

Le Corps de l'Anorexique : maudit, maux dits, mots dits
Alain VERNET – Psychologue – Mémoire de philosophie -

Mort à toute fortune, à l'espoir, à l'espace,
Mais non point mort au temps qui poursuit sa moisson,
Il me faut me retirer et lui céder la place,
Mais dans ce dénuement grandit ma passion.

Je l'emporte avec moi dans un pays sans nom
Où nuit et nuit sur nuit me pressent et m'effacent.
L'ombre y dévore l'ombre, et j'y dresse le front
A mesure qu'un mur de songe boit ma trace.

Ce n'est vie ni non plus néant. De ma veillée
Les enfants nouveaux-morts errent dans l'entre-deux.
Transparentes clartés, apparues, disparues,

Elans sans avenir, souvenirs sans passé,
Décroître fait leur joie, expirer fait leur jeu,
Et Psyché brûle en eux, les ailes étendues.

Soutenu sous la direction du Professeur Eric FIAT

Université de Paris-Est / Marne la Vallée

INTRODUCTION

Comme un compagnon des journées et des nuits, des jours heureux ou malheureux, des heures creuses, des moments vides, comme aussi des instants joyeux, à la peine toujours, dans les temps ordinaires comme dans les instants extraordinaires, se faisant souvent oublier, se rappelant aussi, malgré soi, à nos pensées, sachant également se faire insistant, le corps est ce nécessaire et indispensable outil, par lequel nous sommes, grâce auquel nous existons, et avec lequel nous inscrivons notre trajectoire sur la terre, entre l'avant de notre naissance et l'après de notre mort. Sans lui, rien n'est possible, et tout ce que nous faisons, disons, pensons, nécessite qu'il soit, car sans lui nous n'aurions été, à tout jamais que le désir d'un autre, définitivement irréalisé.

En effet, « lorsque l'enfant paraît », au moment de la naissance, c'est bien un corps qui se présente, certes surface de projections et de désirs multiples, conscients et inconscients, dans l'engendrement d'une histoire, d'une filiation plus ou moins fluide, connue, déterminée. C'est un corps qui se découvre, surface visible enfermant une machinerie invisible, contenant perceptible, protégeant un contenu fragile, non encore totalement efficient, dont les fonctionnalités ne sont ni pleinement actives, ni toutes

effectives, surface de contact, enchâssant ce qui permet qu'elle dure, grandisse, se développe, et progressivement se perpétue. Ce corps se découvre en arrivant en pleine lumière, et en plein air, devant se dépouiller pour cela d'une carapace protectrice préalable qu'est le liquide amniotique, et s'attribue un volume, une place dans l'espace, déjà une existence, qui s'impose aux autres, que cette place puisse avoir été prévue, l'enfant étant attendu, mais aussi quand cela n'est pas le cas. L'enfant devient dès lors « incontournable », justement du fait d'un volume dont il remplit l'espace, et qui impose d'en faire le tour, comme une présence réelle, qui peut être détruite, cassée, altérée, mais dont on ne peut faire qu'elle ne soit pas, qu'elle n'occupe pas une certaine place. Ce corps apparu à l'occasion de la naissance, qui lui donne sa visibilité définitive, l'intégralité de sa dimension spatiale, ses mesures, qui, certes, a pu être visualisé auparavant, au travers de diverses images, clichés radiologiques, permises et révélées par les techniques d'imagerie médicale, n'était jusqu'alors que possibilité, potentialité, probabilité, et c'est cet événement historique et daté qui lui confère toute sa substance, même si celle-ci ne cessera de varier, de se modifier, de se transformer, du fait du déroulement de la vie, des circonstances et contextes dans lesquels elle se passe, se situe, se développe. Cette naissance agit comme un révélateur de ce qui n'était qu'attente, espérance, virtualité pensée, inscrivant dans la matière des faits ce qui n'y était qu'en puissance, conférant une matérialité à ce qui n'avait jusqu'alors qu'une consistance d'idée, fragile, fugace, diversifiée, qui n'était qu'une multiplicité non étalonnée. La matière a ceci de particulier, dans cette situation, que pour se révéler elle passe de l'ombre à la lumière, d'une « chambre noire » remplie d'un liquide amniotique, dont elle a besoin de se débarrasser pour accéder au statut de révélation, alors que l'image, à l'instar de la photographie, pour se révéler, a besoin de passer de la lumière à l'ombre, et n'accèdera au statut de révélation que par l'intermédiaire d'un nécessaire bain liquide, dont il lui faudra s'imprégner. C'est un corps qui se découvre en naissant, mais cette naissance est déjà connaissance, dans la mesure où elle est un effet d'une pluralité, de personnes et de désirs, de corps pensants, donc de sujets, à commencer par les parents, et au-delà, l'entourage familial, et toute la parentèle. Ces représentations ne sont d'ailleurs pas toutes toujours positives, et il en est de mortifères, d'autres chargées d'angoisses, et d'autres, qui, chargées d'idéalisations

inaccessibles, portent déjà leur poids d'insatisfaction, d'échec prévisible, ce que d'aucun nomment fatalité. Ceci fait que ce corps est déjà un peu plus qu'un corps, puisqu'il est d'emblée un lieu d'inscription des désirs d'autrui, réceptacle de multiples projections, support de diverses paroles à propos, qui placent dans une filiation, positionnent dans une trajectoire, enserrent dans une chaîne, un filet, un maillage de déterminations. Ce corps est certes espace, surface, volume, occupant une situation géographique, qui s'offre aux regards et aux représentations d'autrui, écran par conséquent, mais il est aussi écrin, c'est-à-dire écran retourné vers l'interne, du côté de ses propriétés intrinsèques, renfermant ce qui rend possible et durable sa situation d'écran. Il s'ensuit qu'on peut considérer qu'il existe un corps pour soi, et un corps pour autrui, qui ne sont pas toujours superposables, ce qui permet qu'ils se considèrent comme différents, associés peut-être, intriqués sans doute, mais non fondus entre eux, non amalgamés, non complètement en symbiose. On peut penser que cette absence de symbiose, cette différence, cette distance, est ce qui est nécessaire pour que s'élaborent à la fois le Moi et l'Autre, dans une dialectique du Je et du Tu, et qu'en conséquence, il ne peut exister de corps que parce qu'à un moment, il s'est trouvé pris dans les rets du langage. Sans le langage, le corps ne serait qu'une matière, comme une autre, ordinaire finalement, alors même qu'il reste pensé comme un extraordinaire, à la fois par son apparition, considéré comme un « heureux événement », mais par son fonctionnement même, qui reste une source constante d'émerveillement.

C'est donc le langage porté telle une ombre sur cette matière organique surgissant dans un espace géographique et topographique partagé qui va construire le corps, grâce à des qualificatifs attribués à la matière qui seront comme autant de causes déterminant sa substance. Ce langage ne sera pas toujours verbal. Il pourra être un environnement sonore, qui ne sera pas obligatoirement un langage articulé. Il pourra être aussi un langage tactile, fait de sensations directes, ou médiatisées, sensations qu'on pourrait appeler par procuration, comme un regard. Aussi le corps se construit par un système d'intermédiaires sensoriels, autour desquels, progressivement, se structureront des sensations de plaisir ou de déplaisir, d'excitation et de tension, ou de

calme et d'ataraxie, ces premières sensations étant régulées par l'apport de nourriture, faisant que la sensation de faim et la sensation de satiété seront les premières sensations qui seront progressivement discriminées, conférant au stade oral la mission d'inauguration de la vie de l'homme. C'est un des apports fondamentaux de Freud d'avoir montré que le Moi, autant dire la construction d'une personnalité autonome et individualisée, se construit progressivement, à partir de sensations corporelles, identifiant des zones érogènes, donc investies de manière privilégiées par la libido, c'est-à-dire des sensations de plaisir et déplaisir, qui, dans leur déplacement, et en fonction des manières de faire de l'entourage face à ces manifestations d'excitation et d'apaisement, ne peut exister qu'à travers une médiation corporelle, qui le construit, dans le même moment, le même temps, le même mouvement, que le corps se construit, s'identifie, c'est-à-dire se perçoit comme unité, individualité, autonomie, finalement séparé, différent, distinct, de l'autre ; et pour la psychanalyse à partir de la mère ou de son substitut.

On peut concevoir, compte tenu de sa place dans la genèse et la construction de la personnalité, que la nourriture se trouve investie d'un poids fantasmatique qui peut apparaître disproportionné, et que tout ce qui a un rapport avec la nourriture et l'alimentation pèse d'un poids important dans les pensées et les représentations, pouvant les occuper de manière exclusive, un peu sur le mode de l'idée fixe ou de la rumination obsédante. La peur de la famine appartient à nos craintes archaïques, et elle reste vive dans la mémoire collective. On peut d'ailleurs se demander si les actuelles préoccupations autour de la « mal-bouffe » ne sont pas un avatar de cette peur ancienne de la famine. C'est pourquoi, peut-être, les comportements d'anorexie, mobilisent autant d'angoisse, dans les familles confrontés à ce problème, comme aussi chez les soignants, que ces anorexies soient le fait d'adolescents ou de personnes âgées. On les rencontre moins dans la population adulte. Mais si d'aventure il se présente de telles conduites, celles-ci entraînent les mêmes réactions, sans doute encore avivées du fait que, moins fréquentes, elles sont plus difficilement comprises, car ne pouvant être rapportées à des figures connues, à des explications standardisées, à des modèles

avérés. L'observation qui sert de prétexte à ce travail, et qui illustre une situation d'anorexie mentale chez un « adulte » cherchera à montrer combien a pu paraître obscène à son entourage, mais aussi au patient lui-même, ce qui est apparu comme une exhibition insupportable, parce qu'incomprise, du corps.

D'autres mises en avant du corps, d'autres manières de l'utiliser, peuvent également désarçonner l'entourage, soignant comme non soignant : que ce soient certaines parures vestimentaires, ou l'utilisation d'effets de maquillage, plus ou moins réversibles, plus ou moins durables, en particulier des teintures, capillaires notamment ; que ce soit l'utilisation d'accessoires vestimentaires, plus ou moins fixés dans l'enveloppe corporelle, plus ou moins adhérents ou dissociables du corps, comme les *piercings* ; que ce soient des inscriptions directement faites sur le corps, destinées, plus ou moins, à une visibilité, plus ou moins facilement lisibles, décodables, interprétables, plus ou moins agressives, comme les tatouages et les scarifications; lesquelles, par rapport aux tatouages, paraissent plus un balbutiement, semblent un langage moins articulé, comme si le tatouage était une parole plus facilement exprimée, moins difficile à formuler, et qui fait moins mal pour s'énoncer et s'exprimer, qui a moins de mal à se dire ; que ce soient des automutilations, des tentatives de suicide, ou même des suicides réussis, la tentative de suicide, contrairement à ce qu'on croit, n'étant pas un appel à l'aide, mais un suicide qui a échoué, le suicide étant, par lui-même, appel à l'aide, mais appel informulable, ou inaudible, cri qui se jette en même temps qu'il se tait, tel une apparition-disparaissant, pour le dire avec la terminologie de Vladimir Jankélévitch. A l'exception du suicide, le caractère d'exhibition de ces diverses manifestations est souvent évident ; et par là-même leur caractère discursif semble indéniable, même s'il existe des brouillages parasitant la compréhension. Mais on s'accorde à y reconnaître ou bien l'expression d'une souffrance, qui se vit et se dit, ou bien l'expression d'une affirmation de soi, d'une recherche d'identité, qui s'essaie avant de se trouver, se manifeste au regard de l'autre, à travers des provocations qui ne laisseront pas indifférents, et permettront, par le biais de cet autre de se sentir un peu, ou un peu plus, soi-même. La tentative de suicide, parce qu'elle est un acte, destiné à retrancher,

demeure une affirmation, une protestation d'existence, qui reste de l'ordre d'un discours, potentiellement compréhensible, bien qu'il ne le soit pas toujours, mais qui permet, par essais et erreurs, des tentatives de décodage et de traduction. En outre ces conduites revêtent toutes, peu ou prou, l'apparence d'un acte, qui, même s'il est le résultat de motivations inconscientes, garde, de ce fait, un aspect d'intentionnalité, de manifestation de volonté, une fiction de liberté, qui donnent l'illusion de maîtrise d'un destin, si bien, qu'au bout du compte, ces comportements sont perçus comme moins obscènes que l'anorexie.

L'anorexie en effet, ne semble pas résulter d'un acte, bien identifié, affirmant une présence, mais se montre, au contraire, comme l'effet d'une progressivité inéluctable, qui paraît s'imposer malgré soi, en dehors de toute volonté, et qu'on pourrait définir comme le tutoiement avec l'implacable d'une mort, dont le nom ne serait jamais prononcé, et dont l'idée ne serait jamais pensée, mort qui n'est qu'un trou noir, gouffre qui aspire inéluctablement, sans en avoir l'air, et qui laisse supposer l'inverse, tellement l'anorexique croit maîtriser son destin. Ce tutoiement d'une certitude qu'on se fait croire comme impossible et inactuelle, comme indéterminée, mais tellement inévitable en fait, cette illusion d'un Je tout-puissant, mais qui, moins qu'un crayon ou un stylet qui inscrit (ce qui constitue une différence majeure avec les autres atteintes au corps), est une gomme, qui efface toute réalité, au point de construire du vide, du néant, derrière l'apparence d'une « forteresse vide », n'amorce aucune phrase, aucune rencontre avec l'autre. C'est un tu qui dissout tout, soi-même, les autres, et même la perspective de la mort, pourtant tellement explicite. C'est un tu qui ne véhicule plus aucun discours, plus aucun langage, plus aucune parole signifiante, sinon l'apocalypse d'une mort qui ne peut pas se dire, et qu'on ne veut plus voir, plus penser, plus parler, tellement elle est présente, toute-puissante, occupant tous les espaces, mort toujours là, car déjà là, ici et maintenant, répétition presque déjà faite d'une situation antérieure, d'une mort déjà venue, par conséquent tutoiement qui bégaye, au point d'en rester sans voix, de n'en savoir que dire, et même de n'en pouvoir crier.

Faudrait-il considérer que les conduites d'anorexie sont des tu adressés à des

on, l'un et l'autre pronom ne pouvant que décliner un futur antérieur ? C'est ce que pourrait évoquer l'observation qui sert de prétexte, d'illustration, d'argument, à ce travail.

Il s'agit d'un patient que, malgré lui, en tout cas sans qu'il en comprenne les tenants – car pour ce qui est des aboutissants, il sait bien vers quoi ils se dirigent, à son corps mal-défendant, mais passif -, l'anorexie conduit vers la mort, dans l'exhibition d'une cachexie envahissante, d'une dénutrition grandissante, d'une destruction conquérante. Incapable de justifier son attitude, d'expliquer son comportement, d'identifier les causes de ce comportement, il subit, sans pouvoir rien dire, petit à petit vidé, de vie, de parole, d'histoire, englué dans un présent que rien n'éclaire, et qu'aucune perspective d'avenir illumine. Et pourtant l'envie demeure, qui n'est pas une envie de mourir, mais une envie de vivre, et de manger, représentations persistantes et revendiquées du plaisir, même si cette envie n'irrigue et ne soutient aucune sensation. C'est un peu comme si son corps avait fui, pour n'être que pensée pure, hors de toutes contingences, rendant superflue toute alimentation, et faisant d'une mort exhibée, annoncée, anticipée, une mort déjà là, répétition d'une histoire ancienne, déjà dite et déjà écrite, mêlant dans l'imparfait d'un présent qui va s'arrêter un futur trop bien annoncé, mise en scène d'une histoire abjecte, éclaboussant d'obscénité.

Ce corps exposait à tous vents un décalage et une béance entre l'envie et l'impuissance, faisant vivre aux soignants ce même dilemme : envie de le sortir de cet inextricable, impuissance à pouvoir le faire, happés qu'ils étaient, tout comme le patient, par le trou noir d'une pensée figée, s'évaporant sans jamais se renouveler, fermée à toute entrée, pensée qui n'était plus, comme le corps, que l'ombre d'elle-même, un mirage, ni mise en mots, ni mise en sens, ni mise en sensations, pensée de même nature que le corps : ectoplasme.

L'approche thérapeutique qui lui a été proposée : l'enveloppement humide, s'est voulue double, à la fois approche corporelle, et approche psychologique, de façon

à lui permettre de se reconstruire une pensée du corps, une représentation de celui-ci, de façon également à ce qu'il réussisse à le percevoir comme réceptacle et inscription de sensations, mais pour qu'il puisse aussi les différencier, en vue de se percevoir uni, unique, permanent, et finalement consistant, au filtre de ces différences. A travers cette approche thérapeutique, contestée et critiquée, mais que l'adéquation à la situation particulière décrite ici, pourrait permettre de défendre, voire même de promouvoir, il est apparu qu'un corps pouvait s'inventer, tant du point de vue des soignants, de l'extérieur, de l'Autre, que du point de vue du patient, à travers un regard différent de l'un comme des autres, nouveau discours, nouvelle projection de sens, nouveau langage.

