

CORPS, PSYCHOSE ET GROUPE

Joseph Mornet

ERES | « [Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe](#) »

2006/1 n° 46 | pages 145 à 160

ISSN 0297-1194

ISBN 2-7492-0422-4

Article disponible en ligne à l'adresse :

<http://www.cairn.info/revue-de-psychotherapie-psychanalytique-de-groupe-2006-1-page-145.htm>

Pour citer cet article :

Joseph Mornet, « Corps, psychose et groupe », *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe* 2006/1 (n° 46), p. 145-160.
DOI 10.3917/rppg.046.0145

Distribution électronique Cairn.info pour ERES.

© ERES. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

CORPS, PSYCHOSE ET GROUPE

JOSEPH MORNET

Comment le groupe peut-il être une voie royale pour la thérapie de la psychose ?

L'argument du symposium définit la psychose par « des atteintes primitives portées au sujet par son environnement relationnel ». Pourtant, beaucoup de cliniciens, au lieu d'utiliser ce même environnement pour le soin, continuent encore à imaginer le psychotique comme un être en deçà de l'échange groupal, inaccessible à la relation transférentielle, et imperméable à l'institution.

La psychothérapie institutionnelle, depuis longtemps, a placé l'institution au centre de la thérapie de la psychose. De la même manière, la Société française de psychothérapie psychanalytique de groupe a su développer ses recherches et ses interventions sur le groupe et les institutions de soins.

La clinique Saint-Martin de Vignogoul place la psychothérapie de groupe au centre de son projet de soin. Elle a été amenée très rapidement à mesurer les limites des prises en charge corporelles duelles en institution et à imaginer, pour elles aussi, des thérapies groupales.

DU MATERNAGE INDIVIDUEL AU GROUPE DE THÉRAPIE CORPORELLE

Le centre psychothérapique accueille depuis 1972 des psychotiques jeunes pour des séjours allant de deux mois à plusieurs années.

La thérapie est basée sur des séances quotidiennes de psychothérapie de groupe. Les quatre-vingts patients accueillis sont répartis en quatre groupes composés chacun d'une équipe thérapeutique comprenant un psychiatre et un psychologue, tous deux ayant fonction de psy-

chothérapeute et de coanimateur du groupe, accompagnés de six infirmier(e)s. Les groupes de thérapie sont de libre parole : ils sont d'inspiration analytique car basés sur la reconnaissance de l'inconscient et du transfert, tout en préservant la dimension d'analyse groupale. Même si le travail y est centré sur l'imaginaire, les questions de réalité, vie quotidienne, sorties ou traitement, y sont abordées et travaillées.

À côté de cette appartenance de groupe, le patient est également partie prenante de l'ensemble de la vie institutionnelle. Diverses activités et multiples réunions lui permettent d'autres échanges avec l'ensemble des personnes vivant au centre.

La plupart du temps la rencontre avec le psychotique se fait sur le terrain verbal : consultation, entretien, psychothérapie, voire psychanalyse. En même temps, nous savons tous que c'est précisément ce recours au langage qui se trouve, chez lui, faussé et porteur de malentendus : nous croyons parler une même langue et nous nous illusionnons. Cette langue qui nous sert à nous repérer socialement crée l'effet inverse chez le psychotique : elle le disperse ou l'aliène, l'obligeant à se créer sa propre symbolique précaire à travers son délire ou son hallucination.

C'est ce qui fonde le corps, par sa dimension d'en deçà des constructions symboliques sociales communes, comme un lieu privilégié de rencontre avec le psychotique.

C'est ainsi que, très rapidement, nous avons réalisé que notre dispositif thérapeutique basé sur la parole et la socialisation venait à échouer pour certains de nos patients. Nous avons entrepris alors des prises en charge individuelles d'états de régression par étayage plus proche à travers le « maternage individuel », terme qui renvoie à la notion de présence sécurisante d'une mère dans les actes quotidiens de la vie : repas, hygiène corporelle et vestimentaire, allers et venues dans et hors de l'institution.

Gabrielle

Gabrielle est une jeune fille de 20 ans, complètement mutique. Elle passe ses journées immobile, figée dans le hall d'entrée. Son visage ne marque aucune expression particulière. Son état physique se délabre rapidement : elle ne se lave plus et se nourrit difficilement. L'approche verbale ou physique est quasiment impossible. Son équipe décide de structurer une relation de maternage qu'elle confie à une soignante, Marie. Cette relation est constituée de gestes simples d'accompagnements quotidiens basés sur des besoins primaires : bain, ménage, lessive, promenade, repas. Le lien entre Gabrielle et Marie est très vite appelé « fusionnel » par l'équipe, en référence à l'image de relation symbiotique de type mère-enfant qu'il renvoie.

Marie interrompt cette relation pour ses congés de Noël. À son retour, elle a l'impression que tout est à recommencer. Elle s'en plaint dans l'équipe : « Dès qu'il y a une interruption de notre relation, j'ai l'impression de la retrouver dans le même état. À chacune de mes absences j'ai l'impression que tout est à recommencer. » Gabrielle ne se lave plus, ne mange plus, comme si personne n'avait pu ou voulu prendre le relais en son absence. Pourtant l'équipe, à l'inverse, a l'impression d'un progrès : en l'absence de Marie, Gabrielle est légèrement sortie de son mutisme. Elle réagit à minima aux situations, sa figure marque des expressions, sourire ou tristesse par exemple.

