8ème Journées de Santé mentale et communauté

Identité diagnostique : nommer pour exister

Géraldine Moulin

« Diagnostic d'aplatissement »

8 Novembre 2024

Diagnostic d'aplatissement
Géraldine MOULIN
8ème journée de SMC/08.11.2024

« La Terre s'était aplatie, progressivement et de façon continue, par la masse énorme, qui grandissait sans cesse, et qu'on n'arrivait absolument pas à éliminer, dont on n'arrivait absolument pas à se défaire, de bêtises, stupidités, imbécillités, idées reçues, clichés, tautologies, discours vides, mots creux, bref, de platitudes, le terme s'imposait, oui, de platitudes qui s'échangeaient à chaque instant et finissaient par avoir un effet. Et comment non ? Les idées sont une force matérielle, c'était prouvé, depuis longtemps[1]. […] Les gens se parlaient de moins en moins. Se comprenaient mal, voire pas du tout. Certains mots n'étaient presque plus utilisés, le mot *expérience* par exemple. Est-ce à dire que les gens ne faisaient plus d'expériences ? Ils voyageaient beaucoup, mais parlaient surtout du bleu, du vert, du blanc, du sec, de l'humide, du chaud, du froid... C'était assez fastidieux, personne n'avait envie d'écouter les voyages des autres, ou alors pour des adresses »[2].

Démarrer mon propos avec ces mots de l'écrivaine Leslie Kaplan, c'est espérer qu'il ne formera pas une couche supplémentaire de platitudes mais qu'il nous ramènera du côté de l'expérience, l'expérience de la cure analytique. C'est aussi réfléchir sur la fonction du diagnostic, ici, celui d'aplatissement de la terre qui « eut pour effet immédiat une grande activité scientifique dans tous les domaines (...) »[3]. Et enfin c'est chercher dans l'humour la ressource nécessaire pour affronter cet aplatissement auquel nous sommes confrontés.

Le diagnostic d'aplatissement que je reprends à L.Kaplan est-il un diagnostic sérieux et validé scientifiquement ? Quels sont les symptômes, quels sont les éléments cliniques qui permettent de le valider ? Quelle est la grille d'évaluation, quels sont les items ? Pourquoi n'apparait-il pas dans le DSM ? S'agit-il d'un métadiagnostic ? Mais au fait, Leslie Kaplan est-elle habilitée à faire des diagnostics ? Voilà la série de questions auxquelles je ne répondrai pas - bien évidemment.

En ce qui me concerne, ma pratique diagnostique s'inscrit dans le champ de la psychanalyse. Si depuis les années 70 les autres disciplines se sont de plus en plus éloignées de la pratique diagnostique de la psychanalyse, cela ne signifie pas pour autant que le psychanalyste ne s'appuie pas sur des hypothèses diagnostiques pour penser ou agir. Je dirais même que le diagnostic est à la source même de l'engagement du travail analytique, en ce sens qu'il relève d'un « effet du transfert ». En faisant disparaître définitivement le terme de “névrose” du DSM-III (1980), les auteurs n'ont pas seulement réfuté l'affection psychogène sur laquelle Freud a bâti son édifice, ils

1 Kaplan L., *L'Aplatissement de la Terre*, Paris, P.O.L, 2021, p.15.
2 *Idem.,* p.18.
3 *Idem.,* p.33.

ont aussi décrété que les symptômes ne devaient plus être lus comme l'expression symbolique d'un conflit psychique. Si la psychanalyse soutient qu'il y a autant de névroses que de névrosés, que chaque sujet produit son symptôme et que *la subjectivité est ce qui se tient sous la surface mouvante des symptômes*, les auteurs du DSM ont décrété eux, que les diagnostics étaient de grandes cages à l'intérieur desquelles tous les individus trouveraient leur place.
Je vais dans ce travail essayer de préciser ce que j'entends par diagnostic en tant que psychanalyste et montrer comment je travaille avec le diagnostic dans ma pratique.

