

La Clinique psychanalytique de Montréal : une écoute particulière du socius

Isabelle Lasvergnas

D'une filiation historique

La notion de *socius* en psychanalyse est complexe et mérite qu'on s'y attarde un instant. Le choix de ce terme n'est pas fortuit, il marque une distinction importante par rapport à ce que le sociologue ou l'anthropologue nomment social, société ou encore culture. Le socius, du point de vue psychanalytique, rappelons-le, désigne une instance collective de masse imprégnée de processus inconscients. Cette instance collective est aussi bien mémorielle, qu'actuelle et présente. Aussi bien marquée par le processus du refoulement, qu'actualisée dans des comportements et des éprouvés de masse.

On retient couramment dans la théorie freudienne deux registres prédominants d'impact du socius sur la psyché humaine : d'une part, sa dimension généalogique, transhistorique, d'un phylogénétique transmis, la marque du meurtre du père de la horde, selon la thèse de *Totem et Tabou* ; et d'autre part, à partir du texte *Psychologie des foules et analyse du Moi* (1921), un registre de fonctionnement groupal qui surplombe les psychés singulières et lie entre eux les atomes du groupe.

Un troisième registre, cependant, conféré au socius est passé plus largement inaperçu. Il est vrai qu'il s'agit d'incursions laissées à l'état plus ou moins embryonnaire dans le propos freudien, mais elles ouvrent une perspective sur laquelle il convient de revenir. C'est celle-ci, d'ailleurs, qui servira de point de départ à ma réflexion.

Freud esquisse en effet en 1918 un troisième registre de l'impact du socius sur les psychés qu'il aborde en l'occurrence à partir de la réalité de la pauvreté. La pauvreté, dont la dimension de dénuement matériel peut induire chez le sujet un état interne constitué d'un large spectre d'éprouvés et de fantasmes d'envie, de haine, de rage impuissante, de sentiment de persécution, de désespoir, etc.

La prise en compte des effets pathologiques de la réalité de l'environnement sur la psyché individuelle était apparue pour la première fois chez Freud avec les deux écrits directement dictés par la conjoncture, *Considérations actuelles sur la guerre et la mort* (1915) et *La psychanalyse des névroses de guerre* (1919). Si ces deux écrits dénotent clairement une reprise de la première théorisation du traumatisme et son origine dans le réel, on peut

repérer la résurgence de la même conviction théorique dans sa correspondance avec Karl Abraham (1918) lorsqu'il y parle de « la misère névrotique » que peut engendrer la pauvreté et, en conséquence de cela, de la nécessité de créer des cliniques psychanalytiques expressément dédiées aux couches de la population économiquement moins nanties.

La même année 1918 au Congrès de Budapest, Freud prendra des accents militants pour faire appel à « l'éveil de la conscience sociale » à l'égard de « l'homme pauvre » qui a droit à une aide psychologique, au même titre « que celle qu'il a acquise d'être sauvé par la chirurgie ».

J'attire l'attention sur le fait que le moment où la pensée analytique prend en considération, et les nomme comme tels, les effets névrotiques potentiels sur le sujet de l'état de pauvreté, n'est pas fortuit. Si Freud, Abraham, Ferenczi, Eitingon, se montrent touchés par la condition des pauvres, ce n'est pas seulement parce que les années 1918-1920 sont marquées par la misère ouvrière et la masse des chômeurs jetés sur le pavé, en Allemagne notamment, mais parce qu'elles sont aussi les lendemains d'une autre expérience environnementale invasive dont personne n'avait été exempt : la Première guerre mondiale.

Le constat par Freud que la guerre est à la fois un état psychique interne et un environnement groupal, une psychologie des masses qui entraîne chez l'individu une régression psychique majeure et un affaissement de l'instance morale, ouvre chez lui les préliminaires d'un remaniement théorique fondamental. Toutefois, la dimension d'environnement psychique, de corps englobant indifférencié que suggère l'image latente d'un bain-foule et d'un bain de signifiants dans le texte de 1921, demeure insuffisamment développée dans son œuvre. Il faudra des décennies avant que cette intuition forte ne soit remise au travail.

*

Dans les faits, les tout premiers centres de traitements visant à réparer une injustice sociale et à permettre un large accès aux traitements psychanalytiques ont été ouverts aux lendemains de la Première Guerre. La *Policlinique de Berlin*¹ fondée en 1920, l'*Ambulatorium* de Vienne en 1922, la *Clinique psychanalytique de Budapest* en 1925 ou l'*Institut psychanalytique de Francfort* en 1926 (appelé aussi *Institut de la communauté ouvrière de l'Allemagne du Sud-Est*) ont marqué l'histoire du mouvement analytique. Rapidement liquidées par le régime nazi, ces premières expériences de cliniques sociales demeurent néanmoins des références toujours présentes.