L'utilisation de cette méthode répondait à plusieurs objectifs : premièrement l'illustrer dans une situation extrême, afin d'en démontrer la pertinence, dans une perspective de défense et de promotion qu'on pourrait qualifier de militante ; deuxièmement susciter une théâtralisation du soin, de façon à ce que son aspect spectaculaire, sensationnel, mobilise différemment les soignants autour du patient, dirigeant sur lui un regard plus teinté de surprise que de dénigrement, et recentre aussi le patient vers lui-même, pour qu'il se réfléchisse différemment, dans le miroir de regards soignants qui ne soient plus un miroir brisé ; troisièmement lui offrir les conditions symboliques d'une nouvelle naissance, d'une renaissance, grâce à une mue, lui permettant de se débarrasser de sa vieille peau, d'abandonner le vieil homme, de laisser de côté les scories, traces, sédiments, d'une histoire possiblement douloureuse, pouvant enfin être regardée, contemplée, envisagée, au moyen de ce décalage permis par la métamorphose symbolique d'une sorte de nymphe abandonnant dans sa chrysalide constituée par cette espèce de carapace de linges humides « le misérable tas de secrets » l'ayant jusqu'alors empêché de s'appartenir ; quatrièmement permettre de faire en toute sécurité psychologique, puisqu'il était lové dans cette métaphore de carapace protectrice, elle-même doublée par la barrière pare-excitations constituée par le groupe des thérapeutes, des interprétations relatives à ce qu'on supposait qu'étaient ces secrets, de façon à lever l'interdit qui empêchait de les penser et les réduire en les

nommant pour mieux les maîtriser, ceci, outre l'aspect directement cathartique, pouvant avoir pour effet de les généraliser, de les partager, d'en répartir alors la charge et le poids d'anxiété.

Cette observation expose comment se reconstruit un corps, comment il se construit et s'invente, depuis l'instant inaugural de cette métamorphose ; comment il surgit d'une apparence de néant, ou plutôt de néantisation de ce qui littéralement « brûle les lèvres », déchire l'enveloppe ; et comment il est un trop plein de souvenirs, réduit à un vide qui cherche à les neutraliser ; elle expose comment, à travers une parole qu'on porte sur lui, à propos de lui, langage verbal et non verbal, langage des perceptions et des sensations, du fait de la médiation de l'autre, qui, par la limite qu'il pose, l'obstacle qu'il impose, l'espace dont il dispose, la construction d'un corps oblige à concevoir une différence, des existences non fusionnées, non strictement superposables, que je m'approprie pour en faire une essence. Ce corps se construit d'abord comme espace sensoriel, avant d'accéder à une histoire, où il apparaît contenant de pensée, avant que de permettre d'y accueillir des contenus de pensée.

Elle l'expose du point de vue du patient, qui, ce faisant, peut parvenir à se désengluer d'un vécu d'abjection, qui abolit tout sentiment de dignité jusqu'à se comporter comme s'il n'était plus rien. Mais elle l'expose aussi du point de vue du soignant, qui reconstruit aussi un corps, à travers le regard médical, souvent quelque peu corps a priori, mais qui ne peut qu'exister ainsi, sauf à être aussitôt renvoyé vers une sorte de néantisation, puisque radicalement autre et inaccessible, corps qu'il faut rendre familier, qui doit obéir aux règles d'une grammaire convenue, et somme toute s'exprimer dans un vocabulaire attendu. Cette observation montre aussi combien une relation thérapeutique ne peut s'amorcer que parce qu'on a une idée de ce qu'elle doit être, ainsi qu'une attente quant à son déroulement. Sinon l'obscène s'impose, qu'on ne peut contourner que par une mise en spectacle, c'est à dire une mise en règle, une mise en sens, une mise en mots, qui construit des perceptions, une histoire, une intrigue, qui se donne à voir, et se discerne, c'est à dire dont on pressent à la fois les ressorts et la chute.

Au final, pourrait-on affirmer que le corps de l'anorexique parle, mais d'un autre que lui-même, qu'il montre en le masquant, tout en cherchant à s'en évader, disparaissant lui aussi pour forcer cet autre à disparaître, faisant d'un trop plein un vide, paradoxe qui fait qu'il devient intouchable, qu'on ne peut plus l'attraper, le prendre, le comprendre, mettant en scène cette disparition mutuelle dans une affirmation-disparition de soi. Il en résulte une langue incompréhensible et inaudible, qui visualise une insupportable obscénité ? C'est pourquoi soigner l'anorexique suppose de le toucher, directement, ou par des médiations, dont celles du regard, et de recréer un langage à son propos, pour le parler, le dire, l'énoncer, le montrer, tel qu'on croit qu'il est, différent de ce qu'il pense être, en recréant d'abord un corps métaphorique, contenant simulé, joué, représenté, dans lequel pourront circuler des contenus, construits et recréés, dont on pense qu'il pourra s'en saisir pour à nouveau s'appartenir, en mettant en scène un comme si, dont on voudrait qu'il s'accommode et s'en saisisse, corps métaphorique se substituant à l'ancien corps, inutile carapace, vieille peau sur laquelle collent trop de secrets, réduite à n'être plus que le réceptacle d'une mémoire visible, circonscrite et verrouillée.

*« Le temps, qui toujours marche, avait, pendant deux nuits,
Echancré, selon l'ordinaire,
De l'astre au front d'argent la face circulaire.
Sire Renard était désespéré.
Compère loup, le gosier altéré,
Passe par là. L'autre dit : « Camarade,
Je veux vous régaler ; voyez-vous cet objet ?
C'est un fromage exquis le dieu Faune l'a fait ;
La vache lui donna le lait.
Jupiter, s'il était malade,
Reprendrait l'appétit en tâtant d'un tel mets.
J'en ai mangé cette échancrure ;
Le reste vous sera suffisante pâture. »*

Jean de La Fontaine, *Le loup et le renard*, (extraits) Fables, Livre XI, Fable 6

CHAPITRE PREMIER

COMME UNE FLAMME QUI S'ETEINT

Faim ou fin

Trotte-menu, qui va et vient dans l'hôpital, d'un lieu à un autre, sans but apparent, qu'il occupe peu d'espace ! Et cependant quelle place il tient ! Combien il remplit les discours des soignants, qu'il teinte de perplexité, d'incompréhension, mais aussi d'agressivité, de plus en plus au centre de leurs propos à mesure qu'il paraît comme s'effacer, au bord de disparaître, enflant dans les préoccupations, interrogations, questionnements des autres pendant que lui, à mesure, semble se dégonfler, comme s'aspirer à l'intérieur de lui-même !

On dit d'autant plus de paroles à son propos qu'il n'exprime rien d'autre dans son discours que quelques banalités météorologiques ou autres considérations passe-partout, et on dirait qu'à son vide correspond le trop-plein de l'autre, comme une vaine tentative de rétablir un semblant d'équilibre.

Entre deux âges, et déjà presque sans âge, hors d'âge, comme si cette dimension temporelle et chronologique n'avait aucune importance, il appartient au groupe de ceux auxquels « on ne peut donner d'âge ». C'est pourtant un quinquagénaire, mais qui aurait oublié de vieillir. Il promène son allure désœuvrée et une apparence d'adolescent attardé dans les couloirs de l'hôpital, à moins qu'il ait vieilli trop vite, sans vraie enfance, sans vraie jeunesse, figé depuis toujours dans cet aspect qui est le sien. Il use les jours, il use le temps, dans une déambulation dont l'objet est imperceptible, et qui se répète à mesure que la journée passe, de son lit à un fauteuil du

hall d'entrée, et vice et versa, pour recommencer, éternel retour aux mêmes lieux, perpétuels détours par les mêmes couloirs. A ne voir que lui au long des journées, c'est un peu comme s'il se confondait avec les murs, si bien qu'on finirait presque par ne plus percevoir sa présence. Il devient comme transparent, silhouette tellement habituelle qu'elle ne capte plus le regard. S'il est présence insistante pour la pensée des soignants, comme une idée fixe, qui se répète à l'infini, obsessionnelle et récurrente, il est de plus en plus indifférence, indétermination, inexistence physiques, et il ne fait plus obstacle au regard de l'autre, ne limite plus sa trajectoire et sa vision, présente encore moins de volume et de densité qu'un spectre. Il est vrai qu'il s'amenuise progressivement, chaque jour plus mince, corps toujours un peu plus débile, un peu plus rétréci, fondu dans les murs au point d'y vouloir comme disparaître, être partie, élément, morceau, de ceux-ci.

Il exhibe en effet les stigmates d'une anorexie qui a pour effet un amaigrissement toujours plus important, à partir, déjà, de qui n'était ni très grand, ni très gros. A l'évidence cet amaigrissement contribue à la transparence décrite, et c'est un peu comme si l'on pouvait voir à travers celui qui n'a plus guère que « la peau sur les os », mais aussi à sa présentation juvénile, qui contraste de manière saisissante avec la population majoritairement âgée du service de médecine dans lequel il se trouve.

Il confronte les soignants au paradoxe d'une mort annoncée et progressive, certaine si rien ne se passe, mort par cachexie, dénutrition, en quelque sorte dissolution, et de cette jeunesse apparente, que les représentations spontanées et vernaculaires inscriraient plutôt comme parangon de vie. En permanence il nous montre une contradiction d'image : d'une part la prénotion que sa présentation juvénile en fait comme un prototype de la vitalité et du dynamisme, et d'autre part la fatigue et l'obsolescence, impressions qui se renforcent du fait qu'il paraît user les journées, grignotant les heures d'une pendule qui tourne à peine, temps mort, blanc amorphe, qui ne s'écoule presque pas, et qu'aucun événement ne vient vraiment rythmer, scander, souligner : ni les soins, (« qu'est-ce qu'il fait là ? Il n'a rien ! On ne lui fait rien ! »), pas même corporels, (puisqu'il est autonome, mais surtout assez incurique), ni les

repas (puisqu'il ne mange pas, sauf du boire – en l'occurrence du café dont il fait une forte consommation -), cette usure du temps étant est sa seule activité, cette usure de la journée dont on dirait qu'il s'efforce de la grignoter jusqu'à son terme du soir, remplissant son vide ; par ce qui pourrait se nommer un rien. Et c'est bien là tout ce qu'il grignote, car il ne mange rien. A tel point qu'il a fallu lui implanter une sonde gastrique, afin de le nourrir à l'aide de poches alimentaires, dont il jette, aussi souvent qu'il le peut, le contenu dans les toilettes, dans un geste un peu similaire aux vomissements que se provoquent les jeunes anorexiques, lesquels, à l'inverse de lui, entretiennent l'illusion des repas, par des boulimies factices, ou justifient leur conduite d'anorexie par un prétexte de surcharge pondérale, les obligeant à faire un régime alimentaire, ou par un dégoût de certaines nourritures (souvent la viande) ou par une idéologie végétarienne et plus encore végétalienne extrémiste, alors que lui n'invoquait aucun prétexte et ne cherchait à rien déguiser, masquer, cacher.

Il n'y a pas de pourquoi

Une telle anorexie aurait pu avoir une cause organique (en effet si on associe spontanément anorexie mentale et adolescence, et plus encore adolescente – même s'il existe une anorexie mentale chez l'adolescent, moins fréquente il est vrai -, il est plus difficile de l'associer avec un quinquagénaire), les amaigrissements importants étant un symptôme de nombreuses pathologies, ainsi que la perte d'appétit. Néanmoins le caractère systématique, massif, de ce refus d'alimentation, ne cadrerait pas vraiment avec une hypothèse organique, de même que le fait de vider ses poches d'alimentation parentérale dans les toilettes. Cependant diverses investigations cliniques, para-cliniques, biologiques, radiologiques, furent faites, sans résultats probants, autres que la démonstration d'une altération majeure de l'état général, engageant tout de même le pronostic vital. Si, par ses effets, et par ses manifestations visibles, l'organique, et donc le corps, étaient en avant, aucune cause ne pouvait être directement rattachée à

cette corporéité.

Dans ces conditions le raisonnement immédiat de l'équipe soignante est qu'il n'existe qu'une cause psychologique à ce qui n'a pas d'explication organique, et que ce qui ne provient pas du corps vient « de la tête ». C'est alors le recours « au psy », en désespoir de cause, - car il faut bien qu'il y en ait une -, dont on espère qu'il trouvera, dans les profondeurs de l'histoire personnelle, dans le secret de l'intimité, dans un recoin de la mémoire, voire dans une circonvolution du cerveau, la circonstance, la faille, la blessure, ou même le traumatisme, enfouis, et qu'ainsi se produira « un déclic », à partir duquel le processus s'inversera, quand aura été identifiée la souffrance initiale, et que « le blocage » caché, inconscient, viendra à la conscience, en pleine lumière, pourra se verbaliser, avec une certaine idée de l'infaillibilité de cette méthode cathartique, maniée par un praticien thaumaturge.

Les entretiens avec lui, auxquels il se montrait tout particulièrement coopérant, en aucune façon défensif ou opposant, n'amènèrent pas de ces révélations secrètement attendues par l'équipe soignante, sur le mode d'un « fiat lux » décisif, et permettant de faire du lien entre des incompréhensions et des suppositions partiales, partielles et parcellaires. Aucune psychopathologie n'était décelable, en tout cas l'organisation de personnalité, montrant certes un tableau de carence et d'immaturité, d'inhibition et de timidité, n'avait pas le caractère d'une décompensation psychiatrique, et son rapport à la réalité n'était pas altéré par un vécu psychotique et discordant des situations, qu'il ne reconstruisait pas de manière délirante, dans une méta-réalité et une para-logique toutes personnelles ; pas plus qu'il n'était envahi par des pensées parasites, ni hallucinations, ni même idées fixes obsessionnelles ; pas plus qu'il n'était déprimé, aux prises avec une incapacité à faire face au monde telle qu'il est, au point de vouloir s'en abstraire symboliquement, voire même s'en retirer pratiquement et définitivement ; pas plus qu'il n'était névrosé, pas plus que quiconque en tout cas, ni anxieux de tout, au point de perdre tous ses moyens d'être en relation avec son environnement, ou de ne pouvoir l'être que d'une manière artificielle et factice. Les causes sociales, qui eussent pu favoriser une forme de dépendance et de résignation, ou de révolte ascétique contre certaines somptuosités consommatrices, n'étaient pas non plus probantes. Issu certes

d'un milieu modeste et ouvrier, il n'avait pas connu la misère, ni la faim, ni vécu des situations abandonniques ou de laisser-aller. Par ailleurs son parcours scolaire n'avait pas été chaotique, et sans avoir fait d'études brillantes et longues, il disposait d'un bagage minimum et moyen, lui ayant permis une insertion professionnelle sans éclat, sans panache, mais existante, et qu'il trouvait d'autant plus satisfaisante qu'il n'avait pas connu le chômage, la précarité, les successions de « petits boulots ». Les causes familiales même ne pouvaient être invoquées ; en effet il était issu d'une famille non affectée par un divorce, une séparation, ou des deuils précoces, et il disait avoir grandi heureux entre ses parents et ses frères et sœurs, le chien et le chat (ne manquaient que le bœuf et l'âne !), les uns et les autres continuant à le recevoir chez eux, et à venir le visiter à l'hôpital. On ne mettait pas en évidence un quelconque hiatus ou dysfonctionnement des attachements précoces mère-enfant, ni même une régression à un stade archaïque préœdipien ; son père avait été pour lui un modèle d'imitation et d'identification, et il évoquait divers souvenirs qui laissaient supposer entre eux un attachement affectif réel, sincère, et non pervers. Tout juste apparaissait-il un peu solitaire, un peu isolé, « vieux garçon », célibataire endurci, pas par choix au demeurant, donc sans misanthropie ou homosexualité refoulée, mais du fait des circonstances, alors même qu'il avait eu des « aventures » féminines, mais non durables, « sans lendemain », ou en tout cas toujours brèves et épisodiques, mais tout de même renouvelées. Nulle cause organique, nulle cause psychiatrique, rien d'objectivable, rien qui permît aux soignants de faire application de leurs grilles de lecture, de recourir à leurs habitus, de penser ce qui leur échappait ; le risque était alors qu'il en vienne à être rejeté de leur cadre de pensée, puis exclu de leur pensée, puis oublié, à moins qu'il ne mobilisât leur projections agressives, comme autant de défenses contre un sentiment d'impuissance, d'inutilité, et de remise en cause d'une identité professionnelle, et au-delà, psychique et personnelle. Et c'est bien ce qui se produisit, les propos exprimés au cours des réunions d'équipe revendiquant un faire, de l'action, le besoin d'être dans son rôle et sa fonction soignante, de conserver une identité qu'il menaçait.

