

La performativité généralisée du diagnostic psychologique en médecine

Fabrice Leroy*

Le recours au savoir psychologique dans les services de médecine somatique à l'hôpital relève moins d'une tentative de compréhension du malade que d'une psychologisation de ses conduites. La performativité généralisée du langage psychologique, en ajoutant ainsi un "trouble psychique" à la maladie somatique, permet de se préserver de l'inquiétante étrangeté du malade et de retrouver un pouvoir sur lui. La fonction des psychologues est alors à interroger.

Mots clés: Performativité, psychologisation, diagnostic, maladie somatique

Introduction

Mme V. vient d'apprendre qu'elle était malade, atteinte d'un cancer. Les soins doivent être immédiats, l'hospitalisation directe et la chimiothérapie mise en route dans la foulée. Un an auparavant, sa fille tentait de se suicider. Celle-ci en a réchappé, au prix d'un handicap et d'une rééducation intensive. Si cet événement est évoqué ici, c'est parce que depuis son entrée, Mme V. ne pense qu'à cela, beaucoup plus qu'à sa propre maladie. Pourtant, un peu de temps s'est écoulé depuis un an, mais c'est comme si la survenue de cette maladie faisait resurgir avec violence ce qui a affecté sa propre fille. Mme V. dira souffrir davantage, bien davantage, de cela que de ce qui lui arrive à elle. Entre sa fille et elle, un non dit reste en suspend, et ce silence là n'est peut-être pas sans effet. Pourquoi celle qu'on a mis au monde désire-t-elle mourir, et remettre ainsi en question le projet qu'elle constituait pour une mère?

Côté médical, les soins commencent, la chimiothérapie coule, l'hospitalisation dure déjà un peu trop, et elle sera longue. Quelques jours plus tard, une fièvre apparaît. Après une nuit très agitée, pendant laquelle elle n'a quasiment pas dormi, comme les jours précédents, l'équipe s'inquiète. Qu'est-ce qui la maintient ainsi éveillée, maladivement éveillée? Pourquoi ne dort-elle pas?

Mais ces questions ne sont en réalité pas posées. Car la réponse est déjà là: elle est "dépressive". Un neurologue est contacté (sic). Il prescrit un antidépresseur, qu'on présente à Mme V. comme un somnifère. Comment a-t-elle su, dès le lendemain, qu'il s'agissait d'un antidépresseur? Peu importe, mais elle réagit

alors plutôt mal. Il faut dire que sa fille aussi était sous antidépresseurs, et qu'elle a quand même sauté par la fenêtre. Mais c'est surtout la confiance en l'équipe qui en prend un coup. Qui croire, alors? Elle dit alors qu'elle ne veut pas d'antidépresseur, qu'elle veut qu'on l'écoute, qu'elle n'est pas dépressive, qu'elle réagit comme elle peut, c'est tout, qu'elle ne veut pas qu'on lui dise ce qu'il faut penser ou non, qu'elle n'a pas besoin de conseil par rapport à la réaction à la maladie, et qu'elle a par contre besoin qu'on l'écoute. En effet, l'histoire personnelle et l'histoire de la maladie viennent de se rencontrer et elle a besoin de faire la part des choses. L'antidépresseur sera maintenu, il lui sera dit que c'est juste pour son sommeil. Suite à cet épisode, elle racontera un peu plus tard que depuis cette nuit, c'est comme si elle avait compris qu'il fallait qu'elle laisse sa fille vivre sa vie, et qu'elle devait maintenant s'occuper d'elle-même. Peut-être la laisser vivre n'était il plus l'équivalent de la laisser mourir? En tout cas quelque chose a bougé, en elle, dans la fébrilité psychique et physique de cette nuit d'enfer. Quelque chose qu'elle a consentie, peut-être, à lâcher, et qui l'envahissait tellement jusqu'à présent. De quoi était elle malade, en vérité, à ce moment précis? Malade de la maladie, oui, mais malade de sa fille, sans doute aussi. Ce qui lui arrive maintenant la met peut-être au pied du mur. Quoiqu'il en soit, quelques jours plus tard, elle dort mieux, bien mieux. Pour l'équipe, pour le médecin, pas de doute, cela prouve bien qu'elle était dépressive, et que l'antidépresseur était tout à fait indiqué, quitte à lui mentir pour son bien.