Par bribes, Gabrielle commence à s'adresser à Marie : « Je suis fâchée [...] Est-ce que tu m'aimes ? [...] Je suis mariée [...] Je suis mariée avec toi... » Elle déplace son lieu de prédilection : du hall d'entrée de l'institution, vaste lieu de passage, elle va se fixer à la porte du restaurant située au bout d'un long couloir sombre, peu fréquenté, sauf aux moments des repas, mais vibrant de tous les bruits de la cuisine qui est proche. Elle y reste souvent jusqu'à 21 heures. Le soir, il faut la remonter vers sa chambre. Il lui arrive de demander des tickets-repas alors qu'ils sont réservés aux soignants.

L'intensité de la relation qui se tisse entre Gabrielle et Marie commence à interroger l'équipe qui se demande jusqu'où peut aller la fusion. Comme souvent, ce sont des histoires simples et concrètes qui amènent l'équipe à s'interroger : ainsi, à table, Gabrielle prend l'escalope de l'assiette de Marie et la mange. L'équipe s'interroge : doit-on, ainsi, se laisser manger « sa » viande ? Comment mettre et signifier des limites ?

La vision de cette dyade où Gabrielle ne vit plus dès que Marie est absente, et la dévore quand elle est là, commence à sérieusement angoisser l'équipe. Les retentissements institutionnels se font sentir : des conflits naissent. Marie, se sentant rejetée, décide de quitter son équipe soignante, qui est également celle de Gabrielle, pour en rejoindre une autre qui lui semble plus accueillante : « Je veux que Gabrielle prenne vie dans l'institution, qu'elle soit présente car je sens qu'elle est rejetée ». Mais n'est-ce pas plutôt elle qui se sent rejetée ?

Les interrogations qui naissent dans l'équipe à partir de la situation créée par cette relation sont très difficiles à discuter tant la passion enflamme vite les échanges et génère des dynamiques persécutives. Tout conseil est vite critiqué. Il est vite perçu comme une « recette » illusoire ou comme une injonction impérative : « Ce n'est pas aux autres de dicter des attitudes, on ne doit pas donner de conseils. »

La tension culmine avec l'administration. Gabrielle pue, elle urine, salit les moquettes et les fauteuils... en un mot, elle « emmerde ». Ce qui peut apparaître à certains comme un signe d'évolution dans sa relation vers les autres, passant par des signes d'opposition ou de marquages de territoire nécessaires (elle circule davantage) est insupportable.

table pour d'autres. Le climat se détériore : deux infirmières reçoivent un blâme pour avoir refusé d'obéir à la chef du personnel qui avait voulu donner des ordres de soin et qui, du même coup, se fait traiter de « SS ».

Le rapport de force s'étend à Gabrielle elle-même. Elle refuse tout traitement : l'équipe ne veut pas non plus la médicamenter de force. Gabrielle devient de plus en plus agressive, envers les femmes notamment. Elle essaie d'étrangler Marie en lui disant « *je t'aime* ». Une neuroleptisation est décidée.

L'été arrive. Gabrielle essaie de fuger : « Je veux aller dans un bistrot et demain je ferai du stop pour aller chez mes parents. » Les soignants s'interrogent, d'autant plus que la mère aimerait également reprendre huit jours sa fille. Mais l'équipe se méfie « n'est-ce pas un désir inconscient de la mère de saboter le travail psychothérapique ? » En même temps on sent un « tel désir de mort » envers Gabrielle dans l'institution qu'on décide d'organiser la permission, ne serait-ce que pour permettre à chacun de souffler. Dès qu'elle est dans sa famille, Gabrielle demande à revenir à Saint-Martin. L'équipe obtempère.

Les mises en actes se poursuivent. Un midi, Gabrielle entre dans le restaurant, prend son élan et plonge à travers le passe-plat en disant « j'accouche ». Une autre fois, elle arrive à se glisser dans l'entrebâillement de sa fenêtre au deuxième étage, et reste debout sur le rebord. L'équipe vit difficilement ces comportements.

Dépassée, Marie se sent, de plus, accusée par l'équipe d'utiliser Gabrielle « comme sa fille, son pénis, ou quelque chose comme ça... ».

On décide alors de « trianguler » cette relation duelle qui paraît enfermer les deux protagonistes dans une relation d'aliénation mutuelle. Mais l'appel à un partenaire tiers est problématique : il remet au jour les conflits de l'équipe, notamment entre celle que Marie a quittée, et celle où elle est allée. L'institution en tant que telle n'arrive pas plus à exister comme référence et à prendre le relais.

C'est alors que la Sécurité sociale décide d'interrompre la prise en charge. Nous demandons une expertise.

Devant l'expert, Gabrielle va s'exprimer avec une étonnante facilité : « Depuis combien de temps êtes-vous au centre ?

