

**Questions préalables à une réflexion sur les impasses cliniques**  
**Preliminary questions to a reflection on clinical impasses**  
**Preguntas previas a una reflexión sobre los callejones sin salida clínicos**  
**Questões prévias a uma reflexão sobre os impasses clínicos**

Lucie Cantin

Volume 35, Number 2, Fall 2010

Impasse thérapeutique

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1000552ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1000552ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Cantin, L. (2010). Questions préalables à une réflexion sur les impasses cliniques. *Santé mentale au Québec*, 35(2), 31–46.  
<https://doi.org/10.7202/1000552ar>

Article abstract

The definition of “clinical impasse” depends not only on the clinician who—as the proposed argument suggests—would be faced to his powerlessness in specific situations, but this definition is tributary to the clinical and theoretical field inscribed within this clinician’s practice. Thus, for example, the practice of psychotherapy and the practice of psychoanalysis implies very different if not opposed positions of the clinician, bringing on the patient’s side, very specific difficulties and impasses. In the field of psychoanalysis conceived essentially as a *practice of the ethical*, one cannot address this notion of “clinical impasse” without first questioning the position of the analyst, not as much in his rapport with theory and technique used but mainly by questioning the point and the locus *within himself* from which he directs the treatment. Likewise, for the analysed, can what entails impasse in the treatment be indissociable to the ethical position of the subject?



## Questions préalables à une réflexion sur les impasses cliniques

---

Lucie Cantin\*

La définition de « l'impasse clinique » dépend non seulement du clinicien qui, pour reprendre l'argument qui nous est proposé, ferait face à son impuissance dans certaines situations données, mais elle est, cette définition, tributaire du champ théorique et clinique où s'inscrit la pratique du clinicien. Ainsi, par exemple, la pratique de la psychothérapie et celle de la psychanalyse supposent-elles des positions très différentes, voire opposées du clinicien, entraînant du côté du patient un type de difficultés et d'impasses tout à fait spécifiques. Dans le champ de la psychanalyse conçue essentiellement comme une *pratique éthique*, on ne peut aborder cette notion « d'impasse clinique » sans interroger avant tout la position de l'analyste, non pas tant dans son rapport à la théorie et à la technique utilisées mais bien essentiellement en questionnant le point et le lieu *en lui* à partir duquel il dirige le traitement. De même, pour l'analysant, ce qui peut faire impasse dans le traitement devient-il indissociable d'une prise de position éthique du sujet.

### « L'impasse clinique » ou le « patient difficile » définis et déterminés par la position du clinicien, à l'intérieur de son cadre théorique

**F**reud nous rappelle que ce sont les patients résistants au traitement qui ont le plus contribué à l'avancement et au développement de la théorie analytique. Bouleversant ce qui était en place déjà dans la théorie et dans l'évolution de la pratique clinique, ces « cas cliniques » faisaient objection aux certitudes établies, provoquant chez Freud à plusieurs reprises de totales refontes de sa pensée. Cette remarque nous introduit à une question centrale dans la clinique : Est-il possible d'appréhender et d'écouter chaque patient comme un sujet singulier qui par définition ne peut entrer dans aucun canevas pré-établi, fut-il le plus sophistiqué ? Comment aborder un patient à partir de ce que lui seul peut enseigner au clinicien que nous sommes ?

Dans le champ psychanalytique, le thème « d'impasse clinique » soumis à notre réflexion mérite à lui seul une attention particulière. On peut en effet d'emblée interroger la perspective à l'intérieur de laquelle

---

\* Lucie Cantin est psychologue et psychanalyste, membre du GIFRIC (Groupe Interdisciplinaire Freudien de Recherche pour l'Intervention Clinique).

une telle notion trouve sa pertinence. Le « patient difficile » est-il celui qui, bien que présentant les caractéristiques qui ont déterminé le choix d'un traitement spécifique supposé engendrer des résultats probants, ne répond pas positivement à la méthode de traitement appliquée ? Est-il celui dont la présentation n'entre pas dans le système théorique du clinicien ? Ou encore est-il celui qui, à l'instar de la définition qu'en donnerait la psychiatrie, est tout simplement « résistant » ou « non compliant » au traitement ? Chacun de ces cas ne suppose-t-il pas un abord très précis de la clinique et du traitement conçu et pensé comme une application, application de théories, de méthodes et de techniques généralisées à des groupes de patients et déterminées par les problématiques et symptomatologies spécifiques qu'ils présentent. En fait, la définition même de « l'impasse clinique » dépend non seulement du clinicien qui, pour reprendre l'argument qui nous est proposé, ferait face à son impuissance dans certaines situations données, mais elle est, cette définition, tributaire du champ théorique et clinique où s'inscrit la pratique du clinicien. Plus spécifiquement, le cadre théorique, dans sa logique interne propre, *inclut* la position du clinicien qui se voit définie à l'intérieur même de la conception et des orientations du traitement. Ainsi, par exemple, la pratique de la psychothérapie et celle de la psychanalyse supposent-elles des positions très différentes, voire opposées du clinicien, entraînant du côté du patient un type de difficultés et d'impasses tout à fait spécifiques.