Pour commencer, quelques mots de Julien qui a une vingtaine d'années et qui frappe à la porte de mon cabinet en amenant d'emblée la question du diagnostic. Il m'explique très vite son histoire familiale (dont je ne dirai rien par souci de confidentialité) et comment sa différence, lorsqu'il était enfant a été tout entière « contenue » pour ne pas dire « enfermée » dans le diagnostique HPI qui a été posé pendant ses années d'école primaire. Il raconte comment ce diagnostic a nourri chez lui « le fantasme, voir le mythe romantique de l'identité profonde ». Souvent incompris, exclus et moqué par ses camarades, il référait toutes ses émotions, états, comportements au fait d'être un sujet à Haut Potentiel Intellectuel. Son vrai moi se trouvait là, dans cette identité diagnostique. Personne ne semblait le comprendre mais il se consolait grâce à cette reconnaissance offerte par le diagnostic posé. Le diagnostic lui offrait un destin exceptionnel. Il n'était pas simplement un enfant malheureux, il était HPI. Initialement libérateur et rassurant, le diagnostic est devenu une case/cage d'acier, dans laquelle il retourne aujourd'hui encore, dès qu'il se sent mal mais dont il voudrait se débarrasser. Sa conscience quant à son symptôme fait partie de son symptôme. Il s'accroche à son symptôme qui lui assure son identité de malade. La cage d'acier est pour Max Weber la demeure où l'homme moderne « nait, où il doit vivre et à laquelle il ne peut rien changer, du moins en tant qu'individu »[4]. Julien vient, en autres choses, pour déconstruire le mythe HPI. Quand je l'écoute j'entends combien la nomination de son malaise d'abord apaisante et sécurisante est devenue petit à petit une nomination totalisante dans laquelle il s'est lui-même enfermé, avec le soutien de l'environnement familial. Sa souffrance n'avait plus qu'un seul nom : HPI. Le diagnostic, qui aurait pu lui permettre de parler de sa souffrance à partir du nom qu'elle porte, est devenu une étiquette – en tout ou rien- qu'il s'est collé sur le front et à laquelle il n'a cessé de se référer croyant ainsi *partager* sa souffrance et engager une reconnaissance intersubjective de cette dernière. Son diagnostic, initialement au service d'un processus de subjectivation est ensuite devenu un étendard à brandir – pour lui et pour les autres- comme explication unique de son être. Le diagnostic a perdu tout relief et aspérité : il s'est aplati ! La nomination normative des symptômes a compressé le champ de l'expérience.

4Revault d'Allones M., « Ce que dit la crise de notre rapport au temps », in *Vie Sociale*, n°2/2013, p.11.

Comme alternative à la cage d'acier, M.Revault d'Allones (philosophe) propose le modèle arendtien de la brèche. La brèche est une limite qui autorise un passage. Elle prend en compte l'incertitude et ouvre à une temporalité. En devenant une étiquette, le diagnostic perd sa force subjectivante. Les symptômes de la maladie deviennent le lieu d'une inscription identitaire. Ils sont figés dans le temps et l'espace. C.Castoriadis disait que le désir d'être diagnostiqué, catégorisé, objectivé, revient finalement à être aliéné par « un imaginaire autonomisé qui s'est arrogé la fonction de définir pour le sujet et la réalité et son désir ». Le sujet fait alors l'impasse sur son être propre comme création sans cesse renouvelée, comme flux et devenir. Le symptôme, « fragment de liberté perdu, imposé à soi et aux autres »[5] est laissé à l'abandon- enfermé dans l'enveloppe ou la cage- alors même qu'il devrait être le moteur d'une quête, d'une traversée. Et parce que « le symptôme se fabrique dans le langage et se dénoue dans la parole » (Roland Gori), le psychanalyste tendra l'oreille et cherchera la brèche par laquelle le sujet pourra accéder à son désir.

