



HAL
open science

De vous en moi : la psychomotricité comme soutien de l'identité en psychiatrie adulte

Éléonore Durand

► **To cite this version:**

Éléonore Durand. De vous en moi : la psychomotricité comme soutien de l'identité en psychiatrie adulte. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02075423

HAL Id: dumas-02075423

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02075423v1>

Submitted on 3 Apr 2019

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

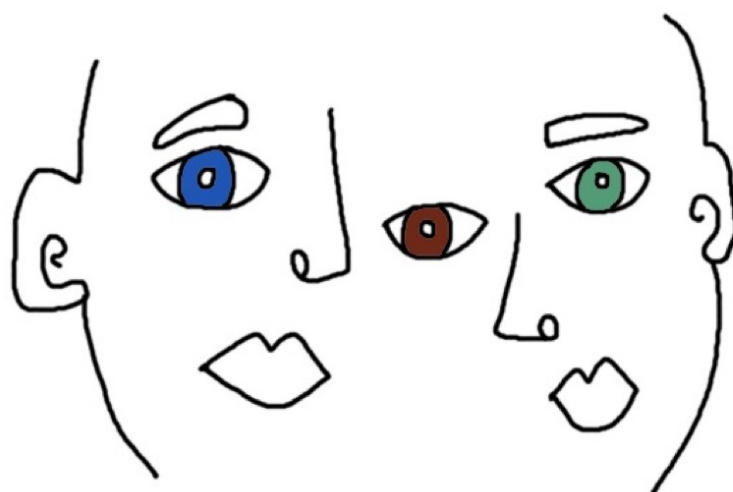
L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie
Site Pitié-Salpêtrière
Institut de Formation en Psychomotricité
91 Boulevard de l'Hôpital
75364 Paris cedex 14



De vous en moi

*La psychomotricité comme soutien de l'identité en
psychiatrie adulte*



Mémoire présenté par Eléonore DURAND
en vue de l'obtention du Diplôme d'État de Psychomotricité

Référente de mémoire :

Agnès ADELINÉ

Session Juin 2018

*À Mr M. et Mr O.,
À tous les patients dont j'ai croisé la route d'une façon ou d'une autre,
Merci pour votre enseignement, votre humanité et votre courage.
J'espère que votre souvenir toujours m'accompagnera.*

Remerciements

Hélène LÉVY, votre nom ne pouvait apparaître qu'en premier sur cette page. C'est vous qui m'avez si bien accompagnée dans mes premiers pas vers la psychiatrie et ces quelques mots couchés sur le papier ne sauraient suffire à vous témoigner ma reconnaissance. Votre soutien a été déterminant pour moi. Merci de m'avoir accueillie avec tant de bienveillance, merci pour votre simplicité et votre fantaisie tout à la fois, merci encore pour votre capacité à toujours valoriser l'Autre pour ce qu'il est. Votre humilité est la plus grande preuve de professionnalisme qui m'ait été donné de voir. Soyez assurée que votre pratique m'accompagne et m'influence au quotidien.

Mélanie LE CORRE, merci pour ce stage à l'intérieur des murs mais hors du temps. Tu m'as offert une opportunité incroyable et je ne te remercierai jamais assez pour cela. J'ai été passionnée par la clinique que tu m'as permis de découvrir. Merci pour ta rigueur clinique, merci pour la liberté que tu m'as donnée, merci de m'avoir accompagnée sur le chemin de l'autonomie, merci enfin de m'avoir parfois poussée un peu plus loin dans mes retranchements. Je te dois une grande partie de ma formation et j'admire la diversité culturelle qui transparait dans ta pratique.

J'adresse mes sincères remerciements à tous les membres de l'équipe du CSAPA dans lequel nous avons, mon binôme et moi, réalisé notre stage. Je ne peux tous vous citer ici mais sachez pourtant que si ce stage expérimental a été pour moi aussi enrichissant, vous y êtes pour beaucoup. Merci d'avoir accepté et soutenu notre projet de psychomotricité avec autant d'enthousiasme, merci pour votre confiance. Merci encore pour les échanges cliniques que nous avons pu avoir, précieux à mes yeux. Votre bienveillance et votre générosité m'ont profondément touchée.

Charlotte ANDRIEU, merci de t'être lancée dans ce projet de stage expérimental un peu fou avec moi, je n'aurais pu l'envisager sans toi. Merci d'être présente et de me soutenir dans les meilleurs moments comme dans les moins bons depuis des années. Merci de me connaître si bien et de m'accepter pourtant sans concessions, merci pour ton écoute fidèle, ton autodérision et ton optimisme. Je mesure la chance que j'ai de t'avoir comme amie et sache que ta présence rend chaque jour ma vie plus légère.

Merci à ma famille et à mes proches pour leur soutien constant, merci à mes collègues de travail et à tous ceux qui ont contribué, chacun à leur manière, à me faire grandir et à enrichir mon identité. C'est avec beaucoup d'émotion que je remercie tout particulièrement Estelle DEBRAINE pour sa relecture attentive.

Merci à l'Institut de Formation en Psychomotricité de la Pitié-Salpêtrière pour la qualité et la diversité de ses enseignements.

Agnès ADELIN, c'est évidemment vous que je souhaite remercier en dernier. Vous m'avez soutenue dans cette étape symbolique qui clôture la fin d'une formation et je l'espère en annonce une nouvelle. Merci pour votre investissement, votre disponibilité, votre tact et votre ouverture d'esprit. Merci de m'avoir guidée avec autant de tolérance, de bienveillance et de respect de mon identité. Merci enfin pour votre partage, vous entendre parler de votre métier avec autant de passion est inspirant. Vous avoir comme référente de mémoire a été pour moi un honneur immense.

« Deviens qui tu es »

Pindare, *Pythiques II*.

SOMMAIRE

<i>Introduction</i>	6
I. <u>MR M., ENTRE CEUTA Y GIBRALTAR</u>	8
1. Au travers du hublot, rencontre avec Mr M.	8
2. Face au vide, réflexions soulevées par ma rencontre avec Mr M.	12
<i>a. Corps et accords, une construction de l'identité</i>	12
<i>b. J'entends vibrer ta voix dans tous les bruits du monde</i>	15
<i>c. Je rêve d'Afrique comme Jules César rêvait de Rome</i>	17
3. Vers une identité personnelle, prise en charge psychomotrice de Mr M.	20
<i>a. De l'individu contenu au sujet contenant</i>	20
<i>b. Souffrance et adaptation, une histoire de subjectivité</i>	27
II. <u>MR O., I AM WHAT I AM</u>	29
1. En deçà des artifices, rencontre avec Mr O.	29
2. Dans les coulisses de la représentation, réflexions au sujet de Mr O.	32
<i>a. Synopsis et « je de rôle »</i>	32
<i>b. Une famille nouvelle pour renaître</i>	38
<i>c. L'art du déguisement</i>	40
3. Respirer sans masque, prise en charge psychomotrice de Mr O.	45
<i>a. De l'image au corps</i>	46
<i>b. Un pas vers Soi</i>	51
III. <u>AUTRES RÉFLEXIONS SUR LA NOTION D'IDENTITÉ</u>	54
<i>Conclusion</i>	61
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	63

Introduction

« Les troubles d'identité ont, sous une forme ou une autre, toujours été l'essence même des troubles du psychisme. De nos jours, ces troubles sont simplement mis fortement en relief par la nature même de notre société occidentale ¹ ».

Au premier abord, la formule « être soi-même » peut s'entendre comme un pléonasme. Elle nous apparaît comme une évidence et semble désigner le seul mode possible d'existence. Mon expérience dans le domaine de la psychiatrie, aussi courte soit-elle, a pourtant suffi à me démontrer le contraire. Il me semble qu'au cours de sa vie, le sujet n'a de cesse de se trouver un peu, de se perdre aussi et de se retrouver plus encore. L'identité n'est pas figée, elle est une construction psychocorporelle en perpétuel remaniement.

Loin de vouloir établir une théorie, de dresser une classification absolue ou encore de cloisonner les raisonnements, je souhaite plutôt mettre en exergue des rencontres, qui ont enrichi ma pensée au sujet de la notion d'identité autant qu'elles ont façonné mon identité de future professionnelle.

Que le lecteur ne soit pas surpris, les références aux diagnostics sont rares dans cet écrit et c'est volontairement que je n'aborde aucun critère de classification des troubles psychiques. Normal et pathologique m'apparaissent former un continuum dans lequel les frontières se brouillent parfois. Ma priorité a été celle de l'observation des manifestations individuelles, certes étayée par un socle théorique, mais surtout dénuée le plus possible de considérations préétablies. La rencontre avec l'individu en tant que sujet est ce qui m'importe le plus. Ce n'est donc pas du point de vue de la pathologie que j'aborde la notion de souffrance mais plutôt sous l'angle de l'identité. Ce mémoire ne correspond ainsi en rien à une analyse des mécanismes identitaires en jeu chez le psychotique schizophrène ou le névrosé dépressif et se situe plutôt à l'exact opposé. Il s'agit d'une réflexion sur le thème de l'identité à laquelle deux sujets plus particulièrement m'ont amenée, avec toute l'histoire, la culture, la diversité et les paradoxes qu'ils portent en eux.

¹ DEVEREUX G. (2009), p. 30.

Georges Devereux, de son nom de naissance György Dobó, est un des pères de l'ethnopsychanalyse. D'origine juive, il se convertit quelques années avant la seconde guerre mondiale à la religion catholique et adopte le nom sous lequel il est aujourd'hui connu. Phonétiquement, Devereux signifie en hongrois « le Juif ». Cet intérêt pour ce qui peut s'assimiler à un masquage identitaire marquera profondément ses travaux.

Mr M. et Mr O. se ressemblent à mon sens autant qu'ils diffèrent et c'est la raison pour laquelle j'ai choisi de rapprocher leurs deux trajectoires. Je les ai rencontrés dans des structures distinctes alors que j'y étais stagiaire. Le premier est pris en charge dans une unité de psychiatrie carcérale tandis que le second est suivi dans un Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA). Ce sont les bribes de leur existence qu'ils m'ont livrées que je m'essaie ici à retranscrire sans trahir.

À partir de ces deux cas, je tente de comprendre les mécanismes identitaires qui peuvent être à l'œuvre. Je m'attarde en particulier sur les concepts d'incorporation identitaire et de déguisement de l'identité. Je cherche aussi à comprendre les liens qui peuvent unir les notions à mon sens fondamentales d'identité, de sécurité base et d'appartenance communautaire. Je souhaite au lecteur de trouver autant d'intérêt dans la découverte de Mr M. et de Mr O. que j'ai eu de plaisir à les rencontrer. J'espère aussi que la relation extrêmement forte qui me semble unir la notion d'identité à la psychomotricité se révélera évidente à la lecture.

I. MR M., ENTRE CEUTA Y GIBRALTAR ²

1. Au travers du hublot, rencontre avec Mr M.

Mr M. et moi nous sommes rencontrés au sein de l'unité de psychiatrie carcérale dans laquelle j'ai réalisé mon stage. C'est à l'occasion de sa participation au groupe « Corps et Mouvement » proposé par ma maître de stage que nous nous voyons pour la première fois.

Mr M. est assis dans l'un des fauteuils de la salle commune de l'unité, le regard intensément accroché au sol. Dans le fond de la salle, la télévision tourne à plein régime. C'est un homme brun, d'environ 30 ans. Un patient l'interpelle en arabe sur un ton ludique et Mr M. semble s'animer un peu. Français d'origine maghrébine, il parle parfaitement le français et échange parfois en arabe avec d'autres patients. Rapidement, son visage se fige et son regard s'agrippe de nouveau au sol. Je m'approche pour le saluer et lui tends ma main qu'il saisit fébrilement. Un mélange de surprise et d'anxiété semble alors animer ses yeux sombres. Je m'assieds à côté de lui et prends le temps de me présenter plus amplement. Je me risque bientôt à un léger trait d'humour. Mr M., qui semble jusqu'alors happé par des préoccupations bien différentes de ma présentation, me lance un regard malicieux, brillant et laisse d'un sourire apparaître toutes ses dents. Il semble avoir perdu vingt ans en un instant. Je poursuis mon tour de salutations dans le service jusqu'à ce que nous partions pour la séance de groupe en salle de psychomotricité.

Sur le chemin de la salle, il se positionne en retrait par rapport aux autres patients. Sa posture est en fermeture, les épaules en rotation interne. Sa colonne a tendance à s'enrouler autour de son ventre qu'il estime gonflé par les médicaments. Son pas est lourd et son regard, toujours, balaie le sol.

² CHAO M. (1998).

La formule « entre Ceuta y Gibraltar » est extraite de la chanson Clandestino de Manu Chao sortie en 1998, elle-même issue de l'album du même nom. Ceuta est une possession espagnole sur un territoire d'Afrique du Nord tandis que Gibraltar est un territoire britannique revendiqué par l'Espagne et situé au sud de la péninsule Ibérique. L'Espagne est le pays par lequel transitent le plus fréquemment par voie terrestre les immigrés d'Afrique du Nord pour rejoindre la France. Les paroles de la chanson, en espagnol, décrivent le quotidien d'un sujet dont l'identité est uniquement assimilée au statut de clandestin. Ce dernier est condamné à errer dans la solitude et l'anonymat.

Comme à chaque fois, la séance débute par un échauffement articulaire. Mr M. est toujours appliqué et attentif aux consignes. De façon générale, les coordinations et l'adaptation tonique sont moyennes mais évoluent positivement au fil des séances. Bien que les éléments de verbalisation soient souvent peu précis, Mr M. se rend tout à fait compte des éventuelles difficultés qu'il peut avoir, même lorsqu'elles ne sont pas majeures. Cela génère de l'inquiétude et renforce chez lui un vécu important de dévalorisation. S'en suit généralement une longue énumération de toutes les raisons externes qui pourraient justifier ce qu'il estime être une non réussite de la proposition.

Mr M. manque de fluidité, présente une rigidité axiale importante et ses mouvements sont peu amples. Il évolue dans une kinesphère relativement réduite. Il a l'habitude de prendre peu de place, avec tout ce que cela implique sur le plan symbolique.

Lorsqu'arrive le moment du jeu collectif de la séance, Mr M. s'anime alors beaucoup plus. Il est parfois même à l'origine d'une proposition de jeu. Mais rapidement, il s'essouffle et souhaite se soustraire du jeu, évoquant là encore de multiples raisons, non sans un certain fatalisme.

En fin de séance, pendant le temps de retour à soi, Mr M. se positionne toujours dans la même configuration, à la moitié de la salle dans le sens de la longueur, adossé au mur, sous la fenêtre et très près du patient qui l'interpelle parfois en arabe. Il reste un long moment assis, le dos soutenu par le mur, avant de pouvoir s'allonger. Comme c'est souvent le cas lorsque les stimulations directes diminuent, Mr M. apparaît envahi, non sans raison. Après le passage à l'acte qui lui a valu son incarcération, Mr M. a été transféré dans l'unité de psychiatrie carcérale pour cause de schizophrénie. Celle-ci s'accompagne à cette période d'idées délirantes et d'hallucinations principalement acoustico-verbales. Lorsque Mr M. parvient à en parler, il explique que l'une de ses deux voix lui énonce des mots positifs, bienveillants voire encourageants tandis que l'autre lui profère insultes, menaces et messages de dévalorisation. Ces voix sont présentes à des intensités variables, se montrent parfois très directives et se majorent inévitablement lorsque l'attention de Mr M. n'est pas directement sollicitée. Il n'est ainsi pas rare de remarquer des attitudes d'écoute de la part de Mr M. ou de le voir tirer le rideau qui cache le miroir de la salle de psychomotricité, comme pour vérifier, grâce au reflet de son corps, qu'il existe toujours en tant qu'individu et qu'il s'inscrit bien dans le réel.

En dehors du groupe, j'ai également rencontré Mr M. au cours de séances individuelles. Ce qui l'apaise, c'est principalement de sentir la matière, le volume et les limites de son propre corps. Lorsqu'on lui donne à sentir son corps à la fois délimité, différencié et unifié, les voix s'estompent, la respiration se calme et le poids de son corps se dépose dans le tapis. J'ai parfois l'impression que Mr M. vient rafistoler les trous d'une couverture déchirée. Le vent et le froid passent désormais moins. Une enveloppe corporelle semble se créer ou se restaurer, un axe plus solide s'érige. Mr M. est moins perméable, il n'est plus sans cesse perforé et intrusé. Au fil des séances, des percussions osseuses, des pressions et des touchers médiatisés, l'anxiété diminue, les verbalisations se précisent.

Au cours d'une séance, Mr M. nous apparaît un peu plus triste et plus envahi qu'à l'accoutumée. Nous réalisons, ma maître de stage et moi, un passage de balles en symétrie, chacune sur un hémicorps de Mr M. dans le sens caudo-crânial. Alors que cette proposition fait partie de celles qui contiennent habituellement le mieux son anxiété, Mr M. se rigidifie brusquement et relève la tête. Il semble débordé, comme si des éprouvés corporels archaïques se hissaient à la surface le temps d'apporter des indices de leur existence. Il verbalise alors, de façon relativement confuse, que l'une des voix lui a soudainement dit à quel point il est mauvais de se faire toucher par une ou plusieurs femmes. Il ajoute, sans que l'on comprenne bien s'il s'agit d'une parole de la voix ou de sa pensée directe, que cela est contraire à sa religion. Mr M. entame un discours où se mêlent anarchiquement des notions de moralité, de religion, de honte ou encore de culpabilité.

Pour soutenir ses verbalisations, nous lui faisons une proposition d'écoute musicale. Mr M. choisit lui-même les chansons et fait preuve d'une compréhension toute personnelle des paroles, sur un mode typiquement psychotique. De chaque chanson, il extrait quelques mots autour desquels il organise et recrée avec plus ou moins de réalité sa propre histoire. Il parle de périodes d'errance, de solitude, évoque même une période de vie à la rue, bien que cette dernière n'ait jamais réellement existé. Dans cette proposition comme de façon plus générale, l'appartenance culturelle et le partage de valeurs avec la communauté familiale, ethnique ou encore religieuse reviennent comme des leitmotifs.

Mr M. n'est pas pratiquant de la religion dont il se revendique parfois et n'est jamais allé en Afrique. Il est fréquent qu'il répète des phrases de membres de sa famille qu'il élève presque au rang de citations saintes. Elles semblent être le slogan d'une philosophie de vie à laquelle il

prétend et sont toujours pour lui, paroles d'évangile – si j'ose dire. Comme lors de l'écoute musicale, la compréhension de ces phrases est singulière. Il en arrange souvent la signification pour y faire rétrospectivement correspondre des éléments de sa vie.