Leurs archives et les statistiques des consultations montrent l'effet de démocratisation du traitement analytique que ces établissements eurent d'emblée. Dès son ouverture, la *Policlinique de Berlin* fut fréquentée par des ouvriers, des employés de maison, comme il y en avait beaucoup à l'époque, des cols blancs, des étudiants, des artistes, etc.

Dans la lignée de ces premiers centres de consultations, plusieurs autres s'ouvriront à travers le monde qui existent toujours : à Londres, la *Tavistock*

1. Le radical « poli » tiré du grec *polis*, la Cité, entendait marquer l'insertion dans la ville et sa réalité sociale.

Clinic (1920) et le *Anna Freud Center* (1955), ou à Paris, le *Centre de consultation et de traitements psychanalytiques Jean Favreau* (1953) relié à la Société psychanalytique de Paris et le *Centre Evelyne et Jean Kestemberg* (1974) principalement destiné au traitement de certaines formes de psychoses. Sans nommer ici les nombreuses cliniques du même type aux États Unis, dont la très fameuse *Menninger Clinic* fondée en 1925.

C'est dans cette même filiation historique que la *Clinique psychanalytique de Montréal*² émanant de la Société psychanalytique de Montréal a ouvert ses portes à l'automne 2007. Son mandat principal, élargir l'accès aux soins psychanalytiques en s'adressant exclusivement à des personnes aux revenus très limités, en fait une première au Québec et au Canada.

Sa clientèle³, constituée par ceux que l'on pourrait appeler les pauvres d'aujourd'hui, est celle des très jeunes adultes, des personnes en marge du marché du travail, des familles monoparentales, des immigrants de fraîche date, etc. Le spectre d'âge des patients qui s'adressent à nos services est large : il s'étend de la très jeune vingtaine à la soixantaine, plus de 60 % des patients, toutefois, ayant entre vingt et trente ans. Parmi eux, on compte des étudiants, de jeunes artistes, ainsi que des jeunes appartenant à la seconde génération de familles immigrantes, écartelés entre deux cultures, entre deux ou trois langues, souvent identifiés aux blessures qui ont pu accompagner pour leurs parents l'expérience de l'immigration. Ajoutons que dans cette classe d'âge des 20-30 ans, beaucoup sont des « décrocheurs » de type divers.

Chez les patients plus âgés, on note des vies marquées par le chômage chronique, de graves échecs relationnels répétés ou un retrait social parfois installé de longue date.

2. CPM dans le reste du texte ; la Société psychanalytique de Montréal est la section francophone de la Société canadienne de psychanalyse.

3. Précisons qu'un tiers environ des patients que nous rencontrons à la Clinique correspondent à des indications de traitements analytiques relativement classiques ; les autres sont des indications aux limites de la cure analytique requérant un dispositif modifié, ou pour lesquelles on choisit d'expérimenter un traitement à l'essai.

De quelques apports d'un dialogue interdisciplinaire

Freud a abordé le socius comme une instance à la fois externe et interne au sujet, un bagage de fantasmes originaires et de significations transmises, et de façon liminaire, nous l'avons indiqué, comme une instance potentielle de trauma. La réflexion lacanienne sur ce point a précisé que le socius est également un bain langagier pour le sujet. Nous y reviendrons.

L'affirmation freudienne des effets pathologiques éventuels de l'environnement social sur le psychisme rejoint plusieurs des intuitions d'une sociologie classique que les années 60 et 70 marquées par la prédominance de la réflexion marxiste avaient négligées et que l'observation de la société actuelle ravive. On comprendra toutefois qu'il ne s'agit pas d'une affirmation qui postulerait un lien direct de cause à effets entre des éléments de réalité positivement observables ou, ainsi que dans les études épidémiologiques de santé publique, d'une mesure statistique reliant entre elles deux ou plusieurs variables descriptives. Il s'agit, cela mérite d'être souligné une fois de plus, de se porter à l'écoute des retentissements inconscients chez la

personne singulière d'un « réel » aux effets parfois massifs.