Lui, pas plus que les soignants, n'arrivait à expliquer et à comprendre sa situation, et partageait avec eux ce même désir d'une illumination, en panne qu'il était

de sens quant à lui-même, subissant le poids de son amaigrissement sans parvenir à tracer même l'esquisse de ce qui n'était pour lui qu'un pourquoi informulé, insuffisant à ouvrir une perspective et définir un repère de conduite à partir duquel organiser, orienter, passé et futur, idées et volonté, mémoire et projet. Finalement il n'était plus guère corps, ou si peu, ou à peine, et de moins en moins, et guère âme non plus, puissance de vie susceptible d'animer ce corps mourant, et, s'il affirmait quelque chose, c'était bien cette sorte de monisme de l'extrémité, ultime époque de vie qui subsistait dans cette interrogation, gardienne, miroir, reflet du presque rien d'un ultime souffle de vie. Il s'écoulait, tel un filet d'eau qui doucement s'enfoncerait en terre, se dissolvait comme un caillou calcaire sous un goutte à goutte acide, se réduisait comme peau de chagrin, jusqu'à n'être plus, sans qu'on l'ait même remarqué. Pour autant il n'avait pas totalement renoncé à l'humanité, car subsistaient ce pourquoi étouffé, et ce parce que souhaité malgré tout, bien qu'il doutât de le trouver jamais, ces deux conjonctions, qui témoignent grammaticalement, syntaxiquement, de la possibilité d'un lien subsistant, en conséquence d'une capacité d'altérité, étant, selon Primo Levi, ce qui n'existait plus dans ces lieux de déshumanisation absolue et voulus comme tels qu'étaient les camps de concentration nazis. En ce qui concerne « ce vieux garçon » dont nous parlons, un pourquoi pouvait encore se murmurer, mais alors même qu'on pouvait supposer toutefois que ce pourquoi posait, d'une certaine manière, la question de l'Être ou de l'Étant, il était loin de pouvoir la formuler comme Hamlet, en une question-délivrance : *« Être ou ne pas être, c'est là la question. Y-a-t-il plus de noblesse d'âme à subir la fronde et les flèches de la fortune outrageante, ou bien à s'armer contre une mer de douleurs et à l'arrêter par une révolte ? Mourir...dormir, rien de plus ;...et dire que par ce sommeil nous mettons fin aux mots du cœur et aux mille tortures naturelles qui sont le legs de la chair : c'est là un dénouement qu'on doit souhaiter avec ferveur. Mourir...dormir ! Peut-être rêver ! Oui, là est l'embarras »*. Il ne posait pas, comme Hamlet, ce qu'il vivait, comme une attitude délibérée, intentionnelle, comme un choix entre plusieurs possibles, mais il subissait ce qui s'imposait à lui, lui « collant à la peau » malgré lui, s'emparant de lui jusqu'à le rendre étranger à lui-même. Ses propos étaient littéralement insignifiants, d'une grande banalité, ne permettant pas de saisir ce qu'il pouvait ressentir dans son intimité, à

supposer même qu'il ait pu ressentir quelque chose, qu'il ait pu éprouver des sensations, qu'il ne se soit pas situé au-delà de la douleur et du plaisir. Face à ce qui s'apparentait à un vide intérieur, à une vacuité de la pensée, à une carence de la sensation, nous ne pouvions que supposer, penser pour lui, à propos de lui, interpréter, c'est-à-dire faire des hypothèses, impossibles à vérifier, à valider, exposer des impressions, des intuitions subjectives, aperçus sommaires, tangentiels, dont rien n'indiquait qu'elles eussent pu avoir un caractère d'objectivité, et qui restaient, par conséquent, de l'ordre d'une croyance, bien qu'elles résultassent d'un fonctionnement réflexif et rationnel. Mutatis mutandis, illustration et non explication, sans prétention à la certitude, peut-être aurait-on pu lui appliquer ce que Henri Bosco, dans son roman *Hyacinthe* met dans l'esprit d'un de ses personnages : « *Sans secousse, ce monde magique se détachait des lèvres de la Terre, et nous descendions hors du temps en nous élargissant jusqu'à nous dissoudre et nous perdre aux nébuleuses des abîmes. (...) J'avais enfin saisi ce présent, ce moi-même, je durais. Mais je durais dans une abolition totale : rien ne semblait me limiter. Et cependant invariablement, au cours de ma descente, je sentais tout à coup un choc sourd ; je heurtais un obstacle. Je ne sais quoi me séparait. J'étais brusquement en deçà ; j'ignorais quelque chose. J'attendais* ». Il attendait effectivement. Car, disait-il, (et en cela il était parfaitement lucide), il avait toutes les raisons (et non les chances, car ce n'était pas son souhait) de mourir, si rien ne s'opérait qui inversât le cours fatal des événements, qui était comme l'écoulement d'un fleuve emporté vers l'aval, et il ne voulait pas qu'il en fût ainsi, même si sa volonté, en la circonstance, était inopérante. Il ne voulait pas mourir, il voulait vivre, et qu'on fit ce qu'il fallait pour, désireux de retrouver l'appétit, de manger enfin. Il se disait prêt à consentir et à adhérer à tous moyens préconisés, proposés, mis en œuvre. Ce refus d'une mort perçue, qui s'annonçait à lui comme aux autres, ne permettait donc pas de considérer son état d'anorexie mentale comme un équivalent suicidaire. Au surplus, il n'y avait chez lui aucun symptômes de dépression, ni de ces symptômes d'excitation, d'agitation, qui sont souvent l'ultime recours avant l'effondrement dépressif. Non seulement il n'entrait dans aucune grille de lecture d'une maladie organique, mais plus encore, dans aucune grille de lecture psychiatrique, sauf à changer les critères définissant l'une et l'autre nosographies. Pouvait-on même dire

qu'il souffrait, physiquement ou moralement ? Il n'évoquait rien qui permît de l'affirmer d'une façon évidente, à l'exception de ce souhait de ne pas être ce qu'il était, sans pour autant mettre en œuvre un quelconque changement pour commencer à inscrire dans la réalité, dans la matière des faits, le choix affiché, discrètement certes, mais non extorqué. On ne pouvait pas dire qu'il était résigné, mais il était totalement passif, complètement soumis à ce qui paraissait être pour lui une circonstance d'adversité.

C'était ainsi qu'il continuait son bonhomme de chemin vers l'issue fatale, qu'il annonçait, montrait, exhibait, inéluctable qu'il refusait, sans cependant montrer qu'il en redoutait l'éventualité, ne manifestant aucune anxiété en considérant cette issue, qu'il présentait comme une probabilité presque certaine, un fait, non innommable puisqu'il l'évoquait, mais tout de même proprement indicible puisqu'il ne pouvait qu'en faire état, sans rien manifester de ses contextes et des raisons qui l'avaient constitué. L'événement pouvait-il avoir quelque sens, ne pouvait-il qu'être désincarné, comme extérieur à lui-même, encore qu'il se sentît concerné, alors même qu'il s'appréhendait comme un phénomène de désincarnation, perte de chair et de substance, consumant son corps à petit feu, impuissant à s'empêcher de s'éteindre, tout aussi bien que les soignants qui, faut-il le dire, n'avaient pas trouvé une méthode adéquate qui leur eut permis de « souffler sur les braises », ce qui provoquait à la fois leur culpabilité et leur colère devant ce spectacle de leur impuissance, face à cette destruction publique « à petit feu », mise en scène obscène et impudique des stigmates d'une mort involontaire, presque inévitable, et doublement intolérée, aussi bien d'eux-mêmes que du patient. Il était un peu comme Gregor Samsa, dans la nouvelle de Kafka, « la métamorphose », lequel est devenu étranger à lui-même comme aux autres, de moins en moins homme, pas tout à fait animal encore, malgré son aspect, mais qui s'animalise, s'abêtissant progressivement, finissant par perdre le langage articulé, et qui ne mange plus laissant doucement sourdre la vie de sa carapace, dans l'incompréhension générale, y compris celle de sa sœur, qui au départ l'avait regardé comme un humain qu'il demeurerait, malgré tout, et qui avait pourtant fini par l'expulser brutalement, agressivement, hors de la cité des hommes, lassée de cette incompréhension, attitude qui, à n'en pas douter, précipitera la mort de Gregor. Comment ne pas l'identifier en effet à Gregor Samsa ?

« Gregor ne mangeait à présent presque plus rien. C'est tout juste si, passant par hasard près du repas préparé, il n'en prenait par jeu une bouchée, la gardait dans sa bouche pendant des heures, puis généralement la recrachait. Il commença par penser que c'était la tristesse provoquée par l'état de sa chambre qui le dégoûtait de manger (...) J'ai pourtant de l'appétit, se disait Gregor soucieux, mais pas pour ces choses ».

A l'évidence tous voulaient sortir de cette situation d'entre-deux, ni mort ni vie, pas encore mort, mais plus vraiment vivant, patient et soignants partageant ce même désir, et soucieux, surtout les soignants, de libérer, d'épuiser, d'évacuer, leur anxiété, dans l'urgence d'un faire, dans des actes thérapeutiques, des gestes de soins, une conduite à tenir.

Une nymphe en sa chrysalide

Mais que proposer ? Les méthodes d'invigoration, de stimulation, d'encouragement, ce qu'en patois psychologique on nommerait revalorisation narcissique, spontanément utilisées par les soignants, qui, sans le savoir toujours, un peu comme Monsieur Jourdain avec la prose, avaient mis en place une démarche psychothérapique, sur le modèle de ce qui pouvait s'apparenter à une relation d'aide, n'avaient montré aucune efficacité. On pouvait certes discuter de l'appoint médicamenteux, mais sur quelles bases, puisqu'il ne présentait aucune pathologie constituée. Une véritable psychothérapie d'inspiration analytique n'était guère adaptée au vu de la banalité de ses propos, de la pauvreté de ses verbalisations, de l'incapacité qu'il avait démontré, au cours des entretiens diagnostiques, à faire des liens, ou à rebondir à partir des reformulations qui lui étaient faites. Une thérapie de groupe, sur le mode d'un groupe de parole, par le moyen duquel on cherche à s'étayer, se renforcer des expériences des autres, à trouver dans l'autre des modèles pour soi-même, des trajectoires communes, semblables, similaires, proches, permettant de se comprendre soi-même par ce qu'on trouve, retire, prend chez l'autre, n'aurait guère été qu'un groupe de silence, dans lequel il n'aurait rien dit, en raison de la timidité qui était la

sienne, et de la réserve, voire de l'isolement, dont il avait fait preuve durant son existence. On pouvait aussi supposer de ce fait qu'un groupe aurait eu pour lui, à terme, un caractère agressif, intrusif, car y sont souvent insupportés ceux qui s'y singularisent, ou par trop de silence, de retrait, mais aussi de mise en avant de soi et de théâtralité. Hors il était un peu les deux, muet, silencieux, avare de paroles, mais en même temps exhibant ce corps décharné, comme une provocation obscène, suscitant malaise chez autrui, corps qui était peut-être aussi un cri qui ne pouvait sortir de sa gorge close. Puisqu'il mettait le corps en avant, pourquoi ne pas opter pour une approche corporelle, qui plus est, régressive, faisant en somme le parcours inverse à celui qu'il nous jetait en pleine face : la fin proche, la mort annoncée, la disparition exhibée, remplacées par les origines, la naissance, l'enfance, le début, l'instant initial. La méthode du « *packing* », mot anglais qu'on peut traduire par « enveloppement humide » fut proposée.

La pratique de cette méthode, contestée par ailleurs, n'était, faut-il le dire, pas très orthodoxe, n'étant pas appliquée aux situations, pathologies, populations, pour lesquelles elle avait été conçue, proposée, préconisée. Mais aucune AMM n'existait pour les méthodes psychothérapeutiques, et il n'y avait pas encore eu de conférences de consensus visant à aboutir à un référentiel de bonnes pratiques ; si bien que, la pensée ligueuse de la technocratie exprimée dans son jargon de même essence et même suffisance ne s'étant pas encore prononcée, nul avis contraire ne s'exprima au cours de la réunion d'équipe censée valider ce nouveau projet de soin. Cette réunion ne fut pas l'occasion d'un débat dialectique, mais une simple réunion informative, un système de questions-réponses, au cours de laquelle fut exposée la méthode que l'on se proposait d'utiliser.

Quelle est-elle ? Il s'agit d'envelopper le patient (et patient est, en cette circonstance, le terme adapté, puisque la séance dure de vingt à quarante minutes) dans des linges mouillés à l'eau froide, en lui constituant une sorte d'emballage comme on faisait jadis aux nourrissons dans les langes, ou plus loin encore, aux momies égyptiennes dans leurs bandelettes, d'où seul émerge le visage. Cette méthode, d'abord utilisée pour abaisser la température corporelle de patients développant des

fièvres infectieuses, fut développée en France, dans les années 1960 à 1970, par un psychiatre américain, Woodburry, lui-même fortement controversé, pour les enfants et adolescents autistes, ou présentant des troubles graves de la personnalité, à type de psychose infantile, dans lesquels la conscience et l'image de soi sont morcelées, non construites, infiltrées de perceptions bizarres, délirantes, coenesthésiques, ou qui prêtent à l'extérieur des probabilités agressives, dangereuses, et persécutrices, tandis que les enveloppes psychiques et contenant de pensée, poreux, remplissent mal leur fonction de barrière et d'écran protecteur, d'écrin d'intimité et d'intériorité. Plus récemment le psychiatre Pierre Delion l'a introduite dans des cas de troubles majeurs du comportement chez des jeunes présentant des troubles graves de la personnalité (hyperactivité, instabilité grave, auto et hétéro-agressivité, insomnie rebelle). Ce refroidissement de la peau est suivi par un réchauffement thermique cutané secondaire, spontané, rapide, progressif, dans un intervalle de durée de cinq minutes environ, ceci ayant été constaté par des vérifications effectuées à l'aide d'un thermomètre cutané. Ainsi le réchauffement des téguments est réel, objectif, et n'est pas qu'une simple sensation, une pure perception subjective du patient. A l'issue de la séance le sujet est frictionné, enduit d'eau de Cologne, ce qui est une façon, outre de renforcer sa sensation de réchauffement, de prendre soin directement de son corps, en lui attribuant valeur et importance, mais aussi en le remplaçant comme instrument de sensualité et de plaisir. Ensuite une collation lui est proposée dans une ambiance conviviale, qu'il partage avec les thérapeutes, moment métaphorique de la rencontre, de l'échange, de la réintroduction dialectique de l'autre, d'ouverture à l'extérieur et au Monde. La fréquence de ces séances est de une à trois par semaine, et mobilise de deux à trois co-thérapeutes. Théoriquement cette technique faciliterait pour le patient la représentation de son image corporelle, lui permettant de ne pas sentir son corps comme une chose étrangère, un objet extérieur, mais de se l'approprier, tout en le percevant dans son unité, comme différent et différencié du corps de l'Autre et des objets de l'environnement, de faciliter donc la mise en place du processus de séparation-individuation, qui permet l'individualisation et l'autonomie psychique, ce moment du développement personnel étant contemporain de l'acquisition de la lecture, de l'écriture, de la permanence de l'image mentale, donc de la conservation des objets, qui

font percevoir que l'absence n'est pas la disparition, et qui, de plus, permet de se percevoir Un, dissocié du multiple, grâce à des limites corporelles et psychiques stables, solides, sécurées. En même temps cette technique permettrait, comme le pense Geneviève Haag, de reconstruire un « *holding* », c'est-à-dire un étayage, un sentiment d'entourage, d'appui, d'aide et de protection, un sentiment de sécurité, susceptible de réparer des attachements fragiles. Il paraît important de préciser que tous les enveloppements humides ne sont pas toujours froids, Gillis ayant suggéré qu'ils fussent pratiqués à température du corps, solution que, pour notre part, nous avons choisie.

La technique fait l'objet de vives critiques de la part notamment des associations de parents d'enfants autistes, dans une perspective éthique, puisqu'elles y perçoivent des comportements de sadisme dissimulés, et une forme de maltraitance, l'analysant comme un « traitement inhumain et dégradant » et à ce titre non conforme aux prescriptions tant de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de 1948, que de la Convention Européenne de sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés Fondamentales ; ainsi que dans une perspective scientifique, cette technique n'ayant fait l'objet d'aucune évaluation scientifique. Les associations de parents d'enfants autistes se rallient majoritairement à des techniques thérapeutiques qu'on pourrait qualifier de cognitivo-comportementalistes, gagées sur l'hypothèse que l'autisme relève principalement de causes neurobiologiques.

L'obligation d'information, comme la nécessité de recueillir un consentement libre, lucide, et éclairé, furent à l'évidence, moins compliquées à mettre en œuvre dans notre situation, que lorsque la méthode se pratique avec des jeunes autistes. Notre situation, en effet, ne se compliquait pas d'un trouble cognitif, ni d'un trouble du rapport à la réalité. En outre notre patient était disposé à adhérer à toute solution thérapeutique qui lui serait proposée.

