussi réduit – parce que ça semble être un syndrome intéressant certes mais quand même très réduit dans sa forme, ce n'est pas le grand délire du président Schreber, c'est quelque chose de beaucoup plus circonscrit –,

en partant de là nous sommes conduits directement, si nous suivons les fils que cette clinique nous présente, à pouvoir préciser les questions qui nous intéressent ici. Mais pour pouvoir suivre ces fils il faut indiquer un tout petit peu comment a pu être isolé ce syndrome de Frégoli, puisque découvrir quelque chose de nouveau en sciences ou en clinique ou dans n'importe quel domaine ça ne se fait pas tout seul. Je reviendrai là-dessus mais il y a quelque chose d'étonnant dans le fait que l'on croie souvent que Lacan a eu le génie de produire le *Stade du miroir* comme s'il avait trouvé ça dans sa poche un jour en se levant. Pas du tout. Lacan a inventé le stade du miroir avec génie certes mais en s'appuyant sur tout ce que je suis en train de vous évoquer et vous verrez pourquoi tout à l'heure.

Comment a-t-on isolé ce syndrome de Frégoli ? C'est parti de ce que les psychiatres français, Etienne Oldenhove le rappelait tout à l'heure, ont mis au jour dans l'entre-deux-guerres quelque chose de très spécifique, et il fallait que ce soient de fins cliniciens pour isoler ça. Ils ont dit qu'il y avait quelque chose qui n'était pas comparable aux fausses reconnaissances. C'est fréquent, chez les névrosés : on prend quelqu'un pour quelqu'un d'autre. Dans certaines pathologies neurologiques ou dans certaines pathologies déficitaires psychotiques il y a aussi des fausses reconnaissances mais qu'on qualifie précisément de déficitaires, c'est-à-dire qu'elles sont dues, par exemple, à des troubles de la mémoire.

Ces psychiatres ont relevé qu'il y aurait un type de fausse reconnaissance qui n'était pas du tout de cet ordre. Ils ont appelé ça l'illusion de fausse reconnaissance (86) des aliénés, pour bien montrer qu'il y avait là une fausse reconnaissance d'un type spécial qu'on ne pouvait pas réduire à un trouble de la mémoire ou à un déficit. Cette clinique des fausses reconnaissances psychotiques a été isolée à partir de la découverte de trois syndromes qu'a rappelé Etienne tout à l'heure : le syndrome d'illusion des sosies, Capgras et Reboul-Lachaud en 1923, le syndrome d'illusion de Frégoli, Courbon et Fail en 1927, et enfin le syndrome d'intermétamorphose, Courbon et Tusques en 1932.

Ce qu'isolaient ces syndromes, c'est-à-dire des phénomènes de prolifération des doubles, de reconnaissance toujours du même persécuteur à travers des personnalités différentes, ce n'étaient pas en eux-mêmes des phénomènes nouveaux. Vous en trouvez, par exemple, dans les mémoires du président Schreber. Ce qui était nouveau, c'est que ces phénomènes étaient isolés comme tels et travaillés comme tels.

Ce qui vient au premier plan dans ces syndromes c'est une décomposition des coordonnées de la reconnaissance, pas seulement des personnes, des objets et des lieux aussi, mais disons électivement des

personnes. Cette décomposition s'effectue de telle sorte que nous pouvons y relever de façon assez précise les différentes coordonnées de ce que nous appelons la reconnaissance. Mais alors que dans la reconnaissance ordinaire ces coordonnées sont liées de telle sorte qu'on a beaucoup de mal à les distinguer, là ils sont à l'état séparé.

Il s'agit pour résumer : du nom ( $N$ ), de l'image ( $i$ ) et de quelque chose qu'on va appeler un  $x$  que le sujet désigne comme cela même qui le rend perplexe et qui le tourmente à des degrés divers dans la mesure où c'est ce quelque chose, cet  $x$  qui va causer précisément cette disjonction du nom et de l'image et cette prolifération soit de doubles qui se répliquent à l'infini, soit du même qui revient à travers tous les autres<sup>1</sup>.