Julien est venu consulter avec son auto-diagnostic : je suis malade du mythe que j'ai construit à partir du diagnostic HPI posé dans mon enfance. Je suis malade du roman familial qui s'est écrit en appui sur ce diagnostic. Il s'auto-évalue, s'auto-diagnostique et laisse peu de place à mon avis diagnostique. Et cela tombe bien car il n'y a aucune nécessité de déconstruire ou transformer cet auto-diagnostique en hétérodiagnostique[6]. La clinique psychanalytique, en contraste avec la clinique médicale, valorise la diagnostique spontanée amenée par le patient, et elle valorise « les effets de nomination du symptôme, dans le transfert et dans le discours »[7]. Je veille donc à ne jamais imposer mes propres hypothèses diagnostiques, ce qui ne signifie pas pour autant que je ne pense pas ou que je n'agis pas avec des hypothèses diagnostiques. J'écoute les symptômes décrits par Julien, les symptômes de la crise dits aussi symptômes d'entrée en analyse. Nous pouvons dire que le symptôme d'entrée en analyse est son enfermement diagnostic. Il souffre d'être HPI, terme qu'il dépliera suffisamment pour que j'entende ce que cela signifie pour lui et il souffre de s'enfermer dans cette case sans trouver les moyens d'en sortir. Je vais alors « entrer dans tous les détails »[8] du symptôme, pour y retrouver les petites particularités qui indiquent son conditionnement subjectif : « sur un fond uniforme [de symptômes typiques], chacun des malades appose ses conditions individuelles, ses lubies, pourrait-on dire, qui se contredisent directement dans chacun des cas »[9]. Le symptôme n'est pas utilisé pour décider de la case dans laquelle Julien sera le plus à sa place, mais il est écouté en tant qu'expression symbolique de sa souffrance. Je vais ensuite chercher à entendre si le symptôme d'entrée en analyse pourra se transformer en symptôme analytique, autrement dit s'il pourra « se transformer en une production inconsciente qui se donnera à entendre

5 DUNKER C., (2014), *Malaise, souffrance et symptôme*, Les Editions d'Ithaque, 2024, p.29.
6 *Idem.,* p.136.
7 *Ibid.,* p.136.
8 FREUD S., (1916), *Leçons d'introduction à la psychanalyse*, *in OCF.P*, t. XIV, Paris, Puf, 2000, p.269.
9 *Idem*, p.279.

dans l'élaboration analytique comme élément du transfert ». Pour le savoir, je peux proposer des entretiens préliminaires (dont le nombre est variable ou fixe suivant les pratiques). Ces entretiens préliminaires ont une visée diagnostique mais dans un sens très précis : est-ce que je dois « ou non, proposer au sujet de s'engager dans une relation analytique ? »[10]. Et qu'est-ce que cela peut bien vouloir dire « s'engager dans une relation analytique » ? Vous repérez que le champ sémantique est celui de la rencontre amoureuse : préliminaires, relation, engagement. Je dois finalement évaluer l'aptitude au transfert de la personne que je rencontre. Ce qui est diagnostiqué, est, en soi le transfert. Au fond, en psychanalyse, investiguer c'est déjà traiter car « l'acte diagnostic ne peut être dissocié de l'ambition thérapeutique »[11]. Le transfert est le moteur principal du soin. Ce qui a conduit Freud à écrire en 1933 que les diagnostics psychanalytiques ne peuvent en réalité survenir que dans l'après-coup : « Nous ne pouvons pas juger le patient qui vient pour un traitement, pas plus que le candidat qui vient pour une formation, avant de l'avoir étudié analytiquement pendant quelques semaines ou mois »[12]. « C'est l'un des titres de gloire du travail analytique qu'en lui recherche et traitement coïncident »[13] . La plongée dans le « bain transférentiel », demeure, de fait, la seule « épreuve » capable de confirmer un diagnostic digne de la « sorcière » métapsychologique ! Dès l'origine, la « méthode de traitement » a pu fonctionner comme un instrument diagnostique. Le transfert sur l'analyste « transforme le familier d'un symptôme en un processus identificatoire à l'origine d'une histoire singulière retrouvée et réécrite qui vient lui donner sens. Le symptôme n'a dès lors plus d'utilité et peut disparaître »[14]. Le ressort du transfert et son analyse reste le paradigme de la relation analytique, ce qui permet de dire à certains auteurs que la psychanalyse est une « clinique sous transfert »[15], voire une psychopathologie du transfert[16]. Nous savons qu'une cure pourra s'engager à la condition que le sujet parvienne à interroger son implication subjective dans la cause de son malaise et « à subjectiver son ignorance par rapport à ce qui lui arrive »[17]. C'est ce diagnostic que je dois être en mesure de faire. Ce qui est intéressant dans le cas de Julien, c'est précisément que son malaise est de sentir un écart entre le savoir médical à partir duquel il s'est construit (son diagnostic HPI) et ce qu'il a envie d'être. Un conflit entre désir et défense pourrait-on très simplement diagnostiquer. Toutefois, il ne faut pas mésestimer les effets de ces diagnostics chevillés au corps dès l'enfance. Lorsque la souffrance a été à ce point rationnalisée,

