

De l'image du corps

Que devient l'image du corps, et donc l'estime de soi, quand celui-ci est marqué par une maladie, un handicap, et que la vie est un combat pour mener une vie « normale » ? La blessure narcissique liée au handicap nécessite le soutien affectif et moral de tous ceux qui entourent la personne handicapée.

Liliane BENEDIKT, psychiatre, membre de la LDH, Fabienne LEVASSEUR, médiatrice sociale, membre du Comité central de la LDH

L'image du corps, selon les psychanalystes, se définit à partir du schéma corporel, notion introduite par Henry Head en 1911, reprise par Julian de Ajuriaguerra en 1970. Elle se structure par l'expérience sensori-motrice, l'apprentissage, et se crée par la relation à l'Autre (père, mère, substituts...), qui renvoie l'image au sujet. Elle peut aussi se modifier tout au long de la vie. Didier Anzieu écrit, en 1974, « *L'esprit se construit avec son expérience du corps.* »⁽¹⁾ L'image du corps est à l'origine du narcissisme, autrement dit de l'estime de soi, nécessaire pour aimer les autres.

Au tout début de la vie, l'image du corps est vécue comme morcelée. Lorsque la mère allaite le nouveau-né, ce dernier ne sait pas si le sein qui le nourrit fait partie de son corps. Lors d'excitations pulsionnelles, il crie et gesticule puis, lors des tétées, il entend la voix de sa mère, la regarde, sent et touche sa peau. Cette mère, par son amour, joue le rôle de contenant prolongeant au début celui du ventre maternel. Ce n'est qu'en son absence que le bébé peut se la représenter, et désirer son sein. Il prend conscience de sa propre bouche, suce son pouce, ce qui lui permet progressivement de calmer, pendant un moment, l'impatience liée à la faim. L'unité du corps apparaît vers le dixième mois, lorsqu'il est face au miroir (Henri Wallon est créateur de cette description, reprise par Jacques Lacan). Le bébé pense regarder un autre bébé. En voyant l'image de celui ou celle qui le porte, il prend progressivement conscience de l'image et du regard de l'Autre, et de l'unité de son propre corps. Une mère bienveillante, « *suffisamment bonne* » (selon l'expression de

Donald Woods Winnicott), permet au nourrisson de construire son narcissisme primaire et sa confiance en soi.

Après la prise de conscience qu'il ne perd pas une partie de lui-même en allant au pot, il découvre la différence des sexes. L'acceptation de cette différence est le préalable à la construction de l'Œdipe, et, par le jeu des identifications à chacun des parents, à la formation du narcissisme secondaire. C'est donc au travers de ses relations avec l'Autre que se constitue le Moi, l'idéal du Moi, et la confiance en soi.

Or dans une société où, à la fois, les parents sont très mobiles et les enfants doivent faire face à des séparations, à des familles recomposées, le narcissisme se trouve fragilisé. Pareillement, tout handicap entraîne une faille narcissique. Celui-ci sera d'autant mieux accepté que l'entourage de la personne handicapée sera « *suffisamment bon* ».

Maladies liées à la formation de l'image

Si la mère est déprimée (deuil, séparation d'un être cher), ou ne supporte pas l'insatisfaction liée au handicap de son bébé, celui-ci ressent un vide qui, s'il n'est pas comblé par des substituts (père, nourrice, membre de la famille), retentira plus tard sur son psychisme avec des risques d'anorexie mentale, de boulimie, d'addictions, voire de psychoses. Les symptômes de l'anorexie mentale se traduisent par un amaigrissement, très souvent par une aménorrhée chez les jeunes filles, mais aussi par une hyperactivité qui vient masquer la profonde détresse liée à l'agressivité contre la mère vécue comme celle qui lui en « demande trop » ; le désir d'autonomie de l'adoles-

« *Quelle image du corps avoir, quand celui-ci est opéré dix fois entre 9 et 20 ans, observé et appareillé par les plus grands praticiens, sans pudeur ni ménagement ?* »
(F. Levasseur)

cence (deux tiers des filles, un tiers des garçons) renvoie au vécu des trois premières années, avec désirs de dévoration maternelle (la garder en soi), mais angoisse de la détruire. Le père est souvent absent réellement, ou dans le fantasme maternel. Le déni du corps et de ses besoins peut conduire à la cachexie, voire à la mort. Des accès de boulimie avec vomissements peuvent émailler l'évolution de l'anorexie. Les personnes boulimiques pensent que leur obésité les protège de leurs angoisses de persécution (maternelles, souvent déplacées sur d'autres), d'où la nécessité d'une prise en charge à la fois par une diététicienne et un psychologue, voire d'une hospitalisation. Les toxicomanies sont aussi liées à l'impossibilité de vivre la phase dépressive décrite par Mélanie Klein chez le nourrisson, phase qui nécessite l'acceptation de la