Le point de départ de ces travaux a été la découverte par Capgras d'un symptôme étonnant chez une patiente qu'il avait, disons, épinglée comme une persécutée mégalomane tout à fait classique. Mais elle présentait, en plus de ce délire de persécution et de grandeur, un symptôme dont Capgras dit : c'est vraiment très curieux, je n'ai jamais vu ça sous cette forme. Il explique que quand on met cette femme délirante en présence d'un personnage proche, par exemple (87)sa fille, elle dit : « Ce n'est pas ma fille. Elle lui ressemble certes mais il y a des petites différences. En réalité, c'est un sosie de ma fille. »

Capgras, pour essayer de rendre compte de cela, il ne savait pas très bien à quoi il avait affaire, a utilisé un terme qui n'a plus jamais été utilisé depuis. Il a dit : nous avons là *une agnosie d'identification*. C'est un terme qui laisse un peu perplexe parce que agnosie est un terme qui appartient à la neurologie, et identification on ne sait pas trop bien ce qu'on met dessous. Alors il a proposé ce terme pour nommer cette difficulté. Ce symptôme a été discuté tout au long des années 20 dans l'école française et il a été jugé suffisamment important et suffisamment étonnant pour prendre une valeur de référence c'est-à-dire qu'il est devenu un syndrome. On l'a appelé le syndrome de Capgras.

C'est justement en référence à ce premier syndrome de Capgras qu'ont pu être isolés ensuite le syndrome de Frégoli et le syndrome d'intermétamorphose.

Je vous ai dit en quoi consistait le syndrome de Frégoli. Il a été isolé par Courbon et Fail en 1927. Il s'agit au fond de ce qu'on pourrait appeler une variation logique, c'est ça qui est intéressant, une variation logique du syndrome de Capgras. Puisque dans celui-ci, dans l'illusion des sosies, on peut dire que ce qui tourmente le sujet, ce qu'il dénonce c'est que le même, par exemple sa fille pour la dame en question, le

---

1 Ecriture au tableau :  $N, i, x$ .

même est toujours autre. C'est toujours un autre qu'on présente. « C'est jamais ma fille, c'est toujours un sosie ».

Eric Porge, dans un article qu'il a consacré à ces pathologies en 1987, a eu pour qualifier cela une formule assez heureuse, pour vous montrer le rapport logique entre le syndrome de Capgras et celui de Frégoli. Il disait que le syndrome de Capgras pouvait se définir ainsi : *c'est pareil mais c'est pas le même* ; tandis que dans le syndrome de Frégoli, c'est juste logiquement le contraire : l'autre est toujours le même. C'est comme si le malade disait : *ce n'est pas pareil mais c'est le même*. Donc dans un cas c'est pareil mais ce n'est pas le même, dans l'autre cas, c'est pas pareil mais c'est le même.

De quoi s'agissait-il dans le syndrome de Frégoli ? La malade de l'observation première de 1927 se disait persécutée par une actrice célèbre de l'époque qui s'appelait (88)Robine. Elle identifie Robine dans les gens qu'elle rencontre dont elle dit qu'elle reçoit différents phénomènes, des influx et toute une sensorialité imposée. Elle considère que ces personnes qu'elle rencontre, en fait c'est Robine qui s'est déguisée ou qui les a transformées. Elle identifie toujours à travers elles Robine. Vous voyez donc comment nous avons là cette disjonction que j'évoquais entre l'image et le nom.