Par rapport à la méthodologie exposée nous avons apporté quelques

modifications. Ainsi que nous l'avons énoncé plus haut, nous utilisons un enveloppement humide, chaud ou tiède, mobilisant à cet effet toutes les bouilloires du service, cette recherche des bouilloires et ce réchauffement de l'eau, à l'actif de soignants ne désirant pas forcément participer à la séance, démontrant leur adhésion au projet. On s'était d'ailleurs questionné sur les conditions de la participation des différents membres de l'équipe à cette prise en charge, dès l'instant où aucun n'avait jamais pratiqué, sauf, bien sûr, le psychologue à l'initiative de ce soin. Le principe du volontariat avait été retenu, sachant qu'il était préférable de ne pas mobiliser trop d'anxiété, de crainte, d'appréhension face à une méthode inconnue du service, et qu'il fallait se garder de la curiosité ; sachant aussi qu'il y aurait une rapide analyse de la séance à l'issue de chacune d'elle, de façon à s'auto-corriger, et que les points essentiels de la séance (mais non le contenu des propos échangés) seraient retranscrits sur un cahier, accessible à tous, y compris au patient concerné, mais placé dans un endroit lui garantissant la confidentialité. Il nous paraissait en effet important que personne ne se sentît exclu, pour que le soin pris sens, étant entendu que c'était plus son caractère symbolique que la méthode en soi qui serait efficace, et que ce qui importait d'abord était que le patient fût réinvesti, reconnu, et d'une façon positive. C'est pourquoi on postulait que l'investissement affectif des soignants compenserait leur méconnaissance de la technique, et qu'il fonctionnerait comme un Moi auxiliaire soutenant, enveloppant, contenant, aidant, susceptible de construire un contenant psychique, cette « *holding* » dont parle Winnicott, et que cette authenticité relationnelle valant une forme de reconnaissance de l'autre, manifestant l'intérêt porté au patient, pour autant qu'elle sache demeurer à l'écoute de l'autre, dans une position d'attention flottante, de bienveillance, disponibilité, authenticité, somme toute de mise en danger de soi au risque de l'autre, de fragilité équipollente à celle du patient, l'emporterait largement sur de possibles maladresses ou erreurs. Cette reconnaissance, pensions-nous, imposait aussi de replacer ce soin dans un cadre de pensée global habituel aux soignants, impliquant que pour reconnaître l'autre il leur fallait d'abord se reconnaître eux-mêmes : aussi nous l'avons caractérisé comme une modalité d'une démarche de soins palliatifs, destinée non pas à inverser le processus délétère, mais à redonner au patient un sentiment d'estime de soi et de dignité, en l'aidant à maintenir une image de

soi acceptable à défaut d'être satisfaisante, comme dans d'autres pathologies qui confrontent à la cachexie. Ce faisant nous normalisons en quelque sorte la situation.

Cette tâche de préposition à l'eau chaude, à la collecte des bouilloires et au chauffage de l'eau, accomplie spontanément, et par certains soignants avec une sorte de jubilation, apportait, d'une part, comme une rupture dans les habitudes des gestes quotidiens, une fantaisie, une forme de jeu, presque une jouissance, presque du plaisir, et, ce faisant, d'autre part, transformait les sentiments négatifs éprouvés jusque-là par rapport à lui, face à ce qui était incompréhensible, non réductible à des catégories de pensée régulièrement utilisées. On peut d'ailleurs se demander si cette jubilation ne provenait pas du fait qu'il y avait eu retour à un cadre de pensée connu, excitation succédant à une panique intellectuelle, finalement joie des retrouvailles. L'aspect très inhabituel de cette prise en charge amenait, de plus, de nombreux dialogues à son sujet, et replaçait alors le malade comme quelqu'un d'intéressant, comme pouvant être différent de ce qu'il donnait à voir immédiatement, comme étant plus que son apparence directement tangible.

Nous avons renforcé cet aspect inhabituel de la situation en soulignant son caractère théâtral par quelques artifices de mise en scène : le noir, car nous opérons dans une pénombre, à peine éclairée, créant une ambiance, appuyée par un discret fond musical, les morceaux de musique ayant été préalablement choisis par le patient ; l'unité de lieux : sa chambre ; l'unité de temps : les mêmes jours, à la même heure, de façon à ce qu'il attende, se prépare, scande le déroulement de ses journées d'un rythme nouveau, et, y inscrivant des événements répétitifs, puisse commencer à recréer un temps pour lui, reconstruire une chronologie, et ne soit plus simplement l'objet d'une durée vide, s'écoulant inexorablement vers l'ultime, l'inéluctable, la fin, au fur et à mesure que la vie se retirait de lui.

Evidemment ces séances n'étaient pas que des instrumentalisations de sensations, concernant plus particulièrement le froid, le chaud, le sec et l'humide, le mouvement contraint et le mouvement libre. Il nous paraissait important qu'il y eut des mots durant ces séances, qu'elles ne fussent pas que pur langage des sensations, mais qu'une parole fût toujours dite à propos de ce qui se passait, se ressentait, s'imaginait,

parole outil d'un partage, mais aussi outil permettant de construire une mémoire des séances, une histoire de celles-ci, et d'en percevoir les répétitions comme les revirements. Si bien que la méthode des enveloppements humides pouvait se concevoir aussi, et avant tout, comme un prétexte, un moyen facilitant l'expression et la circulation de la parole, celle-ci, du fait des circonstances, n'étant plus surveillée, policée, contrôlée, avec la même vigilance, et donc mesurée avec la même parcimonie.

La métamorphose, ou on purge bébé ?

Que cette parole fût, que dans le moment de la séance, à l'occasion de ce que nous avions voulu « teinté d'étonnement », dans cet espace clos de la chambre où se déroulait comme un rituel étrange, qui se voulait modification des cadres et des repères, un pourquoi put se poser à nouveau, et peut-être pour la première fois, tel était ce que nous ambitionnions, la question se faisant plus importante que la réponse, car c'eût été alors la manifestation que le corps n'était plus l'unique vecteur de l'expression, encore que toute parole, toute oralisation, ne soient possibles qu'à travers sa médiation. Ce qui était dit n'était, compte tenu de ce postulat, pas le plus important, et peu nous chaloit que ce fut du vrai, du vraisemblable, du reconstruit, du fictionnel, de l'inventé, de l'imaginé, pourvu que ceci fit sens, permettant de réorienter une vie ; de façon à retrouver un Nord perdu, à ne plus donner aux autres ce sentiment d'être « à l'ouest », de reconstruire une histoire, de décrypter ce qui s'imposait à soi, malgré soi, cette anorexie incomprise et inexplicée ; de façon à reprendre en main sa propre vie, pour qu'elle ne s'écoulât qu'avec ordre, dans un temps retrouvé, non suspendu, non placé comme entre parenthèse, temps rendant visible, palpable et maîtrisée une histoire personnelle, avec ses choix, ses joies, ses drames, ses transformations, ses

changements ; de façon qu'à l'inéluctable s'opposât au moins la mystification d'une volonté de vouloir, qui, somme toute, est la grande affaire de l'Homme : faire comme s'il n'était pas toujours et uniquement pure contingence. C'est pourquoi l'essentiel n'était pas qu'il y eut catharsis, retour à la conscience de vérités enfouies, dont l'énoncé aurait eu valeur de libération, de purgation, de purification, comme un catarrhe à expectorer, et que fussent mis en évidence, dans la lumière, dans un retour du Léthé par la grâce de la déesse Mnémosyne, des souvenirs oubliés, cachés, masqués, déguisés, mais construction d'une vérité pour soi, sorte de mot substitué, à partir duquel ré-organiser, ré-agencer, répandre, un nouvel énoncé, un autre discours, un propos neuf. Gardons-nous cependant de mépriser cette fonction cathartique ; sans doute ne fait-elle pas tout, et nous savons bien que si l'on se contente de l'utiliser comme un simple trop plein, une évacuation, les manifestations des difficultés se déplaceront, prenant d'autres formes. Mais il est certain que cette projection hors de soi, même temporaire, de ses difficultés, peut permettre de les travailler, en les considérant avec plus de recul, comme d'un autre, et ce faisant de les neutraliser, puisqu'elles ne m'appartiennent plus, ne sont plus miennes, comme également de les analyser, de les dédramatiser, de les dénouer, en jouant de leurs différents aspects, de leurs différentes facettes, de les manipuler finalement, ce qui aboutit à les transformer. N'est-ce pas ainsi que fonctionne l'intrigue dans le roman de Wilde, *Le portrait de Dorian Gray*, le portrait extériorisant tout ce que refuse d'être et de vivre le héros, et d'abord d'accepter le temps qui passe, le portrait assumant en quelque sorte à sa place, étant un double, une forme de comme si, qui permet d'être tout ce qui sans lui ne serait pas possible ?

Avec pour guide et repères la trame de ces postulats, gagés tout de même sur les quelques références théoriques exposées, les séances d'enveloppement humide commencèrent, se déroulèrent, durèrent, et il les attendait, rappelant aux soignants qu'il croisait qu'il s'y rendrait, allait s'y rendre, s'y rendait, en revenait, celles-ci faisant prétexte à une parole, certes convenue, à des politesses, mais qui avait auparavant quasiment disparu. Il n'était plus tout à fait cet ectoplasme errant dans les couloirs,

qu'on s'efforçait de ne plus voir, tellement sa présence était devenue abjecte et incongrue. Sa journée et ses semaines ne se déroulaient plus complètement inutiles et fades, creuses et insipides, vides et plates. Elles avaient retrouvé un rythme, une scansion permettant de mettre de l'avant et de l'après dans leur déroulement, qui n'était plus un écoulement amorphe. Nos séances d'enveloppements humides étaient-elles devenues pour lui, comme pour l'équipe soignante, de nouveaux condiments, refaisant le sel d'une vie, et la pimenterant quelque peu d'une attraction nouvelle, ramenant vers lui l'intérêt ? Il y eut des hauts et des bas, des moments creux, des périodes au cours desquelles il semblait que rien ne se passait, des séances qui semblaient se répéter sans qu'apparût rien de nouveau, des attentes déçues, des impatiences, des aller-retour, des en avant- en arrière, mais il finit, tout de même, non pas de guerre lasse, mais un peu à l'improviste, quand on ne s'y attendait plus, par se remettre à manger. Et rien ne surprit plus les soignants que ce jour où il les appela d'un coup de sonnette impératif pour demander « sa collation ». Et cet appel de sonnette, parfois pour le soignant source d'agacement et d'irritation, était là devenu espéré, souhaité, fiévreusement attendu. Ils n'y répondaient pas tout à fait immédiatement afin qu'elle se fit, secondairement, plus insistante et impérative, cet appel de la sonnette ayant pris comme un statut de sur-salaire, de récompense, de prime.

Que se passa-t-il durant ces séances ? N'en retenons que les surprises, l'inattendu créant l'événement, à partir duquel se cristallisait ce qui pouvait apparaître comme primordial pour la recomposition de sa trajectoire, ce qu'en tous cas nous reformulions comme tel, et lui réattribuions, comme autant d'interprétations qu'il lui appartenait de saisir ou de rejeter, les seules interprétations pertinentes, étant celles auxquelles il adhérait, et que, pour la plupart, il faisait lui-même, à partir de ce qu'il entendait des reformulations proposées. D'abord il n'était pas le vide émotionnel et sensible que nous pensions. Outre le fait qu'il pouvait évoquer les nuances de température et comparer les états successifs de celle-ci au cours des séances, en y ajoutant une notion de bien-être ou de malaise y afférente, il rêvait à haute voix de nourritures terrestres plus appétissantes et goûteuses les unes que les autres : tranches épaisses et tendres de rosbif saignant, et ses garnitures de pommes dauphine, duchesse, frites et sautées, craquantes et fondantes en bouche, desserts au chocolat

engloutis jusqu'à l'indigestion, cascades de crèmes chantilly, le tout accompagné des vins qu'il croyait appropriés. Il n'était pas, loin s'en faut, dégoûté de la nourriture ! C'est bien ce qui se passe, en général avec les anorexiques, qui souvent aiment cuisiner, faire manger les autres, les remplir et les gaver, se nourrissant presque, si l'on peut dire, par personne interposée, dans une sorte d'inversion du rapport de la mère à l'enfant, le nourrisson, celui qu'il faut nourrir, se nourrissant, lui aussi, par personne interposée. Dans ces situations d'anorexie, on peut donc se demander si le corps de l'autre n'est pas comme une substitution de soi-même, comme une carapace protectrice très extériorisée, devenue ce faisant visible, palpable, représentable, acceptable parce que différente, parce qu'à côté, comme un soi-même idéalisé, comme s'il fallait finalement cette extériorité, un Moi-peau de l'autre, pour me rassurer sur l'intégrité de mon propre Moi, et comprendre qu'il est, pour, me saisissant un peu de moi-même, m'appartenir. Mais c'était comme si autre chose l'avait rempli, s'était substitué à la nourriture, empêchant dès lors qu'il pût avaler celle-ci.

C'est lui-même qui fournit les matériaux permettant de penser cette hypothèse, qui ne lui fut pas proposée dans cette brutalité, mais dont la répétition, la reprise, la reformulation, firent qu'il finît par se l'approprier. Il raconta en effet qu'au cours d'une partie de pêche avec son père, il était tombé à l'eau, qu'il avait « *bu la tasse* », avait cru mourir, en retrouvait un souvenir marqué par la peur et la panique. Mais qui sourd trop facilement, limpidement, clairement, n'est souvent que résurgence d'une eau qui court, plus profonde et plus souterraine, et qui est le flux essentiel. Aussi ne pouvait-on penser qu'il s'agissait là d'un souvenir-écran, susceptible d'en masquer d'autres, plus indicibles, plus innommables, à proprement parler impensables, de ceux qui ne s'effacent vraiment jamais, quelque effort qu'on pût faire pour les oublier, de ceux qui font retour, sans qu'on l'eût voulu, souhaité, désiré, de ceux qu'au contraire on s'efforce d'oublier, de cacher, d'enkyster, d'enfermer, d'enclorre au plus profond de soi, dans le creux le plus sombre de son intimité, comme une tache indélébile qui telle la goutte de sang sur la clef qu'a remise au moment de son départ Barbe Bleue à son épouse, et qu'elle ne devait point utiliser, ne disparaît pas, quelque effort fait pour s'en débarrasser. Ne pouvait-on penser qu'il pouvait occulter – ceci parce que les conduites d'anorexie sont une manière de refuser la dimension de la sexualité dans le corps, de

refuser qu'il devienne désirable, et, chez les jeunes filles, par le biais de l'aménorrhée, de rendre invisible cette possibilité de fécondité, et donc de sexualité - une dimension de sexualité, dangereuse, possiblement agressive, susceptible d'être destructrice. Ne pouvait-on penser, en analogie avec les conduites anorectiques des adolescents, qu'il rendait son corps, d'une certaine manière, indésirable, mais aussi que ce corps témoignait d'une histoire, la racontait, parlait pour lui, et malgré lui, de lui, et que, ce faisant, il pouvait lui devenir insupportable, au point, non peut-être, de vouloir le détruire, puisque, par cette hypothèse posée, il l'était déjà, l'avait déjà été, en tout cas comme volonté, liberté, désir, comme avenir aussi, mais d'envisager d'en changer. Qu'il ait pu souhaiter magiquement changer de corps, changer de peau, muer, muter, pouvait résulter de son adhésion, sans cesse renouvelée, à la technique des enveloppements humides, qui produisait des effets, et qui ressemblait de plus en plus à la construction d'une chrysalide, pouvant engendrer une métamorphose, d'où pouvait naître, sortir, jaillir, un homme nouveau. Il ne protesta pas contre cette interprétation d'abus sexuels, dont le mot même ne fut jamais prononcé, dont les modes opératoires ne furent pas abordés directement, mais à travers des périphrases, sur le mode d'une « stratégie du détour », comme un secret compris, et partagé, dont la compréhension même ne nécessitait plus l'énonciation et la verbalisation, abus qui l'avait finalement chosifié, qui avait fait de lui un objet, et encore un objet partiel, anus et bouche, ces deux orifices qu'il cherchait désormais à occulter, fermer, clore, pour que rien n'y pénétre, ni que rien n'en sorte, ni nourriture, ni excrément, mais également aucune parole signifiante, aucun secret, abus qui l'avait rempli de l'autre, cet autre en lui qu'il tuait en même temps que lui-même, cet autre qu'il désirait à l'évidence détruire, mais qu'il ne pouvait détruire qu'en se détruisant, d'abord en détruisant en lui le temps, l'histoire, la mémoire, mais aussi la faculté de penser, mais aussi son propre corps, puisqu'il n'avait trouvé aucune autre solution, pour abolir la mémoire et le passé, qu'en abolissant aussi le présent et l'avenir. Qui, cependant, pourrait certifier que cette hypothèse était vraie ? Son caractère opératoire ne suffit pas à prouver sa vérité. Mais elle fonctionna ; et là est la vérité ! Et peu importe, dans ces conditions, qu'elle ne fut peut-être que métaphore ! Peu nous chaut qu'elle ne fut qu'une analogie établie à partir de situations vaguement analogues, décrites et théorisées par ailleurs ! Il fallait voir à ce

moment l'intensité du regard que le patient dirigeait vers le thérapeute principal, qui parlait pour lui, comme si les autres n'avaient plus été là, comme si l'entourage s'était dissous, comme si le monde environnant n'existait plus : deux yeux fiévreux, brillants, vivants, quasi exorbités de son visage, le corps tendu, la tête relevée. Et soudain c'était comme une inversion de ce qui s'était passé jusqu'à présent : au lieu de se dissoudre corps et âme dans l'environnement, dans ces murs de l'hôpital, dans le monde des objets, de s'y fondre et d'y disparaître, il dissolvait le monde des objets, l'annihilait, l'annulait, et ce faisant en reprenait possession, redevenait « *comme maître et possesseur de la nature* », possiblement homme, et quelque peu vainqueur, disponible à nouveau pour « la promesse de l'aube ».

