

Mission impossible

Alain ABELHAUSER

*À Marie-Jean Sauret,
pour ses avis et suggestions, ici,
mais surtout pour son amitié, partout ailleurs.*

La guérison : un fantasme ? Non, « la guérison, c'est une demande », répond Lacan dans *Télévision*¹, « une demande qui part de la voix du souffrant, d'un qui souffre de son corps ou de sa pensée. L'étonnant est qu'il y ait réponse, et que de tout temps la médecine ait fait mouche avec des mots² ».

Soit. Mais qu'est-ce à dire ? Que la guérison n'est jamais qu'une demande, qu'elle est de toujours vouée à ne rester que stricte demande ? Qu'elle n'a de place, et de statut, que dans ce seul espace de la demande ? Que c'est, en d'autres termes, la demande qui fait (ce qu'on appelle, faute de mieux,) guérison ?

Certainement. À condition, toutefois, de rappeler ce qu'il faut entendre par « demande » : ce qui met en scène l'impossibilité de structure à *dire le désir*. Ce que Lacan convoque volontiers, on le sait, par cette formule : « Je te demande de me refuser ce que je t'offre – parce que : c'est pas ça. »

« C'est pas ça. » On peut ici contracter la formule : ce que je demande, c'est pas ça – ce n'est pas ce que je dis, ce que je mets en mots. Ce n'est même jamais ça. Ce qui n'implique en rien pourtant que j'arrête de parler, de demander, bien au contraire. Comme ce que je pourrais me laisser aller à demander n'est jamais ce que je désire, autant alors en passer par l'offre, pour en arriver ainsi à demander que ce que je demande (ou ce que j'offre – c'est tout un) me soit refusé – seule façon de redonner valeur à cette demande, autrement en risque de s'avérer par trop inadéquate.

Cette articulation de la demande au refus et à l'offre en un ternaire que Lacan situe, dans la leçon du 12 février 1972 du *Séminaire XIX, ...Ou pire*, comme nœud

Alain Abelhauser, <abelh@wanadoo.fr>

1. J. Lacan, *Télévision*, Paris, Seuil, 1973, p. 17.

2. Complétons la citation, elle est de circonstance : « Comment était-ce avant que fût repéré l'inconscient ? Une pratique n'a pas besoin d'être éclairée pour opérer : c'est ce qu'on peut en déduire. »

borroméen³ permet-il de mieux saisir que « la guérison est une demande », voire que ce n'est jamais que la demande qui fait guérison ?

Un champ clinique assez particulier, celui que les Anglo-Saxons désignent du terme de « pathologies factices » – ces patients qui demandent qu'on les guérisse d'une maladie qu'ils miment ou qu'ils provoquent délibérément eux-mêmes –, fournit à cette question, par l'extrême auquel il confine, sinon une réponse comme telle, du moins une forme de témoignage tout à fait éloquent et troublant. Je l'évoquerai par un texte écrit il y a longtemps déjà, mais jamais encore publié, et qui anticipe par ailleurs sur un ouvrage prochain consacré à *La perversion au féminin*.

* * *

C'est certainement le plus bel exemple de *syndrome de Münchhausen* que je connaisse, celui qui fait le mieux apparaître la logique sous-jacente de cette étrange clinique, et qui met le plus clairement en lumière l'aporie à laquelle elle conduit, quasi inéluctablement.

Un patient se présente aux urgences d'un hôpital. À l'interne qui lui demande ce qui l'amène – de quoi souffre-t-il ? –, il déclare tout de go qu'il est affecté, précisément, par un syndrome de Münchhausen. Devant la mine éberluée de son interlocuteur, il lui explique ce qu'est ce syndrome : une forme de « pathologie factice », comme il est expliqué dans le *DSM*. En vérité, précise-t-il, « il n'a rien ». Mais il ne peut s'empêcher d'aller consulter dans toutes sortes d'hôpitaux, en invoquant de façon très crédible des symptômes laissant présager qu'il est atteint d'une maladie grave. Il est alors mis en observation, examiné, voire traité, jusqu'à ce qu'on suspecte suffisamment l'imposture pour que sa position devienne difficile, ou jusqu'à ce que lui-même finisse par se mettre en colère devant l'incurie médicale et quitte le service en se plaignant des (mauvais) traitements qu'il y a subis.