L'inquiétante étrangeté du malade

Cette séquence clinique, citée ici en introduction, nous amène à nous poser un certain nombre de questions, au delà de la particularité de cette histoire.

Face à la douleur et la souffrance énigmatique de l'autre, il y a toujours une défaite provisoire du savoir et du sens. Le réel surgit tel quel, à la fois pour le malade et pour le soignant, de manière incompréhensible, sans possibilité d'arrimer ce qui apparaît à des signifiants qui permettraient de le circonscrire quelque peu, voire de l'inscrire dans un savoir organisé. Autrement dit, cette défaillance du sens rend impossible, dans l'immédiat, le recours aux catégories de pensée habituelles de l'entourage et des soignants, à une certaine norme sociale à l'intérieur de laquelle les attitudes et les réactions des malades resteraient "bien compréhensibles" dans de telles situations. Dès lors, les mots "dépression", "angoisse", "anxiété", "glissement", et tant d'autres ont pour effet de suspendre et de colmater cette incertitude en la rattachant immédiatement à la possibilité d'un agir thérapeutique, via les signifiants d'un discours savant: prescrire un

antidépresseur ou un anxiolytique, ou encore faire passer le psychiatre ou le psychologue. Mais la plupart du temps le faire passer, comme on fait passer le kiné, c'est-à-dire pour "traiter" le symptôme qu'est devenu, via le discours psychologisant ou médicalisant, la souffrance psychique du malade.

Cette mise en acte langagière et thérapeutique trouve ici sa détermination dans ce que Lacan (2004), dans le séminaire sur l'angoisse, disait de l'agir en général. Après avoir souligné ce que l'action doit à la certitude, qu'elle s'y développe ou qu'elle l'engendre, Lacan (2004) la rattache clairement à l'angoisse: "agir, c'est arracher à l'angoisse sa certitude. Agir, c'est opérer un transfert d'angoisse" (p. 93). Derrière la certitude apparaît donc l'angoisse. Mais non pas l'angoisse qui fragiliserait cette certitude, ou la provoquerait comme défense, mais comme ce qui la soutient, comme ce qui ne trompe pas. Le malade, lorsqu'il devient étrangement inquiétant, susciterait donc en réalité chez l'autre cette étrange familiarité propre à déclencher l'angoisse, soutenant la certitude d'un agir imminent.

Le mot qui survient alors est à situer du côté d'un tel agir, même s'il n'est pas une action au sens habituel du terme. Le langage lui aussi, peut tout à fait se prêter à ce transfert d'angoisse dont parle Lacan, en suturant la béance ouverte chez le soignant par la souffrance du malade.

414

L'agir serait en quelque sorte avant tout un mouvement de refus de l'incertitude induite par la relation à l'autre. Ceci nous amène à préciser que les mots, avant même de signifier, viennent réparer dans l'urgence l'effraction d'un réel sidérant. En nous rappelant l'étymologie commune de "texte" et de "texture", nous saisissons peut-être encore mieux cette fonction de suture, de maillage, de réparation d'un tissu de représentations soudainement déchiré par l'irruption de l'étrangeté en l'autre. La signification, les raisons que l'on (se) donne, ne sont pas absentes, bien sur, mais viennent dans un deuxième temps. Pour le formuler encore autrement, dans de telles situations, le mot obéit d'abord aux processus primaires, à une logique de décharge immédiate soumise au principe de plaisir, avant de se trouver éventuellement organisé en récit par les processus secondaires, dans une rationalisation après-coup.

Ce qui nous doit nous alerter, dès lors, dans l'utilisation du discours psychologisant, ce n'est pas tant l'utilisation de mots spécifiques empruntés à un certain type de savoir, mais bien la certitude avec laquelle ils sont employés. Les mots, ici, ont bien valeur d'action, d'agir, dont la certitude est arrachée à l'angoisse. Ce qui est donc traité, pris en charge, par tous ces mots posés comme des étiquettes sur l'attitude du malade, ce serait l'angoisse du soignant lui-même face à l'énigme de la souffrance de l'autre. Si "dire, c'est faire" (Austin, 1962), alors le "transfert d'angoisse" opère non pas tant par le sens des mots que par leur valeur d'acte de langage, leur performativité généralisée. Le "diagnostic psy",

lorsqu'il surgit ainsi, "à bout portant", met en évidence un passage de l'angoisse vers le mot comme acte, autrement dit – oserions nous dire – un passage à l'acte ... de langage.