Je vais prendre pour exemple la question psychanalytique fondamentale du lien primaire de la mère et du père à l'enfant. On conviendra que ce lien ne peut être totalement distingué de la fonctionnalité symbolisante de la famille, ou de la dysfonctionnalité de cette institution sociale fondamentale. Or, le fait que l'institution de la famille soit aujourd'hui en profond remaniement a pour conséquence corollaire que la fonction psychisante et génératrice du lien à l'autre de la triade mère/père/enfant tend à se désagréger. A cet égard, l'observation clinique agit comme le miroir grossissant d'une dynamique dans laquelle solidité ou atrophie des liens intersubjectifs primaires et solidité ou atrophie du lien social semblent aller de pair, au moment où la société contemporaine est largement devenue vecteur d'anomie.

Dans sa grande œuvre de réflexion sur le temps long de la matrice humaine qu'est le mouvement de l'histoire, Marcel Gauchet rappelle que l'individu est le produit de son époque historique. Il soutiendra que la dynamique individualiste, telle qu'elle s'est développée dans le courant du vingtième siècle est « génératrice d'une nouveauté anthropologique absolue » qui a des conséquences très profondes sur l'identité des êtres. L'individu contemporain « a en propre, selon lui, d'être le premier individu à vivre en ignorant qu'il vit en société » (2002). Mais ce faisant, cet individualisme égocentrique ou narcissique, diront plusieurs sociologues, Lipovetsky en tête, se double d'une solitude existentielle méconnue à ce jour, une solitude pouvant aller jusqu'à l'errance. Chez un nombre croissant de personnes – pensons à ces figures dites de « décrocheur » comme on les nomme au Québec – on fait face tout à la fois à un très profond retrait social et à ce que je nommerais une impasse dans le processus d'individuation.

L'univers social contemporain est inducteur de désordres psychologiques particuliers ; cette hypothèse, aussi bien frayée par les philosophes, les sociologues, les historiens que par les psychanalystes, postule l'existence d'une nouvelle individualité, *post-moderne*, par opposition au sujet culturellement produit par la Modernité. L'hypothèse traverse la réflexion actuelle en sciences humaines. Elle est incontestablement porteuse d'une nostalgie de périodes culturelles antérieures qui auraient produit des conflictualités psychiques plus intériorisées et orchestrées autour de l'interdit et du sentiment de la culpabilité, soit le paradigme même de la structure névrotique.

Autrefois, le plus souvent, les patients venaient à l'analyse du lieu d'une intériorité, certes souffrante, mais le chemin de l'intériorité et de l'introspection avait été ouvert en eux par l'enseignement de l'histoire, de la philosophie, la fréquentation de la littérature, ou encore la pratique des religions, la confession, sans oublier, c'est essentiel, la pratique de la lecture.

De nombreux patients que nous rencontrons dans les centres de consultation ont désinvesti leur monde intérieur, ils ont désinvesti le temps

long de la mémoire et du récit de soi. Ils sont extéro-centrés, extéro-déterminés (Riesman, 2001). Ces nouveaux patients semblent structurés du dehors, imprégnés de manières de faire empruntées au monde des images, à la publicité, aux sites Web, à Face Book et aux multiples conventions de lecture d'un discours ambiant. Ils se réfugient souvent dans des locutions du discours commun, des manières de faire qui sont des sortes d'automatismes de l'échange communicationnel. Dans cette présentification de soi à travers des signes langagiers et comportementaux qui peuvent sembler en apparence ajustés aux normes du temps présent, on pourrait parler d'évacuation de la pensée dans des rationalisations en prêt à penser dont la logique satisfait au sens commun et aux apparences d'une perception « objective », alors que les motifs subjectifs refoulés restent inaccessibles à la pensée consciente.

Le dialogue entre les disciplines, philosophie, sociologie, psychanalyse, s'interroge sur ce qui semble être pour le sujet contemporain un nouveau mode *d'être-au-monde*, un nouveau *naître-dans-le-monde* qui diffère profondément de l'époque antérieure. Dans la culture actuelle, la valeur accordée à l'instant, au temps immédiat et à la matérialité des plaisirs, donne prééminence à un égotisme dans lequel la part du surmoi est largement estompée. Le principe de la consommation de masse est allié à la recherche de plaisirs devenus finalité première de l'existence. Des plaisirs-choses en quelque sorte, des plaisirs concrets, palpables, mesurables.

Mais la survalorisation contemporaine d'un jour dont on ne sait pas très bien ce qu'il est, et l'impératif de l'immédiateté obligée des résultats escomptés par rapport aux gestes posés, se doublent d'un revers négatif. Si les impératifs du discours ambiant de « performance », de succès ou de bonheur *ready made* sont devenus les nouvelles injonctions pseudo-morales de la quête existentielle, ils sont autant de sources de déroutes subjectives. Les analystes sont particulièrement à même de constater leurs effets négatifs et potentiellement dévastateurs chez les nouveaux patients qui fréquentent leurs cabinets de consultation. Ces impératifs ont pour envers une profondeur de la solitude inconnue auparavant, des sensations d'échecs, de honte, de chutes dans l'abîme, de défaillance du corps, d'impuissance, et de perte des limites.