On pourrait donc penser qu'il n'a pas sa place à l'hôpital – ajoute-t-il encore ; mais en fait, pas du tout. Si l'on y réfléchit un peu, insiste-t-il, on voit bien qu'il est réellement malade, et que si quelqu'un doit être hospitalisé, c'est bien lui. Il faut quand même être très malade pour avoir une telle conduite, non ? C'est d'ailleurs ce qui est indiqué dans la littérature, tient-il à souligner ; cette attitude relève d'un authentique syndrome, dont le pronostic peut être grave, et qui, comme tel, appelle des soins – des soins hautement spécialisés et mûrement pensés. Hospitalisez-moi d'urgence, conclut-il, d'autant que, vous voyez, l'indication est bonne ; j'ai mis cartes

3. Précisons : il vient d'apprendre – la veille de cette leçon, indique-t-il – que les armes de la famille Borromée sont constituées de ces trois cercles entrelacés dont il suffit de couper l'un pour libérer les deux autres, et il fait alors de ces armoiries, pour toute première « utilisation », la modélisation du ternaire demande-refus-offre.

sur table et il y a donc bon espoir de me traiter. Bien sûr, je vais vous raconter à l'occasion des histoires, je vais vous duper et présenter les signes d'une maladie que je n'aurai pas. Mais c'est justement pour ça que je serai là. Et puis, je promets d'être accommodant, je me prêterai à tous les examens de contrôle qu'on voudra me faire subir, je quitterai ma chambre quand il faudra la passer au peigne fin pour découvrir les indices de mes subterfuges, et je répondrai docilement lors des interrogatoires auxquels je devrai me soumettre. Hospitalisez-moi, je le justifie pleinement, et c'est le bon moment.

L'interne, telle que l'histoire est contée, répondit par le seul acte qui lui semblait logique, le seul qui lui semblait prendre en compte la parole qu'il venait d'entendre : il mit incontinent le patient à la porte ⁴.

* * *

Il y a, je l'ai dit, une très bonne raison pour rapporter ce cas dans le cadre d'une discussion sur la demande et la guérison et, au-delà, pour convoquer la clinique des « pathologies factices ». C'est que nul patient plus que les pathomimes ou les Münchhausens ne demande avec autant d'insistance à être traité, nul patient ne s'avère de fait – aux yeux des soignants – moins digne de l'être, et nul patient ne constitue, en définitive, de plus parfait défi à toute tentative de soins et de plus parfait témoignage de leur inanité occasionnelle. S'il y a bien, en effet, une caractéristique commune à tous ces sujets, c'est celle-ci : qu'ils se mutilent et viennent consulter ensuite sans admettre leur responsabilité dans cette atteinte somatique ou qu'ils consultent en invoquant une fable grâce à laquelle ils tentent de duper leur interlocuteur et de l'amener à les traiter, au prix probable d'un dommage corporel, le déterminant principal de leur conduite est toujours de vouloir *se faire reconnaître comme malades*, ou, plus exactement, de vouloir *faire reconnaître par un autre une atteinte de leur corps*, qui n'existe pas dans la réalité, ou n'aurait pas lieu d'être s'ils ne l'avaient pas induite ⁵. Ce qui dévoile bien, en deçà ou au-delà de leur structure psychique, la fonction de ce petit autre que vient incarner celui auquel ils s'adressent,

4. Je ne me souvenais plus, à l'époque où j'ai écrit ce passage, de la référence du cas. Je l'ai, depuis, retrouvée. Il est rapporté dans l'article de H. Gurwith et C. Langston, « Factitious Münchhausen's syndrome », *New England Journal of Medicine*, 1980, 302, 1483-1484, et présente quelques différences avec ce que j'en ai reconstitué de mémoire. Je préfère pourtant maintenir « ma » version des choses, en précisant qu'il s'agit finalement d'une forme de réinterprétation, à inscrire à la fois dans la tradition freudienne de la *Schlamperei* et dans la tradition des exposés de ces cas (proche de fait de celle des mythes), où chaque auteur « pille » sans vergogne le précédent et substitue la vérité subjective à la fidélité au texte d'origine.

