

Une clinique sans sujet ? Chirurgie psychique à l'époque de l'esprit-matière

Alexandre L'Archevêque and Élise Bourgeois-Guérin

Volume 25, Number 1, Spring 2016

Actes du colloque *Le sujet sacrifié* (Ghyslain Lévy)

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1037375ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1037375ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Santé mentale et société

ISSN

1192-1412 (print)

1911-4656 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

L'Archevêque, A. & Bourgeois-Guérin, É. (2016). Une clinique sans sujet ? Chirurgie psychique à l'époque de l'esprit-matière. *Filigrane*, 25(1), 75–91. <https://doi.org/10.7202/1037375ar>



Une clinique sans sujet ? Chirurgie psychique à l'époque de l'esprit-matière

Alexandre L'Archevêque
et Élise Bourgeois-Guérin

Introduction : la violence, contre le sujet ?

La violence est le propre du règne animal, dont l'humain occupe le sommet de la pyramide en terme de dominance. L'intelligence et la raison, bien que susceptibles d'endiguer la destructivité, peuvent aussi l'amplifier jusqu'à compromettre, à l'échelle des luttes entre les nations, toute forme de vie sur terre. Depuis les bombardements atomiques d'Hiroshima et de Nagasaki, les 6 et 9 août 1945, et la course à l'armement qui caractérisa la Guerre froide, conflit pas si lointain dans notre histoire contemporaine, l'extinction imminente de l'humanité par l'humanité figure parmi les possibles.

Au niveau du sujet, la violence est une réalité pour ainsi dire quotidienne : certes, les médias, dont l'Internet est désormais la pierre angulaire, véhiculent des contenus pour le moins explicites en termes de cruauté et de gore, mais le mode de vie nord-américain traduit lui-même une certaine violence, ne serait-ce que par la vitesse et le conformisme qu'il implique. En fait, puisque la violence n'est pas réductible à une force dont le déploiement chemine nécessairement vers l'abolition de soi ou d'autrui, les comportements destructeurs et autodestructeurs sont le plus souvent d'une subtilité qui échappe à l'œil averti. Dit autrement, la mince ligne entre violence « contre » et violence « pour » le sujet est facile à franchir.

Dans cet article, nous explorerons divers avatars des pulsions destructrices dans le contexte clinique, et ce, tant du côté de l'intervention en santé mentale d'approche biomédicale (comme elle est comprise dans la société nord-américaine) que de celui de l'intervention des cliniciens d'approche psychanalytique/psychodynamique. L'interdépendance des pulsions de vie et de mort sera ensuite discutée en prenant pour exemples la sublimation et le passage à l'acte. Nous verrons que ces deux processus, aux antipodes l'un de l'autre quant à l'expression pulsionnelle (le premier étant considéré sain,

le second nocif), ne sont pas binaires et peuvent aisément être confondus. Il sera également question de l'interdépendance pulsionnelle dans la scarification rituelle, acte par lequel le sujet existe au sein du groupe en même temps qu'il devient moins singulier, ainsi que dans la scarification artistique, sorte d'« affirmation réifiante de soi ».

Nous aborderons par la suite le sujet de la demande thérapeutique dont la formulation prend appui sur le langage dominant actuel. Nous verrons que les cliniciens d'approche psychanalytique/psychodynamique sont aux prises avec la recherche du bon compromis entre les visées cliniques défendues, tel que de favoriser la subjectivation, et les limites psychiques de la personne qui consulte. Finalement, au terme de cet exposé, il sera brièvement question du rôle joué par la technologie contemporaine dans le rapport à la spatialité et à la temporalité.

Si les différents thèmes que nous allons aborder s'énoncent sans difficulté, leur intégration au sein d'une réflexion clinique ne va pas de soi. Ainsi, la discussion prendra en quelque sorte la forme d'une succession de tableaux regroupés sous la grande bannière de la violence dans la clinique. Les tableaux se relient entre eux au point d'être interdépendants, et constituent une suite d'arguments visant à montrer que la clinique n'est pas forcément un lieu de soin ; elle peut aussi aller à l'encontre de sa raison première et nuire au sujet souffrant.

Avant d'amorcer le défilement des quelques tableaux qui composent notre argumentaire, mentionnons que nous sommes, les deux auteurs de cet article, intervenants à la Communauté thérapeutique la Chrysalide, milieu de vie et de thérapie dédié au traitement de patients psychotiques. Notre regard est donc forcément teinté de cette expérience particulière de la psychopathologie. D'ailleurs, sans chercher à faire une révision métapsychologique, nous croyons qu'il est néanmoins essentiel de préciser notre compréhension de certains termes dont l'acception est rarement sujette à débat. Ainsi, avant de discuter d'enjeux en lien avec la désobjectivation, nous tâcherons de définir ce que l'on entend par « sujet », ce qui implique de désigner ne serait-ce que brièvement le « non-sujet », de même que l'« autre-sujet ».

Des frontières poreuses

Comment pourrions-nous délimiter l'humain en tant que sujet ? À cette question sans âge, contentons-nous pour l'instant de répondre en affirmant qu'il est un esprit in carne ou encore, une psyché de chair, de sang, de pulsions, d'excréments, mais aussi de désirs, de fantasmes et d'idées. Le sujet est

délimité par son enveloppe corporelle; il a également une temporalité qui lui est propre. Divers processus complexes participeront à l'élargissement ainsi qu'au raffermissement de ses frontières. Seront ici impliquées l'incorporation et l'identification, parmi d'autres. Et qu'y a-t-il en-dehors du sujet? Le non-sujet, c'est-à-dire le monde des objets inanimés (terre d'accueil de l'« inquiétante étrangeté », donc d'un débordement de l'espace subjectif) et de tout ce qui se détache du corps, physiquement et psychiquement. Qui plus est, « en-dehors », il y a aussi l'« autre sujet » : l'altérité, la différence.