– Depuis un peu plus d'un an... je trouve que c'est trop long, je suis assez restée.

– Au centre, comment ça se passe pour vous ?

– Je m'ennuie.

– Il n'y a pas une infirmière qui s'occupe de vous spécialement ?

– Personne.

– Et cette Marie que je vois dans votre dossier ?

– Je ne la connais pas...

– J'ai entendu parler d'études d'infirmière pour vous...

– (rayonnante) Oui, je voudrais faire des études d'infirmière.

- C'est en voyant travailler les infirmières que vous avez eu cette idée ?
- Oui.
- ... c'est la fin de l'entretien.
- Je ne veux pas partir, je suis fatiguée.
- Quelle drôle d'idée, c'était entendu que vous deviez rentrer avec Marie.
- ... Marie part le soir, je retrouve ma peur... je me réfugie dans le silence, dans le sommeil... je ressens une peur en moi : il faudrait qu'on me soigne. »

L'expert ne signe pas de prolongation de prise en charge.

Quatre ans après son médecin recevra une lettre : « Je vous écris pour vous dire que je vais bien : je suis Gabrielle R. »

Réflexion et analyse

L'histoire de cette prise en charge se déroule dans les premières années de l'institution. L'équipe est jeune, elle se rôde. Nous venons d'horizons différents, mais partageons tous une certaine utopie sur le soin institutionnel des psychotiques. L'histoire de Gabrielle vient déchirer nos relations : elle nous confronte à la dure réalité de la psychose et de la force implosive de sa dynamique régressive.

En face, nous avons essayé de développer une relation thérapeutique que l'on pourrait appeler traditionnelle : le soin d'une patiente avec une personne soignante désignée comme référente privilégiée. Un groupe institutionnel se vivant comme tiers contenant assure une tranquille régression vers des modes de comportements archaïques vécus comme ne pouvant qu'être bons pour tout le monde.

Dans la réalité c'est l'envers de ce décor que nous prenons en pleine figure : fantasmes destructeurs de morcellement, de cannibalisme, de mort, figures monstrueuses d'aliénations réciproques dévorantes, tensions et explosions violentes dans nos propres relations de travail. Le maternage peut être une intrusion violente dans le monde du psychotique, l'assignant à une régression qui peut le terrifier et où il peut entraîner son entourage.

Consciente de la confrontation violente avec son propre inconscient qu'occasionne cette histoire, mais attentive à préserver l'aspect positif qui a pu se développer autour de ce soin corporel (ainsi que de quelques autres), l'équipe s'est attelée à l'analyse de ce qui s'est passé pour en tirer enseignement et pouvoir aboutir ainsi à d'autres projets. Plus que jamais, il ne fallait pas jeter le bébé avec l'eau du bain.

Un premier constat concerne le projet thérapeutique de Saint-Martin, centré autour de la parole et de la thérapie de groupe. Gabrielle nous interroge là où notre dispositif défaille. Que faire avec quelqu'un

qui ne parle pas ? Mais pourquoi, alors, abandonner l'idée de groupe au profit de la relation duelle ?

Le deuxième constat concerne l'analyse de la relation duelle qui s'installe et de sa difficulté à l'articuler, sinon sous un jour persécutoire ou abandonnique, avec le tiers institutionnel. Tout, en effet, semble se jouer autour de « couplages » qui ne sont, en définitive, que morcellements et clivages, probablement à l'image même de ceux que Gabrielle a projetés sauvagement sur le corps institutionnel.

Le troisième constat concerne la notion freudienne de pare-excitation : on a l'impression que la sollicitation régressive et maternante de l'équipe, loin de protéger Gabrielle dans sa traversée difficile, est venue faire intrusion dans l'équilibre précaire qu'elle s'était aménagée.

Enfin, un travail institutionnel d'accompagnement de régression corporelle poussée à son extrême limite ne peut s'entreprendre sans conséquence sur l'équilibre même de l'équipe : si elle n'y prend pas garde et ne se donne pas les moyens collectifs d'analyse, c'est toute l'équipe qui peut s'effondrer.

Dans son Séminaire sur *Les psychoses*, Jacques Lacan origine l'image du corps morcelé dans « la collection incohérente de désirs ¹ » qui préside à la naissance du sujet. Une institution peut répéter à son insu cette même projection incohérente bien repérable lorsqu'une équipe se divise, par exemple, sur l'interprétation donnée de comportements et sur les prescriptions de ce qu'il conviendrait de faire.

Gisela Pankow définit le terme de dissociation comme « une destruction de l'image du corps telle que ses parties perdent le lien avec le tout pour réapparaître dans le monde extérieur ² ». Les divisions de l'équipe au sujet d'une prise en charge peuvent être perçues comme cette « réapparition » dans le monde extérieur des parties du corps morcelé du psychotique. Il ne s'agit même plus de projection à proprement parler mais d'extension du corps et de ses morceaux venant constituer momentanément l'espace corporel institutionnel.

Ce n'est pas pour rien que Jean Oury a pu énoncer qu'un des principes premiers de la psychothérapie institutionnelle est de « soigner les soignants ».

