

Table des matières

Avant propos politique	7
Rappel étymologique	13
Invention freudienne du corps	17
Retour sur le transfert dans la psychose	25
Franchir le tabou du corps en psychiatrie : un enjeu actuel d'importance	37
Alors comment comprendre ce tabou du corps en psychiatrie?	41
À propos de quelques effets de la psychanalyse dans la psychiatrie	47
Retour sur Schilder, Dolto, Pankow, Bick et Anzieu	51
PAUL SCHILDER	51
FRANÇOISE DOLTO	53
GISELA PANKOW	55
ESTHER BICK	57
DIDIER ANZIEU	59

Insistance sur Geneviève Haag, André Bullinger et Jacques Schotte	61
GENEVIÈVE HAAG	61
ANDRÉ BULLINGER	71
JACQUES SCHOTTE	74
Le corps-présence et l'image du corps-représentation	79
Le corps entre sensations, motricité et représentations	81
Toute puissance infantile et castration musculaire	85
Bifurcation vers la parole	91
Un premier exemple à méditer : la télévision avec les bébés	95
Un deuxième exemple : le packing	99
En guise de conclusion : la psychiatrie sans corps, ça n'existe pas !	113

Avant-propos politique

« *Par souffrance, j'entends la confusion aiguë, la désintégration de la personnalité, la chute sans fin, la perte du contact avec le corps, la désorientation totale et autres états de cette nature* ». (Winnicott¹)

La psychiatrie a la charge de soigner la souffrance psychique. Mais le peut-elle sans prendre en considération le corps ? Je réponds négativement à cette question, et ce faisant, je prends partie pour la complexité contre la simplification. Et c'est une des raisons pour laquelle je trouve toujours, après bientôt quarante ans d'exercice, que la psychiatrie est passionnante. Et si les patients qu'elle tente de soigner y sont souvent pour quelque chose, c'est à une condition me semble-t-il, celle de la prise en compte d'une des nombreuses inventions de Freud, le *transfert*², ce phénomène qui actualise la vie infantile dans la relation de confiance avec un autre, et suscite en nous cette passion contre-transférentielle en retour.

1. Winnicott, D. W., (1957), « La délinquance, signe d'espoir » in *Conversations ordinaires*, 99, Trad. Bost, B., Paris, NRF, 1988.

2. Cette notion qui préexistait à Freud, a néanmoins été inventée par lui, dans la mesure où il en a fait un des piliers de sa théorisation de la psychanalyse.

Vous pourriez me dire que la passion est sans doute peu opportune dans le travail thérapeutique, et que Freud s'est justement employé à en analyser les tenants et les aboutissants pour en déduire ce qui deviendra une des approches thérapeutiques les plus fécondes, la psychanalyse. Et vous auriez raison du point de vue scientifique et historique. Mais nous allons découvrir ensemble que si la psychiatrie peut amplement bénéficier des apports de la psychopathologie psychanalytique, nous ne sommes par contre pas fondés à « exporter » sans précautions ses enseignements, et plus précisément, ceux qui concernent les grandes questions transférentielles, et peut-être plus précisément encore, contre-transférentielles.

En effet, si celui qui éprouve tel ou tel sentiment dans la relation avec le patient peut en parler avec un autre, avec d'autres, dans le respect dû à tout énoncé subjectif, alors cette passion nourrira la qualité de la relation de soin en psychiatrie. Il s'agit bien de faire la part des choses entre ce qui vient du patient dans la relation transférentielle et qui créera chez moi un contre-transfert de telle ou telle sorte, et ce qui appartient à mon histoire personnelle, et qui pourrait venir brouiller la juste compréhension des demandes du patient en les entraînant plus ou moins consciemment dans une confusion avec les miennes. Le patient se souvient d'un film qu'il a vu avec ses parents lorsqu'il était enfant, et qu'il situe à l'origine de ses angoisses d'endormissement. Soit je m'associe avec empathie à l'expression de son souvenir, et je lui fais part du fait que ce film que j'ai vu également, a déclenché chez moi une impression de malaise, et que je comprends que cela ait déclenché chez lui de telles angoisses, soit je me contente d'écouter activement son récit en portant aussi attention à ce qu'il déclenche en moi, et je me trouve rapidement en

contact avec l'ambiance de violence angoissante qui régnait dans sa famille, le souvenir du film venant figurer l'importance négative de ces tensions intrafamiliales. Dans les deux cas, le contre-transfert existe.