CHAPITRE II

CORPS CONTENANT ET CORPS CONTENU DE PENSEE

(Discours pour l'un, paroles de l'autre)

Carapace et Habitus

Toute notre observation montre un corps mis en avant, comme projeté dans le regard de l'autre, d'une manière particulièrement agressive, un peu comme une insulte, corps qui agresse l'autre, non directement, mais dans son habitus, dans son identité professionnelle et personnelle, dans ce qui fait, pour les soignants, comme une carapace, comme une autre-peau, cette autre peau qui est constitutive, non d'un Moi, - ce qui ici n'est donc pas superposable au Moi-Peau, tel que Didier Anzieu le théorise -, mais de ce qu'on pourrait appeler un Soi, c'est-à-dire un Moi social, engagé dans une

relation avec les autres, ce que le Moi est également, mais surtout inscrit dans un système de représentations sociales, titulaire d'un statut (et ici très directement écrit dans des textes juridiques), qui prescrit des limites à l'action, qui, comme au théâtre, correspond au texte d'une pièce, dans laquelle chacun à son rôle, c'est-à-dire des indications de conduites, mais que chacun interprètera, de façon à faire de ce rôle un personnage, pour l'habiter, le faire passer de la personne, rôle réduit à une trame impersonnelle, susceptible d'être n'importe qui derrière le masque qu'est justement la personne, au personnage, c'est-à-dire à une personne incarnée par un individu singulier, remplaçable, mais qui ne peut être totalement superposable et identique à celui qui le remplacerait, chacun ayant toujours des manières différentes de dire, de faire, et donc d'être. On pourrait considérer le rôle, la personne, comme un étant, mais le personnage, qui donne vie à l'étant, ne pouvant être qu'un Etre. Cette autre peau des soignants se traduit, de manière visible, par la blouse blanche, cet uniforme immaculé, dont on peut penser qu'il n'a pas été voulu tel par un simple souci d'hygiène, pour que celle-ci soit tracée, examinable, pour qu'il protège des impuretés extérieures, qu'il rendrait exemplairement visibles, mais qu'il s'est aussi imposé comme une métaphore de ce qu'on croit être les valeurs morales des soignants. La blouse blanche, dans ces conditions, carapace du soignant, corps superposé à son corps de chair, montre, d'une certaine manière, cet invisible qu'est ce corps de chair, cherchant à en gommer les aspérités et défauts, derrière un ce-à-voir, et donc un savoir, qui trace la frontière malade-soignant, frontière que la blouse blanche cherche à symboliser, puisqu'elle se fait ici langage qui n'a plus besoin des mots pour se dire et être compris. Cette carapace qu'est la blouse blanche est une protection de l'intégrité psychique du soignant qui est non négligeable dans un service de psychiatrie, face aux projections de l'angoisse de morcellement, angoisse de destruction et de mort, des malades psychotiques, aux projections également des vécus et ressentis agressifs et persécutifs, qui, attaquent l'unité psychique de l'autre, tout en en vérifiant en permanence la solidité, le caractère durable, constant, inaltérable, qui rassure le patient, dans la mesure où cet autre, en face de lui, continue à le considérer comme une personne unique, une unité qui résiste aussi au morcellement psychotique, et à le penser encore Un, malgré ces multiples présentés. C'est-à-dire qu'aux questions que pose le patient, par l'intermédiaire de son corps

projeté et morcelé, répond le langage du soignant, et d'abord par l'intermédiaire de ce corps substitué, reconstruit, mais rendu évident par la blouse blanche. Le corps de notre patient pouvait donc être un langage adressé aux soignants, demande muette, protestation silencieuse, mais tellement assourdissante qu'elle en était devenue inaudible, inquiétude informulable et indicible. Ce corps, à l'évidence, parlait, et à ce langage, perçu comme agressif, d'autant plus qu'on n'en comprenait pas toujours le sens, répondait finalement l'agressivité des soignants, agressivité explicitement formulée, derrière laquelle on découvrait souvent une forme de détresse, mais également agressivité implicite se manifestant dans le fait qu'on ne le voyait plus, qu'il était devenu transparent, que le regard porté vers lui, était devenu fugace et fugitif, ou trop chargé de cette agressivité, qui, par le truchement d'yeux-révolvers, accélérât cette mort, que le patient exposait aux regards de tous, mais que beaucoup se refusaient à voir, car refusant de l'accepter. Cette mort était, bien sûr, cette mort à venir, imminente, mais elle était aussi cette mort à lui-même en tant que sujet désirable, et même tout simplement en tant que sujet, puisqu'il avait été instrumentalisé, chosifié, objectalisé, réduit au rang d'une chose par le désir d'un autre qui y avait trouvé motif, pensons-le, de satisfaction et de jouissance, car sinon, pourquoi aurait-il tué en lui, toute satisfaction, et toute jouissance, et tout plaisir du corps, sauf en l'imaginant, le rêvant, dissociant émotion, sensation, et représentation, ne s'autorisant plus à accéder au plaisir qu'à travers la pensée, c'est-à-dire par le truchement d'un autre lui-même, autrui-miroir moins accessible, moins attaquable, moins chosifiable. Ce souvenir refoulé, dévitalisé, trou noir, échec au désir comme à tout énoncé, qu'il tentait de rendre inopérant, avait été pour lui une façon d'essayer d'abolir le temps, cherchant à annuler l'avenir pour mieux occulter le passé, sans pour autant y parvenir, se retrouvant dans la situation de cet « enfant nouveau-mort » errant dans un entre-deux, faisant sans cesse retour du refoulé, dans un « no man's land », avec une autre apparence, une autre identité, tel ce héros du roman de Sébastien Japrisot, qui ne peut quitter l'horreur d'une situation de guerre qu'en prenant l'identité d'un autre, de façon, malgré tout, à continuer à vivre. De cette mort, déjà venue, déjà là, à venir, et presque là, on ne voyait qu'elle, illustrant le propos d'Antoine Gorceix, « *la mort ne se dit pas, elle se montre* », sans plus pouvoir la maîtriser par un quelconque qualificatif, qui aurait pu la

relativiser, car comme l'écrit Giraudoux, « *il est aussi vain d'accrocher à la mort une épithète que de poser une couronne sur le néant* ». Ces réactions défensives des soignants correspondent à ce qu'Antoine Gorceix décrit, parlant des atteintes au corps que s'infligent certains patients, dont l'anorexie, les automutilations, les tentatives de suicide, comme une menace pour le narcissisme de l'autre, « *un clou rouillé qui s'enfoncé par maladresse dans leur propre chair* ».

Le corps de notre patient parlait et s'exprimait. Mais que disait-il ? Que le corps parle ne surprenait pas, encore qu'il soit rare qu'il parle aussi directement. En effet, le plus souvent le corps utilise le langage, oral ou écrit, qui l'exprime, mais sans que cette expression soit directe, utilisant pour ce faire un véhicule, une médiation, un code, des signes, qui, en général, sont communs à un certain nombre d'individus, donc partagés, mais qui ne peuvent exister sans ce corps, qui les délivre, mais qui en même temps les perçoit. Ce langage peut n'être ni oral, ni écrit, bien qu'inscrit, et bien qu'utilisant parfois des codes et signes s'en inspirant, issus de la langue, comme il en est avec le tatouage, langage du corps, réservé à quelques initiés, moins public, bien qu'éventuellement très exposé, très exhibé, très montré, mais qui pour devenir langage de communication, et non simple exposition,, doit tout de même être compris de quelques-uns, qui se reconnaissent entre eux, formant ainsi communauté, c'est-à-dire possession commune de quelques biens symboliques : valeurs, histoire, types d'événements. Les tatouages identifient et permettent de reconnaître, et de se reconnaître, entre marins, anciens détenus, militaires, groupes humains disposant d'un sentiment d'appartenance plus ou moins fort, plus ou moins étroit, qui font du corps à la fois un lieu de mémoire.

Le corps de notre patient parlait pour lui, à sa place, suppléant une parole perdue, oubliée, cachée, en tout cas indicible et inexprimable. Il ne parlait pas en effet, à travers des mots, qui n'exprimaient, on l'a dit, que d'affligeantes banalités. Mais il ne s'exprimait pas non plus à travers des maux, ce langage de la maladie, ce discours des symptômes qui permet de percevoir les dysfonctionnements, ratés, hésitations de la machine corporelle. Il était en effet, avons-nous dit, impossible de rattacher ce qu'il présentait à une maladie, et ceci le rendait très insupportable aux soignants, qui ne

pouvaient le soutenir, le porter, lui rendre ce corps moins lourd, moins pesant, de sorte qu'il lui fit moins mal, jusqu'à l'en oublier, qui, ce faisant, ne pouvaient le prendre, le comprendre, le prendre sur eux, avec eux, transférer dans un ailleurs indéterminé ce qui pouvait lui faire mal, et donc, « le prendre en charge ». Ce corps qui n'était pas malade était en définitive intouchable. Somme toute il ne lui permettait plus, puisqu'en faisant un intouchable, d'appartenir à la communauté des hommes, avec laquelle partager un quelconque bien commun. Il n'appartenait plus à la même humanité, même plus à l'humanité, n'était plus, de fait un homme, n'était plus comme nous, à notre image, devenant créature monstrueuse et inquiétante, vraie chimère, construit comme une autre mécanique, tel le Grégor de la nouvelle de Kafka. Tant il est vrai que le toucher est sans doute ce qui construit le corps, à la fois pour les autres, même si ce toucher peut n'être bien souvent qu'un frôlement du regard, mais aussi pour soi-même, le découvrant, l'assemblant, le rassemblant, ajustant des sensations éparses et donnant ainsi une logique de vie à ce qui, sans cela, serait resté matière, apportant une information, c'est-à-dire donnant forme à ce qui n'était que substance en puissance, pâte à laquelle manquait son levain.

Corps faire

La forme du corps, son caractère unique, différent des autres corps, des autres choses, hommes et objets, sont fournis par ce toucher qui fait sortir de l'indifférenciation, en construisant des limites, une surface, un écran. Ce toucher, qui constitue l'homme pour le soignant, qui élabore sa constitution, ce sac d'os et de muscles qui est son corps, est comme l'âme dont parle Condillac, qui à travers la résistance, la solidité ressentie lors d'un contact corporel, fait apparaître l'autre comme différent de soi, et ce faisant donne à l'un comme à l'autre, le sentiment d'être deux, différents et séparés l'un de l'autre, à travers cette conscience d'exister, puisque *« l'âme qui ne connaît pas son corps, aperçoit naturellement comme des modifications où elle se trouve et ne trouve qu'elle. Puisque le propre de cette sensation est de représenter à la fois deux choses qui s'excluent l'une hors de l'autre, l'âme n'apercevra pas la solidité comme une de ces modifications où elle ne trouve*

qu'elle-même ; elle l'apercevra nécessairement comme une modification, où elle trouve deux choses qui s'excluent, et par conséquent elle l'apercevra dans ces deux choses ». C'est à travers ce toucher, et plus précisément la main que l'individu se construit comme tel, comme une unité associant sensation et représentation, « *Que la main soit froide, par exemple, et que la poitrine soit chaude, la statue les sentira comme quelque chose de solide et de froid qui touche quelque chose de solide et de chaud : elle apprendra à rapporter le froid à la main, la chaleur à la poitrine, et elle en distinguera mieux l'une de l'autre. Ainsi ces deux sensations, peu propres par elles-mêmes à faire connaître à la statue qu'elle a un corps, contribueront cependant à lui en donner une idée plus sensible (...)*. La technique des enveloppements humides, utilisée comme approche thérapeutique, a en partie remobilisé le toucher, la main nécessaire pour emmailloter, mais aussi le contact avec les draps humides, agissant comme une sorte de prolongement sensoriel, ce contact permettant d'éprouver la sensation de solidité qu'évoque Condillac, et de percevoir son enveloppe dans l'opposition à cette autre enveloppe, de la sentir comme réceptacle de sensations, possiblement rassemblées en une seule étendue, piégée mais contenue dans le filet de l'enveloppement, contenant réel d'un corps à construire comme enveloppe physique, mais aussi psychique, comme contenant de pensée pouvant accueillir des contenus de pensée, corps anatomique et corps vécu, dans la terminologie de Biswanger. Cette importance du toucher est aussi mise en avant par Diderot, quand il écrit, prenant l'exemple d'un aveugle, « *Quelqu'un de nous s'avisa de demander à notre aveugle s'il serait bien content d'avoir des yeux : « si la curiosité ne me dominait pas, dit-il, j'aimerais bien avoir autant de longs bras : il me semble que mes mains m'instruiraient mieux de ce qui se passe dans la lune que vos yeux ou vos télescopes ; (...). Il vaudrait donc bien autant qu'on perfectionnât en moi l'organe que j'ai, que de m'accorder celui qui me manque »*. Mais à travers la main, c'est tout le contact avec la peau, contact non médiatisé, direct, qui inscrit dans la sensation, incarne dans la chair, montre une étendue, détermine un espace, par lequel, percevant des mouvements, allers-retours, présence-absence, retrait-disponibilité, je puis discriminer un autre que moi-même, tout en me percevant dans le même temps. C'est ce qu'Anzieu tente aussi de démontrer dans le Moi-Peau, quand il nous dit que la pensée est tout autant affaire

de peau que de cerveau, et que le Moi se constitue à partir d'une expérience tactile, d'abord Moi corporel, avant d'être Moi psychique, faisant du Moi, le miroir de l'âme, et comme nous avons tenté de le faire voir dans notre observation, faisant du corps le reflet d'une histoire. A partir du moment où le stade oral, par laquelle débute l'histoire du petit d'homme, est d'abord un contact de bouche à sein, par conséquent de peau à peau, il apparaît bien que les premières perceptions sensorielles, qui organisent progressivement une conscience de soi et de l'autre, de Moi qui quitte la fusion maternelle, délimitent ce Moi corporel qu'évoque Anzieu. Si la technique a permis qu'une parole se remette à circuler, à s'exprimer, si donc des contenus de pensée ont pu s'élaborer, c'est peut-être parce qu'un contenant de pensée avait pu se resolidifier, contenant de pensée que décrit aussi, peu ou prou Condillac, même s'il ne le dit pas dans les mêmes termes, « *la statue apprend donc à connaître son corps, et à se reconnaître dans toutes les parties qui le composent ; parce qu'aussitôt qu'elle porte la main sur l'une d'elles, le même être sentant se répond en quelque sorte de l'une à l'autre : c'est moi* ». Mais il est vrai qu'on pourra penser, comme Merleau-Ponty, ce qui n'est pas très éloigné de ce qui se noue lors du Stade du Miroir de Lacan, que ce corps ne se constitue que parce qu'il est déjà là, comme un dessein de lui-même, créateur de l'espace et du monde, et donc moins créé par lui, moins créé par les sensations externes, qu'il ne les active et met en œuvre, qu'il ne les constitue, le corps, dans ces conditions, ne pouvant jamais être objet, être le fait de l'autre, mais celui qui se crée par lui-même, une sorte de totalité, parties et somme des parties. Cette sorte de toute-puissance corporelle était bien ce qu'était notre patient, qui finalement l'empêchait de vivre, totalité close sur elle-même, faisant de celui qui « *était son corps* », tout simplement quelqu'un qui *était dans son corps* », mais lui-même, et non un autre, présent malgré lui et contre son gré.

On retrouvera la distinction entre contenant de pensée et contenu de pensée, et cet emboîtement de l'un dans l'autre, où la substance de l'un dépend de la substance de l'autre, mais où le contenant qui étaye le contenu disparaîtrait, dès lors que le contenu cesserait de le penser, (comme dans notre observation qui voit le corps physique de notre patient s'amenuiser progressivement jusqu'à se dissoudre et quasiment disparaître au fur et à mesure que les contenus de pensée ne se mobilisent

plus, sont dévitalisés dans une temporalité qu'on voudrait anéantir, pour n'être plus que ce moment ultime d'un présent disparaissant, dans l'instant de la disparition, qui est à l'avance répétée, compulsivement, dans cette succession d'instantants récurrents qui le préfigurent), encore une fois exprimée différemment par Husserl, « *Le corps propre se constitue donc originellement sur un mode double : d'une part, il est chose physique, matière, il a son extension dans laquelle entre ses propriétés réales, la coloration, le lisse, le dur, la chaleur et toutes les autres propriétés matérielles du même genre ; d'autre part, je trouve en lui, et je ressens « sur lui » et « en » lui : la chaleur du dos de la main, le froid aux pieds, les sensations de contact au bout des doigts.* » Le contenant corporel ne s'éprouve et ne se conçoit qu'à travers les contenus de pensée qui ont besoin de lui pour se développer, pour le penser, mais qui peuvent le dépasser, et pourquoi pas construire une représentation qui pourrait venir en compétition, voire en conflit avec lui, « *les sensations localisées ne sont pas des propriétés du corps propre en tant que chose physique, en revanche elles sont des propriétés de la chose-corps-propre (...); dans certaines circonstances elles durent longtemps encore après le contact* ».