LA PHYSIOTHÉRAPIE

Maud Mannoni écrit que « c'est généralement un malentendu qui va caractériser la relation (du malade) avec un spécialiste : sa parole singulière va tomber dans l'anonymat, elle n'est plus porteuse d'aucun

1. J. Lacan, *Les psychoses, Séminaire III*, Paris, Le Seuil, 1982, p. 50.

2. G. Pankow, *L'homme et sa psychose*, Paris, Aubier Montaigne, 1969, p. 22-23.

sens, reprise qu'elle est dans le registre du savoir du spécialiste. Elle n'est utilisée qu'à titre d'information³ ».

Dans notre institution nous nous sommes trouvés confrontés très tôt à cette question : notre spécialité était la psychothérapie de groupe. Comment échapper au risque d'en faire un modèle unique contraignant chacun à passer par ce moule thérapeutique ?

Par ailleurs, les comportements régressifs ou autistiques, l'abondance ou la pénurie du langage ont vite montré les limites, pour certains de nos patients, des lieux et des techniques qu'on leur proposait. Il nous fallait imaginer une autre forme de travail tenant compte des besoins de ceux qui étaient en perte totale de repère mais qui reste cohérente par rapport aux lieux déjà existants.

L'idée naquit d'un projet s'aventurant au-delà des frontières dûment balisées de nos techniques spécialisées, s'adressant à des sujets en repli autistique ou en retrait phobique, en éclatement paranoïde ou en excitation maniaque, ou encore présentant des symptômes axés sur l'intégrité de leur corps. Nous l'avons appelé « physiothérapie » du nom que Sivadon et Gantheret ont donné à leur travail à l'hôpital de la Verrière.

L'histoire de Gabrielle avait montré la nécessité d'un véritable tiers si l'on veut échapper aux dynamiques persécutoires et morcelantes. La physiothérapie est née comme réponse à cette question du tiers dont la dimension intime de la relation corporelle pose la nécessité de façon encore plus aiguë. C'est un mode de thérapie groupale : par là, elle est plus en harmonie avec l'ensemble du projet institutionnel.

Ce tiers fonctionne à plusieurs niveaux en physiothérapie. Le patient est d'abord adressé à la physiothérapie par une autre équipe thérapeutique qui va rester son groupe d'attachement. En physiothérapie, le patient n'est jamais en relation seul avec un soignant lui-même seul : il partage le soin avec d'autres.

Le soignant y partage sa fonction avec d'autres : il n'y a pas de fonction ou de position hiérarchique particulière en physiothérapie. Chacun anime les divers temps de la séance de façon tournante. La différence n'y est pas issue des statuts professionnels mais de la seule position de sujet. Enfin les soignants se soumettent à un travail régulier de régulation.

Fonctionnement

Le groupe se réunit une fois par semaine pour une séance de quatre heures. Il est composé d'une équipe de trois soignants et de quatre à cinq patients.

3. M. Mannoni, *La théorie comme fiction*, Paris, Le Seuil, 1979, p. 143.

Le premier temps est axé sur la relation la plus archaïque au corps : c'est le temps de *psychomotricité*. Le travail est axé sur le corps en mouvement, en activité d'échange avec autrui, en manipulation d'objets, en jeux, en découverte de lui-même, en relaxation ou massage. C'est un travail sur la sensorialité. Il se déroule dans une grande salle de l'institution, assez vaste pour permettre de se mouvoir dans un grand espace, et assez confortable pour pouvoir se déplacer pieds nus. L'expérience du plaisir y est importante. Il s'agit de vivre de « bonnes expériences corporelles », de se sentir « bien dans son corps », et non de le contraindre ou de le faire souffrir.

Le deuxième temps est celui d'un repas partagé en commun : Maud Mannoni a insisté sur l'importance, dans le soin des psychotiques, de partager des « choses simples » de la vie de tous les jours. Manger ensemble, échanger des propos simples de la vie quotidienne, c'est aussi une manière de soigner. Se montrer à table dans nos conduites sociales et nos échanges alimentaires est un moment beaucoup plus riche qu'il peut sembler à première vue. Tout praticien psychodramatiste sait que les scènes de repas sont parmi les plus fréquentes en psychodrame.

Le troisième temps se déroule dans l'atelier de modelage : il s'agit de modeler la terre et de produire un objet représentant un corps. La consigne est commune. Le personnage représenté varie suivant les séances : nous commençons en général par des représentations de soi-même pendant la séance de psychomotricité, avant de les étendre à la représentation d'autres personnages. Généralement nous aimons bien faire un va-et-vient entre une représentation de soi et une représentation d'un autre, parental, amical, imaginaire...

Cette œuvre est prétexte à une verbalisation sur le personnage réalisé puis sur la séance. C'est une invitation à dépasser un vécu qui resterait au seul plan de l'imaginaire pour en faire une parole échangée avec autrui. Le vécu corporel de la séance devient alors support d'une parole.