Mr M. ressent la nécessité de se conformer à ce qu'il se représente de la culture familiale et ethnique dont il a hérité. C'est comme s'il cherchait à placer ses pieds exactement dans les empreintes de pas laissées par sa famille. Il y a une tentative de perpétuation ou d'inscription à l'extrême dans l'identité familiale et notamment ethnique. Mr M. s'agrippe à la représentation qu'il se fait de la communauté et la trace de son propre pas semble parfois tellement se confondre avec celle de sa famille ou de sa communauté qu'il devient difficile de distinguer son empreinte personnelle.

La dernière fois que je vois Mr M. en séance individuelle, c'est juste après son procès. Il vient d'apprendre que la durée de sa peine est supérieure de plusieurs années à celle qu'il espérait. Je l'aperçois par le hublot de la porte de sa chambre. Il est de dos, immobile. Je frappe doucement contre la lourde porte ; il se retourne et esquisse un sourire triste. Lorsque j'ouvre la serrure, il me tend la main, serre la mienne et rapproche la main contre son cœur. Sur le chemin de la salle il me fait part de sa grande déception relative à l'issue du procès. Il me demande s'il pourra boire un thé lorsque nous serons arrivés dans la salle. En bas, je lui ouvre le placard dans lequel se trouvent les boîtes de thé et les infusions. Il attrape un sachet de thé à la menthe et ajoute deux sucres dans sa tasse. Il pousse un long soupir et boit bruyamment son thé encore brûlant. Quelques instants plus tard, il sort de sa poche une lettre un peu froissée. C'est son frère qui lui écrit. Mr M. demande si nous pouvons la lire ensemble. Il a l'empressement d'un jeune garçon qui déballe un cadeau longtemps attendu. Il bégaie un peu, trébuche sur quelques mots. Il s'y reprend à plusieurs fois pour saisir le sens de certaines phrases. À la fin de la lecture, un mélange de satisfaction et de nostalgie se peint sur son visage. Lorsque nous abordons ensemble le message que délivre la lettre, Mr M. ne fait que peu de cas du contenu. Une fois encore, sa compréhension est pour le moins sélective. Il semble rassuré, bien que le message ne soit pas particulièrement sécurisant. Il est en fait rassuré depuis qu'il a sorti la lettre de sa poche et non depuis qu'il l'a lue. En réalité, peu lui importe le contenu. C'est son frère qui lui écrit.

La séance touche bientôt à sa fin. J'accompagne pour la dernière fois Mr M. devant la porte du parler.

2. Face au vide, réflexions soulevées par ma rencontre avec Mr M.

a. Corps et accords, une construction de l'identité

La représentation mentale que l'on a d'une personne est bien souvent rattachée, de façon instinctive, à un contexte temporel, à une situation ou encore à un lieu plus ou moins circonscrit voire réel. La personne apparaît dans notre imaginaire sur une toile de fond particulière, un peu floue mais toujours pigmentée d'une certaine manière. On associe ainsi à un patient une gamme de couleurs, on le revoit dans un endroit où une situation marquante a été vécue, on l'imagine dans un certain environnement. C'est tout un univers de représentations qui s'échafaude autour de lui plus ou moins consciemment.

Quand je repense à Mr M., je le visualise devant un arrière-plan blanc, neutre. Il est dans mon imaginaire comme flottant, errant, n'est rattaché à aucun lieu ni situation. Il me semble hors du temps, hors de l'espace, comme un ballon de baudruche dont on aurait coupé la ficelle qui le relie à son lieu d'attache. Il n'a pas d'ancrage et dans son discours les lieux sont toujours confus. Il n'habite d'ailleurs nulle part, pas même dans son propre corps dont il définit mal les contours. La question des limites corporelles est centrale chez Mr M.. C'est comme si le Moi-peau décrit par D. Anzieu ne correspondait en rien au Moi psychique ; les deux papiers calques ne se superposent pas. Dans un mécanisme de clivage, la psyché semble désincarnée. Quelque chose a achoppé dans le développement de la première enveloppe différenciée, décrite par D. Houzel puis développée par D. Anzieu sous le concept d'enveloppe habitat comme suit : « elle correspond à l'acquisition par le bébé de la distinction des besoins corporels et des besoins psychiques, et des types de communications correspondants (unité d'un Soi psychique et d'un Soi corporel différenciés et intégrés, avec les deux expériences inverses de moments de non-intégration et de moments de résidence de la psyché dans le corps) ³ ». Chez Mr M., cela génère un sentiment d'étrangeté avec des conduites de vérification de segments corporels, notamment grâce aux miroirs et autres surfaces réfléchissantes de l'unité. Ce manque de corrélation entre le corps et la psyché se retrouve également dans le style psychomoteur particulier de Mr M. et au travers de ce que l'on pourrait grossièrement nommer une maladresse motrice.

³ ANZIEU D. (2006) p. 272.

Il me semble même que les fondations pour une future individuation sont impactées à un niveau plus primitif du développement, c'est-à-dire que pour faire correspondre un Moi psychique à un Moi-peau, encore faut-il avoir déjà circonscrit les limites physiques de son propre corps. Chez Mr M., la peau ne semble pas jouer son rôle de délimitation d'un dehors et d'un dedans. L'une des huit fonctions du Moi-peau décrites par D. Anzieu, celle d'individuation du Soi « qui apporte à celui-ci le sentiment d'être un être unique ⁴ » ne semble pas opérante. À propos de la schizophrénie, le même auteur ajoute que « toute réalité extérieure (mal distinguée de la réalité intérieure) est considérée comme dangereuse à assimiler et la perte du sens de la réalité permet le maintien à tout prix du sentiment d'unicité de Soi ⁵ ».

Chez Mr M., la distance relationnelle est relativement manichéenne. Il est bien souvent soit dans la fusion, avec une tentative d'incorporation des caractéristiques de l'Autre et une grande suggestibilité, soit dans la distanciation à l'extrême, proche de l'hallucination négative de l'Autre décrite en premier par A. Green ⁶. Aucun espace transitionnel ne paraît exister, comme si la transition entre la dépendance absolue et la relative gestion de soi n'avait jamais pu se faire. Aucune présence symbolique qui se voudrait sécurisante n'a été intégrée, ce qui le fait parfois ressembler à un nouveau-né n'ayant pas encore acquis la permanence de l'objet. Rien ne l'assure ni ne le rassure, rien ne le tient ni ne l'érige, sur le plan symbolique comme d'un point de vue postural. L'axe peine à se redresser. Mr M. est dans un facteur d'effort que R. Laban aurait pu qualifier de fort, voire de lourd, tant il lutte en permanence contre la pesanteur et ressent le besoin de retrouver le sol.

En séance de groupe, Mr M. est particulièrement sensible à la dynamique collective. Il s'anime par la présence rapprochée de l'Autre et semble en difficulté lorsqu'il s'agit d'exister par et pour lui-même. Il apparaît bien souvent comme la synthèse vivante des manifestations individuelles, comme le reflet de l'éprouvé groupal. Il est sans cesse dans le même car il ne sait pas être dans le différent ou plutôt car il ne peut pas être dans une subjectivité propre.

Mr M. peut à ce propos décrire l'angoisse que lui procure la disparition ou l'atténuation de ses hallucinations acoustico-verbales. Sans ses voix, il dit ne plus savoir penser, il redoute intensément de se retrouver seul. Il est submergé par le vécu que lui procure le fait d'être seul

⁴ ANZIEU D. (2006) p. 126.

⁵ *Ibid.*, p. 126.

⁶ GREEN A. (2007).

au sens où l'entend Winnicott, c'est-à-dire même en présence de l'autre. Cette incapacité d'être seul le confronte au néant, au trou béant laissé par le sentiment continu d'exister jamais vraiment instauré. Comme le souligne C. Audibert dans la préface de *La capacité d'être seul* de D. Winnicott, cette incapacité à être seul « peut alors générer chez certains des angoisses terrifiantes, proches de ce que Winnicott appelle “ les agonies primitives ” (ou “ angoisses impensables ”), c'est-à-dire les sensations archaïques de se morceler, de ne pas cesser de tomber, de ne pas avoir de relation avec son corps, de ne pas avoir d'orientation, d'être isolé complètement parce qu'il n'y a aucun moyen de communication ⁷ ». Au-delà de la communication avec le monde externe, il semble même que la communication interne soit gelée, prise dans une circularité dont elle ne peut sortir.

Il faut maintenant amener la notion de sécurité. Si elle est si centrale en psychomotricité, notamment lorsqu'elle se lie à l'épithète affective, c'est bien parce que le fait de se sentir sécurisée s'élabore avant tout dans et par le corps.

À l'expression de sécurité affective je préfère ici celle de sentiment de sécurité et le concept de besoin de sécurité avancé par R. Roussillon dans un article du même nom ⁸. Tel qu'il le définit, le besoin de sécurité semble pouvoir faire partie du concept plus large de besoin du moi de Winnicott, précisé par R. Roussillon en ces termes : « tout ce qui est nécessaire au moi, à un moment donné, dans une conjoncture et un contexte donné, pour qu'il puisse faire son travail de métabolisation de ses expériences subjectives ». La sécurité, énoncée sous forme de besoin premier, retrouve alors son caractère de nécessité absolue.

Le sentiment de sécurité est fondamentalement corporel. Il s'établit de façon primaire sur l'éprouvé d'une stabilité avant tout physique, sur des appuis fiables et sur un vécu de contenance (cette dernière faisant partie des fonctions du Moi-peau), ce qui n'est pas sans rappeler le holding winnicottien. Pour croître, le sentiment de sécurité se nourrit également de constance affective et de continuité. Il faut que l'environnement soit vécu dans une certaine cohérence pour qu'il puisse faire sens et permettre à la subjectivité de poser ses premiers jalons. Sans sentiment interne de sécurité ni vécu de continuité d'existence, il apparaît difficile d'imaginer comment pourrait émerger une subjectivité et une identité en vrai self.

⁷ WINNICOTT D. (2015) p. 23.

⁸ ROUSSILLON R. (2007) p. 3.

Au travers du portage à la fois physique et psychique du care-giver, des soins, du contact peau à peau, le nouveau-né va ainsi intégrer les limites de son propre corps individualisé et accéder au sentiment continu d'exister. bercé par un environnement vecteur de contenance et de continuité, le bébé peut progressivement intégrer et différencier les stimuli internes et externes dans un système cohérent, sans être menacé dans son unité. L'individuation psychique se crée alors sur le modèle corporel.

Le sentiment d'une délimitation corporelle, d'une relative imperméabilité et celui d'une continuité d'exister vont mener le tout jeune sujet à découvrir les prémices d'une individualité, d'une subjectivité, d'un narcissisme et d'une identité. Par la communication infra-verbale et dans la validation des éprouvés du tout petit via les boucles de retour qui se créent dans la relation avec son entourage - si ce dernier ne dysfonctionne pas trop - le bébé expérimente le fait d'être confirmé et respecté dans son individualité. Il ne se vit plus comme amalgamé avec la mère et l'environnement. Il peut à la fois s'expérimenter comme même, s'identifier - notamment grâce à la communication qui l'inscrit dans l'humanité puis dans l'espèce - et comme différent grâce à la singularité des réponses qui lui sont apportées et aux possibilités d'adaptation de son entourage.

Comment survivre alors, lorsque le manque de sécurité interne de base et de sentiment continu d'exister ne garantit pas l'accès à une identité stable ? Quelles sont les possibilités d'existence et quelles peuvent être les stratégies compensatoires mises en œuvre par le sujet ?

*b. J'entends vibrer ta voix dans tous les bruits du monde*⁹

Il convient à ce stade de l'exposé de préciser la notion d'identité individuelle. Le terme identité provient du latin idem qui signifie le même. Il présente donc des analogies avec les notions de constance et de stabilité déjà citées plus haut. Pour la suite du raisonnement, je propose de définir ici la notion d'identité comme l'ensemble des caractères permanents et singuliers qui permettent de définir un objet. Il est question d'identité individuelle quand l'objet est sujet. La notion d'identité individuelle nous renvoie à celles d'individualité et de singularité. Définir son identité, c'est reconnaître en soi la part de même et la part de

⁹ ÉLUARD P. (1964). Extrait du poème « Ta bouche aux lèvres d'or ».

singulier. Si la part de même rassure et alimente le sentiment d'appartenance et de sécurité interne, la part de singulier et de différence est plus complexe à défendre.

Il existe de nombreuses formes d'identité. Certaines situent le sujet comme être multidimensionnel et se réfèrent à un domaine précis ou à une caractéristique du sujet (par exemple identité artistique, politique ou religieuse d'un sujet). Ce sont des identités que je nomme partielles, composantes de l'identité individuelle globale. D'autres, au contraire, placent le sujet comme composant plus ou moins anonyme du groupe, de la collectivité, de la communauté (par exemple identité nationale ou communautaire).

La frontière entre les différents niveaux identitaires, notamment entre les deux derniers évoqués, est néanmoins fine. Si l'on prend l'exemple de l'identité religieuse, on s'aperçoit rapidement qu'elle peut se rapporter à la dimension religieuse d'un sujet aussi bien qu'à la communauté religieuse, qui elle-même remodèle au fil du temps la vision et la pratique de la religion pour tous ses adeptes. L'identité partielle religieuse se comprend alors comme une introjection subjective de l'identité religieuse collective. Il n'est ainsi pas possible de couper totalement l'identité individuelle du contexte bio-psycho-social de l'individu.

Il est par ailleurs intéressant de souligner que le terme identité est polysémique et peut également faire référence aux liens de similitude qui unissent deux objets.

Dans le cas de Mr M., il me semble que plusieurs mécanismes de défense face à la crevasse identitaire sont mis en jeu. Tout d'abord, la schizophrénie, comme l'a souligné D. Anzieu, par la perte du sens de la réalité, permet d'une certaine façon de restaurer une illusion de singularité du Soi.

Par ailleurs, les hallucinations acoustico-verbales, que Mr M. vit comme extérieures à lui-même, l'empêchent de se retrouver seul donc de se confronter à la solitude et au vide identitaire. Il y a comme une personnification en deux polarités distinctes des substrats psychiques inconscients avec d'une part la bonne voix et d'autre part la voix qualifiée de mauvaise. Sur le modèle du fonctionnement psychocorporel de Mr M., ces voix sont des identités décorporéisées, qui se refusent à élire domicile dans un corps précis. Elles se font aussi le témoin du clivage d'une identité : à la manière du nouveau-né pas encore en capacité d'intégrer les stimuli de façon cohérente, Mr M. ne parvient pas à organiser ses mouvements psychiques en un objet total, tout global et unifié.

Au-delà des diverses interprétations qui pourraient être faites au sujet des hallucinations acoustico-verbales, les voix entendues de façon quasi-permanente créent autour de Mr M. un bain sonore continu. Il me semble important de souligner l'intérêt sensoriel qu'elles procurent. C'est en effet une enveloppe acoustique qui a le mérite de stimuler et de faire exister celui qui les entend. Comme l'autiste qui stimule ses récepteurs visuels en répétant des mouvements stéréotypés devant ses yeux, les voix stimulent et entretiennent une vigilance, un état d'éveil, une conscience voire un sentiment continu d'exister justement défaillant. En séance avec Mr M., ce besoin d'avoir recours au sensoriel pour se sentir effectivement exister est bien repérable. La musique, s'il pouvait décider du volume sonore, serait toujours forte. Le thé, systématiquement, est bu brûlant. Le toucher, surtout s'il est médiatisé, doit être particulièrement appuyé. Avant son incarcération, Mr M. avait souvent recours à certains psychotropes. Les stimulations sensorielles sont ainsi particulièrement recherchées, avec le besoin d'une forte intensité. Les hallucinations acoustico-verbales semblent trouver leur place dans cette dynamique.

*c. Je rêve d'Afrique comme Jules César rêvait de Rome*¹⁰

Le dernier mécanisme de défense que j'identifie dans la lutte contre le manque identitaire est celui de l'appartenance communautaire.

Mr M. est né et a toujours vécu en France. Fier des ses origines maghrébines, il met souvent en exergue le fait d'être « africain ». Depuis sa naissance, il bénéficie ainsi d'une double culture : celle transmise par ses parents, maghrébine, et celle de son pays de naissance, française. Là encore, il semble avoir du mal à allier les deux dimensions identitaires, entre valeurs familiales traditionnelles et mode de vie occidental. Il parvient difficilement à intégrer subjectivement des éléments des deux cultures afin de se créer une identité propre. Il semble avoir incorporé en bloc l'identité communautaire maternelle, ou du moins l'idée qu'il se fait

¹⁰ YAFFA E. (2013).

Extrait de la citation complète « *Je rêve d'Afrique comme Jules César rêvait de Rome, délinquant juvénile, je suis le fruit de la folie de l'homme* » publiée sur le réseau social Twitter le 15 décembre 2013 par Élie Yaffa, plus connu sous le pseudonyme de Booba. Le rappeur est un artiste particulièrement apprécié par Mr M. et connu pour sa capacité à faire émerger de ses textes des représentations très fortes. Dans ses chansons, qui déroulent rarement une trame chronologique, le lien entre les différentes phrases émerge plus des images percutantes véhiculées par les paroles que des mots eux-mêmes. Ce processus d'écriture a été théorisé par l'écrivain Thomas A. Ravier sous le terme de « métagore ».

des règles, valeurs et interdits de cette culture. Il n'est en aucun cas dans un processus de métabolisation, de transformation personnelle ou d'implication de sa propre subjectivité.

Dans les verbalisations de Mr M. en lien avec son appartenance ethnique, il est toujours question de la mère biologique ou de la mère patrie. Pour Mr M., se revendiquer d'une origine ethnique, c'est s'inscrire dans la lignée familiale, appartenir à une filiation, trouver un ancrage et des appuis. Plus largement encore, c'est considérer que le patrimoine génétique, qui par définition reste stable, garantit d'appartenir de fait à un groupe large, allant jusqu'à la population non d'un pays mais d'un continent tout entier et ce de façon immuable. Faire partie d'un collectif, c'est s'assurer de partager avec les autres au moins un point commun : celui du critère d'inclusion dans le groupe. Vis-à-vis du caractère fondateur de la communauté, tous les membres sont égaux. La part de même en l'Autre apparaît alors évidente, aussi bien qu'il devient aisé de s'y identifier. Via cette inclusion, le sentiment d'appartenance au monde réel et à l'espèce humaine se renforce, le sentiment continu d'exister et l'agentivité prospèrent. Un ressenti similaire est engendré lorsque le bébé, via les boucles de retour qu'il établit avec son entourage, se sent validé dans son vécu et dispose d'un langage commun prouvant sa part de même et d'appartenance à l'espèce.

