



Master 2 Psychanalyse et interdisciplinarité
Psychologie clinique, psychopathologie, psychanalyse

**Mouvement et toucher.
Après la torture et l'exil, le corps dans le travail
d'intégration psychique du traumatisme.**

Présenté par
Priscille Blaudin de Thé

Sous la direction de **Madame Françoise Neau**

Année universitaire 2020 - 2021

« Comprendre, si peu que ce soit, suffit pour trouver l'aide
qui nous permet d'accompagner les besoins d'un patient. »

Winnicott, 1989, p.209

Les cycles féminins qui correspondent aux tâches de Vassilissa
sont les suivants : régulièrement, nettoyer sa façon de penser,
remettre à neuf ses valeurs, débarrasser sa psyché des trivialités,
balayer son soi, désencombrer sa façon de penser et de sentir.
Allumer sous sa vie créatrice un feu qui ne s'éteigne pas, cuisiner
systématiquement des idées signifie avant tout que l'on prépare
de manière originale de la vie, de la vie inédite, afin de nourrir la
relation entre soi et la nature sauvage.

Femmes qui courent avec les loups, Clarissa Pinkola Estés, p. 145

Sommaire

Remerciements	5
Préambule	6
Introduction	7
PARTIE I - DE LA CLINIQUE À LA RECHERCHE	9
I – A. Parcours d’Exil.....	9
I – A. 1. L’équipe	9
I – A. 2. Les patients	9
I – B. Précisions sur « le psychotraumatisme ».....	11
I – B. 1. Les temps du traumatisme.....	11
I – B. 2. Le moment traumatique	12
I – B. 3. Avec Winnicott et Ferenczi.....	12
I – B. 4. Faire face au traumatisme	13
I – B. 5. Clivage et dissociation. Tout petit tour par les neurosciences, et symptômes du traumatisme	14
I – C. La torture irreprésentable. Un trauma qui n’en est pas un	15
I – C. 1. Humanité inhumaine. L’Irreprésentable, l’impensable.....	15
I – C. 2. Définition juridique	16
I – D. Les exercices corporels	17
I – D. 1. Description	17
I – D. 2. Vécu des patients	18
I – E. Le travail d’intégration psychique (de traumatismes sévères)	18
I – F. Notre question, reprise.....	20
I – F. 1. Corps et psyché.....	20
I – F. 2. Hypothèses.....	21
I – G. Méthodologie	23
I – G. 1. Choix méthodologiques	23
I – G. 2. Remarques sur la méthode	24
Ce que je voudrais que soit aussi ce mémoire.....	24
PARTIE II - EXERCICES CORPORELS ET SOIN DU TRAUMATISME	26
II– A. Vignettes cliniques.....	26
II - A. 1. Monsieur J.	27
II- A. 2. Monsieur I.	27
II - A. 3. Monsieur K.....	28

II – B. Remarques générales : surprise, plaisir, dignité.....	29
II - C. Le toucher, puis la peau. Étonnements.	31
II – C. 1. Le toucher insaisissable	31
II – C. 2. La peau, dont le toucher est le sens.....	32
II – C. 3. Toucher et tact.....	33
II – D. Que se passe-t-il ? Ce que le toucher permet.....	33
II – D. 1. Du tracé au geste : apprivoisement du et par le geste	33
II – D. 2. Du geste au sens : du toucher vide au toucher plein.....	34
II – E. Que passe-t-il ? Lieu et éloquence du corps.....	35
II – E. 1. À fleur de peau. De l’effleurement de la peau à l’affleurement du traumatisme. passage du trop	35
II – E. 2. Passage aussi de la sécurité. Régression et reconstitution des enveloppes	36
II – F. Limites de l’exercice	42
II – F. 1. Quand le corps dit un non qu’ils ne peuvent prononcer.....	42
II – F. 2. Une résistance ?	43
II – G. Les exercices ne sont pas une fin en soi. Vers un ailleurs	46
PARTIE III - AUTOUR ET AVANT : ÉMERGENCE DES EXERCICES, ET PRIMAT DE LA RELATION	48
III - A. Émergence « latente » : plongée dans l’intuition clinique.....	50
III – A. 1. Tenir ensemble écoute du patient et écoute de soi	50
III – A. 2. Théories implicites	54
III – A. 3. Confiance des collègues	57
III – B. Émergence manifeste : Monsieur I. encore, mais autrement.....	58
III – B. 1. Trois étapes : schéma, compréhension, mouvement	58
III – B. 2. Solitude de la détresse, détresse de la solitude. Une fin possible ?	60
III – B. 3. De lui à moi : réciprocité du besoin de comprendre et d’être compris.....	62
III – B. 4. Partage du traumatisme et traumatisme vicariant.....	63
III – C. Espace vital.....	65
III - C. 1. L’écart nécessaire	65
III – C. 2. Déplacement, transformation ?	65
III – D. Autour du corps, la relation comme fond.....	66
Conclusion.....	69
Reprise.....	69
Remarques	71
Mouvement de la recherche, recherche en mouvement	72
Bibliographie.....	75

REMERCIEMENTS

Au terme de ce mémoire et de cette année, le premier merci qui me vient va vers Parcours d'Exil, chacun de mes collègues, chacun des patients. Parce qu'y travailler est une aventure, parce que l'ambiance est si bonne, joyeuse et professionnelle, soutenante et dynamique. Parce qu'avec les patients je découvre l'importance du corps et de la rêverie, parce qu'avec eux une écologie de la relation s'impose ; et que ce sont des enseignements de vie très précieux.

Merci aux compagnons d'infortune et de fortune, collègues d'un master qui fera désormais date. A Yun la scientifique apprentie psychanalyste si encourageante et si drôle ; à Thibaud le passionné passionnant, fabuleuse rencontre ; à Dominique pour ses mots qui m'auront été plus bénéfiques qu'elle ne pouvait l'imaginer ; et à chacun. La distance imposée par la crise sanitaire aura été une vraie souffrance, en plus d'être une difficulté. Nous avons créé des liens malgré tout. Pour les rires et les discussions passionnantes, pour les coups de gueule et les encouragements, pour les plaintes et les espoirs partagés, merci.

Merci aux enseignants de cette année. Ils m'ont beaucoup marquée. Quel plaisir d'avoir le droit de penser, questionner, déplier, se déplacer, d'y accorder du temps et de l'importance, et de le faire ensemble. Mention spéciale aux enseignants des séminaires thématiques *Famille, groupes, et institutions* et *Vie psychique à l'épreuve des atteintes du corps*, merci à eux pour l'espace qu'ils nous ont offert, pour l'attention et la finesse de leurs remarques, leur disponibilité aussi.

Merci à Madame Françoise Neau, qui a accepté de diriger ce mémoire, alors que je débarquais dans le monde de l'université parisienne, plusieurs années après avoir quitté celle de Lyon. Merci pour sa constance au milieu de mes paniques, pour sa tolérance à recevoir toujours tout en dernière minute, et surtout pour m'avoir encouragée à être moi, du début à la fin de ce mémoire, pour le meilleur et pour le pire.

Merci également à Madame Cristina Lindenmeyer, membre du jury pour la soutenance de ce travail. Pour le délai accordé, et parce qu'elle lira les pages qui suivent. La bibliographie ne reflétera pas ma surprise et mon intérêt en découvrant ses écrits sur plusieurs sujets qui me parlent également. Mais ce mémoire est un commencement plus qu'une fin.

Merci à Christine, témoin du chemin parcouru depuis plusieurs années. A Sophie qui me fait découvrir et vivre le plaisir et la liberté inouïs de la danse, et m'a conseillé le livre de Clarissa Pinkola Estés sur la femme sauvage, intuitive, confiante, audacieuse, qui sait renoncer et se lancer ; une révolution, une révélation.

A ceux qui voient quand on ne voit pas, ceux qui croient quand on ne croit pas. Et qui encouragent, donnant du courage pour poser un pas de plus, persévérer dans l'opacité. A ceux qui ont fait les frais de mes déboires et de mes paniques, et qui sont restés quand même ; et pour les surprises et attentions des derniers jours, merci. A tous les Nebenmensch enfin. Car il y a eu de la détresse. A ceux qui l'ont entendue, plus ou moins distinctement, et qui m'ont porté secours, à leur manière, merci. Je ne peux les nommer là ; quand c'est le fond de soi qui a été atteint, par la blessure ou par la consolation, cela ne s'écrit pas. Mais je sais. Et ils sauront.

PRÉAMBULE

A un moment, rendre les armes. C'est une histoire qu'il me faut écrire, l'histoire de cette année travaillée par la clinique et le master, l'histoire de la rencontre avec les patients que j'accompagne à Parcours d'Exil si profondément et totalement atteints par la torture, qui finalement, m'accompagnent aussi. Je ne peux pas écrire autre chose. Je rêvais, non de rêverie mais dans un rêve de fuite, d'écrire un mémoire de recherche digne de ce nom, de m'être suffisamment appropriée la théorie sur tel ou tel sujet pour être capable d'en écrire, proposer, synthétiser quelque chose, avec une rigueur qui lui confère un tant soit peu de scientificité. C'est autre chose qui, avec persistance, m'habite, qui tourne et retourne dans ma tête et dans les lignes qui n'en finissent pas de ne pas aboutir. C'est peut-être bien cet autre chose qu'il me faudra écrire et donner, partager.

Les premières pages du livre – je dirais bientôt chef d'œuvre – de Christine Loisel-Buet *La danse à l'écoute d'une langue naufragée* font jaillir l'évidence. « En fait », ces patients me touchent, beaucoup. Ils m'émeuvent, m'édifient. C'est cela que je veux dire. Je dois refermer son livre, car je dois trouver et poser mes propres mots. Avec mon rythme. En faire ma danse. Je voulais parler de peau, de travail psychique, tranquillement, « théoriquement », et j'étais saisie d'étonnement en observant les patients faire les exercices dont nous parlerons dans ce mémoire. Je voulais parler de toucher et d'espace, et je voyais la main des patients franchir l'espace pour se poser sur leurs bras dans les gestes d'auto-massages, se plaquer. Je voulais parler des patients. C'est moi qui suis touchée, saisie, et ne décolle pas.

Je voudrais minimiser, cacher peut-être, ce qui est à la fois une sensibilité vive et un contre-transfert massif. Rendre les armes.

Je voudrais ne pas idéaliser ces patients, ne pas être dans le déni de l'abomination, savoir dénoncer. Et j'idéalise encore, j'enjolive, j'oublie, et tout se serre en moi quand je réalise que je suis loin, si loin, de ne serait-ce qu'entrevoir une once de l'inhumanité que ces hommes et ces femmes ont rencontré, dans leur humanité. Et je pourrais raconter, parler pendant des heures de ce qui se passe pendant les entretiens, qui est à la fois rien et tellement. Rendre les armes.

Je voudrais avancer calmement, avec méthode et avec ordre surtout, que disparaissent ou s'éteignent les émotions et leur pagaille, transformées, sublimées en discours clair et construit accompagnant le lecteur dans son propre processus et même travail de penser. Rendre les armes.

C'est avec ce qui est là qu'il va falloir faire quelque chose. Avec ce qui est moi, aussi.

INTRODUCTION

Soulignons d'entrée de jeu, comme on se déchargerait d'un poids trop lourd, que cette réflexion s'est trouvée inscrite et prise bien malgré elle dans un contexte sociétal pour le moins déroutant. Depuis plus d'un an, la crise sanitaire du Covid 19 a fortement perturbé la vie sociale et relationnelle, mettant de la distance partout et entre tous, semant doute et méfiance quant aux contacts, au corps et au toucher entre autres ; contraignant aussi les étudiants, dont nous étions, à la solitude, aux échanges par écrans interposés. Parler de corps et de toucher dans ce contexte ne fut et n'est ni banal ni anodin.

La question que je me pose, au départ, est celle du sens et de la fonction d'exercices corporels inventés et proposés aux patients de Parcours d'Exil, centre de soin du psychotraumatisme que nous présenterons plus loin, au fur et à mesure des rendez-vous. Je n'avais pas vraiment « prévu » ces exercices. Je n'avais pas prévu non plus qu'ils se révèlent si intéressants et bénéfiques à la dynamique thérapeutique entendue au sens large. Que contenaient-ils donc, que (se) passait-il par leur pratique ?

LE CORPS DANS UNE PRATIQUE DE PSYCHOLOGUE ?

Parce qu'ils n'impliquaient pas directement la parole, la pratique de ces exercices m'a aussi interpellée en tant que psychologue. Que venait faire le corps dans le travail psychique, corps mobilisé cette fois très explicitement (car le corps est toujours en jeu, même dans la plus verbale des thérapies, déjà car la parole est produite par la voix elle-même éminemment corporelle, et plus largement car c'est toujours aussi au non-verbal que s'intéresse une « thérapie par le verbe », à ce que les mots disent de ne pas dire, à ce non-dit qui est aussi une manière de dire.) ?

La question avait d'autant plus d'importance pour moi qu'elle n'était pas nouvelle. A plusieurs reprises, dans d'autres cadres d'exercice, j'avais remarqué que mon souhait de recourir à des médiations pendant certains suivis pouvait être une fuite du travail par la parole. Puis, en y réfléchissant, j'avais constaté que je pouvais déployer ma créativité pour travailler par la parole le déplacement cherché en recourant aux outils de médiation. C'est donc aussi au regard *de la parole* que je souhaitais interroger une pratique et des entretiens parfois nettement plus centrés sur *le corps*. L'interrogation elle-même contient, on le voit bien, le risque d'une certaine binarité, d'un dualisme dont la logique fonctionne par opposition, opposant présentement le corps et la parole. Tout ce travail tâchera de faire plutôt de la distinction l'occasion d'un dialogue, d'une compréhension plus fine de l'un *et* de l'autre comme de l'un *par* l'autre.

PREMIER APERÇU DE LA QUESTION DE DEPART

Appliquée au contexte dans lequel elle émerge, la question s'affine quelque peu. **Que se passe-t-il dans le travail d'intégration psychique de traumatismes sévères liés à la torture et l'exil au décours d'exercices corporels ? Que se passe-t-il dans les exercices de mouvement et les exercices impliquant la peau et le toucher ? Quel lien y a-t-il entre ces exercices et le travail du traumatisme, son intégration psychique ?**

Ce mémoire de recherche ne traite pas des effets d'exercices corporels dans le travail du traumatisme au sens large mais dans « un certain type » de traumatisme. Il n'étudie pas non plus le corps entier, mais des exercices en mobilisant certaines parties.

Nous repérons d'ores et déjà trois champs dans cette question. Les exercices corporels ; le « travail d'intégration psychique » ; les traumatismes sévères liés à la torture et l'exil. Nous poserons des jalons pour leur compréhension dans la première partie, mais ils seront discutés tout au long de ce mémoire.

INTÉRÊTS DE LA QUESTION

Plusieurs aspects ont retenu mon attention et m'ont fait revenir sans cesse à cette question. Elle me semblait pleine de potentialités, en même temps qu'assez mystérieuse, ce qui n'était pas pour me déplaire. Mon étonnement m'étonnait moi-même.

Tout d'abord, découvrir les exercices corporels et travailler avec eux a un impact immédiat sur l'ensemble de ma pratique de psychologue et sur ma vie quotidienne. J'avais l'impression d'être devant une mine d'or. Alors même que la pratique à Parcours d'Exil pouvait sembler spécifique, unique en son genre, inhabituelle, et peu incommunicable, je constatais le contraire. La compréhension de la possibilité et de l'importance du corporel dans le soin psychique m'éclairait beaucoup. Je ne doutais pas avant cela du « sens » du corps, mais je ne m'y attardais pas. Là, je faisais l'expérience de ses potentialités de résolution. J'y découvrais un allié fabuleux, pratique et « facile d'accès » pour vivre les émotions au quotidien, pour danser avec elles, et faire danser ensemble l'esprit le cœur le corps, la pensée les émotions les sensations ; et pour faire de cette danse un équilibre.

Par ailleurs, les approches corporelles sont en plein développement. Cependant, d'une part il est clair que nous avons encore à penser et comprendre les processus psychiques mis au travail par ces approches, pour penser aussi leurs forces et leurs limites, ainsi que les modalités de leur mise en place. D'autre part, j'ai souvent un a priori négatif face aux grands engouements, et là en l'occurrence quelque chose me titille. J'ai l'impression qu'un écueil nous guette, en miroir des dérives des thérapies uniquement centrées sur la parole, l'écueil de faire du corps le tout, et surtout un « outil magique ».

Enfin, dans un contexte d'immigration importante, je pressentais que l'approfondissement de cette question pouvait donner de précieuses clés, notamment pour les travailleurs sociaux. Ceux qui rencontrent des personnes avec des vécus traumatiques importants et des histoires terrifiantes sont souvent démunis pour comprendre et agir avec cette réalité. Il y a de quoi, mais ce n'est pas pour autant une fatalité à laquelle se résoudre.

Le master Psychanalyse et interdisciplinarité arriva fort à propos en septembre, au décours de recherches assez éloignées d'une telle idée. Il m'offrait une superbe occasion pour « prendre le temps de penser » et les moyens de m'arrêter. J'en avais besoin. Je m'en suis donc saisie, comme cette occasion m'avait saisie. Et m'en suis félicitée tout au long de cette année.

Plongeons désormais dans les eaux tumultueuses de la clinique et de la recherche tout à la fois. Commençons en donnant un peu de corps au cadre, présentons et décrivons Parcours d'Exil, et ces fameux exercices corporels dont il va désormais être question souvent.

PARTIE I

DE LA CLINIQUE À LA RECHERCHE

I – A. PARCOURS D’EXIL

I – A. 1. L’EQUIPE

Parcours d’Exil est un centre de santé pour des personnes exilées souffrant de psychotraumatismes sévères liés à la torture, à l’exil, ou à d’autres violations graves des droits de l’Homme. Il a été créé en 2001 par le Dr Pierre Dutertre. En tant qu’association, la gouvernance est assurée par un conseil d’administration de onze membres aux profils variés.

La déléguée générale et la directrice médicale forme le binôme de l’équipe de direction. L’équipe thérapeutique est composée de médecins généralistes, psychologues, ostéopathes, et d’une yogathérapeute. Hors thérapeutes il y a également un secrétaire administratif chargé d’accueil et une comptable, ainsi que plusieurs bénévoles pour différents ateliers dits d’insertion. Tous les thérapeutes travaillent à temps partiel. C’est un choix qui se veut ajustement à l’intensité de la clinique.

I – A. 2. LES PATIENTS

- **QUELQUES CHIFFRES**

Concernant les patients, ils viennent très majoritairement d’Afrique (90%), et plus particulièrement de Guinée, de République Démocratique du Congo et de Côte d’Ivoire. Certains viennent d’Asie, et notamment d’Afghanistan. Un peu moins d’un tiers des patients sont des femmes, deux tiers sont des hommes. Parcours d’Exil accompagne également quelques mineurs.

Quant au statut administratif, dont la nature n’est pas sans lien ni conséquence avec la situation physique, psychique, émotionnelle et sociale des patients, en 2019 la majorité des patients étaient demandeurs d’asile. Certains ont été déboutés du droit d’asile, d’autres ont le statut de réfugiés, et il y a parfois encore d’autres situations administratives.

- **SPECIFICITES**

Nous pouvons souligner certaines caractéristiques qui à la fois ‘réunissent’ les patients suivis à Parcours d’Exil entre eux et les ‘spécifient’ par rapport à d’autres champs cliniques.

Les patients ont d’abord malheureusement en commun un vécu d’horreur, souvent de torture. Quand on a dit cela, il est parfois difficile de dire davantage, tant la torture est de l’ordre de l’indicible. Il nous faudra y revenir, mais pour l’heure soulignons que ce vécu s’exprime par des symptômes du psychotraumatisme très envahissants. Episodes dissociatifs, conduites d’évitement, répétitions, reviviscences et cauchemars, hyperréactivité et hyper-vigilance, douleurs physiques et troubles cognitifs, etc. sont le quotidien des patients et parfois leur « manière d’être au monde » à ce moment de leur vie. On pourrait dire que leur souffrance est « à vif » mais ce n’est pas si ajusté, car la souffrance est de l’ordre du vécu, de l’éprouvé, et c’est précisément aussi cela qui est tenu à distance.

Il y a également la différence culturelle, notamment entre les patients et les thérapeutes, avec tout ce que contient et signifie la notion de « culture ». Cette différence s’accompagne souvent d’une certaine barrière de la langue. Même quand les personnes parlent le français (c’est généralement le cas des Guinéens), les accents diffèrent, ainsi que le vocabulaire utilisé, les usages, et souvent la conjugaison.

Et puis la précarité. Précarité matérielle de la demande d’asile. Précarité de n’avoir pas de familles, pas de papiers, plus de pays, pas forcément d’amis ou de relations. Précarité psychique par les souvenirs et autres symptômes traumatiques qui envahissent tout, mettant à mal les ressources et points d’appui. Lorsqu’à cela s’ajoute le fait d’être à la rue, le sentiment d’impuissance peut être grand tant est vaste l’étendue du désastre. « Rien ne tient » peut alors sembler appropriée pour parler des patients et du soin. Mais les personnes sont là. C’est donc que derrière ce « rien » qui est l’effondrement abyssal que nous nous représentons, quelque chose a tenu, tient toujours. La question des ancrages et des ressources va être centrale dans l’accompagnement. Il n’en demeure pas moins que la précarité est réelle et conséquente.

Ces spécificités (il y en aurait d’autres) laissent voir une certaine intensité clinique. Elles ont aussi un impact sur les soignants. Il est déstabilisant, parfois fatigant, de faire avec « tout cela » et ce n’est pas notre dernière responsabilité que d’identifier ces déstabilisations. Pour composer avec et retrouver nos propres points d’équilibre.

Il nous faut cependant souligner aussi que ces spécificités ont « leurs avantages ». Quant à la massivité des symptômes par exemple, elle a certes son poids et ses répercussions, mais elle est aussi comme « une clinique à ciel ouvert ». La douleur qui se tait est parfois plus âpre, plus sournoise. Là, nous n’avons pas de doute sur le moment traumatique. Il peut cacher des traumatismes archaïques ou antérieurs, mais ce n’est pas le cas de la majorité de nos patients. Nous voyons les effets, et parfois des évolutions « rapides », au moins vers la stabilisation. Par ailleurs, aussi terrible que cela soit à dire, le mal est si net et la douleur si grande que l’aide, le soin, le soutien que nous apportons, même les plus petits, seront déjà beaucoup.

I – B. PRÉCISIONS SUR « LE PSYCHOTRAUMATISME »

Les termes « psychotraumatismes sévères » font ici référence au psychotraumatisme entendu comme l'ensemble des troubles psychiques se développant chez une personne après un événement traumatique ayant menacé son intégrité physique ou psychique, ou celles d'autres personnes présentes.

Mais le mot traumatisme désigne souvent l'une ou l'autre de deux réalités qui sont en même temps reliées et distinctes, à savoir l'événement traumatique (« il a vécu un traumatisme ») et l'état qui en résulte, des semaines, des mois ou des années après l'événement (le traumatisme des personnes présentes au Bataclan lors de l'attentat en 2015). Il peut y avoir amalgame entre les deux, mais cet amalgame est aussi un signe exprimant la confusion caractéristique du traumatisme, entre le passé et le présent, entre l'événement et ce qu'il a produit. C'est d'ailleurs plus encore la confusion elle-même qui caractérise le traumatisme, se retrouvant dans tous ses effets. Le traumatisme abolit et écrase le temps, et surtout la temporalité, l'événement reste actuel, n'est pas « digéré », ne fait pas partie de la mémoire en tant que telle ; il écrase et aplatit l'espace. Le monde perd sa troisième dimension, son épaisseur, son volume.

Cependant, pour penser, et prendre soin, nous avons besoin de distinguer (ou en tous cas d'essayer) ce que le traumatisme a rendu confus. (La distinction est l'art type de la pensée, sa clé et son outil nécessaire. Il n'y a pas de lien ni de sens possible entre des termes, des concepts, et même des personnes, sans distinction préalable.)

I – B. 1. LES TEMPS DU TRAUMATISME

Dans l'ordre de la temporalité, nous pouvons distinguer le passé, le présent, et « l'entre-deux », le *present perfect* anglais peut-être, ce temps (conjugaison) qui relie le passé et le présent, parle d'une action passée en tant qu'elle « se continue » dans le présent, a encore un effet sur le présent. *Passé* de l'événement traumatique ; *présent*, actualité des symptômes ; *present perfect* des traces laissées par l'événement, qui ne sont pas forcément symptômes. D'une certaine façon, et en partie seulement, les traces peuvent être comprises comme discours latent du discours manifeste des symptômes. Roussillon précise quant aux traces – ici envisagées dans l'ordre du soin – « Le problème est le suivant : quand la situation extrême a cessé, il reste à traiter les traces qu'elle a laissées chez le sujet *et* les traces que les défenses extrêmes mises en œuvre ont elles-mêmes laissées dans la psyché. » (Roussillon, 2004, « Les stratégies de survie : pour une clinique de la survivance psychique », para. 7) Mais ce sont des traces hors de contrôle, « hors temps donc potentiellement de tous les temps, de tous les présents » (*ibid.*).

Le travail du traumatisme va en grande partie être celui de la temporalité, remettre de l'avant et de l'après, du présent délesté des surcharges du passé, de l'histoire.

I – B. 2. LE MOMENT TRAUMATIQUE

Nous pouvons également élargir la focale sur « l'évènement » traumatique, le moment de la blessure, et identifier des nuances. Il y a l'évènement en lui-même ; la personne qui le vit ; l'environnement.

L'évènement a des caractéristiques objectives, on peut – de l'extérieur en tous cas – le décrire, le situer dans le temps et l'espace (même s'ils sont « longs »), en parler. Il sera dit traumatique quand son *intensité* est telle qu'il a *menacé* l'intégrité physique et/ou psychique de la personne c'est-à-dire quand cette dernière s'est alors trouvée, ou ressentie, en danger de mort. La menace de mort peut être « réelle » ou perçue – ce qui n'est pas non plus tout à fait hors du réel. Louis Crocq précise que la personne peut être exposée à l'évènement « comme victime, comme témoin ou comme acteur ».

Dans les mentions d'intensité et de menace se rejoignent objectivité de l'évènement et subjectivité de la personne impliquée. Qu'un évènement « fasse traumatisme » va dépendre aussi de la personne qui le vit. Une personne peut avoir vécu le même évènement qu'une autre et en être traumatisée alors que l'autre ne l'est pas, et inversement. L'évènement traumatique vient faire effraction, déborder les défenses du psychisme et ses capacités d'élaboration, et faire vivre au sujet des angoisses massives, d'annihilation, d'effondrement, d'agonie, de dissolution, etc.

Quant à l'environnement, il est tout ce qui « est autour », et qui possiblement entoure, à la fois l'évènement et les personnes concernées. De la réponse ou non-réponse de l'environnement va dépendre finalement assez largement la suite, ce « faire trauma » ou non.

Pour le dire autrement, il y a l'évènement, et la manière dont il est vécu, à la fois par les personnes en présence *et* par l'environnement, en tant que globalité (qui n'est pas la somme des parties qui le composent, comme la dimension transpsychique n'est pas donnée par la somme des relations interpsychiques). Le vécu a également deux dimensions : la « réception » de l'évènement, et comment les concernés y réagissent, leur « action en retour », leur réponse.