La physiothérapie est un « groupe fermé ». Les séances reviennent à des rythmes réguliers. Les mêmes personnes s'y retrouvent pour différents temps de séance qui sont toujours les mêmes et qui reviennent dans le même ordre. Cette rythmicité et cette permanence nous paraissent nécessaires pour aider le psychotique à repérer une structure dans le temps qui lui permette d'y établir les siennes.

Cette sécurité née de la permanence des temps de la thérapie permet aux patients de jouer avec les différents moments de la séance : ils savent que la séance se déroule, que nous les y attendons et qu'ils y ont une place. Ils peuvent être absents d'un temps de la séance. Ils peuvent aussi demander à se retirer un moment de la séance corporelle, s'asseoir un peu plus loin pour nous regarder ou se reposer : nous l'acceptons dans la mesure où cela reste dans la relation et permet une parole.

La progression d'une séance se fait sur une ligne d'évolution assez simple. Le premier temps est celui de l'expérience sensorielle et de l'échange corporel : c'est le niveau le plus archaïque où la dimension de plaisir et de jeu est importante. Le temps du repas est celui d'une rencontre autour de la nourriture : il ajoute la dimension sociale de partage d'une satisfaction orale. Les deux derniers temps vont être ceux qui permettent l'accès à la socialisation du vécu de la séance : représentation d'abord issue de l'imaginaire par le modelage, puis symbolisation secondarisée dans l'échange verbal. Ce temps permet, de plus, à chacun de disposer d'un moment d'écoute singulier qui n'appartient qu'à lui, mais où il est important que tous y soient présents.

Ce temps du symbolique est très important. À lui seul, il ne suffit pas : il ne peut acquérir cette importance que dans la mesure où il s'appuie sur le vécu des autres temps de la séance, tout comme le bébé qui, dans son développement, n'accède au symbolique qu'à partir de ses expériences sensorielles et imaginaires. En cela, chaque séance suit un développement proche du développement génétique.

Comme chacun sait, les premières sensations du fœtus sont d'abord corporelles : Wallon les nomme « tonico-émotionnelles ». Elles vont rester inscrites sous forme de traces. De traces elles vont se constituer en sensations, c'est-à-dire qu'un imaginaire va peu à peu s'y associer. Elles vont permettre la constitution d'une mémoire corporelle. L'imaginaire se développera sous forme d'images de plus en plus constituées. Mémoire et images vont s'associer à des mots. Ces mots, d'abord individuels, vont se socialiser et devenir langage et, par là, donner naissance au symbolique.

Winnicott a nommé « psyché-soma » l'expérience de sa « continuité d'existence ». L'individu est très fragile, dans le premier temps de sa vie devant le monde : son sentiment de continuité d'existence est très dépendant du monde extérieur et de l'aide qu'il y trouve. Le « bon environnement » du bébé est d'abord fait de sensations physiologiques : « Il faut qu'il s'y sente porté, ou plus généralement soigné⁴. » La physiothérapie est centrée sur la manière de porter le corps : on prend soin du corps en le manipulant, mais ce traitement corporel est si proche et si enveloppant qu'il est tout ensemble un *holding* et un *handling* qui vont permettre l'établissement d'un lien de soi à soi et de soi à l'autre, tout en soulageant la tension d'existence que doit déployer un sujet pour se maintenir en place et en équilibre comme va nous le montrer l'histoire de Sarah.

4. D.W. Winnicott (1949), *L'esprit et ses rapports avec le psyché-soma*, Paris, Payot, 1975, p. 68.

Sarah

Sarah est une jeune fille de 21 ans aux prises depuis l'âge de 14 ans avec une importante problématique anorexique et dépressive. Dans son histoire on note un problème organique néonatal (non fermeture de la cavité abdominale, *laporischisis*, compliquée d'une septicémie) : les cinq premières années de la vie de Sarah ont été ponctuées d'hospitalisations et de soins médicaux. Lorsqu'elle arrive à Saint-Martin elle sort d'une grave TS par absorption médicamenteuse. Sarah est d'emblée d'accord lorsqu'on lui propose la physiothérapie : elle y voit un moyen de « faire travailler son corps ».

Les premiers liens : la violence et le douceur

C'est portée par cette volonté qu'elle commence, investissant les temps de psychomotricité comme un effort sportif et ceux du repas comme des remplissages énergétiques. À la fin de sa première séance, elle nous dit : « Je me suis dit que pendant la séance j'ai fait beaucoup de sport, j'étais contente. » Elle ponctue ensuite son repas en disant : « À table je me suis dit : tu manges et tout avance. »

Très rapidement, elle va investir massivement la relation transférentielle avec nous tout en nous confiant les éléments de ce qui s'est noué pour elle autour de sa naissance donnant raison au psychanalyste argentin, José Bleger, face à ceux qui peuvent encore douter des capacités du psychotique à nouer des transferts : « Le transfert psychotique s'installe rapidement et massivement ⁵. » « Ma maladie au départ était liée au danger de mort. Ma mère ne pouvait me prendre dans ses bras. J'ai failli mourir. » Ce qui lui permet de nous adresser directement cette demande : « J'ai besoin qu'on s'occupe de moi. Quand je suis câlinée j'ai l'impression d'exister. En dehors de la maladie, j'existe pas... »