Si la communauté fédère d'une part, elle peut scinder d'une autre. C'est lorsque l'investissement devient trop massif et que le sujet ne peut se reconnaître dans des groupes d'inclusion variés que la communauté commence à isoler. Elle crée alors un hiatus si important entre inclus et exclus du collectif qu'elle devient vectrice d'une différence perçue comme insurmontable. Autrement dit, plus l'identité d'un individu fait intervenir de composantes et de registres différents, plus ce dernier est susceptible de trouver une modalité sur laquelle s'accorder avec un tiers et moins il est menacé d'isolement.

L'autre composante identitaire que Mr M. met en avant, c'est celle de l'appartenance religieuse. Cette dernière se distingue de l'inclusion ethnique par plusieurs points. En dehors des religions telles que le judaïsme où la filiation conditionne l'accès à un statut de membre de la communauté, l'appartenance à un groupe religieux ou une obédience spirituelle présente l'avantage de ne dépendre que de la volonté du sujet. La simple force psychique permet à l'individu, où qu'il soit et indépendamment de sa personne, de s'intégrer à un groupe et d'en faire effectivement partie. Plus encore lorsqu'il n'est pas pratiquant, le sujet peut ainsi, de façon intime et sans rien donner à voir, s'inscrire dans une communauté et avoir la sensation

d'appartenir à un groupe qui d'une certaine façon le soutient et le met en lien. Cela explique en partie pourquoi les unités de soins palliatifs regorgent de patients, à l'origine non croyants, convertis à une nouvelle forme de spiritualité dans les derniers moments de leur vie. C'est lorsque l'établissement d'un lien est menacé par la restriction des capacités relationnelles - à cause de dégradations somatiques ou psychiques - que le sujet cherche par tous les moyens à se sentir encore exister dans la relation à l'Autre. C'est le lien, la place relationnelle qui atteste de l'existence du sujet. Et l'adhésion de la pensée, la croyance, permet justement de se connecter à un nombre illimité de semblables, potentiellement présents sur toute la surface de la terre et incarnés dans tout type de corps. Le semblable peut désormais être partout et dans n'importe qui ; il est universel.

La religion ou tout autre forme de spiritualité présente également l'intérêt de pouvoir répondre à une définition très subjective en fonction des individus. La question religieuse recouvre ainsi un nombre infini d'acceptations différentes. Le sujet est libre de s'approprier la religion et d'en aménager sa propre définition afin qu'elle s'intègre à son mode de vie.

L'appartenance religieuse est par ailleurs réversible : en dehors des rites et des sacrements religieux qui confèrent une inscription durable dans une communauté religieuse, l'appartenance spirituelle peut être rompue à tout moment, d'un unique mouvement psychique.

Qu'il s'agisse d'une communauté culturelle ethnique ou religieuse, le groupe permet de renforcer la sécurité de base d'un individu par les figures d'identification qu'il propose. Il est vecteur d'appuis, de sentiment interne de sécurité et fournit un support identitaire.

Pour D. Anzieu, lorsque la mère fait défaut au cours du développement du bébé, le groupe de pairs peut endosser le rôle de substitut maternel, qui plus est si les pairs ont eux aussi été séparés de leur mère. Chez les sujets pour lesquels un attachement sécurisé n'a pu être construit, par manquement de la mère ou impossibilité de recevoir de la part de l'enfant, le groupe intervient comme une béquille, une mère d'adoption. C'est alors la collectivité qui sert d'appui aux prémices de l'individuation, du narcissisme et du développement de l'identité individuelle.

3. Vers une identité personnelle, prise en charge psychomotrice de Mr M.

La sécurité de base telle que décrite plus haut, c'est-à-dire foncièrement corporelle, fait tellement défaut chez Mr M. qu'elle ne lui permet pas d'avoir accès à une individuation. Aussi l'identité personnelle ne peut-elle pas pleinement se réaliser. La psyché donne l'impression de s'évaporer faute de support dans lequel s'incarner. Puisque la possibilité d'élaboration identitaire personnelle est évacuée, l'identité doit trouver d'autres substrats pour se construire et se réaliser tant bien que mal. Il ne s'agit pas là d'une renonciation à l'identité mais plutôt d'une nécessité d'aménagement identitaire particulier. Faute de fondations solides, les étages s'érigent les uns sur les autres soutenus par des échafaudages incertains, sensés sécuriser bien que maladroitement la structure brinquebalante.

Dans le cas de Mr M., l'identité ne se contente pas de s'inspirer de cultures largement partagées mais plagie frénétiquement des identités communautaires, choisies pour leur capacité à venir faire pansement. En aucun cas elles ne peuvent réparer ou soigner la blessure, mais elles ont le mérite de protéger en jouant le rôle de la peau défailante, de calmer la douleur et de cacher artificiellement la chair dénudée.

En tant que soignants et - je l'espère - future soignante pour ma part, qu'est-ce qui légitime que nous venions arracher ce pansement ? Quelles certitudes pouvons-nous avoir sur les potentialités de cicatrisation une fois arrachée la protection ? Comment pouvons-nous estimer les risques de surinfection lorsque la chair sera mise à nu, avant qu'une peau nouvelle, peut-être, ne se reforme ? Qu'est-il possible de proposer à un patient qui d'une certaine façon tente depuis toujours de se soigner par lui-même, en mettant en place ses propres mécanismes de défense et comment pourrions-nous nous y prendre ?

a. De l'individu contenu au sujet contenant

Devant un patient tel que Mr M., la bienveillance est ainsi forcément synonyme d'humilité. Face à la détresse de l'individu, il s'agit pourtant de renoncer à un idéal de toute puissance soignante et d'avoir conscience de la limite des moyens qui sont les nôtres malgré la frustration que cela peut engendrer. S'il n'est nullement question d'exigence de résultats ou d'attentes démesurées, la prudence ne doit pas pour autant rimer avec l'immobilisme.

Des axes thérapeutiques clairement définis peuvent ainsi aider, c'est du moins vrai dans mon cas, à ne pas succomber au fatalisme.

Dans la prise en charge de Mr M., avant de favoriser l'individuation, le principal axe thérapeutique vise à rétablir si ce n'est à créer un sentiment de sécurité interne de base, notamment via un travail de contenance, d'ancrage et d'exploration des appuis. L'intention est de lui donner à ressentir son corps comme structure potentiellement fiable, stable, unifiée et délimitée. Le dernier adjectif est probablement le plus fondamental parce que le plus primaire. Qu'il s'agisse de Mr M. ou d'autres patients qu'il m'a été donné de rencontrer dans la structure, lorsque les angoisses archaïques corporelles sont massives et débordent, la contenance est bien souvent la seule porte d'entrée non médicamenteuse dans la prise en charge en psychomotricité voire dans le soin global. Quelle que soit la forme, qu'il s'agisse d'un enveloppement sec en chambre d'isolement ou en salle de psychomotricité, d'une proposition de conscience corporelle avec un passage de balles ou encore d'une méthode de toucher thérapeutique ; que nous utilisions notre propre corps comme médiation ou que nous fassions intervenir d'autres médiateurs, la contenance peut libérer le sujet des angoisses qui l'engloutissent au point de sembler le déposséder de son propre corps.

Sans sentiment d'un corps circonscrit, partout tout passe, rien ne s'accroche ni ne s'attarde. Le fait de rassembler, de donner l'occasion à l'individu de délimiter un dehors et un dedans, de dessiner même grossièrement des limites corporelles, lui permet également d'isoler un corps capable de retenir et de contenir des éléments à l'intérieur. Sans contenance, les notions de réplétion et de vacuité n'existent pas : la contenance fait naître au monde le corps une deuxième fois, elle accouche l'individu comme sujet et c'est peut-être ce qui explique le lien si particulier qui peut lier un patient et son thérapeute lorsque la contenance apportée par le soin a permis au premier de sortir du chaos des angoisses et de l'indifférenciation. La contenance est fondamentale puisque c'est bien d'elle que découlent le sentiment d'être soi-même et les notions telles que l'ancrage et la possibilité de s'appuyer sur soi-même, sur l'Autre ou sur le reste de l'environnement. Autrement dit, il sera donc bien temps de travailler ces derniers aspects lorsque le sentiment de contenance commencera à émerger.

La sécurité de base, puisque là est bien le propos, se joue également dans les modalités d'interaction. Pour que le patient puisse expérimenter un vécu sûr, le cadre doit avant tout être porteur de stabilité, de cohérence et de continuité. C'est en rejouant des schémas

d'interaction, notamment ceux de la petite enfance, que le patient pourra moduler, via la relation avec le soignant, son vécu et l'empreinte laissée par ses tout premiers fonctionnements relationnels. Dans le développement de Mr M., il est fort probable que quelque chose de l'ordre de la satisfaction des besoins primaires et de la communication précoce ait achoppé, qu'il s'agisse de la réponse fournie par l'environnement et/ou d'une incapacité à percevoir ou métaboliser les réponses par le sujet lui-même.

En séance, il est ainsi possible de recréer des boucles d'interactions dans lesquelles le sujet pourra cette fois se vivre comme vu, senti, entendu : considéré. À la façon du care-giver décrit par Winnicott, le thérapeute peut s'ajuster à ce qu'il perçoit du patient et venir par ses mots mais aussi et surtout par son positionnement et son dialogue infra-verbal attester de son vécu. Lorsque la réponse du soignant fait particulièrement sens chez le patient, plus ou moins consciemment, cela génère bien souvent des moments particuliers, repérables et dans lesquels les patients sont parfois décontenancés. En effet, il existe un certain risque à être exactement compris par l'Autre : savoir qu'il a percé une partie du mystère de notre identité revient à lui concéder une certaine emprise voire un certain pouvoir, jusqu'à notre anéantissement. Aussi est-il particulièrement important de repérer ce que le patient est en capacité d'entendre ou de comprendre. Cela est particulièrement vrai lorsque le retour du thérapeute se fait sous une forme verbale. Un ajustement infra-verbal, corporel, permet au contraire de contourner certains mécanismes de défense et ainsi de faciliter l'établissement d'une relation de confiance entre le soignant et le patient.

Cette notion de confiance passe aussi par le respect de la demande du sujet. Particulièrement lorsqu'il s'agit, comme dans le cas de Mr M., d'une obligation de soins, la demande ou son absence doivent pouvoir être entendues, éventuellement précisées et reformulées. Si le sujet a l'impression de prendre part aux décisions le concernant, son implication dans le soin sera meilleure car personnelle et son sentiment de sécurité ne se verra pas attaqué. Être dans une relation de partenariat avec le patient, c'est déjà favoriser l'émergence d'une individualité et d'une identité propre, c'est éviter de faire effraction par l'imposition d'une règle ni pensable ni appropriable par le sujet.

Dans le cas de Mr M., les besoins ont pu être précisés par l'observation psychocorporelle mais aussi par des éléments du discours, qu'il s'agisse de récits plus ou moins fantasmés ou de ce qu'il rapporte de ses hallucinations acoustico-verbales. Les éléments délirants ainsi que

le récit des paroles des voix sont bien souvent apparus comme une porte d'entrée dans la compréhension du vécu corporel, par ailleurs difficilement accessible. Bien qu'il faille les considérer avec prudence et se garder de faire des interprétations hâtives, ces éléments verbaux et leur étayage ont pu servir de base à des verbalisations au sujet des éprouvés corporels. C'est par exemple ce qui a été le cas lorsque Mr M. a abordé en séance son épisode d'errance et de vie à la rue. Même si cette période n'a jamais été vécue de façon factuelle, les éprouvés qui se rattachent à la représentation que Mr M. se fait de vivre à la rue, eux, ont tout à fait pu l'être. Même si Mr M. est persuadé de la réalité de l'image qu'il s'est construite, la suite des verbalisations ont permis de comprendre qu'il s'agissait là d'une métaphore de son insécurité y compris dans la relation, de ses difficultés à s'ancrer ou encore de la fragilité des liens qu'il parvient à établir.

Une autre question est alors en train de poindre : c'est celle des hallucinations acoustico-verbales et de leur prise en charge dans le soin, qu'il s'agisse de traitements médicamenteux ou non. Il est parfois difficile de savoir dans quelle mesure et à partir de quel seuil les hallucinations sont plus favorables ou défavorables pour le sujet. Autrement dit, il est complexe de se prononcer en faveur de leur suppression, de leur amoindrissement ou de leur conservation. Les hallucinations en question peuvent s'avérer dangereuses dans la mesure où elles potentialisent - et je me réfère particulièrement à la voix qualifiée de mauvaise ici - des conduites à risque ou des attitudes violentes majoritairement auto-agressives de la part du patient. Elles peuvent également compliquer l'acquisition de la représentation d'un Soi psychocorporel unifié.

Chez Mr M., les voix présentent néanmoins une double utilité : premièrement en tant que mécanisme imparfait de défense, elles ont le mérite de lui apporter une certaine sécurité compensatoire ; en tant que matériel cliniquement exploitable ensuite, elles peuvent aiguiller les soignants dans la compréhension du sujet.

Elles peuvent ainsi être exploitées, par exemple via une proposition d'écoute musicale, particulièrement lorsque cette dernière succède à une pratique plus corporelle. La musique choisie par le patient sert alors de support à la mise en mots ou en métaphores inconscientes d'éprouvés corporels.

Les hallucinations attestent à mon sens d'un psychisme certes éclaté mais en action, c'est-à-dire potentiellement en capacité d'intégration. Par un mécanisme de réflexion similaire, il me

semble que la psychomotricité a toute sa place dans une clinique de l'urgence et pas uniquement dans les situations les plus stabilisées. Le travail de contenance médiatisé par un enveloppement sec en chambre d'isolement me semble en être un exemple frappant.

Dans la prise en charge de Mr M., un autre aspect reste à traiter. C'est celui des modalités de séance et plus particulièrement du choix du groupe ou de l'individuel, de la fréquence et de la durée des rencontres.

Dans la situation de ce patient, qui bénéficie de prises en charge à la fois groupales et individuelles, les deux modalités de soin présentent chacune des avantages et des risques. Le groupe propose des supports identitaires divers, encourage la variété du lien, crée une enveloppe protectrice et peut, s'il est bien investi, favoriser le sentiment d'appartenance et les notions qui en découlent comme vu précédemment. Il permet également de détourner les regards de l'observateur en dissolvant un peu de sa propre identité dans celle du groupe, particulièrement si le nombre de membres est élevé. En ce sens, le groupe peut aussi représenter une menace aux yeux du patient, comme si la collectivité pouvait aller jusqu'à engouler le noyau identitaire si fragile du sujet. Par ailleurs, si les potentialités des patients divergent trop par rapport à la raison même de l'inclusion dans le groupe, si encore aucun élément commun de représentation, aussi minime qu'il soit, ne peut être trouvé entre les participants, le groupe potentiellement porteur de sécurité devient groupe persécuteur. L'organisation sociale du collectif renvoie alors de façon trop violente le sujet à sa différence, à sa singularité et à sa solitude.

Un autre élément est important à prendre en compte en lien avec la structure : tous les patients y vivent nuit et jour, avec des temps définis et obligatoires hors de la chambre, en collectivité. Bien que la structure soit divisée en plusieurs unités, les patients faisant partie d'un même groupe de psychomotricité se connaissent généralement bien. Si l'incarcération est un dénominateur commun, c'est avant tout le soin qui les réunit dans l'établissement. Certains décrivent la pathologie qui est la leur avec une lucidité désarmante mais d'autres sont plus anosognosiques ou simplement plus dans le déni. L'entre-aide entre patients est indéniable mais les traces laissées par l'incarcération ancrent bien souvent la loi du plus fort dans leur comportement et réveillent inexorablement leur instinct de survie. Pour supporter leurs propres troubles, la désignation d'un bouc émissaire, selon eux seul véritable fou, est monnaie courante. Bon nombre de patients sont habitués à rester sur leurs gardes et se méfient plus particulièrement du regard posé par les autres sur leur pathologie, puisqu'ils estiment que

cette dernière pourrait témoigner d'une certaine faiblesse. Aussi est-il courant de retrouver des comportements en faux self.

Malgré le dispositif groupal, il se joue pour les patients quelque chose de l'ordre de l'intime en séance. Il est donc important de prêter une attention particulière au respect des règles de confidentialité et de favoriser la tolérance pour que des manifestations en vrai self puissent finalement émerger.

La prise en charge individuelle permet justement de s'affranchir en grande partie, bien que pas totalement, de ce fonctionnement spécifique en faux self. S'il est question de confiance authentique et si un véritable partenariat peut s'installer entre soignant et soigné, la séance individuelle est alors un dispositif de choix pour que le patient puisse y développer une identité propre. Ce type de prise en charge permet un ajustement plus fin du thérapeute au patient mais aussi du patient au thérapeute. Elle rejoue de façon plus flagrante les interactions précoces et tente de colmater les trous laissés dans l'histoire du développement du patient. Le thérapeute, moins semblable au patient que les autres patients, j'entends bien ici par le positionnement institutionnel, fournit également une figure d'identification tout à fait différente. Cela dit, lorsque le patient sent que le thérapeute se rapproche trop de la réalité de son identité, cela peut générer un vécu d'intrusion le dépossédant presque de sa propre identité et les défenses peuvent alors redoubler.

Si les dispositifs groupal et individuel présentent chacun des zones de difficultés pour le patient, il n'est pourtant pas question de les rejeter totalement. Bien qu'il faille avant toute chose garantir la sécurité du patient, la priorité n'est pas celle du confort absolu. Il me semble que des zones d'inconfort permettent aussi au sujet, lorsqu'il se sait et surtout se sent dans un cadre sécurisé, de questionner des fonctionnements bien établis et de tendre vers de meilleures capacités d'adaptation, c'est-à-dire vers une gestion facilitée des situations de la vie quotidienne.

D'autres modalités de prise en charge restent à définir. Il s'agit entre autres de la fréquence des séances et de leur durée. Puisque nous avons vu que l'intégration fait défaut chez Mr M., le risque serait de vouloir être très présent pour bien contenir, de beaucoup stimuler afin qu'une inscription finisse par se faire, de vouloir enfin à tout prix créer du lien pour rafistoler tous ceux qui n'ont pas pu se faire par le passé. S'il est vrai que la socialisation est intimement liée aux possibilités d'individuation, cette dernière nécessite également que

l'individu puisse opérer un retour vers lui-même, particulièrement propice à l'intégration, en dehors d'un bain tourbillonnant de stimulations. Ces moments d'accalmie sont déjà raréfiés par le fonctionnement institutionnel d'une part et par le fonctionnement individuel de Mr M. d'autre part. Il me semble ainsi qu'un juste milieu est à trouver dans le suivi entre temps de latence trop important avec pauvreté de l'expérience corporelle et stimulations effrénées.