10 Aulagnier P., (2004), « Les entretiens préliminaires et les mouvements d'ouverture » in *L'apprenti-historien et le maître-sorcier. Du discours identifiant au discours délirant*, Paris, PUF, p.176.

11 Dunker C., *Idem*, p.95.

12 Freud, S., (1933), Nouvelle suite des leçons d'introduction à la psychanalyse, in *OCF.P*, t. XIX, Paris, Puf, 2004, p.224.

13 *Ibid.*, p.394.

14 Peuch Lestrade J., (2024), *Politique des transferts*, Penta, p.229.

15 Miller J.-A. , « Clinique sous transfert », *Ornicar*, n° 29, p. 142.

16Lepoutre T., et Villa F., (2016), « Le diagnostic à l'épreuve du traitement psychanalytique », *Cliniques méditerranéennes*, n° 94(2), 225-240.

17Christaki A., (2013), « Outils diagnostiques dans le monde contemporain », *Topique*, n° 123(2), 139-151.

il est difficile pour le sujet de la laisser s'exprimer. La « souffrance », éprouvé intime et singulier, n'est pas reconnue par le sujet lui-même, tant le souci du « diagnostic » a été prégnant. Il a développé un savoir médical sur son trouble, ce qui n'est pas la même chose que d'engager les processus psychiques nécessaires à l'appropriation subjective de son diagnostic. Son diagnostic, ou devrais-je dire son « identification HPI » a participé à sa construction identitaire, tout en le condamnant à référer ses souffrances à cette étiquette. Toute proposition de se lire autrement est vécue comme une attaque de son être profond. Le diagnostic HPI a comme ambition de permettre au sujet de se familiariser avec son étrangeté tandis que le traitement analytique vise à redonner de l'étrangeté à ce qui est devenu tellement familier au névrosé dans sa souffrance. Ce qui est au cœur de l'analyse c'est l'opacité du sujet à lui-même. Mais les auteurs du DSM ont eux -à cœur- de ne laisser aucun recoin subjectif au symptôme.

Si les entretiens préliminaires permettent d'apporter une réponse sur le fait de proposer ou non une analyse à la personne que je rencontre, il me faudra ensuite me demander s'il est pertinent que *je* me propose à ce sujet comme son éventuelle analyste. Là encore la réponse à cette question ne dépendra pas tant de l'étiquette nosographique du patient que de la capacité d'auto-diagnostic de l'analyste lui-même. Chaque analyste cherchera en lui comment ses propres résistances, limites, rejets lui permettront de cheminer avec les résistances de la personne rencontrée sans entraver le déploiement du transfert. Le psychanalyste, embrayeur et support du processus transférentiel s'engagera alors dans cette folie à deux qu'instaure la cure analytique.

Je ne peux pas parler du diagnostique en psychanalyse sans dire un mot de la structure psychique. Il était courant de dire que la psychanalyse est réservée aux névrosés mais en réalité dans ses premiers textes Freud ne fait pas vraiment la différence ente névrose et psychose. Néanmoins il parlera de structure en 1933 en développant la métaphore du cristal : « Si nous jetons un cristal par terre, il se brise *(Zerlegung)*, mais pas n'importe comment, il se casse suivant ses directions de clivage en des morceaux dont la délimitation, bien qu'invisible, était cependant déterminée à l'avance par la structure du cristal. Des structures fêlées et fissurées de ce genre, c'est aussi ce que sont les malades mentaux[18]. Quelques années plus tard (1938), il parlera d'une différence « d'ordre topique ou structural » entre la névrose et la psychose[19]. La structure psychique du sujet n'est pas, pour le psychanalyste, ce qui conditionne l'aptitude au transfert. Elle reste toutefois importante dans notre manière d'engager et de manier le transfert.