Qu'est-ce que ça veut dire ? Ça veut dire que le nom, le nom propre nomme quelque chose que l'image ne permet pas de reconnaître. Ce quelque chose c'est autre chose que l'image. C'est bien pourquoi les psychiatres à la suite de Capgras ont été assez embarrassés pour rendre compte de ça sous le terme de reconnaissance. Capgras avait qualifié cela d'agnosie d'identification. Ils étaient très embarrassés par ce concept de reconnaissance, ils hésitaient à l'appliquer à ce type de syndrome, pourquoi ? Parce que l'objet privilégié de la reconnaissance est une image justement. Là manifestement ce n'était pas de cet ordre. C'est pourquoi ils ont essayé de prendre appui sur un autre terme qui était le terme d'identification. Capgras va parler d'agnosie d'identification. Quelques années plus tard, Courbon et Tusques en 1932 vont amener un terme très intéressant. Ils vont dire que ces patients font ce qu'ils ont appelé une *identification délirante*. Reste à savoir ce que c'est. C'est intéressant de constater qu'au lieu de s'appuyer sur ce terme de reconnaissance, ils s'appuyaient sur un autre terme pour essayer de rendre compte de cette clinique.

Ce qu'ils avaient repéré avec beaucoup de justesse, c'est que ces troubles n'étaient pas des troubles que l'on pouvait qualifier de défauts de la reconnaissance, ils avaient repéré que c'étaient des troubles positifs. Ce n'était pas un moins de reconnaissance, une incapacité. C'était au contraire le fait que la reconnaissance de l'image du corps était

morcelée, décomposée au profit de quelque chose que le malade identifiait positivement c'est-à-dire qu'il le nommait ce quelque chose, cet *x*. C'est justement le fait qu'il le nommait et qu'il lui donnait un nom propre, c'est ce trait grammatical qui les a retenus. C'est ça qui leur a permis d'identifier le syndrome et d'y être attentifs.

J'ajoute d'ailleurs à propos de ce fait que c'est l'aspect grammatical du syndrome qui les a retenus, c'est-à-dire le fait que ce qui était nommé là le soit sous un nom propre, et régulièrement le même nom propre : nous pouvons relever ceci, que ces psychiatres ne nous ont rien laissé d'autre que des observations *écrites*. Autrement dit, ils nous ont laissé ce qu'ils ont écrit à partir de ce qu'ils ont entendu. Ils ont fait exactement ce que faisaient tous les psychiatres jusqu'à une époque récente. Ils ont écrit ce que leurs malades disaient. C'est très important parce que dans ce changement de registre, le recours à l'écriture, vous avez déjà une manière de passer du champ de la reconnaissance à quelque chose (89) qui est précisément... Quand vous écrivez une observation clinique, vous passez du champ de la reconnaissance, du champ du comprendre, du champ du regard à un champ tout à fait différent qui est celui où vous avez une chance d'identifier justement ce dont il s'agit. J'attire votre attention sur le fait de cette dimension d'écriture et j'irais même jusqu'à dire de la lettre...

Je vais essayer d'illustrer cela ça d'un exemple simple. Cette dimension de l'écriture est absolument essentielle à la clinique. C'est pour ça que la clinique d'aujourd'hui, qui se passe complètement de l'écriture au profit de signes comportementaux... ceux qui manient cette clinique ne se rendent pas compte du fait que leur objet même en tant que cliniciens s'évapore. Ce que je voudrais vous faire toucher du doigt est l'importance de ce recours à l'écriture. Parce que si vous y réfléchissez, une lettre écrite, est-ce que vous la reconnaissez ou est-ce que vous l'identifiez ? Si vous y réfléchissez, vous allez conclure assez facilement qu'une lettre c'est quelque chose qu'on identifie. Soit, par exemple, cette lettre chinoise que j'écris au tableau. Cette lettre, ce n'est pas un objet de la réalité au même titre, mettons, qu'un paysage. Si vous découvrez un paysage que vous ne connaissez pas, vous arrivez finalement à intégrer le paysage dans votre reconnaissance. Mais cette lettre, vous ne pouvez pas l'intégrer dans votre reconnaissance. Elle est d'un autre ordre. Elle est d'un ordre qui est précisément celui-ci. La lettre n'est pas un objet de la réalité. La lettre est un objet que vous ne pouvez repérer que si vous avez appris à en manier le retour, toujours à l'identique, c'est ce qu'on appelle apprendre à écrire. C'est uniquement à la faveur de cet apprentissage, de cette répétition que vous pouvez identifier une lettre. Vous identifiez... L'illusion, c'est justement de croire qu'on reconnaît l'écriture alors qu'en fait on est dans le champ de

l'identification. C'est pour cela que le rapport à l'écriture est un rapport si difficile pour beaucoup d'entre nous sinon pour tous.