Cette performativité généralisée du langage n'est pas propre à l'hôpital, on le sait depuis les travaux d'Austin et des chercheurs de la pragmatique linguistique. Rappelons en la thèse essentielle à travers un exemple: lorsque je dis "je te promets de venir demain", je ne décris pas une chose, ni un état du monde, en position de surplomb, mais je fais d'emblée quelque chose par le fait même de le dire. Et ceci, quelque soit la conséquence, autrement dit que je tiens ou pas ma promesse. La promesse est réalisée, effective (en tant que promesse, tenue ou non par la suite) du fait même de la dire. Dire la promesse, c'est la faire. A partir de là, Austin appelle ces types d'énoncés (réalisant la chose du fait même de la dire), des énoncés "performatifs" (de l'anglais *to perform*, signifiant "accomplir", "exécuter"). La dimension d'acte est donc présente *ipso-facto* dans le langage, et pas seulement pour certains types d'énoncés. Il y a une véritable performativité du discours et du langage, même dans le cas d'énoncés dits "déclaratifs", c'est-à-dire ne prétendant *a priori* que décrire un état de choses. Pour en revenir au discours psychologique en médecine, dire de quelqu'un qu'il est déprimé, c'est donc déjà *le faire* déprimé, au moins dans l'univers discursif et représentationnel dans lequel les interlocuteurs auront dès lors à se positionner.

Mais il faut tout de même ajouter que, dans ces services hypertechniques, les mots ne sont pas utilisés pour eux-mêmes: un mot, un signifiant n'a de valeur, n'est investi dans ce contexte utilitariste, non pas s'il permet d'apprendre quelque chose du malade – quitte à changer de point de vue au fur et à mesure de ce que l'on découvre – , mais s'il permet de faire quelque chose *dans le réel*. Ce faisant, l'agir thérapeutique déclenché par le signifiant initial présente aussi un "avantage" non négligeable: ne plus avoir à y penser, puisqu'on a fait quelque chose. Pour le dire autrement – et pour reprendre l'exemple de la séquence clinique citée plus haut – la dépression est en réalité linguistiquement "prescrite" avant même – et souvent au lieu – d'être cliniquement observée et discutée.

Mais précisons une chose, pour être clair: ces mots, ces termes diagnostiques, ne sont pas inutiles en eux-mêmes pour commencer à essayer de comprendre ce qui se joue dans la subjectivité du malade. Ils permettent, pour qui sait s'en servir, de "s'orienter dans la structure" (Lacan, 2006). Le problème survient lorsqu'ils sont en réalité davantage utilisés comme mode de traitement autothérapeutique des soignants eux-mêmes que comme interrogation ou hypothèse concernant le malade. Cette fonction autothérapeutique du langage se retrouve d'ailleurs dans ce que nous connaissons bien, à savoir le délire, ou le rapport au langage du schizophrène: une tentative de guérison ou de "restitution de l'objet" (Freud, 1915), consécutive à un vécu énigmatique auquel il faut

impérativement donner un sens, fut-il délirant. La fonction, la place, l'attitude du psychologue est alors – on s'en doute – fortement sollicitée pour confirmer que l'autre, le malade, est bien ce qu'on dit de lui, qu'il y a bien un mot du "savoir psy" pour désigner "ce qu'il a", voire ce qu'il est.

Ici, l'équivalent du vécu énigmatique du soignant correspond à tout ce qui ne rentre pas dans la catégorie des réactions attendues, voire supposées "normales" dans une telle situation. Néanmoins, même si la souffrance du malade fait toujours effraction pour l'autre, quand cet autre est celui qui le soigne, l'évitement est impossible, puisqu'il faut prendre soin de lui.

Nous pouvons alors ajouter une deuxième fonction à cet usage des mots "psy": ce qu'il s'agit de soigner, en plus de l'angoisse, c'est peut-être aussi la culpabilité liée inévitablement à la "responsabilité pour autrui", particulièrement sollicitée en présence du visage souffrant de l'autre, dont on sait les développements que Levinas a pu en donner (Levinas, 1982).