Mais puisque le sujet n'est pas une entité opaque et qu'il poursuit sa singularisation au fil d'incessants échanges avec l'environnement (physique comme culturel), lui-même transformé par ce processus, est-il juste d'affirmer que l'enveloppe corporelle « délimite le sujet »? Dans le même ordre d'idées, est-ce que le vécu subjectif découle d'événements survenus exclusivement à l'intérieur des frontières charnelles?

Afin de répondre à ces questions, prenons l'exemple de la souffrance: certaines personnes souffrent peu lorsque leur corps est attaqué, que ce soit par la maladie ou encore, par la lame d'un couteau; par contre, elles vivront toutes sortes d'angoisses allant jusqu'à la perte de contact avec la réalité si l'on s'en prend à leur enfant. Certes, l'agression de cet « autre corps » doit être perçue, représentée mentalement. Néanmoins, réagir à l'agression de son enfant comme s'il s'agissait d'une atteinte à soi montre bien que la sensibilité du sujet ne se restreint pas à l'altération du corps, *per se*. Dès lors, peut-être serait-il plus juste d'affirmer que le sujet renvoie à une entité non circonscrite de manière définitive, et que celle-ci englobe le corporel de même qu'une part du social.

Poursuivons notre réflexion ontologique en questionnant un autre aspect de la définition fournie en début d'exposé: jusque dans quelle mesure « l'autre est-il *autre* [que soi] »? Ou encore, l'altérité peut-elle se concevoir comme du « différent de soi », voire du « non-soi »? En effet, si l'autre, par définition, est différent, il doit néanmoins partager la même nature afin d'être appréhendé. Car logiquement, nous ne pouvons percevoir — consciemment ou inconsciemment — que ce qui est compatible avec notre réalité. Pour prendre l'exemple de la vision: si nous pouvons percevoir de nombreuses nuances de couleurs et de formes, il nous est toutefois impossible de développer une vision aux infrarouges. Il en est de même pour les diverses modalités sensorielles, ainsi que pour la large palette des affects: nous ne percevons (n'éprouvons, ne pensons, etc.) que ce qui est compatible avec nos capacités.

Le but de la présente discussion ne consiste pas à nier la subjectivité de chacun, ni à affirmer que l'humanité n'est qu'un vaste organisme! En fait, nous cherchons plutôt à souligner la complexité de la notion de frontières entre les êtres, comme s'il fallait considérer un (ou des) derme(s) additionnel(s) au moi-peau (Anzieu, 1995) pour bien comprendre le développement de l'identité et les rapports intersubjectifs. La porosité entre les sujets est telle qu'il semble difficile d'envisager que le moindre échange physique ou verbal puisse laisser les protagonistes *absolument* inchangés. Nous dirons qu'au point de rencontre de deux êtres s'effectue un troc, volontaire ou non, et que les biens en circulation ne sont pas du « tiers inerte », neutre et asymbolique, mais plutôt du « corps psychique », des morceaux de peau muée en quelque sorte.

Ainsi, nous dirons que l'altérité implique une altération de soi et de l'autre.

L'intervention clinique, comme n'importe quel échange, serait donc littéralement « don de soi » et « incorporation de l'autre ». Si l'image semble, de prime abord, bien résumer notre propos, nous croyons qu'il serait sans doute plus juste de considérer le troc décrit ci-haut non pas dans son acception habituelle, c'est-à-dire comme l'échange d'un bien contre un autre, mais plutôt comme un processus de « liaison/révélation » : ce que l'on cède à l'autre demeure paradoxalement en soi (mais perçu en tant que propriété de l'autre ; bref, l'élément est dès lors lié à l'autre). Et ce qui est reçu de l'autre n'est dans le fond que révélation de contenus « déjà-là » en soi (ici encore, ce qui est révélé n'est visible que par la liaison à l'autre).

Advenir comme sujet relèverait donc de la maïeutique : pour que nous puissions nous développer, le concours d'autrui est essentiel, non pas en tant que semeur, mais plutôt en tant qu'accoucheur de contenus inconscients ; tout ce qui est éprouvé comme « reçu de l'autre » n'est que révélation du soi auparavant ignoré. Et le soi révélé n'est alors pas « pur soi » mais bien « soi par l'autre ». À défaut d'un meilleur exemple : le fait de regarder un objet de couleur rouge n'induit pas la capacité à percevoir le rouge dans notre esprit ; regarder un tel objet stimule plutôt la capacité à percevoir la couleur rouge.

Quel pont jeter avec la clinique ? À notre avis, il arrive trop souvent que des cliniciens voient du soi en l'autre, qu'une capacité leur appartenant soit comprise comme capacité de leur vis-à-vis ou, encore, comme capacité pouvant être induite en ce dernier. Dit plus crûment, il n'apparaît pas si simple pour plusieurs cliniciens (à noter que nous nous incluons dans ce nombre) de se décentrer au point d'envisager avec justesse le propre de l'autre.