C'est parce que, avec l'écriture, on est déjà dans quelque chose, avec la lettre, on est déjà dans quelque chose qui déchire le rideau de la réalité, de la reconnaissance. J'insiste là-dessus pour vous dire que cette clinique dont je vous parle a été découverte par des gens qui n'étaient pas spécialement plus malins que vous et moi. Ils n'étaient pas des génies mais c'étaient des gens qui avaient la modestie et aussi le sens clinique d'écrire tout ce que leurs malades leur disaient. A partir de là même, s'ils n'y comprenaient rien, ils essayaient d'en rendre compte.

Si j'essaye maintenant de ramener à l'essentiel ce que nous présente le syndrome de Frégoli, c'est quoi ? Les images que la malade rencontre dans la rue, (90) ce sont toujours les mêmes. Pourquoi ? Parce que, elle l'explique, ces images qui se présentent à elle se signalent à elle par toutes sortes de phénomènes qui lui sont imposés. On lui envoie des influx, on lui envoie des bouffées, des ordres obscènes, etc. Tous ces effets, elle les appelle Robine. Elle leur donne le nom de cette actrice. Autrement dit elle donne comme nom Robine à cet x qui décompose son propre corps. Et la façon dont elle parle de son corps montre que ce corps est morcelé entre d'un côté sa propre image à elle décomposée et de l'autre l'image de Robine. Concrètement elle dit qu'on lui impose notamment comme acte de devoir se masturber, elle. Et cependant qu'elle se livre à cet acte imposé, ce sont les yeux de Robine qui vont être, dit-elle, harmonieusement cernés. Autrement dit la malade explique que pendant qu'elle est obligée par des voix de détruire son propre corps, ce sont ses termes, Robine, elle est de plus en plus belle. Corps de déchet d'un côté, corps de beauté de l'autre. Plus je deviens déchet, plus cet autre... Vous voyez bien comment il y a une articulation des deux corps.

A partir de là si nous posons la question : « Qu'est-ce cet x ? » Nous pouvons dire que c'est un objet : premièrement, autonome, c'est-à-dire qui n'obéit qu'à ses déterminations propres. Deuxièmement, cet objet est xénopathique, c'est-à-dire qu'il s'impose à la malade à travers différents phénomènes sensoriels. Troisièmement, cet objet détermine une désintégration de l'image du corps. Et quatrièmement cet objet est un, c'est-à-dire que c'est toujours le même.

Donc en lieu et place de l'image, de la reconnaissance le sujet identifie toujours le même. Mais de quel même s'agit-il ? De quoi parlons-nous ? Est-ce que nous devons dire que c'est la même personne, c'est la même image, c'est la même chose ? Vous voyez comme on est embarrassé. Ce même, c'est quoi ? C'est ce qui fait tout l'intérêt de cette clinique évidemment, c'est de se demander à quoi on a affaire. Ce qui est

étonnant c'est que cette clinique que je vous évoque, elle a été développée par les psychiatres à peu près jusque la fin des années 50. Ensuite, elle a été perdue. En France, elle a été complètement oubliée et dans les pays anglo-saxons elle a été conservée nominalement mais en étant coupée de ses racines c'est-à-dire que les anglo-saxons en ont fait ou ont essayé d'en faire une clinique surtout à base neurobiologique ou même biologique ou comportementale, c'est-à-dire qu'ils ont laissé complètement tomber le contexte clinique dans lequel cette clinique avait été inventée.