Aborder la notion « d'impasse clinique » dans le champ de la psychanalyse, du moins celle que nous pratiquons, implique donc nécessairement d'interroger avant tout la *position* de l'analyste, non pas tant dans un rapport à la théorie et à la technique utilisées mais bien essentiellement en questionnant le point et le lieu *en lui* à partir duquel il dirige le traitement. La nature et la portée des écueils rencontrés dans la clinique sont en effet indissociables de ce questionnement sur l'analyste, sur ce qui le fait agir et détermine sa position éthique et ses actes cliniques. Et cette position de l'analyste est le résultat d'une « formation » qui dans la psychanalyse n'est pas réductible à un bagage de connaissances et de techniques acquises, applicables à une situation donnée. Elle suppose une expérience personnelle de l'analyse, menée jusqu'à un point précis et repérable d'où découle un savoir qui fonde l'acte clinique.

L'ensemble de ces remarques préliminaires marquent bien le type de questions que soulève pour nous le thème qui nous est soumis et définissent le cadre à l'intérieur duquel nous aborderons notre réflexion sur les difficultés et impasses rencontrées dans la pratique clinique,

rappelant, d'entrée de jeu, la remarque de Lacan qui fait de la résistance rencontrée dans une cure, toujours une résistance du côté de l'analyste.

### **La psychanalyse n'est pas une psychothérapie**

Le clinicien ne peut guider le patient plus loin que là où lui, le clinicien, en est dans son rapport à son propre symptôme. Pour prendre la mesure de cette assertion, il nous faut entrer de plain-pied dans ce qui distingue radicalement la psychothérapie de la psychanalyse. La psychanalyse ne travaille ni dans le même champ ni ne poursuit les mêmes objectifs qu'une psychothérapie, quelle que soit l'orientation théorique de cette dernière. La psychothérapie concerne l'articulation de l'individu à son environnement physique, familial, social. Elle a pour objet ce qui vient faire obstacle, perturber, voire empêcher un fonctionnement « optimal » de l'individu et vise donc, d'une façon générale, une certaine « réadaptation » du patient à son milieu. Du coup, la position du psychothérapeute s'inscrit dans un espace balisé par la norme, les idéaux et le rapport à l'autre tels qu'ils sont définis dans les discours qui créent le lien social. Quelle que soit la théorie dont elles se soutiennent et la méthode à laquelle elles se rattachent, les psychothérapies auront cette caractéristique essentielle, ce trait commun, de s'adresser à l'individu (et non au sujet de l'Inconscient), avec comme objectifs la correction, la disparition ou le tempérament des symptômes qui témoignent de son dysfonctionnement psychique, affectif ou social. Ainsi, dans le courant actuel, les meilleures pratiques en psychothérapie sont souvent définies comme celles qui utilisent chez un même patient, des méthodes diverses, voire même des conceptions diverses du psychisme, pour répondre aux différents types de symptômes présentés. Chaque symptôme nécessitant l'utilisation de la méthode la plus appropriée selon les données dites probantes.

L'exemple le plus clair et le plus radical de cette visée de « réadaptation » endossée par la psychothérapie nous est certainement fourni par les thérapies cognitivo-comportementales. Dans le champ de la psychose qui est le nôtre, les thérapies cognitivistes issues des avancées des neurosciences sont devenues selon les guides de pratiques, les psychothérapies basées sur des données probantes les mieux indiquées dans le traitement de la schizophrénie. Certains thérapeutes y voient une amélioration par rapport aux « interventions comportementales des années quatre-vingt » qui « ne tenaient pas compte de l'expérience subjective de l'individu, ni de ses buts ou aspirations », soulignant que « ce n'est que depuis peu, avec l'adaptation de la thérapie cognitivo-comportementale pour la psychose qu'une intervention psychologique

s'intéresse aux croyances et perceptions des personnes souffrant de psychose afin de les aider à atteindre leurs buts » (Lecomte et al., 2008, 63). Mais ce qui est entendu ici par « expérience subjective, croyances et perceptions » demeure toujours ancré dans une perspective où une norme détermine la réalité et définit à partir de là les dysfonctionnements à corriger.

C'est que le terme de psychothérapie employé ici suppose une certaine conception du psychisme, entendu comme un ensemble de facultés repérables dans le fonctionnement du cerveau, lui-même appréhendé comme un organe, et permettant à l'individu une adaptation normale, correcte et appropriée à son environnement. Une telle conception du psychisme implique en effet un certain nombre de présupposés, entre autres celui qui met entre parenthèses ou efface le sujet de l'Inconscient en ramenant l'humain au statut d'individu supposé se comporter de la même façon que tous les individus de la même espèce, puisque tous dotés du même organisme et des mêmes facultés psychiques et mentales. Pourtant les chercheurs en neurosciences, chacun dans le domaine qui les concerne ne manquent pas de souligner la complexité des troubles psychiques rencontrés dans la clinique et les limites des constats auxquels ils arrivent, soulignant « la grande hétérogénéité des manifestations neuropsychologiques associées à la schizophrénie » ou encore, remarquant à propos des déficits cognitifs rencontrés dans la schizophrénie, « qu'aucun de ces déficits cognitifs ne caractérise la schizophrénie telle qu'elle est définie aujourd'hui ou n'affecte systématiquement tous les patients, si bien que l'on doit pour l'instant s'en tenir à des corrélations » (Gendron et al., 2008, 45).