Le corps purement physique, purement assemblage de matière, purement organique, base nécessaire et indispensable, n'existe donc pas totalement sans la représentation qu'on peut s'en faire. La force de cette représentation apparaît bien terrible, puisqu'on se rend compte, à travers notre observation, que celle-ci impose sa règle, sa loi, sa logique, finalement son ordre et sa violence, au corps matière, au corps physique, jusqu'à vouloir le faire disparaître, jusqu'à vouloir l'empêcher de fonctionner, alors qu'il n'avait aucun défaut, qu'il était parfaitement intègre. Ce corps physique, ce corps matière, n'est qu'une puissance en devenir d'étendue, qui doit être animée, causée, pour se développer. Dans notre observation cette cause a, plus que la technique des enveloppements humides, plus que le toucher permettant d'ajuster des sensations disparates en un tout sensible, consisté dans l'intérêt nouveau porté sur lui, malgré tout, malgré les obstacles qu'il y mettait, malgré le caractère obscène de son exhibition de la mort, dans ce regard différent que l'équipe portait sur lui, dans ce regard, tout simplement, qui le voyait alors tel qu'il était, et non pas comme on aurait voulu qu'il soit. Plus qu'un corps-matière, il est alors devenu un corps-pensée,

imaginé, représenté, théâtralisé.

On sait combien ce regard peut influencer sur le devenir d'un individu, le définir, le constituer, l'emprisonner dans une trame de comportements, l'engendrer comme actions, conduites, pensées. Pour en convaincre j'aime à rappeler cette erreur faite à mes débuts professionnels : j'avais commis une erreur en interprétant les résultats d'un test de personnalité, le MMPI, ayant reporté les résultats d'un homme sur la grille consacrée aux femmes, et ayant obtenu un score très significatif à l'échelle d'homosexualité, j'en fis communication à l'équipe soignante, qui y trouva la vérification, et la validation, de ce que nombre de soignants avaient cru constater. Or, après vérification, quelques semaines après l'erreur m'apparut. En utilisant la grille de correction adaptée, il n'y avait plus de score positif à l'échelle d'homosexualité. Considérant que seul ce résultat différait d'une grille de correction à l'autre, et que mon erreur n'affectait pas les autres syndromes psychopathologiques, je la tus. Avions-nous, malgré l'instrument à prétention scientifique, fait œuvre de clairvoyance, assistés d'une très fine et très prédictive intuition clinique, ou avons-nous déterminé par notre regard, les comportements du patient ? En tout état de cause, lorsqu'il sortit du service de psychiatrie où il séjournait fréquemment pour une dépression qui n'en finissait pas, il « vira sa cuti », devint homosexuel, et concubina avec de jeunes éphèbes.

Au demeurant c'est bien le regard de l'autre qui constitue l'enfant, et qui structure son développement ; en même temps d'ailleurs que le contact corporel, qui facilite l'attachement précoce avec la mère, et qui, mutatis mutandis, rappelle le phénomène d'empreinte décrit par Konrad Lorenz., même si les mécanismes subjectifs des projections prennent rapidement le relais des phénomènes objectifs, purement physiologiques. C'est bien en effet un contact corporel, charnel, qui inaugure le développement humain, utilisant le réflexe inné de succion, pour, dans ce que Freud décrira comme le stade oral, structurer des sensations de manque et de plénitude, de plaisir et de déplaisir, de tension et d'ataraxie, construire une attente, et la présence de l'autre, construire aussi une ambiance rassurante ou faire se développer une angoisse d'anéantissement. Le contact corporel, le toucher, même s'il s'agit d'abord d'un

toucher avec la langue et la bouche, est ce qui va lui permettre de construire le monde qui l'entoure, puis de s'en différencier, de sortir de la relation fusionnelle et symbiotique qu'il a avec sa mère, pour se percevoir d'abord à côté, différent, avant de se construire comme entité autonome. Le contact œil-œil, vers l'âge de trois mois, ajoutera une autre forme de toucher, un toucher à distance. Mais pour se différencier, pour sortir de la fusion d'avec la mère, pour qu'il y ait ce « bing bang » psychologique, encore faut-il qu'il y ait symbiose. Et quand il n'y a rien, ou que l'attachement maternel (ou du substitut maternel), est perturbé, alors l'extérieur ne se construit pas, l'autre est biaisé, et la conscience de soi est morcelée, comme dans le cas de l'autisme et des psychoses infantiles.

A l'origine, ce regard de l'autre, ce contact corporel, ces premiers émois qui vont faire contenu de pensée, avant même que le contenant de pensée ne s'autonomise, et de manière concomitante ne se mette en place, ne se construise, ne se développe, passe par la nourriture. Aussi on doit se demander si tout rapport vicié à celle-ci, soit boulimie, soit anorexie, soit alcoolisme, soit quelques perversions que ce soit mettant la bouche en jeu, ne renvoie pas à un trouble des interactions précoces entre la mère et l'enfant. Comme l'écrit Philippe Jeammet le rapport à la nourriture exprime toujours le degré de dépendance à la mère.

Tel n'était pas le cas de notre patient, et c'est la raison pour laquelle on peut dire que l'expression de son corps, les énoncés que ce dernier se permettait, à son insu, malgré lui, n'étaient pas le langage des maux.

Ni langage de mots, ni langage de maux, ce corps, pourtant s'exprimait, d'une manière inaudible, mais à travers une exhibition obscène et impudique qui en devenait bruyante. On a vu comment, dans notre observation, on a pu accéder, non pas forcément à une vérité, mais à un contenu, accepté, permettant de reconstruire autour de ce contenu de pensée un contenant de pensée permettant de le neutraliser, en une sorte de crypte, de coffre-fort, d'armoire aux secrets, sans qu'il envahisse tous les espaces, et de façon à ce qu'il ne soit plus un souvenir assassin, tuant en même temps contenu et contenant de pensée, et d'abord le contenant, seul moyen perçu comme radicalement efficace pour faire disparaître le contenu. On a vu combien ce contenu était abject, et

combien ce corps s'était fermé à tout accès extérieur, mais en même temps à toute temporalité, dans une vaine tentative magique de gommer une effraction, une intromission, une introduction involontaire d'un autre en soi. C'est dire que ce corps se manifestait comme miroir de sa propre histoire, de son intimité, de l'existence. Ce corps reflet de l'innommable, de l'impensable, de l'incommunicable, était à la fois masque et symptôme, ne révélant rien explicitement, expressément, et il traduisait un malaise, mal-aise, mal-être, un difficile vécu, sans pour cela le révéler directement, mais à travers cette anorexie, cette cachexie, cet amincissement progressif, cette disparition annoncée, plus métonymie que métaphore, déguisement, condensation, télescopage et glissement sémantique, un peu comme il en est dans les rêves, qui sont moins divagations, compensations, que pas de côté. Loin s'en faut en effet que ce corps exprimât son vécu et son ressenti par des manifestations émotionnelles directes, à la manière de certaines productions romanesques.

Mais il reste que le corps est miroir ou reflet que les événements vécus soient heureux ou malheureux, et il en est ainsi, pour tous. Selon Maurice Ferreri, « *le corps a une histoire et une mémoire. Il est un aménagement libidinal qui est continuité et changement (...). Il est constitutif du Moi* ». Il est déjà, tout simplement, reflet du temps qui passe. Que le corps change, nul ne le niera, plus lentement évidemment qu'une rose, « *qui se matin avait éclosé* », et pourrait bien avoir « *perdu cette vesprée / les plis de sa robe pourprée* », qu'il porte sur lui, comme en lui les stigmates de l'âge, quelque effort que font certains ou certaines pour les gommer, cacher, masquer, quelque envie qu'ils aient de s'écrier « *ö temps, suspend ton vol* », sachant bien qu'il fera la sourde oreille, sourd à tous ces appels le suppliant d'interrompre sa course, quelque désir qu'ils aient de souhaiter d'un grand fleuve qu'il cesse de couler vers l'aval, afin peut être, au moins deux fois, s'y baigner dans la même eau, et qu'il change sans cesser d'appartenir au même individu, d'être la même personne, qui s'en accomode plus ou moins, qui n'en est pas détruite, qui s'y retrouve et s'y reconnaît, voilà le lot commun de tous ceux pour qui le Moi ne s'éparille pas dans ce mouvement, mais au contraire s'enrichit, se renforce, se poursuit, d'accumulation d'expériences diversifiées en amasement de contingences différentes. Mais il n'en est pas toujours ainsi, soit qu'on n'accepte pas son corps tel qu'il est ou qu'on refuse les

effets du temps sur lui. Le premier cas évoquera travestissement, transexualisme, mais aussi toutes les pratiques transformistes, depuis « le body building », mais aussi la chirurgie esthétique, en général des actions radicales, importantes, visant une transformation définitive, et qui ne sont pas dénuées d'agressivité. Quant à la pratique du tatouage, si elle ne modifie pas radicalement le corps dans sa constitution, elle transforme sa représentation, le regard qu'on peut porter sur lui, et a un caractère définitif, non complètement dénué d'agressivité, même s'il ne s'agit pas d'un corps forcément refusé, mais dont on cherche à modifier les conditions de pénétration de l'Être au Monde. Les scarifications présentent des caractéristiques proches du tatouage, mais traduisent, dans les conduites d'agressions du corps, plus ou moins voisines de gestes d'automutilation, des attitudes de transformations actives, de refus de sa représentation, mais aussi une incapacité à l'idéaliser, à le penser différemment, à le reconstruire. C'est un corps impossible à regarder, qui agresse le regard, y compris de celui qui le constitue, corps qui fait mal à voir, et auquel on fait mal. Le second cas fera référence à toutes les techniques cosmétiques et de maquillage, à tout ce qui fait illusion, sans qu'il y ait adhésion totale, complète, et définitive, et restera dans le contexte d'une théâtralisation, du comme si ; « le temps passe, nous le savons bien, mais faisons comme si ce n'était pas vrai », et plut-il que certains se laissassent prendre à ce piège, et consentissent à cette escroquerie !

CHAPITRE III

INVENTER UN CORPS A SOIGNER

(Un corps présentable d'une certaine manière)

La maladie ou la beauté des maux

Qu'il serait agréable de travailler dans des établissements de santé où les malades reçus seraient toujours bien conformes à nos représentations et à ce que nous souhaitons pour eux, et combien alors les soignants seraient motivés, et peut être heureux, le plaisir dans le travail, ou le bonheur, notions qui ne sont sans doute pas strictement superposables, étant probablement (ce qu'il faudrait cependant démontrer)

un ressort de la motivation au travail, un des aspects de ce concept ambiguë, pluriel, qui fait florès dans nos organisations de travail depuis qu'elles ont choisi d'en considérer les acteurs comme autant de « ressources humaines » dont on s'enquiert (au moins en théorie) du bien-être, des désirs, du degré de satisfaction, tout ceci étant censé contribuer à un dynamisme qui ne pourra qu'être profitable à l'organisation. Il faudrait donc que les malades soient bien malades, et qu'ils en aient une claire conscience, de façon à être patients face aux soins appliqués, qu'ils en perçoivent l'intérêt, le bien-fondé, les avantages à venir, et qu'ainsi ils s'investissent dans les soins proposés, qui plus est, qu'ils y consentent, comme à tous les examens et investigations. Rien n'est plus insupporté en effet que ceux qu'on considère comme des « malades imaginaires », - comme le patient de notre observation - renvoyés par les somaticiens dans l'univers de la psychiatrie, mais tout aussi insupportés des soignants en psychiatrie, qui se sentent pareillement mis en échec par la cohorte des hypocondriaques, sans symptômes visibles et probants, hystériques de conversion, aux symptômes exagérément visibles, qui en font « trop », « des tonnes », dysmorphophobiques, persuadés d'une disgrâce physique, idée fixe qui envahit toute la conscience, au point d'empêcher de penser à autre chose, d'empêcher de vivre, idée fixe encore un peu critiquée, malgré son caractère totalitaire, et parfois inébranlable conviction, qu'on pourrait alors considérer comme délirante, et qui conduit d'interventions en interventions de chirurgie esthétique, aux résultats toujours insatisfaisants. Sans doute condescendra-t-on à concevoir qu'ils puissent souffrir –et encore-, mais cette souffrance sera pesée pour peu de choses par rapport à ce qui sera considéré comme de la « comédie », et comme un « manque de volonté ». Pour ces malades qui, malgré ce qu'on voudrait croire, souffrent réellement, et d'abord dans leur chair et dans leur corps, rien n'est plus insupportable que de leur renvoyer que ce n'est pas leur corps qui souffre, mais leur « tête », et de les sommer (bien souvent) d'accepter que leur problème soit essentiellement psychologique. Ce faisant on ajoutera de la souffrance morale à la souffrance physique. En revanche « un vrai malade », surtout si son cas est grave, voire désespéré, conforte le soignant dans l'importance de son rôle, et souligne, de manière exemplaire, presque caricaturale, la noblesse de sa fonction, son caractère altruiste, et la quasi ascèse de son dévouement, conférant à la profession soignante une

sorte de posture d'abnégation, charitable et missionnaire, imprégnée de religiosité, qu'elle a conservée malgré la laïcisation des établissements hospitaliers, publics comme privés d'ailleurs. Les dénominations anciennes d'Hôtel-Dieu, de Charité, de Pitié, inchangées depuis des siècles, montrent, à l'évidence, cette filiation religieuse, tant des établissements, que des personnels qui y travaillent, que des prénotions et représentations qui les structurent, les décrivent, les pensent. Mais un « vrai malade » se doit aussi de guérir (ce que ne font bien sûr pas les « malades imaginaires » dont on considère qu'ils ont des « bénéfices secondaires » à être malades), et si possible de guérir vite, ou en montrant qu'il est en « bonne voie » de guérison. Ce malade est gratifiant pour le personnel soignant, car il lui rend visible et palpable son action, à laquelle il donne du sens, outre l'aspect de renforcement narcissique, qui résulte de ce que cette guérison permet d'une perception par le soignant de l'importance de son rôle et de la nécessité de sa fonction.

Il n'en est pas toujours ainsi, et pas seulement pour ceux qu'on considère peu ou prou comme des pseudo-malades, ces hypocondriaques, hystériques, dysmorphophobiques, déjà évoqués. En effet une difficulté surgit avec les personnes âgées, car avec ces dernières il est impossible d'inverser un processus d'involution, encore que leur dépendance place tout de même le soignant dans une position active. On pourrait aussi considérer qu'elle existe avec certaines pathologies, dans lesquelles l'hypothèse d'une rechute reste une probabilité non négligeable, comme dans le cas des cancers, par exemple ; mais dans ces situations le soignant reste toujours actif. En revanche cette difficulté apparaît souvent insurmontable dans les cas de certaines pathologies psychiatriques, avec lesquelles il est souvent difficile de revenir à l'état antérieur, même si une forme de stabilisation est appelée guérison ; en outre ces malades peuvent s'opposer aux soignants, souvent de manière passive, en interrompant leurs traitements, en « échappant » à la prise en charge, bref en retrouvant une forme de liberté, qui certes peut conduire à la rechute, ce qui met le soignant en échec, et au bout du compte le malade lui-même, mais qui surtout réintroduit une forme d'égalité dans le soin, le malade n'étant plus alors un patient exclusivement passif. Il est vrai cependant que le malade dépressif, inhibé, apathique, dépendant, englué dans une toute-puissance du présent qui lui empêche d'imaginer l'avenir, parfaitement

passif, est tout aussi insupporté, car il ne permet pas aux soignants de se percevoir efficaces, et d'apprécier dans la durée leur efficacité.

Aussi, et contrairement à une prénotion bien établie, ce que paraît redouter le soignant, ce ne sont pas la maladie, la douleur, la souffrance, et même la mort, situations pour lesquelles il a été préparé, qui, sans être toutes, toujours, protocolisées, s'inscrivent dans une conduite à tenir, font appel à des schèmes de comportements prévus et anticipés, situations dans lesquelles, la plupart du temps, il a un rôle actif, et qui répondent, globalement, à la définition qu'il se donne de lui-même, au moins collectivement, qui est de prendre soin. On peut penser qu'alors le soignant se trouve dans le connu, au moins le compréhensible et le connaissable, face à ce qui peut se décrire et s'analyser, face à ce qui relève d'une certaine logique, avec des causes et des effets, visibles en partie, et assurément pensables, de l'ordre d'une énonciation dont il possède la grammaire et le vocabulaire, et, à défaut, au moins un dictionnaire, qui lui permet un minimum de compréhension. Que le malade dispose ou non de la possibilité de s'exprimer dans un langage verbal, son attitude apparaît signifiante pour le soignant qui peut la décrypter et la placer dans un ordre discursif, qui lui permet de voir ce qu'il fait, de prévoir, et finalement de se situer dans une interaction, c'est-à-dire un jeu de questions-réponses, celles-ci pouvant être silencieuses, et même le fait du seul soignant qui, ce faisant, s'incarnera en l'autre, l'animant, lui prêtant vie, sensations et pensée, en écho à la sienne. Car il n'est pas nécessaire que le malade s'exprime directement. Et même, puisqu'aussi bien, dit-on, « les grandes douleurs sont muettes », moins il parlera directement, et plus correspondra-t-il à ce malade idéal qui permet au soignant de s'idéaliser, d'être le parangon des vertus de sa profession.