Chez Mr M., outre les mécanismes de défense déjà évoqués, le besoin de recourir à des stimuli intenses figure au premier plan. Cela paraît être pour lui une façon de se sentir exister et de s'assurer de sa propre corporéité. Il semblerait qu'il y ait, derrière cette constante recherche de stimulations, l'attente d'une intégration a priori pas encore réalisée. Cela lui donne parfois l'air d'essayer de remplir, en vain, le tonneau de Danaïdes.

Dans ce contexte, un élément peut être intéressant à souligner. Il s'agit de la parenté qui existe entre le sentiment de sécurité, qui naît notamment de la contenance, et le schéma corporel. La sécurité de base, corporelle dans son essence, est intimement liée aux représentations corporelles, à savoir au schéma corporel et à l'image du corps. Cette étroite relation est particulièrement mise en évidence par la résurgence d'angoisses archaïques telles que l'angoisse de morcellement. Dans cette situation, le manque d'intégration du schéma corporel ne permet pas de rattacher le vécu à un support corporel réel. La représentation du corps ne suffit pas pour que le sujet se sache et se sente rassemblé en un tout cohérent grâce à sa peau. Dans le cas de Mr M., la représentation des limites corporelles est particulièrement impactée. Les techniques de touchers thérapeutiques, surtout non médiatisées, peuvent s'avérer particulièrement contenantantes et sécurisantes et l'aident, grâce au feedback sensoriel, à établir et remodeler la représentation des limites de son propre corps.

Ce contact peut cependant se révéler plus dur à supporter : puisque les limites corporelles sont encore mal précisées, le toucher peut être vécu comme une perforation, une intrusion, non pas uniquement au sens figuré mais au sens propre du terme. Le contact brouille alors la représentation déjà instable des limites, la peau ne joue plus son rôle symbolique de barrière mais fusionne avec celle de l'Autre et la sensation d'intrusion, sur le plan corporel comme sur le plan identitaire, est intense.

Amener le patient à une représentation stable de son corps n'est ainsi pas chose aisée. Il s'agit, avec le patient, de construire mais aussi de détruire des repères déjà peu nombreux. Au

sein d'une population d'individus d'âges équivalents et de même sexe, le schéma corporel devrait, dans les grandes lignes, être assez similaire d'un sujet à un autre. Chez la plupart des patients que j'ai pu rencontrer dans la structure, y compris chez Mr M., les dessins du bonhomme témoignent de la pauvreté des représentations corporelles mais ont la spécificité de faire également apparaître des représentations incorrectes dans le sens où elles ne rendent pas compte d'une réalité anatomique. La question suivante se pose alors : si les représentations du sujet sont fausses mais qu'elles le structurent et lui permettent de tenir, de quel droit viendrions-nous les modifier ? Il me semble que le compromis est subtil à trouver pour le soignant entre la préservation des mécanismes de défense vitaux du patient et l'établissement d'un référentiel commun de lecture de l'environnement.

b. Souffrance et adaptation, une histoire de subjectivité

Cette interrogation amène à un autre questionnement : dans la situation de Mr M., qu'est-ce qui légitime le suivi d'un patient schizophrène et quel doit-être le positionnement du thérapeute ? Particulièrement en psychiatrie, il me semble que le seul critère pouvant motiver une prise en charge n'est pas celui de la normalisation mais celui de la souffrance du patient. Cette dernière est néanmoins difficile à évaluer et son appréciation ne peut être que subjective puisqu'elle implique forcément les représentations du thérapeute. Il peut ainsi être complexe de faire la part des choses entre souffrance réelle du sujet et interprétation du ressenti du patient par le thérapeute, lui-même influencé par son propre vécu et son propre fonctionnement psychique. La frontière entre empathie et extrapolation au patient de sa propre identité est donc fine.

La souffrance est bien souvent liée à une difficulté voire à une impossibilité d'adaptation du sujet à un facteur ou un environnement. La souffrance du patient peut ainsi être rattachée à une inadaptation dans un environnement précis et un changement de contexte suffirait à le rendre adapté à la nouvelle situation. Dans ce cas, c'est le contexte particulier qui rend le sujet inadapté. Dans d'autres cas de figure, le trouble de l'adaptation est inhérent au sujet dans la mesure où il ne parvient à s'adapter à aucun environnement. Le changement de contexte n'a alors aucun effet sur les capacités adaptatives du sujet. Des aménagements environnementaux pourraient néanmoins être imaginés pour réduire la souffrance du sujet. L'analyse de l'inadaptation est ainsi conditionnée par le référentiel dans lequel nous décidons de nous

placer. Considérer que l'inadaptation provient entièrement du sujet permet de nous départir de toute responsabilité. L'individu considéré inadapté fait figure d'intrus, heurte notre sensibilité et dérange notre affinité innée pour l'homogénéité. Le thérapeute en tant que sujet n'échappe pas à la règle : le même a tendance à le sécuriser, il lui permet de se retrouver dans l'Autre.

Le différent est quant à lui moins confortable, plus coûteux à assimiler. Il peut désarçonner, déstabiliser, dans la mesure où il questionne, où il renvoie chacun à sa propre part d'étrangeté et par conséquent au risque d'être à son tour mis à la marge de la société. Le différent, particulièrement lorsque les assises narcissiques sont bancales et que l'identité peine à se définir, insécurise. Plus encore dans le miroir tendu par le sujet schizophrène, l'individu y voit le danger de perdre lui aussi le lien, si ce n'est à la réalité, aux autres. Le fantasme inconscient de la contagion peut également intervenir dans la relation. La considération de l'identité propre et globale du sujet, dans ses similitudes et ses différences, qu'il soit schizophrène ou tout autre chose, peut à mon sens préserver et majorer chez le thérapeute les capacités d'empathie.

Le soignant, comme tout individu et de façon inhérente à sa nature d'Homme, peut être tenté de lisser les aspérités, d'accompagner même inconsciemment le sujet vers la norme sociale qu'il a introjectée. Une autre interrogation émerge : en psychiatrie, la perspective de rééducation, au sens strict d'accompagnement vers une orientation qui fait norme, est-elle concevable ou faut-il s'en départir absolument ?

Il me semble que le thérapeute doit ainsi se positionner dans son approche et prendre en considération sa propre identité, puisqu'elle est mise au travail dans le soin. Le soignant, en tant qu'individu, n'est bien sûr pas épargné par les mouvements psychiques qui sont le lot de tous les êtres humains. En psychomotricité particulièrement, ses propres représentations peuvent à la fois nourrir sa clinique et l'enfermer. Il me paraît donc essentiel de développer et d'entretenir une capacité de flexibilité, d'ouverture et d'intégration de nouvelles représentations. Nourrir et remodeler son propre vécu psychocorporel, notamment via une pratique corporelle, me semble être une des façons d'entretenir cette capacité et de parvenir à une meilleure connaissance de soi. Le thérapeute qui met en mouvement son univers de représentations me paraît plus enclin à ériger des ponts entre ses propres représentations et celles de ses patients.

II. MR O., I AM WHAT I AM¹¹

1. En deçà des artifices, rencontre avec Mr O.

Mr O. et moi nous sommes rencontrés au sein du CSAPA (Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) dans lequel j'ai réalisé mon stage expérimental. Je le reçois dans le cadre des consultations ambulatoires du centre. Il est le premier usager que je prends en charge au cours de mon stage dans cette structure.

Mr O. est également suivi en psychothérapie depuis 3 ans environ. C'est d'ailleurs sa psychologue référente qui évoque en premier l'utilité d'une orientation en psychomotricité. Après réflexion en équipe, le médecin de la structure valide l'indication. La psychologue de Mr O. évoque avec lui la possibilité d'une prise en charge en psychomotricité, ce à quoi il se montre réceptif. N'ayant pas la possibilité de me présenter directement à lui puisqu'il vient à sa consultation de psychothérapie un jour où je ne suis pas présente sur le centre, je contacte Mr O. par téléphone. Nous discutons quelques minutes et prenons rendez-vous pour la semaine suivante.

Le trac et l'enthousiasme se confondent. J'ouvre la porte de la salle d'attente. Un homme grand et large, d'une quarantaine d'années, attend depuis quelques minutes déjà. Il est arrivé en avance et pour cause, il déteste être en retard. Il est assis sur une chaise en plastique rouge, le dos droit, les mains posées sur ses genoux serrés. Il semble alerte et anxieux mais dégage une douceur certaine, une tristesse aussi. Il me serre la main en s'excusant de la moiteur de la sienne. Je l'invite à entrer dans la salle de psychomotricité, qu'il scrute avec toute la méticulosité qui le caractérise. Son axe est rigide, ses bras très toniques. Il semble être un homme de nature plutôt réservée. Il s'assied face à moi. Quelque chose paraît se relâcher, sa colonne s'autorise quelques modulations. Mr O. est très attentif lorsque je me présente cette fois en chair et en os. Il dit ne pas connaître la psychomotricité bien qu'il avoue sur un ton d'expiation s'être un peu renseigné sur internet. Au fil de la séance, Mr O. parle sans

¹¹ « I am what I am », qui signifie en français je suis ce que je suis, est le titre d'une chanson en anglais sortie en 1983 et issue de la comédie musicale *La cage aux folles*. Cette dernière est elle-même adaptée de la pièce de théâtre du même nom écrite par Jean Poiret, qui met notamment en scène un couple d'homosexuels. Les deux hommes gèrent un cabaret dans lequel se produisent des artistes transformistes. Dès l'année de sa sortie, le titre I am what I am connut un succès mondial avec la reprise de Gloria Gaynor.

difficultés de certains éléments de sa vie. Il est organisé dans son discours, méthodique, précis, parfois même un peu rigide. Il accorde une importance particulière au choix de chacun des termes qu'il emploie, comme un peintre qui voudrait trouver à chaque instant le mélange de couleurs le plus juste, au plus près de ce qu'il ressent. Son humour est toujours fin, parfois teinté de cynisme et laisse de temps à autres entrevoir des blessures mal cicatrisées. Mr O. présente des traits obsessionnels mais reste adapté dans la relation.

Très rapidement et un peu hors contexte, Mr O. souhaite me faire savoir qu'il est homosexuel. Il y a alors comme une urgence dans la façon dont il me parle. Ses yeux ronds fixent les miens. Il estime avoir mis assez de temps dans sa vie avant de pouvoir l'assumer et le dire pour le cacher encore. À ce moment, j'ai l'impression que toute la relation thérapeutique se joue sur la façon dont je vais savoir accueillir ses mots et ses maux. C'est comme s'il avait gardé, depuis la salle d'attente, un manteau rêche, trop serré, dont il venait à l'instant de se dévêtir devant moi.

Le retour que je lui renvoie semble suffisamment le satisfaire et le sécuriser pour qu'il continue à évoquer des bribes de son histoire. Les années de psychothérapie semblent avoir laissé une forte empreinte. Mr O. peut aujourd'hui parler d'éléments personnels douloureux avec une spontanéité désarmante mais toujours avec beaucoup de pudeur. Au fil du discours, il n'a de cesse de se dévaloriser. Il dit d'ailleurs n'avoir aucune estime de lui-même. Il souffre énormément du regard de l'Autre et de ce qu'il imagine que les gens pensent de lui. La plupart du temps, il se juge inutile et improductif. Mr O. est pourtant un homme aux ressources et aux facettes multiples. Il pratique divers arts de façon autodidacte et s'implique souvent dans des processus de création. C'est d'ailleurs un des moyens qu'il a trouvé pour faire face à l'anxiété.

Mr O. apparaît comme un homme triste et explique l'être plus encore depuis quelques mois, depuis qu'il a tenté en vain un sevrage médicamenteux brutal et sans accord médical. Il présente en effet une dépression qui évolue depuis plusieurs années et suit un traitement antidépresseur et anxiolytique. Sa première prise en charge en psychothérapie remonte à une vingtaine d'années. Autant qu'il se souvienne, Mr O. a toujours été quelqu'un d'anxieux et d'angoissé, ce qui se manifeste corporellement sous la forme de douleurs abdominales intenses, entre autres. Il me fait part d'un vécu de solitude important et de la baisse massive de sa libido. S'il peut parler de son corps, il ne l'aborde que sur un versant fonctionnel ou bien en déprécie la dimension esthétique. Par le passé, Mr O. a eu recours à des consommations

d'alcool importantes. Il estime aujourd'hui qu'il cherchait à s'anesthésier par ses épisodes d'ivresse.

L'aiguille de la petite pendule avance. Je poursuis les propositions de mon bilan psychomoteur et Mr O. les accueille maintenant avec moins d'appréhension. Ses capacités attentionnelles lui permettent tout à fait de répondre à mes sollicitations. Au cours de la séance, je peux observer que la connaissance du schéma corporel et la structuration temporo-spatiale sont bonnes. Le tonus de Mr O. est hétérogène : il présente une hypertonie axiale et le tonus des membres supérieurs augmente dans le sens proximo-distal. Sa rigidité tonique, corporelle, qui donne un peu le change dans le cadre de sa pathologie qu'est la dépression, semble faire écho à sa rigidité psychique et à ses difficultés d'adaptation au quotidien. Il accepte le toucher mais présente des réactions tonico-émotionnelles telles que des paratonies. L'équilibre est correct compte tenu des traitements.

La dernière proposition que je lui fais est celle du dessin du bonhomme. Mr O. représente un personnage aux multiples attributs féminins et à la poitrine opulente. Le visage est très détaillé mais les pieds n'apparaissent pas sous la longue robe drapée. Mr O. me dit à ce propos que s'il ne les a pas représentés, c'est parce que le personnage n'en possède pas. Il regrette en revanche d'avoir dessiné un regard qu'il estime triste et sévère et aurait aimé le faire différemment. Le personnage tient dans sa main un micro, c'est une chanteuse. Pour Mr O., cette représentation est une figure rassurante. Il évoque alors de nombreuses figures féminines de son entourage, qui semblent avoir joué un rôle clé dans son développement. Il décrit sa mère comme une femme peu sécurisante et son père comme un homme anxieux.

La technique de dessin est excellente, si bien que Mr O. ne se trouve pas limité dans ses possibilités de représentation. Le personnage lui ressemble énormément. C'est lui d'ailleurs. Mr O. fait du transformisme et chante régulièrement dans des clubs. C'est le seul moment où il dit éprouver son corps différemment.

M. O n'a pas de demande particulière mais évoque spontanément son envie d'être pris en charge en psychomotricité. Il me confie être rassuré par le fait que je sois une femme. En filigrane, il m'explique que cela lui permet de mettre à distance la notion d'attirance sexuelle qui l'incommoder beaucoup lorsqu'il est en présence de thérapeutes hommes.

Nous prenons rendez-vous pour la semaine suivante.

2. Dans les coulisses de la représentation, réflexions au sujet de Mr O.

a. *Synopsis et « je de rôle »*

Au fil des séances et toujours avec pudeur, Mr O. se livre un peu plus sur son histoire familiale. Les seuls souvenirs d'enfance qu'il se rappelle et dont il me fait part ne sont rattachés à aucune qualité de ressenti, à aucun vécu, à aucune subjectivité. Il se raconte bien souvent de l'extérieur, comme s'il commentait de façon factuelle, depuis son fauteuil de cinéma, le film de sa propre vie. Les autres événements qu'il décrit de son enfance sont en fait ceux qui lui ont été relatés par sa famille. Mr O. n'en a lui-même aucun souvenir et un certain sentiment d'étrangeté semble l'animer lorsqu'il répète les propos de son entourage, comme si le discours de ses proches lui était parfaitement étranger et qu'il ne se retrouvait absolument pas dedans. Un décalage semble exister entre l'idée que se fait l'entourage du vécu de Mr O. et son véritable vécu, ce qui donne le sentiment que la justesse de l'adaptation et des ajustements dans la relation a possiblement été impactée au cours du développement.

Mr O. décrit par ailleurs sa mère comme une personne peu sécurisante. Alors qu'il était encore très jeune, Mr O. a subi une opération chirurgicale. À la suite de cet événement, sa mère a développé certaines superstitions et il semble qu'elle ait restreint les possibilités d'expérimentation de son fils, pétrifiée par la peur de le perdre. Elle l'aurait ainsi contaminé avec son angoisse, ne lui offrant pas la sécurité de base nécessaire pour qu'il puisse expérimenter et agir sur le monde en se sachant porté psychiquement par sa mère bien qu'étant physiquement éloigné d'elle. Probablement en lien avec le besoin de contrôle et la difficulté de la mère de Mr O. à laisser son fils évoluer par lui-même, il semble que quelque chose ait achoppé dans la création de l'espace transitionnel. Envahie de peur et imaginant systématiquement le pire selon les propos de Mr O., la mère semble avoir plus investi son fils comme un enfant maudit que comme un enfant capable, ne favorisant pas le développement de ses assises narcissiques.

Les modalités d'attachement de Mr O. demeurent encore insécures et oscillent entre dépendance à l'objet d'amour et rejet de l'objet considéré mauvais. Elles sont particulièrement mises en évidence par sa problématique d'addiction à l'alcool et par son mode d'utilisation, pour le moins anarchique, du traitement antidépresseur. Si ces deux

derniers aspects apparaissent moins au premier plan que quelques années auparavant, les modalités relationnelles et les possibilités d'établissement de liens ont quant à elles moins évolué. Pour être dans le lien sans être dans la dépendance, il est nécessaire de pouvoir à la fois s'attacher et se détacher sans risquer d'anéantir la relation. Pour se détacher en toute sécurité, il faut déjà se sentir exister à distance, dans le psychisme de l'Autre, et porter la représentation de l'Autre dans son propre psychisme. Autrement dit, pour bien se détacher, il faut d'abord avoir éprouvé un attachement sûr. S'éloigner sans risquer l'annihilation de la relation voire de sa propre individualité est primordial, mais être capable de rester attaché l'est tout autant. Être dans une rupture de lien, dans le rejet de tout objet, n'est pas beaucoup plus souhaitable qu'être dans une relation de dépendance.

Mr O. peine justement à maintenir du lien et à investir de nouveaux objets. Il semble toujours à la recherche d'un espace transitionnel, qui ne pourra émerger que grâce à des fondations relationnelles stables et sécurisantes, qui viendront combler le vide laissé par la sécurité de base dans le développement. Mr O. semble avoir été brusqué dans le passage entre le peau à peau, entre la mère et le bébé, et l'individuation. Il paraît possible qu'il y ait eu un détachement soudain ou vécu comme tel, avant même que l'individuation puisse démarrer. C'est comme si les deux peaux, distinctes mais pas encore différenciées aux yeux du nouveau-né, étaient restées collées lors de la séparation, le bébé emportant avec lui dans le déchirement des bouts de peau de sa mère et réciproquement. Mr O. présente tous les éléments qu'il évoque lui-même pour décrire sa mère : anxiété, féminité ou encore rigidité. Ces caractéristiques maternelles introjectées semblent jouer le rôle du doudou, de l'objet transitionnel.