Or, il s'avère primordial, pour une clinique non seulement efficace mais aussi éthique, d'avoir une perception réaliste du travail possible. Impasse, car nous sommes limités par le fait que nous ne sommes pas le patient en face de nous. Comment alors parvenir à une idée « assez juste » d'une situation qui ne nous est que partiellement accessible? En fait, c'est la notion même d'expertise qui est à revoir : ultimement, la portée du travail possible dans une situation donnée correspond à la zone de partage entre notre expertise et celle pouvant être révélée en l'autre ; puisqu'il existe toujours de l'inconnu en nous et en l'autre, cette « zone de partage » ne peut jamais être totalement délimitée.

Ainsi, le sujet — comme nous le définissons ici — est un marbre dont il est possible d'extraire les formes et les traits les plus fins ; il n'est pas un réceptacle ou un canevas blanc. Matériau malléable, c'est à travers les limites de sa plasticité qu'il exprime son essence.

Conception contemporaine de l'être humain en Amérique du Nord

Revenons un instant sur le problème abordé plus haut et qui se résume, en quelque sorte, à une « volonté d'induire ce qui manque » au sujet souffrant. En tant que cliniciens d'approche psychanalytique/psychodynamique baignant dans la culture nord-américaine, nous nous retrouvons avec l'agenda implicite de stimuler les capacités du Moi de la personne qui consulte, voire de développer son habileté à se mettre en mots. Sans utiliser formellement le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, nous adoptons pourtant, souvent sans le vouloir, des aspects de la conception sous-jacente.

En effet, cet outil, qui se veut athéorique (Chabert et Verdon, 2008), véhicule néanmoins un point de vue particulier de l'être humain dont il importe de souligner ici les caractéristiques. D'abord, plutôt que de concevoir le sujet comme une entité synergique, avec des propriétés systémiques émergentes, le DSM, à travers le diagnostic multiaxial, adopte une perspective élémentariste (c'est-à-dire que la compréhension des phénomènes complexes passe par l'étude des éléments simples dont ils seraient issus) et additive : sur l'Axe I, les comportements symptomatiques (éléments, unités de base), additionnés les uns aux autres en fonction des catégories diagnostiques, composent le syndrome, le trouble. Et un même sujet peut compter plusieurs de ces troubles, lesquels sont traitables de manière séquentielle selon la gravité ou l'ordre de priorité établi par le praticien. Sur l'Axe II, dédié aux troubles de

personnalité, la même méthode d'évaluation est appliquée : soit les traits caractéristiques pour chacun des troubles sont présents, soit ils sont absents. En d'autres termes, l'American Psychiatric Association, contrairement aux conceptions structurales de la personnalité, conçoit le sujet comme étant égal à la somme de ses parties.

Or, il nous est arrivé à plus d'une reprise dans notre pratique d'entendre des cliniciens de la même approche que nous recourir spontanément au système multiaxial décrit plus haut pour exprimer, sans trop s'en rendre compte, leur contre-transfert à l'endroit d'un patient. Ainsi, les actes de transgression d'un résident psychotique à la ressource où nous travaillons — tel qu'installer une serrure à sa porte de chambre alors que le règlement l'interdit — furent compris non pas dans la dynamique de l'organisation de sa personnalité — c'est-à-dire comme un mouvement de retrait psychotique par exemple —, mais plutôt comme l'expression soudaine d'un Axe II, signe d'une attaque volontaire et consciente du cadre. Dès lors, le « bon » patient de l'Axe I est le Dr Jekyll ; le « mauvais » patient de l'Axe II, celui qui résiste, est Mr Hyde.

Si une telle situation semble anodine de prime abord — dans la mesure où elle ne saurait expliquer la survenue du contre-transfert négatif ni prédire sa gestion subséquente —, elle témoigne néanmoins de l'influence du langage psychiatrique sur l'articulation de la pensée clinique. Certes, la discussion avisée entre collègues permet d'endiguer, jusque dans une certaine mesure, les automatismes auxquels un tel langage prédispose. Mais n'est-il pas troublant de constater l'interpénétration discrète de discours cliniques pourtant incompatibles sur le plan épistémologique ? Il importe de réaliser que notre formation et notre pratique s'inscrivent dans un contexte culturel plus large dont il faut saisir les tenants et les aboutissants.

D'ailleurs, précisons que la conception additive des troubles mentaux n'est pas l'apanage du DSM, mais bien du monde psychiatrique en général, ce qui inclut la psychopharmacologie. Il suffit de passer en revue quelques catégories de molécules pour retrouver la même logique d'addition et de soustraction décrite précédemment : antipsychotiques (« contre la psychose » = retire la psychose), antidépresseurs (« contre la dépression » = retire la dépression), anxiolytique (« désagrège ou dissout l'anxiété » = retire l'anxiété), etc. Ceci étant dit, les interventions visant à modifier la neurochimie cérébrale — comprise non seulement comme le substrat mais aussi, bien souvent, comme le foyer du trouble — n'ont pas la précision chirurgicale que leur dénomination suggère.

En effet, un médicament antipsychotique n'est pas un agent pharmacologique capable de cibler et de circonscrire le trouble psychotique; il est plutôt un tranquillisant majeur dont le spectre d'action est large. Son effet consiste à induire un état d'indifférence affective et de nonchalance (Healy, 2009). Les effets antipsychotiques, tels que la réduction des idées délirantes et des hallucinations, sont secondaires à la déflagration neurochimique, à la cascade d'évènements qui fait suite à l'administration de la molécule (notons, par ailleurs, que les médicaments figurant sous la bannière « antipsychotiques » servent également à traiter entre autres l'impulsivité comportementale, les troubles du sommeil, les troubles alimentaires et la dépression) (Stahl, 2013). Le langage pharmacologique est fallacieux également en ce qui concerne les antidépresseurs: les inhibiteurs sélectifs de recapture de sérotonine s'apparentent à des anxiolytiques, tandis que les inhibiteurs de recapture de noradrénaline sont surtout des stimulants dont l'effet principal est d'augmenter l'énergie disponible (Healy, 2009).