« *L'image du corps se définit à partir du schéma corporel, se structure par l'expérience sensori-motrice, l'apprentissage, et se crée par la relation à l'Autre (père, mère, substituts...), qui renvoie l'image au sujet.* »

séparation maternelle. Les toxicomanes ont vécu d'importantes angoisses de séparation et sont dépendants de la drogue (alcool, héroïne, cocaïne ou jeux), comme dans l'enfance de la présence de leur mère.

Certains psychotiques ressen-

tent des angoisses de morcellement, de vide, d'anéantissement. Leur image du miroir est souvent déformée: ils se sentent alors petits (très dévalorisés), ou à l'inverse grands, comme Dieu tout puissant... (voir l'article du docteur Laemmer, dans ce dossier). Certaines personnes ont des vécus abandonniques (l'adolescent qui quitte le foyer parental suite à l'éthylisme d'un des parents, à une mésentente conjugale, ou à la disparition de proches). Cette pathologie, décrite par les psychiatres comme un « état limite », est la plus fréquente parmi les gens qui vivent dans la rue. Un syndrome abandonnique précoce est à l'origine de dépressions, d'une intolérance aux frustrations, voire à des passages à l'acte agressifs, avec impossibilité d'organiser le passé et de se projeter dans l'avenir. Ces accès de violence

sont autant de barrières à combler le vide ressenti. Les institutions à finalité de défense sociale, qui se contentent de discipline et de rééducation, aboutissent au pire à des rechutes, au mieux à l'écrasement des personnalités, à la fabrication de mercenaires ou au contraire d'éternels assistés sans élan vital... L'absence de toute psychothérapie est une violence « en creux »⁽²⁾.

Ces personnes nécessitent, outre une psychothérapie, un accompagnement authentiquement affectif pour se sentir respectées et retrouver leurs capacités créatrices masquées par la dépression.

Maladies psychosomatiques graves

Nous distinguerons, avec Christophe Dejours⁽³⁾, l'évolution chronique de l'évolution par crises de maladies telles le diabète, l'hypertension artérielle, la polyarthrite...

(1) Didier Anzieu, *Le Moi-peau*, Dunod, 1974.

(2) Stanislas Tomkiewicz, *L'Adolescence volée*, Hachette littéraires, 2002.

(3) Christophe Dejours, *Le Corps entre biologie et psychanalyse*, Payot, 1986.

Bibliographie

- Valérie Boucherat-Hue et coll., *Handicap psychique, handicap somatopsychique*, L'Harmattan, 2012.
- Revue *Le Coq-héron* n°203, *Sous le sceau du corps*, Erès, 2010.
- Albert Ciccone (dir.), *Handicap, identité sexuée et vie sexuelle*, Erès, 2010.
- René Kaës (dir.), *Crise, rupture et dépassement*, Dunod, 1979.

DOSSIER

Handicap : regards croisés

Les crises nécessitent une prise en charge par un psychothérapeute, en plus du traitement médical de la maladie, difficile alors à stabiliser. Ces crises sont liées à un excès d'excitations émotionnelles, qui passent directement dans le corps et ne sont pas représentées dans la psyché.

Le handicap moteur peut survenir dès la naissance : anoxie du bébé, malformations liées à l'ingestion de médicaments (thalidomide), ou atteinte infectieuse pendant la grossesse, maladies génétiques. En cas de malade polyhandicapé, le handicap moteur est associé au handicap psychique. La prévention est, à cet égard, importante : du diagnostic prénatal (actuellement par prise de sang maternel),

pour prévenir les maladies génétiques, au diagnostic préimplantatoire, en cas de maladies génétiques familiales connues (évitant ainsi l'interruption de grossesse). Le témoignage de Fabienne Levasseur (voir ci-dessous) ne nous dit pas combien, comme de nombreuses personnes handicapées, elle a été courageuse pour poursuivre, encore aujourd'hui, sa rééducation musculaire. De même, un patient atteint de mucoviscidose à forme respiratoire passe une heure par jour en rééducation. F. Levasseur nous explique bien le rôle de sa famille et de ses « satellites », qui lui a permis de maintenir sa propre estime, dans un monde devenu en outre très narcissique ; et malgré les