Cependant les recherches dont je vous parle ont été poursuivies pour certains de leur aspects par les neurologues. C'est quelque chose de tout à fait (91)remarquable. Si vous prenez un ouvrage comme *Méconnaissances et hallucinations corporelles* qui est un des grands classiques de la neurologie, française en tout cas, publié par Ajuriaguerra et Mécaen en 1952, vous pouvez voir comment ils font un remarquable état des lieux des travaux à l'époque où on essayait de s'interroger justement sur ces questions de disjonction entre le nom et l'image. A propos de phénomènes agnosiques, comme par exemple, l'agnosie visuelle : si je prends ce paquet de cigarettes, soit le patient peut le nommer mais pas le décrire, soit il peut le décrire mais pas le nommer. Autrement dit, disjonction là encore entre le nom et l'image. Les neurologues s'intéressaient aussi aux agnosies qui sont plus spécialement liées à l'image du corps, en particulier aux agnosies des physionomies, les prosopagnosies, les troubles de la reconnaissance des visages. Vous avez des gens qui sont capables de nommer un visage mais qui ne peuvent pas le décrire ou qui au contraire sont capables de le reconnaître sur certains traits mais ne peuvent pas le nommer.

C'est un champ, ce champ neurologique, qui est extrêmement riche et il y a eu dans ce champ un prolongement des travaux de ces psychiatres que j'ai évoqués. Et puis la neurologie a été conquise de plus en plus par le cognitivisme et le comportementalisme, avec une dégradation sensible de cette clinique. Mais ces recherches, comme Marcel Czermak me l'avait fait remarquer quand je commençais ce travail, ont été reprises par la psychanalyse. C'est un fait qui est peu connu et peu souligné.

Cet  $x$ , toujours le même sous la diversité des enveloppes, toujours le même sous la diversité des images – je vais vite, je vais à l'essentiel –, c'est très exactement ce que Lacan a essayé d'articuler en l'espèce de ce qu'il a appelé l'objet petit  $a$ . L'objet qu'il écrivait l'objet  $a$ , simplement, d'une lettre. Je vous parlais tout à l'heure de la lettre et de son rapport avec l'identification. L'objet  $a$ , pour ceux qui ne sont pas au fait de la psychanalyse et de Lacan en particulier, n'est pas quelque chose qu'on

peut indiquer dans la réalité. C'est cet objet que Freud indiquait déjà comme étant l'objet du refoulement. Objet refoulé qui en tant que refoulé va déterminer le désir du sujet mais sans jamais pouvoir être directement identifié. Cet objet, nous pouvons dire que c'est ce qui détermine le sujet à travers ses actes, ses demandes, ses rêves, ses symptômes, ses lapsus mais il n'est jamais saisissable comme tel. C'est pour cela que la psychanalyse le détermine comme objet perdu : objet perdu puisqu'il est lié à la loi et au refoulement que met en place pour un sujet l'accès au langage. Quand je parle de loi, je veux dire cette loi que nous impose le langage : dans la mesure où nous (92) sommes des êtres parlants, nous n'avons pas de rapport à un objet qui serait immédiatement à notre portée. Le langage implique qu'il y a quelque chose de notre rapport à l'objet qui irréductiblement disparaît.

A la suite de son analyse du stade du miroir, Lacan a pu montrer de manière précise comment le corps comme image, celle que nous voyons dans le miroir – il n'est pas du tout évident que le corps devienne une image, j'appuie sur ce point en passant, que le corps devienne une image n'a rien d'évident, il n'y a qu'à voir la psychose pour s'en convaincre –, le corps comme image donc, celle qu'on voit dans le miroir, pour tout un chacun ne peut prendre une forme et une consistance reconnaissable qu'à une condition, et là c'est assez difficile. Cette condition c'est que le corps comme image doit représenter la perte, l'absence dans la réalité de l'objet pulsionnel, c'est-à-dire de ces objets qui morcellent le corps de l'enfant non pas naturellement mais dans une articulation qui est d'emblée articulation à l'Autre, l'objet oral, le sein, l'objet anal, la voix et le regard, c'est-à-dire ces objets que Lacan résume en écrivant l'objet petit *a*. Il l'écrit d'une lettre pour montrer que cet objet n'a pas de sens, c'est-à-dire que ce n'est pas un objet qu'on peut reconnaître.