L'importance du visage, de l'autre qui me regarde, est centrale dans la conception levinassienne de la responsabilité pour autrui. Citons à ce titre Levinas (1982) lui-même: "J'entends la responsabilité comme responsabilité pour Autrui, donc comme responsabilité pour ce qui n'est pas mon fait, ou même ne me regarde pas; ou qui précisément me regarde, est abordé par moi comme visage" (p. 103). Ce qu'il faut entendre par là apparaît encore plus nettement et clairement dans cet autre passage: "Dès lors qu'autrui me regarde, j'en suis responsable [...]. Cela veut dire que je suis responsable de sa responsabilité même" (p. 103). Ce Visage n'est pas à confondre avec la figure, il s'agit là bien plutôt de ce qui émane de l'autre de telle façon que j'en suis d'emblée responsable.

Sans entrer plus en détail dans l'éthique levinassienne, retenons ceci que le soignant ne peut se détourner du Visage d'autrui, du malade, de ce qui, pourtant, suscite son angoisse, et doit donc trouver un aménagement à cette situation. En utilisant un vocabulaire psychologique, la cause de cette angoisse est clairement attribuée à l'autre, à son symptôme, ramené à une dimension médicale, dépossédé de sa valeur de message et d'adresse. Pour reprendre la citation précédente de Levinas, la performativité d'un diagnostic psychologique a pour effet d'imputer au malade la responsabilité de son état, dans une injonction à l'autonomie, et de ne plus être "responsable de sa responsabilité même".

Tout se passe comme si, au fond, cette responsabilité pour autrui s'accompagnait aujourd'hui d'un affect de culpabilité insupportable, d'autant plus dans le contexte idéologique actuel marqué par l'injonction forcenée à l'autonomie des malades, décrétés "acteurs" de leur santé.

Le prix à payer peut être cher, car c'est justement à partir de cette "culpabilité clinique" (Fédida, 1994), et non pas contre elle, que l'on peut véritablement écouter le malade. Ou pour le dire autrement; c'est en supportant

une dose minimale de non-savoir quand au désir de l'autre, une dose minimale d'incertitude que l'on peut enfin entendre quelque chose à la subjectivité souffrante du patient.

Faute de cela, peu à peu, le malade risque de devenir, en quelque sorte, la "maladie" ou à tout le moins le symptôme du soignant, autrement dit ce qui l'affecte (dans les deux sens du terme), et ce dont à l'occasion il cherche le nom sous la forme d'un diagnostic. Il s'agit par là de chercher une garantie dans l'Autre, dans le discours savant, un signifiant maître qui transforme l'angoisse de ne pas savoir en jouissance d'une certitude. Le mot apparaît ainsi dans ses liens avec la jouissance, car non seulement il protège, mais il permet de récupérer une part de la jouissance perdue par l'effraction de l'inquiétante étrangeté du malade.

Car il y a une jouissance du soin. A entendre dans son double sens, c'est-à-dire aussi du côté de celui d'une maîtrise. Une perte de jouissance provoque donc une tentative de récupération de l'objet par le mot. Là encore, le langage du psychotique nous éclaire sur un processus normal, notamment lorsque Freud évoque cette tentative de restitution de l'objet par le mot dans la schizophrénie, conduisant parfois à un véritable rationalisme morbide, et à un discours coupé du réel.

Culpabilité clinique

Quelles pourraient alors être les racines de cette culpabilité? Le prototype infantile de l'incapacité foncière de l'enfant à compléter totalement la mère pourrait peut-être nous donner une piste. Dès lors, ne faudrait-il pas infléchir la réflexion en partant de la culpabilité pour en arriver à l'impuissance? Pas forcément si l'on considère que cette impossibilité réelle, de structure, est vécue sur le plan imaginaire du côté de l'impuissance, dont la culpabilité n'est que l'image inversée.

Gardons donc en tête cette hypothèse que la confrontation au malade, à celui ou celle qui est affecté, atteint, diminué, réactive cette situation originale où l'enfant échoue à soigner totalement le manque maternel, échoue à compléter l'autre.

Ainsi en est-il de ces patients qui, bien que satisfaits quand à leurs besoins, continuent d'être en demande. Cette demande est demande d'autre chose, ignorée du sujet lui-même. C'est cette autre demande, une demande irrationnelle logée dans le creux même de la demande rationnelle, qui est l'enjeu fondamental de la relation au patient. La capacité de chacun, dans ces équipes, à pouvoir faire une place à un au-delà de la demande, sans nécessairement pouvoir y répondre dans

le réel mais sans non plus s'en détourner, nous plonge au cœur du sens tragique de l'existence.