affres de la vie scolaire ou hospitalière, ses blessures morales lors des interventions, et le coût moral et financier de la dépendance. En conclusion, gardons espoir dans les nouveaux traitements médico-chirurgicaux, les différentes prothèses (bientôt bioniques). Mais surtout évitons, par un meilleur lien social (aides aux foyers monoparentaux, prévention de la solitude des enfants) les toxicomanies, les vécus abandonniques, soyons à l'écoute des difficultés des personnes en situation de handicap, et favorisons les liens sociaux par la pratique de sports adaptés à leurs possibilités, et, surtout, par une insertion professionnelle, lorsqu'elle est possible. ●

« Comment vivre une vie "normale" ? »

« Comment, malgré une infirmité motrice cérébrale (IMC), première cause de handicap de naissance à conséquences lourdes, mener une vie le plus "normalement" possible ? Voilà bientôt quatre décennies que notre triplète (mes parents et moi) apprivoisons ce fameux concept de "différence" par rapport à une soi-disant "norme", agrémentée de témoignages de sommités assénant "*elle ne marchera pas, elle n'aura pas un niveau scolaire très élevé...*". C'était sans compter sur la hargne et les convictions de chacun. C'est ainsi qu'un soir de 1984, après sept ans d'essais non transformés (mouvements de kinésithérapie inlassablement répétés), je suis rentrée de l'école du service de neurologie infantile de l'hôpital du Kremlin-Bicêtre, en lâchant les murs de l'appartement dans lequel je grandissais, hurlant "*Regarde maman, je marche !*" Je voulais marcher. Je marche. Si aujourd'hui, trente ans après, je n'ai plus de casque pour amortir les chocs en cas de chutes, quelle image du corps avoir, quand celui-ci, s'apparentant à celui d'un pantin désarticulé, est déformé, réparé, opéré dix fois entre 9 et 20 ans, trituré, observé et appareillé par les plus grands praticiens, sans

pudeur ni ménagement ? Quelle enfance "normale" vivre quand on subit, dès l'âge de 10 ans, la cruauté du monde scolaire ordinaire, isolée par ce handicap, produisant, plus tard, une jeune adolescente victime de la double peine d'un handicap et d'une trop grande maturité ? Si j'aimais l'école, elle, elle ne m'aimait pas, pratiquant plus la tolérance que l'"intégration". Intégration ? Serais-je un ingrédient à incorporer dans ce monde de "valides" et autres bien-portants ? On greffera plus tard quelques satellites à mon noyau parental, pour mener une vie "normale". C'est ainsi qu'en 2009, après sept ans et demi de démarches administratives, d'obstacles et autres portes enfoncées, j'obtiens un logement adapté, "domotisé" ; j'acquiers un fauteuil électrique, aussi rouge que ma colère ; je suis désormais entourée par une équipe de cinq auxiliaires de vie, deux conducteurs de transport spécialisé, pour m'emmener travailler. Transports en commun accessibles ? En progrès, mais peut mieux faire... Sept aidants pour juste vivre une journée "normale". Pire qu'un ministre. Les MDPH⁽¹⁾ n'attribuant que deux cents euros par mois pour payer les transports des

salariés handicapés, sur une facture de cinq cents euros par mois en moyenne, et même avec l'aide de l'AGEFIPH⁽²⁾, cela ne fait pas le compte... Aujourd'hui médiatrice gérontologique, j'exerce ma mission dans deux foyers de travailleurs migrants du nord des Hauts-de-Seine. Au bout de deux cent treize candidatures et vingt-quatre entretiens, je tiens à saluer le courage politique de mon employeur, identique à celui dont mes pairs et moi devons faire preuve au quotidien, pour forcer les portes d'un monde pas encore fait pour nous, ni encore moins par nous. Quoi de plus normal pour la LDH que de s'intéresser à cinq millions de concitoyens, dont, ne l'oublions pas, la majorité ne peuvent envisager de travailler sans risquer de perdre progressivement jusqu'à trois quart de leur revenu principal, soit l'AAH (allocation adulte handicapé). Vous êtes sûr que c'est "normal"... »

(1) Maisons départementales des personnes handicapées.

(2) Organisme collecteur des amendes payées par les employeurs du secteur privé ne respectant pas le quota de 6% de travailleurs handicapés, dans les entreprises de vingt salariés et plus.

Fabienne Levasseur