En tant qu'adulte, Mr O. est un homme solitaire qui fait peu preuve d'initiatives, qui a souvent du mal à faire des choix concernant sa propre vie, qui se dévalorise sans cesse et qui a fréquemment peur d'essayer des choses nouvelles, d'aller vers l'inconnu.

Aux antipodes de la mère singe à la fourrure douce et chaude décrite dans les travaux de J. Bowlby¹², la mère de Mr O. semble être d'une particulière froideur relationnelle et affective. Mr O. a développé un attachement peu sûr avec sa mère mais aussi avec son père et a toujours du mal à créer d'autres modèles de relations en dehors du cercle familial. La mère de

¹² BOWLBY J. (1996).

Mr O. particulièrement semble avoir eu des difficultés dans l'investissement de son enfant. S'il existe probablement un fort décalage entre le vécu de Mr O. perçu par son entourage et son vécu réel, la même discordance paraît se prolonger sur le plan identitaire. Très tôt, la mère de Mr O. a été confrontée au hiatus entre l'identité qu'elle avait fantasmée pour son fils et l'identité qu'il donnait effectivement à voir. Elle l'avait peut-être imaginé jouant aux voitures, pratiquant à haut niveau un sport à connotation typiquement masculine, se comportant encore de telle ou telle manière. Mais sans doute n'avait-elle pas envisagé qu'il puisse avoir des centres d'intérêts différents de ceux qu'elle avait espérés, qu'il préfère par exemple jouer avec des poupées, qu'il exprime une grande sensibilité artistique ou qu'il fasse montre d'aptitudes manuelles particulières. Loin de valoriser et d'encourager les capacités de son fils, la mère de Mr O. se serait focalisée sur le décalage entre ses attentes et la réalité.

Issue d'une famille dans laquelle la religion est très présente et l'influence des règles sociales très importante, l'hypothèse qui me paraît la plus probable est que l'identité de Mr O. ait particulièrement embarrassé sa mère par rapport à son appartenance sociale. Accepter les spécificités de son fils, plus particulièrement celles en lien avec son identité sexuelle, aurait signifié faire un pas de côté par rapport aux règles explicites et implicites du groupe socioreligieux auquel elle appartient, au risque de s'en faire elle-même exclure. Plus encore lorsque l'identité repose sur l'investissement massif d'une faible quantité de facettes différentes, l'idée d'être mis à la marge d'un des groupes faisant support identitaire peut être particulièrement vecteur d'angoisse.

Par divers moyens, la mère de Mr O. a tenté de gommer et de lui redessiner une identité factice, de créer un « idéal du fils ». Pendant l'enfance de Mr O., elle pouvait le brimer lorsqu'il manifestait une appétence pour un objet estimé pas assez viril et allait jusqu'à la spoliation de ce dernier, sans rien en dire. Jeune adulte, elle interdisait à Mr O. de révéler son orientation sexuelle à son propre frère, comme si la parole pouvait d'un seul coup exposer à la marginalisation en rendant visible aux yeux de tous ce qui l'était pourtant déjà auparavant. Pendant toute sa vie, Mr O. a ainsi subi des comportements injustifiés, reçu des consignes et des ordres jamais expliqués. Dans son ouvrage *La renonciation à l'identité*, G. Devereux rappelle que « le fait d'exiger de l'enfant une obéissance immédiate, aveugle, d'automate, empêche également le développement d'un sens réel de la continuité de soi-même à travers le temps. (...) il s'agit d'une solution de continuité brutale : l'ordre, d'origine hétéropsychique, s'intercale d'une façon violemment intrusive et soudaine dans le développement *normal* des

opérations tant physiologiques que psychologiques déjà en cours au moment où l'ordre fait irruption dans le psychisme de l'enfant – ou de l'esclave ¹³ ».

Dans le cas de Mr O., il me semble qu'il y a une double négation de l'identité. D'abord parce qu'il se voit effectivement imposer des ordres inexpliqués, qui ne permettent en aucun cas une intégration psychique, qui ne prennent pas en compte la singularité de sa personne et qui déshumanisent tant ils se font dans un mouvement unidirectionnel ; ensuite parce qu'il y a, par ces mêmes consignes, une tentative plus directe d'anéantissement de l'identité, avec la volonté d'asservir l'Autre à sa propre conception de normalité voire de moralité.

Mr O. a beaucoup trouvé refuge chez ses grands-mères qui ont joué le rôle de mères bienveillantes. Habitué à vivre en faux self et à contraindre son corps à des attitudes qui n'étaient pas les siennes, ses grands-mères ont été pour lui les seules personnes avec lesquelles il pouvait se montrer tel qu'il était, sans artifices.

Contrairement à Mr M. pour qui les identités religieuse et ethnique de sa famille ont constitué le principal support identitaire dans un mouvement d'incorporation massif et radical, Mr O. s'est quant à lui constitué une identité défensive de surface, de protection, en faux self. Chez Mr M., pour qui il était plutôt question de vide identitaire à l'origine, l'urgence vitale était au comble du néant. Le fait que son identité individuelle se confonde presque avec l'identité communautaire l'assurait par ailleurs d'être accepté dans un groupe et par extension d'être considéré et aimé puisqu'il correspondait en tout point aux critères d'inclusion recherchés et appréciés par le groupe. Mr O. n'a pas été confronté au même vide identitaire. Il s'agit plutôt dans son cas d'une tentative de son entourage voire de la société de le faire renoncer à son identité. C'est plus de sa réponse à cette volonté d'anéantissement et de la préservation ou non de son identité individuelle dont il est question. Il peut aussi être intéressant de souligner que de nombreuses zones d'ombre et plusieurs non-dits familiaux voire secrets portant le sceau de la culpabilité existent dans la famille de Mr O.. La représentation de l'identité familiale est particulièrement complexe et difficilement lisible, ce qui la rend peu rassurante et peut-être moins propice à l'introjection. Bien que Mr O. ne relate aucun épisode véritable d'émancipation ou de contestation, l'incorporation de l'identité familiale ou l'adhésion à cette dernière n'est en réalité qu'une façade de protection.

¹³ DEVEREUX G. (2009), p. 59.

Mr O. semble avoir joué un rôle qui ne trompait personne mais qui lui permettait de feindre en surface une identité acceptable par sa mère et son entourage, qui du moins ne mettait pas en péril sa place dans la famille. Loin d'adhérer aux principes et aux valeurs de sa famille qu'il est d'ailleurs capable de remettre en question, sa couverture identitaire lui permettait, avant qu'il ne quitte le domicile familial, de faire perdurer une certaine cohésion au sein du foyer. Il faut rappeler que les interactions avec ses pairs étaient bien souvent décevantes et que sa famille était alors par défaut le cadre privilégié de la relation. Mr O. vivait presque une double vie : il y avait comme un dédoublement de l'identité au sein d'un même corps, comme si ce dernier devenait la seule constante identitaire.

Dans une moindre mesure, nos capacités d'adaptation nous permettent en tant qu'humains de mettre en avant une facette, une identité partielle plutôt qu'une autre en fonction du contexte et de ce que l'on souhaite provoquer dans la relation. Nous ne décidons pas de donner à voir la même chose dans le cadre d'un entretien d'embauche que lors d'un rendez-vous amoureux par exemple. Cela ne nous empêche pourtant pas de conserver une représentation stable de notre identité et ne fait pas de nous des sujets souffrant d'un trouble de la personnalité multiple : nous choisissons parmi les différents aspects de notre personnalité, ce qui n'est pas la même chose que de modifier radicalement une dimension identitaire. Mr M. en revanche décline un même aspect identitaire en fonction du contexte. Lorsqu'il est en présence de ses parents par exemple, il tente d'effacer tous les traits de son identité qui pourraient selon lui mettre sur la piste de son homosexualité.

Il faut ici faire une nouvelle distinction : certains aspects identitaires sont plus ou moins innés, irréversibles, prédéfinis et stables dans le temps.

Par exemple, l'origine ethnique est par définition constante tout au long de la vie, tout comme l'est le sexe biologique, en dehors évidemment des cas particuliers de chirurgies de réassignation sexuelle. L'origine ethnique a la particularité d'être définie avant même la grossesse en fonction des parents, ce qui n'est pas le cas du sexe biologique.

D'autres aspects identitaires sont plus variables dans le temps et peuvent être modifiés avec une inertie plus ou moins grande : pour ne citer que celles-ci il peut s'agir d'une appartenance politique, religieuse, d'une identité professionnelle, d'une identité liée au lieu de résidence ou encore d'une identité sportive ou artistique. Hormis la question religieuse pour laquelle la notion de volonté pourrait éventuellement être débattue, ces derniers exemples identitaires sont tous liés à des choix plus ou moins conscients.

Certaines dimensions identitaires peuvent également se modifier sans que le sujet n'ait beaucoup d'emprise sur elles. C'est notamment le cas de caractéristiques qui subissent un changement dans le développement comme la taille du sujet ou encore ses capacités intellectuelles.

D'autres composantes identitaires sont immuables ou ne subissent que des changements minimes mais peuvent facilement être artificiellement modifiées. Beaucoup de caractéristiques physiques pourraient ici être citées. Par exemple, la couleur des cheveux, des yeux ou de la peau subissent spontanément peu de variations mais peuvent respectivement être modifiées par des colorations, des lentilles de couleur, des produits cosmétiques ou un bronzage artificiel. Il est là aussi question d'un choix de la part du sujet.

L'identité corporelle, qui comprend elle-même plusieurs dimensions telles que les singularités anatomiques et fonctionnelles du corps, l'investissement physique et psychique des différentes zones du corps, le style psychomoteur ou encore la dimension artistique, constitue une partie importante de l'identité globale du sujet. Le corps est également un support essentiel de l'affirmation de l'identité. Cela est particulièrement visible lors de changements identitaires importants comme c'est le cas lors de l'adolescence. Le corps se modifie mais son investissement change tout autant. Les ornements en tous genres, qu'il s'agisse de vêtements, de cosmétiques, de tatouages, de bijoux ou autres accessoires, prennent un statut de déclaration identitaire, de symbole d'appartenance communautaire ou de revendication.

La classification non exhaustive que je viens de proposer est un outil pour penser la facette identitaire par laquelle Mr O. se définit principalement mais est tout à fait arbitraire et imparfaite. En matière d'identité rien n'est isolé : l'identité globale d'un individu est un maillage complexe et évolutif et il serait vain de vouloir absolument en compartimenter les différentes dimensions.

La mise en relief de certaines caractéristiques identitaires que je viens de suggérer permet néanmoins de préciser le statut de l'identité sexuelle de Mr O. L'identité sexuelle comprend elle-même plusieurs composantes dont le genre, le rôle social attribué au sexe biologique et l'orientation sexuelle. Cette dernière est à distinguer d'une simple attirance sexuelle ou d'une préférence sexuelle ponctuelle liée à un choix. Elle fait plutôt référence à un ensemble de comportements, qu'ils aient pour objet l'attirance sexuelle et affective ou non, qui s'inscrivent dans le temps de façon stable et durable, avec un ancrage profond, c'est-à-dire qui sont constitutifs de ce qui pourrait être nommé le noyau identitaire invariant de l'individu.

L'aspect identitaire dont nous traitons chez Mr O., à savoir l'identité sexuelle, est donc constant, ne peut être prédit au seul regard du patrimoine génétique des parents et n'est pas issu d'un choix. Chercher à modifier ou à masquer un élément de son identité profonde, constitutive, est particulièrement vecteur de souffrance et revient à se nier en tant qu'individu. D'abord parce que si notre psyché peut nous dicter ou gérer nos comportements, ces mêmes comportements peuvent aussi agir sur notre psyché et nos affects : des modifications comportementales, qu'elles soient gestuelles, posturales, ou encore toniques, modifient notre état psychique. C'est le principe même de la plupart des méthodes de relaxation. Ce que Mr O. s'efforce à donner à voir ne correspond absolument pas à la façon dont il se ressent, ce qui est particulièrement clivant et coûteux. D'autre part, les attitudes de masquage qu'il utilise ont pour but de se faire considérer et aimer au sein de la communauté familiale. Le seul moyen qu'il a trouvé pour être accepté est de se présenter à l'exact opposé de ce qu'il est, ce qui peut être vécu comme « je ne peux pas être aimé pour ce que je suis véritablement ». L'amour porté par sa famille est en réalité reporté sur un faux Mr O., sur sa couverture identitaire mais pas sur lui en tant qu'individu global puisque ce qui définit le sujet c'est justement son identité. Cela rend presque ses efforts vains mais crée tout de même l'illusion.

b. Une famille nouvelle pour renaître

Lorsque Mr O. a déménagé et quitté le foyer, il a retrouvé une famille au travers du milieu gay de sa nouvelle ville. Lui qui survivait par un grimage de son identité, il a fait de sa composante identitaire au départ niée un critère de choix pour intégrer un nouveau groupe et être cette fois sûr d'y être accepté pour ce qu'il est. Mr O. ne s'entoure depuis que de gens dont il est sûr qu'il vont accepter cette facette identitaire et introduit très vite la notion de son homosexualité dans la relation comme pour tester d'emblée son acceptation par l'Autre, comme il l'a fait en entretien avec moi.

S'il assume et revendique aujourd'hui son identité sexuelle, du moins dans un certain cadre, Mr O. garde à l'esprit qu'il ne correspondra probablement jamais aux attentes de ses parents et reste empreint de culpabilité. Il donne l'impression d'avoir psychologiquement accepté son identité sexuelle, il en allait en effet de sa survie identitaire, mais cela ne se prolonge pas sur le plan corporel. Mr O. évoque souvent une baisse de libido qu'il impute totalement à sa pathologie dépressive. Le désir sexuel et l'attrait pour la relation ne sont pourtant pas absents.

Le corps, usé de n'être qu'une façade sur laquelle il était interdit d'afficher sa véritable identité, en a perdu toute expressivité et a été désinvesti. L'image du corps est aujourd'hui totalement dépréciée et le corps n'est bien souvent utilisé que sur un versant fonctionnel. Au début de la prise en charge en psychomotricité, Mr O. ne sent d'ailleurs presque pas son corps en dehors des somatisations. Il ne peut y rattacher aucun vécu agréable ou autre que celui de la douleur ou de la gêne. Mr O. a bien souvent l'air grave et ne module que très peu ses expressions faciales ou corporelles. Il paraît avoir renoncé à toute forme de plaisir rattaché au corps, au sensoriel ou au mouvement.

Contrairement à la problématique de Mr M., très en lien avec l'intégration du schéma corporel, celle de Mr O. semble au premier regard plutôt relever d'une dépréciation massive de l'image du corps.

Si le dessin du bonhomme réalisé lors du premier entretien est d'une précision et d'une justesse extrêmes, que les proportions et la disposition des différentes parties du corps sont globalement cohérentes, c'est tout de même son corps mais déguisé en femme qu'il représente. En dehors du visage, la grande majorité du corps est recouverte par une robe vaporeuse ne laissant apparaître que peu de détails anatomiques. Dans le discours comme dans la représentation, il évite sans cesse la question de son corps dépourvu d'artifices, à moins d'y faire référence dans une approche fonctionnelle ou segmentée.

Mr O. est par ailleurs très sensible aux stimuli imprévisibles qu'il vit bien souvent comme des agressions. Un contact tactile inopiné ou des bruits auxquels il ne peut se soustraire sont pour lui particulièrement difficiles à gérer, rendant ses capacités d'adaptation à l'environnement relativement limitées au quotidien. Il se sent dépossédé de son intimité, comme si le bruit ou le toucher, lorsqu'ils ne peuvent être anticipés, pouvaient pénétrer à l'intérieur de son corps et remodeler son contenu. Même s'il n'est pas en proie aux mêmes angoisses qu'un sujet psychotique et que sa structuration du schéma corporel est assez stable pour lui éviter de sombrer dans des angoisses débordantes, la question des limites, du processus d'individuation et de la solidité des enveloppes se pose.

Du côté de l'image du corps, il me semble important de revenir sur le corps comme élément stable de l'identité. Pour Mr O. qui alterne entre vrai et faux self, le corps constitue un élément identitaire invariant. Il est la matrice, la base commune qui supporte à la fois le jeu d'acteur et l'intimité. Le corps, toujours présent, est témoin de la scène qui se déroule en coulisses, du passage de l'identité jouée à l'identité réelle et inversement. Si le corps dans sa

matérialité reste inchangé d'un instant à un autre, son investissement est bien différent en fonction du type d'identité qu'il soutient. Le même corps est ainsi autant utilisé par Mr O. pour nier sa propre identité que pour la révéler. L'investissement corporel global est ambivalent puisqu'il est sans cesse soumis aux remaniements engendrés par les épisodes d'adaptation identitaire en faux self et devient même paradoxal.

c. L'art du déguisement

D'autres éclairages concernant l'image du corps de Mr O. peuvent à mon sens être apportés par la notion de transformisme. Le masque, le déguisement, recouvre en lui-même plusieurs fonctions. En dissimulant la véritable identité du sujet qui le porte, il ouvre le champ des possibles. Être anonyme, c'est ne présenter aucune identité apparente mais c'est aussi pouvoir hypothétiquement toutes les adopter. Derrière un masque, n'importe qui peut se trouver. Les considérations a priori laissent place à l'imaginaire et au fantasme. L'anonymat instauré par le déguisement fait tomber les barrières érigées entre les différents niveaux sociaux d'appartenance et favorise la liberté d'expression. Une illustration intéressante de ce phénomène est donnée par le carnaval de Venise, au cours duquel historiquement, noblesse et classe populaire se mêlaient alors exceptionnellement. Avis, convictions et critiques étaient probablement les moins déguisés pour l'occasion et s'échangeaient allègrement au travers du masque. Nous voyons ici poindre la fonction de protection du déguisement sur laquelle je reviendrai un peu plus loin.

Au-delà de masquer l'identité, le déguisement a la propriété d'en feindre une nouvelle. Cette dernière est bien souvent reconnue comme artificielle par les observateurs et n'a d'ailleurs pas forcément vocation à tromper les regards. Le choix du déguisement n'est pas pour autant anodin. Le déguisé ne se contente pas de revêtir un costume, il adopte aussi les mimiques, la démarche, les postures et les traits de caractère du personnage auquel il tente de ressembler. Inévitablement, par le choix de l'identité faussement usurpée, l'individu renseigne plus ou moins consciemment sur son propre contenu identitaire.