Mais indépendamment de ces mises en garde, un certain nombre de consensus établissent les fondements des thérapies cognitivo-comportementales offertes aux psychotiques. « Plusieurs études, nous disent les chercheurs, ont tenté d'identifier plus spécifiquement les corrélats neuronaux des hallucinations acoustico-verbales (HAV) en utilisant diverses techniques de neuro-imagerie » et arrivent à la conclusion que « les HAV sont la conséquence d'un dysfonctionnement du traitement des discours et pensées internes » (Pelletier et al., 2008, 27-28). Les théories neuropsychologiques précisent-ils « stipulent que les patients souffrant d'HAV percevraient leurs propres discours et pensées (mots générés de façon interne) sous forme de voix provenant d'une source externe » (Pelletier et al., 2008, 27).

Quant au délire, « les plus récentes études en neuropsychiatrie cognitive suggèrent que ces idées délirantes sont le résultat tant de déficits que de biais cognitifs et émotionnels qui affectent le raisonnement,

l'attention et la mémoire des personnes susceptibles de délirer» (Pelletier et al., 2008, 27, 29). La conception même de l'hallucination comme «conséquence d'un dysfonctionnement du traitement des discours et pensées internes» et celle du délire comme résultant de «déficits et/ou biais cognitifs qui affectent le raisonnement», non seulement définissent la position d'observateur où se situe le clinicien, mais impliquent et supposent tacitement pour le traitement une perspective centrée sur la rectification et la correction des «erreurs» de raisonnement, de jugement ou de perception en fonction d'une vérité et d'un idéal implicites qui définiraient la réalité. On ne peut pas en effet ne pas définir la norme à l'aune de laquelle est évalué le dysfonctionnement dont on attribue la cause à un déficit cognitif et qui est en fait la norme sociale, l'idéal, la croyance partagée à l'intérieur de laquelle se situe le clinicien et qui détermine un dedans et un dehors par rapport à ce qui est sensé et fonde le lien social.

L'hallucination et le délire, ramenés à des erreurs d'attribution ou d'interprétation, déterminent du coup l'objectif du traitement où il s'agira de corriger la pensée du psychotique en fonction d'une norme établie, d'une perception juste, d'une interprétation appropriée de la réalité, de liens adéquats entre les perceptions, les émotions et les comportements. La thérapie cognitivo-comportementale (TCC), nous rappelle-t-on, «permet de modifier les pensées et les croyances non adaptées à la réalité en enseignant aux clients le lien qui existe entre les perceptions, les croyances et les réponses tant émotionnelles que comportementales qui y sont liées» (Lecomte et al., 2008, 64). «Le thérapeute tente de normaliser les expériences inhabituelles, telles les voix, soit par le biais de la psychoéducation, soit en offrant des exemples de situations particulières» (Lecomte et al., 2008, 67). La TCC «par formulation» consistera quant à elle à présenter la formulation de la problématique au client «par une figure comprenant des éléments liés aux prédispositions de la personne, ses croyances, les réactions émotionnelles ou comportementales, les symptômes...», «cette formulation étant ensuite expliquée au client en intégrant les concepts de base de la TCC...». Une «nouvelle explication des expériences vécues par l'utilisation du modèle vulnérabilité-stress» est ensuite présentée, «la formulation devient le moteur de la thérapie» (Lecomte et al., 2008, 67). Comme si, dès lors, la norme qui définit ce qui peut être pensé et ce qui peut être dit pouvait éradiquer la représentation mentale qui, au cœur de l'hallucination ou du fantasme, est investie dans le travail psychique du sujet.

La position du clinicien se trouve ici incluse à l'intérieur même de la conception du psychisme sur laquelle s'appuie le traitement. Le

clinicien est dans la position d'un Autre, gardien de la Loi, de la norme, du sens commun et des règles et conditions qui permettent la coexistence et le rattachement de l'individu à ce qui fait lien social. Dans une position dite « objective », il observe, puis déduit, comprend, analyse, interprète à partir d'une hypothèse ou construction théorique appliquée à la situation clinique. Sans oublier par ailleurs que le clinicien, dans l'établissement de sa pratique et de son acte clinique, répond aux exigences issues du cadre légal et de son corps professionnel où des guides de pratiques définissent les « meilleures pratiques » le plus souvent davantage sur la base des discours dominants de l'époque que sur la base de réelles évaluations des résultats cliniques.

Même en admettant les définitions de l'hallucination et du délire issues des théories neuropsychologiques, nous n'aurions ni pris en compte ni expliqué la singularité des contenus délirants et hallucinatoires et de leur organisation dans une logique fantasmatique propre à chaque psychotique. En fait, dans la conception neuropsychologique du psychisme, l'absence de distinction entre l'*individu* (soit le Moi dans son rapport à l'autre dans la réalité) et le sujet de l'Inconscient est déterminante quant à la position du clinicien qu'elle entraîne et partant, quant à la définition et l'appréhension de l'impasse clinique.

Dans un tel contexte en effet, le « patient difficile » est celui pour qui la technique utilisée ne permet pas les résultats escomptés et ce, indépendamment de la position du clinicien qui, malgré tous les sentiments d'impuissance, d'échec ou de frustration vécus intimement, demeure dans une position d'extériorité. Sa position, ce qui le fait agir et guide ses interventions, n'est pas impliquée et n'a nul besoin d'être interrogée comme source ou faisant partie de l'impasse thérapeutique. Il serait dans une position calquée sur celle du chercheur dont la prétention d'objectivité repose sur cette exclusion même du sujet désirant qui agit dans le chercheur au moment où il aborde et analyse l'objet de sa recherche.