Si le diagnostic vise le fait de proposer ou non une cure analytique, reste à savoir ce qui est visé

18 Freud F., « XXXe Conférence. La décomposition de la personnalité psychique » in *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse*, Paris, Gallimard, coll. « NRF », 1984, p. 82-83.

19 Freud F., *Abrégé de psychanalyse* (1938), Paris, Puf, 1985, p. 80.

avec la cure ! Autrement dit, le psychanalyste envisage-t-il une guérison pour son patient ? Et le patient entreprend-il une analyse pour guérir ? Mais de quoi est-il malade ?

La vie psychique ne tombe pas malade. Elle fait une maladie.

L'écrivain Ferdinando Camon écrivait non sans humour que : « L'homme entreprend une analyse non pas pour guérir mais pour savoir pourquoi il entreprend une analyse ». La question qui sous tend toute demande d'analyse est bien : « Qu'est-ce que j'ai ? Quel est le nom de cette chose qui gâche ma vie, qui transforme ma manière d'aimer, qui est la raison de mon effondrement et la cause de mes incohérences ? »[20].

Le tomber malade suppose un début clair, une évolution prévisible et un dénouement, une sémiologie différentielle et une étiologie spécifique. C'est pour cette raison que la vie psychique ne tombe pas malade mais qu'elle fait une maladie. Elle s'affirme jusque dans la maladie. « La maladie est ce qui empêche de savoir ce qu'on sait, de voir ce qu'on voit, de pouvoir ce qu'on peut, de sentir ce qu'on éprouve. La maladie est un quiproquo entre des non-vouloirs et des non-pouvoirs. Se faire croire qu'on ne peut pas ce qu'on veut pour garder intacte l'idée que ce qu'on veut et ne peut pas pourrait devenir possible si on sortait de l'abri de la souffrance malade » [21].

Ainsi, la maladie est une tentative de résolution des conflits, une tentative qui échoue cependant car la maladie se retourne contre le sujet qui s'attache à elle. C'est ce que Freud nommera dans *L'Abrégé*, « le besoin d'être malade » qui est nourrit par la culpabilité inconsciente. Le moi est à la fois menacé et révélé par la maladie. Freud a inventé « le malade comme sujet en le dotant d'une vie mentale qui entre dans le procès même de la maladie ». Et le psychanalyste, est-il besoin de le rappeler, est un ancien malade. Le traitement analytique offre au moi du malade la liberté de se décider pour ceci ou pour cela nous dit N.Zaltzman, il offre un nouveau chemin à la maladie,. Madame B. voudrait être libre : « Je vois bien que je tors tout. Je prends pas le temps d'être en lien avec ce que je vis ». Madame A., elle, vient me voir après un très long parcours de soins et me dit qu'elle fonctionne bien à présent mais que ce qu'elle aimerait c'est être vivante. L'analyse s'engage. Sans maladie déclarée pourrait-on dire. Avec un malaise, un empêchement. Quelque temps après le début de la cure elle dira combien le retour des émotions n'est pas économique, qu'elle a peur de la dépression. Je la cite : « C'est comme si je voulais les termes du contrat. A quel prix le chemin vers les émotions ? Qu'est-ce que ça va me coûter psychiquement ? Est-ce que ma fragilité va me re-dévorer à nouveau ? ». Madame A., craint la récidive. Elle ne veut plus rien savoir de sa maladie mais sans elle, elle ne vit pas vraiment. Elle doit rompre avec sa petite santé, « quitte à faire une expérience plus effrayante encore de sa propre maladie, quitte à perdre l'identité personnelle