5. C'est cette caractéristique commune qui justifie, me semble-t-il, leur regroupement dans une même entité nosographique (cf. A. Abelhauser, « Pathologies factices et vérité subjective », *L'évolution psychiatrique*, 64, n° 1, janvier-mars 1999). [Suite page suivante.]

et de ce grand Autre que constitue leur corps propre. Faire reconnaître à tout prix par l'autre une atteinte de leur corps a cette fonction – de valeur certes différente selon la structure (névrotique, psychotique ou perverse) du sujet, mais pourtant identique quant à son principe – de faire jouer au corps le rôle de *garant de l'altérité* (cette altérité nécessaire à ce que perdure le désir du sujet), et de redoubler cette garantie en en prenant à témoin n'importe quel petit autre crédité d'un peu de savoir.

Cela a bien évidemment une double conséquence – à l'image même d'une telle duplicité : d'une part, permettre au sujet de littéralement s'escamoter, de disparaître, comme sujet, à la faveur de ce jeu de dupes, de ce jeu de masques, où l'autre n'est en fait jamais celui que l'on croit ; d'autre part, mettre le médecin, ce « petit autre crédité d'un peu de savoir », dans une position particulièrement impossible. Soigner, on l'a dit et redit, était considéré par Freud, au même titre qu'éduquer ou que gouverner, comme une tâche impossible. Mais il faut admettre que, dans ce contexte, cette tâche normalement impossible qu'est soigner atteint un degré tel que celui-ci prend alors une valeur d'exemplarité – à examiner d'un peu plus près.

* * *

On connaît le *Witz* fameux, cité par Freud dans *Le mot d'esprit et ses rapports avec l'inconscient* et souvent commenté par Lacan – celui du « non-dupe » demandant à son compère et ami : « Mais pourquoi me dis-tu que tu vas à Lemberg pour que je croie que tu vas à Cracovie, alors que je sais que tu vas vraiment à Lemberg ? »

On connaît également le principe dégagé par Lacan à partir de *La lettre volée* d'Edgar Poe : c'est précisément en mettant sous les yeux du sujet ce qu'il cherche qu'on arrive au mieux à l'aveugler et à dissimuler ainsi l'objet de sa quête. Et l'on se souvient de l'usage démonstratif qu'il fit du jeu de *pair et impair* justement rapporté dans la nouvelle de Poe : à anticiper sur la volonté de tromperie de l'autre, c'est toujours soi-même que l'on finit par berner. D'où la nécessité de se référer à un code quelconque, dont l'arbitraire protège des effets de l'intersubjectivité.

[Suite de la note 5] J'essaye d'y montrer que si pathomimies, syndrome de Münchhausen et syndrome de Lasthénie de Ferjol ont été repérés, décrits et constitués en syndromes spécifiques à des moments distincts et sous des formes différentes, ce n'est pas uniquement pour des raisons historiques, culturelles, phénoménologiques ou contingentes, mais aussi et surtout pour de vrais motifs cliniques. En d'autres termes, ces syndromes ne constituent pas seulement des descriptions un peu différentes d'une même « pathologie », mais renvoient, à mon sens, à des « positions subjectives » propres : l'accent, chez les pathomimes, porte apparemment plus sur les mutilations – la jouissance de l'atteinte organique –, la duperie de l'autre ne venant qu'en seconde intention, alors que chez les Münchhausens c'est plutôt l'inverse, et que chez les « lasthéniques », il semble que l'un des pôles de cette étonnante conduite ait pour fonction exacte d'équilibrer ce qu'aurait de trop insupportable l'autre.