Dans la première façon de procéder, les identifications vont bon train et un effet de réassurance peut en être attendu. Dans la deuxième, le patient se sert de mon appareil psychique non pas seulement pour être rassuré, mais pour mieux distinguer dans son chemin infantile les matériaux qui lui ont permis de le construire. La passion de la réassurance n'est pas de la même texture que la passion éprouvée à constater que l'autre retrouve son chemin dans l'obscurité, en appui sur notre relation. Mais plus avant, lorsqu'il s'agit d'un patient qui raconte son histoire en désordre, dispersée, éclatée, à tous les vents de ses rencontres, l'instrument utilisé dans l'exemple précédent, a beaucoup de difficultés à se mettre en place, et le plus souvent, ne suffira pas à le contenir. Il va falloir repenser le dispositif susceptible de rassembler dans un espace thérapeutique commun et partageable les témoins de ce récit multiple et dissocié.

C'est pourquoi il m'a semblé important de faire un détour par la psychiatrie, car elle est censée accueillir les patients qui sont dans un tel état clinique, et ont besoin, *in fine*, d'institutions pour les traiter. Et nous verrons que si la psychiatrie est chargée de mission à cette fin, elle n'en a pas souvent pris les moyens avec suffisamment de consistance, jusqu'à ce que, dans la suite immédiate de la deuxième guerre mondiale, elle féconde la remarquable doctrine de secteur en lien consubstantiel avec la psychothérapie institutionnelle qui la précédait de peu, et dont, dans une certaine mesure, elle n'est que la conséquence logique. Et dans cette optique, j'ai jugé indispensable le détour par le corps.

Car une psychiatrie sans corps est une illusion fumeuse, non seulement parce qu'elle accrédirait les productions idéiques désincarnées des patients délirants et dépressifs, mais surtout parce qu'elle se priverait des moyens de « réincarner » les mots dans les choses, les idées dans les émotions, la pensée dans le corps. Cette prise de position en faveur d'une incarnation de la psychiatrie me semble d'autant plus fondamentale en ces temps de dérégulation sociétale, de désarrimage de la psychiatrie d'avec la psychopathologie et de tentation sécuritaire d'une psychiatrie qui se contenterait d'une contrainte des corps pour prétendre régler les comportements sous tendus par un dessin qui ne peut se dire. Car quoi qu'on en dise, la psychiatrie a ses singularités, et particulièrement celle de comprendre et traiter les passions. Or ces passions décrites et soignées par la psychiatrie, loin de se réduire aux seuls comportements violents qui font la une des journaux, concernent l'existence de beaucoup de nos frères humains, gangrenée par une profonde misère relationnelle.

Après tout, il n'est pas étonnant que la psychiatrie s'appuie sur des ressorts communs avec la médecine. Et si je revendique haut et fort le fait qu'elle appartient à la grande famille de la médecine, cela ne m'empêche pas de la considérer comme une de ses membres présentant quelques traits particuliers à prendre en considération si l'on veut que, dans cette famille, chacun puisse s'exprimer selon son désir et ses possibilités, mais sans aliéner celui et celles des autres. Depuis quelques lustres, j'ai la nette impression que sous prétexte de faire absolument partie de la famille, la psychiatrie devrait exactement faire comme les autres, et finalement y passer inaperçue, de façon à ce que lors des mariages et des enterrements, un vieil oncle un peu éméché ou une belle-sœur acariâtre

ne vienne troubler l'harmonie de la réunion par des remarques intempestives et humiliantes: « oui, vous les psy! Vous avez toujours cultivé la différence...! ». J'ai un avis radicalement autre: la psychiatrie est une branche de la médecine, – Tosquelles disait même souvent que la médecine est une branche de la psychiatrie –, mais elle a des spécificités qui enrichissent très notablement la médecine en général, et plutôt que d'en avoir honte ou peur, il s'agit de s'appuyer sur elles pour inventer ou plutôt réinventer une médecine plus humaine. Quand Schotte fonde l'anthropopsychiatrie¹, c'est d'un tel projet qu'il rêve, celui d'un corps retrouvé dans une complexité biosociopsychologique. Et dans cette perspective, le corps est à la fois le lien entre la médecine et la psychiatrie, ou plus justement entre le patient accueilli par un médecin et celui accueilli par un psychiatre. Mais à la condition que ce corps ne soit pas scindé de l'esprit qui l'habite dans une visée objectivante, plutôt pensé comme entité corporopsychique subjective. Quand un chirurgien opère, on ne peut pas lui demander de pratiquer *l'empathie métaphorisante* telle que Lebovici la prône dans ses consultations thérapeutiques, ce n'est sûrement pas le bon moment; ce qui ne l'empêche pas de pouvoir s'y livrer en dehors de ces moments particuliers. Quand un biologiste ou un radiologue, voire un médecin généraliste est, au cours de son exercice, en train de réfléchir et de synthétiser les éléments diagnostiques et thérapeutiques à propos d'un patient, il n'en est pas forcément au stade de l'information objective de ce patient ou à celui de la compassion pour le pronostic fâcheux qu'il va lui annoncer. Mais dans tous ces cas, sous