20 DUNKER C., (2014), *Malaise, souffrance et symptôme*, Les Editions d'Ithaque, 2024, p.18.
21 ZALTZMAN N., (1998), *De la guérison psychanalytique*, PUF, Paris, p.89.

conquise dans la petite santé »[22]. Elle se mettra à douter de mon diagnostic : « J'ai peut-être peur de ne pas être légitime (à faire une analyse) ou peur de re-décompenser ». Elle résistera mais la « traversée des apparences, passage des frontières, traversée du temps, traversée des lieux, des images, des événements du jour et de ces événements de la nuit que sont les rêves, déplacement des souvenirs et des figures imaginaires (..), traversée surtout des transferts »[23] a déjà commencé.

L'analyse crée le déséquilibre, engage la crise du sujet, comme la maladie bouscule un état de vie. C'est à ce prix là qu'un travail analytique peut avoir lieu. Le transfert cristallise le « désir de guérir » en instituant la « névrose de transfert », « royaume intermédiaire entre la maladie et la vie». « Guérir au sens analytique c'est pour les deux protagonistes, réussir à faire se dérouler le processus où ils sont engagés par-delà des résistances à ce processus »[24], c'est pour cette patiente, supporter ses doutes et ses peurs, c'est supporter, pour elle comme pour moi de ne pas savoir ce qui se passe, et faire l'expérience du temps. Au fil de l'analyse, l'analysant se demandera souvent si ce « quelque chose qui est malade» est guérissable. Il questionnera son analyste sur l'avancée de la cure, sa finalité, son efficacité ! Il enragera de se voir repartir en arrière, de ne pas avancer tout en admettant que la traversée n'avait pas de destination précise dès le départ... Il enragera sur la persistance de ses symptômes, sur leur retour. Mais il apprendra aussi à lire dans ses symptômes le conflit qui s'engage à l'intérieur de lui et dont il cherche à se défendre.

La psychanalyse admet comme point de départ le malaise propre à l'humain, sa maladie existentielle. Le diagnostic ne vise donc pas la nomination d'une maladie mais la capacité d'un sujet à se saisir dans le transfert de sa maladie. Il ouvre sur une expérience subjective car seul le sujet peut « dire » de quoi il souffre.

Mais alors de quoi Julien souffre-t-il ?

Dans son identité HPI Julien loge un moi idéal et un sentiment de toute-puissance. Dans sa vie, il a exigé beaucoup de lui-même tout en étant incapable de s'adapter aux autres. Il se souvient d'un trajet en voiture au cours duquel il a décidé de ne plus jamais pleurer (il a 11 ans) car personne ne comprend ni n'accepte ses pleurs. Sa sensibilité lui est reprochée – par le père – et par ses pairs. Elle trouvera refuge dans la cage HPI mais restera associée à une grande menace dans le lien aux autres. En l'écoutant, j'entends combien la case/cage était censée le protéger de la honte et de la culpabilité. Mais aucun diagnostic ou étiquette ne protègent de cet écart entre le moi et l'idéal du moi que l'autre pointera et qui nous fera sentir tout petit alors qu'on se croyait grand ! L'autre fait toujours voler en éclat l'image dans laquelle on croit pouvoir se reconnaître. Il me semble que l'insistance de notre société à coller des étiquettes témoigne du fantasme de pouvoir échapper à ce qui s'engage dans la

22 Leblanc G., « La vie psychique de la maladie », revue Esprit. 2006.
23 Pontalis J.-B. *Ce temps qui ne passe pas*, p.54.
24Zaltzman N., *Idem*, p.97.

rencontre avec l'autre, de pouvoir échapper à notre impuissance. L'identité – l'identité diagnostique- s'exhibe, comme si elle pouvait supprimer l'étrangeté de soi à soi et l'étrangeté de soi à l'autre. Julien enrage lorsqu'il parle de son père qui « veut tout aplanir, tout le temps. Quand il m'écoute, j'ai l'impression qu'il coche des cases pour se dire que tout va bien. C'est insupportable ! ». Julien était à l'étroit dans sa case HPI et il se sent aujourd'hui aplati par le regard que le père pose sur lui. S'il peut parler des effets psychiques que son diagnostic a eu sur lui, il repère également que ce diagnostic, en proposant à ses parents une grille de lecture de ses comportements, ne les a pas aidé à penser la relation avec lui. Ses parents ont été rassurés de savoir leur enfant à l'abri dans une cage – cage d'acier censée le protéger de la violence du monde- cage qui disait sa singularité tout en l'enfermant - et Julien s'est senti terriblement seul, privé d'un lien qui aurait du se nouer en dehors des grilles...