Illustrations cliniques

Trois cas cliniques tirés de l'expérience de la *Clinique psychanalytique de Montréal* me permettront de montrer des exemples d'incursions en apparence banales de la scène large de la culture dans la dynamique inconsciente. Ils me permettront d'esquisser a minima ce que signifie pour le clinicien être témoin de scènes que Raymond Cahn (2002) qualifie de mutuellement « endo-psychiques », et « psycho-sociales ». Scènes dans lesquelles divers emprunts par le sujet à des stéréotypes langagiers ou comportementaux à la culture ambiante font office de surmoi commun,

convenu, et de rationalisation défensive.

Premier exemple de configuration clinique : le désancrage

Il s'agit d'un patient à la fin de la quarantaine qui en dépit d'une formation technique valorisée sur le marché de l'emploi, a toujours vécu en marge de celui-ci. Rapidement divorcé après un très bref mariage, Jérémie survit depuis lors en solitaire dans une extrême pauvreté, impuissant face à sa vie et incapable de se projeter dans un quelconque futur à court ou moyen terme. Il dépeint sa démarche auprès de la Clinique comme une entreprise de la dernière chance et nous l'entendons en effet comme telle. Lors des entretiens d'évaluation, il présente un tableau dépressif qui nous semble installé depuis l'enfance. Une très forte consommation de drogues à partir de l'adolescence qui durera jusqu'à la naissance de sa fille a largement contribué à l'état de retrait et de désensibilisation générale de Jérémie. Cela se traduit chez lui par des processus de pensée très ralentis et des éprouvés plus ou moins atones qui lui sont difficilement nommables. Au niveau comportemental, faire des demandes d'emploi, prendre les transports en commun pour aller au travail ne serait-ce que quelques jours par mois, ou se rendre à ses séances de thérapie, représentent des efforts considérables de lutte contre son état d'inertie et il ne peut les maintenir constants. Dans sa psychothérapie commencée depuis quelques mois, il manque pratiquement un rendez-vous sur deux.

Dernier enfant de sa fratrie, Jérémie se décrit comme un petit garçon solitaire et apeuré qui se sentait perdu aussi bien dans sa famille qu'à l'école et qui ne se mêlait pas aux jeux de ses petits camarades ou de ses frères. Jérémie dépeint un tableau familial figé dans lequel la mère et la famille de la mère sont dominantes. Le mariage avec le père d'une origine sociale beaucoup plus modeste que la mère a-t-il représenté pour celle-ci une mésalliance ? Peut-être. On sait seulement que Jérémie n'a pratiquement pas connu ses grands-parents paternels qui habitaient dans une région éloignée du Québec, bien loin du quartier d'Outremont et de sa bourgeoisie urbaine. Jérémie reproche à son père qui était un bon travailleur manuel, mais peu « causeux » en apparence, de ne lui avoir rien enseigné de ses savoirs, seulement de lui avoir manifesté son irritation devant ses maladresses d'enfant ou d'adolescent malhabile. Lui-même dévalorise d'avance tout ce qu'il pourrait « montrer » à sa propre fille, convaincu qu'il n'a rien à lui apporter. Si Jérémie a maintenu pendant plusieurs années un lien relativement régulier avec sa fille, ce lien semble aujourd'hui aller en s'effritant. Incidemment, à ce jour dans la thérapie, Jérémie n'a jamais prononcé le prénom de sa fille.

Parvenir à pouvoir parler avec sa fille qui grandit et va devenir un jour une jeune femme qui ne pourra, pense-t-il, que se détourner de lui, parvenir également à parler avec son père avant que celui-ci ne meure, semble être la motivation latente qui a sous-tendu la demande que Jérémie a adressée à la Clinique. Peut-il être un patient auquel un thérapeute pourrait

s'intéresser ? Vaut-il la peine qu'on investisse du temps pour lui ? En même temps, en contre partie, dans le parcours de ce traitement et de la relation qui s'y développera, qu'exigera-t-on de lui qu'il ne pourra parvenir à satisfaire, sont autant d'images de lui-même et d'éprouvés que Jérémie ne saurait encore mettre en mots, mais qu'il met en scène dans ses absences récurrentes à ses séances de psychothérapie.