On connaît – encore – cette autre référence qu’est la très courte nouvelle d’Alphonse Allais, *Un drame bien parisien*, où les deux membres d’un couple, chacun autant préoccupé de tromper son conjoint que de démasquer l’infidélité suspectée de l’autre, se donnent rendez-vous à un bal masqué pour faire éclater cette tromperie et y rencontrent, grâce au caractère d’absurdité mis en valeur par une telle situation, sa malice extrême : « Ce n’était, heureusement, pas lui », conclut Allais. « Elle non plus, d’ailleurs. »

On connaît, enfin, la dernière proposition du *Tractatus logico-philosophicus* de Wittgenstein qui, sortie de son contexte, prend une dimension particulière, et singulièrement propice à notre propos : *ce que l’on ne peut dire, il faut le taire*.

Qu’apportent ici ces références ? Quelle mise en lumière visent-elles ? Celle d’une logique formulable en ces termes : l’autre – l’autre au sens de l’*alter ego*, de l’autre lié par une relation en miroir au moi –, l’autre est par définition trompeur. S’il me dit : *pair*, c’est pour que j’y voie double, ou pour que je passe, le croyant en chemin pour Lemberg. L’autre est trompeur, et sa parole en est l’écu : ce que je dis – quelque vérité que je tente là d’atteindre – n’est pas ce que j’ai pour projet d’annoncer. L’autre est trompeur ; il ne me met sous le nez ce que je cherche que pour mieux m’abuser, mais m’en prévient charitablement : c’est à moi-même que je tends ce que je me refuse, pour maintenir absent, au-delà de toute demande, l’objet de mon désir. L’autre est trompeur, mais c’est cette tromperie même, inhérente à la structure du langage, qui fait socle à la vérité. Cette tromperie même dont j’ai à m’arranger au gré de ma propre structure : que ce soit en « plaidant le faux pour savoir le vrai », en postulant l’existence d’un Autre garant de toute vérité, ou encore en jouissant du dévoilement de l’imposture constitutive de chaque sujet.

Et c’est à cette logique qu’il importe à présent de référer les « pathologies factices » – ces pathologies pour de faux qui n’en sont pas moins vraies – et leurs exigences de soins – ces loupes grossissantes mettant en relief les paradoxes et les impasses de toute demande –, en tout cas si l’on pense que ce n’est pas à les inscrire dans un strict propos psychopathologique que l’on peut complètement les éclairer.

* * *

Que veulent les pathomimes, Münchhausens et autres « lasthéniques » ? Qu’on les reconnaisse comme malades, avons-nous dit, sachant que de cette reconnaissance dépend vraisemblablement leur jouissance (dans certains cas), ou une forme de stabilisation de leur structure (dans d’autres). Qu’on les reconnaisse comme malades – sachant que c’est là tromperie, pouvons-nous ajouter, mais une tromperie qui n’est, somme toute, que l’envers de leur vérité. Celle-ci : il leur est *nécessaire*, précisément, d’être reconnus tels, ou *nécessaire* de duper l’autre de cette façon, voire (c’est le terme

de la boucle logique dont le cas rapporté en ouverture donne l'exemple) *nécessaire* d'être reconnus comme malades justement *parce que* dupant l'autre. Est-ce à dire, alors, que ces sujets ne font pas autre chose que témoigner (à grande échelle, certes) de cette tromperie caractéristique de l'autre – qu'ils se dévouent, en quelque sorte, à incarner ? Et qu'ils ne sont – à l'instar de tout bon névrosé – jamais plus vrais que dans cette référence au faux ?

C'est plus exactement, je crois, le contraire. En venant exhiber leurs maux et en demandant à en être soignés, ils passent, bien sûr, par cette dimension de tromperie propre au discours de l'autre, qu'ils lui retournent de fait comme en miroir. Mais – et c'est en cela précisément qu'ils brisent avec une position spécifiquement névrotique – ils ne se « contentent » pas de cela ; en portant atteinte à leur corps, ou en amenant l'autre à le faire pour eux, ils montrent aussi combien, face à un petit autre trompeur, le recours à l'Autre – à un grand Autre qui fasse garantie – devient parfois vital. Et en faisant alors de leur corps le support de cet Autre, et de l'atteinte organique son sceau, ils attestent finalement que c'est du réel qu'ils attendent la garantie symbolique – que c'est, au-delà de cette boussole inversée que peut constituer la tromperie de l'autre, le réel qu'ils interrogent sur le vrai, et dont ils attendent la réponse dernière.