Mais au fil de la cure, Julien sort de sa case, celle qui lui permettait de dire : « je suis comme ça » ! Il accepte de tenir en lui ses contradictions insupportables et ses ambivalences et de les tenir vivantes. Il accède même à un sentiment nouveau pour lui : la culpabilité. Il se sent trop indifférent aux autres, à leur souffrance. Il aimerait être capable d'empathie. Il commence à reconnaître que si ses liens aux autres ont toujours été douloureux, il a lui même fait souffrir des amis. Il s'en veut. La culpabilité est un *fait d'expérience* au cœur de notre intime. Il est surpris que les objets d'amour qu'il a attaqué lui témoigne malgré tout leur attachement. Et surtout il décide « de prendre sa part de responsabilité » dit-il, ce qui signifie pour lui quitter la cage, cesser de brandir son « identification HPI » pour lui-même et pour les autres. C'est s'offrir d'autres horizons que la cage. Ou décider que la cage est sa propre production et qu'il peut donc la transformer.

Le diagnostic lorsqu'il n'est pas pris dans un effet de transfert mais asséné comme une vérité sur le sujet, neutralise la culpabilité. C'est pourtant à partir de la culpabilité, qui n'est rien d'autre qu'une limite intérieure à notre toute-puissance, que peut s'installer « l'interdit primaire de l'assouvissement sans frein de la pulsionnalité, renoncement qui va permettre à la fois la psychisation et la socialisation » (ref?).

La culpabilité qui est au centre de la psychanalyse dès ses origines, qui organise notre vie psychique, est aux origines de l'humanisation et de la civilisation (cf.Totem et tabou). C'est la culpabilité qui force à penser et à repenser dans une répétition obsédante, le malaise fondamental inhérent à ce qu'on a appelé la « condition humaine ». Mais on entend bien comment aujourd'hui chacun défend sa propre condition avec son diagnostic ! Il n'y aurait que des spécificités à respecter chez l'autre sans qu'elles soient partageables. C'est d'ailleurs un des nœuds pour Julien, laisser l'autre entrer en lui. Accepter qu'un partage est possible dans l'intime.

Car enfin, en supprimant la névrose du DSM, c'est peut-être bien la culpabilité que l'on a cru pouvoir faire disparaître. La culpabilité est bien ce qui me lie aux autres, ce qui met une limite à ma toute-puissance destructrice.

Conclusion

Le titre de cette journée : *Identité diagnostique : nommer pour exister*, peut laisser entendre que que l'identité diagnostique se superpose à l'identité de malade. Mais être HPI n'est pas une maladie au sens propre. C'est une *entité transnosographique* comme je l'ai découvert en préparant mon texte ! « Le « spectre du haut potentiel intellectuel » regroupe ainsi différents profils où s'associent paradoxalement haut potentiel et vulnérabilité mentale en secteurs »[25]. La maladie mentale a été remplacée par les troubles mentaux, les diagnostics de troubles du neuro-développement fleurissent, et les spectres nous entourent. Mais le terme de maladie -lui- recule. Pourtant la vie est elle-même une résistance à la maladie, qu'elle soit psychique ou somatique et cette résistance peut craquer dans la maladie. Ainsi être malade, c'est entrer dans la fragilité de la vie. « Vivre dans la maladie, c'est vivre de l'intérieur même de cette conscience de la fragilité. Une vie malade n'est donc pas seulement une vie diminuée mais une vie modifiée par l'événement qu'est la maladie et qui implique une vie autre, vulnérable »[26]. La vie psychique, qui fait une maladie, fait entrer le sujet dans le malaise et la souffrance.