I – B. 3. AVEC WINNICOTT ET FERENCZI

Dans sa conférence de 1967 *Le concept de régression clinique opposé à celui d'organisation défensive*, Winnicott définit le traumatisme comme « une expérience contre laquelle les défenses du moi ont été inadéquates au stade du développement affectif de l'individu (à cette époque ou dans l'état du patient à ce moment-là). Le traumatisme est un empiètement de l'environnement et la réaction de l'individu à l'empiètement qui se produit avant le développement des mécanismes qui lui rendent prévisible l'imprévisible. » (Winnicott, 2000, p. 324)

D'une part il articule le fait (l'empiètement) et la réponse au fait (la réaction de l'individu). D'autre part il permet une précision de taille. Alors que nous parlions jusque-là d'évènement, Winnicott utilise les termes « expérience » et « empiètement de l'environnement ». Il permet ainsi de penser également les traumatismes au long court, ceux qui prennent racine dans la

répétition d'évènement ou de situations traumatiques, non respectueuse du patient et de ses capacités à ce moment-là. Certains parleront sans doute alors de traumatismes complexes, pour les distinguer de ceux résultant d'un évènement unique et limité dans le temps.

Par ailleurs, Ferenczi, et d'autres après lui – dont Winnicott – ont aidé à penser le traumatisme par excès non seulement de *présence* (effraction), mais aussi par excès d'*absence*. Bokanowski le reprend ainsi, « pour S. Ferenczi, le trauma doit être considéré comme résultant d'une absence de réponse de l'objet face à une situation de détresse ». (Bokanowski, 2002, para. 16). Par détresse j'entends la solitude radicale face à l'atrocité vue et soufferte soi-même, la déception répétée et finalement désespérante de et dans l'attente vitale, le cri qui n'en finit pas de ne rencontrer aucun écho, l'indifférence seule, et l'inaction. Le sujet est débordé de l'intérieur et de l'extérieur, nulle part il ne trouve la nécessaire première contenance, sans laquelle aucun « traitement » du traumatisme ne sera possible. Ni en lui-même, ni via un autre, ni par le secours de l'environnement.

I – B. 4. FAIRE FACE AU TRAUMATISME

Pour Christian Lachal, le traumatisme est avant tout une « menace d'anéantissement de soi ». Avant la mobilisation de mécanismes de défense tels que le clivage et la fragmentation mobilisés et mis en place quand la situation dure, les premières stratégies de survie sont de stratégies de lutte : fuir ou combattre. Quand ni l'une ni l'autre n'est possible, c'est le figement, d'abord physique, l'incapacité à agir. Cette désactivation / immobilisation du réflexe vital ne sera pas sans conséquence, sur les symptômes, et pour le soin.

Cette incapacité n'empêche pas toujours les « énactions », « sorte d'actions mentales qui ne sont pas efficaces dans la réalité, mais qui indiquent que le sujet continue de se situer au cœur de l'expérience. La mobilisation de la pensée pour maintenir la cohésion et essayer de situer le traumatisme sur un axe temporel allant d'avant à après est aussi une défense de première intention très importante, qui tente d'empêcher la fragmentation psychique. » (Lachal, 2007, Transfert, contre-transfert et traumatisme, para.5). Elles aussi seront précieuses pour « l'après », dans une perspective thérapeutique.

En retour, ces énactions ne disent pas non plus nécessairement qu'il n'y a pas eu sidération de la psyché. Lachal, rapproche la sidération de l'irreprésentable et de l'effroi, « sorte de perception fugitive, vite recouverte, mais expérience radicale », qui est pour lui le « moment » de la menace d'anéantissement de soi. (*ibid*, para. 3).

Une situation de détresse qui dure devient agonie psychique, « une « lutte » (agon) contre la mort psychique » (Roussillon, 2004, Les stratégies de survie : pour une clinique de la survivance psychique, para. 3). Pour survivre malgré tout, un court-circuit se produit entre le sujet et l'évènement, par les mécanismes de défense primaires que sont le clivage et la fragmentation. C'est alors la survie, « ce qui n'est plus vivre, mais n'est pas non plus mourir. » (*ibid.*).

I – B. 5. CLIVAGE ET DISSOCIATION. TOUT PETIT TOUR PAR LES NEUROSCIENCES, ET SYMPTOMES DU TRAUMATISME

Pour ce « petit tour », je m'appuie essentiellement sur la formation de Parcours d'Exil au psychotraumatisme, et sur certaines pages du site de Muriel Salmona « La mémoire traumatique ».

Les neurosciences parlent de dissociation. De ce que je comprends de part et d'autre, il semble que le clivage regroupe deux phénomènes. D'une part le phénomène de dissociation par lequel l'amygdale cérébrale, structure du cerveau responsable de la réponse émotionnelle et sensorielle, est déconnectée du cortex associatif. Ce dernier reçoit alors les informations de l'évènement mais non plus sa « couleur émotionnelle », transmise « en temps normal » par l'amygdale. « A la surface », cela donne une impression d'étrangeté, comme si la personne était à grande distance de l'évènement, paraissant l'observer sans le vivre, au sens de l'éprouver. D'autre part le phénomène par lequel l'amygdale est également déconnectée de l'hippocampe, qui régit la partie explicite de la mémoire, « consciente », dite aussi – dans ce champ – mémoire autobiographique et fonde finalement « l'expérience ».

Parce qu'ils sont généralement très éloquents pour quiconque travaille avec des personnes souffrant de stress post traumatique (ce qui ne couvre pas l'entièreté de la clinique du traumatisme), il est utile d'au moins énoncer les symptômes.

- L'hyper-réactivité, qui est à la fois une hypervigilance, un état d'alerte permanent accompagné d'insomnies, et une plus grande irritabilité avec sursauts, colères explosives, maux de tête ou douleurs musculaires du fait des tensions, le tout souvent accompagné de difficultés de concentration et de mémoire, l'attention étant focalisée ailleurs
- Le syndrome de répétition, avec souvenirs intrusifs, hallucinations, etc. La personne semble revivre le traumatisme comme si elle y était, sans qu'elle fasse nécessairement le lien avec l'évènement.
- L'évitement. La personne s'efforce d'éviter tout ce qui se rattache au traumatisme (pensées, sensations, etc.), généralement de manière inconsciente. Elle peut aussi chercher à éviter les autres, et véhiculer un sentiment d'étrangeté.
- La dissociation. Nous en parlions précédemment, cela correspond à la fragmentation du psychisme, pour se protéger et survivre. Elle peut se manifester par une forme d'anesthésie émotionnelle, des rires, sourires, colères déplacés, une absence de douleur, parfois un endormissement. Certaines conduites ou consommations peuvent être des moyens de substitution pour atteindre cet état d'anesthésie par lequel le sujet ne ressent pas, échappe à la douleur.
- Le traumatisme se voit aussi dans ses répercussions. Troubles existentiels, troubles cognitifs et de l'humeur, troubles sur la santé physique, mais aussi conséquences sur la vie sociale et politique, au travail et dans les relations ; le traumatisme est toujours multiforme, et appelle un soin qui le soit aussi.

- **PSYCHANALYSE ET NEUROSCIENCES, UN TISSAGE PAS ÉVIDENT**

J'ai parfois du mal, dans ma pratique clinique, à me situer entre la psychanalyse et les approches plus récentes, par exemple avec les techniques de libération émotionnelle, d'ancrage, ou autre, qui focalisent peut-être moins sur le contexte, l'histoire, le récit. Pour moi il n'y a pas nécessairement d'opposition, et je crois essayer de tisser avec les deux. Mais leur articulation m'échappe.

Abraham voit dans la psychanalyse une « vivifiante plongée au plus profond de nous-mêmes. Une mise en présence de ce qui vit en nous obscurément, depuis la nuit des temps, ce qui est inscrit dans notre corps, dans nos gestes, dans nos mythes. » (Abraham & Torok, 1987, p. 16). Et cela résonne précisément avec mon expérience ; la psychanalyse m'apparaît comme une lumière toujours nouvelle, considérant les choses de l'intérieur.

Les deux types approches ne sont pas au même niveau. L'une semble à la surface, et l'autre en eaux profondes. Mais si le noyau est à la surface, si le cœur s'approche par la périphérie de la peau, que reste-t-il ? Etonnement qui traverse ce mémoire, et toute ma clinique.

I – C. LA TORTURE IRREPRÉSENTABLE. UN TRAUMA QUI N'EN EST PAS UN

I – C. 1. HUMANITÉ INHUMAINE. L'IRREPRÉSENTABLE, L'IMPENSABLE

Jean Améry – découvert par une conférence qui fut pour moi exceptionnelle et lumineuse par tant de faisceaux, intitulée *L'enseignement de la torture* et donnée par Catherine Perret à partir de son livre du même nom – témoignant de « sa situation d'intellectuel dans un camp de concentration » eu l'occasion de dire qu'il n'était pas traumatisé, et surtout refusait à être considéré comme tel. Cela m'a vivement interpellée. Et profondément éclairée.

La torture est d'un autre ordre, de tout autre ordre ; au-delà de tout ordre d'ailleurs. Il ne s'agit pas d'en faire un trouble qu'on pourrait guérir, qu'un ensemble de symptômes pourrait caractériser. Je reçois cette remarque d'Améry comme un cri, ou en tout cas un appel venant des entrailles, au respect. Au silence peut-être aussi. Nous n'avons pas les mots, nous ne les aurons jamais. La torture ne se comprend pas. Ne se catégorise pas. Elle touche aux fondements de l'humanité, aux fondements de l'être humain lui-même. C'est dans son humanité que la personne ayant été torturé est blessée à tout jamais.

Nous évoquons plus haut le traumatisme causé par un excès d'absence. S'il n'y pas, dans la torture, traumatisme au sens d'une classification, il y a l'absence. Soumise aux plus effroyables comportements (effroyables par l'intensité, la perversité, la perfidie), la personne s'est retrouvée seule, désespérément et infiniment seule. Et ce, alors même qu'elle ne l'était pas. Un mal infini et un silence criant.

Le mal de l'autre. Le mal que commet « l'autre », le bourreau qui perd, d'être bourreau, un nom et un visage (et qui peut donc prendre les miens). Mais aussi le mal du manque de l'autre. L'autre manque à l'appel. L'autre secourable, le « Nebenmensch » de Freud semble avoir disparu, et c'est tout le rapport à autrui qui en est pulvérisé, tout le champ social et politique. Anéantis, le droit et la justice. Ecrasée, la culture qui nous fonde et nous fait.

Les coups du bourreau et le silence du monde, le silence de l'humanité toute entière.

Même à distance, nous sommes sans voix.

Il faudrait dénoncer, agir ; et l'effroi nous saisit, et la fascination – douloureuse fascination de l'Homme pour le mal ; le mal nous ligote. Nous aussi. C'est encore cela sa perfidie. Le mal est une absence, un trou, une béance. Un abîme entouré, jusqu'à en être couvert, de banalité. Alors nous ne savons par où le prendre. Dans la pensée de Thomas d'Aquin, « Le mal n'a pas de consistance propre, il n'est pas quelque chose : il est l'absence d'un bien. Plus particulièrement, il est la privation d'un bien qui normalement devrait être là. Le mal existe, mais il n'existe pas comme une chose, il existe comme une privation. »¹. Comment *penser* l'absence, la privation ? « Il faut malheureusement ajouter que l'inhumain est dans l'humain, qu'il fait partie de l'humain, de la nature humaine, même s'il est « contre-nature », même s'il en est le négatif radical. » (Roussillon, 2004, « Les situations extrêmes de la subjectivité, 4, para.1).

Peut-être ne pouvons-nous que panser. Retrouver l'autre et le rejoindre. Dans la solitude même.

La torture touche l'humanité dans son humanité même. Dans « l'après », tout est donc convoqué. Tout compte. Tout, possiblement aussi, répare. Du singulier au collectif, des gestes aux paroles, des regards aux silences, c'est de la vie toute entière qu'il s'agit.

Dans cet irreprésentable, posons quelques pierres qui seront des repères. Les mots justes sont aussi, pour les personnes concernées, des mots qui reconstruisent. A Parcours d'Exil, nous parlons d'expériences réparatrices.

I – C. 2. DÉFINITION JURIDIQUE

L'ACAT (l'ONG de lutte contre la torture et la peine de mort) définit la torture. On peut parler de torture lorsque sont réunies les conditions suivantes :

- Une douleur ou des souffrances aiguës, physiques ou mentales.
- Un acte volontaire, programmé, répété, qui procède d'une décision.
- Un bourreau représentant une autorité officielle ou agissant sous ses ordres ou avec son consentement. Les bourreaux peuvent aussi appartenir à des groupes révolutionnaires dont le but est la prise de pouvoir.

¹ Le mal - Saint Thomas d'Aquin, présenté par François-Xavier Putallaz, iaquinas.com

- Une intention d’obtenir de la victime des aveux, des renseignements, ou de la punir d’un acte commis par elle ou par un autre, ou de l’intimider, de la terroriser ou de lui faire payer le fait d’appartenir à une minorité.
- Une volonté de porter atteinte à l’intégrité physique ou mentale d’une personne, de briser sa personnalité, d’obtenir d’elle un comportement qu’elle n’aurait pas volontairement.

La torture implique donc toujours le domaine sociétal et la politique. Le mal est à toutes les échelles.

Pour les patients que nous accompagnons, la torture a été vécue le plus souvent en prison, dans des conditions ayant tout de dégradant. Les actes de torture manifestent une ingéniosité sans limite pour déshumaniser la victime. Violences physiques, psychologiques et sexuelles, conditions de détention, menaces, humiliations, violation des tabous, privation de tous les stimuli sensoriels habituels, obligation de trahir, de regarder un autre violenté, la liste est longue et douloureuse.

I – D. LES EXERCICES CORPORELS

I – D. 1. DESCRIPTION

Sans transition – que pourrait-elle être ? – revenons à la clinique.

Assez rapidement après le début de mon poste à Parcours d’Exil en septembre 2019, j’ai intégré des exercices corporels aux entretiens, des exercices mettant le corps en jeu et en mouvement, et incluant progressivement la peau et le toucher. Je les distingue en trois catégories.

- Des exercices de mouvement(s), de mise en mouvement du corps et de ses membres, pendant lesquels les patients « bougent. En position assise ou debout, j’invite les patients à faire des cercles avec leurs bras, à marcher ou taper du pied, à s’étirer, à sentir l’ancrage de leurs jambes dans le sol, à faire bouger bras et jambes tout en restant debout au même endroit, etc. Je peux jouer avec la posture et avec les parties du corps, me laissant essentiellement guider par ce que je perçois et ressens (nous parlerons de ce que « contre-transfert corporel »). Je conçois ces exercices comme des exercices d’ouverture, de circulation ou libération de l’énergie, des émotions dans leur aspect dynamique et qui sont alors magma, indistinction ; ou davantage comme des exercices d’ancrage quand ils consistent par exemple à taper des pieds en alternance ou à déplacer l’équilibre de gauche à droite, d’avant en arrière, etc.
- J’appelle la deuxième catégorie les « exercices de contour ». Ceux-là mobilisent directement et “immédiatement” la peau, et avec elle la main et le toucher. Ils peuvent être du type auto-massages, ou être simple suivi du contour du corps. Je propose aux patients, par mimétisme, soit de suivre leur peau, de passer leur main sur et autour de

leur visage, leurs bras, mains, jambes, pieds, ventre, bas du dos, etc. ; soit de le faire avec un geste plus vigoureux, plus proches des massages. Je ne touche pas moi-même les patients. Par ces exercices, ils peuvent faire l'expérience de leur peau en tant qu'enveloppe corporelle, de sa continuité, du fait qu'elle est fermée par certains aspects, tout en ayant des ouvertures, de sa réalité tout simplement. Je dis qu'ils « peuvent » car – et ce sera une découverte supplémentaire à laquelle nous reviendrons – toucher sa propre peau ne veut pas dire la sentir vraiment. Cet écart parfois si grand entre le vécu factuel et l'éprouvé, signe de ce passé encore présent au point d'empêcher toute autre expérience qu'est le traumatisme, s'observe aussi dans le vécu du corps.

- Des exercices d'attention, de focalisation du regard, que je propose généralement en complément des exercices de mouvement. J'invite les patients à suivre du regard leurs mains ou leurs doigts pendant qu'ils font les grands gestes circulaires avec les bras, à se concentrer pour maintenir l'attention, à “tenir dans” l'attention. Ces exercices poursuivent deux objectifs distincts : aider la personne à se connecter, à être présente, aux mouvements qu'elle fait. Et lui permettre de faire autrement que par le toucher l'expérience de la continuité. Je ne sais ce qu'il se passe dans le cerveau lorsque nous suivons des *yeux* un cercle que nous faisons avec notre *corps*, mais je constate que ce n'est pas anodin. Par exemple, je peux observer que le regard des patients « saute » parfois, traçant comme une boucle trouée, avec des béances. Ou encore que le simple fait de lever le regard est un exercice en soi. Autant de signes qui semblent évoquer quelque chose de l'effraction traumatique, et qu'en tous cas je reçois comme tel.

I – D. 2. VÉCU DES PATIENTS

Leur vécu est évidemment très variable et divers, selon les personnes. Soulignons cependant, qu'ils sont généralement surpris de prime abord, tout en se prenant rapidement « au jeu ». Les exercices les font sourire, parfois rire. La détente est souvent perceptible et les bâillements quasi systématiques. Enfin, le plaisir qu'ils ont à persévérer et à « progresser » au fil des répétitions – notamment au cours des exercices de mouvements – n'est pas la dernière des vertus. Le fait même d'éprouver, de faire l'expérience de leurs capacités fait partie de ce que nous appelons à Parcours d'Exil les « expériences réparatrices », qui participent à la restauration des profondeurs, et parfois à leur réanimation. Nous y reviendrons.

I – E. LE TRAVAIL D'INTÉGRATION PSYCHIQUE (DE TRAUMATISMES SEVÈRES)

Cette manière de dire les choses pose de multiples questions. Qu'est-ce que l'intégration psychique, qu'entendons-nous par-là ? Pourquoi parler de *travail*, pourquoi ajouter cette notion riche de sens en psychanalyse ? Au fond, la question n'est-elle pas celle du destin du

traumatisme, de cette réalité que chacun rencontre immanquablement – vies corporelle et psychique prises ensemble – et de ses effets multiformes ?

J'ai choisi de garder cette formulation car elle est celle qui m'est venue au début de l'année de master, et car elle m'a permis un cheminement intéressant dont la restitution peut l'être également. En effet, elle ne semble pas vraiment adéquate, mais d'une inexactitude éloquente. Pour le dire synthétiquement, peut-être serait-il suffisant, et plus juste, de parler « simplement » du travail du traumatisme.

Le Larousse donne plusieurs définitions au verbe intégrer, dont les nuances ne font pas perdre l'idée commune. Intégrer signifie « Insérer quelque chose dans quelque chose, l'y incorporer, le faire entrer dans un ensemble » ; « Placer quelque chose dans un ensemble de telle sorte qu'il semble lui appartenir, qu'il soit en harmonie avec les autres éléments » ; « Faire que quelqu'un, un groupe ne soit plus étranger à une collectivité, qu'il s'y assimile » ; ou encore « Recevoir et comporter en soi un élément qui originellement était extérieur ou distinct ». On retrouve à chaque fois l'idée d'un ensemble, et celle d'un « mettre dans ».

Il me semble qu'une part du traumatisme appelle son intégration dans la subjectivité, mais qu'une large part a davantage vocation à être évacué, à circuler – ce que montre la clinique du traumatisme. L'intégration psychique, d'après la pensée de Roussillon, est un processus de subjectivation (appropriation personnelle) et d'historicisation (narration incluant le passage, l'écoulement du temps). Ce processus se fait lui-même par un autre, la symbolisation, inséparable de la capacité réflexive par laquelle le sujet prend du recul par rapport au réel vécu et le comprend, le tissage d'un prendre avec (com-prendre) devenant compréhension. En fait, cette libération émotionnelle, ou économique pourrait-on dire sans doute, fait partie du processus de symbolisation, mais l'idée d'in-tégration ne l'évoque pas. L'enjeu va être de permettre que l'évènement prenne place dans la trame de vie du patient. Que cette trame retrouve une chronologie, que le passé soit réellement tel, déchargeant le présent de sa réactualisation permanente. Et que la vie toute entière retrouve l'épaisseur de la temporalité.

L'idée de *travail* du traumatisme apporte autre chose. Nous ne pouvons pas entrer ici dans les détails, mais elle retient mon attention pour plusieurs raisons.

Christophe Dejours, dont je n'ai malheureusement pas pu approfondir la pensée pour ce mémoire mais dont j'ai écouté quelques interventions, distingue différentes dimensions, différents temps du travail. Le temps de la production, de la rencontre et parfois confrontation avec le réel (dans sa résistance), et le temps du retour à soi, de la reprise du geste professionnel jusqu'à l'acquiescer, jusqu'à ce que – là aussi – « ça passe », qui est donc un temps de subjectivation et transformation de soi *par* la transformation du corps.²

Il y a donc le réel éprouvant, le retour, la transformation, la centralité du sujet en tant que sujet, et sujet vivant. Autant de notions qui semble offrir un cadre propice au...travail de notre question.

Mais il y a aussi le travail comme on parle du travail de l'accouchement. Précisément dans ce moment de transition entre le dedans et le dehors. Par lequel un autre advient. Dans ce domaine,

² Dejours, 2018, conférence « Le travail du corps »

peut-être l'attention est-elle davantage portée sur l'expulsion, ce qui n'est pas inintéressant pour notre propos.

Quant à la définition du travail proprement psychique, elle est également complexe. Elle contient en revanche toujours l'idée d'un changement, d'une transformation.

I – F. NOTRE QUESTION, REPRISE

Notre question est « Que se passe-t-il par des exercices corporels impliquant notamment la peau et le toucher dans le travail d'intégration psychique de traumatismes sévères liés à la torture et l'exil ? » Nous interrogeons ces exercices corporels au regard du travail psychique qu'appellent des traumatismes sévères, nous demandant ce qui *se* passe par eux, mais aussi ce qui passe, et peut-être dé-passe. Ou ne passe pas.

I – F. 1. CORPS ET PSYCHÉ

D'emblée, la question associe corporel et psychique. *Psyché est corporelle, n'en sait rien*, a dit Françoise Coblence, revisitant de manière créative le mystérieux « Psyché est étendue, n'en sait rien » de Freud. Il n'en demeure pas moins que nous sommes là au cœur d'un débat qui ne cessera jamais de l'être car il est la question fondamentale – ou une de ses expressions – de l'Homme face à lui-même, étonné, dépassé lui aussi.

Ce corps que nous sommes, et que nous ne sommes pas, ou pas seulement. Qui est plus intime à nous-mêmes que nous-mêmes et qui en même temps nous est étranger, nous échappe radicalement. Aussi promptement que nous croyons le saisir. Hypercomplexité et étonnante simplicité. Corps énigme (Hanus, 2018) et mystère, signe et langage, surface et volume, toujours entre. Et je reprendrais les mots d'un autre : « Pourtant il semble bien que la persistance de ce problème, l'impossibilité de définir d'emblée la correspondance entre extérieur et intérieur, objectif et subjectif, pour nous et pour soi, loin d'être une hypothèque, constitue le véritable levier de la recherche bioanalytique. Exiger que ce problème soit résolu d'avance ce serait imiter la taupe de la fable, qui disait : « Je sortirai à l'air qd j'y verrai clair. » (Abraham & Torok, 1987, p.23)

Dans le champ du psychotraumatisme, il est de plus en plus fréquent de dire qu'il faut que le corps entre ... en jeu, que c'est « par lui » qu'il faut passer, ou en tous cas que la parole ne suffit pas, voire n'est pas le bon vecteur et peut faire plus de mal que de bien. C'est d'ailleurs convaincue de cela – que la parole est parfois désastreuse, notamment dans ce domaine – que j'ai commencé à travailler avec les patients à Parcours d'Exil. Ceci dit, à l'heure actuelle, le corps dont il est question dans de telles recommandations – celui qui est par exemple sollicité dans l'EMDR (technique de libération émotionnelle par des mouvements alternés, des yeux ou par le tapping), ou même dans la relaxation – peut aussi s'inscrire dans une approche partielle, un dualisme fermé (ce que le dualisme n'est pas toujours).

Le corps dont je veux parler ici est le corps global, dans sa dimension éminemment personnelle, subjective. Corps érogène, pulsionnel, corps désirant et qui, par le désir, se découvre et révèle à la fois plein et transcédé, ouvert à un autre, de l'autre.

I – F. 2. HYPOTHÈSES

Nous formulons deux hypothèses pour répondre à la question, deux hypothèses qui sont plutôt des thèmes larges que des hypothèses fermes et bien délimitées. Le cheminement de et avec ce mémoire va permettre qu'elles s'affinent et de mieux comprendre, peut-être, ce qu'il se passe,

- **PREMIERE HYPOTHÈSE : POUR LES PATIENTS, BIENFAITS ET ÉLOQUENCE DU CORPS**

Que se passe-t-il, nous demandons-nous, pour les patients, par la mise en mouvement du corps, par la peau et la main qui touchent et sont touchées ? Que se passe-t-il alors même que leurs corps ont été si meurtris, piétinés jusqu'à ce que le cœur du cœur soit atteint, le cœur du corps, leur personne toute entière ? S'agirait-il de prendre soin par, dans le lieu même de la blessure ?

Mais aussi, qu'est-ce qui est en jeu via ces exercices, via le corps in fine, la peau, le toucher, le mouvement ? En jeu au sens de destin, de finalité, de possibles ouverts, et également au sens mécanique du terme jeu. Car qui dit qu'il « se passe quelque chose » dit passage, et qui dit passage dit déplacement d'un point à un autre, mouvement, et donc possiblement jeu comme nous dirions qu'il y a du jeu entre deux pièces (de bois, et non de maison...quoi que).

Notre première hypothèse est d'origine clinique, elle vient des patients eux-mêmes, est d'abord un constat. **Il y aurait un lien entre ce moyen (les exercices) et la finalité, (le travail psychique du traumatisme). La mobilisation du corps, et différents aspects des exercices proposés, pourrait participer au soin du traumatisme, s'y inscrire comme pierre fondatrice, incontournable allié des mots et de la parole face à un mal si vaste.**

L'hypothèse a deux niveaux. Les exercices seraient bienfaisants en eux-mêmes. Et ils pourraient l'être aussi en ouvrant des voies vers une mémoire encryptée, vers une souffrance latente, vers un ailleurs nécessaire.

Cette hypothèse se situe à l'intérieur de la théorie du Moi-peau, dans la reconnaissance d'une continuité et un parallèle entre fonctions corporelles et fonctions psychiques, entre les fonctions de la peau et les fonctions du Moi. Elle ne cherche pas à prouver la continuité corps / psychisme, je la reconnais d'emblée, en même temps que je la constate, m'en étonne, et parfois « la prend au mot » en travaillant des fonctions (psychiques) du Moi-peau par la peau elle-même.

Nous considérerons également la régression entraînée par le toucher, non pas d'abord pour la dépasser, mais retrouver des bases autres.

L'expression « soin du traumatisme » mérite quelques précisions. Disons que le soin psychique est toujours un travail de liens, de sens, et de jeu, et toujours une histoire de force vitale. Liens entre des éléments déliés bien que parfois compacts, disparates, morcelés. Sens, aux trois acceptions du terme : remettre des sensations ; de la compréhension aussi, de la clarté et de la

fulgurance (proche du travail de liaison) ; remettre enfin de la direction, ce qui est à nouveau une histoire de flux, d'un cours d'eau retrouvant son lit, avec des berges et moins de barrages. Et jeu finalement, c'est-à-dire espace, mouvement, tempo, défixation, créativité, plaisir.