Mais toute psychothérapie, quelle qu'en soit l'orientation théorique, même celle qui se dit « analytique », est établie sur un terrain déterminé par ce que nous pourrions définir sommairement comme la normalité qui permet à l'individu de fonctionner dans le cadre des exigences de la coexistence sociale sans trop de heurts à la fois pour lui et pour la société. Quels que soient les objectifs poursuivis par chacune d'elles : réadaptation, disparition des symptômes, introspection et compréhension de soi, développement de nouvelles stratégies d'adaptation, gestion des comportements et des émotions, les psychothérapies s'inscrivent, à leur insu ou non, à l'intérieur du cadre qui structure le lien

social et les discours qui y sont possibles et recevables. Le discours du patient est adressé à un autre, le clinicien, pris à témoin et supposé reconnaître dans l'énoncé du discours une «réalité» observable par un tiers. La construction du discours inclut ainsi une position précise du clinicien comme étant le lieu d'où est attendue une intervention ou interprétation, bref une réponse. Le psychothérapeute y est du coup toujours dans une position de savoir, donc de pouvoir, face au patient qui se pose lui en situation de demande et en objet de soins. La visée du traitement s'inscrit dans une perspective qui laisse au clinicien la tâche de traiter ce qui dans le patient dysfonctionne, de ramener son discours, ses comportements, ses pensées, son image de lui-même, son rapport aux autres, sa vision du monde, ses interprétations de la réalité à l'intérieur de ce qui est recevable dans le lien social. À partir du moment en effet où la psychothérapie se situe ainsi dans le champ de la conscience et sur le terrain du rapport du Moi à l'autre dans l'espace social, elle définit un cadre précis où la parole est contrainte de demeurer arrimée à une signification qui puisse être reconnue par l'autre et donc, de s'inscrire à l'intérieur des limites posées par la norme qui définit ce qui peut être pensé, dit, reçu par l'autre. L'angoisse et le symptôme, témoins de ce qui dans l'être ne trouvent pas à s'articuler au sens commun et à ce qui est présentable à l'autre, deviennent l'objet de l'intervention de correction, de compréhension ou d'interprétation de la part du thérapeute.

L'impasse clinique, le patient difficile, dans un tel contexte, questionnent bien sûr le clinicien. La difficulté n'est plus appréhendée uniquement comme la non réponse du patient à la méthode ou technique utilisées. Mais même si dans certains cas, comme dans celui de la psychothérapie analytique, la position de la personne du clinicien se trouve mise en cause par le «patient difficile» qui déclenche en lui des réactions dites «contre transférentielles», les sentiments et émotions soulevés dans ce contre-transfert sont interprétés et travaillés le plus souvent à l'intérieur d'enjeux relationnels qui sont à comprendre, à analyser, qu'il s'agisse du lien du clinicien au patient lui-même, ou du rapport du clinicien à l'autre imaginaire auquel le patient le renvoie dans sa propre histoire. Ce qui est mis au cœur de l'impasse demeure dans un jeu d'inter-relations entre deux positions moïques plutôt que de retourner, le clinicien, comme le patient, à leur position respective de sujet de l'inconscient, radicalement seuls chacun dans une réalité psychique unique et sans correspondance avec l'univers de l'autre. L'impasse clinique, si elle relève ainsi de la position du clinicien qui répond à ce que le patient soulève en lui, ne concerne pas pour autant le patient et ne peut donc être géré que par le clinicien lui-même dans son rapport

à la répétition déclenchée dans son propre Inconscient à l'occasion du patient.

### **La psychanalyse, une pratique éthique**

La psychanalyse travaille dans un autre espace que celui de la conscience. Elle n'est ni sur le même terrain ni ne soutient les mêmes visées que la psychothérapie. Aussi fait-elle une offre de traitement tout à fait différente au psychotique. Non seulement s'appuie-t-elle sur une autre conception de la psychose et de ses symptômes, mais elle travaille dans l'espace mental, là où l'hallucination et le délire ne peuvent être appréhendés que dans la logique interne et singulière qui les articule et détermine d'une part, la position subjective et d'autre part, l'ensemble des symptômes et comportements du psychotique qui font entrave à son articulation au lien social. Non pas que le psychotique souffrirait d'un quelconque déficit cognitif affectant son raisonnement, son attention et sa mémoire mais bien que ceux-ci sont accaparés par un travail intérieur qui coupe le sujet des autres et lui fait désinvestir la «réalité». Aussi, la psychanalyse délaisse-t-elle les objectifs de correction de la pensée, de rectification du comportement et de réadaptation à l'environnement pour s'attarder à l'objet de la passion qui mobilise le psychotique et cause ces «biais» de la pensée, ces «déficits de l'attention» et son retrait des objets d'intérêt communs qui créent et maintiennent le lien social.

L'analyste n'est pas dans la réalité observable et dans les enjeux du lien social. La psychanalyse s'intéresse donc au sujet, que nous pourrions définir sommairement comme ce qui, dans l'Inconscient, parle, décide et agit à l'insu de l'individu et de sa conscience. La psychanalyse travaille dans cet espace mental qui n'est pas gérable par le lien de l'individu à l'environnement et qui est fait de représentations qui n'ont aucun référent dans la réalité, de pures productions de l'esprit qui nourrissent l'imaginaire et le fantasme, mobilisent une énergie pulsionnelle irrépressible, créant un univers psychique unique où les actes du sujet prennent leur source et sont fondés en raison. Ces expériences intimes et singulières qui constituent chaque sujet ne sont accessibles que par la parole de ce dernier, une parole qui ne réfère pas à la réalité observable, qu'il faut faire advenir et soutenir puisqu'elle va à l'encontre du discours de la conscience. L'acte de l'analyste soutient ainsi, contre le discours du Moi, une parole vraie, qui ne peut être dite nulle part ailleurs ou que le sujet lui-même n'osait s'avouer.