C'est le cas, par exemple, de la douleur. Trouver l'antalgique adapté est absolument nécessaire. Mais avant tout, une douleur a besoin d'être reconnue. Cela peut paraître évident, mais cela n'est tel que lorsque le soignant trouve de quoi répondre dans le réel à la douleur du malade. Les choses deviennent moins simples quand la douleur ne cède pas, ou quand elle prend des formes inhabituelles. La douleur, alors, est parfois affublée du qualificatif de "psychogène", ou mise sur le compte de l'angoisse, quand ce n'est pas à nouveau sur celui de la dépression.

Il ne s'agit pas pour moi ici de nier les liens éventuels entre douleur physique et dépression, mais de souligner un certain emploi du langage visant à la psychologisation de la douleur pour continuer d'en faire porter la cause par le malade. On voit bien qu'il ne s'agit là que d'un déplacement de la culpabilité dans laquelle se trouve le soignant par rapport à une demande qu'il ne peut satisfaire par les moyens médicaux habituels.

Mais il y a aussi certainement un lien avec ce que Roland Gori dénonce depuis longtemps du côté de la "médicalisation de l'existence" (Gori et Del Volgo, 2005). Avec l'extension introduite par l'OMS dans la définition de la santé, en ne la limitant pas à l'absence de maladie, mais en l'élargissant aux notions vagues et néanmoins très normatives de "bien être", plus rien n'échappe désormais au regard et au discours médical à propos du malade. La psychologisation participe de cette réification de l'humain, et poursuit en quelque sorte la médicalisation par d'autres moyens. Tout cela pour dire que l'univers idéologique et linguistique est le creuset dans lequel les mots désignant la subjectivité du malade en terme de symptômes sont puisés, en permettant à l'environnement (social, soignant etc.) d'ignorer la part qui est la sienne dans le "désordre dont il se plaint" (Pour paraphraser Lacan à propos de Freud et Dora). Dans le cas présent, celui de maladies somatiques graves, tout se passe comme si la réaction du malade ne pouvait parfois être reçue autrement que comme un symptôme de plus, ou comme un "dommage collatéral".

L'effondrement subjectif du sujet confronté à la découverte d'une maladie grave en lui n'est dès lors plus reçu dans toute sa dimension tragique (au sens Nietzscheen), mais comme un symptôme lié à la maladie, ou au traitement (on ne sait plus bien, à force...). La différence peut sembler subtile ou intellectuelle, elle est pourtant radicale. Le tragique nous concerne, car il s'agit de l'humain comme semblable. Le symptôme ne concerne que le malade, et le désigne comme encore plus malade. Ni effet, ni cause de la maladie, la souffrance psychique du malade somatique reste donc à appréhender pour elle-même, à partir de la métaphore

freudienne du cristal, dont la structure profonde apparaît lorsqu'il se brise selon ses lignes de faille.

Fonction du “diagnostic psy” et “nebenmensch”

Dans l'esquisse, Freud évoque la souffrance sous l'angle d'une détresse ne pouvant se manifester qu'en présence de l'autre, d'un autre “à côté”, d'un “*nebenmensch*” (Freud, 1895). Ce “*nebenmensch*” disparaîtra totalement de l'œuvre freudienne par la suite. A travers le travail qu'y a consacré récemment Monique Schneider, essayons de résumer ce qui peut nous apporter un éclairage pour la problématique qui est la notre ici (Schneider, 2010).

Pour qu'un état de déréliction totale, de “désaide” (traduction proposée parfois pour le terme *hilflosigkeit*) puisse être élevé à la dignité de la souffrance, il faut donc qu'un autre soit là, qu'un autre l'atteste, la reconnaisse comme telle. Que se passe-t-il sinon? Sans autre, le sujet disparaît comme sujet, ou tente de le faire, s'anesthésie lui-même, se dissout dans cette *hilflosigkeit* qui ne trouve aucune adresse pour être en souffrance (comme on le dit aussi d'une lettre). Ne souffre donc pas qui veut, car il y faut un autre qui interprète la détresse comme souffrance, en acceptant d'en constituer l'adresse.