Quelle part de carences affectives précoces dans les relations primaires avec les figures parentales reproduisent ces absences, quelle part d'éventuel « défaut » de l'investissement dont le jeune enfant fut l'objet ? Que révèlent-elles de l'inconscient d'une dynamique familiale probablement toujours active ?

La sensation installée de longue date chez Jérémie d'un enfant hébété qui ne comprenait pas ce qu'on lui voulait et qui ne méritait l'attention de quiconque, l'a fait sombrer dans une sorte d'état stupéfié. Le refuge dans la drogue, pratique plus que courante chez les adolescents des deux ou trois dernières décennies, a empiré cet état de désensibilisation. La prégnance dans la psyché d'un temps stagnant et immobile estompe chez Jérémie l'angoisse reliée à l'instant présent. Il se cache. Il fuit les relations avec autrui parce que d'une part, elles lui renvoient le reflet qu'il n'est rien, qu'il n'a rien, et d'autre part, parce que dans le fantasme, Jérémie les vit comme exigeant de lui une « livre de chair » qu'il ne saurait payer. Il choisit donc le vide, l'inexistence. Se faire invisible, disparaître aux yeux de tous pour échapper à un dû qu'il ne saurait combler.

Il me semble donc que c'est à partir de la crête du masochisme, voire, ce n'est pas exclu, de la tentation suicidaire, en ce que ces deux configurations cliniques s'opposent au vide et à l'absence de l'autre, et en ce qu'elles portent en négatif les traces des relations d'objets primaires, que pourra peut-être faire prise le début de la thérapie.

Deuxième exemple de configuration clinique : les formules langagières comme censure de l'affect

Soit cette jeune femme que nous verrons à deux reprises dans des rencontres d'évaluation et qui murmurerait, car c'était à peine un souffle, sa peur d'avoir une tumeur du cerveau ou encore un cancer de l'utérus.

Contre quelles attaques d'angoisse se défendait-elle par une neutralisation des affects et par une volonté, selon ses mots, « d'être normale », « d'être comme tout le monde » ? Elle s'accrochait beaucoup à des locutions langagières de ce genre et aux formules les plus convenues. Elle parlait une langue fade et asphyxiée qui asphyxiait à son tour notre propre capacité de penser.

Cette jeune femme était incapable de lire, elle en avait horreur. Elle disait ne pas rêver et ne pouvait se rappeler une histoire qu'elle aurait jadis pu avoir plaisir de lire ou aimer se faire lire dans son enfance. Aucun conte de fées ou roman d'aventure ou d'espionnage, rien. Pourtant, cette jeune femme qui détestait lire, en était venue à faire des études universitaires en littérature.

Études qui semblaient la laisser confuse, perdue, comme sidérée, sans l'aider à avoir accès à un minimum d'intériorité et de sensorialité psychique.

Le fantasme de tumeur du cerveau disait la terreur de ce sur quoi risquait d'ouvrir la lecture pour elle. Il disait sa peur du monde des fantasmes et du tourbillon sur lequel ouvre une multiplicité d'images et de scènes suggérées, peur des divers mouvements identificatoires avec les personnages de fiction. En fait, mais elle ne semblait pas faire le lien, le choix des études littéraires provenait d'une rencontre pendant sa scolarité collégiale : il s'agissait d'un homme professeur qui avait accompagné un groupe de jeunes dans un séjour au Nicaragua et qui se trouvait être leur professeur de littérature. Dans notre écoute de groupe, et chacune pour soi, nous étions déjà en train d'imaginer silencieusement un roman familial pour cette jeune femme, pressentir un œdipe réactivé, et en tant qu'équipe de cliniciens nous l'avions spontanément investie de notre désir « libérateur » de lui permettre l'accès au plaisir de la pensée. Cette jeune femme, toutefois, rappellera la Clinique au bout de quelques jours pour annuler le troisième rendez-vous qui lui avait été fixé, disant qu'elle chercherait ailleurs une autre sorte d'aide. Nous en fûmes attristées, touchées par une tristesse à laquelle cette jeune patiente n'avait sans aucun doute pas elle-même accès.

Il ne fait pas de doute qu'elle avait été effrayée par ce qu'elle avait inconsciemment entendu de notre modalité d'investissement à son endroit, effrayée devant l'érotisation possible de la pensée pour elle, effrayée devant son monde intérieur et l'excitation/danger du sexuel qu'elle assimilait au cancer. Effrayée aussi devant ce qu'elle avait pressenti de notre propre désir de penser – désir de penser qui est bien le fait même de l'analyste. Probablement saisie par ce qu'elle avait pressenti de l'acuité de notre écoute qui, bien que largement silencieuse, avait pu réactiver en elle d'angoisse d'intrusion corporelle.