La psychanalyse s'inscrit ainsi en dehors du champ du soin et de la prise en charge. Aussi, le symptôme, l'angoisse, la crise, les passages

à l'acte, les actes manquées, bref toutes les productions de l'Inconscient qui viennent dérégler l'organisation de l'individu dans son rapport à l'autre et au lien social, loin d'être perçus comme négatifs, sont reçus par l'analyste comme des lieux d'où peut émerger la vérité du sujet. La souffrance et l'angoisse provenant précisément de cette impasse à trouver un mode d'expression pour une vérité imprésentable dans la parole et le lien social et qui est ce que le sujet a de plus précieux, ce à quoi il tient par dessus tout. De cette vérité inconsciente que le sujet ignore lui-même mais qui n'en détermine et n'en dirige pas moins toute sa vie, l'analyste ne peut évidemment rien savoir. Le savoir n'est pas de son côté mais ne peut advenir que du lieu de l'analysant. Aussi, la fonction de l'analyste sera-t-elle de mettre le sujet de l'Inconscient au travail de créer sa propre solution ; d'une part de trouver à exprimer sa vérité et d'autre part de créer les modalités de gestion de cette vérité subjective pour lui-même et dans le lien social.

La position de l'analyste n'est pas alors définie par la théorie et la technique utilisées mais bien par ce qu'il peut entendre et soutenir comme parole de l'analysant. La question du rapport du clinicien au « patient difficile » se trouve renversée dans cette perspective. Elle se pose désormais du lieu du patient lui-même et devient la suivante : jusqu'où l'autre, le clinicien ou l'analyste, peut autoriser une parole sur cette vérité qui est au-delà de ce qui est recevable du point de vue des normes et idéaux de la société ? Jusqu'où cet autre avec qui il risque une parole peut-il tenir sans s'écrouler, sans fuir, sans le faire taire, sans exercer sur lui un pouvoir, sans se réfugier dans des interventions de contrôle social ? Ces questions se posent dans toute leur radicalité avec le psychotique, lui qui a été si souvent précisément l'objet de ce pouvoir exercé au nom du contrôle social. Pour reprendre ce que Willy Apollon développait à propos de la structure de la parole, « l'autre à qui s'adresse le psychotique (mais tout aussi bien tout patient) a le pouvoir de définir le recevable, de porter un jugement qui prive le sujet de l'essentiel de ce qu'il a à dire ». Les psychotiques nous font part si souvent de telles expériences qui les ont fait se taire sur l'essentiel de ce qu'ils vivaient. « Quand, à l'hôpital, dit une patiente, je racontais au psychologue les voix que j'entendais, ce que je vivais dans mon corps et dans ma tête, il rapportait tout au psychiatre qui alors, augmentait mes médicaments. Alors j'ai cessé de parler. » Sans doute alors le psychologue et le psychiatre pouvaient-ils confondre le silence décidé de la patiente sur ses Voix avec les résultats positifs de leurs interventions pour les faire disparaître.

De la même façon que dans l'analysant une énergie pulsionnelle est mobilisée par des représentations inconscientes qui font l'objet de sa

passion et le détournement des objets de la réalité et des exigences de la coexistence, le clinicien-analyste qui se propose d'entendre et de soutenir un travail d'expression de l'Inconscient s'expose au même travail en lui. Ce qui dans l'analysant n'a jamais trouvé à se représenter dans les mots ou n'a jamais trouvé de forme d'expression reconnaissable par l'autre, travaille dans le corps et s'exprime à travers le symptôme, le passage à l'acte, la crise, à travers donc une forme non dite mais donnée à voir ou à calculer par l'autre. De la même manière, un dire, un acte, un geste, un silence du patient peuvent mobiliser dans le clinicien quelque chose qui n'est pas gérable par la conscience, quelque représentation inconsciente, jamais élaborée dans la parole mais inscrite en lui parce que rattachée à un événement réel ou psychique qui réactive alors dans son corps un travail qui le fera réagir. La résistance, du côté du clinicien, est une défense contre la réactivation de cette chose en lui, de cette représentation qui doit rester censurée. Le patient est alors non seulement confronté à des interprétations qui orientent et déterminent implicitement ce qui peut et ce qui ne peut pas être dit mais il rencontre dans le clinicien de véritables obstacles liés au rapport de ce dernier à ce qui, en lui, doit rester refoulé, censuré, insu. Dès lors, l'acte que le clinicien pose est en fait une réaction à ce qui est mobilisé en lui et qui risque de le faire basculer, plutôt qu'un acte issu de la logique de l'inconscient du patient. Une telle action ou intervention du clinicien peuvent prendre toutes sortes de forme subtiles, telles qu'une construction théorique, une interprétation, un conseil, un geste, un silence, bref, une réponse de l'être, non consciente, qui vise strictement la gestion de ce qui dans le clinicien est mis au travail par le patient. Le « patient difficile » est-il alors celui qui ravive dans le clinicien son propre rapport à ce qui en lui est imprésentable et irrecevable et engendre ainsi des réactions inconscientes systématiques qui peuvent prendre toutes sortes de formes, y compris les plus intellectuellement, théoriquement, voire scientifiquement, justifiées.