1. Schotte, J., « Penser la psychiatrie avec Jacques Schotte » in *L'info. Psych.*, Juin 1999.

le prétexte qu'à certains moments cruciaux de notre exercice médical, il nous revient de nous extraire de la relation pour telle ou telle raison, le style « sciences dures » de ces pas de côté temporaires ne doit pas venir s'imposer comme le seul modèle dit sérieux de la relation médicale. *A fortiori* pour le psychiatre. Or nous allons voir que, plutôt que d'incarner le lien entre les deux mondes, signifiant (tiercéité) et émotionnel (priméité), à la manière dont Peirce l'articule dans la secondéité en tant que genre matériel, le corps a souvent joué celui de repoussoir, notamment pour les psychiatres tentés par la psychopathologie psychanalytique. Il est donc temps de *franchir le tabou* du corps en psychiatrie, pour mieux en retrouver la « substantifique moelle ».

Rappel étymologique

« Du point de vue ontologique, le corps est l'origine et le lieu où la vie se révèle à elle-même. La vie, ici, est entendue comme subjectivité absolue, en tant qu'elle est éprouvée par le sujet qui la vit¹ .

Mais que veut donc dire « franchir le tabou du corps en psychiatrie » ?

Franchir: « de franc, libre qui dit ouvertement ce qu'il pense, d'où franchir, se libérer de, se dégager d'un obstacle, le franchir² ».

Tabou: emprunt d'une langue polynésienne, par l'intermédiaire de l'anglais (taboo), où le mot « tabu » signifie « interdit, sacré, personne ou chose déclarée tabou par les prêtres et les chefs³ » dans le voyage de la Pérouse ; puis au xx^e siècle le tabou devient « ce sur quoi on fait silence par crainte et pudeur⁴ ».

Pour Freud: « *Le tabou est une interdiction très ancienne imposée du dehors (par une autorité) et dirigée*

1. Dejours, C., *Le corps, d'abord*, Petite Bibliothèque Payot, Paris, 2005, p. 147.

2. Bloch, O., Von Wartburg, W., *Dictionnaire étymologique de la langue française*, PUF, Paris, 1975, p. 275.

3. Bloch, O., Von Wartburg, W., *Dictionnaire étymologique de la langue française*, PUF, Paris, 1975, p. 620.

4. Rey, A., *Dictionnaire historique de la langue française*, Robert, Paris, 1992, p. 2073.

contre les désirs les plus intenses des hommes. L'envie de le transgresser persiste dans leur inconscient ; les hommes qui obéissent au tabou ont une attitude ambivalente envers ce qui est frappé de tabou¹ » et il ajoute que « *l'exogamie prescrite par l'organisation totémique sert de truchement au tabou de l'inceste² »*.

Donc franchir le tabou du corps en psychiatrie pourrait logiquement vouloir dire : ne plus tenir compte du tabou qui est imposé par les lois implicites et explicites de notre société au sujet du corps, et finalement, à l'instar de vieux soixante-huitards sur le retour, « s'en donner à corps joie ». Je crois au contraire que la problématique est toute autre, puisqu'il s'agit de revenir sur un tabou qui s'est progressivement installé, mettant le corps trop à distance en psychiatrie, comme pour conjurer l'impureté qu'il pourrait véhiculer dans un champ, la vie psychique, qui devait rester vierge de toute corporéité. Or notre psychiatrie est en permanence engloutie dans le corps et ses aventures diverses et variées, que ce soit dans la dissociation schizophrénique, la conversion hystérique, la bifurcation psychosomatique, l'automutilation autistique, le traumatisme et ses suites délétères ou les formes psychopathologiques infiniment complexes des comportements humains. Penser la psychiatrie sans le corps est une démarche d'exclusion épistémologique, et le retour qu'il opère actuellement oblige à réfléchir sur les mécanismes qui ont présidé à son éloignement (évitement ? dénégation ? forclusion ?...) et sur les espaces dans lesquels il était « conservé », pour en tirer toutes les conséquences à la fois en termes de conceptualisation mais aussi

1. Freud, S., *Totem et tabou*, 1912-1913, trad. Jankélévitch, S., Petite Biblio. Payot, Paris, 1992, p. 60.

2. *Id.*, p. 164.

d'organisation thérapeutique et même de conséquences dans le politique. C'est ce que nous allons tenter de proposer dans cet ouvrage.