La confiance transférentielle ne peut être totale pour le psychotique. L'autre, dans son désir de soin, est toujours un danger, tout en représentant, en même temps, un espoir. C'est ce que soulignait Sechehaye dans sa narration de l'histoire d'une schizophrène : « La présence d'autrui peut inquiéter et angoisser le malade. Elle constitue pour lui une menace de rompre sa propre subjectivité et d'éveiller un désir, un besoin qui sera presque toujours déçu ⁶. »

5. J. Bleger, *Symbiose et ambiguïté*, Paris, PUF, 1981, p. 19.

6. M.A. Sechehaye, *Introduction à une psychothérapie de schizophrène*, Paris, éditions PUF, 1954, p. 29.

L'histoire de Sarah lui a appris que le prix à payer pour recevoir l'amour était la maladie. Elle ne peut que douter de ceux qui s'approchent d'elle : « Ma mère s'est toujours beaucoup occupée de moi, mais je ne crois pas qu'elle m'aime. » Cette question est une question centrale du soin : on peut s'occuper de quelqu'un, l'aimer, c'est autre chose.

L'amour que nous lui proposons va donc rencontrer la souffrance. Sarah saura transformer nos soins en autant d'occasions de souffrir et de se faire mal. « Les jeux de balle m'énervent... les jeux de ballon sont durs, violents : je voyais tout le monde rigoler alors que moi je n'y trouvais pas de plaisir, mais, au contraire, de la souffrance, de la violence sexuelle... Je n'aime pas la violence : la violence contre moi-même, ça ne me gêne pas, plusieurs fois je me suis frappée. La violence de l'autre me fait peur : j'aime bien me défoncer, maltraiter mon corps... Pendant la séance je me suis défoncée : je voulais me défoncer jusqu'à me faire mal. »

Se défoncer plutôt qu'être défoncée comme son corps à la naissance ? Se maltraiter plutôt qu'être maltraitée ?

La séance de psychomotricité se termine généralement par un moment de repos où nous leur demandons de s'allonger. Sarah nous demande de détendre son dos, ses épaules et sa nuque. La verbalisation du vécu est reprise en fin du modelage où nous lui demandons de se représenter au cours de cette relaxation. Sarah s'y modèle « en tension, avec une volonté farouche de ne pas me détendre, de maîtrise ». Elle ira jusqu'à ce paradoxe : « J'ai une volonté farouche de détente. »

On peut penser que cette lutte est une lutte contre la régression que nous lui proposons. Elle représente un retour en arrière, aux premières relations de la vie. Pour Sarah, ces premières expériences ont été marquées par des souffrances physiques et morales intenses qui restent gravées en elle comme un mal qui la ronge : « J'ai besoin d'extérioriser ce mal qui me bouffe la vie... » Ce mal est tellement violent qu'il l'habite comme un ennemi intérieur dont elle ne sait comment s'échapper : « Hier j'ai failli me foutre sous une voiture, c'est comme si ça me courait après. »

En même temps cette régression rencontre sa grande avidité de proximité corporelle : « Au repos, j'ai senti mes mains comme un petit nid douillet. J'étais dans une position comme quand j'étais bébé : ça me fait du bien de le dire. » Une autre fois elle dira à une soignante de la physiothérapie : « J'étais bien quand vous m'avez mis votre tête sur mon épaule : ça me faisait penser à ma mère. » Dans cette inversion, « votre tête sur mon épaule », c'est elle qui se trouve en position de mère recevant la tête de l'autre, comme si dans la dyade mère-bébé qu'elle reconstitue, elle ne pouvait encore occuper tranquillement la position de l'enfant.

Le vide

Mais occuper cette position de bébé, c'est aussi accepter la séparation d'avec l'autre. C'est se trouver confronté au manque que cet éloignement instaure : « Quand Joseph est parti, j'ai ressenti l'angoisse, je me trouvais seule face à moi-même... je ne peux pas m'assumer toute seule. » Ce qui fait naître la demande : « J'ai besoin de quelqu'un, de béquilles. »

Plus tard, elle précisera le sentiment de vide que crée la disparition de l'autre : « Ce n'est pas vraiment une peur, mais un sentiment bizarre... n'avoir aucune sécurité autour de soi, être face au reste... ça me fait penser à ma naissance, je ne sais pourquoi, l'image de me voir bébé, ma malformation, une insécurité, la peur d'être abandonnée. »

Dans ce retour sur son passé, Sarah est face au « reste », évoquant le « réel » lacanien et renvoyant probablement au vide, vide de la présence du corps de la mère, vide qui rencontre également son corps troué à la naissance : comment faire de ce vide une ouverture lui permettant de prendre corps ?