Quant à la force vitale, elle est ce qui « explique » la présence des patients à Parcours d'Exil. « Après tout ça », ils sont là. Même quand tout paraît figé, même quand on ne voit plus la pulsion de vie sous les défenses. J'aime le défi que représente sa quête. Ce que je cherche toujours, en tant que psychologue, c'est cette connexion, la rencontre parfois, entre le dire du patient et sa force vitale. En premier. Et j'y vois autant un ancrage qu'une destination. Approches verbale et corporelle sont alors inséparables, appellent un dialogue mutuel.

- **DEUXIEME HYPOTHÈSE : POUR LE CLINICIEN, ÉCART PRÉCIEUX ET PLUS ENGAGEANT QU'IL N'Y PARAÎT**

Passe, se passe, dépasse. Trépasse ? Qu'est-ce qui ne passe pas aussi. Ne passe plus. Cette formulation est-elle expression d'une quête, et d'une quête aux accents désespérés ? Et s'il ne se passait rien ? Y aurait-il un risque ?

La deuxième hypothèse s'intéresse au deuxième acteur de la relation. **Dans une clinique intense, massive, où le vécu contre-transférentiel ne peut que l'être aussi, ces exercices corporels seraient bénéfiques au thérapeute. Ils (lui) offriraient à la fois un écart, un déplacement, un espace tiers pouvant devenir transitionnel. En se décalant du discours, de sa « neutralité » ou de sa répétition, proposant un espace par définition plus silencieux, ils permettraient de tendre l'oreille au discours latent, d'être attentif aux mouvements psychiques plus subtils.**

Ce que je ne savais pas, au début, et que j'ai rapidement aperçu en parlant de mon sujet au début de l'année, c'est qu'il me fallait m'y arrêter en effet, à ces exercices, mais pas uniquement pour leur intérêt et leur « fécondité ». S'il le « fallait » c'est qu'émergeait aussi par eux « un petit quelque chose », et que ce petit quelque chose était déjà beaucoup, parfois déjà trop, pour moi. Expérience de l'effroi, confusion entre les affects non élaborés des patients et les miens. Autrement dit, travailler avec le corps n'est pas sans impact (c'est le cas de le dire). Je voulais, en proposant les exercices, de la légèreté, un ailleurs plus facile à travailler qu'un discours massif sentant la répétition, la sidération, la fixation. Je les retrouvais ailleurs...

Pour travailler cette hypothèse, nous nous intéresserons au déplacement, au contre-transfert, au partage du traumatisme.

Ce mémoire, vous le voyez déjà sans doute, est une affaire permanente de saisissement, dessaisissement, ressaisissement... ressaisissement autrement, si possible, et de façon non systématique. De collage et décollement ou décollage ; de sidération et de mouvement ; de fascination, d'angoisse, de danse ; d'effroi et d'émerveillement, de surprise. Toujours la même question finalement, sous des formes, des expressions et des intensités différentes. Les émotions et la pensée, l'immersion et l'écart, l'intuition et la méthode. Mais faudra-t-il, faudrait-il choisir ?

I – G. MÉTHODOLOGIE

I – G. 1. CHOIX MÉTHODOLOGIQUES

Pour répondre à la question, tenter de comprendre un peu plus ce qu’une telle pratique contient et « fait », nous emprunterons deux voies : celle de la théorie comme moyen pour comprendre, et celle de la clinique, via des vignettes cliniques qui viendront soit illustrer une réflexion, soit l’ouvrir. Dans le deuxième cas, l’observation et la rêverie ou tout du moins une certaine déambulation par association seront des outils pour explorer les vignettes cliniques.

Les hypothèses ont une fonction processuelle. Elles servent de point de départ, de portes ouvertes. Qui emmènent loin, parfois « ailleurs ». Pas uniquement ailleurs, mais ces portes menaient vers tant d’autres !

- **THÉORIE**

La théorie est pour moi une *méthode*. Le travail de recherche est précisément un travail de penser. Un processus par lequel le chercheur se découvre dans un plusieurs corpus théoriques et un ou plusieurs champs cliniques, et les étoffe. N’est-ce pas d’ailleurs ce qu’exprime Freud prônant d’accueillir la théorie comme « un hôte non invité » (cité dans Canestri, 2018) ? On décrit sa clinique, on y plonge, on la questionne, on (la) réfléchit, et on voit alors comme apparaître les théories sous-jacentes, celles avec lesquelles dialogue la clinique, le corpus – qui est aussi un contexte, un environnement – dans lequel elle s’inscrit, etc.

- **VIGNETTES CLINIQUES**

Toute cette recherche est pétrie de clinique. Elle en part, et elle a pour but d’y retourner, de la retrouver, même et changée. J’ai fait le choix de vignettes plutôt que d’entretiens de recherche ou d’une étude de cas, car je souhaitais prendre les moyens de porter mon attention sur des moments précis, des temps d’évolution, de basculement. Également car l’intensité des entretiens et des « suivis » est telle qu’elle était pour moi trop importante, trop dense. Enfin du fait que les entretiens sont encore « en cours ». Sachant que la recherche allait influencer aussi ma posture clinique, je voulais laisser aux patients comme « le droit » de continuer à aller où ils souhaitaient, à rester les premiers impulseurs du tempo.

J’ai choisi les vignettes dans l’après-coup, après avoir précisé ma question et mes hypothèses. Cependant, le cadre de recherche joue comme attracteur, c’est-à-dire que même le choix de notre méthode exprime une intuition de notre objet de recherche. Dans mon cas, le fait même que je choisisse tel patient et non tel autre me fait regarder certains aspects et non pas d’autres. Et dans l’autre sens, je choisis tel ou tel sans doute aussi pour « résoudre » quelque chose, pour dénouer un nœud et d’abord l’identifier, comprendre ce qui s’est joué ou ce qui se joue. La recherche a un rôle transformant, elle m’aura servi aussi à retrouver du souffle dans des suivis parfois « lourds ».

- **ÉCRITURE**

Finalement, l'écriture est aussi pour moi une méthode, un outil pour relancer la pensée, sortir du traumatisme parfois. Outil pour déplier, pour critiquer, pour comprendre ce qui était furtivement perçu. Pour changer de chemin aussi, pour identifier les impasses, affermir la confiance et la posture.

Ecrire est un exercice difficile. On y fait une expérience paradoxale. Chaque mot posé est le risque de figer, de fixer, pour finalement tourner en rond. En même temps, ce pas est absolument nécessaire. C'est en le posant que s'ouvre à nouveau le chemin, c'est en disant (ce qui est toujours délimiter) que nous découvrons combien, toujours plus, le sujet nous échappe.

I – G. 2. REMARQUES SUR LA MÉTHODE

J'ai fait le choix d'un sujet extrêmement vaste, et extrêmement complexe, un « sujet abîmé ». Par exemple en choisissant de traiter ensemble des exercices de mouvement ET de toucher. Or il ne se passe précisément pas du tout la même chose dans ces deux actions. A quel endroit est-ce que je me situe à chaque fois ? Ce n'était pas me faciliter la tâche, et ce n'était peut-être pas très fin. Mais, toujours pour ce point précis, je n'arrivais pas à ne garder que l'un ou l'autre, la richesse étant dans leur complémentarité, dans leur danse, comme entre le corps et la parole.

Complexe aussi, tout est en complexité, en réflexivité. Toucher, peau, traumatisme, torture. Rien n'est neutre, rien n'est calme. C'est peut-être pour cela, finalement, que je *devais* traiter aussi de mouvement. Pour avoir au moins cette idée en tête, comme une rêverie, comme un oiseau dans le vent.

J'ai mis du temps avant de parler de torture dans ce mémoire, et j'ai toujours eu l'impression, qu'on pouvait l'oublier. Banalisation et aplatissage de l'histoire ? Pudeur nécessaire ? Difficulté à m'approcher et à penser quelque chose de l'horreur, peur de focaliser, crainte de la fascination ? La mienne, et celle du lecteur. Comment soutenir, aussi chez le lecteur, un processus de pensée, faire en sorte « qu'il l'aide à penser » et non se retrouve pris à son tour dans le méandre d'affects traumatiques ? Comment éviter le traumatisme qui naît de l'impréparation de la psyché ?

Je ne suis pas certaine que la méthode m'ait aidée, comme c'est sa fonction, à décoller de la clinique. Preuve en fut, entre autres, l'inénarrable labeur de rédaction de ce mémoire. Mais comment traiter du saisissement qu'est le toucher en s'en dessaisissant ? Je reviendrai à ces « déboires » dans la troisième partie.

I – H. CE QUE JE VOUDRAIS QUE SOIT AUSSI CE MÉMOIRE

La citation d'Anzieu ci-après fut pour moi un précieux encouragement, et des mots posés sur un défi, une ambition qui est aussi la mienne.

« La psychanalyse se tient entre lettres et sciences, entre le langage analogique et le langage digital, entre le corps sensoriel et le corps conceptuel. Chaque psychanalyste selon son tempérament, selon les moments de l'histoire de la psychanalyse, accentue l'une ou l'autre tendance. Je suis de ceux [...] qui s'évertuent à tenir dans l'entre deux [...] entre le sensible et l'intelligible [...] entre la pensée par image et la pensée abstraite. Les notions psychanalytiques, et avec elles la pensée psychanalytique, ne me semblent devoir rester vivantes qu'à se tenir dans cet espace intermédiaire et qu'à tenir en même temps et solidement les deux bords de la chaîne, la référence au corps sensoriel puis fantasmatique, l'insertion dans cet autre corps d'une toute autre nature qu'est le corps de la théorie. Ma notion de Moi-peau veut être un exemple de cette double articulation. » (Anzieu, cité par Widlöcher, 2007, p.63-64)

Je voudrais enfin que ce mémoire soit aussi un partage du plaisir de penser et de cheminer, de l'expérience du souffle et du mouvement contenus dans certaines approches, dans certains écrits. La psychanalyse peut produire souvent cela : en touillant les hypothèses, les interrogeant elles-mêmes, les déplaçant, elle peut transformer et vivifier beaucoup. Expérience des mots performatifs, des mots qui produisent ce qu'ils disent, et que j'ai parfois eu la chance de vivre aussi réellement. La danse. La rêverie. La pudeur. Le respect. Très étonnant.

Et finalement peut-être un hommage rendu, par la clinique, à la recherche. Ma question de départ est presque devenue un prétexte pour réfléchir (aussi au sens physique de la réflexion), pour mettre de l'épaisseur à la clinique, de l'espace et du volume. C'est fou ce que j'aurais avancé, en tant que clinicienne, au fil de cette année, des lectures, des réflexions, des échanges aussi avec les collègues de master.

PARTIE II

EXERCICES CORPORELS ET SOIN DU TRAUMATISME

II– A. VIGNETTES CLINIQUES

Les trois vignettes cliniques qui suivent s'inscrivent toujours dans le questionnement de départ. En quoi les exercices corporels proposés aux patients ont-ils à voir avec la finalité de ma pratique de psychologue, avec l'intégration et le travail de traumatismes sévères ? Redisons, ce n'est pas détail, que nous sommes dans l'après-coup d'expériences inhumaines de torture et de violations graves des Droits de l'Homme, vécues par les personnes que nous accompagnons dans leur pays natal et/ou pendant des situations d'exil. Que se passe-t-il à travers les exercices qui ait trait au soin psychique ?

Ces vignettes parlent d'articulation et de tissage entre le corps et la psyché, de passages et de blocages, d'ici et d'ailleurs. Elles permettent de réfléchir à ce qui passe et ce qui ne passe pas, ou mal, ou ailleurs. J'ai choisi de les regrouper, de les décrire et écrire ensemble, les unes à la suite des autres. Afin de laisser des éléments de l'une résonner avec d'autres, des échos s'entendre alors, et les pensées prendre forme. L'écho est un phénomène étonnant : il décrit la réflexion d'un son répercuté par un obstacle, revenant par le fait même d'avoir rencontré cet obstacle. L'écho est rendu possible par l'obstacle. D'une certaine façon, il semblerait que l'obstacle soit une limite pour le son qui, en le limitant, d'une part le contient, et d'autre part – mais c'est intimement lié – est une condition sine qua non de l'écho, c'est-à-dire ce qui rend possible la distinction de ce son. Il est alors si proche du travail de penser dont Evelyne Séchaud, étudiant Anzieu, nous dit « C'est au penser qu'est dévolue la fonction de contenir, transformer, donner forme aux pensées. C'est le penser qui protège du vide. 'Le penser se construit par auto-organisation, pour que les pensées deviennent pensables.' (...) Le penser va permettre la mise en relation des pensées, la circulation d'une pensée à une autre. » (Séchaud, 2007, p.14) C'est bien cela que nous cherchons, la résonnance par la rencontre, penser avec la clinique.

II - A. 1. MONSIEUR J.

M. J. a entre 20 et 30 ans, il est originaire d'un pays d'Afrique et est arrivé en France en 2018. Il est suivi médicalement à Parcours d'Exil depuis ... et je l'accompagne pour ma part depuis le début de l'année 2019. M. J. a d'ailleurs – j'en fais la remarque car c'est peu fréquent avec les patients que j'accompagne dans ce cadre – une excellente mémoire des dates, et notamment de celles de son suivi à Parcours d'Exil. Il y fait référence assez régulièrement.

Lors d'un temps d'exercices de contours et d'auto-massages, je soutenais la démarche – comme la plupart du temps – en faisant moi-même les exercices. [Cette illustration en miroir cherche sans doute, en plus du soutien en lui-même, à rendre plus fluide la compréhension de la consigne, et à maintenir un certain rythme.] Le geste de M. J. est généralement très léger, de l'ordre de l'effleurement. Il ne pose pas toute sa main sur son bras par exemple, seulement ses doigts ; je perçois une retenue, une forme de timidité.

Nous étions alors au niveau des mains. Cette fois plus que d'autres, je remarquai combien M. J. était non seulement dans un certain mimétisme par rapport à moi, mais était comme fixé sur et à mon geste. Il regardait mes mains, pas du tout les siennes. Y lisant une tenue à distance de son propre éprouvé, je l'invitai à regarder ses propres mains. Une telle proposition est loin d'être anodine : les patients pouvant avoir besoin de ce qui apparaît alors comme un quasi agrippement, je leur propose de déplacer leur attention à la fois avec une certaine légèreté, tout en restant particulièrement attentive à ce qui se passe. Ce jour-là, le tempo devait être bon, je vis M. J. comme « tilter ». C'est difficile à décrire ; je peux dire qu'à un moment, la connexion « s'est faite ». Ce fameux « il s'est passé quelque chose ». Sa réaction me donnait l'impression que M. J. « découvrait » *ses* mains, les sentait. Son geste a ralenti, M. J. semblait dans son monde. Pas de la même manière que dans un épisode de dissociation, où la personne semble s'absenter autant d'elle-même que de moi / de « l'autre de la relation ». A ce moment, M. J. était plutôt « avec lui-même ». C'est tout du moins la lecture que j'en ai faite, par une appréhension plus sensible et sensitive que logique.

II- A. 2. MONSIEUR I.

Monsieur I. a une cinquantaine d'année, il vient d'un autre pays du globe que Monsieur J., parle peu, sourit, semble vite gêné. Pendant toute une période, une partie conséquente des entretiens était dédiée à des exercices corporels.

Ce jour-là, après quelques autres exercices, je proposai à M. I. de « suivre sa peau » avec sa main, de la parcourir dans un geste continu, d'en « tracer » les contours. Comme d'habitude, M. I. se montrait de bonne volonté pour suivre le rythme et les gestes. Cependant, arrivant au niveau de sa main, il ne put la toucher. Ou tout du moins, si je veux rester strictement factuelle et descriptive, il ne la toucha pas et fit le geste à quelques centimètres de distance de sa peau. Je ne sais pas s'il avait remarqué ce décalage, la distance d'avec sa peau, le geste ayant été plutôt spontané (l'ostéopathe m'apprit qu'il pouvait lui arriver de travailler à vingt centimètres de la peau des patients, à leur demande, du fait de la douleur). Son visage, crispé, et qu'il

détournait, exprimait par ailleurs une douleur assez intense. Cela semblait vraiment « *trop difficile* » pour lui.

En reprenant le geste de manière plus légère, moins massive, en l’alternant avec des moments de respiration, de petites évolutions ont été possibles ce jour-là et les deux entretiens suivants, mais j’en vins surtout à respecter ce que je compris progressivement comme une résistance à entendre. Dans l’après-coup, ce fut une prise de conscience presque douloureuse. Pourquoi vouloir qu’il parvienne à faire ce geste « de manière pleine », pourquoi cette insistance ? Je n’aurais pas agi ainsi devant le même type d’attitude dans un contexte d’entretien « verbal ». Qu’étais-je en train de rejouer, et de rejouer de son traumatisme ? Ce respect que je souhaite garder notamment quant au silence parfois nécessaire, respect du tempo et de la temporalité du patient, qu’en avais-je fait là ? Le défi que l’on rencontre en tant que clinicien dans l’exercice et l’usage de la parole, pour soutenir un mouvement sans le forcer, pour garder ouvertes notre attention et notre intuition tout en gardant surtout la primauté du patient, de son rythme, de son chemin, de sa compréhension, pour s’adapter aux résistances et non chercher forcément à les déjouer ni même à en comprendre les fondements, je le retrouvai – ce défi – dans le maniement des exercices corporels.

II - A. 3. MONSIEUR K.

Monsieur K. a entre 20 et 30 ans, il vient d’un pays d’Afrique de l’Ouest et est arrivé en France en 2018. Il était suivi à Parcours d’Exil depuis huit mois lorsque je l’ai vu pour la première fois ; le début de son accompagnement a été pour moi une belle illustration de la force et des bénéfices de la communication dans l’équipe. La médecin m’avait « mise en garde » sur l’intensité de son traumatisme et la rapidité avec laquelle il se dissociait et perdait le contact, avec elle comme avec la globalité du monde extérieur. Cette information préalable m’a permis d’ajuster tout de suite ma posture, de construire un lien comme on fait connaissance, « à distance du traumatisme », ce qui se révéla déterminant pour la suite de l’accompagnement. M. K. élabore avec beaucoup de finesse, il est conscient de ce qui lui fait du bien et du mal, et capable d’agir en conséquence.

Il m’a enseigné deux choses sur les exercices corporels. D’abord qu’il se passait par leur intermédiaire vraiment quelque chose ... qui me dépassait. Puis que leur caractère non anodin avait pour corollaire qu’ils n’étaient pas interchangeables, ni – et c’est le point phare – toujours opportuns. Autrement dit, leur usage requière de maintenir l’attention et la réflexion, et non de me reposer sur les lauriers d’une pratique qui serait intéressante « en gros » comme on est tenté parfois de se reposer sur une « pensée magique ».

Lors d’un entretien où M. K. évoquait des souvenirs fortement traumatiques, leur récit entraîna un moment de dissociation. Un de ces moments dont il est également éprouvant d’être témoin tant la personne paraît mal, en souffrance, happée par la scène, et tant nous sommes alors impuissants. M. K. « parvint » progressivement à « revenir », et quand il fut à nouveau « connecté », luttant cette fois plus consciemment contre des reviviscences (qui peuvent être des images, des bruits, des odeurs, sensations corporelles rattachées à l’évènement traumatique), je le vis tracer le signe de l’infini autour de ses yeux, exercice que je propose

souvent aux patients³ et qui paraît toujours assez puissant, restaurateur. J'en ai été surprise, une fois de plus impressionnée par les ressorts du corps, les chemins qu'il contient, ses potentialités de restauration. Encore mal et dans un état loin de la pleine conscience, M. K. traçait du doigt le contour de ses yeux. Cet exercice d'apparence si anodine lui permettait de reprendre pied, dans le temps et dans l'espace.

Une autre fois, après les vacances d'été, M. K. me dit qu'il avait largement fait « chez lui » toute la panoplie des exercices et notamment ceux du contour du corps. Leurs effets me paraissaient d'ailleurs visibles, dans la qualité de sa présence et une tranquillité que je ne lui connaissais pas. Cependant, à l'entretien suivant, M. K. exprima qu'il ne souhaitait pas/plus faire les exercices de contour et avait davantage besoin des exercices de mouvement. J'entendis à ce moment non seulement la préférence de M. K. pour la mise en mouvement, mais aussi que ceux qui auraient été avec le geste du toucher ne lui convenaient pas là, n'étaient pas opportuns. Cette remarque fut très importante pour moi, à plus d'un titre. Nous y reviendrons.

II – B. REMARQUES GÉNÉRALES :

SURPRISE, PLAISIR, DIGNITÉ

Avant toute autre élaboration sur ces vignettes, il convient de rappeler certaines des vertus visibles et « immédiates » des exercices que nous énoncions dans l'introduction, pour les souligner.

Il y a la surprise des patients déjà. Surprise d'une proposition inhabituelle. Surprise également qu'elle leur fasse autant de bien. Il n'est pas rare de voir les patients sourire, rire parfois, de sentir qu'ils se prennent rapidement au jeu. Ni l'un ni l'autre de ces aspects n'est anodin. Roussillon rappelle que la surprise est « l'un des affects de base de la psyché », et que le traumatisme est entre autres lié à l'« effet de surprise » d'un événement qui vient alors faire effraction dans une psyché non préparée. S. Dreyfus reprenant Freud précise également que « pour l'issue d'un grand nombre de traumatismes, le facteur décisif serait la différence entre systèmes non préparés et systèmes préparés par surinvestissement. » (Dreyfus, 2005, p.23). Le mot « surprise » semble dérisoire pour évoquer un vécu de torture, et il l'est. Cependant, le plaisir des patients à découvrir une nouvelle proposition et de nouveaux ressentis laissent à penser que quelque chose est possible encore dans l'étonnement. Comme on découvre un nouveau territoire. Comme s'ouvre, peut-être un nouvel espace psychique, ou simplement comme on retrouve un lieu longtemps quitté, exilé de soi par le traumatisme, les kilomètres parcourus, les frontières franchies.

³ Cet exercice est issu des techniques de *Brain Gym*, qui tendent à favoriser la communication entre le corps et les fonctions cognitives, notamment par des activités motrices. Souvent, en faisant cet exercice, les patients se mettent à respirer profondément. L'exercice semble alors avoir un effet ventouse, comme une pompe qui irait chercher l'eau des profondeurs, et la ferait remonter.

Le fait que les patients se prennent au jeu est important aussi. C'est en les voyant acteurs, investis, et finalement motivés pour reprendre les gestes et les mouvements jusqu'à sentir qu'ils les font « mieux » que je prends moi-même conscience de combien leur capacité à être sujets a été durablement abimée. Si « l'immobilité physique et la perte de curiosité sont également typiques des adultes et des enfants traumatisés » (Van der Kolk, 2018, p. 110), si c'est aussi dans ce type de symptômes que s'exprime le potentiel destructeur du traumatisme et plus encore de la torture, c'est bien de retour du sujet et parfois de réanimation psychique qu'il s'agit, au décours de ces exercices. Là encore, il faudrait introduire bien des nuances cliniques : chaque patient ayant sa manière d'investir ce moment, chacune de ces spécificités va être l'occasion d'ajuster ce qui devient un chemin thérapeutique.

Il y a le jeu, et il y a la réussite – qui a donc un goût de victoire si on file la métaphore du jeu. Je pense à certains patients qui font et refont vaillamment les exercices, et dont le sourire m'émeut parfois tellement. Ce n'est pas rien, « d'y arriver ». Et nous pouvons laisser notre capacité de rêverie se déployer ; laisser s'ouvrir l'idée d'y arriver, d'y parvenir ; la laisser résonner aussi avec ce que nous pouvons imaginer d'un parcours où l'exil a succédé à la torture, où l'attente incertaine dans l'obtention de papiers et d'un statut a succédé à l'exil. Un parcours finalement où on peut avoir l'impression de ne jamais « y arriver », d'aller d'échec en échec. Non vraiment, ce n'est pas rien.

Avec un peu de recul, le travail de la focalisation du regard, celui des mouvements alternés des jambes, et plus largement ceux où il y a de la rythmicité semblent assez propices à cette expérience d'amélioration, de progrès.

Enfin, les bâillements sont quasi systématiques, quels que soient les exercices, mais plus particulièrement via les auto-massages. La détente est visible, et avec elle autant un assouplissement du et des gestes qu'un affermissement de la posture, paradoxalement. J'ajouterais qu'il est alors net que la détente musculaire *entraîne* une détente intérieure sinon psychique, qu'avec le corps c'est tout l'être qui soudain respire et s'aère. « C'est bien, ça ! » disent parfois les patients avec cette expression caractéristique dont l'apparente banalité est finalement éloquente ! Ceci étant dit, là encore les nuances cliniques valent une attention fine, qui s'affine en s'exerçant. « On remarque beaucoup de choses en observant. » dit Yogi Berra. C'est ô combien vrai.

Van der Kolk, pour souligner combien le traumatisme peut être ancré dans le corps, évoque des « patients remarquablement maladroits et très mal coordonnés physiquement », dont « [les] échanges les plus décontractés semblaient guindés, privés de la fluidité gestuelle coutumière entre amis. » (Van der Kolk, 2018, p.44). Et j'entends aussi les mots de Anne Lécu, médecin en prison « Au cœur de la misère, la honte est une misère au carré (...). Celui qui se tient sous la domination de la honte éprouve un sentiment de salissure, quelque chose de collant qui le retient au sol, le nez dans la poussière. Impossible pour le honteux de regarder à hauteur d'homme. Son regard tombe, ses yeux se baissent, son dos se voûte. La honte grignote de ses dents acérées tout ce qui tombe sous son museau : l'estime de soi, la possibilité de regarder l'autre dans les yeux, la joie. » (Lécu, 2016, p.26)

Les mots de l'un et de l'autre résonnent précisément avec ce que j'observe notamment via les exercices. Je vois ce patient pour qui le fait même de lever les yeux est une transformation, celui-là qui rit d'ouvrir et étirer ses bras, mais aussi la difficulté qu'ils ont presque tous à avoir des pas fermes dans les mouvements d'alternance des jambes. Outre les bénéfices de l'ancrage dans le présent, accepter de voir et d'accorder du temps à ces aspects, c'est reconnaître que l'apparence compte aussi, que le fond et la forme (se) travaillent ensemble, s'étayent mutuellement. Une manière aussi de « prendre soin » de la honte et du sentiment d'indignité souvent si profondément ancrés, d'ouvrir une porte – peut-être – par laquelle ils peuvent croire à nouveau que ces sentiments surnois n'auront pas le dernier mot.

Appuyons-nous désormais sur les vignettes choisies pour explorer notre question de départ. Ce que le toucher comme « sens des sens » peut permettre d'abord, notamment par sa dimension intrinsèquement réflexive (« Il se passe » qu'ils peuvent *se* rencontrer, (re)prendre contact avec eux). La fonction signifiante des exercices ensuite, sémaphorique selon la distinction lumineuse de Roussillon. Par la mise en mouvement du corps passe « autre chose », et rend soudain visible le traumatisme ou ses conséquences. Et enfin certaines des limites de ces exercices.

II - C. LE TOUCHER, PUIS LA PEAU. ÉTONNEMENTS.

II – C. 1. LE TOUCHER INSAISSABLE

Les trois vignettes ont finalement à voir avec le toucher. Depuis le début, je parle du toucher sans dire si je parle du verbe ou du substantif, du fait de toucher ou du sens du toucher. C'est que, dès le départ, les deux sont liés. Que se cache dans cette indistinction même l'objectif, peut-être l'ambition, de ces exercices : en sollicitant le sens du toucher, réveiller le verbe, qui n'est pas tant – ou pas moins – une parole qu'un acte. En touchant, sentir. Et sentir qu'on sent, c'est-à-dire *se* sentir, c'est-à-dire encore s'éprouver vivant.