### **Les impasses cliniques dans une pratique éthique**

La position de l'analyste comme autre qui puisse rendre possible l'expression de ce qui ne peut pas se dire, se penser, se présenter sur la scène sociale dépend ainsi essentiellement d'une certaine position garantie par un travail spécifique de son côté. À quelles conditions et jusqu'où peut-il autoriser et soutenir chez le patient l'expression d'une vérité qui est irrecevable par rapport aux idéaux, aux normes et aux lois qui balisent le champ de la conscience ? Qu'est-ce qui lui permettra de ne pas occuper la place de l'autre à qui s'adresse le patient dans l'espoir d'y trouver la solution à son mal à être et à son mal à vivre ? Qu'est-ce

qui l'habilitera à « s'absenter » justement de cette place définie dans la structure du lien social pour que le patient ait une chance d'accéder à l'univers mental qui travaille en lui sur une Autre Scène ? Qu'est-ce qui garantira que son acte clinique soit fondé sur la logique de l'Inconscient du patient et non sur ce qui en lui fait symptôme ? Toutes ces questions pointent le lien incontournable et indissociable qui articule la formation de l'analyste à la position qu'il est appelé à tenir s'il prétend poser un acte analytique.

Ce n'est ni l'étendue, ni la diversité, ni la pertinence des connaissances théoriques et des savoir-faire techniques qui font un analyste. La connaissance de la théorie psychanalytique ne sert à rien quand il s'agit de poser et de reconnaître l'acte analytique et ses conséquences. Seule l'expérience analytique propre donne accès à un savoir capable de fonder un tel acte et garantir la gestion de ses effets. C'est là l'axe central de la clinique analytique. Mais, il ne suffit pas de s'être soumis soi-même à l'expérience analytique, comme on pourrait exiger du psychothérapeute qu'il ait fait lui-même une psychothérapie. Encore faut-il que cette expérience analytique ait été menée jusqu'à un point qui garantisse précisément la capacité de l'analyste à occuper une certaine position et à poser un acte qui ne soit pas une réaction à quelque chose qui est en lui et non dans la logique de l'Inconscient de l'analysant. La garantie est ainsi liée de l'intérieur en quelque sorte à la formation de l'analyste qui elle, repose sur un savoir issu de son expérience de l'Inconscient. L'analyste sait, entre autres choses essentielles, quels sont les effets de la parole et que la solution ne peut venir que du sujet lui-même, à travers la mise au travail de son Inconscient. Tout au plus peut-il guider ce même travail chez l'analysant après l'avoir déclenché et en le soutenant par sa position et son acte.

Le « patient difficile » dans cette logique devient celui qui n'entre pas dans le travail de l'Inconscient ou qui décide, dans certains moments clés de la cure, d'en sortir ou de reculer devant ce que l'Inconscient fait surgir et dont il faudrait assumer la responsabilité. Dans cette logique aussi, l'acte analytique est complètement sorti d'une perspective de soin et de prise en charge du symptôme par le clinicien et son savoir. Il appelle plutôt la pleine responsabilité de l'analysant face à la gestion de sa souffrance comme de sa jouissance. Aussi la psychanalyse n'est-elle pas pour nous une psychologie des profondeurs qui permettrait une méta-compréhension des phénomènes humains. Accéder à la vérité de ce qui agit dans l'Inconscient, en saisir la logique et l'articuler n'efface ni ne change cette vérité. Comme le disait si justement un analysant psychotique dernièrement : « On est responsable de ce qui nous arrive.

On ne le mérite pas nécessairement, mais on en est responsable». La psychanalyse est essentiellement une pratique éthique. Le sujet y est sollicité à un changement de position, contraint d'assumer la responsabilité de ce qui le constitue, de ce qui lui arrive et de ce qu'il sait désormais, dans des prises de position et des changements concrets qu'il doit créer dans sa vie. La question éthique devient : Comment le sujet gère-t-il ce savoir construit au cours de l'expérience analytique ? Que fait-il avec ? Comment et quand décide-t-il d'agir à partir de son désir, en assumant les conséquences que ses actes peuvent produire dans l'espace social comme dans ses rapports affectifs ?

### **Pour conclure : les impasses cliniques en psychanalyse, des questions d'éthique pour l'analyste comme pour l'analysant**

Les impasses cliniques dans une telle perspective deviennent fondamentalement elles aussi des questions d'éthique, du côté de l'analysant comme du côté de l'analyste. On peut identifier ainsi certains moments cruciaux dans l'expérience analytique où l'analysant est confronté à des enjeux qui ne peuvent être solutionnés que par lui. Ces différents temps concernent toujours en fait le rapport du sujet à l'exigence où le conduit la prise de conscience de l'objet de son désir inconscient, d'en assumer la pleine responsabilité et d'en tirer les conséquences éthiques dans la réorganisation de sa vie et de ses rapports aux autres. Ces temps sont identifiables tant dans la cure du psychotique que dans celle du névrosé. Ils correspondent à des temps logiques de la cure. Avec le psychotique par exemple, que ce soit au moment où ce qui surgit de l'Inconscient fait entrevoir le bouleversement des certitudes et du système délirant sur lequel repose toute sa vie ; que ce soit au moment où le délire est troué, ébranlé et tombe sous le coup de ce que le psychotique sait désormais quant à ses sources, sa raison d'être et la logique de son organisation ; ou encore, que ce soit au moment où « l'entreprise » à laquelle il travaillait et qui faisait l'objet de sa passion et de sa mission ne trouve plus sa raison d'être ; ou enfin que ce soit au moment où précisément il a à reconstruire un nouveau lien social sur d'autres bases que celles que justifiaient son délire et son entreprise psychotique, chacun de ces moments et temps de bascule contraint l'analysant à prendre une position face à la poursuite du travail et aux conséquences qu'il entraîne.

