



HAL
open science

Recours à l'acte : le corps dans la violence extrême

Apolline Carne

► **To cite this version:**

Apolline Carne. Recours à l'acte : le corps dans la violence extrême. Situations extrêmes, In Press, pp.53-62, 2021, Fiches de psycho, 978-2-84835-711-9. hal-03807228

HAL Id: hal-03807228

<https://hal.science/hal-03807228>

Submitted on 9 Oct 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Recours à l'acte : le corps dans la violence extrême

Apolline CARNE

Psychologue clinicienne et psychomotricienne

Doctorante Contractuelle en Mission d'Enseignement à l'ED 450, CRPMS, Université Paris Cité

USMP de la Maison d'Arrêt de Seine-Saint-Denis (93), CHI Robert Ballanger du GHT GPNE

Université Paris Cité – UFR IHSS – Bâtiment Olympe de Gouges

8, rue Albert Einstein – 75013 Paris – France

<https://orcid.org/0000-0003-4006-4888>

apolline.carne@laposte.net

Carne, A. (2021). Recours à l'acte : le corps dans la violence extrême. Dans : Peyrat-Apicella D. et Sinanian A. (dir.). *Situations extrêmes* (pp.53-62). Éditions In Press.

Cette publication correspond à la 5^e fiche de l'ouvrage *Situations extrêmes*, dans la collection « Fiches de psycho ».

Résumé de l'ouvrage :

La notion d'extrême couvre des configurations diverses, qui toutes globalement renvoient à la détresse, la survie ou la mort : violences traumatiques (guerres, génocides, abus sexuels), maladies létales, suicides, dépendances, précarité, etc. Bien que différentes, ces situations conduisent toutes à l'extrême limite, aux frontières de l'humain, de ce qui est pensable et partageable.

Cet ouvrage collectif présente donc différents cadres d'intervention et dispositifs cliniques autour de problématiques diverses : les traumatismes, les addictions, la psychose, les violences, les passages à l'acte, la périnatalité, la maladie somatique grave, la réanimation, la crise environnementale, et enfin une réflexion sur la fin de vie en temps de pandémie.

Le recours à l'acte se rapporte aux crimes et comporte une dimension archaïque. Il s'agit d'une extrême violence qui engage le corps de l'auteur et de la victime, jusqu'à parfois la mort. Pour l'auteur, le corps dans l'agir peut opérer comme moyen de survie psychique, quand le contexte fait écho à des traumatismes antérieurs.

Recours à l'acte - Corps - Traumatisme – Survie psychique

1 Introduction

Le premier psychanalyste et psychiatre français à être intervenu en prison est C. Balier. Il considère certains agirs comme moyens de survie psychique. C'est dans cette perspective qu'il développe sa théorisation du recours à l'acte, concernant principalement le viol et l'homicide. Si ces actes sont par eux-mêmes d'une extrême violence – ce sont des crimes – nous verrons en quoi ils convoquent l'extrême en psychanalyse, en particulier par leur dimension archaïque mettant en jeu le corps de l'auteur et celui de la victime.

Ici, le corps s'inscrit dans une perspective psychanalytique, comme entité psychique. S. Freud considère que le moi est une instance de l'appareil psychique qui participe à la construction de la personnalité, et il précise qu'il « [...] est avant tout un moi corporel, il n'est pas seulement un être de surface, mais il est lui-même la projection d'une surface. » [1]. Ainsi, le moi est issu du moi corporel, et il représente la surface de l'appareil mental.

2 Le recours à l'acte : cet « autre » qu'est *son* corps

2.1 Le recours à l'acte

C. Balier différencie le passage à l'acte du recours à l'acte. Le premier est un court-circuit de la mentalisation, aboutissant à une décharge de l'excitation ou de l'agressivité non liée.

Le recours à l'acte est une défense contre une désorganisation du moi au bord de la psychose, c'est un moyen de survie psychique [2]. La victime rappelle l'objet primaire, tandis que le sujet traverse un état de confusion avec la victime. Le vécu d'indifférenciation provoque chez le sujet l'impression de vivre la violence qu'il engendre à la victime (être mort lors d'un meurtre, être pénétré lors d'un viol). L'agir convoque le pictogramme originaire du pénétrant-pénétré, décrit par P. Aulagnier [3] et issu de la rencontre bouche-sein. Un signe perceptif ayant valeur de « pénétrant-pénétré » suscite un éprouvé de destructivité dans une confusion avec la victime, semblable à la fusion originaire avec le sein maternel. L'extrême violence se produit dans une toute puissance narcissique pour échapper à des angoisses annihilantes menaçant la continuité d'existence. Ce qui ne peut être fantasmé et représenté est agi dans la réalité. Puis le sujet poursuit sa vie comme si de rien n'était, tel un autre qui aurait agi à sa place. Le clivage du moi s'associe au déni.