Envisager ainsi le traitement en termes d'amputation de l'organe malade (c'est-à-dire. le trouble) ou de greffe de l'organe manquant (c'est-à-dire. l'habileté faisant défaut) favorise l'emploi d'un langage prosaïque et pragmatique qui réduit le sujet à des phénomènes neurochimiques. Or, comme nous venons de le voir, ce langage est trompeur quant à la spécificité des interventions: un médicament que l'on dit « anti » n'est pas un *magic bullet* (Healy, 2009). Pour demeurer dans les images balistiques, il est plus près de la bombe incendiaire. Qui plus est, ce ne sont pas que les cliniciens qui pensent les interventions en termes d'additions et de soustractions spécifiques; les patients, eux aussi, formulent leur demande thérapeutique avec ce même langage.

Mais avant d'aborder le sujet de la demande, laquelle est porteuse, comme nous en discuterons, d'une violence non négligeable, faisons un détour nécessaire du côté des pulsions et de la mince ligne qui distingue le vivant du mortifère.

De la violence de l'Éros et de la nécessité du Thanatos

D'aussi loin que l'on puisse remonter dans la lignée de nos ancêtres primates, les pulsions sont présentes (elles cherchent d'ailleurs à se vivre « au présent »). Celles que Freud (1905, 1915) désigne comme *Trieb* animent l'organisme, dirigent la quête de gratification de celui-ci en vue du rétablissement de l'homéostasie. Elles sont notamment *Lebenstriebe*, l'Éros, la force de vie, d'autoconservation. Potentiel de liaison, d'affiliation, elles

correspondent, à une certaine échelle, à ce que l'on pourrait qualifier d'« instinct grégaire ». Mais elles sont également *Todestriebe*, c'est-à-dire pulsions de mort — le Thanatos —, lesquelles visent l'abolition des tensions, donc le retour à l'inorganique (Freud, 1920). De toutes les notions freudiennes qui ont suscité querelles et débats depuis des décennies (cf. Green *et al.*, 1989), les pulsions de vie et de mort figurent en tête de liste.

Résumer ne serait-ce que les grandes lignes de la controverse représenterait un exercice à la fois long et fastidieux. Aussi, pour les fins de la présente réflexion, nous nous contenterons de reprendre — et d'endosser — la perspective selon laquelle les deux formes de pulsions sont complémentaires et indissociables (cf. Ameisen, 2007). À ce sujet, Lévy (2011), en faisant référence aux travaux de Zaltzman, souligne le rôle essentiel des pulsions de mort là où les liaisons des pulsions de vie sont excessives, donc mortifères. Comme nous le verrons à travers divers exemples de sublimation et de passages à l'acte, le point de friction entre l'Éros et le Thanatos ressemble parfois davantage à une intrication, voire au nœud gordien. Nous y reviendrons.

Mais d'abord, un dernier aspect concernant l'interdépendance des deux types de pulsions doit être souligné : c'est par leur action conjointe, équilibrée et finement ponctuée que le processus de transformation — physique et psychique — s'opère. Afin de demeurer dans l'« esprit du matérialisme », prenons l'exemple du développement musculaire, lequel implique des micro incisions du Thanatos dans la fibre du muscle auxquelles l'Éros répond par le tissage d'un pont de protéines ; le muscle croît ainsi, par une suite de courtes déchirures suivies de sutures. Toutefois, lorsqu'il y a déséquilibre entre l'Éros et le Thanatos et que ce dernier n'est pas freiné à temps, le muscle se fracture, nécessitant le repos complet pour que s'effectue non pas la croissance, mais la réparation. Pour relier cet exemple au psychisme, nous pouvons imaginer une telle perte d'équilibre entre les pulsions en divers cas, telles que l'anxiété de performance, une pression trop forte de l'Idéal du Moi, la recherche de sensations fortes, etc.

Par ailleurs, sur le plan de l'économie psychique, nous pourrions avancer que le quantum pulsionnel excède souvent les actes de survie immédiate du sujet. En d'autres mots, l'énergie pulsionnelle tend à dépasser la nécessité adaptative, créant ainsi un trop-plein. Que faire avec l'excédent, potentiellement destructeur, qui nous habite ? Plus de cent ans de psychanalyse nous auront appris que les solutions sont nombreuses. Au déni, à la projection et au refoulement, nous pouvons préférer l'humour et la sublimation, et les considérer comme des issues non seulement préférables, mais idéales.

Toutefois, là encore, des nuances s'imposent car, à trop souhaiter l'expression saine des pulsions destructrices, il est possible de susciter l'inverse, c'est-à-dire l'actualisation la plus crue du Thanatos.