Lorsque Leslie Kaplan diagnostique l'aplatissement de la Terre, elle dit bien comment cet aplatissement a été progressif et continu. Il n'a pas produit de crise, aucun moment paroxystique mais une crise continue, une réalité permanente. Personne n'est tombé malade, même pas la Terre. Il n'y a pas eu de crise. Mais sans crise, le temps s'aplatit lui aussi. Ce qui n'est pas sans faire écho à la chronicité des troubles mentaux qui semble aujourd'hui totalement admise. Comme le souligne C.Dunker, on passe une vie « médiatisée par des régulateurs de l'humeur, des anxiolytiques ou des médicaments qui augmentent la performance »[27]. La crise n'est plus un moment décisif « dans l'évolution d'un processus incertain qui permet le diagnostic (et donc la sortie de crise)»[28] mais un état permanent. Or, il n'a pas de psychanalyse sans crise. On réalise sa guérison de la même manière qu'on réalise une expérience. Le travail du transfert donne au temps son épaisseur[29] et donne « leurs pouvoirs aux conditions même de l'expérience. Activement.»[30]. L'analyse n'est pas seulement une restitution de l'expérience perdue, elle est aussi la réalisation de cette perte. Ainsi prendre le chemin de l'analyse c'est accepter que l'on va perdre puis trouver. Ce qu'on perd, c'est le « pourquoi », c'est la cause imaginaire de notre plainte, de notre affection, c'est la certitude qu'elle a déterminé notre vie pour toujours.

Ce que l'analysant abandonne sur le divan, c'est bien le diagnostic avec lequel il est arrivé.

---

25 Romand M., Weismann-Arcache C., (2018), « HPI et syndrome d'asperger : à la rencontre de nouveaux spectres », in *L'évolution psychiatrique*, vol.83, 1, pp.194-202.
26 Leblanc G., *Idem*.
27 Dunker C., *Idem*, p.185.
28 Revault d'allones M., *Idem*, p.39.
29 Pontalis J.-B, *Ce temps qui ne passe pas*, p.39.
30 Zaltzmann N., *Idem*, p.87.

Bibliographie

Aulagnier P., (2004), « Les entretiens préliminaires et les mouvements d'ouverture » in *L'apprenti-historien et le maître-sorcier. Du discours identifiant au discours délirant,* PUF, Paris, pp.173-192.
Christaki A., (2013), « Outils diagnostiques dans le monde contemporain » in *Topique*, n° 123(2), pp.139-151.
Dunker C., (2014), *Malaise, souffrance et symptôme*, Les Editions d'Ithaque, 2024.
Freud S., (1929), *Le malaise dans la culture,* Paris, PUF, 2007.
Kaplan L., *L'Aplatissement de la Terre*, Paris, P.O.L, 2021.
Landman P., (2016), « Les entretiens préliminaires. L'occasion d'un franchissement », in Freymann, J. (dir.), *Les Entretiens préliminaires à une psychanalyse,* Erès, pp. 41-51.
Le Blanc G., (2006), « La vie psychique de la maladie », in *Esprit*, Janvier(1), pp.109-122.
Lepoutre T. et Villa F., (2016), « Le diagnostic à l'épreuve du traitement psychanalytique », in *Cliniques méditerranéennes*, n° 94(2), pp.225-240.
Lippi S., (2014), « Pratique de la structure : le diagnostic différentiel selon l'enseignement de Jacques Lacan », in *Cliniques méditerranéennes*, n° 90(2), pp.201-216.
Pontalis J.-B., (1997), *Ce temps qui ne passe pas*, Gallimard.
Revault d'Allones M., (2013), « Ce que dit la crise de notre rapport au temps », in *Vie Sociale*, n°2.
Romand M., Weismann-Arcache C., (2018), « HPI et syndrome d'asperger : à la rencontre de nouveaux spectres », In *L'évolution psychiatrique*, vol.83, 1, pp.194-202.
Zaltzman N., (1998), *De la guérison psychanalytique*, PUF, Paris.