Si l'image du corps ne peut se constituer qu'en tant qu'elle représente la perte de cet objet, cette perte est ce que les analystes appellent la castration. La castration, qu'est-ce qu'elle suppose ? Elle suppose une loi qui va porter arrêt, faire arrêt à la jouissance du corps. Autrement dit, cette loi qui est d'une certaine façon la loi même du langage, nous disons que c'est la métaphore paternelle qui la met en place et c'est notre accès au langage qui la détermine. Je ne vais pas m'étendre ici sur la métaphore paternelle parce que je m'en tiens au fil de mon propos. Cette castration suppose que le corps du sujet, qu'il soit garçon ou qu'il soit fille, soit marqué, soit indiqué par un manque et un défaut qui prendra la forme d'une menace ou d'une privation. Défaut qui vise concrètement ce corps dans la zone que nous appelons la zone phallique. C'est précisément ce défaut que la psychanalyse désigne comme le phallus. Le terme de phallus en psychanalyse c'est cela, ça

désigne le symbole de ce défaut ou de ce manque qui marque le corps, qui est le manque d'un objet. Le phallus est le symbole de ce manque, ce n'est pas l'organe réel du corps. J'indique cela simplement pour en venir à ceci : pour que nous puissions reconnaître notre image ou l'image d'autrui, il faut que cette image, nous puissions la saisir comme un symbole, c'est-à-dire comme indiquant la perte, l'absence de quelque chose. Un symbole par définition est quelque chose qui indique l'absence d'autre chose. C'est donc en ce sens que (93) nous ne pouvons reconnaître notre image qu'à la condition préalable du refoulement de cet objet que Lacan appelle l'objet *a*.

Or la psychanalyse a pu montrer, c'est Lacan qui l'a montré, à la suite des travaux que je vous ai évoqués en psychiatrie et en neurologie, que la forme primordiale de la reconnaissance, la forme primordiale de notre rapport à la réalité, ce qui nous permet de reconnaître, c'est l'image du corps.

Je voudrais peut-être simplement insister sur ceci pour conclure. Ce que nous apprend cette clinique de fausse reconnaissance dans les psychoses, ce que ces psychiatres appelaient l'identification délirante, cela a le mérite de nous montrer *a contrario*, c'est ce que j'ai essayé de faire dans ces deux livres, qu'il n'y a de reconnaissance que dans la mesure où notre rapport au langage, notre inscription dans le langage permette que soit refoulé cet objet que Lacan appelle *a*. Autrement dit, ce qui nous permet de nous reconnaître c'est que nous ayons un rapport à la réalité mettant entre parenthèses la référence à l'objet. C'est cela, cette image que Lacan notait  $i(a)$ . Mais de temps en temps, l'objet se manifeste. Quand l'objet se manifeste, on est angoissé. Plus on est dans cette proximité, plus on est angoissé.

Pour terminer je voudrais simplement souligner ceci : s'il est vrai que c'est l'image du corps qui détermine notre rapport à tous les objets de la réalité, cette réalité nous la comprenons d'autant mieux, nous la reconnaissons d'autant mieux, nous y sommes d'autant plus à l'aise que nous sommes plus bêtes, que nous n'identifions rien de cet objet qui se trouve être pourtant l'objet qui nous mène. C'est bien pourquoi il fallait cette clinique de décomposition des éléments de la reconnaissance, notamment le nom, l'image et l'objet. Il fallait que cela puisse être isolé dans les psychoses pour que Lacan en donne la formalisation dans la névrose. Parce que dans la névrose, il en a beaucoup plus difficile de l'apercevoir.