De la sublimation saine et de la sublimation mortifère

Sans aborder la multitude innombrable d'activités sublimatoires, attardons-nous un instant aux possibilités offertes par l'art. En effet, l'expression artistique accompagne l'humain depuis ses premiers balbutiements: bijoux, peintures rupestres décrivant des scènes de chasse, etc. Très tôt, la pulsion non exécutée a trouvé divers exutoires. Afin d'illustrer cette dernière idée, risquons-nous à résumer en une seule phrase la trajectoire décrite par l'art au fil du temps: des statuettes de déesses nourricières (façonnées dans l'ivoire et la pierre) et des grottes de Lascaux (surface naturelle aux contours inégaux) aux canevas mathématiquement délimités des peintres de la Renaissance — comme chez Léonard de Vinci et Botticelli — jusqu'au corps altéré de l'artiste posthumaniste (par exemple Stelarc, Orlan), l'art est la voix qui émerge du sujet, laisse sa marque, et menace de le découper en faisant ressac sur lui. En somme, l'art peut être une voie d'expression, un langage susceptible d'aider, de permettre le sujet en ce qu'il implique la saine canalisation pulsionnelle; l'art est aussi potentiellement destructeur lorsqu'il se retourne contre le sujet au point de réduire celui-ci au rang de fétiche ou de simple objet¹.

Prenons l'exemple de la très controversée exposition *Body Worlds*, de Gunther von Hagens, dans laquelle sont exhibés des cadavres et organes humains — parfois dans des mises en scène grotesques — après que ceux-ci aient subi le processus de plastination². Si la provenance des dépouilles continue de susciter bien des questions, la nature de la démarche pose en elle-même d'importants enjeux éthiques. Effectivement, précisons-le bien, les «œuvres» exposées sont des corps humains réifiés, dépouillés de tous signes pouvant mener à leur identification. En quelque sorte, le processus est à l'inverse de la sculpture: plutôt que de révéler les formes d'une silhouette et de créer un personnage, la plastination des cadavres implique l'effacement du sujet pour en exposer la matière première. S'il y a subjectivation, elle se limite à celle de l'artiste (celui-ci se subjectivant *par* l'œuvre).

Nous sommes d'avis que, trop souvent, la sublimation est comprise comme étant la canalisation d'une tension vers un but socialement acceptable. Une telle définition pourrait laisser croire que ce mécanisme est, d'abord et avant tout, un déplacement. Pensons au chirurgien qui redirige

son agressivité dans le contexte spécifique de la salle d'opération. Certes, il ne tue pas — du moins, on l'espère! — mais il découpe néanmoins. La violence demeure de la violence, elle n'est pas transmutée en son contraire, et elle n'est pas non plus symbolisée. Seul le but est différent. Mais alors, à quoi correspond plus exactement la sublimation «réussie»? Nous pourrions la circonscrire à l'activité pulsionnelle déssexualisée qui, suite à une nouvelle canalisation, mène à l'abaissement des tensions, donc à la satisfaction. Nous irons plus loin en affirmant que la sublimation est complète lorsqu'elle favorise l'élaboration du sujet, c'est-à-dire sa singularisation psychique.

Cette définition comporte des limites. En effet, il arrive parfois que la sublimation, à travers l'action de l'Éros, joue son rôle de canalisation des pulsions en permettant la liaison et l'élaboration mais que, en même temps, elle suscite, par le concours du Thanatos, destruction et mort. Comme exemple, prenons celui de joueurs de hockey professionnels qui, pour faire partie d'une équipe, doivent se développer en bagarreurs. Souvent décrits comme gentils et aimables par leurs coéquipiers, ces joueurs adoptent des comportements violents qui, sur le long terme, contribuent à la dégénérescence accélérée de leur système nerveux. Les commotions et traumatismes crâniens sont tels que certains «dur à cuire» développent des problèmes de consommation, de la démence et divers autres problèmes de santé mentale, dont la dépression. En 2015, Todd Ewen, un ancien goon du Canadien de Montréal, dépressif depuis plusieurs années, s'est enlevé la vie. Ainsi, afin d'être acceptés et appréciés par leurs coéquipiers en participant à l'essor de l'équipe (sublimation = expression de l'Éros), ces joueurs posent divers gestes de destruction à la fois envers autrui et eux-mêmes. De nombreux autres exemples tirés de la boxe ou des arts martiaux mixtes pourraient être donnés.

Passage à l'acte et passage «presque» à l'acte

Toujours en se basant sur les définitions théoriques, le passage à l'acte figurerait aux antipodes de la sublimation. Il est une décharge, une expulsion directe de la tension pulsionnelle. C'est le cas de la scarification et de la consommation excessive d'alcool, lesquelles visent à se défaire de la souffrance psychique court-circuitant par le fait même toute élaboration. Dans certaines situations, le passage à l'acte témoigne plutôt d'un échec sublimatoire. Prenons à nouveau le cas du hockey et d'un joueur qui ne serait plus capable de canaliser la pulsion agressive à l'intérieur du cadre permis par le jeu. Ce joueur pourrait en venir, par exemple, à asséner un coup de bâton en plein visage d'un opposant alors que l'arrêt de jeu a été appelé par l'arbitre.

L'agressivité serait alors déchargée, sans qu'il y ait eu expression constructive dans l'espace de jeu.

Notons que tous les passages à l'acte ne sont pas flamboyants ou extrêmes, du moins, quand on les compare aux comportements qui mènent à une incarcération ou à une hospitalisation. Ce serait le cas, par exemple, d'une adolescente qui se taillade discrètement l'abdomen, sans provoquer d'hémorragie, ou d'un adepte de la musculation qui s'inflige des blessures aux tendons à force de soulever des charges trop lourdes. Mais également, nous pourrions qualifier de passages « presque » à l'acte les gestes de compromis par lesquels une personne s'en prend à elle-même tout en modérant le déploiement du Thanatos. En effet, tel que discuté plus haut en ce qui concerne l'interdépendance des pulsions, il est concevable que des conduites d'automutilation soient le fait des pulsions de mort, atténuées, retenues par les pulsions de vie. Qui plus est, l'entaille faite à soi implique souvent l'autre (et la recherche de liaison à l'autre) dans la mesure où elle sera par la suite cachée ou montrée.