La cure du névrosé ne comporte pas moins de moments décisifs. Confronté à la déconstruction du sens donné à son histoire, à son symptôme ou à ses angoisses par les manifestations de son Inconscient ou face à l'émergence angoissante de la véritable signification de son

symptôme, l'analysant se voit contraint de prendre position, assumant ou non ce nouveau savoir qui bouleverse sa vie. Ces décisions reviennent au sujet qui aura à vivre avec les changements et bouleversements entraînés par une nouvelle position subjective. Elles ne peuvent ni faire l'objet de critique ni d'un quelconque jugement moral ou idéologique de la part du clinicien. Mais elles ne sauraient modifier pour autant l'exigence éthique qui est celle de l'analyste de ne pas céder sur la vérité de l'Inconscient et de rester donc du côté du symptôme, du fantasme, des expériences subjectives qui ne s'inscrivent pas dans le sens commun et la réalité.

Cette position de l'analyste ne peut être tenue que si le clinicien, dans sa propre expérience analytique, est allé jusqu'à un point qui puisse garantir que le motif de son acte clinique n'est pas issu de son propre rapport au censuré et à l'inalysé en lui. Dans une telle problématique, c'est à l'analyste qu'il revient de rendre compte de sa position à d'autres analystes qui peuvent entendre et reconnaître chez lui une expérience menée jusqu'à ce point de non-retour qui garantit que ce qui agit en lui permet de déclencher un travail de l'Inconscient chez un autre et l'habilité à guider cette expérience dans sa logique propre, sans y faire obstacle. C'est aussi à lui que revient la tâche de se donner les moyens de se maintenir dans une position d'analyste, capable de reconnaître une « impasse clinique » dont la cause est en lui et de la traiter comme telle avec les mécanismes cliniques dont il dispose. L'analyste ne peut cesser de se soumettre au travail de l'Inconscient, à l'exigence de parole et à la nécessité de rendre compte de son acte, que ce soit dans le cadre d'un contrôle, d'une supervision, d'un enseignement ou de prises de parole publiques.

## Références

- APOLLON, W., 2005, Qui a peur de la psychanalyse ?, in Où va la psychiatrie ?, Débat en santé mentale, *Santé mentale au Québec*, 30, 1, 165-182.
- APOLLON, W., 2006, The Untreatable, in *Umbr(a), a Journal of the Unconscious, Uncurable*, 23-39.
- APOLLON, W., BERGERON, D., CANTIN, L., 1988, La cure analytique dans le traitement des psychoses, *Clinique différentielle des psychoses*, Fondation du Champ Freudien-Bibliothèque Analytica, Navarin Éditeur, Paris, 325-330.
- APOLLON, W., BERGERON, D., CANTIN, L., 2008, *La cure psychanalytique du psychotique : Enjeux et stratégies*, Collection Nœud, Éditions du GIFRIC, Québec.

- APOLLON, W., BERGERON, D., CANTIN, L., 2000, *The Treatment of psychosis, in The Subject of Lacan, a Lacanian Reader for psychologists*, Edited by Karen Ror Malone and Stephen R. Friedlander, SUNY Press, New York, 209-227.
- APOLLON, W., BERGERON, D., CANTIN, L., 2002, *After Lacan-Clinical Practice and the Subject of the Unconscious*, Edited and with an Introduction by Robert Hughes and Karen Ror Malone, State University of New York Press (SUNY), New York.
- APOLLON, W., BERGERON, D., CANTIN, L., 2005, Les enjeux de la psychiatrie actuelle, in *Où va la psychiatrie ?*, Débat en santé mentale, *Santé mentale au Québec*, 30, 1, 17-27.
- BERGERON, D., 2005, Les enjeux de la psychiatrie actuelle et son avenir. Pour une psychiatrie clinique éthique, in *Où va la psychiatrie ?*, Débat en santé mentale, *Santé mentale au Québec*, 30, 1, 197-214.
- CANTIN, L., 2004, Comment rendre compte des productions de l'esprit humain, de la psychose aux mystiques ?, in *Rencontre avec des pionnières en santé mentale*, sous la direction de monsieur Yves Lecomte, Actes du Colloque « Rencontre avec des pionnières en santé mentale », Édition conjointe de la Télé-Université et de Santé mentale au Québec, Collection Hors Série de Santé mentale au Québec, Montréal, 71-94.
- CANTIN, L., 2005, L'évaluation « objective » des traitements en santé mentale ou quand la recherche clinique est réduite à la méthode expérimentale, in *Où va la psychiatrie ?*, Débat en santé mentale, *Santé mentale au Québec*, 30, 1, 183-196.
- CANTIN, L., 2009, An effective treatment of psychosis with psychoanalysis in Quebec City, since 1982, *Annual Review of Critical Psychology*, 7, Dublin, 286-319.
- CHADWICK, P., BIRCHWOOD, M., TROWER, P., 2003, Thérapie cognitive des troubles psychotiques, traduction de *Cognitive Therapy for Delusions, Voices and Paranoia*, traduction de Chassé, F., Pilon, W., Morency, P., Decarie Edition.
- GENDRON, C., BUSSIÈRES, S., JOYAL, C. C., 2008, Neuropsychologie et schizophrénie : une mise à jour des connaissances, *Revue québécoise de psychologie*, 29, 1, 37-49.
- HUGUES, R., ROR MALONE, K., 2002, *Introduction The Dialectic of Theory and Clinic, After Lacan/Clinical Practice and the Subject of the Unconscious*, State University of New York Press, New York, 1-34.
- LECOMTE, T., LECLERC, C., 2008, La thérapie cognitive comportementale pour la psychose — Description, efficacité et rôle du psychologue québécois, *Revue québécoise de psychologie*, 29, 63-76.

