

Préface

Le corps et la psychose

Le corps en question. Il n'est question que de ça. Et plus on a de réponses, plus ça fait question.

Le corps à la question. Référence obligée, oui, à ce tortionnaire : Francis Bacon.

Le corps questionnant. Qui questionne qui, quoi ? Institutions, doxa, théories – gardes du corps – que sais-je ?

Et qui suis-je ? Corps propre ou corps étranger ? Corps propre *et* corps étranger ? (on pourrait aussi écrire : *corps étrange*). Vertige.

Vertige, sidération. Les corps sidéraux, les corps célestes – et le nôtre, pesamment sublunaire. Macrocosme/microcosme – confort à l'ancienne (mais notre millénaire ne fait que commencer).

Confort moderne à tous les étages : le corps de la médecine – voire.

L'imagerie médicale traque désormais les corps de la chimie, elle zoome direct sur la molécule. Elle en serait à rendre visibles les opérations de l'inconscient : là en bleu vous avez la condensation, là en vert le déplacement, etc. Le corps médical jubile, il se réapproprie ce que Freud lui avait soustrait. Le détournement freudien n'aura guère duré qu'un siècle. Aux orties l'hystérie et son cortège, le corps médical se retrouve dans ses baskets.

Mais un autre Freud, ça n'a pas tardé, nous a mis sous les yeux un autre corps (ou serait-ce le même, qui ferait retour, sous d'autres yeux, que celui de grand papa ?). Humains, trop humains – réels, trop réels, les corps de Lucian Freud, qui ne sont pourtant, comme le Moi, que des phénomènes de surface. Non-numérisables toutefois, on ne saurait les dissocier de cette surface qui les supporte. Pas si planes que ça, à vrai dire, les images de Lucian Freud : il y a la matérialité de la toile, il y a ce qu'on appelle la matière, les effets de matière. En cela, ce peintre serait un peu l'anti-Warhol.

Et le génie d'Andy Warhol, en somme, ce serait d'avoir projeté sur la scène artistique, de nous avoir mis sous les yeux l'horreur (bien pire que les nus de Bacon ou de Lucian Freud), l'horreur de notre monde

contemporain : sérialisation, virtualisation, médiatisation, banalisation, vénalisation, échange généralisé, etc. – tout ce qui fait que, pour continuer à habiter ce monde, je n'ai plus qu'à disparaître (mais du coup, quel repos !).

Vertige. De ce disparaître, voici que surgissent, qu'apparaissent, inchoatives, les figures de Giacometti. Labeur d'une vie, d'une vie perdue (à l'aune des critères communs de rentabilité), perdue à tirer du néant des êtres pleins de leurs énigmes, et à rendre sensible, perceptible le vide même (cette transmutation du néant) que suscite leur apparaître.

Giacometti aurait-il réussi là où le schizophrène échoue ? Le schizo est aussi, lui aussi, un créateur nous rappelle-t-on ici. Le schizo qui n'en finit pas de se créer un monde, un corps vivables, tout simplement vivables, ce qui, en fait, est passablement compliqué, et pas seulement pour le dit schizophrène. Car qu'édifier, quel ordre, sur les ruines de la représentation, sur cette *chora*, ce foutoir qui s'annonce comme notre horizon à tous ?

Compliqué ? Bof... C'est là que se pointe une espèce de jardinier de l'apocalypse : Joseph Mornet, avec sa bonne moustache et son regard clair.

22 - Le schizo ? On va commencer... Attendez ! On va d'abord s'y mettre à plusieurs, parce que seul à seul avec le schizo, il y a foule, ça a vite fait de déborder. On va donc commencer, disons, par un petit massage du dos - et puis on se mettra en rond à quelques uns et on se tiendra les mains - et puis, si ça se trouve, on pourra se passer un ballon... C'est vraiment tout con, con comme la vie, et c'est bien là-dessus que ça embraye, rien de plus rien de moins : refaire sa vie – si on veut on peut appeler ça une thérapie. Se refaire (avec une petite aide de ses amis) un corps vivant, un corps mortel – un corps sexué, c'est tout comme.