Ainsi, dans notre société contemporaine, divers exutoires sont accessibles afin de composer avec l'angoisse issue de la tension pulsionnelle sous forme de voies de sublimation, de même que de possibilités de passages à l'acte. Si les extrêmes sont relativement faciles à identifier, certains entre-deux le sont moins, et invitent à ce qu'on y réfléchisse davantage. En plus des cas déjà discutés, pensons à des comportements jugés « dans la norme », tels que les opérations de chirurgie esthétique. Quels impacts ces altérations, quelles soient superficielles ou majeures, peuvent-elles avoir sur l'économie psychique? Ou encore, qu'en est-il des modifications corporelles plus radicales comme les amputations volontaires et le recours à des prothèses décoratives? À une époque où le sujet réclame le droit de propriété sur son corps, ne néglige-t-il pas en même temps le tort causé à lui-même, en tant que propriétaire?

Scarification rituelle et scarification artistique

Dans certaines sociétés traditionnelles, le tatouage et la scarification — bref, l'altération corporelle — sont partie prenante du processus de socialisation par lequel le sujet, en tant qu'entité biologique, devient sujet social. La coupure est rite initiatique, acte de liaison. Elle favorise, ni plus ni moins, la subjectivation en même temps qu'elle normalise, aplanit: tous sujets, tous scarifiés; différenciation qui mène, à un certain degré, à la standardisation. Puisque chacun se ressemble au point parfois de se confondre,

le groupe implique, du moins initialement, l'agrégat et non l'amalgame de ses constituants. D'un côté, les membres d'un groupe, bien que distincts, ne sont pas pour autant singuliers; de l'autre côté, ces membres se distinguent de ceux d'un autre groupe.

À notre époque, la scarification et le perçage de la peau, comme on les retrouve dans l'art contemporain (pensons, par exemple, aux nombreuses performances de suspension à des crochets, par Stelarc¹), renvoient à un processus de différenciation, mais non ritualisé au sein d'un groupe. Ce sont des actes personnels, idiosyncrasiques, par lesquels le sujet se distingue en même temps qu'il altère son apparence. Une telle démarche marque le triomphe du sujet sur lui-même et par rapport aux autres, en même temps qu'elle se traduit ultimement par la « réification du réifiant ». Le sujet triomphant est, au terme de la démarche, objet usé.

De la violence nécessaire à la survie du sujet

Pour en revenir plus directement à la violence, en associant de manière spontanée, celle-ci rime, dans le langage courant, avec agressions verbales et physiques, automutilation, suicide, meurtre et guerre. Elle est à la fois le charcutage des corps et celui du psychisme. Mais la violence est d'abord et avant tout un acte de coupure, de déliaison, de désaffiliation. Sans se restreindre à ce cas de figure, l'intention violente peut se résumer au pouvoir exercé de manière indue sur l'autre, au point de rabaisser celui-ci au rang de vil objet. Elle est souvent mue par un désir désespéré d'omnipotence, mais aboutit à la solitude et, ultimement, à la mort. Elle peut viser le sujet, le non-sujet ainsi que l'autre-sujet.

Si « violence » et « sujet » ne font pas toujours bon ménage, serait-il juste d'affirmer que la violence est nécessairement *contre* le sujet? Constitue-t-elle, par essence, une atteinte à l'intégrité corporelle ou psychique? Au contraire, pourrait-elle préserver le sujet et même contribuer à son essor? Pour répondre à cette question, pensons à un cas extrême, comme les comportements de « légitime défense » dans une situation d'agression physique, lesquels peuvent aller jusqu'à engendrer la mort de l'agresseur. Bien que nous ne puissions faire abstraction du coût psychique, voire de la charge traumatique, d'un tel déploiement de pulsion agressive, ne serait-ce pas là un bon exemple de violence *pour* le sujet? Dans le même ordre d'idées, nous pourrions voir l'ablation d'un organe malade, cancéreux ou encore, une simple appendicectomie comme des exemples d'actes violents qui assurent la survie du sujet.

Le développement psychosexuel nous donne de nombreux exemples de la fonction adaptative de la violence. Mentionnons d'abord le processus de sevrage — coupure primordiale — lors duquel s'établit la distinction de la subjectivité de l'enfant par rapport à celle de son donneur de soins. Un autre exemple réside dans l'apprentissage de la propreté, car cette tâche implique, notamment, que l'enfant soit capable de se détacher de ce qui lui appartient, ses excréments, afin que ceux-ci ne lui appartiennent plus. Là encore, la violence ne fait pas que faciliter l'adaptation ; elle mène à un désinvestissement nécessaire, incontournable à l'individuation psychique.

Après la revue de ces différents exemples, il serait donc juste d'affirmer que la violence, bien que pouvant mener à la désobjectivation, peut tout aussi bien participer à la subjectivation. Dès lors, que pouvons-nous dire de la clinique d'approche psychanalytique/psychodynamique par rapport à cet aspect primordial de l'intervention ? Et dans quelle mesure est-elle potentiellement violente ?