Le toucher est le sens des sens, le « sens du corps tout entier » comme dit Le Breton reprenant Lucrèce. Vouloir en dire quelque chose c'est se retrouver perplexe, sans voix, plongé dans un empilement de complexités, saisis. Et sans doute est-il préférable de commencer par se taire pour écouter. Le verbe ausculter a la même racine que le verbe écouter. Avant d'être étendu à l'ensemble de l'examen clinique, ausculter est d'abord le fait de percevoir auditivement, est une *écoute* attentive. Alors écoutons. A l'intérieur.

Se laisser étonner, laisser les mots danser, résonner, s'appeler et se répondre. Toucher, être touché, l'un ne va pas sans l'autre, déjà pour le sens lui-même. Il y a aussi le binôme qui relie la sensation physique et l'émotion. Toucher, être touché : les deux vont pour le corps et pour le cœur, ému. Dans les deux cas, l'intérieur rencontre l'extérieur, l'extérieur rejoint l'intérieur. L'émotion abolit la distance ; et me voilà saisi(e) sans être en contact directe avec « ce qui » m'a ainsi (r)attrapé(e). « Le plus fondamental des sens, le toucher, reste donc à bien des égards le plus insaisissable aussi. » (Heller-Roazen, 2011, p. 28)

II – C. 2. LA PEAU, DONT LE TOUCHER EST LE SENS

Pour ce qui est du sens du toucher, on pourrait dire qu'il est le sens de la peau. La peau qui entoure, enveloppe, délimite, notre corps, et finalement le constitue. La peau sans laquelle nous ne serions pas. Ni ne serions différents – ou en tous cas distincts – des autres (est-ce autre chose ?). Ni ne pourrions être en relation. La peau qui nous tient, nous contient (mais en fait non, pas complètement), nous maintient. Peau qui ferme et ouvre tout à la fois.

La peau est une surface, ce qui a des conséquences en cascades. En tant que surface, la peau peut être marquée par des traces d'une part. Elle peut d'autre part permettre la résonance – comme nous disions que la voix a besoin de rencontrer une montagne ou quelque autre aspérité pour se faire écho – et donc la réflexivité quand elle est celle d'un sujet. Elle a finalement, par le fait d'être surface, la possibilité de contenir, et donc d'être un *lieu* au sens où on *habite* un lieu. Mais l'étonnement n'est pas fini. Prenons un microscope ou autre instrument d'observation : la surface qu'est la peau se révèle épaisseur et volume dès qu'on y regarde d'un tout petit peu plus près. On distingue déjà l'épiderme, le derme et l'hypoderme, de la couche la plus à la moins superficielle, et des sous-couches dans chacune. Toutes trois sont constituées de structures en trois dimensions, ainsi que de réseaux de fibres qui relient – on le sait désormais – la surface de la peau aux noyaux des cellules.

A ce sujet, l'ouvrage du Dr Guimberteau *L'architecture du corps humain* est une source immense d'étonnements émerveillés, de questions, et d'idées aussi pourrait-on dire, tant ce qu'il explicite ouvre d'explorations cliniques. On découvre combien, jusqu'au cœur de notre constitution physique, tout est lié et relié, tout communique. L'apparent désordre d'un réseau de fibres semble « garant de l'efficacité vitale » (Guimberteau & Armstrong, 2016, p.11), définissant la structure et la forme.

Les discussions avec mes collègues ostéopathes fasciathérapeutes sont pour moi insatiables. Les fascias sont précisément le tissu évoqué juste avant, « le réseau fibrillaire, continu, sous tension qui existe à l'intérieur du corps, depuis la surface de la peau jusqu'au noyau de la cellule » selon la définition de Guimberteau⁴. Je partage avec vous l'un de ces étonnements : un ostéopathe, par définition, travaille par la peau et la main. Les manipulations d'un fasciathérapeute sont généralement fines, quasi imperceptibles : ils cherchent le mouvement par des jeux de tension et relâchement, rarement aux endroits douloureux, composant précisément avec et à partir de ce tissu fibrillaire présent dans tout le corps. Le point fascinant, pour moi, réside dans la délicatesse de la perception et du geste ; ils perçoivent et ont accès aux profondeurs par la surface. Ils ne capteraient sans doute pas les mouvements qu'ils « entendent » par ce biais s'ils procédaient à l'ouverture chirurgicale des membres. Paradoxalement, c'est à *distance* qu'ils reçoivent « l'onde », comme une vague sur le rivage, mais un *contact* à distance. Le paradoxe est double. Et est si inspirant.

La peau est un tissu, vivant. Dire cela, c'est encore dire et ouvrir beaucoup.

⁴ Suite de la définition : ce réseau global est mobile, adaptable, fractal et irrégulier ; il constitue l'architecture structurelle fondamentale du corps humain. (Guimberteau & Armstrong, 2014, p. 193)

II – C. 3. TOUCHER ET TACT

Nous le disions précédemment, mais il convient de le rappeler après cette immersion dans les univers que sont le toucher et la peau, ne touchant pas moi-même les patients, c'est de leurs gestes qu'il s'agit, de leur peau. C'est donc de leur vécu qu'il s'agit, leurs ressentis. Cependant, la peau étant dehors et dedans, elle est une *interface*, et le travail avec la sensorialité devient échange entre eux et moi, et moi et eux.

Dernière remarque sur le toucher, d'un point de vue organique il est relié à l'amygdale et par là aux émotions, mais la réponse émotionnelle est aussi étonnamment « dépendante » du « contexte affectif » du geste, de la relation.

C'est ce que nous savons d'expérience. Le toucher ne dispense pas du tact, bien au contraire. Sa puissance de réactivation et sa porosité aux affects, qu'il reçoit et transmet, appellent plus que tout autre vigilance et délicatesse.

II – D. QUE SE PASSE-T-IL ? CE QUE LE TOUCHER PERMET

En revenant aux vignettes, nous pouvons souligner que la peau sollicitée par le geste du toucher, et les gestes concrets qui massent ou suivent les contours de la peau, sont pour les patients l'occasion d'un contact avec eux-mêmes. Ce contact n'est cependant ni immédiat ni facile. C'est là qu'il faut d'abord nous arrêter.

II – D. 1. DU TRACÉ AU GESTE : APPRIVOISEMENT DU ET PAR LE GESTE

Le geste de M. J. était hésitant, timide, presque craintif. Il y avait comme une retenue. Comme s'il n'osait pas, et osait encore moins « y être ». Comme s'il se tenait à distance, malgré le contact. La difficulté me semblait encore plus vive avec M. I. (comme on dirait d'une souffrance qu'elle est vive). Parfois il ne pouvait pas, passait à côté, contournait, sans toucher le contour qu'est la peau. Ces patients expriment un paradoxe : à la fois leur attitude manifeste l'intensité du toucher et la sensibilité de la peau. Mais en même temps c'est aussi avec eux que j'ai le plus l'impression qu'on peut « toucher sans toucher », c'est-à-dire toucher sans sentir ni ressentir, sans percevoir. En l'écrivant je prends alors conscience que le paradoxe était un postulat dans ma tête. Là où je croyais que ces vignettes pouvaient illustrer ce toucher neutre, vide, comme peuvent l'être la parole ou la pensée opératoires, je comprends qu'elles révèlent bien davantage l'intensité que la neutralité et le vide.

Mais nous voyons le geste évoluer, s'assouplir, devenir plus fluide, trouver un tempo. Comme s'il y avait un apprivoisement progressif de la peau par la main. J'avais été interpellée par les propos de Montagu qui remarquait que « dans le toucher maternel aussi, le stade de l'effleurement précède celui de la pleine confiance. Cette confiance semble éveiller une réponse personnelle et expressive du bébé. » (Montagu, 1967, p. 87). Le parallèle n'est absolument pas strict – bien qu'il m'ait en son temps ouverte à une nouvelle compréhension de la clinique avec

ces patients si intimement détruits, la rapprochant de celle du nourrisson – mais il produit un certain écho. Il y a un changement progressif du geste ; quand on le rythme par des respirations profondes et des mouvements des épaules, on voit parfois des limites bouger.

« Peu à peu on reconstruit le schéma corporel et l'on peut renouer avec les zones du corps qui ont été occultées, comme mise à l'écart du ressenti » (Biétry, 2015, p. 12) partageait Claude Biétry, ancienne kinésithérapeute à Primo Levi, mettant des mots sur mon impression. Progressivement, j'ai vu M. J. entourer son poignet avec ses mains ; M. I. faire tout le tour de sa main certains jours, trouvant des voies moins « sensibles » par certains doigts. Ou un autre patient encore, massant la cicatrice à son mollet qu'il ne pouvait pas même regarder il y a un an.

II – D. 2. DU GESTE AU SENS : DU TOUCHER VIDE AU TOUCHER PLEIN

Et puis, parfois, un lien surprenant et soudain semble s'établir, entre le patient et lui-même. Une connexion comme un éveil, un réveil. Un contact réel. Lorsque M. J., massant ses mains, regardait les miennes – non pour les regarder vraiment mais plutôt, dirais-je, pour ne pas considérer les siennes, pour ne pas s'en approcher trop près –, il y avait une forme d'évitement. Que s'est-il passé alors, dans ce moment qui devient *kaïros*, fulgurance, évènement ? Qu'est-ce qui a permis ce mouvement, cette apparente rencontre, si c'est de cela qu'il s'agit ? Comment la peau a-t-elle soudain retrouvé sa capacité réflexive, par laquelle nous sentons que *quelque chose* nous touche et que *nous sommes* touchés, c'est-à-dire par laquelle nous sentons et l'intérieur et l'extérieur, et nous-même et le réel ? Cela reste sans doute un de ces étonnements, voire de ces mystères, qu'il faut d'abord considérés et accueillir comme tels.

Comment et où situer l'expérience, comment la penser ? Est-ce le surgissement du soi psychique et d'une ébauche de représentation, de conscience de soi ? Ou sommes-nous en amont, au niveau de l'expérience sensorielle qui fonde *d'abord* le moi corporel, avant même l'affect, dont je ne suis pas certaine que l'on puisse parler dans cette vignette ? Difficile à dire. Je penche cependant pour cet « en amont », ce premier pas de la sensation vers la perception, qui ira ensuite vers l'affect. La peau est « le parchemin originaire, qui conserve (...) les brouillons (...) d'une écriture « originaire » préverbale faite de traces cutanées. » (Anzieu, 1975, p. 128), qui la conserve parce qu'elle l'a d'abord reçue, et dont les sensations sont le vecteur, ou le révélateur dans l'après-coup. Il y a un dire originaire par le toucher.

Cette expérience parle en revanche en creux, en négatif, de la mort du sujet à lui-même que produit la torture, et tout ce qui l'a entourée. Dans cette fulgurance, la vie qui revient témoigne aussi de la mort qui était, ou en tous cas la vie inanimée, éteinte, étendue, absente. Comme la respiration parfois, la sollicitation de la peau par le toucher a semblé joué un rôle de réanimateur. En quête du souffle des profondeurs, et qui soudain l'entend remonter, puis affleurer. La réanimation psychique par l'intermédiaire du corps. Je dirais alors que c'est le paradoxe auquel je fais moi-même appel en proposant certains exercices et mouvements : par le fait de toucher et d'une certaine façon de coller la main sur la peau, espérer entraîner un décollement, ou un décollage – les deux ont leur sens – à un autre niveau. Faire de la main une

double peau, potentiellement rassurante et contenant elle-même, encourageante, et permettre au sujet enfoui dans les profondeurs, terré de terreur, de tenter une sortie.

Avec M. J., remarquons l'étape que nous venons de franchir. Les exercices corporels peuvent se révéler propices à un certain progrès, à une évolution positive de la manière d'être au monde des patients. Il y a un bénéfice « en soi », qui mérite parfois de ne pas aller plus loin. Là, il y a davantage. Nous percevons que les profondeurs bougent en même temps que la surface. Les exercices deviennent éloquents. Quelque chose semble être dit par le corps, scène en même temps qu'intermédiaire. Pensons aux faces émergées et immergées de l'iceberg, aux différentes strates de la terre, aux discours manifeste et latent. Il y a ce qu'on voit, et ce « quelque chose d'autre » qu'on ne voit pas et qui (se) passe pourtant, qui nous surprend, nous fascine peut-être. Et l'effroi peut se révéler proche. C'est entre autres là que mon attention était retenue, et mon envie de chercher. Il (se) passait plus que prévu, je le sentais, sans rien en saisir de net.

II – E. QUE PASSE-T-IL ? LIEU ET ÉLOQUENCE DU CORPS.

Poursuivons alors notre exploration. Que (se) passe-t-il donc ?

Pour dire et penser quelque chose de « cela » - et c'est si difficile – distinguons l'émergence du traumatisme, et le travail psychique qui se tisse « par en-dessous », en lien avec le travail des enveloppes. Pour le dire autrement, il me semble que les réactions des patients quand ils font ces exercices révèlent, manifestent, laissent entrevoir la réalité de la torture. L'horreur semble à fleur de peau, on la devine, on la sent, on devient témoin de l'ampleur de la destruction, du vide qu'elle a créé. Et paradoxalement, dans le même temps (et comment tenir les deux ensembles ?) c'est parfois aussi le tissage en cours que je crois voir. Des morceaux psychiques éparpillés qui se rapprochent, une histoire qui s'écrit sans mot encore. Mais comment savoir ? Comment savoir si c'est vrai ? C'est là que parfois je préfère ne pas dire. Par peur d'une interprétation qui deviendrait mé-disance. Par peur aussi de leur voler la parole, par espoir qu'eux-mêmes pensent à haute voix un jour. Par respect.

Tenir silencieusement. Entendre alors des résonnances, qui relient, et en cela finalement tissent. « Peut-on passer du Moi-peau au Moi-pensant sans le flux de pensées en écho ? » interroge Widlöcher⁵, ouvrant l'horizon, éclairant nos ambitions.

II – E. 1. À FLEUR DE PEAU. DE L'EFFLEUREMENT DE LA PEAU A L'AFFLEUREMENT DU TRAUMATISME. PASSAGE DU TROP

Le traumatisme est un trop, un excès. Les limites n'ont pas tenu face à l'intensité, qu'elle vienne du dedans ou du dehors, d'un événement qui n'a ni sens, ni histoire. Le cerveau, la psyché, et finalement le corps lui-même ont été assaillis et débordés, et le demeurent « à l'endroit » de cet événement passé-présent.

⁵ Widlöcher, 2007, p.61

C'est ce trop qui passe au décours des exercices. Omar Guerrero écrit dans la revue *Mémoires* « Ils amènent alors des corps bancals, comme s'ils apportaient un objet témoin » (Guerrero, 2015, p. 14). Là, le témoin semble prendre la parole.

Nous avons eu l'occasion de dire que le traumatisme échappe au travail de symbolisation et à la mémoire. Mais le corps, lui, se souvient. Le clivage (et peut-être du fait du clivage ?) protège de l'éprouvé, mais l'évènement se poursuit. Que deviennent alors les éléments décousus, déliés du traumatisme ? Mémoire du corps, constatée, de plus en plus étayée, et qui, pour ma part, ne cesse de me surprendre.

Ainsi, les exercices peuvent entraîner comme un réveil de la mémoire du corps, un retour des traces traumatiques, plus ou moins encryptées. Pouvons-nous relier cette idée d'une mémoire du corps, d'un corps qui se souvient, qui garde en lui, d'une manière ou d'une autre, les traces des évènements vécus, aux « états primitifs » évoqués par Freud ? Dans le Vocabulaire de Psychanalyse, le développement de la définition de la régression souligne : « Freud a souvent insisté sur le fait que le passé infantile – de l'individu, voire de l'humanité – demeure toujours en nous : « Les états primitifs peuvent toujours être réinstaurés. Le psychique primitif est, au sens plein, impérissable. ». (Laplanche & Pontalis, 2007, p.402)

Est-ce une répétition du traumatisme, comme Freud dit que l'analysé « ne reproduit pas sous forme de souvenir mais sous forme d'acte [ce qui est oublié et refoulé], il le répète. » (Freud, 1914, p.16), ou qu'il « l'agit » ? Nous ne sommes sans doute pas dans ce type de situation car les patients semblent « encore dedans ». Le refoulement n'a pas vraiment eu lieu. Nous pouvons sans doute dire davantage que quelque chose se rejoue, plutôt que se répète.

Pour moi, c'est en partie cela qui se produit lorsque M. I. décale sa main de l'autre main qu'il ne peut toucher, ou quand « je perds » soudain M. K. Je ne sais la nature de la réalité que recouvre leurs attitudes, mais je sens qu'on est, dans de tels moments, au lieu de la détresse, de l'effroyable, de l'excès. Et que celui-ci a trouvé par le toucher une voie d'adresse, un passage.

Mais alors, comment (oser) poursuivre ? Quand nous voyons la fuite du corps, ou sa défaillance (au sens où nous voyons qu'il défaille) ? Quelle est la limite entre le geste qui prend soin et celui qui abîme ? Ce n'est pas non plus une question (clinique) facile, et je crois que seule l'expérience l'apprend peu à peu. « Sans cesse sur le métier remettez votre ouvrage. » Oui, il faut la remettre, la reprendre, la relire, parce que la volonté de prendre soin fera grandir notre sensibilité à la mal-faisance sans nous faire négliger un soin précieux.

Ce qui conduit à envisager encore un autre niveau. Celui du soin, de la reconstruction des enveloppes psychiques, par le travail de l'enveloppe cutanée.

II – E. 2. PASSAGE AUSSI DE LA SÉCURITÉ. RÉGRESSION ET RECONSTITUTION DES ENVELOPPES

Deux citations pour ouvrir cette réflexion.

« La déconstruction – voire la destruction du corps qu'opère la maladie est certes une perte de la perception de nos habituels repères, allant jusqu'à la défiguration. Mais c'est aussi une

réouverture de notre perception semblable à celle qui a dû se produire au tout début de la vie pour la nourrisson, quand il est assailli de sensations inédites et envahissantes. » (Ricadat, 2019, p. 252)

« Je comparerais cette manœuvre à la main de la femme enceinte posée sur son ventre, qui communique ainsi avec son bébé. (...) Cette patiente avait besoin de ce long temps de régression qui la sécurisait et lui permit de se retrouver un peu plus dans son corps. » (Bietry, 2015, p.13)

Si je ne travaille pas avec des patients atteints de maladies graves, pas plus que je ne suis ostéopathe comme l'est Claude Biétry travaillant avec ses propres mains, ces deux réflexions disent quelque chose de mon expérience personnelle, en même temps qu'elles proposent une hypothèse originale (réouverture de la « perception primaire » du nourrisson). Intuitivement convaincue que le cœur est – aussi – à la surface, et très encline à penser avec Valéry que « ce qu'il y a de plus profond en l'homme, c'est la peau. », c'est par cette peau que je cherche à informer aussi, à rejoindre, la « peau du fond de l'être » (Lécu, 2016, p.83). C'est en proposant aux patients de prendre, chercher, (re)trouver le contact avec leur peau que j'ose penser qu'ils y découvriront un chemin de rencontre avec ce qui les constitue aussi profondément, personnellement. Rejoindre le centre en passant par les, par la périphérie. Le centre par le contour. Et les mots et expressions continuent à se répondre en échos, se succèdent dans la farandole de la rêverie si prompte à mener à des endroits de lumière.

La main comme une double peau. Qui rassure, tranquillise, « démassifie » la première de sa charge d'excitations. Une double peau qui permet la réouverture de la peau, jusque-là fixée dans le combat, figée dans une posture de défense, et la reconstitue. Retapissant le fond de l'être. Réouvrant la vie psychique.

L'exemple de M. J. illustre cela, ce chemin par la peau, tout en illustrant son contraire. Si, pour lui, il y a eu contact dans ce moment fulgurant, c'est qu'avant ce moment le toucher allait sans ce contact avec lui-même. Jusque-là il touchait sans toucher, il touchait sans sentir. Si la peau peu permettre et grandement faciliter la connexion, cela n'est pas automatique. Il faut autre chose pour que « ça passe », sans lequel, parfois, le toucher provoque l'inverse : la fuite du sujet, sa disparition, son repli défensif.

Reprenons l'exploration de cette expérience de « retour du sujet » par le sens du toucher et la mobilisation de la peau.

• LE MOI-PEAU

Il est impossible d'évoquer tout cela sans parler du Moi-peau théorisé par Anzieu, en même temps que cela est terriblement difficile tant est vaste et riche cette théorisation. C'est trop peu dire qu'Anzieu a magnifiquement déployé et approfondi l'articulation entre le moi corporel d'abord biologique et le moi psychique. Freud, dans *Le moi et le ça*, écrivait « Le moi est avant tout un moi corporel », ajoutant entre autres dans une note de bas de page « c'est-à-dire : le moi est finalement dérivé de sensations corporelles, principalement celles qui ont leur source dans la surface du corps. (...) » (Freud, 1923, p.66).

A sa suite, un des piliers de la thèse de Didier Anzieu consiste dans la reconnaissance que « toute activité psychique s'étaie sur une fonction biologique » (Anzieu, 1995, p. 61). La peau et ses différentes fonctions constituent à la fois une métaphore pour penser le psychisme et ses fonctions, mais également, et peut-être d'abord, « le Moi-peau trouve son étayage sur les diverses fonctions de la peau » (*ibid.*). La peau et ses fonctions compris comme étayage pour le Moi sont ainsi un appui nécessaire, sans lequel il se verra amputé de certaines dimensions.

Dans les vignettes cliniques, je comprends les choses de deux manières, dans un double mouvement, qui reste doublement hypothétique. D'une part les exercices deviennent presque un outil servant la régression tant dans son sens temporel que formel. D'autre part, ces exercices favorisent la reconstruction psychique, l'émergence du « moi psychique proprement dit » comme en parle Anzieu, étayé sur le Moi corporel et doublement caractérisé, toujours selon Anzieu, par le sentiment d'identité personnelle *et* le sens de la réalité.

De même que « toute activité psychique s'étaie sur une fonction biologique », c'est comme si le recours ultérieur au corporel devenait condition d'un psychisme « complet » pour des adultes qu'une œuvre de destruction massive et complète a dépossédé de leur intégrité. Remarquons que ce corporel est dès le départ entre-deux, entre le biologique et l'érogène, la peau étant toujours et l'un et l'autre. Singulière puissance de la peau, si étonnamment simple et complexe. Il faudrait faire dialoguer ces points avec la réflexion de Christophe Dejours sur les deux corps, le corps physiologique et le corps érogène, le deuxième étant le corps vécu, et émergeant à partir du premier.

- **TOUCHER ET RÉGRESSION**

- **Régression psychanalytique**

Le *Vocabulaire de la psychanalyse* distingue la régression dans son sens temporel, qui « suppose une succession génétique et désigne le retour du sujet à des étapes dépassées de son développement », de la régression au sens formel, qui « désigne le passage à des modes d'expression et de comportement d'un niveau inférieur du point de vue de la complexité, de la structuration et de la différenciation. »

Les vignettes cliniques reçoivent un éclairage nouveau. Les exercices corporels permettent une régression au sens temporel d'abord, un retour à un état antérieur au traumatisme, non pollué par la violence multiforme de cette « expérience », un état qui parle de ressources, d'histoire personnelle, d'environnement familial et culturel, de jeu, quand il y a eu tout cela. C'est possiblement ce qu'a vécu M. J. au moment de ce basculement vers « autre chose », une autre modalité de présence à lui-même. C'est également ainsi que je lis le recours si fréquent de M. K. aux exercices de contours du corps.

- **Apport des neurosciences : soin par la sollicitation du cerveau archaïque**

Quant à la régression dans le soin du traumatisme, ajoutons une dernière remarque qui nous vient des neurosciences. Van der Kolk explique que le soin du traumatisme va chercher à retrouver l'équilibre crucial entre l'amygdale et le cortex préfrontal, totalement inversé dans le syndrome de stress post-traumatique. Cette régulation peut se faire du cortex vers l'amygdale, en travaillant le jugement, la régulation des émotions, et d'autres tâches cognitives. Elle peut

aussi se faire dans l'autre sens, de l'amygdale vers le cortex, en agissant cette fois sur le système nerveux autonome. L'origine de ce système est dans le tronc cérébral, et on y accède par le toucher, le mouvement et la respiration. (Van der Kolk, 2018, p. 92). Or le tronc cérébral est le lieu du cerveau reptilien, qui est le cerveau le plus archaïque.

Bien que la différence des disciplines impose une grande prudence quant aux parallèles, il est intéressant de remarquer que le toucher agit sur la partie la plus ancienne du cerveau, ce qui résonne avec l'idée de régression, de retour, retrouvailles ou reconnexion (à défaut de relation) avec un état antérieur. Anzieu souligne d'ailleurs ce qui ne cessera d'être un étonnement pour moi : « On sait également que la peau (surface du corps) et le cerveau (surface du système nerveux) dérivent de la même structure embryonnaire, l'ectoderme. » (Anzieu, 1995, p.119).

• DU TOUCHER À SON INTERDIT : RECONSTRUCTION PROGRESSIVE

La régression peut aussi s'entendre au sens formel, comme un retour vers du « moins différencié », du moins complexe, moins structuré. Mais c'est pour reparcourir alors les voies de la différenciation, pour retrouver une progressivité dont les patients ont, pour la plupart, déjà fait l'expérience au cours de leur vie. En cela, la régression peut aussi ouvrir sur autre chose. Appuyons-nous sur trois apports du *Moi-peau* pour penser cette progressivité.

○ « Le *Moi-peau* trouve son étayage sur les diverses fonctions de la peau »

Tout d'abord disons que la progressivité est contenue dans l'idée même d'étayage que nous déplaçons quelque peu ci-dessus. L'être humain naît inachevé, et tout son développement va largement se faire à partir des expériences sensorielles, donc corporelles. C'est aussi en ce sens que nous pouvons entendre le primat *structural* de la peau par rapport aux autres sens souligné par Anzieu « pour au moins trois raisons ». La peau recouvre tout le corps d'une part, elle contient elle-même plusieurs sens distincts d'autre part, et elle va avec le sens du toucher, seul des cinq sens à avoir une structure réflexive. Anzieu ajoute « c'est sur le modèle de la réflexivité tactile que se construisent les autres réflexivités sensorielles puis la réflexivité de la pensée. » (Anzieu, 1995, p.84). Cet étayage est lourd de conséquences que nous n'avons pas fini d'explorer. C'est tout le fondement de la pensée sur et dans la perception qui est ici en jeu et en question.

○ Progressivité des fonctions de la peau, et par là du *Moi-peau*

L'auteur du *Moi-peau* distingue par ailleurs huit fonctions de la peau. Contentons-nous (malheureusement) de seulement les énumérer ici. Fonctions de maintenance (maintien du corps, dans son unité et sa solidité), de contenance (la peau contient tout le corps), de pare-excitation (protection de la couche sensible de l'épiderme et de l'organisme tout entier contre les agressions provenant de l'extérieur, par la couche superficielle de l'épiderme), d'individuation du Soi (exprime l'individualité et la protège par distinction des corps étrangers), de surface de soutien de l'excitation sexuelle (la peau est le lieu des premières expériences de plaisir), de recharge libidinale (surface de recharge énergétique par les stimulations permanentes du tonus sensoriel), et d'inscription de traces sensorielles tactiles (c'est par la peau que passent les informations du monde extérieur). (Anzieu, *ibid.*, p.121-128).