Ne t'inquiètes pas, Joseph, j'arrête là. Une préface, c'est pour donner envie de lire un livre, non ? Pas pour le résumer, ni en rendre compte, le pressurer comme un citron – ça, c'est pour ceux qui viendront après, chacun son boulot – laisser du champ au désir, donc. La préface, ça aurait un peu la fonction de ce qu'on nomme ailleurs préliminaires. Aussi bien prend-elle place juste avant ton *introduction*.

Alors, ne m'en veux pas de l'avoir présenté en quelque sorte à l'envers, ton livre. À d'autres (de nombreux autres, je le souhaite) de le lire maintenant dans le bon sens.

Roger Gentis

INTRODUCTION

Le corps, la psychose et l'institution

Le rapprochement de ces trois termes peut paraître, à première vue, d'une affligeante banalité. Une institution de soin s'adressant à des psychotiques s'occupe fatalement des corps : actes infirmiers, prescriptions médicales, repas, toilette, hygiène...

Pourtant corps, psychose et institution sont, par excellence, des lieux de « mal-entendu », pour reprendre les termes de Maud Mannoni, dans leurs relations avec leurs « spécialistes¹ ».

Ce fut le thème des journées d'Angers dont le dernier livre de Pierre Delion rend compte en montrant comment, dans la psychose, « cette question insiste, résiste mais existe² ».

La définition du corps, par exemple, recouvre des sens très différents. Du corps disséqué de l'anatomiste au corps morcelé du schizophrène, du corps physiologique du biologiste au corps exalté de l'hystérique, du corps numérisé des imageries médicales à la « Fiancée juive » de Rembrandt, les écarts sont immenses. Suivant ce qui en sous-tend la représentation, l'abord du corps sera différent.

La question de son soin est complexe, également. L'anglais distingue *to cure* et *to care* : « réparer » et « veiller », en quelque sorte. Le soin du psychotique illustre bien la rencontre des deux signifiants. Il est d'un autre registre que le soin des pathologies organiques. Le psychotique est l'objet de très peu d'examens corporels médicaux ou d'actes infirmiers. Il requiert d'autres qualités chez le soignant. Les prescriptions chimiothérapiques sont beaucoup moins importantes et ne nécessitent pas la même surveillance. En même temps, le soin de son corps occupe une place centrale.

Quelles en sont les exigences ? Quelles difficultés présente-t-il pour une institution ? Quelles en sont ses répercussions ?

Pour peu qu'une pratique institutionnelle ait une autre ambition que celle du soin médical classique et que l'exigence du soignant aille au-delà du simple amendement des symptômes et de la remise en ordre du comportement, le soin du psychotique requiert une capacité quasi

quotidienne de disponibilité, de créativité, d'analyse de sa pratique, et de possibilité d'ouverture à une réflexion sur la dynamique du groupe institutionnel.

La psychose est repérable dans une difficulté, voire une impossibilité, à accéder à la symbolique commune, les frontières entre les productions imaginaires internes et les données de la réalité externe se montrant plus qu'aléatoires. Elle peut être décrite comme l'impossibilité existentielle d'un être, à un moment donné, d'entrer dans un système (social, langagier, familial, sanitaire...) sous peine de s'y détruire ou de détruire l'autre. Paradoxalement, comme en témoignent l'histoire de Mary Barnes ou les textes de Piera Aulagnier, la psychose ne peut jamais être réduite à un trouble déficitaire : elle est aussi un processus de création d'être-au-monde.

La fonction du soignant est d'abord d'accueillir, puis, ensuite, d'aider le psychotique à retrouver (ou simplement trouver) une place possible où il ne se détruise pas dans le monde des humains. Il espère ainsi soulager la souffrance de son patient et lui permettre un possible bonheur de vivre. Le point de contact entre les deux est fragile, ténu, souvent improbable : le soignant essaie, à tout moment, de se donner la possibilité d'aborder l'autre, le fou, l'homme, la femme ou l'enfant en détresse psychique, là où leur monde et le sien peuvent encore se rencontrer.