- MASCHIETTO, S., 2004, La Psicosis e la Posizione Ética della Psicoanalisi. L'esperienza clinica del Centro Psicoanalitico 388 in Québec per il trattamento di giovani adulti psicotici, *Setting-Quaderni dell'Associazione di Studi Psicoanalitici*, 17, Franco Angeli, Milan.
- PELLETIER, M., LUCK, D., HARVEY, P.-O., LEPAGE, M., 2008, Apports de la neuro-imagerie fonctionnelle dans la physiopathologie des symptômes positifs de la schizophrénie, *Revue québécoise de psychologie*, 29, 1, 25-36.
- PROVENCHER, M. D., GUAY, S., 2007, Les données probantes sur l'efficacité des traitements psychothérapeutiques: peut-on s'y fier?, *Psychologie Québec*, 22-24.
- ROY, M.-A., ROULEAU, N., LEFEBVRE, A.-A., 2008, Génétique de la schizophrénie et des psychoses apparentées, *Revue québécoise de psychologie*, 29, 1, 9-23.
- STIP, E., GERME, F., RAGONNET, L., 2008, Psychopharmacologie de la schizophrénie: au-delà de l'avenir d'une illusion, *Revue québécoise de psychologie*, 29, 1, 111-127.
- VILLENEUVE, M., OLIVIER, D., 2008, L'intervention précoce auprès des personnes présentant un premier épisode psychotique, *Revue québécoise de psychologie*, 29, 1, 51-62.

## ABSTRACT

### Preliminary questions to a reflection on clinical impasses

The definition of “clinical impasse” depends not only on the clinician who—as the proposed argument suggests—would be faced to his powerlessness in specific situations, but this definition is tributary to the clinical and theoretical field inscribed within this clinician’s practice. Thus, for example, the practice of psychotherapy and the practice of psychoanalysis implies very different if not opposed positions of the clinician, bringing on the patient’s side, very specific difficulties and impasses. In the field of psychoanalysis conceived essentially as *a practice of the ethical*, one cannot address this notion of “clinical impasse” without first questioning the position of the analyst, not as much in his rapport with theory and technique used but mainly by questioning the point and the locus *within himself* from which he directs the treatment. Likewise, for the analysed, can what entails impasse in the treatment be indissociable to the ethical position of the subject?

## RESUMEN

### **Preguntas previas a una reflexión sobre los callejones sin salida clínicos**

La definición de “callejón sin salida clínico” no solamente depende del clínico que, para retomar el argumento propuesto, se enfrenta a su impotencia en ciertas situaciones dadas, sino que esta definición es dependiente del campo teórico y clínico en el que se inscribe la práctica del clínico. Así, por ejemplo, ¿la práctica de la psicoterapia y la del psicoanálisis suponen posiciones muy diferentes, incluso opuestas a la del clínico, que conllevan un tipo de dificultades y de callejones sin salida bastante específicos para el paciente? En el campo del psicoanálisis concebido esencialmente como *una práctica ética*, no se puede abordar esta noción de “callejón sin salida clínico” sin cuestionar antes que nada la posición del analista; no tanto en su relación con la teoría y la técnica utilizadas, sino más bien esencialmente cuestionar el punto y lugar *en sí* a partir del cual dirige el tratamiento. De igual forma, para el paciente, ¿lo que puede crear un callejón sin salida en el tratamiento se vuelve indisoluble de una toma de posición ética del sujeto?

## RESUMO

### **Questões prévias a uma reflexão sobre os impasses clínicos**

A definição de “impasse clínico” depende, não apenas do clínico geral que, para retomar o argumento que nos é proposto, faria face a sua impotência em certas situações, mas esta definição é tributária do campo teórico e clínico onde inscreve-se a prática do clínico geral. Assim, por exemplo, a prática da psicoterapia e a da psicanálise supõem posições muito diferentes, até mesmo opostas a do clínico geral, levando o paciente a um tipo de dificuldade e impasse totalmente específicos. No campo da psicanálise, concebida essencialmente como *uma prática ética*, não se pode abordar esta noção de “impasse clínico” sem interrogar, antes de mais nada, a posição do analista, não tanto em sua relação com a teoria e a técnica utilizadas, mas essencialmente questionando o ponto e o lugar *em si* a partir do qual ele dirige o tratamento. Assim, para o analista, o que pode criar um impasse no tratamento torna-se indissociável de uma decisão ética do indivíduo.