Violence de la demande thérapeutique et de l'interprétation

Il est facile de réduire la déclinaison de la demande thérapeutique. Or, serait-il juste d'affirmer que tous les patients viennent consulter dans le seul but de se subjectiver davantage ou, dit autrement, de mettre en mots ce qui, jusqu'alors, était monstres de la *terra incognita* ? Certainement pas. Tel que discuté plus haut concernant l'influence du DSM sur le langage des cliniciens d'approche psychodynamique/psychanalytique, la culture a également son « mot à dire » lorsqu'il est question de la demande thérapeutique.

À ce sujet, nombre d'hommes et de femmes, subjugués par l'angoisse, demandent d'être pris en charge par le thérapeute tout-puissant, afin que celui-ci les traite, les guérisse, et ce, même si cela implique qu'il leur fasse violence. Aussi, il n'est pas rare que la demande, explicite et/ou implicite, se résume à une supplique, celle que l'on procède à l'amputation de la part souffrante et que, conséquemment, l'on amenuise les « possibles » pour le sujet. Par exemple, un patient pourrait demander qu'on lui ampute son anxiété, sa peine ; ou qu'on lui greffe de la confiance en soi, qu'on lui insuffle de l'énergie, etc.

Comment répondre à de telles demandes ? S'il peut apparaître évident que nous ne chercherons pas à jouer le rôle de chirurgien psychique, il ne semble pas si facile de statuer sur jusqu'où nous serions prêts à aller afin de favoriser, par exemple, l'intégration d'un organe jugé gangréné. En effet, n'est-ce pas faire « inutilement violence » au sujet que de presser

la responsabilisation et la mentalisation au-delà des capacités du patient? Si la psychanalyse ne prétend pas être un exercice ludique caractérisé par les révélations joyeuses, elle n'aspire pas non plus à accentuer la souffrance psychique de la personne qui consulte ou à susciter des capacités qui sont absentes. Ainsi se pose la délicate question de l'acharnement thérapeutique: jusqu'où est-il éthique d'exposer nos patients à l'angoisse?

Ajoutons qu'il est arrivé, à divers moments de notre pratique, que des collègues nous fassent part d'un agenda thérapeutique trop ambitieux, du moins, à nos yeux. Par exemple, selon nous, souhaiter systématiquement que des patients schizophrènes en viennent à s'intéresser à leur vie psychique, voire qu'ils parviennent à mentaliser ou à conflictualiser, outrepassent les limites du travail qu'il est possible d'accomplir. Au risque de sembler dogmatiques, de telles capacités ne sont pas le propre de tous; et chercher à favoriser leur développement à un âge «tardif», c'est-à-dire durant l'âge adulte, implique des moyens cliniques hors de l'ordinaire⁴.

Intervenir au-delà des capacités du patient, notamment par le biais d'interprétations, équivaut à un gavage ou encore, à forcer l'ingestion d'une réalité indigeste, voire toxique. Il nous apparaît capital que le clinicien sache évaluer à la fois les capacités du patient et les limites de son propre cadre. Si le clinicien demeure guidé par des idéaux quant au suivi à préconiser, il pourrait faire de l'interprétation un acte d'une violence considérable.

Donc, qu'il s'agisse de la demande thérapeutique ou de l'interprétation du clinicien, nous voyons que le sujet s'expose à une certaine violence en mettant les pieds dans un bureau de consultation. Parmi les nombreux paramètres du cadre qu'il est nécessaire de considérer, à notre époque, afin de bien comprendre la portée de la violence figurent les «nouvelles technologies», telles que le téléphone intelligent et les réseaux sociaux.

Impact des nouvelles technologies sur le cadre thérapeutique

Avant d'aller plus loin, il importe de préciser que nous n'avons pas la prétention de saisir outre mesure le fonctionnement sous-jacent à l'usage des technologies de télécommunication ainsi que la multitude d'accommodements louables à la vie courante qu'elles offrent. Aussi, nous ne cherchons pas, dans les prochaines lignes, à «démoniser l'objet technologique». Notre objectif consiste plutôt à montrer ses aspérités, son caractère potentiellement contondant.

Sans parler pour la totalité ni même la majorité des cliniciens, il semblerait qu'il soit de plus en plus commun de «subir l'intrusion» d'appels

téléphoniques et de messages-textes dans l'espace thérapeutique, et ce, alors que la séance se déroule. Davantage que de simples interruptions sporadiques ou des bruits sans signification ni importance, ces tintements sont les voix *réelles* des personnages du récit du patient; ils ponctuent, percent l'imaginaire en construction. Pour certains patients, le concours du téléphone intelligent constitue le mécanisme de défense de prédilection, conscient ou non, servant à atténuer le contact, voire à court-circuiter le transfert; pour d'autres, il est un des épiphénomènes d'un monde en perpétuel état de veille.

L'intrusion ne survient pas uniquement *in vivo*. Il arrive également que des cliniciens, méconnaissant des traces qu'ils laissent⁵, succombent à leur curiosité et fassent des recherches sur Internet afin d'en apprendre un peu plus (et plus rapidement) sur les patients qui les consultent. Comportements déplacés ou anodins? Contournement de la parole du sujet ou simple signe d'intérêt pour ce qui sera dit et tu?