Pour ma part, dans le choix des exercices proposés aux patients ce sont les fonctions de maintenance et de contenance de la peau que je cherchais plus précisément à rejoindre, rendre « sensibles », et travailler. Expérience de la tenue du corps, de sa tonicité, de sa verticalité pour « vivre le corps vivant ». Expérience également de la continuité de la peau – qui certes intègre des orifices, mais continuité quand même – par le contour de la peau, par le geste qui fait l'épreuve de sa réalité.

Une phrase a de ce fait retenu mon attention. Anzieu reprenant les stades de l'organisation de l'espace psychique décrits par Didier Houzel, ajoute à propos du dernier (correspondant à l'acquisition du temps psychique) « il y a maintenant un sujet qui a une histoire intérieure et qui peut passer de la relation narcissique à une relation objectale. Les six autres fonctions positives que j'attribue au Moi-peau (après la maintenance et la contenance) peuvent se développer ; la fonction, négative, d'autodestruction du contenant devient moins redoutable. » (Anzieu, *ibid.*, p. 87)

Cet « après » évoque une progressivité dans le développement même des fonctions de la peau, une non-simultanéité dans leur acquisition ou leur usage. Celle-là même que je remarquais par l'usage et la transformation des exercices corporels, où il semblait bien se passer quelque chose de cet ordre. Dans cette parenthèse d'Anzieu, les fonctions de maintenance et de contenance se développent en premier, deviennent support pour le déploiement des autres. En retrouvant le contact avec leur corps organique, via leur peau, c'est comme si le champ des possibles se réouvrait : leur individualité réapparaît, et la conscience de l'altérité ; une plus grande confiance et sécurité quant au monde extérieur et ses possibles effractions ; leur corps érogène et la possibilité du plaisir ; un corps dont l'épaisseur et la surface permettent la réflexion, dans tous les sens du terme. Dans la vignette de M. K., sa demande explicite de tel type d'exercice plutôt que tel autre laissait entrevoir cette progressivité, l'évolution d'une expérience à une demande explicite, et une demande de mouvement.

○ **L'interdit du toucher**

Disons quelques mots à présent de cet interdit fondateur du toucher, à partir de l'histoire et la lecture qu'en fait Anzieu, aussi passionnante qu'éloquente et sans doute mille fois exploitable.

Questionnement critique et évolution de Freud clinicien

Il est d'abord intéressant de souligner que cet interdit a une histoire, un passé qui y conduit, et des conséquences qui en découlent, dont l'importance va donner à cet interdit une valeur fondatrice incontournable. Anzieu rappelle que cet interdit s'est imposé à Freud après deux événements. Un rendez-vous avec une patiente (Frau Emmy von N.) lui demandant avec force « Ne bougez pas ! Ne dites rien ! Ne me touchez pas ! ». Et l'analyse d'un de ses rêves au cours du suivi d'une autre patiente pendant lequel il l'ausculte physiquement. « Freud entend l'avertissement, dit Anzieu. Il renonce à la concentration mentale, il invente le terme de psychanalyse, il fonde le dispositif de la cure sur les deux règles de non-omission et d'abstinence, il suspend tout échange tactile avec le patient au profit du seul échange langagier » (Anzieu, 1995, p.164).

Deux conséquences surviennent alors, fécondité immédiate d'une décision ferme qui est réajustement d'une posture professionnelle. Première conséquence, « Dans cette situation, ses patients – et Freud en écho à eux – se mettent de plus en plus à rêver. » Deuxième conséquence, « L'analyse méthodique de ces rêves – les siens, les leurs – le conduit, en octobre 1897, à la découverte capitale du complexe d'Œdipe. », ce qui n'est pas le moindre des apports de la psychanalyse.

Avant tout, ce que j'appelle « décision ferme » manifeste une honnêteté professionnelle qui mérite qu'on s'y arrête. Freud fait évoluer sa pratique par l'écoute de ses patients d'une part, et par la relecture de sa pratique et ses modalités et de ses rêves d'autre part. Ces deux éléments essentiels de tout travail clinique n'en sont pas moins laborieux. A en percevoir les conséquences, il semblerait que nous ayons tout intérêt à nous inspirer d'une telle posture qui en est presque une méthode de travail et de recherche.

Apports métapsychologiques de l'interdit du toucher : il y a un temps pour tout

Anzieu souligne davantage la dimension métapsychologique de l'interdit du toucher, qui nous intéresse également là et dont nous expliciterons trois dimensions.

- Tout d'abord, nous retrouvons dans cet interdit l'antériorité du toucher dans le développement psychique de l'individu humain. « Ainsi, le rôle structurant de l'interdit de l'inceste n'a pu être explicité qu'après que l'interdit du toucher ait été implicitement reconnu. L'histoire personnelle de la découverte freudienne récapitule sur ce point l'histoire infantile universelle. » (Anzieu, 1985, p.164-65). En creux, dans le négatif de ce qui est dit des *interdits* du toucher et de l'inceste, nous comprenons que le toucher précède, en la rendant possible, la conscience de la distinction, et par elle la parole et la pensée.

Il met également deux bémols.

- Un bémol quant à la méthode analytique à proprement parler. « L'échange verbal qui délimite le champ de la cure n'est efficace que parce qu'il reprend sur un plan nouveau, symbolique, ce qui s'est échangé antérieurement dans les registres visuel et tactile. » (*ibid.*, p.165). Il y a donc un tempo à écouter. Dans ce rythme, le respect de l'interdit du toucher n'est pas toujours adéquat. « L'interdit du toucher ne favorise la restructuration du Moi que si le Moi-peau a été suffisamment acquis (...). (*ibid.*, p.175). Autrement dit, un Moi-peau suffisamment solide s'impose avant d'utiliser une méthode respectant strictement l'interdit du toucher. Dans les cliniques de l'extrême telles qu'à Parcours d'Exil, la considération du Moi-peau – et donc du Moi corporel qui l'étaye – et sa consolidation doivent être premières.
- Et finalement bémol, ou cadre limitant et par là créatif, à la remarque ci-avant, Anzieu précise en effet que « le toucher n'est fondateur qu'à condition de se trouver, à un moment, interdit. » (*ibid.*, p.165). Si le passage par le toucher est nécessaire, qu'il soit leur geste ou celui d'un médecin ou d'un ostéopathe, il nous faut aussi en penser le terme, même s'il s'agira d'un long, et parfois très long, terme.

La plongée que nous venons de vivre dans le dialogue entre la surface et les profondeurs a donné à voir le lien entre les exercices corporels et les traces traumatiques d'une part, qui sont d'ailleurs davantage des fragments que des traces, tels de bouts de verre encore dans la peau. Et de mieux percevoir d'autre part, les fondements de l'intuition d'un travail de reconstruction passant par le corps. Le développement de toutes les dimensions humaines, et en particulier de sa capacité à penser, ne peut se faire sans étayage corporel, sans l'épreuve des sensations et des perceptions. Quand la blessure et la souffrance viennent entre autres d'une œuvre de destruction massive de l'être, il sera nécessaire d'emprunter à nouveau les voies que nous parcourons, dans le meilleur des cas, au début de la vie. Du pré-moi corporel au Moi-peau, du Moi-peau au Moi-pensant ; comme Winnicott dirait du *handling* au *holding* puis à la *présentation d'objet* (Winnicott, 1989, Trad. 2000, p.208) ? Cela peut sembler aussi nécessaire qu'impensable, car comment retrouver le chemin des sensations du corps, et pourquoi, alors que tous les pores sont envahis, habités déjà, occupés par la mémoire et les restes des coups reçus ?

Cependant, les vignettes expriment d'autres versants, qu'il nous faut désormais aborder. D'une manière générale, il s'agit des limites de ces exercices. En particulier nous considérerons de plus près la question de la résistance, et celle des « ailleurs ». Si je cherchais un lieu pour l'intégration – ce qui est la même erreur que de parler de l'inconscient comme une entité en soi, localisée, plutôt que de processus inconscients – j'ai vite compris que ce n'était pas précisément dans un lieu du corps que « ça se passait ». Nous parlerons alors de l'importance de l'alternance, de la respiration, et un peu de récit.

II – F. LIMITES DE L'EXERCICE

II – F. 1. QUAND LE CORPS DIT UN NON QU'ILS NE PEUVENT PRONONCER

Dans ces vignettes, il me semble nécessaire d'accorder une attention spécifique aux difficultés visiblement éprouvées par les patients : au geste de M. I. qui passe à plusieurs centimètres au-dessus de sa peau, et à celui de M. J., timide, qui effleure de loin et semble redouter de « toucher vraiment ». Ces vignettes, pour moi, en évoquent d'autres. Il n'est pas rare que je perçoive de telles fluctuations dans les exercices (au sens large) ; des arrêts, des contournements, des crispations importantes, qui sont davantage qu'une non-habitude.

Ces réactions posent une question majeure, qui interroge directement ma posture, mon « geste clinique ». Que faire en effet, de tels mouvements, de ce que j'en comprends ? Faut-il inviter le patient à persévérer, à insister pour dépasser ce qui bloque ? Faut-il interrompre l'exercice ? S'il n'y a pas de réponse unique, revient avec force l'importance du respect. Ces réactions ne masquent et ne révèlent-elles pas surtout une souffrance abyssale ?

Et les mots de l'ostéopathe de Primo Levi rejoignent mon impression « Reprendre contact avec son corps et ses sensations, accepter de lâcher certaines résistances est très difficile : ce ne sont pas les patients qui me disent « non », c'est leur corps qui me dit parfois d'arrêter. » (Biétry, 2015, p.13). Si l'intuition du et des possibles semble parfois encourager à poursuivre l'exploration, il faut savoir aussi ne pas comprendre et s'arrêter.

L'expérience clinique, au-delà de Parcours d'Exil, me conduit pour le moment à penser que le non est souvent plus difficile à penser et à prononcer que le oui, à penser jusqu'à le prononcer, à prononcer jusqu'à le penser. A Parcours d'Exil, cela est décuplé. Dans la torture, les viols sont physiques et psychiques, l'effraction est permanente, aucune limite n'est respectée, les refus sont moqués et bafoués. « Ces patients qui ont été victimes de violences politiques et de tortures illustrent bien ce nouage du corps-parlé puisqu'ils ont été attaqués à ce niveau-là : leur corps a servi d'objet de jouissance aux bourreaux, dénoué de toute l'érotisation que permet la parole, dépourvu de toute volonté subjective, puis leur parole a été vidée du sens, pervertie, instrumentalisée, annulée puisque dans ce contexte-là ignorée. » (Guerrero, 2015, p.15).

L'éclairage de Ferenczi est alors précieux. « La personnalité encore faiblement développée réagit au brusque déplaisir, non pas par la défense, mais par l'identification anxieuse et l'introjection de celui qui la menace ou l'agresse. (...) On aboutit à une forme de personnalité faite uniquement de Ça et de Sur-Moi et qui, par conséquent, est incapable de s'affirmer en cas de déplaisir. » (Ferenczi, 1932, p.131).

Nous devons alors faire avec cette difficulté à dire non, parfois proche de l'incapacité. Faire avec, sans pour autant nous y faire. Croire toujours dans la possibilité de ce non et de son expression, soutenir l'un et l'autre. Et quand nous ne savons pas à quel non nous fier, celui des mots ou celui du corps, quand le respect du 'non' communiqué sans mot peut paraître excès d'une interprétation qui n'est parfois ni souhaitée ni demandée, continuons à tendre vers la ligne de crête où se rejoignent les deux langages.

II – F. 2. UNE RÉSISTANCE ?

• VIOLENCE DU CLINICIEN

La notion de résistance m'a progressivement paru pertinente pour plusieurs raisons. Toujours quant à l'attitude à avoir face à ces mouvements qui, d'une manière ou d'une autre, s'oppose, sans que l'on sache toujours à quoi, nous lisons dans le *Vocabulaire de la psychanalyse* « Freud a renoncé à l'hypnose et à la suggestion essentiellement parce que la résistance massive qu'y opposaient certains patients lui paraissait d'une part être légitime, d'autre part ne pouvait être ni surmonté ni interprété. (...) 'La résistance constitue, en fin de compte, ce qui entrave le travail [thérapeutique]'. Cet obstacle, Freud cherchera d'abord à le vaincre par l'insistance – force de sens contraire à la résistance – et la persuasion, avant d'y reconnaître un moyen d'accès au refoulé et au secret de la névrose. »

A partir de ces vignettes, je ne fais pas de parallèle avec l'intérêt clinique de la résistance qui serait une voie princière à défaut de royal vers le refoulé et les éprouvés inconscients. Mais je retiens la *légitimité* de cette résistance, et l'*insistance* de Freud dans un premier temps. C'est l'expérience que j'ai faite avec M. I. D'abord étonnée par sa réaction, j'ai commencé par essayer de voir si son geste pouvait passer par un autre chemin sans pour autant « décoller de la peau ». Cela a conduit à des mouvements intéressants et sans doute bénéfiques. Mais j'ai pris conscience à un moment que ces propositions étaient devenues un objectif, une quête personnelle que je projetais, et que j'avais à lâcher.

A quel moment basculons-nous dans la posture de l'agresseur, du tortionnaire qui exploite et maltraite un corps devenu objet ? Est-ce de cela qu'il s'agissait, est-ce ce qu'il se passait pour et par moi, une question clinique devenue fascination ? Etais-je en train de considérer à mon tour, dans le lieu même du soin, le corps comme un objet ? La question est douloureuse autant que peut l'être une réponse positive. Il faut pourtant l'envisager. Tout est si difficile parfois avec ces patients ; confrontés à notre impuissance, quelle violence pouvons-nous agir à notre tour ?

Saisir, dessaisir, se dessaisir. N'oublions pas la valse des mots et des postures.

- **LA RÉSISTANCE DU SUJET**

- **Re-sistere. « Se » tenir soi-même**

Etymologiquement, la résistance est l'action d'un corps se tenant en face d'un autre, qui lui résiste. Qu'elle soit de l'ordre des phénomènes physiques, ou fait et posture politique, la résistance dit au moins deux éléments. Quelque chose se tient ; on pense au sujet debout, à la liberté en acte, etc. Et se tient généralement pour défendre, pour protéger, ce qui lui apparaît alors comme un bien qui mérite qu'on oppose à qui voudrait le nier ou le détruire toute la force dont on est alors capable.

La résistance ainsi entendue est, quand elle est dite d'un être humain, une posture éminemment personnelle, éminemment subjective. Résister devient le fait de se poser comme sujet, de s'affirmer. En même temps que je dis *non*, il se trouve que *je* dis non. Et le tour est joué, la transformation en passe de se faire. On entrevoit alors les excès possibles, quand la possibilité de s'opposer devient béquille identitaire d'un moi trop fragile, et finalement condition d'existence. Le risque n'empêche pas que le phénomène n'est pas rien. Si on peut parfois souhaiter que la résistance soit levée, elle nous invite en tant que cliniciens à tendre l'oreille au sujet qui s'exprime à travers elle.

- **Défense ou protection, contre quoi ? La crainte de l'effondrement**

« Il ne s'agit pas de faire disparaître la trop vite, au risque que le patient soit désorienté, déboussolé », dit Guerrero à propos de la douleur (Guerrero, 2015, p.14). Mais plus encore, si la fragilité ou l'abandon du geste est une résistance, que protège-t-elle ? De quoi protège-t-elle alors les patients ?

Du retour du traumatisme à l'état brut, d'affects non élaborés et non élaborables, de cet excès qui revient si fréquemment. Nous avons jusque-là peu parlé des affects, des éprouvés psychiques. Leur quête est pourtant sans aucun doute pierre angulaire de cette clinique. Mais ils sont toujours en même temps si massifs et si loin, si évidents et si confus, tellement présents et tellement absents, qu'il est finalement difficile d'en dire quelque chose.

L'article de Winnicott *La crainte de l'effondrement* est lui aussi d'une éloquence et d'une profondeur rares, il éclaire, ouvre et réouvre tant de voies. Retenons certains points pour notre propos.

La résistance pour couvrir une crainte abyssale

« La clinique nous donne à voir toujours une organisation défensive (...). L'angoisse disséquante sous-jacente est impensable. C'est une erreur de considérer la maladie psychotique comme un effondrement, c'est une organisation défensive dirigée contre une angoisse disséquante primitive, et généralement avec succès. » (Winnicott, 1989, Trad. 2000, p.209)

Winnicott renverse la manière de lire et comprendre, dans ce type de retournement qui ont une fécondité inouïe. Le signe, le symptôme exprime, tient, et parfois contient un peu d'une angoisse sous-jacente, cachée et si importante.

En disant cela, il ouvre aussi un chemin. Quand on parle de défense, on se situe dans le champ de la lutte, on pense attaque-défense, etc. Mais qui dit crainte d'effondrement dit crainte, c'est-à-dire une certaine forme de peur, c'est-à-dire besoin d'être sécurisé, rassuré. Il se pourrait que les réticences des patients parlent d'abord d'une peur profonde, jusqu'à la terreur parfois. Le retour de l'éprouvé n'est plus spontanément souhaitable. Pas plus, à priori, que le réveil de l'anesthésie traumatique dont parle Ferenczi. L'insensibilité protège aussi, sécurise.

« La mort s'est déjà emparée de la psyché »

La thèse de Winnicott est « que la crainte clinique de l'effondrement est *la crainte d'un effondrement qui a déjà été éprouvé*. C'est la crainte de l'angoisse disséquante qui fut, à l'origine, responsable de l'organisation défensive que le patient affiche comme un syndrome pathologique. » (Winnicott, 1989, p.209) Et en l'appliquant à la crainte de la mort, il a ces mots très forts « Le suicide, c'est-à-dire envoyer le corps à une mort qui s'est déjà emparée de la psyché. (...) »

Il y a une incertitude sur la notion d' « éprouvé », car il dit plus loin que le sujet cherche précisément à rejoindre dans le présent ce qui n'a pas été éprouvé dans le passé, du fait de l'immaturité de son psychisme.

Nous pouvons en revanche souligner le « déjà vécu », même si c'était incomplètement, dont le réveil terrorise le patient non ignorant de l'ampleur destructive qu'il contient, et interroger la crainte de l'éprouvé en lui-même, la crainte du senti. Je ne peux affirmer avec certitude que c'est ce qui se joue pour les patients dans les moments de réticence-résistance du geste, mais ces mots relient soudain les fragments distincts de l'expérience clinique et leur donnent un sens. Les patients étant des sujets adultes, adultes aussi au moment où ils ont subi la torture, ce n'est pas (forcément) l'immaturité du moi qui explique l'impossibilité d'y recueillir l'évènement, mais l'énormité et la monstruosité, toutes deux répétées, de l'évènement. Comme si l'évènement avait provoqué l'immaturité du moi, une régression immédiate à un état de désagrégation. Dans certains cas, pour certains patients, cela a pu résonner et être amplifié par une expérience précoce, mais il semblerait que même sans cela nous puissions considérer une certaine proximité dans les effets.

Quant à la notion d'éprouver, remarquons simplement le lien logique de cette phrase : « Si le noyau de la folie doit être considéré comme si grave, c'est que l'individu ne peut en faire l'expérience car, par définition, l'organisation de son moi est insuffisante à la contenir et donc à l'éprouver. » (Winnicott, 1965, p.228). Winnicott fait le lien entre la capacité à éprouver et la capacité à contenir, faisant de la deuxième la condition de la première. Sans creuser ici cette

piste, je la souligne pour la laisser résonner avec les exercices de contour du corps qui cherchent à travailler la contenance. C'est aussi l'hypothèse de la nécessaire solidité du Moi pour rendre possible la relecture et le travail d'éléments traumatiques.

Ces différentes remarques et réflexions sur la résistance, en même temps qu'elles font grandir notre compréhension des patients, invitent aussi à une éthique de la posture clinique. Je parlerais volontiers, pour la qualifier, de pudeur. Alors que l'intensité fascine, il faut savoir détourner le regard, entendre les refus murmurés, revoiler ce qui a été violemment mis à nu ; savoir aussi ne pas comprendre parfois, ne pas d'abord chercher à théoriser.

Enfin, laissons M. K. nous aider à clore ce chapitre et en ouvrir un autre.

II – G. LES EXERCICES NE SONT PAS UNE FIN EN SOI. VERS UN AILLEURS

En demandant explicitement de ne pas faire les exercices de contour du corps pour faire des exercices de mouvement, M. K. disait plusieurs choses que nous entendons en creux.

- Les exercices corporels sont liés à des processus psychiques spécifiques. Bouger ou toucher ne mobilisent pas les mêmes mouvements psychiques, ne mettent pas en jeu ou au travail les mêmes lieux, les mêmes éléments. La richesse des exercices s'en trouve élargie : qui dit diversité et spécificités dit aussi palette de couleurs plus large, et donc plus de nuances possibles. Être vigilante quant à ces spécificités permet de composer avec, d'introduire un tempo : selon les patients, selon les moments, tel exercice pourra mener à tel autre, certains ne seront parfois pas opportuns, etc.
- Le toucher est loin d'être anodin, et de la possibilité de son excès est à garder en tête. C'est vrai pour tous. Mais dans la clinique de ce type de traumatisme, ce potentiel excès est un risque accru. Risque de la répétition, de la fixation dans la blessure, du collage à la blessure. Parfois le toucher répare et la main devient deuxième peau au service de la construction d'un espace interne. Mais le toucher peut aussi devenir plaquage de la main sur la peau, aplatissement de l'être, traversée et rupture de l'espace « extérieur » sans qu'un autre soit ouvert. Pour que la fermeture d'un espace soit corrélée à l'ouverture d'un autre réparateur, certaines conditions sont nécessaires.
- Le rythme et l'alternance des propositions est d'une importance centrale. Il y a un temps pour tout. On sait que la fixation est presque un synonyme de la pathologie psychique. Inspirée par Mesmer qui, en son temps et partant de ses expériences cliniques avec le magnétisme, avait relié ce dernier à celui de la physique, et finalement avec le cosmos entier, pourrions-nous déambuler jusqu'à nous demander si le phénomène d'alternance et le mouvement ne font pas partie de ces lois qui régissent l'univers et dont la puissance s'exprime aussi dans bien des voies thérapeutiques ?

Entre le toucher et le mouvement, entre le corps et la parole, entre le cerveau droit et le cerveau gauche, la circulation est essentielle. Et le deux appelle le trois. Que sera-t-il alors ? L'expérience des exercices indique la respiration, comme outil et parfois moment de l'intégration. La jonction, la relation elle-même ? Cela se pourrait.

C'est le champ de tout ce questionnement qu'ouvrirait la remarque de M. K.

PARTIE III

AUTOUR ET AVANT : ÉMERGENCE DES EXERCICES, ET PRIMAT DE LA RELATION

Nous venons d'étudier trois vignettes cliniques pour tenter de comprendre un peu mieux l'articulation entre le travail du traumatisme et les exercices corporels proposés aux patients, notamment ceux qui ont trait au toucher, dans lesquels la peau entre en jeu, et ce de différentes manières. Nous émettions l'hypothèse que ceux-ci pouvaient s'inscrire comme pierre fondatrice dans l'édifice du soin du traumatisme, incontournable allié des mots et de la parole.

L'exploration par résonance de la clinique et de la théorie a clarifié trois aspects.

Certes les exercices peuvent contribuer au soin du traumatisme, en eux-mêmes déjà, en démassifiant un corps que les effractions multiples ont aplati, nié jusqu'à le détruire parfois, en remettant du mouvement dans des lieux que la douleur a figé ou fait oublier, par l'apaisement du toucher et la conscience de soi qu'il facilite, par le plaisir de progresser et de constater une évolution personnelle aussi.

Cependant nous avons vu que les exercices sollicitaient bien davantage, laissaient *passer* davantage qu'une énergie positive de reconstruction, de circulation, de relation. « De l'intérieur vers l'extérieur », c'est le vécu traumatique et ses traces qui surgissent également, encore tellement à vif, à fleur de peau, pour les personnes accompagnées à Parcours d'Exil. Le corps devient alors une scène, les exercices se découvrent une fonction sémaphorique, de mise en signes en-deçà des mots. Cela déplace l'hypothèse. Avant même de parler de soin, c'est bien d'effraction, d'excès, et d'énergie déliée qu'il s'agit, d'histoires pulvérisées, de personnalités dissociées où corps organique et psychisme communiquent à grand peine – quand ils communiquent, où corps et parole n'ont pas l'épaisseur émotionnelle que le discours décrit, où une part semble vivante quand l'autre paraît morte, et réciproquement. L'hypothèse est déplacée, mais en est aussi étoffée. Comment soigner un mal qui reste confus ? En lui donnant une certaine matérialité, les exercices affinent d'une part le geste clinique. Jusqu'à parfois devenir geste clinique. D'autre part ils peuvent favoriser un mouvement de régression, à même de favoriser un mouvement de retour de l'ordre de la reconstruction psychique, le Moi corporel étant étayage pour le Moi psychique, c'est-à-dire appui nécessaire et carburant.

Finalement, il y a également ce qui ne passe pas par le biais de ces exercices, ce qu'ils répètent parfois, et la grande vigilance qu'ils demandent de la part du clinicien. La torture et tous les actes inhumains dont les personnes ont été victimes ont fait du corps un objet, et un objet

conteneur de toutes les atrocités. La logique du mal est perfide, et nous avons tôt fait, cliniciens et thérapeutes, de nous retrouver pris à notre tour dans le triangle de Karpman, tour à tour bourreaux, sauveteurs, ou victimes, faisant fi, à notre insu, de la liberté radicale de la personne en face de nous. Avec les exercices corporels, le risque est sans doute plus grand de basculer dans le corps objet, le corps exploité. A trop voir le corps comme scène ou langage, qu'avons-nous pris ou considéré parfois dont nous aurions dû détourner le regard ? Plus que toutes autres peut-être, ou nous révélant à tous combien nous en avons besoin, les personnes ayant connu la torture demandent le grand respect du tact et de la pudeur.

Pour explorer davantage la deuxième hypothèse selon laquelle les exercices peuvent être bénéfiques au thérapeute lui-même, sans pour autant oublier la première, remontons à l'origine même des exercices, à leur émergence.

Nous aborderons cette deuxième partie d'une manière autre que la première. Toujours guidés et entraînés par la question « Qu'est-ce qu'il se passe via ces exercices ? », nous nous décalerons des exercices eux-mêmes jusque-là pensés et présentés sous la forme de vignettes brèves, pour considérer ce qu'il y a avant et ce qui les entoure. En effet, très rapidement cette année en commençant à « déplier » les vignettes cliniques identifiées, et en réfléchissant aussi à ce qui se jouait pour moi dans la question de départ, à mon implication, à la façon dont le sujet me « touchait » moi-même, deux prises de conscience m'ont surprise au tournant :

- Si le toucher et les mouvements étaient importants pour le travail du traumatisme, ils l'étaient notamment en tant qu'ils faisaient partie d'un ensemble. Beaucoup de choses se passaient « autour » des exercices, dans et par la relation thérapeutique, dans l'alternance des rythmes. Beaucoup de choses également s'étaient passées en amont, dans ce qui m'avait conduit à les proposer, comme des étapes sur un chemin en perpétuelle élaboration et/ou construction.
- Il ne s'agissait pas seulement des patients, dans la question de départ et dans l'idée de recherche, mais également de moi. J'avais moi-même besoin de distance, besoin de décoller... de quoi, je ne le savais pas précisément, mais je voyais que les motivations étaient plus mêlées que de prime coup d'œil. Que ce soit par la recherche et la réflexion qu'offre un master, que ce soit dans la proposition des exercices aux patients, je cherchais moi-même à entendre et voir les choses autrement, à me déplacer d'un discours massif souvent difficilement compréhensible – dans la polysémie du mot. Je parlais d'« intuition clinique » pour qualifier l'évolution des entretiens ; ce terme était-il à propos ? Dès le départ c'est l'écoute du patient... et de moi qui donnèrent un tempo, ainsi qu'un « fond théorique », un « autour » là encore.