Ce “*nebenmensch*” est articulé par Freud à ce que Lacan développera beaucoup de son côté: “*das Ding*”, la chose. Le diagnostic “psy” se trouve alors coincé, lui aussi, entre jugement et reconnaissance. Plus fondamentalement, il a peut-être pour fonction de border “La chose”, de lui apposer un signifiant, pour contenir ce qui déborde, de circonscrire la chose. Si nous reprenons le rapport au *nebenmensch* tel que Freud le développe dans son écrit, ce rapport est marqué par une division, voire un clivage. Le semblable, perçu par le sujet, n'est reconnu semblable que sur fond d'étrangeté, d'une étrangeté stable, fixe (c'est cela, “*das Ding*”) à partir de laquelle la part dite “variable” de ce *nebenmensch* permettra au contraire au sujet de s'y retrouver, de s'y reconnaître. La reconnaissance du semblable se fait donc sur fond de méconnaissance de la chose dans ce semblable.

Dès lors, tout se passe comme si, faute de pouvoir reconnaître la chose, il ne restait comme seul recours que de la nommer. La détresse du malade, qu'elle soit physique ou psychique, correspondrait donc, dans l'expérience, dans la rencontre du “*nebenmensch*”, à l'irruption de la chose, faisant effraction dans le système de représentations lié habituellement à la reconnaissance du semblable. Pour désigner, du point de vue du sujet, ce qui lui est à la fois le plus intime et le plus étranger, Lacan (2006) a forgé le terme d' “extime”. Le diagnostic serait

donc toujours un nom, une tentative de dénommer la chose, l'extime insupportable de l'autre. Ceci pourrait rapprocher le diagnostic "psy" de l'insulte, non pas tant dans une forme de dépréciation que dans une fonction de maintien dans un signifiant-maître sans appel. Il s'agirait moins d'un "tu es cela" que d'un "tu n'es que cela", dans l'usage performatif de ce que nous appelons dans cet article le "diagnostic psy" (les guillemets marquant ici la distinction entre l'usage pragmatique d'un terme, et le corps de connaissances théoriques auquel il se réfère).

Ce que nous voyons poindre, à travers l'irruption de la chose, de ce qui déborde tellement, c'est la jouissance intolérable, à ce point intolérable qu'elle est interdite.

Citons Lacan (2006): "Le prochain, c'est l'imminence intolérable de la jouissance, l'Autre n'en est que le terre-plein nettoyé. L'Autre, c'est un terrain nettoyé de la jouissance" (p. 225). Avec l'usage d'un certain discours "psy", nous voyons donc qu'il s'agit très souvent d'une opération de "nettoyage" de la jouissance de l'Autre. C'est pourquoi il ne s'agit pas tout à fait d'une insulte au sens habituel du terme, le vocabulaire "psy" étant emprunté à un certain type de discours. Si l'insulte vise la jouissance de l'Autre, avec des mots parfois tout à fait singuliers et non rattaché à un corps de connaissance (pensons au "toi lampe" de l'homme au rat), le diagnostic tenterait donc plutôt de l'en nettoyer, en réifiant la subjectivité du malade, autrement dit en la déssexualisant.

420

Conclusion: un signifiant qui fait signe

Comme l'écrivait Lacan (1966): "La parole, même à l'extrême de son usure, garde sa valeur de tessère. Même s'il ne communique rien, le discours représente l'existence de la communication" (p.v128). Pensons aussi à Freud, lorsqu'il évoque la réaction d'une tante sollicitée une énième fois par son neveu pour lui raconter à nouveau la même histoire. Interrogé, l'enfant explique qu'il a peur du noir, ce à quoi la mère répond qu'il fera toujours aussi noir en racontant l'histoire. L'enfant répond alors: "ça ne fait rien, quand quelqu'un parle, il fait plus clair" ("Das macht nichts [...] wenn jemand spricht, wird es heller"; Freud, 1916).