2.2 Clivage horizontal et clivage vertical du corps

Chez des sujets ayant recours à l'acte, on retrouve d'autres formes de clivage et de déni au niveau du moi corporel, similaires à ceux décrits par G. Haag [4] dans le développement de l'image inconsciente du corps : le clivage horizontal, et le clivage vertical. Par exemple, lors

d'un dessin de soi, le bas du corps peut être absent, ou il peut y avoir un trait vertical le coupant en deux. Il peut aussi s'agir de sensations s'opposant (exemple : dur/mou). Une partie du moi se limite à un fonctionnement perceptif, particulièrement rattaché au réel, cela rejoint le concept d'incorporation développé par C. Balier [5]. L'autre se résume à n'être qu'un « percept », la victime est fragmentée et réduite à des morceaux de corps.

2.3 Clivage corps-psyché

Tom, un patient rencontré en prison, déclare qu'« il n'y a rien dans [sa] tête », son corps a agi sans lui. Le corps paraît « hors de contrôle », en même temps qu'il « prend le contrôle » du sujet. Dans le clivage corps-psyché, le sujet peut s'être senti passivé par son corps, qui paradoxalement maintient son sentiment d'existence via le recours à l'acte. Cela entretient une indifférenciation avec le corps de la victime qui, elle, est réellement passivée. C'est comme s'il n'y avait qu'un « corps-pour-deux », selon J. McDougall [6], le sujet ayant lui-même l'impression de se vivre mort ou pénétré.

2.4 Clivage affects-sensations

Souvent, le sujet présente une dissociation affective voire une alexithymie. A. Ciavaldini [7] a constaté que les violences sexuelles, notamment dans le recours à l'acte, constituent une réminiscence sensori-motrice de ce qui n'a jamais pu se représenter primairement dans le lien à l'objet. L'agir survient à l'endroit où l'affect est resté en suspens, comme tentative de symbolisation primaire. Or, comme la pulsion, l'affect prend origine dans le corps et s'enracine dans les sensations, qui sont elles-mêmes à la source de la perception et de la motricité. Se présente alors un clivage affects-sensations. L'agir, en plus d'être une décharge motrice couplée au système perceptif, est désaffecté du fait du clivage. Les affects de la victime ne sont donc pas perceptibles, elle est déshumanisée à l'image du sujet, réduite à un objet partiel.

2.5 Recours à l'auto-sensorialité

On retrouve aussi une atteinte du narcissisme primaire et de l'auto-érotisme, qui est alors compensée par une auto-sensorialité. L'excitation est soulagée par elle-même à travers le corps-objet du sujet, et le corps-objet de la victime. La pulsion, qui est un concept limite entre le corps et le psyché, reste à l'état de tension dans le corps, le sujet ne ressent pas de satisfaction dans l'acte (à différencier du plaisir).

3 Un autre espace-temps corporel

3.1 Un traumatisme

Ce sont divers clivages qui traversent le sujet, couplés au déni. Ils s'associent à des processus de survie paradoxaux et archaïques propres à la conservation du sentiment d'existence du sujet face à la menace d'annihilation. Selon R. Roussillon [8] le clivage peut être une défense consécutive à un traumatisme primaire, afin de mettre à distance la représentation et l'agonie redoutée. Lors du recours à l'acte ou dans l'après-coup, des angoisses disséquantes primitives (agonies) peuvent resurgir, tels que celles décrites par D. W. Winnicott [9] : un sentiment de chute sans fin, de liquéfaction, de perte du sens du réel, de déliaison corps-psyché. Il s'agit d'angoisses relatives à la bidimensionnalité, donc à un espace-temps en deux dimensions et sans profondeur. Chez ces sujets, le père comme tiers paternel a souvent été absent. La confusion des corps entre la victime et l'auteur renvoie ainsi à la symbiose mère-bébé. Le clivage peut s'être donc constitué précocement suite à un traumatisme au début de la vie, et peut s'être inscrit dans une lignée transgénérationnelle ou intergénérationnelle, avec parfois un déni de la différence des sexes et/ou des générations, voire un fantasme d'auto-

engendrement. *En entretien, Marc figure un clivage de son grand-père, représenté deux fois de part et d'autre d'un trait coupant la feuille en deux, avec d'un côté un oncle, et de l'autre côté sa mère. Marc est né du viol de son oncle envers sa mère. Il est lui-même incarcéré pour viol.* Des mécanismes de défense peuvent alors se former, tels que le clivage et le déni, pour surmonter ces agonies non éprouvées, car trop précoces pour le moi et le moi corporel encore immatures, et pour ainsi poursuivre son développement.