Troisième exemple de configuration clinique : qu'est-ce qu'être un homme ?

Appelons-le Monsieur Lou. Dans la mi-trentaine, il est un immigrant de relativement fraîche date au Canada. Dans les entrevues préliminaires, il nous avait donné l'impression de quelqu'un de perdu dans la ville, aux prises, en dépit de sa vive intelligence, avec une grave situation d'impasse aussi bien professionnelle que plus largement relationnelle. Rencontré moins d'une dizaine de fois dans un cadre de cure à trois fois par semaine, il mettra fin rapidement à un traitement qui commençait à peine.

Monsieur Lou souhaitait entreprendre une analyse, mais il entendait dicter de façon stricte ce que serait le coût hebdomadaire de ses séances, ainsi que leur horaire. Le fait que le tarif⁴ qui lui avait été proposé par la Clinique ait été, à dessein, très légèrement supérieur à ce que lui avait a priori décidé de payer, lui était insupportable. Il se saisira de ce prétexte pour mettre fin au projet d'analyse.

Il semblait s'être adressé plus ou moins par défaut à la CPM, car il nous

4. Concernant les conditions de prise en charge des cures, il a été établi, à la manière de la philosophie qui prévaut à la *Tavistock Clinic*, que les patients ne bénéficieraient pas d'une complète gratuité de leur traitement, mais qu'ils contribueraient à une fraction du coût de celui-ci. Le montant demandé au patient est déterminé à partir d'une série de critères, parmi lesquels la situation économique de la personne est prépondérante : la contribution pour une séance généralement demandée au patient est l'équivalent de 15 euros, le tarif minimal requis étant d'environ 6 euros.

avait paru nostalgique d'un analyste rencontré une seule fois dans le cadre de sa pratique privée, mais dont les tarifs, hélas, lui étaient clairement inaccessibles. Suite à cela, il avait rencontré une série d'autres analystes, toutes des femmes, nous donnant l'impression qu'il s'était compulsivement livré à une ronde d'interviews, un peu comme un employeur pourrait interviewer une série de postulantes à un emploi subalterne. Ainsi, avait-il rencontré cinq thérapeutes en l'espace d'une quinzaine de jours !

Dans la compétition phallique qui se mettra immédiatement en place avec moi, et ayant fait en sorte de trouver mon adresse internet à l'université, ce patient m'abreuvera entre les six ou sept rencontres que nous aurons ensemble, de courriers électroniques, me renvoyant à des débats sur la psychanalyse, des critiques de l'approche freudienne, des considérations épistémologiques diverses, afin de bien me faire comprendre qu'il n'était ni un naïf, ni un non initié, et qu'il entendait faire son analyse avec moi sur un pied d'égalité.

Mais en même temps, son angoisse était telle qu'au bout de quelques minutes après le début de chaque séance, il ruisselait de sueur au point d'en être gravement déstabilisé.

Il y aurait long à dire de la précarité du sentiment d'identité sexuelle chez ce patient. L'intensité de ses impulsions homosexuelles récurrentes depuis la fin de l'adolescence, la honte qui était la sienne de sa drague furtive dans les saunas de quasi adolescents qu'il méprisait, sa compétition intense avec certaines figures masculines idéalisées, camarades plus âgés, plus tard professeurs d'université ou supérieurs hiérarchiques, l'avaient conduit de façon récurrente à des conflits professionnels graves et à un abandon rageur de sa thèse de doctorat : abandon dont il imputait la responsabilité à son directeur de thèse qui, pensait-il, avait été plein d'envie destructrice à l'endroit de son talent intellectuel. Avec moi, dès la première rencontre dans mon bureau de consultation, Monsieur Lou avait été saisi d'un véritable effroi suscité par un premier mouvement transférentiel d'une intensité tout à fait impressionnante. Ce mouvement était sous-tendu par le fantasme refoulé du sexe béant et castrateur de la femme. En l'occurrence, il prêtait à la femme « plus âgée » en moi, un désir sexuel dévorant et pervers à l'endroit de l'homme plus jeune qu'il était.

On peut dès lors comprendre que ce patient se trouvait dans une double impasse transférentielle. L'idéalisation qu'il conférait aux figures masculines fortes auxquelles il se raccrochait était infléchie par un fantasme de nature persécutrice. Si au plan manifeste, les figures féminines ou leurs substituts masculins des saunas étaient dégradées, elles suscitaient au niveau du fantasme des angoisses de castration et d'intrusion aussi puissantes que les figures masculines valorisées. Il m'apparut très rapidement en effet, que ce patient était massivement aux prises avec une identification à l'imgo d'un père malade et dépressif, un père vaincu par la vie et écrasé par une imago de mère phallique à qui, aux dires du patient, tout avait réussi.