Dans certains cas, le personnage dont le déguisement est inspiré est choisi avec une importance toute particulière et une pensée magique émerge autour des caractéristiques qui lui sont propres. Le déguisé, plutôt que de mimer seulement le style psychomoteur ou de mettre

en scène la personnalité du personnage choisi, se fait le représentant matérialisé de ce dernier, il devient, dans la croyance, son incarnation désignée. Ce processus peut particulièrement être observé lorsque le personnage a une forme immatérielle ou décorporisée, comme ce peut être le cas avec une divinité ou une personne décédée. Le corps de l'individu, affublé de symboles divins ou de reliques du défunt n'est alors plus que le réceptacle investi par le personnage pour exprimer son identité. C'est le personnage qui est dans la peau de l'individu et plus l'inverse. L'identité propre de l'individu n'importe plus. Chez les indiens d'Amérique, les différentes peintures corporelles rituelles, en dehors de leur fonction de protection du soleil et des autres agressions externes, permettaient de s'approprier les caractéristiques et la force de divinités ou d'éléments de la nature.

Un mécanisme similaire, particulièrement présent dans la culture africaine mais universellement répandu, concerne l'identité par la nomination. Lorsqu'un enfant de la fratrie décède alors que la mère est enceinte, il n'est pas rare qu'elle attribue à son bébé le prénom de l'enfant décédé. Le prénom, déjà porteur en lui-même d'une signification particulière, se charge de la représentation familiale du défunt. Avant même sa naissance, la famille prête au nouveau-né les caractéristiques de l'enfant mort comme s'il s'agissait de la résurrection, dans un corps nouveau, du défunt. L'identité personnelle du nouveau-né ne peut être considérée puisque l'entourage attend qu'il présente les mêmes caractéristiques que l'enfant décédé. Dans ce contexte de réincarnation, le corps devient le seul élément d'individuation du sujet. Les réponses fournies au nouveau-né par son entourage sont à l'avance conditionnées et empreintes de la représentation du défunt.

Un nouveau-né de sexe biologique masculin n'est pas porté comme celui de sexe biologique féminin et ce simplement en raison de la représentation sociale des sexes. Cette adaptation à l'avance ou plutôt le manque de considération de l'individualité propre, va conditionner l'investissement par l'individu de son rôle et de son sexe social. De la même manière, le conditionnement de la famille lié au prénom va impacter les possibilités de subjectivation du nouveau-né. Le prénom de Mr O. comporte une analogie avec celui d'un membre de sa famille. L'identité sexuelle de ce dernier, plus ou moins dissimulée mais révélée tardivement, avait été source de conflits familiaux importants. Il est possible d'imaginer que là aussi les représentations familiales en lien avec l'identité nommée ont interféré dans l'individuation de Mr O..

L'identité est au carrefour de chemins bien divers et synthétise de multiples facteurs. Elle peut être cachée, modifiée, dévoilée. Révéler sa véritable identité n'est néanmoins pas sans risque. Revenons à la notion de déguisement de l'identité, particulièrement opérante chez Mr O.. Il convient ici d'insister sur une des fonctions du déguisement, à mon sens primordiale, qui est celle de protection.

Puisque le déguisement permet de ne pas être reconnu en tant que sujet, il protège des attaques personnelles et limite les blessures narcissiques. L'individualité ne peut être affectée outre mesure puisque l'observateur ne connaît pas l'identité du déguisé. Pour reprendre le célèbre dicton qui affirme que seule la vérité est en capacité de blesser, il paraît évident que ce qui affecte particulièrement le sujet, c'est ce qui fait sens pour lui, ce qu'il tient pour vrai, c'est-à-dire ce qui correspond à sa propre vérité et fait écho à son identité.

Il me semble que cela explique en partie pourquoi certains patients se montrent si réfractaires à un travail de psychothérapie ou craignent de révéler une trop grande partie de leur identité en séance de psychomotricité. Dévoiler une part de soi c'est permettre à l'Autre d'avoir une emprise et un pouvoir sur nous, c'est lui donner les clés de notre intimité et lui permettre d'en faire ce qu'il veut, au risque qu'il saccage notre intérieur. Oter le masque qui dissimule l'identité, c'est révéler ses faiblesses et risquer, à l'instar d'Achille, que l'on s'en serve pour nous nuire. Il s'agit d'un gage de confiance pour lequel le temps est une notion incontournable. Un patient qui trop vite se dévoile questionne tout autant qu'un patient qui n'y parvient que très tard.

Toujours est-il que le choix de dire ou de garder, de montrer ou de cacher, se fait dans un double mouvement. Se cacher, c'est ne pas donner à l'Autre l'opportunité de nous voir mais c'est aussi ne pas se sentir vu. Être déguisé, grâce à un costume ou à un mécanisme de travestissement de l'identité, c'est à la fois ne pas donner accès à notre propre identité et pouvoir agir hors du champ des jugements et des considérations qui touchent directement notre propre identité. Ce sont tout à la fois le comportement de l'Autre et notre propre vécu de la situation qui sont impactés.

Lorsque le sujet est grimé, si des remarques négatives, des critiques ou encore des sévices adviennent, le déguisement permet de les projeter sur un groupe plus large et non sur l'individu en tant que sujet. En dissimulant l'identité, le masque noie en effet la subjectivité

individuelle et place le sujet au service du groupe. Dans certaines tribus d'indiens d'Amérique notamment, les différents ornements et les peintures de guerre, qui pouvaient recouvrir l'intégralité du visage voire du corps, permettaient, en plus d'intimider l'ennemi et de faire référence aux forces de la nature, de spécifier l'appartenance à un clan. Lors des conflits opposant différents clans, si un sujet portant la marque de sa tribu était attaqué, il l'était pour son appartenance communautaire et non pour ses caractéristiques individuelles.

Les frontières entre individualité et représentation de la communauté, entre identité réelle et adoptée, se brouillent. Le déguisement, parce qu'il crée une ambiguïté identitaire, protège le sujet des conséquences de ses agissements. Il est en effet parfois difficile de distinguer ce qui est de l'ordre du personnage joué, du rôle adopté, et ce qui est imputable à la véritable identité du sujet. L'aspect ludique véhiculé par le déguisement permet également d'oser mettre en scène des comportements inhabituels ou d'en amplifier d'autres sous couvert de second degré. C'est l'occasion pour le sujet de rejouer des bribes de son existence, de remettre en mouvement des affects, de s'essayer à d'autres modalités d'être au monde voire d'activer des processus de symbolisation. Un véritable travail psychique peut ainsi s'amorcer par la médiation du déguisement propre ou figuré. Cela n'est d'ailleurs pas sans rappeler certains dispositifs thérapeutiques tels que le jeu dramatique ou le psychodrame. L'apparition des capacités de faire semblant est par ailleurs une étape essentielle dans le développement de l'enfant et nourrit tant sa vie psychique que son vécu corporel.

En ce qui concerne Mr O., un autre aspect en lien avec la notion de transformisme doit être évoqué. Tous les costumes qu'il porte lors de ses spectacles, il les a réalisés lui-même. Tout est réfléchi, pensé, choisi, répété et éventuellement ajusté. Mr O. est par ailleurs autodidacte dans tous les processus créatifs qu'il entreprend. Ce n'est probablement pas un hasard si Mr O. affirme s'éprouver corporellement différemment uniquement dans deux situations : lorsqu'il est sur scène, dans le rôle du personnage qu'il a créé de toutes pièces et lorsqu'il est plus largement impliqué dans une démarche de création artistique. Quand il coud, qu'il se maquille ou qu'il chante, il semble mettre son talent au service de la création d'une identité nouvelle. C'est en réalité plus de l'affirmation de sa propre identité dont il est question. Mr O. donne à voir une autre facette, il se confectionne lui-même une peau plus adaptée, se façonne à son image et modifie jusqu'à l'invariant identitaire qu'est son corps.

Sa part de féminité, qui lui a bien souvent été reprochée et qu'il a longtemps appréhendée comme un handicap, il peut alors la vivre comme une partie intégrée de son identité globale et la mettre en scène. En dehors de ces moments, le cas de figure de Mr O. me rappelle celui des personnes présentant une sensation de membre fantôme : il souffre de ne pouvoir relier une réalité physique à son vécu psychocorporel. Cela ne signifie pas pour autant que Mr O. ne supporte pas son sexe biologique, il entretient volontairement certains aspects de sa virilité et se sent d'ailleurs tout à fait homme. C'est plutôt dans la représentation sociale de ce que « devrait » être un homme qu'il ne se reconnaît pas. Mr O. peut se montrer surprenant et son identité est riche. Ses influences culturelles sont variées et à l'image de son identité sexuelle, les traits de sa personnalité sont rarement cloisonnés ou manichéens. Dans l'optique de traduire, par le corps, la diversité et l'hétérogénéité de son vécu, le transformisme n'apparaît pas comme une étrangeté.

Mr O. témoigne encore avec beaucoup d'émotion du harcèlement scolaire dont il a été victime. Particulièrement au cours de son enfance, il n'a cessé de mettre en scène une identité sociale et sexuelle qui n'était pas la sienne. Par le transformisme, il rejoue à la fois le thème de sa souffrance identitaire et le mécanisme de défense - voire de survie - qu'il a lui-même mis en place, à savoir le travestissement de son identité, auquel il se livre finalement depuis toujours. Peu étonnant donc, qu'au fil des années, il soit devenu un expert du déguisement.

Mr O. a fait du récit de ses somatisations aussi diverses que sans gravité un moyen privilégié pour attirer l'attention et être reconnu dans sa souffrance. Il arrive plus rarement que Mr O. laisse apparaître sa colère, par ailleurs encore très intériorisée, au travers d'un humour teinté de cynisme ou de revendications peu agressives. Cette colère peut également se traduire par des attitudes de refus systématiques et pas toujours justifiées dans certaines sphères de sa vie. Pour G. Devereux, ce négativisme « représente en même temps une identification avec l'ennemi, puisqu'en somme il reproduit le négativisme des parents envers toute manifestation de l'individualité de l'enfant ¹⁴ ».

Par le transformisme, Mr O. trouve un autre moyen de faire évoluer ses affects. Il fait de sa blessure le substrat principal de son art. Sa capacité à transformer et valoriser un élément de souffrance peut laisser imaginer que ses ressources sont nombreuses. En clinique, il me semble que ces ressources, ces capacités, sont justement plus importantes encore à repérer que les creux, les carences et les brèches laissées au cours de l'histoire du patient.

¹⁴ DEVEREUX G. (2009), p. 67.

3. Respirer sans masque, prise en charge psychomotrice de Mr O.

Dans le cadre de notre stage expérimental au CSAPA, nous pouvons être amenées, mon binôme et moi, à recevoir des patients relevant de trois formes de prises en charge. Le centre dispose de plusieurs appartements dans lesquels il développe un service d'Appartements Thérapeutiques, qui accueille des patients en situation de précarité et présentant une ou plusieurs addictions et un service d'Appartements de Coordination Thérapeutique qui ajoute à ses critères d'inclusion une maladie chronique, le plus souvent de type SIDA, cancer, drépanocytose ou hépatite. Pour ces deux types de suivis, des visites à domicile peuvent être proposées. La troisième forme de prise en charge, dont relève Mr O., est le suivi ambulatoire. Les usagers peuvent bénéficier au sein de la structure d'un suivi médical, infirmier, social et psychologique. Depuis notre arrivée dans le centre, puisqu'il s'agit d'une création de stage expérimental et non d'une reprise de stage précédemment instauré, les patients, parfois accueillis depuis plusieurs années, peuvent pour la première fois être pris en charge en psychomotricité. Une démarche d'information, envers les professionnels de santé comme envers les patients, a donc été nécessaire à entreprendre.

Au sein du centre, nous disposons d'une salle relativement étroite avec pour seul matériel celui qui a été apporté par nos soins. La possibilité de créer des groupes dans cet espace a rapidement été évacuée.

En dehors des cas où la présence de deux stagiaires en psychomotricité peut être favorable ou indispensable, nous avons chacune nos propres suivis. Les indications sont discutées lors des réunions institutionnelles puis nous rentrons pour la première fois en contact avec les patients sur site s'ils ont d'autres consultations pendant nos jours de présence ou par téléphone si ce n'est pas le cas.

L'entretien de première rencontre est l'occasion de contextualiser la prise en charge et de préciser ce qu'est la psychomotricité à partir de ce qu'en sait ou en imagine le patient. C'est aussi le moment d'entendre et d'accueillir les attentes et la demande initiale. L'établissement d'un cadre clair débute dès ce premier entretien. Un bilan psychomoteur est ensuite amené sous forme d'un ensemble de propositions, modulable en fonction des capacités et de l'état du patient. Ces propositions visent à mettre en exergue les axes thérapeutiques éventuels, à repérer les défenses, mais aussi et surtout à révéler les capacités du sujet sur lesquelles la prise

en charge pourra s'appuyer. Bien que les propositions ne soient pas amenées comme des évaluations au sens strict, être placé sous le regard d'un Autre qui apprécie différents aspects de son identité peut être source d'angoisse pour le patient. C'est une des raisons pour lesquelles il me semble important de questionner l'usager sur son vécu des propositions et de témoigner, tout au long de la séance, sous forme de conjoncture, de ce qu'il nous donne à voir.

Au cours de la séance suivante, la première partie de l'entretien est consacrée à un retour plus détaillé sur les observations du bilan psychomoteur. Si un suivi en psychomotricité semble effectivement adapté, les axes thérapeutiques sont ensuite présentés, si possible mis en lien avec la demande et discutés avec le patient. Le projet thérapeutique se construit dans une relation de partenariat. Les modalités de prise en charge, telles que le suivi individuel, la fréquence et la durée des séances sont également définies à cette occasion.

a. De l'image au corps

Avec Mr O., une prise en charge en psychomotricité me semblait tout à fait se légitimer. Un des axes thérapeutiques sur lesquels j'ai souhaité travailler en premier lieu concernait l'apaisement psychocorporel, notamment via la régulation tonique, à mon sens en lien avec son manque de sécurité de base. L'enrichissement et la diversification des éprouvés corporels ou encore le remaniement des représentations corporelles étaient également des axes à mon sens primordiaux. Mr O. s'est montré réceptif à la présentation du projet que j'ai pu lui faire, particulièrement pour ce qui avait trait à la gestion de l'anxiété. Nous avons convenu de nous voir à raison d'une fois par semaine pendant quarante-cinq minutes environ. Dès la première séance, j'avais déjà informé Mr O. de mon statut de stagiaire dans l'institution et de la date de fin de stage. Au cours de cette deuxième séance, je lui ai proposé que nous adoptions des cycles de suivi de cinq semaines environ, à la fin desquels nous pourrions faire ensemble un point un peu plus formel sur la prise en charge et ajuster si besoin le projet thérapeutique. Le but de cette proposition était également de placer de façon explicite Mr O. en tant qu'acteur de sa propre prise en charge et de ne pas instaurer une relation de dépendance.

Au cours des premières séances, mon objectif principal a été de créer un espace dans lequel Mr O. puisse se vivre soutenu, contenu et sécurisé. Ma volonté était qu'il puisse trouver des

appuis à la fois externes mais aussi internes, dans son propre corps. J'ai instauré, sur les premières semaines, un rituel de début et de fin de séance, qui avait aussi la fonction de structurer la séance dans le temps et de sécuriser en donnant un certain caractère prévisible face à l'inconnu.

Le rituel de début, présenté comme une mise en corps, se déroulait en deux temps. Le premier, inspiré des travaux de B. Lesage, consistait à venir contacter, chacun pour soi, des profondeurs de son corps différentes via un toucher adapté à chacune d'entre elles. La première modalité de toucher se faisait sous forme de percussions osseuses, venant faire résonner les os et ériger dans le vécu et la représentation, un axe porteur, une armature solide. La deuxième modalité était réalisée par des pressions et venait contacter les muscles, véritables organes effecteurs, le tonus et le volume. Ce toucher permettait entre autres de redessiner la tridimensionnalité du corps. La dernière modalité, le lissage, venait au contact de la peau et confirmait les limites corporelles, réaffirmait encore la place du dedans et du dehors, mettait en évidence le contenu individuel.

Mr O., qui est un homme relativement compliant, méticuleux et appliqué, est sécurisé lorsque les consignes sont particulièrement précises et lorsqu'il peut relier une manifestation corporelle à une explication rationnelle. Cela semble lui éviter d'exposer une part de subjectivité susceptible d'être jugée et de se confronter à un vécu corporel plus individuel qu'universel. Au fil des séances et de l'établissement d'une relation de confiance, j'ai tâché d'emmener Mr O., plus serein, vers une plus grande expression de son individualité, en adoptant notamment des consignes qui laissaient une plus grande part aux possibilités d'interprétation personnelle. Cette proposition - et sans surprise tout particulièrement la modalité de toucher qui venait contacter la peau et qui représentait par là le plus la fonction contenante - a été très investie par Mr O., même en dehors du cadre des séances. Il m'a un jour expliqué qu'il s'était surpris à refaire ce même mouvement de lissage dans sa douche et que c'était bien la première fois qu'il avait pu investir ce temps comme un moment où il prenait lui-même soin de lui. Mr O. n'est en effet pas habitué à se ménager, ni à favoriser des moments de plaisirs corporels. Il discrimine peu les différentes sensations et se stimule d'une certaine façon par les douleurs du quotidien qui prennent finalement beaucoup de place. Investir son corps dans une modalité différente, prêter une attention particulière à son ressenti, est ainsi un fait assez rare pour être souligné.

Le toucher par pressions au contact des masses musculaires, également bien investi, était assimilé par Mr O. à un geste de réconfort. En séance, il n'était pas rare que Mr O. reste un moment les bras croisés devant sa poitrine, se serrant avec conviction, comme s'il se tenait lui-même dans ses bras, dans un véritable auto-portage réparateur.

Le deuxième temps du rituel consistait à synchroniser un mouvement d'enroulement et de déroulement, autrement dit de retour vers soi et d'ouverture sur l'extérieur, avec un cycle respiratoire. La respiration, à l'instar du tonus, me semblait être une porte d'entrée particulièrement intéressante pour accéder aux affects et apaiser l'anxiété. Cette proposition s'appuyait sur la connaissance d'exercices respiratoires déjà appréhendés par Mr O. grâce à sa pratique du chant. Elle venait par ailleurs remettre en mouvement toute la zone abdominale que Mr O. considère parfois comme une zone de stagnation ou comme une région morte. Une respiration basse et abdominale a été facilement apprivoisée par Mr O., le plaçant dans un élément connu bien qu'abordé différemment, ce qui a, il me semble, contribué à réduire l'appréhension qu'il peut manifester lorsqu'il est placé sous le regard de l'Autre, sans artifices protecteurs. Cette partie du rituel a elle aussi évolué au fil des séances vers une proposition plus chantée, plus expressive, plus teintée de subjectivité.