Ce sont ces points que nous éclaircirons et présenterons dans cette deuxième partie. Le mouvement d'élaboration sera double, à la fois un retour en arrière vers le début des exercices – vers l'origine pourrait-on presque dire, mais nous n'irons pas jusque-là ! quoi que. Si les profondeurs sont à la surface, qu'advient-il de l'origine ? –, et un élargissement par l'ouverture du regard et la rêverie. N'est-ce pas aussi cela la magnifique et paradoxale polysémie de la réflexion, qui se dit de la lumière et de la pensée ? Reliant et éclairant les deux termes, elle nous

dit que retour sur soi et élargissement/déploiement/ déplacement sont et resteront comme... deux faces d'une même pièce par exemple.

Dans cette partie, la troisième et la première personne se renvoient sans cesse la parole, le « il(s) » et le « je ». C'est le sens de ce développement puisque nous voulons regarder leur articulation, mais c'est un risque. Peut-être – sans doute – nous y perdrons-nous un peu. C'est aussi ça, la clinique, l'indémêlable, l'inextricable, l'insaisissable finalement.

III - A. ÉMERGENCE « LATENTE » : PLONGÉE DANS L'INTUITION CLINIQUE

Je suis arrivée à ces exercices corporels de manière progressive, pas complètement volontaire. Ce n'était pas un projet de soin, cela s'est fait de fil en aiguille. Par « intuition » disais-je au début. Le mot contenait ma manière de percevoir, saisir, proposer une étape supplémentaire sur le chemin qu'est l'entretien, et de saisir parfois le lieu du blocage. L'intuition recouvre alors un mécanisme préconscient dirais-je, diffus, difficilement exprimable de prime abord, quelque chose d'une sensibilité à l'énergie qui circule - ou pas - et qui est une dimension de la communication infra-verbale. Parler d'intuition n'est pas tout à fait faux. Mais il devient rapidement mot valise, pratique mais un peu rapide, mot qui impressionne aussi, et finit par perdre du corps, du contenu et de l'épaisseur.

Or l'intuition ne tombe pas du ciel, elle n'est pas un chemin qui apparaîtrait de manière fulgurante, même si ces idées disent quelque chose de vrai. L'intuition est pétrie de terre et de poussière, d'expérience, de vigilance, de réceptivité. Étonnamment, c'est avec la notion de « vertu » des philosophes grecs que j'ai envie de la faire dialoguer. Sans l'étudier dans la finesse de sa définition, la vertu d'une part est une disposition stable, acquise dans le temps par l'habitus, et d'autre part elle est – dans son exercice – à la fois médiété (une mesure, un intermédiaire mesuré, entre deux excès) et excellence, ligne de crête sur laquelle précisément se tient cet agir. L'intuition pourrait-elle être de cet ordre aussi, avec une part d'acquis par la pratique (d'expérience donc), et une certaine facilité à trouver la ligne de crête, la repérer et s'y tenir.

Concrètement dans notre objet, je distingue plusieurs éléments qui ont mené au schéma et aux exercices, plusieurs ingrédients de cette « intuition ».

III – A. 1. TENIR ENSEMBLE ÉCOUTE DU PATIENT ET ÉCOUTE DE SOI

- **RÉCEPTIVITÉ**

Il semble qu'il y ait d'abord beaucoup d'écoute, de réceptivité. Je tente d'écouter les patients d'abord, d'être attentive au non-verbal, au discours latent, à ce qui se dégage d'eux en-deçà des

mots, de considérer leurs modalités relationnelles notamment transférentielles, et de m'accorder à tout cela, avec tout cela.

Ecoute aussi de moi, de mes mouvements, de mes fatigues, de mes capacités, assortie d'une vigilance quant à mes propres limites. J'ai commencé à Parcours d'Exil en voulant me donner les moyens de pouvoir durer si je le souhaitais, si la pratique me plaisait. Consciente de l'intensité de cette clinique, de ma sensibilité qui perçoit et reçoit beaucoup, et de l'épuisement que peut engendrer la non-écoute de soi, j'ai fait de cette vigilance un cadre, presque une méthode clinique.

- **CONTRE-TRANSFERT**

- **Définition**

L'écoute de soi va avec la question du contre-transfert. Dans le *Vocabulaire de la psychanalyse* de J. Laplanche et J-B Pontalis, le contre-transfert est défini comme l'ensemble des réactions inconscientes du clinicien au transfert du patient, et plus largement au patient. On est donc au niveau de l'inconscient, des processus qui expliquent telle ou telle réaction verbale ou corporelle que le clinicien a à l'égard de son patient. A partir d'un étonnement, d'un trouble, d'une perception encore, floue, le clinicien fait son travail de relecture, de reprise des entretiens.

« Le contre-transfert est un concept qui limite injustement le vécu de l'analyste » dit Annie Anzieu dans son article sur le corps et le contre-transfert. Je suis également pour deux élargissements de cette définition.

- **Élargissements**

Pour Hanna Siegel, le contre-transfert est « la réponse émotionnelle globale de l'analyste » (cité par A. Anzieu, 2006, para. 2), le terme 'globale' étant celui qui m'intéresse le plus. Disons que le contre-transfert inclut la réaction corporelle de l'analyste (ou du clinicien), et même tout ce qui est « agi par » le corps, ce qu'il reçoit de l'autre et ce qu'il transmet à l'autre, ce qu'il dit et est pour l'autre. Tout l'article d'A. Anzieu est en ce sens, et il est passionnant ; la question est immense. Globalité qui inclura également la dimension culturelle du contre-transfert.

Il faut également élargir le concept à la relation toute entière. Le transfert et le contre-transfert sont à considérer ensemble, en tant que modalités de la relation humaine. « Transferts et contre-transferts – même s'ils allient des composantes sensiblement différentes, asymétriques – reposent sur le même processus initial, celui de l'inclusion par l'un, dans sa sphère interne, d'une part du monde de l'autre » (Lachal, 2007, para. 4). Toute relation a une part d'infra-verbal ; on se penche de plus en plus sur les canaux de passage de cet « infra », exploration infinie et fascinante.

Ainsi, je suis de l'école qui reconnaît que le contre-transfert n'est pas qu'une réponse, une réaction au transfert du patient. Ce serait trop facile, tout viendrait de l'autre s'il était ainsi. Non, le contre-transfert parfois précède le transfert, la réaction du clinicien peut davantage influencer le patient (sa posture, sa parole, et tout le reste) que l'inverse. D'ailleurs, ce n'est peut-être pas une question de temporalité. Il peut y avoir un « en même temps », une simultanéité. Et on

retrouve ce thème de la danse qui finalement est toujours là, avec des mouvements, des rythmes, des alternances.

○ **Contre-transfert corporel et angoisse**

En ce qui concerne cette recherche, l'écoute de mes éprouvés corporels a eu une importance particulière. L'honnêteté conduit même à préciser que c'est surtout le ressenti de l'angoisse qui a eu fonction de métronome, sensation à côté de laquelle je ne peux pas passer, l'estomac qui se noue, parfois le coup de poing dans le ventre, le souffle court qui ne vient plus des entrailles. Je n'ai pas parlé de l'angoisse jusque-là ; pourtant, elle est souvent présente, peut-être plus proche de l'effroi que la peur, de la sidération que de la fuite, et contenue dans ces termes. Cette expérience trouve une résonnance dans la remarque de Devereux à propos de l'étude des tests projectifs. Il note « l'examen des phénomènes de transfert et de contre-transfert indiquent que la déformation est particulièrement accusée quand le matériau observé est anxiogène. Devant ce genre de matériau, le savant cherche à se protéger contre l'angoisse par omission, mise en sourdine, non-exploitation, malentendu, description ambiguë, surexploitation ou réaménagement de certaines parties de son matériau. » (Devereux, 2012, p. 77). Si cette remarque vient relativiser ce que nous tirons de la clinique, elle vient aussi dire implicitement combien la relecture du « savant » est importante pour repérer ces mécanismes et 'nettoyer' ce qui gagnera à l'être.

Ainsi, l'attention à ces mouvements me permet en premier lieu de me repositionner intérieurement. Par la respiration, l'ancrage corporel que je fais moi-même, où l'image du roseau qui, après avoir ployé, se redresse, je retrouve généralement de l'air et de l'espace. Parfois, cette attention me conduit à mettre un rythme différent dans l'entretien, à interrompre le récit, à proposer du mouvement, à faire un retour au patient, etc.

○ **Le contre-transfert comme outil clinique**

La considération du contre-transfert est donc à la fois une forme d'hygiène personnelle, mais également un outil clinique puissant. Elle implique de reconnaître plusieurs éléments.

- 1) La souffrance psychique a toujours pour corolaire un défaut de symbolisation, c'est-à-dire un défaut de sens et de liaison des affects. Cela aura donc pour conséquence, d'une part que les affects demeurent sous une forme non élaborée, et d'autre part que la personne n'en aura pas forcément ni précisément conscience.

Le partage du traumatisme, selon les termes de C. Lachal, se comprend en ce sens. C'est ce qui est irreprésentable et pourtant se transmet. Ce qui se transmet en-deçà des mots du fait, précisément, que c'est irreprésentable, n'a pas (encore) de représentation. Ce qui reste tapi quelque part en soi, et surtout dans le corps, et qui en émane ou en est projeté, en attente d'être contenu, pensé, transformé. « L'activité humaine, toute activité humaine, toujours, est porteuse de signes, de messages adressés à un autre. Messages parfois énigmatiques, signes parfois au bord de la désignification, dégénérés, mais messages toujours, qui doivent pouvoir être reconnus comme tels. » (Roussillon, s.d. « La résilience et les besoins du moi. Para.7).

- 2) L'introjection du mal et l'identification à l'agresseur sont quasi communément partagés. Par ailleurs, la relation humaine est très largement faite d'influences réciproques, troublant les limites et la conscience de soi. C'est factuel, cela n'appelle pas un jugement, mais une considération, pour retrouver la capacité à prendre du recul, à ré-fléchir, à dire oui et non, ce qui n'est rien de moins qu'agir librement. Dans la relation thérapeutique, cela pourra se manifester par le fait que, « au lieu de contredire l'analyste, de l'accuser de défaillance ou de commettre des erreurs, les patients s'identifient à lui. (...) Nous devons donc non seulement apprendre à deviner, à partir des associations des malades, les choses déplaisantes du passé, mais aussi nous astreindre davantage à deviner les critiques refoulées ou réprimées qui nous sont adressées. » (Ferenczi, 1932, p. 127).

Ainsi, quels que soient leurs maux, nous ne pouvons jamais attendre des patients une demande bien nette. C'est parfois un deuil à faire. C'est aussi ce qui attribue au contre-transfert une place et un rôle essentiels. Dans la relation thérapeutique circulent les affects non-élaborés. Identifiés, ils deviennent balises indiquant les lieux de blessure, les points de fixation et donc de défixation. Identifiés, nous pouvons alors mettre en jeu et en action les fonctions phorique (réceptivité, accueil, contenance), sémaphorisante (reconnaissance des signes en tant que signes, c'est-à-dire porteurs d'un message) et métaphorique (mise en sens, symbolisation) que Roussillon reconnaît à l'espace thérapeutique⁶.

○ Nuance sur le contre-transfert corporel

Pendant la grande majorité de l'année, j'ai donc accordé une attention particulière à mes mouvements et ressentis corporels. Mais cette modalité contre-transférentielle est assez invalidante, ou assez bruyante. A l'extrême, elle ne permet plus d'écouter le patient, d'être dans cette attention flottante en tant que posture éthique, tant le « je » du clinicien prend alors de place.

Puis j'ai entendu parler des scénari, les représentations mentales, images, films parfois, que nous nous faisons inconsciemment pendant que les patients parlent. Apprenant que nous pouvions nous en servir, là encore, pour comprendre quelque chose du patient et le transformer en moment thérapeutique, j'ai tenté de prêter attention aussi à cela. J'ai alors découvert que je pouvais poursuivre le mouvement au-delà des ressentis corporels, ne pas m'arrêter au corporel mais en faire au contraire des fenêtres ouvrant sur des scénari. Et que c'était encore plus confortable.

Tout comme les patients, j'ai à poursuivre le « geste », le mouvement intérieur, à laisser le ressenti devenir image mentale et/ou rêverie. Entre la parole, le corps, le penser, la danse se poursuit. Les lieux où l'on se fixe sont les lieux où impulser un nouveau souffle. On peut fixer dans le corporel comme on peut fixer dans la parole, mais c'est en ouvrant « ce lieu » précis que s'ouvre le chemin. Concrètement, au moment où je perçois que je suis nouée et en identifiant l'endroit où ça se passe, non seulement je respire mais je me demande « quelle image

⁶ Roussillon, s.d. « Jalons et repères de la théorie psychanalytique du traumatisme psychique »

ai-je en ce moment en tête, que m'évoque le discours du patient ? ». Là se découvrent souvent de réelles pépites.

III – A. 2. THÉORIES IMPLICITES

Deuxième ingrédient qui compose l'intuition, je parlerais du « fond théorique », fond d'expériences et de pensées dont je suis pétrie, qui façonne ma posture clinique, mon regard, mon attention. Ce fond peut être constitué de postulats, de convictions, de concepts clés. J'en nommerai trois :

- 1) La relation profonde, l'indissociabilité du corps et du psychisme, du corps et de l'âme, des émotions et de l'esprit ; je n'ai pas résolu cette question des termes. Ces deux facettes d'une même réalité sont reliées, et il y a en outre une communicabilité entre les deux. L'un peut exprimer l'autre, l'un permet de rejoindre l'autre, et réciproquement. Enfin, ce lien existe pour tous, il est universel : même quand des expériences de dissociation radicale donnent à voir l'écart possible entre les deux, le lien demeure. L'écart n'est-il pas aussi une des modalités du lien, finalement ?
- 2) Il n'est pas toujours opportun de parler, et même davantage : il est des discours qui détruisent, tant la personne qui le prononce que celle qui l'écoute. Ainsi, il est des paroles qu'il faut savoir taire, et même faire taire, ce qui n'est peut-être pas notre habitude de psychologue. La temporalité est essentielle ; il y a un temps pour tout, et ce n'est pas toujours le temps des mots. C'est là un point nodal, aux ramifications nombreuses, sans doute la quête ou la question à laquelle je reviendrai toujours, un point qui mériterait un travail à lui seul. C'est aussi une question très actuelle : les écrans et les réseaux sociaux sont devenus culture, une culture où nous avons tendance à nous répandre, sans qu'il y ait toujours quelqu'un en face qui donne à la parole d'être réellement telle. Pour moi, c'est le risque de la parole opératoire, la parole vide, la parole écran, qui dit sans dire, qui dit en taisant l'essentiel, dans une répétition qui n'est pas, et qui parfois ne cherche pas à être, reprise, c'est-à-dire qui ne cherche pas à introduire un déplacement, des nuances, un travail qui transforme.

Les effets du traumatisme altèrent précisément la capacité à en parler⁷. Ainsi, laisser la personne dire, au risque de (se) répéter c'est d'une part risquer que le souvenir traumatique s'ancre plus profondément en elle, sans être élaboré. Et risquer par surcroît que la personne se fourvoie elle-même, croyant avoir dit quand sa parole est restée un dire de surface, non relié aux affects et par eux aux profondeurs. C'est alors une question grave, preuve en sont les deux titres de Rachel Rosenblum,

⁷ Les neurosciences montrent que le cerveau gauche est éteint lors de réactivations traumatiques, alors que le droit reste actif. Van der Kolk précise « Les deux moitiés du cerveau traitent aussi très différemment les empreintes du passé. L'hémisphère gauche se rappelle les faits, les statistiques et le vocabulaire des événements. Nous l'employons pour expliquer nos expériences et les classer. L'hémisphère droit stocke les souvenirs du toucher, des odeurs, des sons et des émotions qu'ils provoquent. (...) La désactivation de l'hémisphère gauche exerce un impact direct sur la capacité à ordonner l'expérience en séquences logiques et à traduire en mots les perceptions et les sentiments changeants (69)

d'article et de livre, *Peut-on mourir de dire ? Sarah Kofman et Primo Levi, et Mourir d'écrire ?*

Avec les exercices corporels, la ligne de crête paraît moins étroite. Etant par nature une mise en mouvement, le risque de la fixation est sans doute moindre. Mais, ouvrant la porte aux ressentis, ils l'ouvrent aussi à la douleur intolérable. C'est alors la répétition de la déconnexion qu'il faudra veiller à éviter, cet « agir loin de soi » où la personne se coupe d'elle-même pour éviter « la zone de douleur ou de terreur insupportable » (Roussillon, 2004, *Les stratégies de survie : pour une clinique de la survivance psychique*. para. 5), parfois jusqu'à la mort psychique.

Il sera alors essentiel d'insérer des temps de respiration simple au milieu des exercices, d'équilibrer dans l'autre sens en revenant à la parole, au récit. Surprenant sans l'être vraiment, la bonne distance, le bon tempo, sont à travailler sans cesse.

- 3) Le concept d'enveloppe, déploiement de la théorie du Moi-peau, m'inspire depuis le début. Qu'elle soit sonore, tactile, visuelle, conceptuelle, l'enveloppe permet de penser la contenance, l'assurance, la porosité, les failles, le contact, la communication, la mémoire, du Moi corporel et du Moi psychique. Elle aide à penser aussi le plaisir et le désir, la relation de l'intérieur à l'extérieur et de l'extérieur à l'intérieur, de soi à soi, de soi à autrui et d'autrui à soi, de soi au monde et du monde à soi, car qui dit enveloppe dit limite. Enfin, étant facilement visualisable, le concept d'enveloppe fait comprendre facilement l'idée d'un « dialogue par résonances » entre contenant et contenu, entre la frontière et la pulsion, l'organique et la pensée, et autres binômes féconds.

Ma première compréhension du traumatisme se fait donc en termes d'enveloppes. Effraction et intrusion, piétinement, écrasement, aplatissement, dissolution. Que l'on considère la vie du corps ou la vie « intérieure », ces mots éclairent, donnent du sens au vécu du traumatisme autant qu'à ses effets. La notion m'a aidée également à appréhender la torture, dans mes premiers moments à *Parcours d'Exil*. J'ai été marquée par la perversion de ces actes. Utilisation détournée de tous les objets du quotidien, perte des repères, flou des limites ; ces actes sèment la confusion totale, le trouble dans les moindres détails de la vie de la personne, pour que la méfiance et la peur s'immiscent partout, pour que plus rien ne soit stable, sécurisé, sécurisant. La perversion est pire qu'un anti-processus, elle tue tout processus à la racine, le nie et le trouble avant même qu'il émerge. Roussillon insiste sur la violence de la « menace de confusion » en montrant combien elle est à l'opposé de la construction identitaire. La construction identitaire est précisément un processus dont « le sexuel et les pulsions qui l'animent constituent le moteur grâce auquel les événements et aléas de la vie vont pouvoir être intériorisés. (...) », ajoutant « une telle hypothèse place la différence, la sexion, au centre des éléments déterminants du processus de maturation » (Roussillon, s.d., *Jalons et repères de la théorie psychanalytique du traumatisme psychique*. II, 1, para. 2). C'est dire combien la confusion psychique n'est pas le moindre des maux.

Plus concrètement, le concept d'enveloppe a inspiré mon schéma pour représenter le mal dont les patients pouvaient souffrir, et le style des exercices que j'ai d'abord proposés. Passant du Moi-peau aux enveloppes, et des enveloppes aux fonctions de la peau, les exercices sont en eux-mêmes une danse qui sans cesse distingue et relie le corps et la psyché, qui navigue de l'un à l'autre, considérant finalement le corps toujours psychique et la psyché toujours corporelle, ce qui était notre première pierre « conceptuelle ».

- **SAVOIR ET SENTIR. INTUITION, CONNAISSANCES, FORMATION**

Trois remarques pour illustrer l'impact des connaissances sur la posture et l'écoute, notamment cliniques. autrement dit, trois remarques pour observer en quoi ces théories implicites à la fois façonnent et constituent elles aussi l'intuition.

- **Comprendre fait recevoir autrement**

J'ai été marquée de lire, dans l'ouvrage si passionnant de Van der Kolk, la description des conséquences du traumatisme sur la démarche et la posture, et notamment par ces lignes que j'ai déjà rapportées où il décrit des « patients remarquablement maladroits et très mal coordonnés physiquement », dont « [les] échanges les plus décontractés semblaient guindés, privés de la fluidité gestuelle coutumière entre amis. » (Van der Kolk, 2018, p.44). Quand on sait cela, on regarde les choses différemment. On voit, on perçoit, on ressent autrement. On comprend autrement, on propose autrement. La compréhension fait tomber le jugement et réouvre du même coup la perception.

- **L'intuition se travaille**

“Il n'y a pas de vent favorable pour celui qui ne sait pas où il va”. Même si c'est pour finir déroutée, ailleurs que prévu, c'est bien parce que j'ai l'idée d'une direction que je suis capable de ressentir, percevoir, et ainsi orienter. Aristote quant à lui rappelle que “on perçoit les choses de la façon dont on est disposé”. Ce géant de la pensée a su mettre des mots sur le fait qu'il ne suffit pas d'avoir une capacité pour qu'elle soit “en acte” ; il y a un nécessaire travail entre les deux, un travail d'actualisation. Ainsi, si nous avons tous “en puissance” la capacité de percevoir, il faut vouloir l'exercer, et par surcroît la travailler pour l'exercer vraiment.

Le métier de psychologue réside en grande partie dans cette capacité à percevoir et dans sa mise en mots, au moins pour soi. C'est un exercice laborieux, fastidieux, qui demande du temps, du calme, de la finesse, et de le refaire maintes et maintes fois. Nous le pratiquons donc - me semble-t-il - trop peu. Avec les patients que nous accompagnons à Parcours d'Exil, aux histoires chargées d'atrocités, la perception nous expose nous aussi au débordement. Leur vécu est tel qu'il est vite “trop”. Mais il est cependant, et il est leur. Comment pourrions-nous les aider à accéder à ce vécu ? Quelle sera notre part dans ce travail ? Car c'est pour eux d'abord que ce vécu est “trop”. Leurs symptômes en sont aussi le signe, la dissociation, l'évitement, le décrochage si rapide dans un échange centré sur le récit. Si “nous percevons les choses de la façon dont nous sommes disposés”, il sera fondamental d'accorder une place, du temps, à cette disposition. Me revient alors l'expérience ci-après.

○ Evolution de la perception du tempo après une lecture instructive

En lisant *Exil et torture*, de Marcelo Vinar pour ce mémoire, j'ai plongé dans la réalité de la torture, je m'en suis approchée de plus près. Vinar mets des mots sur l'indicible. Par là, l'effroyable devient réel. Je n'avais pas encore été jusque-là, jusqu'à la représentation de ce qu'avait pu vivre les patients.

Lors d'un entretien le lendemain de cette lecture, un des patients a raconté des éléments très précis de son parcours, des moments traumatiques jamais évoqués jusqu'alors. Ce patient, habituellement, est en lutte avec ce récit, dans la volonté radicale (et exprimée) d'oublier, avec un mélange compact et dur de tensions, de honte, de désespoir, de sentiment d'indignité. Ce jour-là, cet homme a raconté.

Bien qu'elle puisse être coïncidence et continuité dans un processus thérapeutique entamé, selon moi la couleur de cet entretien tient en partie de cette lecture. Avec elle, ma disposition intérieure a évolué, comme s'il y avait à nouveau de la place pour du traumatique, dans un espace interne élargi. Les mots avaient comme assoupli mon psychisme, m'avaient rassurée. On peut se demander alors si l'intuition du corporel n'était pas, avec ce patient, devenue fixation dans un lieu sûr, fermant du même coup la possibilité d'une intuition nouvelle. Quand la connaissance ou la compréhension grandit, l'intuition grandit aussi, s'affine.

Cette expérience manifestait combien notre disposition personnelle influence le contenu même des entretiens, combien, donc, les patients composent avec nos fermetures/ouvertures. « J'arrivai peu à peu à la conviction que les patients perçoivent avec beaucoup de finesse les souhaits, les tendances, les humeurs, les sympathies et antipathies de l'analyste, même lorsque celui-ci en est totalement inconscient lui-même. » (Ferenczi, 1932, p. 126).

III – A. 3. CONFIANCE DES COLLÈGUES

Enfin, je peux dire que l'ambiance à Parcours d'Exil a également soutenu la démarche « intuitive » d'émergence des exercices corporels. Je ne ressens pas de pression à Parcours d'Exil, ni de la part de mes collègues, ni de la part des patients. Pas de pression des patients : c'est paradoxal et pas si simple à dire, mais ils vont si mal que tout soin en est amplifié. Quant aux collègues, j'ai même rapidement eu leur confiance, et le soutien de leur intérêt pour cette pratique plutôt originale.

Ce point m'est apparu plus tard, mais il est central. L'intuition est aussi une autorisation qu'on se donne à soi-même (ou la conséquence de cette autorisation), pour ressentir, penser, proposer. En cela, le climat va grandement contribuer à son émergence ou à son étouffement. Quand la méfiance éteint et ratatine, la confiance ouvre, déploie.

Avant même les exercices, il se passait déjà bien des choses. Il est désormais net que la posture et l'état du clinicien ont un impact important sur le déroulé des entretiens et sur leurs contenus. La réciproque a également gagné en clarté. Le clinicien est lui-même très influencé par l'état du patient, les affects et énergies qui circulent, qu'elles soient traumatiques ou résilientes d'ailleurs, comme on peut l'entendre chez certains thérapeutes Québécois. La sensibilité du

clinicien est atout et limite, force et faille, parfois talon d'Achille. Nous avons vu que déjà l'idée de la mobilisation du corps pouvait être colorée par la nécessité, être une réaction à un contre-transfert intense, déroutant, qui demandait un ajustement, un déplacement.

Poursuivons ces réflexions avec l'émergence « manifeste » des exercices, c'est-à-dire dans le déroulé concret des premières expériences.

III – B. ÉMERGENCE MANIFESTE : MONSIEUR I. ENCORE, MAIS AUTREMENT

Retrouvons pour cela Monsieur I., dont nous avons parlé ci-avant. Retrouvons-le, et tentons de lui donner l'épaisseur d'une rencontre et peut-être d'une histoire car, si celle de son passé échappe en (presque) tout, celle qui se tisse à Parcours d'Exil au fil de ses rendez-vous n'est pas sans consistance ni sans lumière. Retrouvons-le enfin, il est conteur à son insu, avec lui tout est poème, et c'est avec lui bien sûr qu'a commencé aussi l'épopée de ces exercices corporels. Telle se plaît en tout cas ma mémoire à le penser, le dire, l'écrire.

III – B. 1. TROIS ÉTAPES : SCHÉMA, COMPRÉHENSION, MOUVEMENT

- **BLANC DE LA PENSÉE ET IMMOBILITÉ, UNE RENCONTRE ÉPROUVANTE**

Monsieur I. est donc dès le départ « le patient dont je ne pouvais pas ne pas parler », tant il a contribué à cette fameuse « évolution de ma pratique » dont nous souhaitons rendre compte ici. Il y a participé de diverses manières, et sans doute fondamentalement en me poussant dans mes retranchements. Confrontée à « un abîme de rien, de vide », sans doute à la fois dépitée et un peu paniquée (peut-être fascinée aussi ? L'étais-je dès le départ, je ne sais plus), j'ai dû tenter d'autres voies.