On comprendra donc mieux la fonction défensive que pouvait avoir pour lui

le recours à la technologie du courrier électronique. Par ce geste, en apparence « anodin » en ce qu'il relève d'un mode largement répandu de la communication contemporaine, ce patient tentait de se défendre contre l'état de danger que lui avait fait vivre dans la pièce close de mon bureau, ma présence corporelle incarnée. Son invite à un dialogue entre nous par échange de courriers électroniques lui offrait une solution de compromis plus supportable. La dimension clairement pulsionnelle de ce mode de communication lui permettait de se sentir narcissiquement entier face à moi : m'en imposer par son savoir, me tenir à distance, me surprendre dans mon espace de vie privée et, tout en manquant certaines séances, s'assurer de mon attention constante à son égard. S'assurer que je ne l'oubliais pas. Par ce « mini agir » sur le cadre de la cure, cet homme tentait de juguler la terreur de la rencontre inconnue avec la personne de l'analyste et avec l'analyse, et évitait, dans le fantasme, le risque de la rencontre sexuée avec la femme.

En aurait-il été autrement avec un homme analyste ? Rien n'est moins certain.

*

C'est un truisme de dire que la pratique psychanalytique donne accès en profondeur aux multiples registres de la douleur humaine ; cela l'est peut-être moins d'affirmer qu'elle constitue également une fenêtre privilégiée de ce qui, du *socius*, se transmet à la psyché.

Parce que les centres de consultation, tels que la Clinique psychanalytique de Montréal, dédiés à des catégories de la population économiquement démunies sont fréquentés pour l'essentiel par une population de jeunes adultes, ils nous rendent particulièrement sensibles aux expressions d'un mal être du temps présent. Confrontant au quotidien le clinicien à des expressions de la souffrance d'une teneur très différente de celles des névroses classiques, ils lui imposent entre autres une modification du cadre clinique et des conditions de l'interprétation.

La plupart des patients que nous rencontrons en effet aujourd'hui n'ont pas aisément accès à l'ascèse qu'implique chercher à donner sens à sa propre souffrance à partir de ses racines inconscientes. Ils auront plutôt tendance à mettre à mal le cadre de la cure et, en lieu et place de la mise en pensée, auront recours à la décharge dans des *acting out*, dans la cure et hors la cure. De même qu'ils auront tendance à imputer à autrui et au monde extérieur la responsabilité des difficultés qu'ils éprouvent, souvent incapables de supporter la moindre frustration ou le moindre délai dans la réalisation de leurs soi-disant « désirs » qu'ils assimilent à des « besoins » ou à des « droits ».

La modification du sujet contemporain, nous l'avons dit, est une hypothèse travaillée dans l'ensemble du champ des sciences humaines. Les cliniciens pour leur part, sont de plus en plus nombreux à se demander si les changements culturels majeurs et les systèmes de sens transmis à *l'infans* n'ont pas induit certaines modifications psychiques structurelles dont les

patients dits *états-limites* seraient le paradigme même.

La notion sociologique de *postmodernité* évoquée précédemment, vise à dépeindre ce qui a changé dans le registre culturel par rapport à l'époque antérieure de la Modernité et les grands enjeux éthiques, juridiques et politiques d'une culture occidentale centrée du XVI^{ème} siècle à la Deuxième Guerre mondiale, sur l'émergence d'un sujet-citoyen individué et moralement responsable, et la constitution d'un État de droit. On sait également qu'une des caractéristiques de la Modernité et, avant elle, de la tradition grecque classique et son relais par le christianisme, fut de fonder la subjectivité sur l'autoréflexivité et sur le surmoi comme marqueur d'une culpabilité inconsciente. C'est cela précisément qui, à partir des années soixante, semble ne plus être transmis à l'enfant d'aujourd'hui.

Le derniers tiers du vingtième siècle a consacré la rupture du rapport au temps long de la mémoire, et du rapport au sens subjectivé de l'action commise, tandis que s'ancreait l'illusion d'un sujet définitivement libéré des entraves culturelles d'autrefois : conscience morale rigide, religion, familles, « loi du père », interdits sexuels, etc.

On comprendra à cet égard, que la démarche psychanalytique et son projet de travail sur soi fondé sur le principe et la nécessité de l'autoréflexivité, et de l'inscription lente dans le temps étendu, in-fini, de l'auto-réflexivité, a quelque chose d'anachronique culturellement parlant. Anachronique quant à son décalage par rapport aux valeurs dominantes du temps présent et à sa permissivité en apparence sans limites.