La nourriture, le corps, les autres

Sarah emploie une métaphore orale pour désigner son mal : il « *la bouffe* » et entre en écho avec sa relation à la nourriture. Partageant notre repas ensemble lors de la séance de physiothérapie nous sommes témoins de ce comportement. Sarah se jette voracement et goulûment sur tous les plats qui se présentent sur la table : elle les déverse dans son assiette avant de les engloutir. Nous sommes à l'écoute des productions verbales qu'elle y associe : « À la maison, c'est mon père qui me sert toujours, donc je suis obligée de manger la quantité qu'il me donne. C'est ma mère qui l'a préparé : c'est bien, ça se passe bien. Quand c'est un repas autre, ça ne va pas. À midi, je me suis faite vomir : je voudrais manger comme les autres, comme vous, mais je n'y arrive pas... La nourriture de la physio, je voudrais qu'elle soit différente, pas comme celle de ma mère. » Une nourriture différente, pas comme celle de sa mère, et qu'elle pourrait cependant garder en elle, comme celle de sa mère...

Peu à peu, elle va associer sa conduite envers la nourriture avec son image corporelle : « Quand vous m'avez massée, je pensais à la masse corporelle, à la graisse que j'avais dans le dos. J'ai repris un peu de poids : je pense que ça devait être désagréable pour vous quand vous me massiez. C'est mon corps à moi que je n'aime pas et que je n'accepte pas... Cette nuit je rêvais de la poitrine de Véronique (une autre patiente), une grosse poitrine que, moi, je n'ai pas. Elle est belle, elle a un beau corps que j'aimerais avoir. »

Au passage, soulignons l'importance de la présence et de la place des autres dans le travail de physiothérapie : partenaires qui « rigolent » dans les jeux, alors qu'elle ne peut pas et que leur plaisir est synonyme de « violence sexuelle », ils sont aussi modèles que Sarah aimerait imiter, son imperfection risquant de la priver de notre amour au profit d'eux. Rappelons que Sarah a deux sœurs cadettes jumelles qui représentent un constant risque de préférence et d'abandon parental.

Elle nous dit qu'elle n'aime pas son corps et sa graisse, mais elle arrive, cependant, à se décaler à notre place et interroger notre désir : est-ce que mon corps vous dégoûte vous aussi, et surtout, quel effet ça vous fait quand vous vous en occupez ?

Cette question est celle de notre désir sur elle et témoigne de la progression de son lien transférentiel à nous.

Le transfert, les images parentales

Lors de la séance, elle raconte qu'elle a rêvé de moi : je me suicidais avec un revolver. Cette évocation va lui permettre d'aborder la relation à son père. Pendant longtemps, en physio, elle s'est adressée essentiellement aux deux soignantes femmes et évoquait soit sa mère, soit le couple père-mère dont elle se vivait exclue. L'image de la mère était décrite, la plupart du temps, dans une relation de fusion corporelle attirant Sarah dans une régression dangereuse qu'elle désirait quitter.

Dans son rêve, je lui apparais dans une double image de force et faiblesse : j'ai un revolver mais je me suicide avec. De la même manière, elle décrit son père comme un homme puissant et fragile. Elle admire sa force tout en la redoutant : « Les contacts violents, ça me fait penser à mon père. Quand il me parle au téléphone, c'est comme si il me donnait un ordre. Mon père est très dur, il a un caractère fort, très sûr de lui. » Mais il est également un être déprimé : « Il s'inquiète pour ma santé : à table, je le vois triste, le regard figé. »

L'intérêt du travail en physiothérapie est la possibilité du surgissement brutal de ressentis et de fantasmes transférentiels. Un peu comme dans le psychodrame où ils naissent du jeu, ils s'enracinent, en physiothérapie, dans l'expérience de la sensorialité et du partage corporel. Ils sont souvent mis directement en relation avec les images parentales. Le transfert va se dire et se jouer sans que la question de savoir si nous sommes ou non ses parents ait à se poser. La différenciation se fera doucement par une identification plus précise de chacun d'entre nous et avec chacun d'entre nous.

C'est ce qui va permettre à Sarah d'élaborer sa propre image comme être séparé, et de préparer ainsi son départ.

Le départ

C'est au moment de son départ que Sarah va restituer une image d'elle telle qu'elle la perçoit désormais : « Pour exister, j'ai besoin d'être l'unique. Je cherche à être l'unique qui fait un régime : je me détache des autres pour montrer que j'existe. C'est bizarre que, d'un côté, j'ai envie d'être normale, et de l'autre d'être l'unique. Mon père m'a dit : je t'aime. C'est la première fois. Il m'a dit que j'ai beaucoup de maturité. Je vois les gens très différemment : ce qui me semblait difficile me semble plus simple... Je vais bientôt partir définitivement : la physio, c'était bien ce matin. Je vois ça sous un jour plus ludique. Avant j'étais trop retenue, maintenant j'ai trouvé du plaisir à me laisser aller. Pendant longtemps je n'ai pas compris à quoi servait la physio... »

Elle pleurera en nous quittant à la dernière séance : « Vous étiez ma famille : quitter tout ça, c'est dur. » Elle compte continuer à prendre soin de son corps : « Je ferai des activités sportives. »

Il est, à chaque fois, difficile de rendre compte de ce qui se passe dans les thérapies corporelles. Dans son article : « Impliquer le corps, pourquoi ? comment ? », Roger Gentis appelle les thérapies corporelles des « expériences-limites » du fait même qu'elles se situent aux limites du langage et « qu'il importe de se tenir à cette limite ». Se porter à cette limite, c'est « entrer dans une zone de turbulences où ce qui relève de la subjectivité devient flou et aléatoire ».