M. I est un homme âgé de 50 ans, originaire d'un pays d'Asie. Il est arrivé en France il y a environ cinq ans et est suivi à Parcours d'Exil depuis plusieurs années sur le plan médical. Toutes les prises en charge ne sont pas aussi longues. Pour ma part, je le vois depuis octobre 2019. Les entretiens ont été mensuels pendant trois mois, puis toutes les deux semaines entre janvier et juillet 2020, avec une « pause » imposée par le confinement. Après les vacances d'été, j'ai essayé de tenir un rythme hebdomadaire, souvent perturbé par les aléas d'un agenda changeant et varié.

La médecin m'avait prévenue, ou tout du moins informée avant mon premier entretien avec lui, que c'était un patient « lourd ». Ce qualificatif mériterait à lui seul plusieurs pages sans doute ; il caractérise généralement des suivis qui semblent paralysés, bloqués, où on ne trouve pas le/de chemin, où la présence fidèle des patients aux rendez-vous semble signifier autant leur besoin que notre incapacité, ou tout du moins notre impuissance à ... les aider vraiment ? « Il est *encore* là » pourrait-on dire, « je ne sais plus quoi faire ».

J'ai effectivement été rapidement marquée par le côté hermétique des entretiens. Je pourrais parler de vide, mais l'écriture m'impose immédiatement une nuance. Vide, la présence de M. I. ne l'était pas. Il était présent, même souriant, toujours gentil bien qu'il (me) parlait peu. Son français approximatif rendait la compréhension laborieuse, autant la mienne que la sienne, et je recueillais péniblement quelques éléments biographiques. Lors des premiers rendez-vous, dans l'après-coup, je ne me souviendrai de rien. Sa posture était plutôt immobile, sauf quand il entrait dans le bureau, avec un déplacement assez stéréotypé qui m'étonne encore. Quant aux affects, l'exercice de l'écriture est à nouveau éclairant : spontanément, j'aurais *dit* qu'il n'y en avait aucun, pas d'affect, pas d'émotion. Mais je résiste à *l'écriture*, et cette résistance cache puis révèle un point nodal. Si aucune n'est verbalisée, les affections ne sont pas absentes, loin de là. C'est précisément leur excès qui me fait suffoquer, qui me paralyse, et que reçoit mon corps d'abord à mon insu. Il y a bien un vide, mais il est par excès ; un blanc de la pensée, un figement, une sidération, mais par saturation.

Dans l'accompagnement de cet homme, le corps a eu, et a encore, une place particulière. Pour moi, il aura servi tantôt de tiers pour créer - trouver un espace de rencontre, un terrain d'entente, tantôt de révélateur des lieux "bloqués", de points sensibles. C'est ce que nous avons vu dans l'a partie précédente.

• UN SCHÉMA VAUT PARFOIS MIEUX QUE MILLE PAROLES

Assez rapidement, j'ai fait à M. I. un schéma très simplifié pour tenter de symboliser l'effraction traumatique. C'est un schéma que j'utilise régulièrement avec les patients, généralement dans les débuts de l'accompagnement, « guidée » ou inspirée par la notion d'enveloppe. Je dessine deux cercles concentriques, puis j'explique succinctement que le cercle extérieur représente certains aspects de leur personnalité relativement "extérieurs", et que le cercle intérieur plus petit veut représenter le lieu de leur identité, de l'intimité qui spécifie, caractérise et appartient à chacun, lieu où chacun est lui-même, avec une personnalité, une histoire, des qualités et défauts, etc. Ensuite, je mets des mots sur le fait que certains coups, certains événements, altèrent, déforment, percutent le cercle le plus large, "ce qu'ils sont à l'extérieur", le corps dans sa matérialité, une certaine part de soi, sans pour autant détruire le plus intime. D'autres blessures en revanche, certains actes, certaines paroles, pénètrent directement à l'intérieur, provoquant une douleur extrême, mettant la confusion au plus profond. Je dessine une flèche qui traverse les deux cercles pour représenter une telle intrusion, et un gribouillage de traits enchevêtrés pour la confusion.

Lorsque j'ai fait ce schéma, M. I. - comme tous ceux à qui je l'ai fait - a acquiescé vivement au moment où la flèche traverse le cercle ("l'enveloppe") extérieure, "poursuivant sa course" jusqu'au cercle intérieur, qu'elle traverse également, y semant le chaos. Il a acquiescé, disais-je, et cet acquiescement était aussi un profond soulagement.

Après cette validation implicite, j'ai présenté le sens de nos entretiens comme un travail pour libérer le « cercle intérieur » envahi par la blessure, mettre dehors ce qui doit l'être, reconstruire les frontières disloquées. Et, joignant le geste à la parole, j'ai proposé à M. I. d'ouvrir ses bras à l'horizontal, les faire pivoter pour tracer un cercle autour de lui, de les bouger, puis d'autres mouvements à partir de ceux-là, en position assise puis debout. C'était les prémices des

« exercices corporels » qui se déploieront à partir de cette première représentation corporelle. Je doute que M. I. ait véritablement compris l'explication théorique sur la "reconstruction" et le travail psychique, mais pour moi l'essentiel s'est passé, et est passé, ailleurs.

L'importance de ce temps semble avoir résidé dans deux aspects. D'abord le dessin a permis une compréhension, et cette compréhension a créé une relation entre lui et moi, un espace commun. (M. I. il n'aurait pas *compris* la théorie, mais je dis qu'il *comprend* par le dessin. Quelles nuances se cachent donc là ?). Ensuite, le schéma a permis de créer autre chose : les exercices, la mise en mouvement. Comme si un chemin s'était immédiatement ouvert, voire découvert, et que cette découverte venait d'un moment de saisissement et de compréhension. Précisons.

III – B. 2. SOLITUDE DE LA DÉTRESSE, DÉTRESSE DE LA SOLITUDE. UNE FIN POSSIBLE ?

- **SOULAGEMENT DE (SE) COMPRENDRE ET SE SENTIR COMPRIS**

Quand M. I. a validé le dessin et la douleur de l'intrusion, en approuvant de la tête et en respirant profondément, il a semblé que quelque chose se passait, se "raccrochait" pour lui entre le dedans et le dehors - ce n'est pas sans évoquer la vignette de M. J. - Comme s'il comprenait ou se sentait compris, comme si son expérience gagnait en lisibilité, lointaine amorce d'une mise en liens et en sens. Un poids qui s'enlevait pourrait-on dire aussi, un soulagement oui. Qui venait de loin.

Dans l'après-coup, ce sont la détresse et la solitude qui surgissent avec vigueur. Détresse de la solitude qui sans cesse *se* retrouve, seule. Solitude de et dans la détresse aussi. Le mal s'abat, tout l'être crie, le corps et le cœur chacun et ensemble, et personne ne répond. Isolement. Isolation. De la souffrance. Dans la souffrance. Tout va encore, toujours. Restent la détresse et la solitude.

Le traumatisme isole, des autres mais peut-être d'abord de soi-même. La personne devient étrangère à elle, bien en peine souvent de savoir dire d'où vient le mal, et parfois même de le percevoir. « Tout traumatisme est infraverbal » dit Van der Kolk. « Même des années après le choc initial, les traumatisés ont du mal à dire ce qu'ils ont traversé. (...) Le traumatisme, par nature pousse les hommes à la limite de la compréhension, les coupant d'un langage fondé sur une expérience commune ou d'un passé imaginable. » (Bessel Van der Kolk, 2018, p. 67). De l'extérieur, nous voyons, ou tout du moins nous percevons, une étrangeté, une distance, mais la personne n'en a pas conscience elle-même. C'est peut-être l'un des écarts les plus difficiles à (sou)tenir dans la relation humaine. En tous cas l'un de ceux dont nous faisons l'expérience et l'épreuve plusieurs fois par jour dans notre métier.

Là s'est créé l'isolement par rapport aux autres. Toujours sous la plume du même auteur, nous lisons quant au positionnement de la personne dans le groupe : « on était soit dedans, soit dehors – soit on appartenait à l'unité, soit on n'était personne. Après le traumatisme, le monde se divise nettement entre ceux qui savent et les ignorants. On ne peut pas faire confiance aux gens qui

n'ont pas partagé cette expérience, parce qu'ils ne peuvent pas la comprendre. (Bessel Van der Kolk, 2018, p.33-34). Il y a la solitude du moment traumatique, mais aussi les traces qu'elle laisse, et finalement la solitude qui s'ajoute à la première, celle du deuxième temps du traumatisme selon l'expression de Roussillon, conséquence et signe de la douleur intériorisée du traumatisme.

Anzieu postule avec Kaës que le psychisme s'étaye sur le moi biologique *et* sur le moi social. Cette deuxième dimension, ce deuxième étayage, est moins développé. Mais sa pertinence semble immense. Il trouve là un écho, en même temps qu'il en donne un à la souffrance de cet isolement. Ce n'est pas une souffrance secondaire pour le psychisme et donc toute la vie, ce sont les fondements qui sont touchés.

- **CARENCE DU NEBENMENSCH**

Il est difficile de continuer à penser cette solitude jusqu'à dans le « cadre » de la torture. Les mots me manquent toujours, le choc est trop violent, je n'arrive pas à sortir de la sidération, de la confusion.

Le terme de *Nebenmensch*, est utilisé par Freud pour parler de l'autre secourable, l'autre « riche en secours » (cité par Cabrol, 2015, para. 2) celui qui, aux tous premiers moments de la vie de l'enfant, quand il est encore dans une dépendance radicale, se tient à ses côtés et lui apporte le secours *nécessaire*. « La toute première nécessité pour être est que quelqu'un, qui que ce soit, se porte à notre secours. » (Ricaudat, 2019, p. 258) Nous sommes au niveau de la nécessité, c'est-à-dire de la condition *sine qua non* de et pour la vie, celle sans laquelle l'être humain meurt. Dans ma compréhension des patients, cette notion a été une aide fondamentale, donnant forme à la solitude et à la détresse que je percevais sans les nommer.

- **Un autre secourable**

Dans la torture, non seulement la personne n'est pas secourue, mais quelqu'un d'autre lui fait du mal. La personne n'est pas seule, dans les faits, un autre est en face d'elle ; mais cet autre est là pour anéantir, sciemment. C'est pire que tout. Retournement du secours en destruction.

Retournement qui se poursuit jusqu'au collectif, au sociétal. La torture est toujours politique (on ne parle pas de torture si les autorités officielles ne sont pas impliquées), ce qui signifie donc que le mal vient aussi de l'institution, ou en tous cas de l'Etat qui, en dernier recours, devrait garantir et protéger la sécurité des habitants de la Cité. Jusque-là, le silence, l'abandon de poste.

C'est cela que je veux dire par « carence du *Nebenmensch* », absences et cruauté. Absences qui finissent par s'ancrer, devenir désespoir et même désespérance radicale. Une des souffrances les plus abyssales de la torture. A son extrême, elle peut conduire la personne à croire qu'elle n'est plus secourable, plus digne d'être secourue, qu'elle n'en vaut pas/plus la peine. Que reste-il alors ?

○ **Un autre à secourir, soi-même secourant**

Cependant, mes collègues du master, avec qui nous parlions de cette carence du *Nebenmensch* l'ont entendu aussi dans son autre sens : la disparition de soi portant secours, de la capacité personnelle à secourir ; le fait de ne plus pouvoir être, soi-même pour un ou des autres, l'autre « secourant ». C'est très fort. Beaucoup des patients que nous accompagnons à Parcours d'Exil ont été emprisonnés et torturés pour raisons politiques, pour s'être battus pour que disparaissent des lois iniques, pour secourir justement des personnes qu'ils considèrent en danger. Ce souhait, cette dimension de la vie, fait donc souvent partie d'eux. Et la peine est souvent double. Nombre d'entre eux, avant d'être eux-mêmes emprisonnés, ont vu leurs familles et leurs proches violentés, parfois violés ; et n'ont rien pu ou su faire. Parler de honte et de culpabilité aux patients, verbaliser, autoriser ces émotions et les faits qu'elles couvrent parfois peut avoir une grande force de soulagement, de libération.

Ce détour nous permet de mieux appréhender le caractère non négligeable du soulagement de M. I. devant le schéma, et ses couches multiples. Soulagement de se comprendre peut-être un peu lui-même, de se voir soudain en trois dimensions. Soulagement aussi de n'être pas seul. Quelque chose du cercle fermé se brise, quelqu'un, peut-être, peut le rejoindre. Ferenczi va plus loin dans l'interprétation de la potentialité de ce moment, mais il exprime si bien l'effet de surprise « Au même moment, le patient se dégèle, le sentiment monte en lui que j'ai enfin compris (c'est-à-dire senti) sa souffrance, d'où un sentiment beaucoup plus sûr a) de la réalité de ce qui lui est arrivé en propre, b) du contraste entre le présent et l'époque de ces événements » (Ferenczi, 1932, p. 80). Le passé peut retrouver sa place de passé.

III – B. 3. DE LUI A MOI : RÉCIPROCITÉ DU BESOIN DE COMPRENDRE ET D'ÊTRE COMPRIS

Mais il se trouve qu'évoquer le soulagement ressenti (sans doute) par M. I. réveille le mien. C'est aussi moi qui suis allégée par cet acquiescement, qui ressens un poids en moins. Qu'est-ce dont à dire ? Il faut retourner un peu la focale. Et nous arrêter quelques instants sur les effets de certaines caractéristiques des situations de soin à Parcours d'Exil.

● **DIFFÉRENCE CULTURELLE**

Nous soulignons dans la première partie la différence culturelle entre les patients et la plupart des salariés, en l'occurrence entre les patients et moi. En fait, ce n'est pas si facile, pas si confortable. Et il se pourrait que je ne l'ai pas reconnu tout de suite ainsi. Manuela De Luca dans un de ses cours évoquait « l'épreuve de l'étranger », concept développé par Antoine Berman pour signifier la capacité à pouvoir s'immerger dans l'étrangeté de la langue de l'autre, pour pouvoir l'accueillir en nous, l'entendre et en faire quelque chose. En effet, comment faire, comment entendre la langue de l'autre ? Si cette question caractérise toute rencontre clinique, la différence culturelle la colore indéniablement. Ne pas avoir les mêmes mots, la même manière de penser ni de considérer le monde, ne pas accorder autant d'importance à telle ou telle dimension de la vie, etc., tout cela n'est pas anodin. C'est une épreuve au sens propre. La

différence culturelle peut déranger, nous dérouter, voire nous perdre. Dans une moindre mesure, ne retrouvons-nous pas là l'épreuve de ne pas comprendre ni être compris(e) ?

Traumatisme ou pas, je ne peux alors nier que l'accordage en situation de différence culturelle demande une attention et un investissement importants. Dans ce contexte, travailler avec le corps permet de retrouver un langage commun, sans mot, langage en-deçà du langage.

- **ABSENCE DE DEMANDE ET ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE**

Je n'imaginai pas, avant la rencontre avec ces patients, combien il était déstabilisant, inconfortable de travailler avec des patients sans autre demande que leur présence. Et leur douleur multiforme. Ils ont mal, ils sont mal, ils veulent que leurs cauchemars et autres symptômes diminuent, mais ils expriment rarement une autre demande. En cela, dire qu'ils n'ont pas de demande n'est ni exact ni juste ; mais celle-ci semble faire appel à une puissance que nous n'avons pas.

Concernant M. I., ses symptômes sont peu nets, il n'y a pas de réelle plainte ni demande, il semble avoir trouvé son équilibre au quotidien. Mais il continue de venir. Je ne sais pas bien pourquoi, je ne perçois pas grand-chose, je constate. Sa présence le rend proche, mais il semble lointain. Comme beaucoup d'autres. C'est alors que son acquiescement, pour moi, contient beaucoup. Peut-être quelque chose d'une alliance thérapeutique est-il en train de se créer.

III – B. 4. PARTAGE DU TRAUMATISME ET TRAUMATISME VICARIANT

- **PARTAGE DU TRAUMATISME**

Nous en avons parlé plus haut, le partage du traumatisme est l'idée que certains effets du traumatisme passent de l'un à l'autre dans la relation, se communiquent, de façon inconsciente, infra-verbale, imperceptible, et souvent par le corps.

En ce qui me concerne et avec du recul, certains aspects m'apparaissent de cet ordre.

- Vécu de sidération, moments de figement, d'arrêt sur image, de blancs de pensée pendant les entretiens. Quand je pense aux patients, j'ai souvent d'abord l'impression d'être prise dans leur sidération. Je n'ai qu'un effort relatif à faire pour imaginer une vague qui monte et redescend, et pour percevoir, quand elle redescend et dans le bref intervalle avant qu'elle ne remonte, un silence, une retenue, une apnée. Une brève sidération ? Le recours au média comme un tiers devient alors la possibilité d'une remise en mouvement.
- Sensation d'être perdue, de chercher une piste, qui pourrait se voir comme une planche de salut. De passer sans cesse d'un sentiment de perte à un ressaisissement. M. I. m'avait d'ailleurs demandé un jour "Est-ce que vous vous êtes déjà senti perdue ?". Il me permettait de comprendre qu'il y avait de lui dans mon propre ressenti.
- Sensation de perte de repères intérieurs, de confusion. « Le radar coule » ai-je dit un jour en supervision. Ce sont aussi des repères théoriques qu'il s'agit. Où en suis-je ? A quel endroit est-ce que je me situe ? Dans quel lieu conceptuel, quelles références ?

- Dans le travail thérapeutique, l'angoisse de ne pas savoir où je vais. J'ouvre une porte, mais qu'y a-t-il après ? A quel moment du soin en sommes-nous ? Avec d'autres patients, cette incertitude n'est pas pour autant angoissante.
- J'ai retrouvé tout cela dans la rédaction de ce mémoire, de manière très visible, et cette fois handicapante. Là où j'ai l'impression de (re)trouver souvent des chemins dans le temps thérapeutique, la paralysie a été immense dans ce travail. C'est que la relation humaine, même quand l'autre est très traumatisée, offre plus d'espace et de créativité qu'un écran d'ordinateur ! Il est plus facile de poursuivre le geste physique par le mouvement, que le geste psychique par les mots, surtout lorsqu'on ne les dit que silencieusement, par écrit.

• TRAUMATISME VICARIANT

Le traumatisme vicariant serait alors le traumatisme vécu par le clinicien, du fait de l'accumulation inconsciente de tels effets. La notion d'impréparation est alors riche de sens, et de pistes.

Laissons la parole à Sylvie Dreyfus pour parler de ce phénomène. « L'effroi trouve sa condition dans le manque de préparation par l'angoisse, préparation qui implique le surinvestissement des systèmes recevant en premier l'excitation et qui ainsi protège de la névrose d'effroi. La préparation par l'angoisse avec son surinvestissement des systèmes récepteurs représente la dernière ligne de défense du pare-excitation. *Pour l'issue d'un grand nombre de traumatismes, le facteur décisif serait la différence entre systèmes non préparés et systèmes préparés par surinvestissement.*⁸ » (Dreyfus, 2005, p.23)

Je trouve cette notion extrêmement importante pour réfléchir au traumatisme vicariant, et le prévenir. S'il n'est pas préparé, le clinicien ou tout professionnels travaillant avec des personnes fortement traumatisées peut être fortement et brutalement surpris par la rencontre avec ces personnes et avec leurs récits de vie.

Il faut donc s'interroger : comment est-ce que je me prépare ? Mais aussi : Comment suis-je préparée, avec quoi est-ce que j'arrive ? Nous n'avons pas toujours à commencer par les lacunes, le travail supplémentaire qu'il faudrait faire « avant ». Il y a déjà un terreau personnel, des ressources, des saveurs, une histoire, des goûts, etc. C'est à cela que le professionnel de terrain doit être relié, dans ce terreau personnel qu'il doit être résolument ancré.

Il y aura cependant un pas supplémentaire pour éviter le traumatisme vicariant par impréparation.

- Travail de relecture, de reprise, pour voir les résonnances imprévues, les aspects inconscients du terreau personnel qui se réveillent au contact de l'autre, et « poursuivre le geste ». Cadre individuel et cadre collectif participent tous deux à ce travail.
- Travail de lecture tout court, de formation. Pour continuer à tisser, prendre soin de cette enveloppe psychique, pour mettre du lien et de l'épaisseur là où il n'y en a pas, remettre du récit, des images, des histoires, un fond, de la culture, etc.

⁸ C'est moi qui met l'italique

- Le temps et le silence seront importants aussi, pour laisser les choses descendre, et réentendre sa propre voix. S'autoriser le calme, dans une époque chargée en sollicitations ; le calme et la rêverie, pour laisser les choses s'envoler, et en volant, se déplier, puis raconter une histoire. Le récit et la danse.

III – C. ESPACE VITAL

III - C. 1. L'ÉCART NECESSAIRE

Cette partie a mis à jour un point dont je ne mesurais pas l'importance initialement. Qu'il s'agisse de compréhension, d'exercices, et même de relation, le grand bénéfice de ces expériences est d'ouvrir un nouvel espace, ou de rouvrir un espace aplati par le traumatisme. Il est question d'espace.

Par les exercices, M. I. a fait l'expérience de son corps réel et en mouvement, de son corps comme espace *physique*. Il l'a vu capable de délimiter. Il est sorti de la fusion pour percevoir, même furtivement, la possibilité de la résonance, et donc du retour à lui-même, de la conscience de soi. Par la compréhension du schéma, peut-être a-t-il fait l'expérience de l'espace *psychique*, retrouvant une brève conscience de son histoire personnelle et de sa temporalité. La compréhension opère une défixation, un dégagement de ce que la confusion tient mêlés. Enfin, par ce même moment de réception du schéma, c'est l'espace de la *relation* qui s'est ouvert. A la fois autour et entre lui et moi, une connexion s'est établie, reliante et englobante.

Pour Roussillon, l'abolition de cet écart nécessaire est précisément la « conjoncture traumatique ». « Pour que le travail psychique puisse s'effectuer dans de bonnes conditions, il est nécessaire que la différence soit maintenue entre réalité psychique et réalité extérieure. » (Roussillon, s.d. « Formes et figures du traumatisme, para. 2). Ainsi, le traumatisme vient-il de l'incapacité dans laquelle se trouve le sujet à maintenir cette différence (*ibid.* para. 6). Et sa résolution va nécessiter de remettre de l'espace, de l'écart entre les deux, et par là la possibilité de la transitionnalité.

III – C. 2. DÉPLACEMENT, TRANSFORMATION ?

Les exercices opèrent un déplacement par rapport à des modalités qui ne fonctionnent pas, celles d'un discours qui se répète. On pourrait se demander si ce n'est que cela, si tout demeure, inchangé mais ailleurs. En effet, rien n'est alors guéri, le traumatisme est toujours là, intense et envahissant. Expérience de ce « trop » que j'avais retrouvé, et retrouve encore, au décours de ces mouvements du corps.

Le *Vocabulaire de la psychanalyse* de Laplanche & Pontalis définit comme suit le déplacement (extraits) : « Fait que l'accent, l'intérêt, l'intensité d'une représentation est susceptible de se détacher d'elle pour passer à d'autres représentations originellement peu intense, reliées à la première par une chaîne associative. (...) ». Et nous lisons plus loin, « La figurabilité est

facilitée lorsque, par le déplacement, s'effectue un passage d'une idée abstraite à un équivalent susceptible d'être visualisé ; l'intérêt psychique se traduit alors en intensité sensorielle. Enfin l'élaboration secondaire poursuit, en le subordonnant à sa propre finalité, le travail du déplacement. »

Le déplacement ainsi compris s'accompagne d'une transformation potentielle, d'un travail de symbolisation. Il introduit un début de résolution, ou une piste pour la résolution. A condition de soutenir le mouvement au-delà de ce premier geste.

En effet, le déplacement a un impact aussi sur le clinicien. Dans le cadre des exercices qui nous intéressent ici, ce type de déplacement lui permet de prêter l'oreille à ce qu'il n'entend plus, qui se trouve parfois noyé dans le vide d'un discours désaffectivé. Par là, par lui, toute la relation thérapeutique est changée, ce qui est mis en jeu par le déplacement revient d'autant plus certainement modifié au patient. Remarquons cette phrase de Kaës à propos de la métaphore et de sa fécondité « Le travail de la théorisation croise toujours le travail de la métaphorisation, il se nourrit de la métaphore et se relance toujours par le déplacement qu'elle produit. » (Kaës, 2007, p.79). Le déplacement, en introduisant du mouvement, relance la pensée en images, la pensée créative.

Plonger dans ce qui a mené aux exercices conduit à percevoir aussi toutes ces petites nuances et ambivalences du côté du clinicien, son besoin à lui de déplacement et de défixation, qui influence sa pratique, ses idées, son écoute, sa créativité.

III – D. AUTOUR DU CORPS, LA RELATION COMME FOND

Finalement, dans le développement de cette partie, nous avons prêté attention à « l'autour » du corps et des exercices. Nous voulions considérer le corps, le toucher, le mouvement. Outre le rôle du contre-transfert coloré par le partage du traumatisme, nous découvrons que cette mise en jeu est déjà la suite de quelque chose. Elle *s'inscrit dans* une relation thérapeutique, et *émerge d'un* climat de confiance. Plus que cela, la possibilité même de tels exercices est dans doute dépendante de la qualité de la relation.

Nous pouvons en effet nous étonner. Comment et pourquoi, après tout, acceptent-ils de faire ces exercices ? Nous avons déjà souligné ce que la conscience du corps peut avoir d'intolérable, quand le corps a tant souffert, a été la scène de tant d'horreurs. Comment osent et peuvent-ils alors ? Je suis une femme, la plupart sont des hommes, de cultures où la différence entre les hommes et les femmes par rapport à la sensibilité et l'émotivité est généralement encore plus marquée. Leur implication dans les exercices n'a alors rien d'évident.

Il faudrait un long développement sur ce point. Notons seulement ici comme élément de réponse ce qui m'apparaît absolument central et que nous évoquions juste avant : la qualité de la relation et la confiance. « Cette confiance est ce quelque chose qui établit le contraste entre le présent et un passé insupportable et traumatogène. Ce contraste est indispensable pour que le passé soit

ravivé, non pas en tant que reproduction hallucinatoire, mais bien en tant que souvenir subjectif. » (Ferenczi, 1932, p. 128)

Après le désastre de la torture, la relation devient une « peau commune », un fond à partir duquel « le reste » pourra à son tour émerger, cet espace nécessaire, préalable à toute différenciation, autant la différenciation soi/non-soi que la différenciation entre le soi physique, corporel, épais et le soi psychique, sensible, puissant, désirant. (Roussillon, 2015, p.95). La relation est aussi constitution de « l'espace d'une mutualité » (Ricadat, 2019, p. 259), expérience de la sécurité du lien, de sa permanence aussi peut-être.

Nous sommes alors là au cœur de la reconstruction dans des situations de traumatismes graves. Nous retrouvons la question de la progressivité, du processus, du développement. De la peau commune au pré-Moi corporel, du corporel au psychique, à la conscience de soi, à la pensée, à la créativité. Ce que nous soulignons là c'est la peau commune, le contexte aussi important que le contenu dit Christopher Bollas. Ce qui se joue dans et par la relation, c'est l'antériorité du lien, de l'investissement de l'objet, avant même sa perception, comme le dit la phrase de Lebovici, cité par Bernard Golse cette année et qui m'a tant marquée « L'objet peut être investi avant d'être perçu. », l'affect précède la perception.

Le lien est premier, la relation est première, dont nous redisons qu'elle est à la fois lien et environnement. La relation lie deux personnes, et dans un même mouvement les englobe, les contient, les tient ensemble.