Un malade idéal est donc un malade qui se définit par ses symptômes, dont le corps parle le langage de la maladie, qui permet de faire un diagnostic comme un pronostic, dans l'entre-deux desquels pourront s'inscrire la thérapeutique ou la prise en charge. Que le malade présente une affection organique ou psychiatrique n'y change rien. La rencontre qui se fait avec lui peut se penser avec des outils et un code communs, lesquels définissent comme un mode d'emploi. Notre patient, comme nous

l'avons vu, ne répondait à aucun de ses critères, ne pouvait être qualifié de malade, dans l'un comme l'autre des contextes de soins, ce qui se rencontre aussi, parfois, avec de jeunes suicidants, qui ne présentent aucune pathologie, mais un dégoût de vivre, d'autant plus malaisé à admettre pour les soignants, et peut être aussi pour tous les adultes, que la vie de ces jeunes n'a pas encore été expérimentée, reste en grande partie inconnue, demeure promesse. Mais, quelque difficulté que l'on ait pour le faire, on peut, à la rigueur, admettre qu'il s'agit pour l'adolescent, d'une forme de liberté (qui ne saurait lui être plus marchandée, contingentée, discutée, qu'à aucun autre), alors qu'il n'y avait que bien peu de liberté dans la situation décrite plus haut, sauf celle, soulignée, d'imposer son temps à l'adversité, et de l'accélérer, empêchant, ce faisant, que puisse s'installer le temps d'une rencontre avec les soignants. Aussi peut-on affirmer qu'un malade idéal est un malade patient (ce qui, dans la grammaire médicale et soignante, ne peut qu'être tautologique), qui ne ralentit ni n'accélère le temps, dont on peut percevoir l'évolution et le changement, à partir de l'habitus professionnel.

Des mots pour les maux : du diagnostic à la thérapeutique ou l'invention d'un corps

La relation thérapeutique se pense entre deux bornes, celle d'un début de la relation, qu'inaugure le diagnostic, celle d'un aboutissement, qui devrait résulter du soin proprement dit, dont on pense, imagine, prévoit, quelque peu, le chemin, ce vers quoi en tout cas on tend et souhaite aboutir, soin dont on imagine ce qu'il pourrait être, en quoi il pourrait consister, ce qu'il pourrait produire, et qui, pour être tout de même un peu un rêve, n'est cependant pas complètement divagation dans l'inconnu. En effet, dans ce moment de rêve, se produit un échange entre ce qui est et ce que veux, entre une réalité telle qu'elle est devenue, et ce que je prévoyais qu'elle deviendrait, dans le temps duquel je fais un constat qui se construit à partir de la distance de l'un à l'autre, circulation, même silencieuse, d'une parole à propos du décalage, presque toujours certain, entre mon désir et la manière dont il a pu s'inscrire dans la matière des faits. Cette distance souligne des degrés d'imperfection et d'insatisfaction, qui invite à

persévérer, ou au contraire, comme dans l'observation présentée, devient résistance, en raison d'un trop grand écart entre le vouloir et le pouvoir, entre le réalisé, et ce qu'on croyait réalisable. Mais c'est dans cette distance, cet interstice, cet entre-deux, que se construit un savoir, ce qui est à voir et que je sais voir, d'où l'agacement résultant des déguisements que mettait notre patient à l'expression d'une impossible réalité, dont la catharsis suscitait une douleur plus grande que ce qui avait pu conduire à refuser de la voir comme de la ressentir. Construire un tel savoir, allant du superficiel au profond, du visible vers l'invisible, du conscient jusqu'à l'inconscient (souvent là sans même qu'on le remarque) pourrait bien être la première et principale fonction de la relation thérapeutique, échange dont le but initial est de faire apparaître une situation de manière lisible, d'en révéler l'encre sympathique grâce à nos astuces théoriques, au besoin en la plaçant dans un statut de chose, en la figeant dans une position d'immobilité, en la cristallisant, ce qui, somme toute, fut permis, pour le patient dont nous parlons, par nos enveloppements humides. Le travail inaugural de toute relation thérapeutique est alors de construire une chimère, permettant de sérier la multitude des situations, d'ordonner la bruyance des phénomènes, de les réduire à quelques formes simples, que d'aucuns pourraient nommer structures. Ce savoir, constat et perspective, mobilise diverses sensations, diverses perceptions, diverses interprétations, qui se groupent, s'assemblent, se fédèrent, de façon à rassembler en un nouvel agrégat ce qui était jusqu'alors épars (cet agrégat étant ce que nous appelons diagnostic), et il devient nouveauté, point d'appui d'autres événements successifs à venir, cause à partir de laquelle s'engendreront des séries d'événements qui n'eussent pas été sans celui-ci, ou qui eussent été différents. Mais alors qu'on pourrait le considérer comme une réponse, un diagnostic est d'abord une question posée, peut-être d'abord à soi-même, une interrogation qu'on s'efforcera de confirmer, ou d'infirmer, mais qui sera toujours un moment inaugural, dissociant l'avant de l'après, organisant le regard et la perception, et à partir duquel se déploiera une information.

Mais cette relation thérapeutique est un temps de tension, parce que c'est un moment de dialogue, temps dialectique d'une question posée à une réponse attendue, qui va produire de l'action (ou de l'abstention, mais qui n'est qu'une action retenue, qu'une action avortée), qui va mettre en mouvement. C'est un temps qui est travail et

processus, présent et présence, toujours rempli, au moins du temps de l'autre, quelle que soit l'impression de vide que j'y perçois et parce que la présence de cet autre suscite chez moi des représentations subjectives, doutes, préventions, craintes, attentes, désirs, déceptions éventuelles, attitudes et contre-attitudes, tout ce qui constitue les ressorts des mécanismes transférentiels de la psychanalyse. La relation thérapeutique, au moins dans sa phase diagnostique, qui a pour fonction de recréer un corps à l'autre, non pas d'une manière fictive, non pas d'une manière métaphorique, mais d'une manière chimérique ou métonymique (ou un organe ou une pathologie devient le tout d'un malade), est donc un temps d'emprise sur l'autre, qui lui impose une vision, une conception, des représentations, que le patient doit faire siennes, sous peine de délaissement et d'agacement. Aussi la relation thérapeutique n'est pas comme le musement de Perceval devant la tâche de sang sur la neige, pensée qui se révèle à travers un événement impromptu, de l'ordre de l'instant indéfinissable, en deçà des mots, comme un ton, un souffle, une note de musique. Mais c'est dans le même temps un temps de l'identification, de la personnification, de la différenciation, temps créateur, temps de la scansion, de la partition, temps de la percolation. C'est un temps d'intervalle, de rupture, de discontinuité, temps de séparation, fragmentation, division, qui s'éprouve d'abord comme un avoir été, ce qui fut avant ce qui vient après, ce qui vient après ce qui fut avant, tic-tac permanent qui, puisque tac est là, nous apprend que tic est parti, à la fois temps du revenir et du devenir, perpétuelle fuite et perpétuel retour, linéaire et circulaire à la fois. La relation thérapeutique est en effet l'occasion par laquelle doit s'élaborer un « *instant de voir* », anticipation, condensation comme dans un rêve, de l'être en devenir d'un autre, de ses transformations, changements, qui s'opéreront aussi du fait d'un regard façonnant porté sur lui, en quelque sorte « *stade du miroir* » renouvelé, inversé, dans lequel le miroir est le regard modelant de l'ordre vis-à-vis d'un corps-défendant. Cet « instant de voir » est plus qu'un simple regard, car s'il voit et écoute, il interprète aussi, inventant alors une réalité, surgie non d'un néant absolu, mais d'un vide apparent, celui de notre patient à qui l'on « tend des perches », poutres progressive de soutènement, échafaudages permettant de bâtir cette réalité nouvelle ou retrouvée, patient qui doit progressivement s'en emparer. « L'instant de voir » est le cadre, le coffrage, qui permettent la construction d'une

substance, d'une sorte d'invariant, qui intègrent des observations, des phénomènes d'expériences et de familiarité, les résument également, les contiennent, les absorbent, les englobent, mais aussi les dépassent. C'est la construction de ce qu'on pourrait considérer comme une structure, c'est-à-dire une abstraction, un théorème, à la manière de Pythagore, qui a recherché, ainsi que l'écrit Lucien Jerphagnon, à établir « *une constante a priori qui dépasse les expériences sensibles et qui s'appliquent à toutes* » qu'il appelle « *l'Un primordial* », et qu'on pourrait tout aussi bien nommer comme une monade.

Cet « instant de voir » inaugural, connaissance abductive, connaissance de l'autre et connaissance sur l'autre, construction de l'autre et construction sur l'autre, regard qui se pose, dispose, impose, à la fois explication, et perspective, à la fois d'un point de vue causal, mais aussi d'un point de vue projectif, est une manière de faire crédit à l'autre de qualités et de défauts aussi, mais d'une capacité de ressemblance, qui me permet de l'inscrire dans un système de comparaisons, ce que la terminologie actuelle nomme référentiel. Qu'on le compare à soi-même, à un Autre, dont il serait l'image ou la ressemblance, par rapport donc à une instance tierce extérieure et originaire, que cette instance soit Dieu, ou la figure « A » de Lacan, cette loi du Père, qui inscrit un Surmoi social et générationnel en même temps qu'un poids de déterminations, mais qui fonctionne comme une identification, « A » qui surgit comme un spectre dans l'expérience du Stade du Miroir, cet autre qu'on construit, à la fois comme contenant et contenu de pensée, est témoin et porteur d'autres que lui-même et d'un peu plus qu'il n'est, existant par procuration en même temps qu'existant pour autrui. C'est un peu ce que dit Lévinas quand il écrit « *on ne perçoit pas autrui dans ses éléments descriptifs, comme un objet ; mais comme un visage, qui est d'emblée une position éthique* », visage qui nous renvoie à cet Autre, ce grand « A » originaire, qu'on l'appelle « Dieu », « Grand architecte de l'Univers », « Etre Suprême », « Loi du Père », « Structures élémentaires de la parenté », puisque « *le visage est signification sans contexte* », qui fait que « *je me sens responsable d'autrui, sans attendre la réciprocité* », et que « *le lien avec autrui ne se noue que comme responsabilité* », ce qui met en position de considérer l'être de l'autre, quel qu'il soit et quoi qu'il fasse, comme une abstraction qui réduit les phénomènes qui s'expriment

dans la réalité, mais abstraction nécessaire car signifiante. Est-ce considérer l'autre, son corps, ses contenus comme son contenant de pensée, comme une utopie et un rêve : cette santé qu'on veut restaurer, et qui ne peut qu'advenir au filtre d'un corps préalablement malade. Cette création d'un autre comme utopie, à partir d'un corps réduit et reconstruit, comme une fiction opérative, qui pourrait définir une modalité de la relation soignante et thérapeutique, est une réalisation, façon d'assembler des existants à partir d'apriori théoriques, de combiner des phénomènes pour aboutir à une essence nouvelle, ce qui, pour Bachelard, est le propre de la démarche scientifique, car « *on conçoit la substance dans son aspect formel, avant de la voir dans son apparence matérielle* », de la même manière que « *la formule développée est un substitut rationnel à la substance* », « *créant des noumènes (théories), qui chercheront des phénomènes (expériences)* », sachant que « *le postulat dépasse toujours l'expérience* ». Peut-être ceci explique-t-il le perfectionnisme des soignants, plus exigeant vis-à-vis du patient, que ce dernier ne l'est pour lui-même, rendant compte, en partie, de l'agressivité, du malaise, du sentiment de perte d'identité professionnelle, qu'on les a vus manifester dans l'observation proposée.

Cette reconstruction, cette fiction, cette sorte d'illusion, portées jusqu'à l'incandescence de la caricature, expression dans la réalité d'une pensée préalable, qui s'incarne dans un individu singulier, telles sont les caractéristiques de la relation thérapeutique, mais ce sont aussi, peu ou prou, des mécanismes qui sous-tendent le théâtre, création fictionnelle d'un autre, incarnée dans une action médiatisée par le corps. D'où peut-être la facilité qu'ont eu, dans notre exemple, les soignants, pour adhérer à ce spectacle des enveloppements humides, qui théâtralisait une relation thérapeutique et une démarche de soins.

CHAPITRE IV

Corps en scène, qui mots dit pour être moins maux dits

Ou

Théâtre et psychothérapie

Corps montré, exposé, exhibé ; corps vu, regardé, repensé ; corps presque disparu, mais aussi corps renaissant et reconstruit ; corps qui exprime et masque, qui dit en déformant ; corps aussi qui tente de plier le temps à sa convenance, abolissant passé, dans un futur antérieur presque trop présent ; mais corps aussi spatialisé, contenu et contenant de pensée, contenant ressenti dans une forme de rencontre avec un autre substitué, artifice permettant de se retrouver, chrysalide facilitant une métamorphose, mais chrysalide sans cesse refaite, apparition-disparaissante, dans un temps limité, prévu, organisé, attendu, et qui ce faisant lui redonne du rythme, une dimension, une étendue, une épaisseur, une durée, et un emboîtement d'espaces, le corps propre, mais aussi l'enveloppement qui le contient, mais aussi l'espace d'interaction avec les thérapeutes, mais aussi l'espace clos de la chambre, ouverte toutefois sur un service qui n'est plus indifférent, mais qui se met en position d'attente, de disponibilité, de réceptacle de l'appel de la sonnette, qui déclenche le ballet de la collation, un peu comme au théâtre les trois coups frappés par le brigadier qui annoncent le lever du rideau et le début du spectacle. Assurément nous ne pouvons que penser au théâtre, d'autant plus, avons-nous dit, que ce choix de l'enveloppement humide n'était pas dénué d'une théâtralisation, exhibition du soin en réponse à l'exhibition d'une douleur muette, d'une histoire indicible, exhibition, exagération, exacerbation, destinée à créer, pour les soignants comme pour le patient une intrigue aux rôles connus, convenus, mais appropriables, ceux de la maladie, mais pour la parler, la toiser, la considérer de plus loin, avec du recul, non pas pour la vivre, considérant qu'elle est le ressort tragique de comportements qui sans cela confinait au non-sens, et encore moins être vécu par elle, maladie formant comme un récitatif,

soubassement explicatif, scandé par le rituel des enveloppement humide, à la façon des chœurs des tragédies antiques.

A la fois texte déroulant un scénario, bâti d'une série d'interprétations, rôles interprétés, permettant fictivement, mais non virtuellement, d'expérimenter, à travers ces comme si, les situations redoutées, pour s'y construire un nouvel habitus, et en éprouver sa solidité, mais aussi improvisation, à la manière d'une commedia del arte, exprimant, sans presque en avoir l'air, et sans s'en apercevoir trop, l'indicible, tous ces non-dit qui peuvent finir par empêcher de vivre, un peu comme une catharsis, tel fut aussi la création qui se dégagea des enveloppements humides pratiqués avec le patient. Ce fut bien une création, qui redonna une vie, une âme, un souffle d'esprit, à travers une poétisation de l'impensé qu'elle rendait soudain plus facilement pensable, offrant pour cela, comme un rêve tout un cortège de métaphores. Mais comme au théâtre, rien n'existe sans le spectateur, qui donne vie par son regard, ce qui, sans cela, resterait une agitation désordonnée et stérile, car, il faut bien le dire, notre patient bougea, évolua, se transforma, en même temps que se posait sur lui un autre regard des soignants, un regard, facilité, orienté, par ce qu'ils connaissaient de la pièce qui se jouait, comme la connaissait désormais aussi le patient, mais qui, malgré tout, comme il en est avec les grands classiques, vus et revus, se redécouvrent toujours, et toujours avec la même joie, le même plaisir, la même fascination, comme il en est d'ailleurs de chaque matin, quand après la nuit le jour se lève baignant d'une lumière neuve la splendeur inlassable de l'aube.