Le corps de séance, dont la nature était plus amenée à varier au fil des semaines, consistait toujours en un travail de conscience corporelle. Progressivement, j'ai entre autres pu amener des propositions de relaxation autour de la respiration, des touchers médiatisés, des passages de balles de textures différentes, des mobilisations activo-passives ou différents types de touchers thérapeutiques non médiatisés. Dans les premiers temps, un des objectifs était pour moi d'amener Mr O. vers un vécu de contenance, favorisé par la présence d'un élément musical et de ma propre voix mais aussi par la possibilité de se remplir de sensations corporelles nouvelles et par le vécu de stabilité interne que la médiation pouvait générer.

Au début de sa prise en charge, Mr O., qui a pourtant un niveau culturel et linguistique élevé, ne parvenait que laborieusement à mettre en mots son vécu corporel. Bien entendu, le but n'était pas non plus que Mr O. parvienne à tout prix à faire un récit lyrique, précis et détaillé de son vécu psychocorporel. Il était plutôt question qu'il puisse simplement en faire quelque chose, qu'il mette son vécu à l'épreuve de la transmodalité et éventuellement qu'il accède à une certaine symbolisation. J'ai pour cela instauré un rituel de fin de séance qui proposait de laisser une trace sur une feuille, pas obligatoirement un dessin donc, de son vécu de la séance.

Là encore, cette proposition me permettait de ne pas enfoncer d'un coup la porte des défenses construite au fil des années mais plutôt de la contourner grâce aux propres ressources créatives du patient.

Le but n'est pas de dresser ici le récit complet des toutes les séances mais plutôt de mettre en exergue certains éléments de la prise en charge. Ce sont des bribes de séances choisies pour leur éclairage ou leur particularité que je m'apprête à relater.

En séance, les éprouvés de Mr O. viennent de plus en plus faire écho à des éléments vécus, bien souvent en lien avec son enfance. Lors d'une séance où une douleur au genou compromet la trame que j'avais imaginée, je propose à Mr O. une relaxation inspirée de la méthode Jacobson. Nous commençons par un travail approfondi sur la respiration puis j'introduis des contractions musculaires au niveau des poings. En fin de proposition, Mr O. me dit que le fait de serrer ses poings puis de les relâcher l'a remis dans un contexte particulier et peu agréable de son enfance. Il m'explique qu'il regrette de s'être trop laissé faire, de ne pas avoir assez affirmé et défendu ses goûts et sa véritable identité face à ses parents. Pour la première fois en séance, Mr O. est capable de verbaliser la colère qu'il éprouve. C'est bien ici l'éprouvé corporel qui a permis un travail d'élaboration psychique.

Assez rapidement dans le suivi, Mr O. m'a un jour dit qu'il s'était senti « réellement pris en charge » au cours de la séance. Le terme de charge fait entre autres référence au poids, au fardeau ou encore au témoignage de culpabilité dans le domaine juridique. Les premières séances en particulier se sont faites sur le mode du portage. Étayé par un sentiment de solidité des appuis à la fois externes et internes, ces séances étaient l'occasion pour Mr O. de déposer le poids physique de son corps comme le poids symbolique de son fardeau psychique.

De séance en séance, il me semble que l'alliance thérapeutique s'est bien établie avec Mr O., qui a accepté d'abaisser beaucoup de mécanismes de défense. Il accède désormais à ses ressentis de façon bien plus fine, une réelle trace mnésique corporelle semble s'inscrire et il se sert de façon autonome de ce qu'il a vécu en séance pour mieux appréhender son quotidien. Après plusieurs mois de suivi, Mr O. me donne l'impression d'avoir pu expérimenter un vécu corporel sécurisé. Ce qui est vécu, expérimenté, est bien différent de ce qui est su. Ce qui est su peut l'être sans qu'il n'y ait d'appropriation du savoir : ce dernier peut être hétéropsychique, superficiel et est par là même exposé à l'oubli. Ce qui est éprouvé, en revanche, est

profondément ancré, façonné par notre propre subjectivité et porte la marque de notre psychisme. Un éprouvé peut être reconvoqué et refaire surface à tout moment de façon plus ou moins consciente. Cela peut en partie expliquer pourquoi un traumatisme corporel tel qu'une agression sexuelle vécu pendant la période d'amnésie infantile laisse des cicatrices ineffaçables, alors même que le sujet n'a aucun souvenir de l'événement d'un point de vue purement cognitif.

Un jour, Mr O. arrive en séance avec un agacement palpable. Il dit éprouver un vrai « ras-le-bol » et déplore le manque de reconnaissance de la part de son employeur. Il regrette aussi que son travail ne lui offre aucune possibilité d'expression ou de création. Il se plaint d'être dans une position où il subit alors qu'il souhaiterait être du côté de l'action pour pouvoir se défendre. Même si la colère reste relativement contenue, elle est bien perceptible. Je propose à Mr O. un travail autour des notions de poids, d'appuis et de repoussé. Nous commençons par chercher, chacun pour soi, des appuis différents dans le sol, nous varions la répartition de notre poids sur un pied ou sur l'autre en adaptant notre posture. Nous pressons un membre dans le sol et cherchons à alléger le poids d'un autre segment corporel. Nous venons prendre appui sur le mur avec une main, un bras, une épaule, une partie du dos, en confiant plus ou moins de poids, en acceptant plus ou moins de faire confiance au support dans sa capacité à nous soutenir. Portés par des images et l'un à côté de l'autre, nous repoussons maintenant ce mur avec différentes parties de notre corps, nous en testons la solidité.

Assis dos à dos, nous alternons ensuite entre l'enroulement en avant pour recevoir le poids de l'autre et le déploiement vers l'arrière pour confier son propre poids. En se soustrayant au regard, c'est la perception des éprouvés internes qui prime alors. Chacun soutenu par le dos de l'autre, nous formons la clé de voûte mobile d'un ensemble bien stable, point de convergence des différentes forces et de maintien de la cohésion. Nous sentons l'air, véritable élan vital, qui emplit les poumons et anime la colonne de l'autre. Emmenés par l'imaginaire que je propose, notre souffle devient murmure et de murmure il se fait chant. Nous créons ensemble une mélodie inédite, fruit de nos deux individualités singulières réunies à cet instant. Le chant redevient souffle à peine audible avant que nous nous séparions. J'en suis désormais persuadée, Mr O. est de plus en plus capable d'exprimer librement sa propre individualité sans que cela soit destructeur.

b. *Un pas vers Soi*

Tout comme la mère qui après avoir porté son enfant dans ses bras continue à le porter dans son psychisme pour lui permettre de réaliser des expériences qui exigent d'être seul, j'ai tâché de donner à Mr O. une liberté de plus en plus grande afin que tout en se sachant soutenu à distance, il puisse exprimer sans risque son identité propre. Cela me permet également de rendre Mr O. plus autonome, plus sûr de ses possibilités d'action sur le monde et de lui faire vivre une séparation progressive et non traumatique avant la fin de la prise en charge. J'ai ainsi introduit des propositions allant de plus en plus du côté de l'expressivité du corps. Si Mr O. a l'habitude de performer, d'être exposé aux regards sur la scène et connaît bien l'univers artistique, se révéler tel qu'il est sans artifices est une toute autre chose. Il ne s'agit plus d'adapter une gestuelle à la représentation que l'on se fait d'un personnage mais d'assumer la vérité de sa propre expressivité qui, puisqu'elle est personnelle, est forcément unique.

Je décide ainsi d'amener Mr O. vers une proposition qui mobilise plus expressément ses capacités d'expressivité. Je lui laisse le soin de choisir la musique parmi une liste de morceaux que j'avais au préalable sélectionnés pour leur caractère rythmé et jovial. Une mélodie cubaine résonne dans la petite salle. Nous démarrons la séance par une mise en corps sous la forme d'un échauffement articulaire qui devient de plus en plus libre et dansé. Après avoir mobilisé chaque segment, tout le corps s'inscrit dans une globalité gestuelle. Les mouvements sont moins condensés, ils commencent à diffuser et à se charger d'une intentionnalité. Je demande à Mr O. de réaliser un geste, n'importe lequel, ce à quoi il répond par un mouvement qui mobilise principalement le haut du corps. Nous le répétons ensemble plusieurs fois jusqu'à ce qu'il s'intègre et s'automatise. En miroir, je lui donne à voir le reflet de son propre mouvement, de sa propre créativité. C'est à mon tour de faire une proposition gestuelle et je me risque à introduire une rotation du bassin avec un déplacement dans mon mouvement. Mr O., un peu décontenancé, m'explique qu'il n'y arrivera probablement pas. Avec un étayage verbal et une décomposition du mouvement, il s'avère que Mr O. est tout à fait en capacité de réaliser le geste et qu'il fait même preuve d'un bon déliement de la ceinture pelvienne. Nous ajoutons maintenant chacun un son à nos gestes respectifs. Ensemble, nous réalisons une chorégraphie à partir de nos propres propositions gestuelles et sonores. Au départ un peu timide, notre danse improvisée devient de plus en plus affirmée et nous nous amusons même à en faire varier le tempo. La vitesse augmente jusqu'à ce que chacun doive faire ses propres adaptations gestuelles pour suivre encore la cadence. Aucun doute, nous

sommes au point culminant de la séance. Sur le visage de Mr O., je vois apparaître une certaine euphorie, sa bouche dessine un sourire béat. Le plaisir éprouvé dans le mouvement est évident. Nous ralentissons progressivement le rythme jusqu'à nous asseoir contre un mur pour initier un temps de retour vers soi. En fin de séance, Mr O. revient avec émotion sur l'appréhension qu'il a éprouvée lorsqu'il a compris qu'il s'agissait d'une séance plus expressive que les précédentes. Il explique qu'il a finalement réalisé une chose dont il ne serait jamais cru capable. J'en profite pour valoriser encore les compétences de Mr O. et lui signifier le chemin qu'il a parcouru sous mes yeux. Les mots qu'il choisit pour résumer son vécu dans la séance sont peu équivoques. Il s'agit des termes « bassin » et « chaloupé ».

À la séance suivante, Mr O. me raconte qu'il a finalement accepté le rendez-vous galant d'un homme rencontré quelques jours plus tôt, ce qui n'était pas arrivé depuis plusieurs années. Au-delà du rendez-vous, il me semble que c'est surtout son corps et son identité qu'il a commencé à accepter. Ses assises narcissiques sont désormais plus solides et si son image du corps est encore dépréciée, elle ne supprime plus toute possibilité de relation. Au cours de cette séance, je demande à Mr O. de réaliser, non pas un dessin du bonhomme, mais plus explicitement de se représenter tel qu'il se perçoit. J'ai bien conscience de la difficulté que représente ma proposition mais il me semble que Mr O. est maintenant prêt pour la supporter. Le dessin me semble particulièrement adapté parce qu'il vient se nicher dans l'espace transitionnel, justement encore en cours d'élaboration chez Mr O.. Au-delà de me donner accès à la représentation de l'image du corps de Mr O., c'est-à-dire de me servir de modalité d'appréciation de ses représentations corporelles, le dessin permet de remodeler en lui-même l'image du corps. C'est une vraie mise au travail des représentations corporelles que je propose donc à Mr O..

Son dessin est bien différent de celui qu'il avait pu faire lors de notre première rencontre. La représentation de Mr O. semble fixer du regard l'observateur. « Je me suis représenté comme si je me regardais dans un miroir » m'explique-t-il. Il s'est dessiné presque nu, en sous-vêtements, bien loin des artifices et de la large robe qui couvrait presque la totalité de son corps lors de notre premier entretien. Mr O. s'étonne lui-même du réalisme de son dessin, sur lequel on le reconnaît en effet parfaitement. Cet autoportrait réaliste n'est pas sans le troubler. Mr O. reste un moment à scruter sa propre représentation, finalement « pas si mal », un peu ému, comme pour s'appriivoiser encore un peu.

J'écris ces lignes alors que le suivi avec Mr O. n'est pas encore terminé. Depuis la première rencontre, il me semble que de réels changements se sont initiés. Au quotidien, même si l'anxiété n'a pas disparu, Mr O. est désormais capable de puiser dans ses propres ressources pour ne pas la laisser le déborder. Lui qui mettait systématiquement à distance ce qui avait trait au corps, il repère maintenant des variations de son état corporel de façon relativement fine. Il tâche même d'aménager un cadre qui respecte mieux les besoins de son corps et de libérer des temps à cet effet : il m'explique prendre un moment pour s'étirer le matin, il commence à cuisiner des aliments qu'il affectionne ou qu'il estime bons pour son corps, il prête encore une attention particulière à son installation... Mr O., qui m'expliquait s'alcooliser dans le but de s'anesthésier et dans l'espoir vain de « déplacer sa solitude », a su trouver une sécurité interne lui permettant de s'ouvrir à l'extérieur et d'affirmer sa propre identité. Un jour, il m'a raconté le bien que lui avait procuré le fait d'acheter, enfin, un vêtement qui « ressemblait à sa personnalité ». Le changement probablement le plus visible concerne à mon sens son acceptation identitaire. Il me semble que la diversification de ses éprouvés corporels et le remaniement de ses représentations corporelles ont permis à Mr O. d'avoir accès à un sentiment de sécurité de base et d'être revalorisé d'un point de vue narcissique. En acceptant et en affirmant de plus en plus les multiples facettes de l'identité qui est la sienne, Mr O. s'est ouvert à la relation. Puisqu'il a eu l'occasion de s'éprouver en sécurité alors même qu'il dévoilait sa réelle identité, Mr O. est désormais capable de tisser du lien sans avoir à se déguiser.

III. AUTRES RÉFLEXIONS SUR LA NOTION D'IDENTITÉ

Au cours du développement, si le nouveau-né éprouve, dans son corps, un sentiment de sécurité interne de base, notamment via les qualités de contenance, de cohérence et de continuité dans les soins, il pourra se vivre comme délimité et unifié et avoir accès au sentiment continu d'exister. Dans ces conditions, la possibilité de retrouver un peu du Soi dans l'Autre, de s'identifier, permettra de poser les premiers jalons des processus d'individuation et de subjectivation.

Le même, le pareil, procure des figures d'identification facilement accessibles et toutes prêtes à être introjectées. Le semblable fédère, contient et rassure puisqu'il inscrit un peu plus le sujet dans l'espèce humaine. Si une identité ou une facette identitaire est partagée et fait l'objet d'une inscription dans une communauté, elle devient moins vulnérable. Plus une caractéristique est partagée dans l'environnement du sujet et plus elle s'avère facile à affirmer et difficile à attaquer. Le groupe joue le rôle d'un support de protection pour l'identité.

Le différent, l'inconnu, en revanche, effraie. L'altérité nous renvoie à notre propre différence et à notre peur de l'exclusion. Elle vient déconstruire des repères sur lesquels toute une organisation sécurisante s'est construite. Si aucune possibilité d'identification à l'Autre n'est possible, le sentiment continu d'exister et la sécurité de base seront impactés, engendrant un vécu particulièrement destructurant. Lorsqu'un sujet qui diffère tente d'intégrer un certain groupe d'appartenance, il remet en question les critères d'inclusion mêmes de la communauté et menace alors notre propre inclusion dans le groupe. La peur de l'étranger, décrite par R. Spitz chez le nourrisson, est toujours opérante chez l'adulte. Un exemple peut en être donné avec l'immigration et la peur qu'elle semble générer chez les habitants du pays d'accueil. L'arrivée d'un Autre, différent, vient remodeler l'identité culturelle du pays et change ainsi les critères d'inclusion au groupe national. Si les critères changent, ils redéfinissent l'identité du groupe mais aussi par voie de conséquence l'identité en lien des membres de la communauté et risquent d'exclure un sujet qui était au préalable inclus. De même, si les critères sont moins sélectifs, moins discriminants et permettent d'inclure un trop grand nombre d'individus, le sentiment d'appartenance se dissout dans la multitude. Si n'importe quel sujet peut prétendre à intégrer le groupe, ce dernier ne présente plus d'intérêt sur le plan de l'affirmation de l'identité.

Dès qu'un groupe devient trop grand et que ses critères d'inclusion ne sont plus assez circonscrits, il se scinde généralement en sous-groupes, se distinguant eux-mêmes par le biais de spécificités qui revêtent alors une importance capitale, ce qui permet de raviver le sentiment d'appartenance communautaire. Les identités respectives des sous-groupes deviennent alors souvent plus éloignées entre elles, tant le besoin de démarcation identitaire est intense, qu'avec un groupe au départ non affilié. Au sein de minorités, le sentiment d'appartenance est bien souvent exacerbé. Les spécificités identitaires, justement parce qu'elles sont par définition relativement rares dans la population, nécessitent, pour être affirmées et défendues, une protection importante par le groupe de semblables.

Dans la société, l'identité individuelle, particulièrement si elle dénote dans le contexte environnemental du sujet, n'a de cesse d'être menacée. Au lieu de mettre à profit les différences individuelles, la société préfère bien souvent l'homogénéité, le normé, bien plus prévisible et gérable que le dissident. Éliminer les marges, resserrer l'étau de l'appartenance est généralement le signe d'une société en souffrance qui choisit d'éliminer pour mieux fédérer. C'est d'ailleurs le fonctionnement typique du régime totalitaire. Évincer les éléments considérés comme les plus marginaux, c'est spécifier un peu plus les critères d'inclusion communautaire, c'est renforcer le sentiment d'appartenance et la gratitude envers le groupe ; c'est encore, pour le sujet inclus, toujours plus de raisons de se sentir choisi et aimé. L'histoire nous fournit malheureusement de nombreuses illustrations de ce phénomène. Sous le régime nazi par exemple, la campagne d'extermination Aktion T4, qui visait spécifiquement les individus atteints de handicap physique ou mental, avait fait l'objet d'une large propagande et avait été justifiée par l'utilité commune, en l'occurrence financière.

L'identité constitue à mon sens un élément vital du psychisme. Dans une situation de vide identitaire, l'urgence est au remplissage. Puisqu'il est question de vie ou de mort psychique, le comblement du néant doit se faire par tous les moyens. Quand bien même l'identité est établie, elle ne doit cesser d'être préservée. Pour se protéger le sujet peut être amené à développer plusieurs stratagèmes, allant jusqu'à cacher plus ou moins consciemment une facette de sa personnalité.