La plupart du temps cette rencontre se fait sur le terrain verbal : consultation, entretien, psychothérapie, voire psychanalyse. Un traitement chimiothérapique est généralement mis en place pour atténuer l'angoisse, chasser la dépression, calmer l'agitation, éloigner le délire. Si la difficulté persiste, la personne est soustraite à la vie sociale ambiante et mise en institution, hôpital ou clinique, avec ou contre son gré. Son soin devient institutionnel.

Le recours au langage est souvent faussé chez le psychotique. Nous croyons parler une même langue et nous nous illusionnons. La langue qui nous sert à nous repérer socialement crée l'effet inverse chez le psychotique : elle le disperse ou l'aliène. C'est ce « mal-entendu », pour revenir au terme de Maud Mannoni, qui fonde le corps comme lieu privilégié de rencontre avec le psychotique.

Le corps est le premier mode de communication qui existe pour tout être humain : pour chacun, les premières sensations ont été corporelles. Elles sont internes, mais elles résultent d'une rencontre avec un dehors, avec un autre corps ou à quelque chose qui « fait corps ».

Le corps ne peut se réduire à une seule dynamique mécanique d'échanges physico-chimiques : il est le lieu de cristallisation de la souff-

france ou du déséquilibre de la personne. Pour le psychotique ou le schizophrène, il pourra être un lieu d'hallucination ou de morcellement, une terre d'émigration ou un risque continu d'implosion imminente. Il sera un lieu de raidissement et de maîtrise pour l'anorexique, d'investissement désordonné pour l'hystérique, de l'inverse pour l'obsessionnel, et enfin une carapace bien fragile pour le phobique. Pour l'autiste, il est la « forteresse vide » décrite par Bettelheim.

Les thérapies corporelles permettent un travail simple sur les sensations primaires, sur la sensorialité, et, par-là, peuvent réouvrir des possibilités de rencontre entre soi et l'autre. Dans les thérapies corporelles, le soignant ne reste pas dehors : il est dedans, engagé avec son corps et ses propres sensations. C'est cet engagement partagé qui ouvre un devenir possible.

Les thérapies corporelles n'ont pas le monopole de cet engagement du corps : il existe dans toute thérapie, même si les acteurs n'en sont pas conscients. C'est incontournable avec le psychotique. Le travail sur le signifiant est souvent illusoire avec lui : s'il acquiert une quelconque efficacité ce n'est que dans son enracinement dans la rencontre transférentielle. Il faut, en quelque sorte que « ça fasse corps ». La rencontre psychothérapique est une rencontre engagée, l'inverse d'une rencontre d'abstention : elle passe par les affects, les émotions, les sensations.

– 25

Une institution se trouve fatalement confrontée, à un moment ou à un autre de son histoire, aux limites des projets qu'elle a mis en place : ils échouent sur tel patient malgré l'engagement thérapeutique de l'équipe, ou bien sur tel autre qui est comme un laissé pour compte du dispositif. Cet échec est une ouverture, un appel à d'autres mises en place de soin, à d'autres projets. Invariablement, c'est la question du soin du corps de ses patients qui réapparaît, alors, pour l'équipe. Quand la parole ne suffit plus, quand la chimiothérapie est impuissante, voire dangereuse, et qu'en même temps l'on sent la demande, ou simplement le besoin, adressés par le patient, ce qu'il nous reste est de nous occuper de son corps. Cette préoccupation est d'autant plus urgente lorsque l'autre est dans l'incapacité de s'en occuper, ou en prend soin si mal qu'il se met en danger.

J'ai choisi la voie du témoignage d'une pratique institutionnelle pour relécher à la clinique du soin du corps et de la psychose. Il illustre la complexité qui unit une institution et son patient à travers les soins qu'elle lui propose.

L'histoire du Centre psychothérapique Saint-Martin de Vignogoul permettra de suivre l'évolution de techniques de soins corporels, et de

réflexions qui les accompagnent. L'équipe y est passée des pratiques de maternage individuel à celles de thérapie corporelle de groupe, avant de revenir à d'autres modes de soins individuels. L'étude d'une histoire de soins corporels individuels montrera, de façon concrète, la dynamique transférentielle et la production fantasmatique qui y sont mises en œuvre.