On ne pourra donc que s'interroger sur l'effet thérapeutique de cette théâtralisation. Sans doute, avons-nous dit, cette théâtralisation était recherchée, mais essentiellement pour quêter et susciter l'intérêt des soignants, et sans penser que, peut-être, les ressorts dramatiques qui s'opéraient, dans ce qui pourtant n'était pas un psychodrame, pourraient aussi agir sur le patient, spectateur de lui-même, acteur de son histoire, qu'il interprétait comme si elle fut celle d'un autre, en partie extérieure à lui, dans une mise en scène orchestrant des interprétations, paroles certes à son propos, mais incertaines, ayant plus le statut de fictions réalisables, à défaut d'être réalistes, que d'une vérité absolue et intangible. La magie du spectacle fut qu'il opérât sur le patient

lui-même, auteur en partie, acteur, et spectateur de lui-même. Doit-on s'en étonner quand Hamlet s'écrie, dans la pièce éponyme, « *N'est-ce pas monstrueux que ce comédien, ici, dans une fiction, dans le rêve d'une passion, puisse si bien soumettre son âme à sa propre pensée, que tout son visage s'enflamme sous cette influence, qu'il a les larmes aux yeux, l'effarement dans les traits, la voix brisée, et toute sa personne en harmonie avec son idée ? (...) J'ai ouï dire que des créatures coupables, assistant à une pièce de théâtre, ont par l'action seule de la scène, été frappées dans l'âme au point que sur le champ elles ont révélé leurs forfaits* ».

Epreuve-t-on, quand on joue, dans le feu de l'action, les sentiments prêtés au personnage que l'on interprète, ou reste-t-on dans le semblant. Est-on comme Werther qui ressent au premier degré « *que peu à peu tous mes sens s'embrasent, que mes yeux s'obscurcissent, qu'à peine j'entends encore, et que cela me prend la gorge comme un assassin ; qu'alors mon cœur, par de rapides battements, cherche à donner du jeu, à mes sens suffoqués, et ne fait qu'augmenter leur trouble...* ». Et faut-il même les éprouver vraiment pour bien jouer. C'est là tout le paradoxe du comédien, qui, selon Diderot, interprétera avec d'autant plus de vraisemblance des sentiments, qu'il les ressentira moins, s'en tiendra à distance, les manipulant, jouant avec, faisant ainsi varier plus finement le potentiomètre de leur intensité.

En ce qui concerne notre patient nous n'étions pas dans la beauté du geste, dans la recherche d'une perfection de jeu, mais dans la mobilisation d'émotions et de pensée, qui ne cherchaient pas à être ressemblantes, mais à exister et à s'exprimer.

Mais en reprenant cette histoire, me vient ce regret que nous n'ayons pas essayé le théâtre comme psychothérapie, dont l'expérience m'avait pourtant démontré l'efficacité, quand deux patients, considérés comme chroniques, hospitalisés depuis de nombreux mois, voire même plusieurs années, avaient voulu jouer devant les autres hospitalisés de leur pavillon, une scène du *Malade Imaginaire*, quand Toinette, pour convaincre Argan qu'il n'est pas malade, ou qu'en tout cas ses médecins n'y connaissent rien, souhaitant qu'il perde définitivement à la fois son aveuglement et la confiance totale qu'il a en eux, les Diafoirus père et fils ainsi qu'en son apothicaire,

monsieur Purgon, se fait passer pour médecin.

Ainsi, Georgette sera Toinette. C'est une femme âgée de cinquante-cinq ans, entrée à l'hôpital pour état dépressif, marquée par des tentatives de suicide répétées, avec des plaintes hypocondriaques multiples, bref une personnalité psychasthénique effacée derrière sa douleur, qui jouera Toinette, la servante vive, dynamique, haute en couleur et forte en gueule. Devant le public de ses pairs qu'elle amuse, accoutrée comme le valet de pique, remarquable et remarquée, elle constate qu'elle intéresse et qu'elle existe autrement que douloureusement, et mieux, puisque, ce faisant, elle accroît le nombre de ceux qui lui parlent, qui la félicitent, qui la complimentent et qui la considèrent. Voilà que celle qui s'ennuyait, promenant, si lasse, une existence qu'elle croyait inutile, offre du plaisir et de la détente, et qu'on lui en redemande. Voilà qu'au miroir des autres elle prend de l'épaisseur et de la densité, dans un autre registre, dans un autre discours que l'énoncé de ses maladies brandies comme un drapeau, mais qui ne ralliaient alors personne à ce qui n'était qu'absence de panache. Petit à petit, par l'effet – du moins acceptons-le – de ses séances de psychothérapie théâtrale, ayant moins besoin pour exister du regard médical, et donc de la maladie qu'elle lui donne à voir, elle pourra sortir de l'hôpital, moyennant une prise en charge ambulatoire, et une insertion dans un club d'activités, où elle se découvrira un talent d'amuseuse et de bout en train, s'investissant pour les autres, sans éprouver la nécessité d'un retour souffrant, ayant finalement inventé avant l'heure, et spontanément, sans le savoir, le rire-médecin, comme le *Bourgeois gentilhomme* faisait de la prose sans le savoir.

Quant à François, âgé de quarante ans, infirmier en proie depuis l'âge de vingt ans à un processus paranoïde, l'ayant empêché à tout jamais d'exercer la profession pour laquelle il s'était formé, au délire de moins en moins efficace qui le laisse de plus en plus en tête à tête avec l'angoisse de morcellement, il a choisi de jouer Argan. C'est la vedette, excessif en tout, qui aurait pu vouloir concurrencer « Pétarou » s'il l'avait connu. Lui d'ordinaire sombre et renfermé s'anime, et obtient un triomphe. La persécution habituelle n'a pas lieu, au contraire ; la salle ne lui retourne que des impressions positives et valorisantes. Mais gardons-nous, dans cette euphorie, de la toute-puissance qui le guette, faisant d'une prestation où s'ébauchent des défenses

névrotiques hystériques en place d'une construction délirante paranoïde, où s'esquisse une différenciation, où s'ouvrent la possibilité d'une comparaison, l'esquisse d'une rupture avec l'indivision psychotique, et de faire de cette situation limitée, trop vite ipso facto une guérison, même si la distance critique par rapport au délire, et la dérision sur soi-même, l'humour, sont toujours de bon augure, car montrant qu'un autre est possible face à soi.

Le corps en scène dans le théâtre est d'un bon pronostic pour admettre l'autre, accepter de le rencontrer, le penser différent de soi, sans être adversaire, bon augure d'une évolution positive, qui laisse penser que qui est en scène s'éloigne de l'obscène.

CONCLUSION

Le corps, apparition-disparaissant de la personne, support de tout ce qu'elle est, de tout ce qu'elle fait, de son essence comme de son existence, socle de son développement comme de ses actions, faits et gestes, nécessaire au surgissement de la pensée, est d'emblée en scène, puisque soumis au regard et à la caresse de l'autre, forcément spectateur, dès l'instant de la naissance. Il est cette surface, cet espace, ce volume, prenant place d'emblée dans le Monde, en mobilisant les perceptions, les représentations, les attentes et les projections des autres, qui, par ces moyens, vont le construire et le déterminer. C'est pourquoi on peut penser que ce corps, bien que déjà là, a besoin de l'autre pour advenir et devenir, et qu'il est d'abord le lieu d'une emprise et le lieu d'une empreinte, qui le rend miroir, peut-être moins de l'âme, de l'intériorité, que de l'extérieur, et d'abord du temps qui passe puisqu'il est affecté par un processus de vieillissement.

En conséquence moins qu'un corps machine, le corps apparaît corps pensé, corps parlé, et d'abord par l'autre, celui qui dit, qui assure ces deux fonctions scribe et interprète, qu'a pu identifier Michel Balat. C'est donc toujours l'autre qui invente le corps, d'abord contenant psychique, avant que d'être contenu psychique, cet autre, pouvant être protéiforme, Dieu ou « A », Créateur ou organisateur à la manière de la loi du Père, sorte de structure universelle pré-existante, qui, d'ailleurs pourrait être purement matériel, à la façon de l'infrastructure économique postulée par Marx. L'analyse du développement de l'enfant montre exemplairement qu'il faut la présence de l'autre, et d'abord la mère, pour faire advenir à l'identité, l'autonomie psychique, l'individualité, pour construire le contenant de pensée, qui n'est pas qu'une simple surface géométrique, dans lequel circuleront des contenus de pensée.

Cette invention du corps de l'autre est un peu ce que fait le soignant, qui a besoin d'identifier des maladies, un corps organisé, mais morcelable, découpable, sécable, qui a besoin de lui appliquer un certain langage, dont il impose la réciprocité,

langage qui souvent répond à une logique causaliste.

Quand le patient ne fonctionne pas dans cette réciprocité, quand le décodage n'opère pas et que le décryptage se fait insignifiant, le soignant se trouve en situation de mise en danger, de malaise et d'anxiété, percevant alors comme une atteinte à son habitus et à sa carapace, comme une mise en cause de son corps professionnel, comme une prise de possession du patient sur lui, compréhension insupportable puisqu'elle s'inverse.

Certaines pathologies, comme l'anorexie, avivent ce malaise, peut-être, (en tout cas tel que cela ressort de notre observation) parce que le corps de l'anorexique est déjà pris par l'autre, déjà trop rempli de l'autre, et qu'il ne reste alors au patient qu'à faire le vide en lui, vide de tous les contenus, psychiques et organiques à la fois, jusqu'à l'extinction finale ; ne plus être, pour n'être plus cet autre en soi. Et qu'il est impossible de remplacer, avant de n'être plus, par une autre emprise, fut-elle celle du soignant. L'anorexique alors n'a d'autre parcours possible que d'osciller de l'abject à l'obscène, d'indicible en innommable, dans une mise en scène qui tient l'autre à distance, éloignant quelque désir que ce soit, empêchant même qu'il se constitue par rapport à un corps qui se tasse progressivement sur lui-même, se ratatine, se rabougrit, de façon à occuper de moins en moins de place, de moins en moins d'espace, de moins en moins d'étendue, jusqu'à devenir invisible, en tout cas transparent, jusqu'à n'être plus vu, n'être plus regardé, n'être plus perçu. Ce corps alors ne montre que de l'invisible, n'exprime que de l'inaudible, ne présente que de l'indéchiffrable et de l'incompréhensible, devenant intouchable, n'offrant aucune prise et aucun angle d'attaque.

Face à ce qu'il faut bien considérer comme un fléau de santé publique, face à cette obscénité qu'est l'anorexie mentale, pour ceux qui la vivent jusqu'à n'en plus vivre, et ceux qui la voient jusqu'à n'en plus pouvoir, parfois même « jusqu'à plus soif », modestement, nous avons voulu présenter et proposer une méthode, qui offre la possibilité de réinventer un corps, tout en le reconstruisant, corps contenant et contenu de pensée, corps qui se parle, pour moins parler le langage d'un autre, que l'anorexique veut faire taire, et qui, pour obtenir cela, ne peut que se taire lui-même,

méthode dont la part de théâtralité appelle une autre proposition thérapeutique dans les situations d'anorexie mentale, le théâtre comme psychothérapie, qui permet, à travers soi-même comme un autre, d'exprimer et parler cet autre, pour, en fin de compte, ne rester que soi-même ; l'une et l'autre méthodes permettant que le patient puisse aboutir à dire, « Je suis celui qui dit, je dis ce que je suis, je suis ».

BIBLIOGRAPHIE

Anzieu Didier, *Le Moi-Peau*, Paris, Dunod, 1995

Bachelard Gaston, *La philosophie du non*, Quadrige, Paris, Gallimard, 1981

Balat Michel, « Le musement de Peirce à Lacan », *Revue internationale de philosophie*, Vol 46, N° 180, janvier 1992, pp 128 - 176

Barbey d'Aurivilly Jules, *Une histoire sans nom*, La Pléiade, Tome 1, Paris, Gallimard, 1978

Biswanger Ludwig, *Introduction à l'analyse existentielle*, Paris, Editions de Minuit, 1971

Bosco Henri, *Hyacinte*, Paris, Gallimard, 1945

Bovier Ph., Brandli H., « L'enveloppement humide » *L'Information psychiatrique*, Vol 55, N° 7, septembre 1979, Toulouse, Privat, pp 771 – 785

Camus Albert, *Le mythe de Sisyphe*, Paris, Gallimard, collections idées, 1970

Cassou Jean, *Trente-trois sonnets composés au secret*, Paris, Gallimard, 1995

Changeux Jean-Pierre, *L'homme neuronal*, Paris, Fayard, 1983

Chappuis Raymond, *La psychologie des relations humaines*, Paris, PUF, 1991

Clervoy Patrick, Corcos Maurice, *Petits moments d'histoire de la psychiatrie en France*, Paris, Editions EDK, 2005

Condillac Etienne (Bonnot de), *Traité des sensations*, Paris, Fayard, 1984

Delion Pierre, *Le packing avec les enfants autistes et psychotiques*, Paris, Editions Eres, 2007

- Diderot Denis, *Le paradoxe sur le comédien*, Paris, Garnier-Flammarion, 1971
- Ferreri Maurice, « De l'apparence à la dysmorphesthésie », in Haroche Michel-Pierre (sous la direction), *L'âme et le corps, philosophie et psychiatrie*, Paris, Plon, 1990, pp 69 -114
- Fiat Eric, *Le temps*, Questions de philosophie, Internet – <http://philo.pourtous.free.fr/articles>
- Freud Sigmund, *Trois essais sur la théorie sexuelle*, Paris, Gallimard, 1989
- Gillis Alain, *L'autisme attrapé par le corps*, Bruxelles, Mardaga, 1999
- Giraudoux Jean, *Bella*, Paris, Grasset, 1926
- Goethe Johann Wolfgang (Von), *Les souffrances du jeune Werther*, Livre de poche, Paris, Librairie Générale Française, 1999
- Gorceix Antoine, « Trans-psychose », in Haroche Michel-Pierre (sous la direction), *L'âme et le corps, philosophie et psychiatrie*, Paris, Plon, 1990, pp 15 - 48
- Haag Geneviève, « Le Moi corporel entre dépression primaire et dépression mélancolique », *Revue Française de Psychanalyse*, Vol 68, avril 2004, pp 248 – 264
- Japrisot Sébastien, *Un long dimanche de fiançailles*, Folio, Paris, Gallimard, 2004
- Jeammet Philippe, « corps et esprit, l'impact de l'adolescence », in Haroche Michel-Pierre (sous la direction de), *L'âme et le corps, philosophie et psychiatrie*, Paris, Plon, 1990, pp 49 – 68
- Jeammet Philippe, *Anorexie, boulimie, les paradoxes de l'adolescence*, Paris, Hachette, 1999
- Jerphagnon Lucien, *Histoire de la pensée, de Homère à Jeanne d'Arc*, Paris, Tallandier, 2009
- Kafka Franz, *La métamorphose*, collection Libro, Paris, Flammarion, 1988
- Klein Jean-Pierre, Hénin Michel, *Métapsychothérapie de l'enfant et de l'adolescent*,

Paris, Desclée de Brouwer, 1996

Lacan Jacques, « Le stade du miroir », *Ecrits I*, Paris, le Seuil, 1966

Lacan Jacques, « Le temps logique », *Ecrits I*, Paris, le Seuil, 1966

Lamartine Alphonse (de), *Méditations poétiques*, Livre de poche, Paris, Librairie Générale Française, 2006

Lévi Primo, *Si c'était un homme*, Paris, Pocket, 1988

Lévinas Emmanuel, *Ethique et infini*, Paris, Fayard, 1982

Lévine Eva, Touboul Patricia, *Le corps*, corpus, Paris, Garnier-Flammarion, 2002, pp 82 – 87 (Husserl), pp 91 – 94 (Merleau-Ponty), pp 112 – 115 (Diderot)

Lorenz Konrad, *Les oies cendrées*, Paris, Albin Michel, 1989

Marzano Michela, *Philosophie du corps*, Paris, PUF, 2007

Molière Jean-Baptiste (Poquelin dit), *Le malade imaginaire*, classiques Garnier, Paris, Garnier-Flammarion, 1971

Oury Jean, *Il, donc*, Paris, Union Générale d'Éditions, 1978

Ronsard Pierre (de), *Odes*, Montréal, Nabu Press, 2010

Sautejean A., Roudeix M., « Pack et traitement institutionnel d'une psychose autistique », *L'information Psychiatrique*, Vol 55, N° 7, septembre 1979, Toulouse, Privat, pp 785 - 793

Shakespeare William, *Hamlet*, collection Librio, Paris, Flammarion, 1994

Sue Eugène, *Les mystères de Paris*, Quarto, Paris, Gallimard, 1998

Tzarowski Guy, *Du tatouage*, Mémoire pour le CES de Psychiatrie, sous la direction du Professeur Yves Pélicier, Paris, Université Paris VI, Faculté de Médecine Necker, 1985, non publié

Venet Emmanuel, *Ferdière, psychiatre d'Antonin Artaud*, Lagrasse-Aude, Editions

Verdier, 2006

Vernet Alain, « Remarques sur le stade oral et perspectives psychopathologiques », *Psychologie Médicale*, Vol 2, mars 1982, pp 87 – 95

Vernet Alain, « Pratique théâtrale et psychothérapie », *Pratique des mots*, N° 60, septembre 1987, pp 22 - 26

Vernet Alain, *L'événement dans la relation thérapeutique en psychiatrie*, mémoire pour le DU Ethique clinique et hospitalière, Paris, Sainte Anne Formation / Université Paris-Est/Marne la Vallée, 2009, non publié

Wilde Oscar, *Le portrait de Dorian Gray*, Livre de poche, Paris, Librairie Générale Française, 1999

Winnicott Donald, *La mère suffisamment bonne*, PBP, Paris, Payot, 2006