3.2 Un trou noir

Certains sujets évoquent l'impression d'être dans un trou noir. Ils ne se sentent plus les mêmes qu'avant, avec le sentiment d'être morts. Le recours à l'acte peut constituer un traumatisme, en miroir du précédent, comme si le traumatisme primaire se répétait avec le resurgissement des agonies primitives. Aussi, du fait du déni et du clivage, le sujet traverse un non-événement : pour lui, cela n'a pas eu lieu bien qu'il en vive les conséquences. C'est « l'espace-temps corporel » qui est transformé selon S. Le Poulichet [10]. Des symptômes psychosomatiques surgissent, ainsi que des angoisses relatives à la bidimensionnalité et à la confusion auteur-victime. Mais c'est aussi l'impression d'être dans un trou noir qui bouleverse « l'espace-temps corporel ». En astrophysique, le trou noir correspond à la fin de vie d'une force gravitationnelle (comme une étoile) qui déforme l'espace-temps environnant tout en l'aspirant en son dedans. Lors du recours à l'acte, le sujet se vit en dehors de lui-même tout en faisant un avec la victime, cela fait écho avec le traumatisme antérieur des agonies primitives non éprouvées où le sujet a aussi pu se sentir en dehors de lui-même, au tout début de sa vie. Comme si la répétition du traumatisme, par la traversée du trou noir, avec ce sentiment d'être mort ou en dehors de soi, venait marquer la fin d'un temps, dans la vie du sujet. Le recours à l'acte fait alors rupture, et permet au sujet de contrer ses angoisses d'annihilation, tout en maintenant une continuité d'existence à travers une toute puissance narcissique, en vue d'une survie psychique. Souvent ces sujets ont d'ailleurs l'impression d'avoir vécu une vie qui n'était pas la leur, comme s'il y avait eu une condamnation antérieure, inscrite dans leur histoire. Ainsi, la souffrance liée à l'histoire subjective du sujet peut émerger et permettre d'accéder à une élaboration sur ce qui l'a conduit au recours à l'acte.

4 Perspectives thérapeutiques

4.1 Intrication Santé-Justice

La rencontre avec un clinicien se fait généralement durant le parcours judiciaire, en milieu carcéral, ou lors d'obligation de soin ou de suivi socio-judiciaire avec injonction de soin (milieu ouvert). La demande n'est pas toujours présente. Il s'agit alors d'aller à la rencontre du sujet, de son histoire, de ce qui fait souffrance pour lui et qui a pu motiver un recours à l'acte dans une tentative de survie psychique. En se différenciant du système judiciaire, et afin de rester à sa place de clinicien, le psychologue se décale d'une position de toute puissance. En effet, le travail de ce dernier ne consiste pas à guérir ni à éviter la récurrence (même si cela peut en être une conséquence secondaire), mais avant tout à écouter la subjectivité du sujet et à l'aider à trouver une liberté psychique dans l'élaboration de son vécu en tant qu'humain doté d'affects. En même temps, il est important que le clinicien considère le contexte de la rencontre – en milieu ouvert ou en milieu carcéral – pour éviter tout clivage Santé-Justice : cela peut être une voie d'accès à la souffrance du sujet, en découvrant comment cette nouvelle condamnation peut faire répétition dans son histoire.

4.2 Accompagnement thérapeutique

Le clinicien, en prêtant son appareil à penser, par l'expression de ses affects et de ses étonnements, avec contenance et étayage, peut soutenir le narcissisme primaire et apaiser le