Ce qui semble essentiel, c'est que que la parole du malade ne soit pas elle-même médicalisée, qu'elle ne soit pas réduite à un symptôme médical, ne voulant dès lors plus rien dire, et n'étant du coup plus adressé à personne, parce que n'étant plus reçue par personne. Ce dont il s'agit ici, c'est de faire en sorte qu'elle ne soit pas réduite à elle-même, prise au piège d'un signifiant-maître, ne permettant

plus au sujet d'y être représenté pour d'autres signifiants. C'est bien de l'Autre du langage dont il s'agit ici, c'est-à-dire de la constitution d'un lieu, incarné à l'occasion par un autre, permettant au sujet de se retrouver lui-même dans ce qu'il dit. La contenance du soignant s'avère donc essentielle, à condition de continuer à "supposer du sujet" chez l'autre, à l'image de ce qui se produit chez la mère vis-à-vis de son nourrisson.

Mais pour pouvoir penser plus radicalement cette psychologisation à l'œuvre, il conviendrait aussi de s'appuyer sur la distinction entre le signifiant et le signe. Sur ce point, on sait que le sujet, pour Lacan, est représenté par un signifiant pour d'autres signifiants. Le signe, quant à lui, est ce qui représente quelque chose pour quelqu'un. La psychologisation reviendrait donc à dégrader le signifiant en signe, à faire en sorte que le signifiant ... fasse signe. A ne rien entendre des autres signifiants pour réduire ce que dit le sujet à des signes adressés à quelqu'un, au lieu de lui permettre de s'entendre. La parole, ou le comportement du malade, deviennent donc signe de quelque chose, et le psychologue attendu comme l'expert dont on attend qu'il organise ces signes en syndrome, puis en diagnostic. Mais, si l'on reste fidèle à l'enseignement de Lacan, le dire du malade ne se réduit pas à un signe, ni à une organisation de signes dont il s'agirait d'extraire un diagnostic. Il appelle d'autres signifiants auprès desquels le sujet y est représenté. La psychologisation consisterait donc à produire un discours performatif à propos d'un malade, afin de réifier sa subjectivité, d'en faire une chose en soi. Il y va ainsi d'une véritable naturalisation de la subjectivité, de la parole, en appréhendant le sujet comme on aborde un phénomène physique dont on pourrait connaître les lois de fonctionnement. On peut faire le parallèle avec ce que Foucault (2003) appelait la "fonction psy", définissant celle-ci comme fonction "d'intensification du réel". L'expert des signes intensifie donc leur "réalité" en produisant un discours sur la subjectivité réifiée du malade. Une écoute orientée par le signifiant, elle, ne s'arrête pas aux signes. Ce qui soutient cette écoute, ce n'est pas ce qui vient d'être dit par le malade, mais ce qui viendra juste après, c'est-à-dire les signifiants pour lesquels le signifiant précédent représente le sujet. Autrement dit, le sens des dires et des comportements du malade ne repose pas dans ce qui a eu lieu, mais dans ce qui n'a pas encore eu lieu, dans le temps d'après et pas dans le temps d'avant, ni même dans le temps présent. C'est précisément cela que soutient une écoute analytique, une écoute qui soutient ce vers quoi le sujet advient à travers les signifiants qui lui viennent. Il s'agit d'ouvrir vers un ailleurs, mais un ailleurs déjà là. S'il y a un savoir qui se produit, ce n'est pas un savoir positif, mais un savoir qui surgit en creux, entre deux énoncés, ce que résume parfaitement ce vers de René Char (1991): "Les mots qui vont surgir savent de nous ce que nous ignorons d'eux" (p. 190).

Remerciements à Roland Gori pour sa relecture attentive et ses remarques précieuses.

Références

- Austin, J. L. (1970). *Quand dire c'est faire*. Paris: Seuil. (Oeuvre original publiée en 1962).
- Char, R. (1991). *Éloge d'une soupçonnée*. Paris: Gallimard. (Oeuvre original publiée en 1977).
- Fédida, P. (1994). Préface à Popper, la science et la psychanalyse. *Cliniques Méditerranéennes*, 41/42, 5-8.
- Foucault, M. (2003). *Le pouvoir psychiatrique: Cours au Collège de France, 1973-1974*. Paris: Seuil.
- Freud, S. (2006). Projet d'une psychologie. In *Lettres à Wilhelm Fließ*. Paris: PUF. (Oeuvre original publiée en 1895).
- Freud, S. (1986). L'inconscient. In *Métopsychole*. Paris: Gallimard. (Oeuvre original publiée en 1915).
- Freud, S. (1916-1917). Leçons d'introduction à la psychanalyse, XV, GW9, 422.
- Gori, R. et Del Volgo, M. (2005). *La santé totalitaire. Essai sur la médicalisation de l'existence*. Paris: Denoël.
- Lacan, J. (2006). *Le Séminaire D'un Autre à l'autre*. Paris: Seuil. (Oeuvre original publiée en 1968-1969).
- Lacan, J. (2004). *Le Séminaire L'angoisse*. Paris: Seuil. (Oeuvre original publiée en 1962-1963).
- Lacan, J. (1999). *Écrits I*. Paris: Seuil. (Oeuvre original publiée en 1966).
- Levinas, E. (1982). *Éthique et infini*. Paris: Fayard.
- Schneider, M. (2010). *La détresse, aux sources de l'éthique*. Paris: Seuil.