Néanmoins, lorsque les difficultés inhérentes à la vie se chargent de confronter l'individu aux limites de ses désirs et de ses capacités, il est des psychés qui sont brutalement aux prises avec un vécu catastrophique de castration. La violence du ressenti dans ces cas est beaucoup plus explosive que les angoisses névrotiques. Les blessures du narcissisme qu'elles entraînent se traduisent par des problématiques de dépressions très sévères, des formes d'effondrement vital, ou leur contraire, des explosions de rage, d'attaques vers l'extérieur, des passages à l'acte éventuellement a-sociaux, voire un retournement de l'agressivité dans l'autodestruction, jusqu'au suicide.

Pour cerner ce qu'une modification culturelle comme celle supposée de la post-modernité introduit en termes de modification intra-subjective, peut-être pourrions-nous revenir en conclusion de l'interrogation que cherche à introduire ce texte, sur l'image latente du bain-foule, du corps-foule dans *Psychologie des foules et analyse du Moi*. La foule comme une psychologie de masse surdéterminant des éprouvés subjectifs individuels ; l'individu inséré dans un bain indifférencié tout à la fois langagier et comportemental. Ce que plusieurs auteurs qualifient de surmoi culturel, soit une instance normative plus ou moins psychiquement intégrée et intervenant en lieu et place d'un surmoi subjectivement intériorisé. Au fond, un mode de fonctionnement intrapsychique apparenté à celui de l'adolescence.

Dans son dernier ouvrage, *L'esprit du Mal* (2007), Nathalie Zaltzman aborde

le temps 1 du socius comme le temps de la foule originaire : une régression groupale dans laquelle la fonction du surmoi singulier est abolie au profit de la force pulsionnelle brute et de sa dictature. Zaltzman s'inscrit clairement dans le prolongement de l'énoncé freudien de *Totem et Tabou*, selon lequel, psychiquement parlant, la pulsion précède la pensée et la capacité de dissidence d'avec la fusion groupale. En ce sens, on pourrait dire que le *socius* s'inscrit dans un pôle d'opposition au *Kulturarbeit*. Le socius est acte collectif, il est environnement groupal, antécédent et antinomique au processus de la mise en pensée, par définition acte singulier.

Des centres de consultation comme *la clinique psychanalytique de Montréal* comptent sans doute parmi les lieux féconds qui aident à comprendre plusieurs des manifestations d'un être-ensemble actuel. La pratique clinique dans de tels centres nous ouvre sur une écoute plurielle dont je dirais qu'elle va du socius au *Kulturarbeit*, du *Kulturarbeit* au psychisme, et réciproquement. Cette pratique nous introduit à travers la large catégorie des patients classifiés états-limites, à se porter à l'écoute des avatars du travail de transformation socius/*kulturarbeit*/psyché, et aux avatars dans la destinée humaine d'une capacité subjective d'individuation.

Bibliographie

Auteurs cités

- Cahn, R. (2002). *La fin du divan*. Paris : Odile Jacob.
Gauchet, M. (2002). *La démocratie contre elle-même*. Paris : Gallimard.
Gauchet, M. (2009). *Histoire du sujet et théorie de la personne*. Rennes : Presses Universitaires de Rennes.
Riesman, D. (2001). *The Lonely Crowd: a Study of the Changing American Character*. Yale University Press.
Zaltzman, N. (2007). *L'esprit du Mal*. Paris : Éditions De L'olivier.

Autres références pour prolonger la lecture de cet article

- Lasvergnas, I. et Lapointe, M.-E. (2009). *The Montreal Psychoanalytic Clinic, a few milestones* », texte inédit présenté au Congrès de l'Association internationale de psychanalyse, Chicago (juillet).
Lasvergnas, I. (2009). La clinique psychanalytique peut-elle avoir des préoccupations sociales ? In M. Brousseau (dir.) (2009), *Ondes de psychanalyse*, Montréal : liber.
Lasvergnas, I. (2010). *L'écoute plurielle*, texte inédit présenté au congrès annuel, Société canadienne de psychanalyse, Toronto, (3-6 juin).

Isabelle Lasvergnas

Professeur titulaire département de sociologie, UQAM ;
Psychanalyste, membre de la Société psychanalytique de Montréal,
Directrice de la Clinique psychanalytique de Montréal.

Pour citer ce texte :

Lasvergnas, I. (2012). La Clinique psychanalytique de Montréal : une écoute particulière du socius. *Cliopsy*, 7, 87-98.