sentiment d'effraction du sujet. Ce n'est pas sans interroger son propre contre-transfert, les angoisses que cela peut faire ressurgir chez lui, les sentiments de fascination ou de rejet, ses fantasmes, mais aussi les sensations qui le traversent, véritables contre-transferts corporels. Présenter des constructions, des hypothèses au plus près du vécu et de la réalité du sujet, peut amener le clinicien à traverser avec lui des vécus d'étrangeté. Le risque de l'interprétation serait de ré-évoquer des angoisses d'intrusion et de passivation tant redoutées chez le sujet. Il est alors intéressant de proposer des médiations thérapeutiques (génogramme, historiogramme, médiations corporelles ou picturales sollicitant la créativité) en entretien individuel ou en groupe, où le sujet peut se sentir actif, permettant ainsi de contourner les défenses et les mécanismes pervers, psychotiques, ou névrotiques (déli, clivage, identification projective, séduction, persécution, etc.). Ce « passage *par* l'acte » de la médiation soutient le symbolisme primaire selon R. Roussillon [11]. Le groupe peut aussi favoriser la diffraction du transfert et renforcer le sentiment de contenance, c'est une alternative judicieuse lors de difficultés en entretien individuel. La création, par le médium ou la parole, peut ainsi soutenir l'imaginaire du sujet et la différenciation du fantasme de la réalité, lier les sensations aux affects, tout en cheminant dans les méandres de l'archaïque, du mort et du vivant. Les éprouvés clivés sont alors susceptibles de ressurgir. En explorant les espaces-temps, le sujet donne vie à un mouvement intrapsychique, (re)découvre un entre-deux-corps, et réorganise l'histoire de son devenir.

5 Conclusion

Dans le recours à l'acte, l'extrême est convoqué au plus profond de la dimension humaine, à la limite de l'entendable et du dicible, et fait appel à de nombreux paradoxes. Le sujet traverse un vécu entre vie et mort, entre pénétrant et pénétré, entre un espace-temps et un trou noir, mais aussi entre auteur et victime avec un corps-pour-deux. Si le mouvement psychique a pu s'interrompre pendant l'agir, c'est le corps qui a pris le contrôle tout en étant passivé par son non-vécu de la situation en miroir de traumatisme(s) antérieur(s). Le corps, objet de survie psychique, témoigne de transformations extrêmes convoquant l'étrangeté. Le parcours judiciaire suite au recours à l'acte, entendu comme appel au secours par le clinicien, peut alors être une occasion de rencontre, pour dépasser la survie et redonner du sens à la vie, et une vie à la subjectivité, vers une redécouverte de soi et d'un autre en devenir.

Références bibliographiques

- [1] Freud, S. (1923), « Le moi et le ça », in (1981) *Essais de psychanalyse*. Paris : Payot et Rivages, 2001, pp.255-265
- [2] Balier, C. (2005), *La violence en abyme. Essai de psychocriminologie*, Paris, PUF, 2010
- [3] Aulagnier, P. (1975). *La violence de l'interprétation. Du pictogramme à l'énoncé*. Paris : PUF, « Le Fil rouge »
- [4] Haag, G. (2009). Place de la structuration de l'image du corps et grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile. *Enfance*, 1/1 : 121-132
- [5] Balier, C. (2005). La tiercéité à l'épreuve de la psycho-criminologie ». *Revue française de psychanalyse*, 69/3 : 703-715
- [6] McDougall, J. (1989). *Théâtres du corps : le psychosoma en psychanalyse*. Paris : Gallimard
- [7] Ciavaldini, A. (2014). Meurtrissure primaire de la symbolisation, affect inachevé et agir violent sexuel. Dans : Anne Brun (dir.), *Formes primaires de symbolisation*. Paris : Dunod, p. 43-54
- [8] Roussillon, R. (1999). *Agonie, clivage, symbolisation*. Paris : PUF.

- [9] Winnicott, D. W. (1989). La crainte de l'effondrement. Dans Winnicott, D. W. (Ed.), *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques* (pp.205-216). Paris : Editions Gallimard. 2000
- [10] Le Poulichet, S. (2018). *Les poétiques du corps. Actes de naissance en analyse*. Paris : Hermann
- [11] Roussillon, R. (1999). Les enjeux de la symbolisation à l'adolescence. Dans : International Society for Adolescent Psychiatry éd., *Troubles de la personnalité. Troubles des conduites*. Paris : Éditions GREUPP, p. 7-23

QCM à choix multiples¹

- 1) Claude Balier a théorisé :
- le pictogramme pénétrant-pénétré
 - le passage à l'acte
 - le recours à l'acte
- 2) Le sujet ayant recours à l'acte :
- établit toujours un scénario
 - peut présenter un déni de la réalité
 - fantasme sur son acte à venir
 - différencie mal le réel de l'imaginaire
- 3) Le corps du sujet :
- peut présenter plusieurs clivages
 - présente toujours des clivages vertical et horizontal
 - peut être empreint de déni
- 4) Le sujet :
- peut présenter des angoisses psychotiques
 - se différencie parfaitement de la victime
 - peut présenter des mécanismes de défense névrotiques
 - peut présenter des mécanismes de défense psychotiques et pervers

¹ Réponses : 1)c – 2)b,d – 3)a,c – 4)a,c,d.