Les pathomimes, Münchhausens ou « lasthéniques » veulent-ils pour autant qu'on les soigne ? Et – disons-le de la manière la plus naïve qui soit – est-ce possible ? La question ne se pose en fait pas vraiment. On aura d'ailleurs remarqué que je l'ai, depuis le début, non pas évitée, mais négligée. Bien sûr, ces sujets « veulent » être soignés ; ils l'exigent même. Mais parce que ces soins demandés ne sont que les preuves de la reconnaissance qu'ils cherchent, ou le moyen d'induire l'atteinte somatique iatrogène qu'ils visent. Bien sûr, ils veulent être soignés, mais parce que ces soins font partie intégrante du montage complexe qu'ils mettent patiemment en place. Que demandent-ils *véritablement*, en ce cas ? Le contraire de ce qu'ils formulent, de ce qu'ils veulent ? Je ne le crois pas non plus. C'est, de nouveau, justement en cela qu'ils se distinguent du fonctionnement névrotique courant. Si, chez le névrosé, existe un écart irréductible entre désir et demande, ce qui apparaît chez eux est précisément une collusion radicale entre ce qu'ils cherchent et ce qu'ils demandent. Pour une raison bien simple : parce qu'ils savent que, d'un côté comme de l'autre, c'est à la même impossibilité que l'on va aboutir – *les soigner est impossible*.

L'impossibilité qui dépend en somme, chez le névrosé, de cette inadéquation de la demande au désir a, chez eux, un fondement contraire : si ce qu'ils demandent est impossible – et ils en sont bien assurés –, c'est parce qu'ils mettent l'autre (auquel est adressée cette demande) dans une situation impossible, on l'a dit, mais surtout parce qu'ils créent, dans le réel, les conditions mêmes de cet impossible. En d'autres termes, parce qu'ils demandent à être soignés là où ils n'ont pas lieu de l'être, ceci excluant

– c’est là toute la beauté de la chose – qu’ils soient traités pour la seule vraie raison qu’ils en auraient : justement le fait qu’ils le demandent si indûment !

Si ces sujets veulent être soignés – répétons-le –, et ils le « veulent » certainement vraiment, c’est parce que ainsi ce dont témoigne leur conduite : ce *nécessaire* que j’ai essayé de mettre à l’instant en valeur, atteint à un *impossible*, se conjoint proprement à l’impossible qui, dès lors, prend, lui aussi, fonction de garantie.

* * *

Mission impossible : ce fut – c’est toujours – une série culte. Hollywood en tira il y a quelque temps un film grand spectacle. Mais c’est certainement le générique qui restera dans les mémoires ; le héros se voit confier sa mission du jour – sa mission impossible – par l’intermédiaire d’une bande magnétique dont la seule délicatesse est de le prévenir : sitôt écoutée, elle s’autodétruit.

Ce que demande l’hystérique, ou le révolutionnaire « réaliste » de 68, est l’impossible, parce qu’il en va de la préservation de son désir ; ce que demandent ces patients dont je viens d’évoquer la problématique est également l’impossible, mais parce que c’est à y convoquer l’autre, puis à l’y confronter au plus près, et à l’y regarder ensuite s’en débrouiller (difficilement), qu’ils en soutiennent, non seulement leur désir, mais leur vie même.

Quitte à devoir en arriver alors – à leur tour – à s’autodétruire. Ce qui est une assez bonne façon, somme toute, de témoigner que ce dont ils auraient à guérir, c’est de leur demande elle-même. Et de témoigner, de surcroît, que de cette demande, précisément, on ne guérit jamais – sinon dans la mort, bien sûr. Ce qui ne fait pas reculer, on l’a saisi, certains de ces sujets.

Cela permet de prendre d’autant mieux en compte la dernière proposition de Wittgenstein. Si, en effet, « ce que l’on ne peut dire, il faut le taire », n’est-ce pas parce qu’il n’y a que le silence (de la mort) susceptible de répondre à l’impossible à dire ?

* * *

Après tout, n’est-ce pas cela, l’éthique ?