Nous verrons, aussi, comment un groupe a un corps. Il occupe même une place privilégiée de projection des dynamiques psychiques sous-tendant le groupe institutionnel. Les notions psychanalytiques de groupe, de symptôme, de passage à l'acte et de psychisme groupal sont les concepts qui fournissent les bases d'une analyse des pratiques institutionnelles.

En conclusion nous reviendrons à notre question introductive sur les multiples sens du mot « corps » en étudiant certains regards qui se portent sur lui. Le regard médical, traditionnellement, l'objective dans une réduction anatomique pour mieux en assurer la maîtrise. Le regard du psychanalyste, à l'inverse, s'appuie sur la subjectivité d'une relation où les jeux de l'inconscient et de l'imaginaire dessinent une autre anatomie corporelle, celle du désir. Le regard de l'artiste tendu entre la nécessité d'une objectivation de représentation anatomique du corps se déroband sans cesse, et une approche imaginaire dont il ne peut pas davantage se satisfaire, nous apparaîtra très proche de notre expérience clinique.

« L'objet invisible » est la sculpture qui, de l'aveu même de Giacometti, a marqué une bascule de son œuvre : elle a signé le « bouleversement » qui l'éloigna définitivement de tout académisme et de toute convention de la représentation corporelle. Nous suivrons son chemin.

Le texte qui suit est d'abord un compte-rendu clinique décrivant le cheminement du travail d'une équipe et d'une institution aux prises avec des questions qui sont celles de toute équipe engagée dans le soin des psychotiques.

Il se veut aussi un texte de transmission. Une institution, à travers son histoire, acquiert certaines compétences au sens où elle réussit à mettre en place des structures lentement élaborées à partir de sa pratique et de la réflexion à laquelle elle se soumet. Il serait dommage qu'elle les garde secrètement pour elle.

La transmission des pratiques est cependant un art difficile qui s'exerce généralement dans la proximité directe du dialogue ou de la rencontre. Il s'agit ici d'écrits témoignant de pratiques qui ont, toutes, été des réponses aux questions rencontrées. Elles n'existaient pas, a

priori, dans le dispositif de soin d'origine. C'est ce qui fait leur intérêt. *A posteriori*, elles permettent de répondre à des questions plus générales :

- Pourquoi une thérapie de psychotique par des soins corporels ?
- Comment cette thérapie ressemble mais aussi se différencie d'un travail psychothérapique classique ?
- Comment une telle activité thérapeutique naît et se développe dans une institution de soins psychiatrique ?
- Sur quoi se fondent les notions de « corps » et de psychisme de groupe ?
- Quelles interactions vont se nouer entre patients et soignants dans ces interrelations corporelles et groupales ?

Ce texte réunit et reprend des publications antérieures traitant, toutes, de l'objet énoncé dans le titre. J'ai eu le souci d'illustrer mon propos, à chaque fois, de comptes-rendus cliniques. Les réflexions théoriques et conceptuelles les accompagnant ouvrent et peuvent bouleverser les acceptions courantes d'un certain nombre de notions et de techniques concernant le corps ou le groupe à partir de leur confrontation avec les pratiques.

J'ai volontairement élargi la question au-delà de la clinique pure en réfléchissant à trois approches différentes du corps qui me semblent, chacune, éclairer les méandres complexes qui en ouvrent l'accès : celle du médecin, celle du psychanalyste et celle de l'artiste. Les étapes qui jalonnent l'œuvre d'Alberto Giacometti, les impasses auxquelles il se confronte, me paraissent très proches de celles que nous rencontrons en clinique.

Une œuvre, pourtant, issue d'une rencontre, se réalise... chaque fois singulière, éternelle et provisoire.

– 27

NOTES

1. M. MANNONI, *La théorie comme fiction*, Paris, éd. Le Seuil, 1979, p. 143
2. P. DELION, « Présentation », in *Corps, psychose et institution*, Toulouse, éd. Érès, 2002.