L'association s'impose avec la fasciathérapie. Réentendons l'étonnement de Guimberteau, ce grand chirurgien qui a incroyablement affinée et expliquée la fasciathérapie. Il partage le constat saisissant que tout est lié et communique dans le corps, chaque élément est dépendant du contexte, et donc un peu du tout (et réciproquement), le magma apparent n'empêchant pas le caractère structurant de ce tissu qui forme le tout.

Quant à la centralité du contexte et de la relation, Laplanche⁹ dit de la pulsion qu'elle n'est jamais uniquement endogène, uniquement biologique, mais toujours coconstruite, dans la relation donc. Ainsi, si les exercices pouvaient se penser comme un moyen vers le retour de l'érogène et du pulsionnel, ou comme leur ré-appropriation, cette remarque nous permet de dire que la pulsion est engagée bien avant – évidemment –, dans la rencontre thérapeutique elle-même.

Enfin, par ce fond relationnel, par la confiance éprouvée, peut-être le Moi-psychique retrouve-t-il la possibilité de s'étayer sur un Moi-social, pulvérisé ou si profondément atteint dans l'expérience de la torture. « Le soutien social ne consiste pas seulement en la présence des autres. Le facteur crucial est la réciprocité : être vraiment vu et entendu par son entourage, sentir qu'une autre personne nous porte dans son cœur. » (Van der Kolk, 2018, p. 115-116). Oui vraiment, si l'interrogation quant aux fonctions des exercices corporels ne nous avait menés que là, à orienter la focale vers « l'autour », vers la relation, nous aurions déjà gagné beaucoup.

⁹ Cité dans le cours de Bernard Golse

Je terminerais alors par une citation, d'un corpus phénoménologique qui demande de lâcher la conception psychanalytique du vide mais qui est si éloquente.

« Tout contact impose la nécessité du vide (...) Et ce vide, qui n'est pas abîme, mais base non saturée, insaturée, est le point d'ancrage du surgissement d'un évènement. Or quel est l'évènement humain par excellence ? Du reste en est-il un autre ? C'est la rencontre. » (Clerget, 2006, para. 84).

CONCLUSION

Vient alors le moment de conclure. Difficile. Redouté.

REPRISE

Au départ, nous avons une question et deux hypothèses. Que se passe-t-il, d'un point de vue psychique, quand on met le corps en jeu par des exercices de mouvement et de toucher, quand on cherche à prendre soin de personnes traumatisées par la torture et l'exil ? Comment le corps ainsi mobilisé participe-t-il ou non à cette démarche, comment s'y s'inscrit-il, comment la modifie-t-il ? Et puis aussi pourquoi, pourquoi cette idée plutôt qu'une autre, pourquoi ce chemin ?

PREMIERE HYPOTHÈSE

La première hypothèse a focalisé notre attention sur la fonction des exercices *pour les patients*.

Elle nous a permis d'observer que, après des actes de violence intense, la mobilisation à la fois douce, progressive, et dynamique du corps pouvait être notablement bénéfique, voire qu'elle était nécessaire. Tant pour l'estime de soi que pour l'équilibre et la coordination par exemple, le soin du traumatisme ne pourra être complet sans l'implication concrète du corps.

Cependant, les exercices peuvent être considérés à un autre niveau. La surface dialoguant avec les profondeurs, la sollicitation de la peau peut provoquer un retour massif du traumatisme, jusque-là tenu à distance par des mécanismes de défense plus ou moins efficaces. Le corps devient alors scène, ce qui n'est pas toujours opportun. Toujours en appui sur ce dialogue intime du contenant et du contenu, parce que toucher et régression peuvent aller ensemble, et parce que le cadre thérapeutique n'est pas celui du moment traumatique, de tels exercices peuvent permettre aussi le meilleur, c'est-à-dire le début d'un travail du traumatisme, une remise en mouvement, une circulation économique, et finalement un retour allégé du sujet à lui-même, comme infiniment libéré, parfois. Dans de tels moments et en exagérant le trait, le clivage semble céder un peu de terrain, ou en tous cas la dissociation, au profit d'une plus grande « densité d'être », d'une plus grande conscience de soi. C'était l'exemple de M. J.

Compte-tenu de la puissance de réveil de souvenirs traumatiques et de sensations terrifiantes que contiennent la peau et le corps tout entier, une telle approche demande au clinicien une véritable éthique personnelle, un respect sans cesse rechoisi, une vigilance pour capter les « non » qui ne peuvent pas toujours être prononcés et les risques de débordement, un tact pudique enfin, qui parfois renonce à comprendre, et même à chercher à comprendre. Il faut savoir détourner le regard, il faut savoir chercher à revoiler plutôt qu'à dévoiler.

Parce que le Moi-psychique s'étaye sur le Moi-corporel, les exercices corporels, notamment quand la peau est impliquée, peuvent parfois permettre au sujet de reparcourir des voies du

développement primaire, voies de la différenciation entre autres, qui mènent à la conscience de soi, des autres et du monde.

Enfin, tout ne passe pas non plus par l'intermédiaire de ces exercices. Du fait de résistances ou de refus du patient. Ou parce que ce n'est pas ou plus le temps. L'interdit du toucher doit d'ailleurs rester comme une mise en perspective, une destination d'une certaine façon. Le toucher est nécessaire au début de la vie et pour (re)constituer un soi suffisamment solide et permettre le développement des autres fonctions de la psyché. Mais il est nécessaire qu'il devienne « interdit » aussi, espace privé. Ainsi, les bénéfices des exercices corporels dépendent-ils également du tempo, de la respiration, de l'alternance avec d'autres approches. Finalement, corps et parole, approche corporelle et approche par le récit, se nourrissent mutuellement et s'appellent. Elles ont besoin l'une de l'autre, ou plutôt le patient a-t-il besoin de cette alternance dansée. C'est alors que le caractère extrême d'une clinique telle que celle de Parcours d'Exil permet de rencontrer l'origine, le commun à tous. Alors les patients deviennent nos maîtres, ceux qui nous enseignent des évidences que nous oublions sans cesse.

DEUXIEME HYPOTHÈSE

La deuxième hypothèse nous invitait à porter notre attention sur le clinicien lui-même, sur ce qu'il se passait aussi pour lui dans ces exercices. Considérant le caractère inhabituel d'une telle approche, il convenait d'en interroger les débuts, l'émergence.

Nous espérons que la deuxième partie donne à voir ce qui est son sens : en effet, dès le départ, et sans que cela ne cesse, le clinicien est presque autant la raison de ces exercices que le patient. Pour le meilleur et pour le pire. Révélant le pire et le meilleur. Une sensibilité qui écoute et s'ajuste ; et proche, très proche, trop proche, le traumatisme en partage, une intuition déjà guidée par le débordement et la nécessité. Ce n'est pas forcément un problème d'ailleurs, si le recul est encore possible, et si le clinicien a les outils pour que le débordement ne devienne pas fixation mais trouve les lieux de sa circulation.

A partir de l'émergence des exercices, le travail de cette hypothèse nous a permis de penser davantage l'effroi, la détresse, la solitude isolée, affects sidérants qui « se partagent » de manière infra-verbale et par le corps entre autres. Ces affects n'en appellent que davantage la contenance d'un psychisme préparé, pouvant offrir un espace d'expression déjà, puis de résonnance, et de symbolisation enfin, de transformation, telle que Bion décrit la fonction maternelle. Cependant, la capacité du clinicien à répondre va dépendre de sa capacité à écouter son propre contre-transfert, notamment corporel, et à le travailler pour en faire un outil au service du travail thérapeutique. C'est entre autres par ce chemin-là qu'il diminuera le risque de traumatisme vicariant. Inhérent à cette clinique, le traumatisme vicariant est fonction de l'état de préparation ou d'impréparation de la psyché. J'en appelle à considérer cette préparation/impréparation d'une manière large, qui inclut par exemple la formation dans les mécanismes de préparation.

Finalement, nous avons laissé la plongée dans l'histoire de ces exercices nous mener jusqu'au bain, justement, d'où ils avaient pu émerger. Le bain d'un espace vaste et réouvert. Le bain de la relation elle-même. Le climat et la nature de la relation nous sont apparus essentiels dans le travail du traumatisme et sa « résolution », comme le fond sans lequel rien ne peut émerger, ni

pulsion ni désir, ni sensation ni émotion ni pensée, ni créativité ni ambivalence. Je ne sais plus de qui j'ai lu ou entendu cela cette année, mais je l'ai retenu : pour pouvoir haïr, il faut pouvoir aimer. Je m'interroge régulièrement sur l'agressivité des patients à Parcours d'Exil, plus souvent absente que présente. Où donc est-elle ? Est-elle encore inenvisageable, serait-elle refoulée voire encryptée, menaçant trop intensément le sujet par sa puissance et donc sa destructivité ? Je ne sais pas. Mais je perçois que plus les patients avancent dans le travail, plus les affects et l'ambivalence affleurent dans leur discours. Alors, comme pour tout le reste, respecter, observer, soutenir et contenir, ouvrir et fermer, fermer et ouvrir.

REMARQUES

LES OUBLIÉS

Des notions brillent sans doute par leur absence dans ce mémoire, ou leur quasi-absence. La séduction, la pulsion de mort et presque la pulsion tout simplement, ainsi nommée. Même la distinction corps biologique et corps érogène n'est pas tant travaillée. Cela peut être le fait de choix, de ma réticence à utiliser des concepts que je sais complexes et dont je préfère ne pas parler que de les utiliser de façon fallacieuse. Par manque de temps aussi, parce qu'il fallait bien « choisir », parce que je partais de très bas en connaissances psychanalytiques et ne pouvait y aller que doucement. Et puis pour d'autres raisons encore, inconscientes et sans doute très intéressantes.

Je regrette cependant réellement de ne pas avoir approfondi deux points. La théorie de Christophe Dejours sur le corps d'une part. Je sais qu'elle m'apportera des éléments de synthèse éclairants pour l'esprit et par là-même pour la clinique. Comme le sont pour moi Roussillon, Winnicott, Anzieu. D'autre part, j'aimerais approfondir davantage la notion de pensée. Il y a la pensée et le travail de penser certes, et déjà je transforme parfois cette nuance en confusion. Mais il y a pour moi aussi la question du fonctionnement mental seul. Aujourd'hui, on associe sans cesse la pensée et le mental dans le discours courant. Dans le champ psychanalytique, on fait peu référence, me semble-t-il, à ce mental. Est-ce la pensée opératoire ? Est-ce autre chose ? Les patients investissent la sphère mentale, parfois même de manière exclusive, loin de leurs corps, de leurs sensations, de la réflexivité de leurs perceptions. De quoi parlons-nous alors, à quoi faisons-nous référence ?

DIFFICULTÉS DANS LE CHOIX DES TERMES

Sans nous y arrêter, soulignons un aspect qui me semble important. J'ai eu beaucoup de difficultés dans le choix de certains termes. La difficulté est pour la plupart encore actuelle, et sans doute l'avez-vous perçu dans la lecture. Comment parler des patients de Parcours d'Exil ? Patients, personnes, victimes, sujets ? A chaque fois il faut hésiter, et décider. Les mots disent tant, et si peu. Sont-ils, sont-elles, victimes de torture, l'ont-ils subie, vécue, éprouvée, expérimentée ?

Quant au traumatisme également. S'agit-il d'accompagner le traumatisme, de le guérir, de le résoudre ? Et d'ailleurs, remarquons que présentement, la personne a carrément disparu, comme dans le titre de ce mémoire...

C'est là que revient une autre tension, quand on parle du corps. Est-ce un sujet, un objet ? A quel moment bascule-t-on de l'un à l'autre, et pour quels destins ? Parler du corps comme scène ou comme lieu, est-ce déjà déposséder le sujet de lui-même, risquer la violence de l'effraction que nous agirions à notre tour ?

Pour ma part, aussi inconfortables soient-elles, et parfois honteuses (ce qui est plus lourd à porter), je suis encline à penser que les laisser ouvertes n'est pas une mauvaise chose. Peut-être même est-ce la meilleure, au moins pour moi, pour garder mon esprit et mon cœur disponibles et disposés à entendre le patient comme il arrive et se présente lui-même.

ESPOIRS

En dépit de toutes les portes qu'ouvre ce mémoire, j'arrive à son terme avec le souhait non d'ouvrir mais de préciser. En écrivant, je me suis adressée en premier lieu à des psychanalystes et à mes collègues de master. Eventuellement à des psychologues et en partie à des soignants, mais toujours des personnes qui travaillent dans des champs relativement proches du mien.

J'aimerais poursuivre ce travail en me demandant ce que je retiendrais si je m'adressais : à des amis ; à des travailleurs sociaux ; à des hommes politiques ; aux patients ; à mes collègues de façon personnalisée ; à des historiens ; et surtout, à des étudiants en psychologie.

Garder ces adresses en tête m'aidera à m'approprier ce que j'ai moi-même écrit, car penser, écrire et dire sont démarches bien différentes !

MOUVEMENT DE LA RECHERCHE, RECHERCHE EN MOUVEMENT

Je l'aurais repoussé jusqu'au bout. Le thème dont j'aurais presque voulu faire l'intégralité de mon mémoire, dont j'ai pensé faire une partie entière, le voilà paragraphe final de la conclusion. Depuis le début, ce travail de recherche est une épopée, un récit, voire une illustration de la question ici traitée. Le constat en est ... saisissant.

LES CONTRE-PROCESSUS

Une bonne recherche demande nécessairement au chercheur d'interroger sa « relation » à son objet de recherche nous a-t-on beaucoup dit au début de l'année, d'interroger la façon dont il est pris par lui, dont il l'investit. En ce qui me concerne, j'ai fait les frais de cette « prise ». Et ce passé est encore bien présent. J'ai été très longtemps paralysée, la tête pleine mais défaillante de mots, incapable d'écrire. Je connais ce phénomène pour l'expérimenter à chaque travail de (ce) style. Mais il n'a jamais été si rude. Je ne m'attendais pas à une telle ampleur, à ce qu'il s'étale autant, dans l'espace et dans la durée. Les mots d'Anne Anzieu évoquant la rédaction de son article *Corps et contre-transfert* m'ont réconfortée et fait sourire, rejoignant ma propre détresse et l'allégeant. « Les mots ont résisté à la pensée lorsque j'ai entrepris cette réflexion sur la place de mon propre corps dans mon activité de psychanalyste, comme si le processus de symbolisation était remis là en question depuis ses bases ». Si mon corps n'était pas tel quel le 'sujet' premier, il était bien présent. On ne parle pas de toucher, de peau, de traumatisme et de torture impunément.

Il y a donc eu la paralysie de l'écrit, de cet écrit qui est notamment un prendre corps. Quid, des patients à moi ? L'écrit qui est aussi une expression, c'est-à-dire une sortie, et parfois une expulsion, l'expression d'une agressivité. Il y a eux, il y a moi, certes, mais il y a aussi beaucoup d'échos. Le partage infra-verbal du traumatisme semble partout.

La panique si grande aussi, l'impression qui revenait sans cesse que jamais je n'y arriverais. Et que je « n'en sortirai pas vivante ». Mais arriver où ? C'est alors qu'une collègue du master a fait le lien avec les patients, migrants entre deux terres, pas de l'une et plus de l'autre. Et davantage encore, arriver en France, ne serait-ce pas trahir ? Les leurs, leurs familles, leur pays, ceux qu'ils ont quittés, par nécessité, mais aussi du fait de leur engagement en politique. Alors, comment faire ? Aurais-je le droit, moi, d'y arriver ?

J'ai fait l'épreuve par ailleurs de l'invalidation permanente, sous des modalités de détresse, et de la circularité. Ma pensée tournait en rond, contournait sans cesse le sujet, le vif du sujet, revenait au point de départ, à moi, sans avancer. Et c'était comme de mon fait, comme s'il y avait du plaisir à cela. J'ai mis tant de tête à écrire sur ma clinique, et si souvent je m'arrêtais... C'est vraiment difficile, d'écrire à propos du corps et à partir de lui. Tout échappe sans cesse, tout est si dense, sans être dense. A propos de la pulsion de mort luttant contre la pulsion de vie, Laplanche cite Freud dans l'Abrégé de psychanalyse de 1938 : « Le but de l'Eros est d'établir de toujours plus grandes unités, donc de conserver : c'est la liaison. Le but de l'autre pulsion, au contraire, est de briser les rapports, donc de détruire les choses. » (Laplanche, 1967, p. 379). Qu'y avait-il, encore une fois, de eux à moi ?

MOUVEMENT DE LA RECHERCHE

Cependant, le mouvement de la recherche dans sa globalité, sans perdre en éloquence, est moins âpre. J'ai l'impression, d'avoir parcouru toute l'année le chemin de ma question de recherche, et ce dès la « rencontre » avec ce master. Comme si toute l'année avait été pour moi aussi une tentative pour intégrer et penser le trop du traumatisme. Notamment celui de la réalité de la torture.

J'ai compris rapidement que cette année de master répondait à un besoin pour moi. Besoin de prendre du recul, de mettre de la distance en m'approchant, de comprendre une clinique qui me dépassait en tout. Après le déplacement par le corporel, le déplacement par la recherche. Mais le défi du travail de penser est, en ce qui nous concerne là, décuplé par son objet, la peau et le toucher notamment. En effet, cet objet est du collage. Il en est si proche tout du moins que la nuance ne passe pas, de prime abord. La main se plaque sur la peau, ne bouge plus. Et le chercheur aussi se tient figé. C'est ainsi que, dès le départ, j'avais à interroger « l'arrivée à » ces exercices corporels, cette « intuition clinique » pétrie de bien des choses, qui méritent d'être identifiées pour le plein déploiement de la « sensibilité intelligente ».

Sur le plan théorique, j'ai également constaté une alternance, une tension intéressante. Pour nourrir tant la recherche que la clinique, j'ai lu autant des ouvrages et articles conceptuels que des ouvrages soutenant la créativité, la rêverie. Ce mot, comme celui de danse, m'ont été réellement bienfaisants. Ils l'ont été en se révélant performatifs, réalisant ce qu'ils signifient. Je pense rêverie, et mon esprit respire, s'ouvre ; je pense danse, et je me surprends à bouger les épaules, à respirer. C'était un des cadeaux de l'année : avoir choisi un objet et un sujet de

recherche qui, pour être traités, avaient besoin de souffle, d'apports pas uniquement conceptuels.

Ce cadeau tient peut-être également au master en lui-même. Il a contenu tellement ! En découvrant la psychanalyse, j'ai découvert un monde, auquel j'étais à la fois étrangère et parfois hermétique, et qui était en même temps tellement mien.

Une exclamation éloquente finira alors ce ... travail de mémoire. « Cette extraordinaire épopée cosmogonique issue de la psychanalyse, cheminant au gré des démarches de la pensée créatrice, produit en nous les mêmes effets libérateurs et thérapeutiques que jadis les mythologies folkloriques et religieuses. Et s'il en est ainsi, c'est parce que vérité scientifique et vérité poétique se sont révélées ici de même essence. (Abraham & Torok, 1987, p.23).

BIBLIOGRAPHIE

- Abraham, K., & Torok, M. (1987). *L'écorce et le noyau*. Flammarion.
- Afnaïm, A. (2015). Être en douleur. *Mémoires*, 63, 9-10.
- Anzieu, A. (2006). Corps et contre transfert. *Le Carnet PSY*, 7(7), p. 27-32. <https://doi.org/10.3917/lcp.111.0027>
- Anzieu, D. (1995). *Le Moi-peau* (2^{ème} ed.). Paris : Dunod.
- Biétry, C. (2015). Le corps comme cartographie des souvenirs indicibles. *Mémoires*, 63, 12-13.
- Bokanowski, T. (2002). Traumatisme, traumatique, trauma. *Revue française de psychanalyse*, 3(3), 745-757. <https://doi.org/10.3917/rfp.663.0745>
- Bollas, C. (1978). The transformational object. *International Journal of Psychoanalysis*, 60, 97-107.
- Cabrol, G. (2015). Le *Nebenmensch* et ses avatars. *Revue française de psychanalyse*, 2(2), 419-431. <https://doi.org/10.3917/rfp.792.0419>
- Canestri, J. (2018). « Quelques idées sur la diversité des théories psychanalytiques et sur une perspective d'évolution pour la psychanalyse : un commentaire », *Revue française de psychanalyse*, vol. 82, no. 3, 2018, pp. 740-750. <https://doi.org/10.3917/rfp.823.0740>
- Chabert, C. (2007). L'interdit du toucher et le transfert paradoxal. In C. Chabert, D. Cupa, R. Kaës & R. Roussillon (Eds.), *Didier Anzieu : le Moi-peau et la psychanalyse des limites* (pp. 31-47). Toulouse : Érès.
- Clerget, J. (2006). Portance. Dans : J. Clerget, *La main de l'Autre : Le geste, le contact et la peau* (pp. 51-86). Toulouse, France : Érès.
- Dejours, C. (2001). *Le corps, d'abord* (2^{ème} ed.). Paris : Payot & Rivages.
- Dejours, C. (2018). *Le travail du corps*. Séminaire à l'Institut d'études lévinassiennes (2017-2018).
- Devereux, G. (1980). *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement* (H. Sinaceur, Trad.). Flammarion. (Œuvre originale publiée en 1967).
- Dreyfus, S. (2005). Freud, le trauma : culpabilité et détresse. In F. Brette, M. Emmanuelli & G. Pratier (Eds.), *Le traumatisme psychique, Organisation et désorganisation*. Paris : Presses Universitaires de France
- Ferenczi, S. (1982). Confusion de langue entre les adultes et l'enfant. In *Psychanalyse IV Œuvres complètes 1927-1933*. (Equipe du Coq Héron Trad.). Paris : Editions Payot. (Œuvre originale publiée en 1932).

- Ferenczi, S. (1932). La catharsis s'enlise, comment y remédier ? In *Le traumatisme*. (p. 74-81). (Equipe du Coq Héron Trad.). Paris : Editons Payot. (Œuvre originale publiée en 1982)
- Ferenczi, S. (1932). Anesthésier le trauma. In *Le traumatisme*. (p.120-124). (Equipe du Coq Héron Trad.). Paris : Editons Payot. (Œuvre originale publiée en 1982)
- Ferenczi, S. (1932). A propos de l'abréaction. In *Le traumatisme*. (p.126-137). (Equipe du Coq Héron Trad.). Paris : Editons Payot. (Œuvre originale publiée en 1982)
- Freud, S. (1968). Pulsions et destins des pulsions. In *Métapsychologie*. (J. Laplanche & J-B. Pontalis Trad.). (p. 11-43). Paris : Gallimard. (Œuvre originale publiée en 1915).
- Freud, S. (1923). Le moi et le ça. Paris : Petite bibliothèque Payot.
- Freud, S. (2004). Remémoration, répétition, perlaboration. In *Obstination de l'inconscient*. (J. Altounian, P. Haller, D. Hartmann, Trad.) Paris : Libres cahiers pour la psychanalyse, printemps 2004, numéro 9. (Œuvre originale publiée en 1914).
- Guerrero, O. (2015). A mi-chemin entre la psyché et le somatique, d'où leur douleur. *Mémoires*, 63, 14-15.
- Guimberteau, J-C., & Armstrong C. (2016). *L'architecture du corps humain vivant* (L. Strim, Trad.). Editions Sully. (Œuvre originale publiée en 2014).
- Hanus, G. (2018). *L'énigme du corps*. Séminaire à l'Institut d'études lévinassiennes (2017-2018).
- Heller-Roazen, D. (2011). *Une archéologie du toucher* (P. Chemla, Trad.). Editions du Seuil. (Œuvre originale publiée en 2007).
- Kaës, R. (2007). Du Moi-peau aux enveloppes psychiques. In C. Chabert, D. Cupa, R. Kaës & R. Roussillon (Eds.), *Didier Anzieu : le Moi-peau et la psychanalyse des limites* (pp. 67-87). Toulouse : Erès.
- Lachal, C. (2007). Le partage du traumatisme : comment soigner les patients traumatisés. *Le Journal des psychologues*, 10(10), p. 50-54. <https://doi.org/10.3917/jdp.253.0050>
- Laplanche, J., & Pontalis, J-B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse* (5^{ème} ed.). Paris : PUF
- Lauras-Petit, A. (2019). Du massage thérapeutique au message. *Santé Mentale*, 242, 38-44
- Le Breton, D. (2006). L'existence comme une histoire de peau : le toucher ou le sens du contact. Dans : D. Le Breton, *La saveur du monde : Une anthropologie des sens* (pp. 175-217). Paris : Éditions Métailié.
- Lécu, A. (2016). *Tu as couvert ma honte*. Paris : Cerf
- Loisel-Biet, C. (2004). *La danse à l'écoute d'une langue naufragée*. Ramonville Saint-Agne : Eres.
- Montagu, A. (1979). *La peau et le toucher* (C. Erhel, Trad.). Paris : Editions du Seuil. (Œuvre originale publiée en 1971).

Pinkola Estés, C. (1996). *Femmes qui courent avec les loups. Histoires et mythes de l'archétype de la femme sauvage* (M-F. Girod, Trad.). Grasset & Fassquelle. (Œuvre originale publiée en 1995).

Ricadat, E., & Villa, F. (2019) « Le toucher : levier de la réinvention de soi et d'autrui dans l'expérience de la maladie grave », in *Le Toucher, prospections médicales, artistiques et littéraires* (2019), (dir) Cabral M. de J., de Almeida J. D., Danou G., coll. Exotopies, Le Manuscrit, Paris, p. 249-262.

Rosenblum, R. (2000). Peut-on mourir de dire ? Sarah Kofman, Primo Levi. *Revue française de psychanalyse*, 1(1), p. 113-138. <https://doi.org/>

Roussillon, R. (2007). Le Moi-peau et la réflexivité. In C. Chabert, D. Cupa, R. Kaës & R. Roussillon (Eds.), *Didier Anzieu : le Moi-peau et la psychanalyse des limites* (pp. 89-102). Toulouse : Erès.

Séchaud, E. (2007). Didier Anzieu : penser les pensées. In C. Chabert, D. Cupa, R. Kaës & R. Roussillon (Eds.), *Didier Anzieu : le Moi-peau et la psychanalyse des limites* (pp. 11-30). Toulouse : Erès.

Vinar, M. & M. (1989). *Exil et torture*. Paris : Denoël.

Van der Kolk, B. (2018). *Le corps n'oublie rien* (A. Weil, Trad.). Albin Michel. (Œuvre originale publiée en 2014).

Winnicott, D. W. (1975). *Jeu et réalité* (C. Monod & J-B. Pontalis, Trad.). Paris : Gallimard. (Œuvre originale publiée en 1971).

Winnicott, D. W. (1965). La crainte de la folie. In *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques* p. 217-230. Paris : Gallimard (2000).

Winnicott, D. W. (1967). Le concept de régression clinique opposé à celui d'organisation défensive. In *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques* p. 205-216. Paris : Gallimard (2000).

Winnicott, D. W. (s.d). La crainte de l'effondrement. In *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques* p .217-230. Paris : Gallimard (2000).

Pages web

Roussillon, R. (2004). Les situations extrêmes et la clinique de la survivance psychique. [Situations extrêmes 2004 | ReneRoussillon](#)

Roussillon, R. (s.d.). Jalons et repères de la théorie psychanalytique du traumatisme psychique. [Théorie psychanalytique du traumatisme | ReneRoussillon](#)

Site La mémoire traumatique, de Muriel Salmona. [Mécanismes \(memoiretraumatique.org\)](http://memoiretraumatique.org)