Le cas de Mr M. nous fournit un premier modèle de mécanisme identitaire : lorsque l'identité fait défaut, l'introjection en bloc de caractéristiques identitaires d'origine hétéropsychique -

c'est-à-dire empruntées au psychisme d'un Autre et non issues d'une création psychique personnelle - est un moyen privilégié pour pallier au néant. L'appartenance communautaire qui découle de l'introjection de ces caractéristiques vient restaurer ou mimer le sentiment fondamentalement corporel de sécurité interne de base qui fait défaut. L'inclusion sécurise puisqu'elle renforce le sentiment continu d'exister, bien souvent défaillant dans les psychoses notamment. Comme nous venons de le voir, plus les critères d'inclusion à un groupe sont discriminants, plus la communauté se positionne en marge de la société, et plus le lien tissé entre les sujets du collectif est solide. Le groupe devient l'assurance de trouver en l'Autre un aspect rare de sa propre identité. Si le groupe peut venir valider un vécu identitaire, le cas de Mr M. nous enseigne que le mécanisme inverse existe aussi : dans le seul but d'intégrer un groupe et ainsi de réparer l'insécurité mortifère, le sujet peut être amené à adopter exactement les caractéristiques identitaires sur lesquelles est fondée la communauté. C'est alors la nature même du groupe qui procure au sujet une facette de son identité. Pour certains, l'identité partielle qui provient du groupe se rapproche de l'identité globale. L'identité se construit sur un investissement unique, massif et satisfaisant les attentes du groupe devient le seul mode de réalisation personnelle, la seule façon d'échapper à l'insécurité. À la manière du gourou qui cristallise tous les espoirs de salvation et toutes les manifestations aveugles de reconnaissance, la communauté d'appartenance devient la figure de délivrance du manque abyssal de sécurité.

Nous comprenons alors le lien fort qui unit l'appartenance communautaire et les capacités d'empathie. Plus nous nous ressemblons, plus nous partageons de facettes identitaires, et moins il est psychiquement coûteux de se mettre à la place de l'Autre. Plus les domaines d'investissement sont restreints et moins il est probable de trouver un lieu commun sur lequel rejoindre l'Autre. D'un point de vue purement psychomoteur, plus les expériences psychocorporelles ont été variées et plus il est facile de s'imaginer à la place et dans la peau de l'Autre.

Le rapport entre le manque de sécurité de base et l'appartenance à un groupe extrémiste, de quelque nature qu'il soit et dans lequel l'empathie envers les sujets extérieurs au groupe est bien souvent absente, nous apparaît désormais évident.

Notamment parce qu'ils peuvent accompagner le sujet dans la diversification de ses éprouvés corporels et qu'ils peuvent l'aider à retrouver un vécu fondamental de sécurité interne, il me

semble que les psychomotriciens sont tout à fait légitimes dans l'accompagnement d'un travail de déradicalisation.

L'accès au savoir, à la culture et à la connaissance mise à l'épreuve du corps, permet justement de multiplier les registres dont l'identité peut se nourrir. Une socialisation variée est forcément sous-tendue par une diversité et une richesse identitaire. Autrement dit, plus nous avons de modalités différentes d'existence, plus nos registres identitaires sont variés, et plus il nous est facile de nous adapter à notre environnement.

L'effectivité de l'individuation et la diversité des investissements ne suffisent cependant pas à protéger le sujet de toute difficulté sur le plan de l'identité. Le cas de Mr O. nous enseigne un deuxième modèle de mécanisme identitaire. Lorsque l'identité ne fait pas défaut mais qu'elle éprouve des difficultés à se confronter au regard des cercles d'appartenance plus ou moins directs - qu'il s'agisse de la famille ou de la société en général - le sujet tend à la déguiser pour la préserver. L'individu cherche ensuite un groupe, justement fédéré autour de l'identité partielle qu'il tentait jusque là de grimer, dans lequel il pourra être accepté et valorisé. Dans les situations où le sujet risque l'exclusion par le groupe à cause d'une facette identitaire considérée intolérable, ce sont donc bien deux moyens de protection identitaire que nous pouvons distinguer. Le premier consiste à travestir l'identité pour qu'elle puisse répondre aux normes de la communauté. L'individu est alors contraint de vivre indéfiniment en faux self, sans quoi il serait rejeté. Le deuxième moyen implique un changement de référentiel : le sujet ne cherche plus à modifier ce qu'il est mais tente plutôt de trouver un groupe dans lequel son identité sera acceptée. Alors que certains individus présentent une souffrance égale quel que soit le contexte, en lien avec une pathologie par exemple, d'autres ne souffrent que de l'inadaptation à un environnement défini et un changement de groupe d'inclusion peut se révéler absolument salutaire. La communauté, en jouant le rôle de protectrice du caractère identitaire stigmatisé ou minoritaire, peut permettre au sujet d'affirmer et de réaliser pleinement sa diversité.

Dans le cas de Mr O., c'est bien la confrontation entre l'identité personnelle, tout à fait individualisée et profondément ancrée d'une part et l'identité rattachée à un milieu social d'autre part qui pose problème. Dans d'autres situations, la multiplicité des influences identitaires a tendance à perdre le sujet dans sa propre recherche d'individuation. Écartelé entre plusieurs mondes, parfois contradictoires, de valeurs ou de représentations, l'individu

peine à trier, sélectionner et mélanger : il est en difficulté pour opérer sa propre synthèse identitaire. Une illustration de ce phénomène peut être fournie par le vécu des premiers descendants d'immigrés. Il est fréquent que ces derniers ne se retrouvent complètement ni dans l'éducation traditionnelle véhiculée par leurs parents, ni dans la culture de leur pays de naissance. Lorsque les influences identitaires et les modes de vie apparaissent trop radicalement opposés et que le sujet n'arrive pas à trouver son propre compromis, il n'est pas rare d'assister à l'adoption radicale d'un seul des modes identitaires.

Au cœur de tous ces mécanismes, des plus primaires aux plus élaborés, le corps a une place absolument fondamentale. Il est le support fidèle de tous les mouvements identitaires. Pour qu'une individualité puisse apparaître, il faut avant tout que le sujet se sente délimité, unifié, contenu et capable de contenir. Ce n'est que par le corps que la construction du Soi peut s'initier et prospérer. Pour prétendre à une identité, encore faut-il ne pas trop douter de sa propre existence. C'est indéniablement par le corps que le sentiment continu d'exister émerge. Tous les mécanismes psychiques, dont ceux qui contribuent particulièrement au développement de l'identité individuelle, s'étaient sur des fonctions corporelles. Le corps est aussi une façade, un indice incroyable sur l'intériorité : le corps et la corporéité de l'Autre nous renseignent énormément sur son identité. Mais le rôle du corps est évidemment bien plus large. Notre propre corps remodèle lui-même en permanence notre propre identité. Le meilleur exemple de cette dynamique est donné par l'image du corps, qui s'ajuste continuellement dans des allers et retours entre la psyché et sa forme matérialisée : le corps.

Dès la naissance, le corps est le représentant de bon nombre des caractéristiques du noyau identitaire, comme l'origine ethnique ou encore le sexe biologique. Bien que changeant, il est le repère fixe de l'identité. Il accompagne le sujet avant même son premier souffle et ne cessera de fonctionner qu'au moment de sa mort. Notamment dans les psychoses, ce corps est parfois le seul ancrage physique qui inscrit le sujet dans la réalité et le fait appartenir au monde. Le corps est présent quels que soient les mécanismes de défense auquel le sujet recourt et peut pour cette raison même être vécu à la fois comme support fidèle et traître. Fidèle, puisqu'il est à la base de toute pensée, puisqu'il ne manque jamais à l'appel, qu'importe l'âge ou l'état psychique de l'individu. Traître pour de nombreuses raisons. Tout d'abord parce que ce corps, s'il est constant dans sa présence, est changeant dans sa manifestation, son apparence. Ce que je formule ici correspond en tout point à ce que S. Freud

définit par le concept « d'inquiétante étrangeté ¹⁵ » : lorsque ce qui est de l'ordre de la structure même et de l'intime devient soudainement inconnu aux yeux du sujet, l'angoisse peut être absolue. Quoi de mieux connu, de mieux senti par le sujet, que son propre corps ? Peu surprenant donc, sous cet éclairage, que les changements corporels qui surviennent lors de l'adolescence, de la ménopause et de la sénescence, que les modifications d'apparence et de fonction engendrées par la maladie, soient à l'origine d'un impact absolument considérable sur l'identité.

À l'extrême de la maladie, en période de soins palliatifs par exemple et tout particulièrement quand il s'agit d'une affection somatique, le corps qui défaille est le premier motif de diminution des capacités relationnelles. C'est justement lorsque la relation devient plus fragile et le lien plus incertain que nous assistons à une régression, dans le sens d'un retour à des besoins plus primaires. Comme dans le trauma de façon plus générale, l'importance du sensoriel est exacerbée. Le dialogue tonico-émotionnel figure de nouveau au tout premier plan de la relation. Face à cette mise en danger du lien, qui préfigure la mort somatique mais aussi identitaire, nous voyons le sujet se raccrocher à des groupes précédemment investis ou en intégrer de nouveaux. L'individu se rapproche par exemple de sa famille ou développe une nouvelle forme de spiritualité au sein d'une communauté. Derrière ces mouvements, ce sont le sentiment de sécurité de base et le maintien de la relation, à la fois au monde et à l'Autre, qui sont coûte que coûte recherchés.

Dans les mécanismes de protection de l'identité par le déguisement, le corps, à force d'être toujours présent, se fait aussi bien la devanture d'une identité en vrai self qu'en faux self. Il peut finir par être haï de trop jouer ce « double-je », puisqu'il ne peut à la fois être le digne représentant d'une identité authentique et d'une identité travestie, bien souvent détestée pour le caractère de souffrance qu'elle traduit.

Le corps peut également être perçu comme traître à cause du décalage qu'il introduit avec l'identité espérée ou vécue. Il arrive en effet que la part d'identité corporelle visible à l'œil nu ne corresponde absolument pas à l'image que le sujet souhaite renvoyer de son identité ou ne traduise pas sa manière d'être au monde. Au-delà de complexes physiques qui relèvent parfois de l'obsession, il existe des situations plus problématiques encore et particulièrement

¹⁵ FREUD S. (1985).

vectrices de souffrance. Ces dernières adviennent lorsque la réalité physique, anatomique, n'est absolument pas corrélée avec l'identité vécue du sujet. Les personnes qui souffrent de ce cas de figure ont parfois l'impression d'une erreur d'assignation du corps biologique. C'est notamment le cas des personnes transgenres pour qui le sexe vécu, l'identité de genre, n'est pas en adéquation avec leur sexe de naissance.

Enfin, l'apparence physique peut aussi venir trahir une part de l'intime. J'ai un jour reçu un patient en séance qui m'a confié ne pas supporter l'apparence de sa peau. Ce qui le gênait profondément, ce n'était pas tant l'aspect de sa peau en lui-même, mais plutôt le fait que chacun puisse voir sur son visage les stigmates laissés par les multiples affections dermatologiques subies, selon lui révélatrices de son angoisse majeure. Ce qui le dérangeait, c'était que l'Autre puisse d'un regard percevoir ses blessures et sa souffrance, par la seule lecture de son corps.

Un autre patient, qui devait aller à l'hôpital pour une imagerie par résonance magnétique, m'a raconté l'anxiété que lui procurait cet examen. Le fait de savoir que certaines personnes allaient voir à l'intérieur de son corps le paniquait : il éprouvait une impression d'intrusion absolue de son intimité et de son identité. Le corps traduit en effet, que nous le voulions ou non, une part importante de notre identité.

À l'inverse, le corps peut aussi servir de support d'expression voire de revendication de l'identité ou de la souffrance identitaire. Tatouages, scarifications, exhibition de blessures ou encore mise en scène d'un état corporel induit par une prise de substances psychoactives en sont des exemples. La marque inscrite dans le corps donne parfois lieu à une identité sociale à part entière.

Le dernier argument de preuve que je souhaite amener pour clôturer cette synthèse non exhaustive des nombreuses contributions du corps dans l'élaboration de l'identité est le suivant : c'est à partir du vécu sensoriel et des expériences corporelles subjectives que le sujet développe puis façonne tout au long de son existence sa vie psychique et son identité.

Conclusion

Dans le cadre d'une même pathologie, les modèles de problématiques identitaires peuvent être très variés. Deux patients psychotiques, disons schizophrènes pour spécifier encore un peu plus les choses, ont par exemple de fortes chances de présenter des tableaux identitaires résolument différents.

À l'instar de l'image du corps, l'identité personnelle est une construction subjective et individuelle. Il me semble que l'identité du patient en tant que sujet est une donnée tout à fait fondamentale dans sa prise en charge. Elle nous renseigne sur l'individu dans sa diversité et sa globalité et peut tout à fait être appréhendée au travers de la lecture des mécanismes psychocorporels à l'œuvre, dont le psychomotricien se fait le spécialiste. Les modèles identitaire et psychocorporel du sujet sont à mon sens, si ce n'est exactement la même chose, les deux facettes d'un même tout et s'alimentent mutuellement. Il me semble par ailleurs que la compréhension des problématiques identitaires du patient permet une meilleure adaptation et par là un plus grand respect de son individualité mais aussi de ses défenses. Autrement dit, cette compréhension identitaire me paraît favoriser l'alliance thérapeutique, qui constitue déjà une forme de soin en soi.

Puisque l'identité est un thème omniprésent - de façon particulièrement explicite dans le domaine de la psychiatrie - et qu'elle constitue une notion me semble-t-il éminemment psychomotrice, il me paraît que l'identité pourrait faire l'objet d'un angle d'approche spécifique voire d'une grille de compréhension du sujet. Cette démarche permettrait d'envisager l'individu dans une vision non clivante et de le considérer dans toute son histoire, sa culture et sa globalité, ce qui constitue pour moi un des grands principes de la psychomotricité. Il est en effet important de nous souvenir que la décomposition des facettes du sujet par le soignant est tout à fait perceptible par le patient, ne serait-ce qu'au travers de sa gestuelle.

Si tous les mécanismes identitaires reposent comme nous l'avons vu sur des fondations corporelles, c'est-à-dire sur le corps propre du sujet, ils ne peuvent avoir lieu sans la présence de l'Autre. Cela est particulièrement mis en exergue au début et en fin de vie, quand l'identité est encore fragile ou devient menacée. Les besoins primaires de l'individu reviennent alors

sur le devant de la scène et soulignent la nécessité de l'Autre. C'est plus particulièrement le corps de l'Autre qui est rendu indispensable, notamment via le dialogue tonico-émotionnel.

Cela m'amène à dire que dans tout processus thérapeutique, ce qui importe le plus, c'est la relation à l'Autre. Dans le cadre de la problématique identitaire, la meilleure des médiations est encore à mon sens le propre corps du soignant, ce qui fait du psychomotricien un thérapeute de choix.

BIBLIOGRAPHIE

ANZIEU D. (2006) *Le Moi-peau*. 3^{ème} éd. Paris : Dunod.

ANZIEU D. (2013) *Les enveloppes psychiques*. 2^{ème} éd. Paris : Dunod.

AUDIBERT C. (2016) *L'incapacité d'être seul*. Essai sur l'amour, la solitude et les addictions. Paris : Payot & Rivages.

BERTHOZ A. (2004) *L'empathie*. Paris : Jacob.

BOWLBY J. (1996) *Attachement et perte. Tome 1 : L'attachement*. 3^{ème} éd. Paris : Presses Universitaires de France.

CANGUILHEM G. (2013) *Le normal et le pathologique*. 12^{ème} éd. Paris : Presses Universitaires de France.

DEFIOLLES-PELTIER V. (2010) *Les vérités du corps dans les psychoses aiguës*. Paris : Grego.

DEVEREUX G. (1977) *Essais d'ethnopsychiatrie générale*. 3^{ème} éd. Paris : Gallimard.

DEVEREUX G. (2009) *La renonciation à l'identité. Défense contre l'anéantissement*. Paris : Payot et Rivages.

ELIADE M. (1965) *Le sacré et le profane*. Paris : Gallimard.

ÉLUARD P. (1964) *Capitale de la douleur suivi de L'amour la poésie*. Paris : Gallimard.

FOUCAULT M. (1984) *Histoire de la sexualité. Tome 3 : Le souci de soi*. Paris : Gallimard.

FREUD S. (1985) *L'inquiétante étrangeté et autres essais*. Paris : Points.

FREUD S. (2010) *Totem et tabou*. Paris : Gallimard

GREEN A. (2007) *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*. 3^{ème} éd. Paris : Les Éditions de Minuit.

JUNG C. G. et KERÉNYI K. (2016) *Introduction à l'essence de la mythologie*. 6^{ème} éd. Paris : Payot & Rivages.

LABAN R. (2013) *La danse moderne éducative*. Villers-Cotterêts : Ressouvenances.

LESAGE B. (2012) *Jalons pour une pratique psychocorporelle. Structure, Etayage, Mouvement et Relation*. Paris : Érès.

LÉVI-STRAUSS C. (1990) *La pensée sauvage*. Paris : Pocket.

PINDARE (1922) *Pythiques*. Paris : Les Belles Lettres.

ROUSSEAU J-J. (1989) *Discours sur l'origine et les fondements de l'inégalité parmi les hommes*. 2^{ème} éd. Paris : Gallimard.

ROUSSILLON R. (2007) Le besoin de sécurité. *Renroussillon.com* [en ligne] août 2007. Disponible sur : <<https://renroussillon.files.wordpress.com/2014/08/le-besoin-de-sc3a9curitc3a9-07.pdf>> [consulté le : 20 février 2018].

SPITZ R. (2002) *De la naissance à la parole. La première année de la vie*. 10^{ème} éd. Paris : Presses Universitaires de France.

WINNICOTT D. W. (2015) *La capacité d'être seul*. 6^{ème} éd. Paris : Payot & Rivages.

WINNICOTT D. W. (1975) *Jeu et réalité. L'espace potentiel*. Paris : Gallimard.

Résumé :

Les troubles de l'identité font partie intégrante des troubles psychiques. Dans les processus d'individuation et de construction identitaire, le corps a une importance fondamentale. Au travers des prises en charge en psychomotricité de deux patients relevant de la psychiatrie adulte, il s'agit de mettre en lumière les notions psychocorporelles - telles que la sécurité de base ou le sentiment d'appartenance - mises en jeu dans le développement de l'identité. Lorsque cette dernière est menacée, divers mécanismes de défense comme l'incorporation ou le déguisement peuvent alors voir le jour. Le psychomotricien, par sa lecture psychocorporelle et son investissement corporel, semble être un thérapeute de choix dans le suivi de patients présentant des troubles de l'identité.

Mots-clés :

Identité, sécurité, appartenance, culture, psychiatrie adulte, psychomotricité.

Abstract :

Identity disorders are an integral part of psychic disorders. During the process of individualisation and identity construction, the body has a fundamental importance. Through the psychomotor assessment of two patients in adult psychiatry, the aim is to shed light on psychocorporeal notions - such as basic safety or the sense of belonging - put into play in the development of identity. When the latter is threatened, various defense mechanisms such as incorporation or disguise can then be created. The psychomotor, by their psychocorporeal reading and their physical investment, seems to be the therapist of choice for the follow-up of patients presenting identity disorders.

Keywords :

Identity, security, belonging, culture, adult psychiatry, psychomotricity.