Quoi qu'il en soit, il est évident que nombre de patients n'hésitent pas à effectuer des recherches — dont certaines pourraient être qualifiées d'enquêtes ou même de profilages — sur Internet à propos de leur thérapeute. Les limiers les plus habiles trouveront, par exemple, des photographies personnelles mises en ligne non pas par le clinicien lui-même mais par des proches. D'autres aboutiront sur des sites d'évaluation du style Rate My Shrink, infiltrés d'avis et de jugements de toutes sortes, ou sur des blogs et des forums de discussion où sont publiés des commentaires d'anciens patients. Si l'espace thérapeutique n'a jamais été un lieu parfaitement opaque et sans risque pour la vie privée du clinicien, il semblerait que notre société soit, à certains égards, moins pudique qu'elle ne l'était jadis.

Conclusion : de la contraction de l'espace et du temps

Nous terminons cette réflexion en statuant d'une évidence: le monde rétrécit sans cesse. Les distances terrestres ont non seulement été réduites à travers l'évolution perpétuelle des moyens de transport — du cheval à la caravelle, au chemin de fer, à l'avion supersonique, etc. — elles ont même été abolies, en quelque sorte, par l'essor de la communication par Internet. À cela s'ajoute la miniaturisation d'appareils électroniques de plus en plus puissants (le rapport est pour ainsi dire inversement proportionnel: petitesse est, en règle générale, signe de performances accrues). En d'autres mots, le sujet, de toute sa matière — son corps comme son esprit —, n'a jamais occupé autant de place dans l'espace que maintenant. Et équipé de son téléphone intelligent, il n'a jamais amené avec lui autant de réel dans le

bureau de consultation, réel qui, rappelons-le, tend à se superposer, à perforer l'imaginaire, pour sa part plus petit, amenuisé... Moins puissant ?

« Ici » est donc en expansion au détriment d'« ailleurs ». À l'époque de l'esprit-matière, le paradis de l'âme est une chimère ; le sujet ne peut plus se projeter dans un « autre monde » immatériel dépourvu de souffrance et d'angoisse. Conséquemment, qu'en est-il de la temporalité si le futur ne se prolonge pas vers la vie éternelle ? Dans un monde dont le corps est l'épicentre périssable, le moment présent — le « maintenant » — est le seul temps qui vaille. L'espoir du salut de l'âme est ainsi remplacé, sur fond d'urgence, par la quête de plaisirs immédiats. À ce chapitre, le slogan du site de rencontres extraconjugales (et clandestines) Ashley Madison⁶ est éloquent : « *Life is short. Have an affair* ».

Alexandre L'Archevêque
alarcheveque@yahoo.ca

Élise Bourgeois-Guérin

Notes

1. L'art est aussi potentiellement destructeur, que ce soit par l'instrumentalisation des œuvres (par exemple, financer des activités terroristes, servir à la propagande) que par le processus créateur lui-même : générer la nouveauté implique de détruire ou, du moins, « défaire » ce qui était là avant (cf. Girard, 1972, 1998).
2. Aussi appelée « imprégnation polymérique » ; cette technique, mise en point par Gunther von Hagens (2007), vise à préserver les tissus biologiques en substituant aux liquides organiques du silicone.
3. Une exploration du site web de Stelarc donne un aperçu de sa démarche : <http://stelarc.org/?catID=20247> (Lustig, 2016).
4. Nous irions jusqu'à douter qu'il soit possible, même avec des moyens idéaux, de développer outre mesure la capacité à conflictualiser. Croire en une telle plasticité rapproche même de la *tabula rasa*, chère aux comportementalistes radicaux.
5. Par exemple, une recherche d'utilisateurs Facebook, via un compte d'abonné, prévient discrètement les personnes recherchées de la manœuvre par l'envoi de « suggestions d'amis » dans lesquelles figurent l'auteur de la recherche. Dit plus simplement, un clinicien qui chercherait le profil d'un patient sur Facebook pourrait faire partie des amis suggérés subséquemment à ce patient par le système.
6. Rappelons le piratage récent de ce site dont la liste d'abonnés a été diffusée publiquement, non sans préjudices pour certains d'entre eux dont la double-vie fut exposée au grand jour.

Références

Ameisen, J.-C. (2007). La mort au cœur du vivant. *Revue française de psychosomatique*, 2 (32), 11-44.

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Anzieu, D. (1995). *Le moi-peau*. Paris: Dunod.
- Chabert, C., et Verdon, B. (2008). *Psychologie clinique et psychopathologique*. Paris: Presses universitaires de France.
- Freud, S. (1933, 1976). *Essais de psychanalyse appliquée*. Paris: Gallimard.
- Freud, S. (1920, 1976). *Au-delà du principe de plaisir*. Paris: Payot.
- Freud, S. (1915, 2010). *Métapsychologie*. Paris: Presses universitaires de France.
- Freud, S. (1905, 1989). *Trois essais sur la théorie sexuelle*. Paris: Gallimard.
- Girard, R. (1972, 1998). *La violence et le sacré*. Paris: Fayard
- Healy, D. (2009). *Les médicaments psychiatriques démythifiés* (5e édition). Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson.
- Lévy, G. (2011). *L'esprit d'insoumission. Réflexions autour de la pensée de Nathalie Zaltzman*. Paris: Campagne Première.
- Lustig, A. (2016). Site officiel de Stelarc: <http://stelarc.org/?catID=20247>.
- Stahl, S. M. (2013). *Stahl's Essential Psychopharmacology. Neuroscientific Basis and Practical Applications* (4th Edition). New York: Cambridge University Press.
- von Hagens, G. (2007). *Le monde du corps: exposition anatomique de corps humains véritables* (4^e éd.). Heidelberg: Arts et Sciences.