Résumés

(A performatividade generalizada do diagnóstico psicológico em medicina)

O recurso ao saber psicológico nos serviços de medicina somática em hospital diz respeito menos a uma tentativa de compreensão do doente que de uma psicologização de suas condutas. A performatividade generalizada da linguagem psicológica, acrescentando assim um "transtorno psíquico" a uma doença somática, permite preservar a inquietante estranheza do doente e de reencontrar um poder sobre ele. A função dos psicólogos deve, então, ser interrogada.

Palavras-chave: Performatividade, psicologização, diagnóstico, doença somática

(Generalized performativity of psychological diagnosis in medicine)

The use of psychological knowledge at medical departments in hospitals is closer to being a psychologization of patients' behavior than attempts at understanding the patients. By adding a single extra word the generalized performativity of psychological language can turn a physical illness into a psychic « disturbance ». This allows professionals to keep a distance from their patients and thus maintain power over them. The function of psychologists is thus brought into the debate.

Key words: Performativity, psychologization, diagnosis, physical illness

(La performatividad generalizada del diagnóstico psicológico en medicina)

Recurrir al saber psicológico en los servicios hospitalarios de medicina somática, más que ser un intento de comprensión del enfermo, es una psicologización de sus conductas. Al agregar un “trastorno psíquico” a la enfermedad somática, la performatividad generalizada del lenguaje psicológico permite recuperar un poder sobre el paciente y ponerse a salvo, al mismo tiempo, de lo ominoso de su situación. La función de los psicólogos es cuestionable.

Palabras claves: Performatividad, psicologización, diagnóstico, enfermedad somática

(Die generalisierte Ausführbarkeit der psychologischen Diagnose in der Medizin)

Der Zugriff auf das psychologische Wissen in den Dienstleistungen der somatischen Medizin im Krankenhaus, hat weniger mit dem Versuch zu tun den Patienten zu verstehen, sondern vielmehr mit einer Psychologisierung seiner Verhalten. Die generalisierte Ausführbarkeit der psychologischen Sprache, und damit die Ergänzung einer “psychischen Störung“ zu einer somatischen Krankheit, ermöglicht es, die beunruhigende Fremdartigkeit des Patienten zu wahren, und wieder Macht über ihn zu gewinnen. Und an dieser Stelle muss die Funktion der Psychologen hinterfragt werden.

Schlüsselwörter: Ausführbarkeit, Psychologisierung, Diagnose, somatische Krankheit

Citação/Citation: Leroy, F. (2013, setembro). La performativité généralisée du diagnostic psychologique en médecine. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 16(3), 411-424.

Editor do artigo/Editor: Manoel Tosta Berlinck

Recebido/Received: 6.9.2012/ 9.6.2012 **Aceito/Accepted:** 19.12.2012 / 12.19.2012

Copyright: © 2009 Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental/ University Association for Research in Fundamental Psychopathology. Este é um artigo de livre acesso, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte sejam citados / This is an open-access article, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Financiamento/Funding: O autor declara não ter sido financiado ou apoiado/ The author has no support or funding to report.

Conflito de interesses/Conflict of interest: O autor declara que não há conflito de interesses / The author declares that has no conflict of interest.

FABRICE LEROY

Maître de Conférences en Psychopathologie
Université de Lille 3
Rue du Barreau
BP 60149, 59653 Villeneuve d'Ascq Cedex
fabrice.leroy@univ-lille3.fr

Centre de Recherches Psychanalyse, Médecine et Société (CRPMS, EA 3522),
Université Paris-Diderot.