La physiothérapie se présente comme une thérapie corporelle permettant à plusieurs soignants et soignés de travailler ensemble : c'est une première sécurité pour les deux. C'est un groupe, et non une thérapie individuelle ; la présence d'autres, leur contact, leur proximité permettent la constitution d'une relation humaine tranquille. C'est un espace de sensorialité et d'échanges partagés sur une durée de trois à quatre heures, dans des gestes simples de vie quotidienne où toute la personne se trouve engagée. La présence des thérapeutes et l'action de leurs interrelations ouvrent un lien entre l'irreprésentable du monde psychotique et les représentations culturelles et sociales pouvant leur permettre un accès au monde de l'intersubjectivité.

EN GUISE DE CONCLUSION

Il nous reste à ouvrir sur la dimension groupale institutionnelle de tout soin clinique. L'histoire de Gabrielle nous a montré qu'une thérapie ne se développe jamais dans un éther abstrait : elle a permis de réaliser l'inextricabilité du lien qui unit individu et groupe dans le jeu des interactions transférentielles que François Roustang nomme si justement « influences ».

Toute institution fait corps : elle a un appareil psychique qui lui est propre, c'est-à-dire qu'elle a sa propre élaboration fantasmatique faite des inconscients de tous et jamais réductible à leur simple addition. C'est ce que nous ont enseigné Freud puis Bion, Anzieu et Kaës.

Toute dynamique transférentielle qui se déploie dans une institution peut donc à juste titre être définie, en paraphrasant Freud, comme « simultanément et d'emblée » groupale⁷.

La métaphore du « corps soignant » signifie bien qu'un groupe puisse être organisé comme un corps : il est très important de savoir s'occuper de ce corps, « soigner les soignants ».

Il resterait donc à développer cet autre aspect du lien entre le corps, la psychose et le groupe, repérable principalement dans les symptômes et passages à l'actes qui surviennent dans la vie de nos institutions. C'est ce que j'ai développé dans mon ouvrage, *L'objet invisible*.

BIBLIOGRAPHIE

- ANZIEU, D. 1975. *Le groupe et l'inconscient*, Paris, Dunod.
- BION, W.R. 1965. *Recherche sur les petits groupes*, Paris, PUF.
- BLEGER, J. 1975. *Symbiose et ambiguïté*, Paris, PUF, 1981.
- ENJALBERT, J.M. 2002. « Le groupe et la psychothérapie institutionnelle » et « La psychose et les groupes de psychothérapie analytique en institution », dans *Analyse de groupe et psychodrame*, Toulouse, érès.
- FALGUIÈRE, J. 2002. « L'élaboration d'une pratique et sa théorisation », dans *Analyse de groupe et psychodrame*, Toulouse, érès.
- FREUD, S. 1920. « Au-delà du principe de plaisir », dans *Œuvres complètes*, t. XV, Paris, PUF, 1996.
- FREUD, S. 1921. *Psychologie collective et analyse du Moi*, Paris, Payot, 2001.
- GANTHERET, F. ; SIVADON, P. 1969. *La rééducation corporelle des fonctions mentales*, Paris, ESF.
- KAËS, R. 1976. *L'appareil psychique groupal*, Paris, Dunod.
- LACAN, J. 1982. *Les psychoses, Séminaire III*, Paris, Le Seuil.
- LECLAIRE, S. 1968. *Psychanalyser*, Paris, Le Seuil.
- MANNONI, M. 1979. *La théorie comme fiction*, Paris, Le Seuil.
- MORNET, J. 2000. « La grande exclusion de la psychiatrie », *Institutions* n° 26.
- MORNET, J. 2002. « Transfert et délire institutionnel », dans *Les cahiers Henri Ey : la critique du délire* n° 6-7, mars.
- MORNET, J. 2003. *L'objet invisible*, Nîmes, Le Champ Social.
- MORNET, J. ; LARNAUD, M. ; VALMIER, D. 2003. « Du délirant au désirant », *Psychodrame*, revue du psychodrame freudien, *Sept*, n° 141/142, juin.

7. « La psychologie individuelle est, aussi, d'emblée et simultanément, une psychologie sociale. » S. Freud (1921), *Psychologie collective et analyse du Moi*, Paris, Payot, 2001, p. 137.

- PANKOW, G. 1969. *L'homme et sa psychose*, Paris, Aubier Montaigne.
- ROUSTANG, F. 1990. *Influence*, Paris, Éditions de Minuit.
- SECHEHAYE, M.A. 1954. *Introduction à une psychothérapie de schizophrène*, Paris, PUF.
- WINNICOTT, D.W. 1947. « L'esprit et ses rapports avec le psyché-soma », dans *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Petite bibliothèque Payot, 1975.
- WINNICOTT, D.W. 1947. « La haine dans le contre-transfert », dans *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Petite bibliothèque Payot, 1975.
- WINNICOTT, D.W. 1975. *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard.