



HAL
open science

Le corps du patient à travers celui du psychomotricien : élaboration du contre-transfert en addictologie.

Solène Mercier

► **To cite this version:**

Solène Mercier. Le corps du patient à travers celui du psychomotricien : élaboration du contre-transfert en addictologie.. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03296341

HAL Id: dumas-03296341

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03296341>

Submitted on 22 Jul 2021

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

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



Institut de Formation en Psychomotricité de la
Pitié-Salpêtrière
Faculté Médecine Sorbonne Université
91, Bd de l'Hôpital
75013 Paris



Le corps du patient à travers celui du psychomotricien.

Élaboration du contre-transfert en addictologie.

**Mémoire présenté en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de psychomotricien.
Session de juin 2021**

Maître de mémoire :

Jean-Philippe LOUVEL

Solène MERCIER

Remerciements

Je remercie toute l'équipe pédagogique de l'IFP de la Pitié-Salpêtrière qui a su me transmettre des compétences et des savoirs essentiels à ma future profession. Je voudrais aussi remercier tout particulièrement Monsieur Constant qui m'a transmis sa passion pour l'exercice de la psychomotricité auprès de personnes ayant des conduites marginales, et qui a su faire grandir en moi cet intérêt. Merci aussi à tous mes maîtres de stage qui m'ont formée et qui m'ont chacun transmis quelque chose de leur pratique.

Je tiens aussi à remercier Monsieur Louvel, mon maître de mémoire, sans qui je n'aurais pu construire ce mémoire. Merci à lui pour le temps qu'il a consacré à mon projet et pour les pistes de réflexion et d'élaboration qu'il m'a proposées et qui ont enrichi ma pratique en plus d'enrichir mon mémoire.

Un grand merci à Madame Potel-Baranes, ma tutrice externe, qui m'a écoutée avec bienveillance, lors des supervisions, et qui a su me guider dans mes réflexions et dans les situations problématiques que j'ai rencontrées.

Merci à Madame d'Avout, ma maître de stage en PMI, pour ses nombreuses relectures et ses remarques et conseils constructifs, pour son investissement dans ce projet! Merci Isabelle pour ton écoute bienveillante.

Merci à mes parents et à ma famille, qui m'ont permis d'étudier une discipline qui me passionne, dans les meilleures conditions. Merci à eux pour leur investissement dans mes projets, leur soutien et pour leur confiance.

Merci aussi à mes amis dont font désormais partie mes camarades de promotion Astrid, Alice, Chloé, Priscille, Pauline, Faustine et Naomi. Merci Naomi pour ces appels tellement riches et bienveillants! Merci en particulier à ma binôme, sans qui je n'aurais pas eu la possibilité de faire ce stage en addictologie qui me plaît tant. Merci Antony pour ton aide précieuse et ton soutien, dès nos premières années d'études! Merci Céline pour ton soutien sans faille durant toutes ces années d'amitié! Merci d'être là dans les moments de joie comme de peine!

Je remercie la Directrice du CSAPA, ma tutrice interne que je ne peux malheureusement pas citer pour des raisons de confidentialité, pour les échanges toujours très enrichissants que j'ai eu avec elle, et pour ses nombreux conseils, sa disponibilité, sa confiance et son soutien. Je remercie aussi beaucoup toute l'équipe du CSAPA, et en particulier l'équipe plus spécifique à la CJC pour son soutien et sa présence bienveillante dans les moments compliqués. Merci à eux de m'avoir fait confiance et de m'avoir fait une place dans l'équipe.

Enfin, merci aux patients que j'ai rencontrés. Merci pour leur confiance, pour ce qu'ils m'ont appris. Merci à eux parce qu'ils m'ont fait grandir et qu'ils n'ont fait que confirmer ma passion pour ma future profession.

SOMMAIRE

Remerciements

Sommaire

Introduction	6
1. Contexte et questionnement	7
1.1. <u>Présentation</u>	7
1.1.1. La structure	8
1.1.2. La réunion CJC	8
1.1.3. La première rencontre	9
1.2. <u>La première séance</u>	11
1.2.1. Le bilan psychomoteur	11
1.2.2. Appartenance ou singularité?	14
1.2.3. Le début d'un long questionnement	17
1.2.4. L'élaboration	19
1.3. <u>La deuxième séance et le cadre</u>	20
1.3.1. Au pied levé	21
1.3.2. Accepter de modifier le cadre	22
1.3.3. Problématique	25
2. Le vécu corporel d'Emma à travers le mien	25
2.1. <u>Une multitude de sensations</u>	26
2.1.1. Le regard et l'arrière-fond	26
2.1.2. Le vide	28
2.1.3. La sidération et l'inquiétude	28
2.1.4. Le risque du passage à l'acte	30
2.2. <u>L'absence</u>	32
2.2.1. L'absence pour penser	32
2.2.2. La récurrence de l'absence en addictologie	35

2.2.3.	Léa arrête le stage	36
2.3.	<u>Elaboration du projet thérapeutique</u>	36
2.3.1.	Rien...	36
2.3.2.	Le dessin du bonhomme...	38
2.3.3.	... qui complète le projet thérapeutique	41
3.	Le contre-transfert en relaxation	42
3.1.	<u>L'enveloppe maternante</u>	43
3.1.1.	La méthode de relaxation et de conscience corporelle	43
3.1.2.	La lumière et la petite fille	47
3.1.3.	Le pantin de bois	49
3.1.4.	Le papillon	51
3.2.	<u>La transformation</u>	52
3.2.1.	Le babyfoot	53
3.2.2.	L'unité	54
3.2.3.	Le lien	55
3.3.	<u>La perte du lien</u>	56
3.3.1.	La tension	56
3.3.2.	Sur la même longueur d'onde	59
3.3.3.	La tentative de suicide	61
	Puisqu'il faut conclure...	64
	Bibliographie	65
	Sitographie	67
	Annexes	I
	Annexe 1	II
	Annexe 2	III
	Annexe 3	IV
	Résumé	V

Introduction

Faire découvrir et introduire la psychomotricité dans un Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA). Voilà l'objectif du stage expérimental que j'entreprends cette année, aux côtés de ma binôme, une étudiante de troisième année de psychomotricité. Au bout de deux séances, je poursuivrai le stage seule.

Durant cette dernière année d'études de psychomotricité, je vais tenter de montrer l'intérêt de ma future profession dans la prise en charge de patients présentant une ou plusieurs addictions.

Pour rendre compte du cheminement de mes réflexions au cours de mes expériences avec la première patiente que j'ai suivie, j'ai choisi de construire ce mémoire sous forme d'un récit. Au fil de l'écriture, je me suis aperçue, en reprenant les mots de Roselyne Orofiamma, que "*La narration agit comme principe organisateur qui structure la représentation que le narrateur donne à son histoire en la racontant.*" (2019, p.122). Cela a donc confirmé mon choix de raconter ma pratique de la psychomotricité en addictologie dans un journal de bord, ayant pour point de départ le questionnaire suivant.

Comment le psychomotricien peut-il composer avec son ressenti auprès d'une patiente rencontrée en addictologie?

Car comme le dit Bernard Golse dans la préface du livre *Du contre-transfert corporel* de Catherine Potel, "*Le corps est et restera toujours ce par où le scandale arrive, le scandale du sexe, de la douleur et de la mort*". (2019a, p.9).

Pour répondre à cette question, je m'intéresserai tout d'abord au contexte du stage et aux questionnements qui ont émergé, puis j'évoquerai mes différents vécus, et enfin dans une troisième partie, j'aborderai le contre-transfert corporel.

1. Contexte et questionnement

Notre stage expérimental consiste à faire découvrir, démontrer l'intérêt et introduire la prise en charge psychomotrice dans un établissement médico-social. Aucun psychomotricien n'exerce dans la structure, nous avons donc deux maîtres de stage, la directrice de l'établissement qui a suivi diverses formations dans le champ de la santé, et une psychomotricienne qui n'exerce pas dans le cadre de cette structure, mais qui nous supervise.

1.1. Présentation

Le CSAPA accueille des personnes souffrant d'addiction.

Le Centre Addictovigilance Auvergne, définit l'addiction comme :

Un mode d'utilisation inadapté conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance caractérisée par la perte de contrôle de soi, des difficultés dans la vie sociale et professionnelle ou la persistance à consommer malgré une connaissance des effets néfastes et ceci pendant 12 mois. (s. d.)

Il existe onze critères diagnostics pour l'addiction. Selon la présence d'un certain nombre de critères, on parlera d'addiction faible (2 à 3), d'addiction modérée (4 à 5), ou d'addiction sévère (6 à 11).

1.1.1. La structure

Ici, les usagers¹ viennent pour la délivrance de traitements de substitution, des consultations médicales ou psychologiques, seul ou avec leurs proches. Dans le cadre de sa mission de Réduction des Risques et des Dommages (RdRD), cet établissement fournit du matériel de consommation, afin de limiter les risques de transmission de maladies comme le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou encore l'hépatite C. Le CSAPA accueille aussi les personnes en obligation de soin, suite à une intervention de la justice.

Cet été nous nous sommes présentées à l'équipe. Nous avons rencontré tous les professionnels qui travaillent au sein de cette structure, les psychologues, l'infirmière, la secrétaire, l'hôtesse d'accueil, les médecins généralistes, le pédopsychiatre, l'assistante sociale, l'éducatrice spécialisée, l'interne en psychiatrie et la chargée de prévention.

Tous ces professionnels exercent soit pour la Consultation Jeunes Consommateurs (CJC) qui accueille les jeunes de moins de vingt-cinq ans, soit pour la consultation adulte. Comme nous sommes présentes uniquement le mercredi, nous sommes plus en lien avec la CJC dont la réunion hebdomadaire a lieu ce jour-là, mais nous pourrions aussi recevoir des usagers de la consultation adulte.

Un entretien avec un des professionnels (médecin, infirmière, psychologue, éducatrice spécialisée ou secrétaire, si cela se fait par téléphone) est proposé à l'utilisateur dès son arrivée. C'est l'évaluation. Elle s'étend généralement sur trois rendez-vous et permet à l'équipe de recueillir des éléments importants, qui permettront d'orienter l'utilisateur vers tel ou tel professionnel, ou vers une structure plus adaptée si besoin.

1.1.2. Réunion Consultation Jeunes Consommateurs

La réunion de synthèse commence. Plusieurs usagers sont évoqués. Le pédopsychiatre nous fait part de son rendez-vous avec Emma². Cette usagère a de

¹ Dans cette structure, on parle d'usagers pour les personnes qui ne bénéficient pas de suivi médical ou paramédical. Le CSAPA leur apporte un suivi social et du matériel spécifique afin de limiter les risques liés aux consommations.

² Pour des raisons de confidentialité, tous les prénoms apparaissant dans ce mémoire ont été modifiés.

nouveau consommé ce week-end, mais de façon beaucoup plus contrôlée que les fois précédentes. Cependant, elle parle difficilement de son amaigrissement et adopte une posture recroquevillée, effacée, avec une voix tout juste audible. Elle présente des symptômes de type alexithymique. Emma ne sait pas reconnaître, ni nommer les émotions qu'elle ressent. Elle est sans cesse dans l'agir, ce qui motive le pédopsychiatre³ à poser une indication psychomotrice afin de travailler sur le réinvestissement corporel et atténuer le clivage corps-psyché de cette patiente.

D'après Tony Lainé, l'agir est ce qui permet à l'être humain de construire son psychisme. Il va conscientiser son corps en produisant des mouvements et des gestes. Ainsi, le corps pourra servir de support à l'émergence du psychisme. (2007).

De plus, en dehors du processus développemental qui inclut l'agir, c'est une tendance que l'on retrouve souvent dans la clinique des états limites. Cela permet à ces patients de se défaire d'images mentales psychiquement ingérables, en mobilisant leur corps sans but précis (André P., Benavidès, T. et Giromini, F, 2004).

Afin de faire du lien entre les professionnels de l'équipe, nous convenons que nous rencontrerons Emma en présence du pédopsychiatre pour faire sa connaissance la semaine suivante. Nous viendrons exceptionnellement un lundi, date à laquelle elle avait déjà pris un rendez-vous avec lui.

1.1.3. La première rencontre

Le lundi suivant, nous découvrons Emma, une jeune femme avec un style vestimentaire punk, toute vêtue de noir. Ses vêtements sont amples et elle porte des chaussures avec une très grosse semelle, ce qui contraste avec son corps qui paraît fragile et maigre.

Le pédopsychiatre nous présente rapidement dans la salle d'attente et nous accompagne dans la salle de réunion afin de présenter à Emma les indications de la

³ Emma est suivie par un pédopsychiatre car elle fait partie de la CJC qui accueille les adolescents et jeunes adultes de douze à vingt-cinq ans.

future prise en charge en psychomotricité. Nous répondons aux questions de la patiente à propos du déroulement des séances. Puis, il nous conduit dans une petite pièce, un peu encombrée, où nous restons ma binôme, la patiente et moi-même. Nous nous installons sur trois fauteuils, nous deux, face à cette jeune fille, et lui expliquons notre projet pour elle et le déroulé des séances. Nous lui proposons de la relaxation, à raison d'une séance de quarante-cinq minutes toutes les deux semaines, en alternance avec ses séances de psychothérapie. Emma a aussi des rendez-vous avec le pédopsychiatre du CSAPA, ainsi qu'avec une psychiatre dans le cadre des troubles du comportement alimentaire qu'elle présente. Cela lui occasionne beaucoup de rendez-vous médicaux, nous ne voulons pas la surcharger en lui proposant une séance hebdomadaire. Nous lui présentons l'objectif du bilan psychomoteur, qui aura lieu dans un premier temps, et qui nous permettra d'adapter au mieux nos séances à ses besoins.

En m'asseyant, je m'aperçois que je bloque l'accès à la porte et cela me donne l'impression d'envahir l'espace intime de notre patiente (Hall, E.T., 2014), de prendre trop de place, de ne lui permettre aucun échappatoire. Elle a presque le même âge que moi et j'ai beaucoup de mal à la vouvoyer. Je sens beaucoup de contradictions de sa part. Je suis d'ailleurs étonnée qu'elle nous parle de ses addictions aussi facilement, les manches relevées, plutôt à l'aise, comme si tout cela paraissait banal. Dans tout ce qu'elle raconte, elle semble être absente de son corps.

A la fin de la rencontre, cette jeune fille m'intrigue. J'ai du mal à me la représenter.

Je discute avec ma binôme, de mes premières impressions. Léa souhaite "mener" les séances avec cette patiente. Je serai observatrice et nous expliquerons ma position à Emma. Ce rôle me convient parfaitement et nous en restons là. Cependant, cette demande très soudaine et hâtive me laisse perplexe.

1.2. La première séance

Nous recevons notre patiente dans la salle de réunion qui nous est prêtée pour les séances. Nous lui annonçons que nous allons commencer par la passation d'un bilan psychomoteur, afin de pouvoir ajuster au mieux nos propositions lors des séances suivantes. Nous lui précisons que ce n'est pas une évaluation, mais simplement une série de propositions qui nous permettront d'adapter au mieux les séances de psychomotricité à ses besoins.

1.2.1. Le bilan psychomoteur

Nous avons imaginé un bilan psychomoteur qualitatif, reprenant plusieurs parties de tests psychomoteurs que nous ne côterons pas car les étalonnages ne le permettent pas. La trame que nous nous sommes construite n'est bien sûr pas figée, et nous l'adaptions à chaque patient, selon ce que l'on veut observer et en évitant de le mettre en difficulté.

Le bilan type commence par un entretien durant lequel nous demandons à la personne de se présenter. Puis nous abordons l'addiction du patient, la fréquence, le ou les produits consommés, sous quelle forme (injection, sniff, inhalation, ingestion,...) et depuis combien de temps. Il est important de connaître le mode de consommation de l'utilisateur, car cela donne des indications sur sa sensorialité, sur l'investissement ou le surinvestissement de certaines parties de son corps, et bien sûr, sur la qualité de son enveloppe corporelle. Le type de produit consommé est tout aussi important à prendre en compte, car chaque substance produit des effets différents et nous fournit donc des informations à propos de la sensorialité du sujet. Nous demandons ensuite au patient s'il a des plaintes et des attentes, quels sont ses objectifs à court terme, s'il a des informations ou événements qui lui semblent importants à nous transmettre à propos de sa santé et de son histoire de vie.

Vient ensuite la partie liée à l'investissement corporel. Nous lui demandons s'il a pratiqué, pratique ou envisage de pratiquer des activités physiques, corporelles ou artistiques. Nous le questionnons aussi à propos de sa capacité à estimer s'il prend soin de son corps au niveau de l'hygiène, des soins, de l'alimentation, des

rendez-vous médicaux, ... Puis nous poursuivons en questionnant l'utilisateur sur son sommeil, la façon dont il gère son stress et son anxiété, d'éventuelles douleurs, et les sensations ressenties et/ou recherchées à travers la consommation et pendant les phases de manque.

Ensuite, nous avons prévu une partie qui regroupe plusieurs items de tests psychomoteurs, comme le test de l'adaptation au rythme de Soubiran et l'épreuve du rythme de Stamback, qui nous permettent d'évaluer la mémoire, l'attention et la planification. Pour poursuivre avec la planification, nous avons prévu la passation de quelques items de l'EMG, qui évaluera aussi l'organisation spatiale et temporelle, tout comme le Piaget-Head, l'épreuve des pas comptés et le test d'adaptation à l'espace de Marthe Vyl. Pour apprécier le tonus, nous utiliserons l'épreuve des diadococinésies ainsi qu'un exercice de contraction et relâchement. Nous attendrons au moins la deuxième séance avant de proposer d'évaluer le tonus, car nous savons que cet examen engage les émotions. Par conséquent, nous ne trouvons pas judicieux de vouloir le mesurer lors d'une première rencontre qui peut être anxiogène. Enfin, toujours dans cette perspective de laisser passer la première séance afin que la personne soit plus en confiance, nous proposerons un dessin du bonhomme, le questionnaire de Moyano et les somatognosies de Bergès pour avoir une idée plus précise des représentations de l'image du corps et du schéma corporel de la personne.

Le tonus, l'organisation temporo-spatiale, ainsi que le schéma corporel et l'image du corps me semblent indispensables à évaluer en addictologie.

Le tonus est décrit par M. Jover comme

Un état de légère tension des muscles au repos, résultant d'une stimulation continue réflexe de leur nerf moteur. Cette contraction isométrique est permanente et involontaire. Elle fixe les articulations dans une position déterminée et n'est génératrice ni de mouvement, ni de déplacement. Le tonus maintient ainsi les stations, les postures et

les attitudes. Il est la toile de fond des activités motrices et posturales.
(2000, p.49).

En addictologie le tonus occupe une grande place dans l'alternance hypertonie de manque/hypotonie de consommation. Cette alternance rythme la vie de l'usager.

L'espace et le temps sont également au cœur de l'addiction. Ce sont deux entités indissociables, mais pour faciliter leurs définitions, nous les étudierons séparément. L'espace est une étendue indéfinie qui contient et entoure les objets dans un intervalle de temps. Le temps est un milieu infini dans lequel se succèdent des événements. Il est souvent ressenti comme une force agissant sur le monde et les êtres. En plus de la rythmicité consommation/manque, l'espace-temps est marqué par des lieux de consommation clairement identifiés, l'attente de la prochaine consommation et de la possession du produit, ainsi qu'un déphasage des temps de sommeil et d'activité.

Le schéma corporel, défini par Julian de Ajuriaguerra peut aussi être impacté.

Edifié sur les impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification. (1970) .

L'image du corps est, selon Schilder, la représentation psychique que nous avons de notre corps (2017). Il s'agit donc d'une notion propre à chacun et inconsciente, en perpétuel remaniement tout au long de la vie. Nous pouvons aisément faire le lien avec la problématique de l'addiction. En effet, le mode de

consommation peut influencer sur la perception et l'investissement plus ou moins importants de certaines parties du corps. De plus, le regard de soi et des autres, y compris le regard de la société sur ces pratiques marginales jouent un rôle très important dans l'élaboration de l'image du corps.

1.2.2. Appartenance ou singularité?

Emma se présente :

“Je m'appelle Emma, je suis borderline, anorexique et je consomme de la kétamine, du cannabis et de la cocaïne.”

Selon le DSM-5, une personne borderline fonctionne sur *“un mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée qui apparaît au début de l'âge adulte et qui est présent dans des contextes divers”*. Cela se traduit par une perturbation cognitive, des affects et des relations interpersonnelles, ainsi que par une certaine impulsivité. (Guelfi, JD., Cailhol, L., Robin, M. et Lamas, C., 2017).

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS) l'anorexie mentale se définit par un poids corporel faible, une perte de poids provoquée par un évitement de certains aliments ou par des conduites purgatives, une modification de l'image du corps, un dérèglement endocrinien au niveau hypothalamo-hypophyso-gonadique, un ralentissement de l'apparition de puberté si le trouble se manifeste avant cette dernière (2013).

La kétamine est une substance licite réglementée. Elle *“entraîne une anesthésie particulière, dite dissociative”*. Cette anesthésie se traduit entre autres par *“une analgésie profonde et prolongée, une perte de conscience qui se traduit plus par une déconnexion du patient que par un sommeil véritable, [...] le maintien ou une discrète augmentation du tonus musculaire [...]”* (Vidal, 2013) Elle a donc des propriétés dissociatives, dépressives et hallucinogènes et provoque aussi un engourdissement et une perte du sens de l'espace.

Le cannabis et la cocaïne sont des substances illicites. D'après Wenn⁴, dans le diagramme des drogues, la cocaïne est un stimulant psychomoteur appartenant aux amines sympathomimétiques. Elle amplifie donc les fonctions physiologiques régies par le système sympathique, comme la fréquence cardiaque. Elle peut être consommée coupée en poudre, ou sous forme de crack après de multiples transformations, en injectant ou en sniffant (ce qui est le cas d'Emma). Elle procure au consommateur une très grande énergie, la sensation d'avoir de meilleures capacités intellectuelles et la sensation de pouvoir entrer en contact avec les autres plus facilement (ce qu'Emma me rapporte aussi).

Le cannabis, lui, peut être consommé en fumant, comme le fait Emma, ou en l'ingérant. Il provoque euphorie, détente, modifications de la perception, ralentissement psychomoteur et décuple les émotions. Le tétrahydrocannabinol (THC) est la substance psychoactive responsable de ces effets. Tout comme la kétamine, elle fait partie des substances dissociatives appartenant aux dépresseurs et hallucinogènes. Mais elle appartient aussi aux psychédéliques présents dans la catégorie des stimulants, comme le montre le diagramme de Wenn⁵.

Emma est une jeune femme de 22 ans qui fait des études supérieures et vit dans un appartement loin de chez ses parents. Elle est entièrement vêtue de noir et porte des vêtements amples. La semelle de ses chaussures est très épaisse. Ses cheveux sont très fins et semblent abîmés, les longueurs sont noires alors que sa

⁴ Voir annexe 2

⁵ Voir annexe 2

frange très courte, est blonde. Elle porte un bonnet noir, ce qui m'empêche, au départ, de comprendre comment la couleur de ses cheveux est répartie.

Je sais par son dossier, qu'Emma consomme ces substances en les fumant ou en les sniffant. Cela signifie donc qu'elle ne crée pas de nouveaux orifices dans son enveloppe corporelle, et indique un investissement de son nez, que je n'ai jamais vu à cause du port du masque, et qu'elle ne représentera pas lors du dessin du bonhomme. Elle me dit que la cocaïne et le cannabis lui permettent de se sentir intéressante pour les autres, mais elle n'évoque jamais la kétamine.

D'après Muriel Salmona⁶ (psychiatre), cette substance est souvent consommée par les jeunes filles ayant vécu un traumatisme d'ordre sexuel, ce qui est le cas pour Emma. Elle utilise la dissociation corps-esprit que la kétamine procure, pour revivre cet état de sidération ressenti pendant l'agression, et tenter de faire taire la mémoire traumatique réactivée. En plus de la consommation de substances, Muriel Salmona repère des conduites auto et hétéro-agressives et des mises en danger. En effet, Emma se scarifie, a tenté de se suicider à plusieurs reprises, montre des pratiques sadomasochistes et se prostitue. L'ensemble de ces conduites à risque a pour but de créer une "*disjonction*". (Salmona, M., 2021).

A l'origine, cette "*disjonction*" a lieu après l'état de sidération que présente la victime, afin d'éviter une surproduction d'adrénaline et un emballement des fonctions cardiovasculaires. Pour cela, des neurotransmetteurs ayant le même fonctionnement dissociatif que les substances consommées par Emma, sont sécrétés. L'amygdale est alors déconnectée du fonctionnement psychique, ce qui provoque une dépersonnalisation chez la victime (Salmona, M., 2021). Cependant, cela empêche l'hippocampe de mettre du sens sur les émotions ressenties. Elles restent alors à l'état brut, vides de sens. Ces émotions ne s'inscrivent pas dans la mémoire. "*Elle va rester hors du temps, non-consciente, à l'identique, susceptible d'envahir le champ de la conscience et de refaire revivre la scène violente de façon hallucinatoire* " (Salmona, M., 2021, p.6). Emma ne parvient donc pas à

⁶ Muriel Salmona aborde le psychotraumatisme du point de vue de son effet sur le fonctionnement cérébral. Il y a d'autres descriptions possibles, notamment psychodynamiques (Gérard Lopez et Nadia Kadi).

trouver un sens à cette sensorialité qui n'a pu s'expliquer et s'inscrire de façon adaptée dans son psychisme, laissant un vide inexpliqué. En laissant vide de sens certaines zones du psychisme et de la mémoire, je fais l'hypothèse que cela puisse impacter le sentiment continu d'exister (Winnicott, D.W., 2006).

Pour Didier Anzieu *“Le Moi-peau [...] présente une double face, externe et interne, avec un écart entre ces deux faces qui laisse la place libre à un certain jeu. [...] Dans les états limites [...] Les deux faces du Moi-peau n'en font qu'une.”* (2006, p. 149). Selon le même auteur, cela engendrerait des difficultés de distinction entre le dedans et le dehors, entre ce qui appartient à Emma et ce qui provient de son environnement. De plus, la fonction pare-excitatrice de la face externe n'est pas présente. La face unique du Moi-peau reçoit alors l'ensemble des informations provenant de l'environnement, sans qu'elles n'aient été filtrées auparavant. Le Moi-peau d'Emma en est d'autant plus fragilisé que les psychotraumatismes dont elle est victime le “trouent”.

1.2.3. Le début d'un long questionnement

Emma parle énormément et nous raconte sa vie et ses consommations avec beaucoup de détachement. Léa, ma binôme, parvient difficilement à la ramener vers quelque chose de plus corporel. C'est alors qu'elle propose à Emma un exercice de respiration carrée, pour essayer de dépasser le craving⁷, à la demande de la patiente.

La respiration carrée consiste à inspirer sur un temps donné, trois secondes par exemple, de poursuivre avec une apnée de trois secondes, puis d'expirer et d'être à nouveau en apnée pendant trois secondes pour chaque étape. Le but

⁷ Le craving est un mot anglais, signifiant une envie irrépressible de consommer. Il peut être associé à un état de manque se manifestant par des symptômes somatiques comme des vomissements, des diarrhées, des douleurs abdominales et musculaires, des sueurs, des frissons, etc.

étant de réaliser plusieurs cycles comme celui-ci, avant de reprendre une respiration normale. Cette méthode de respiration permet de focaliser son attention et donc de gérer son stress.

Je remarque alors que Léa dessine dans un des coins d'une feuille au format A4, un tout petit carré d'environ deux centimètres de côté, sur lequel elle inscrit les étapes de cette technique. Elles sont presque illisibles. Elle découpe la moitié de la feuille et la tend à Emma afin qu'elle garde une trace de cette explication et puisse le refaire seule.

Je suis installée sur un canapé muni d'un accoudoir, en face d'elle. Nous formons un triangle. Une certaine distance nous sépare, mais malgré cela, j'éprouve toujours autant la sensation de prendre trop de place, que le jour où nous l'avons rencontrée. En effet, il m'est impossible de poser mon bras sur l'accoudoir. Je suis à une extrémité du canapé et si je pouvais prendre encore moins de place, je le ferais. La séance se termine et Emma me laisse une impression d'étrangeté. Elle m'intrigue. Je ressens un décalage entre ce qu'elle dit et ce qu'elle montre par sa posture. De plus, elle liste les troubles dont elle souffre, sans jamais faire le lien avec son vécu corporel ou psychique.

Nous avons convenu d'un rendez-vous dans deux semaines.

Nous débriefons avec Léa. J'ai l'impression que le petit carré qu'elle a dessiné est à l'image d'Emma pendant la séance, recroquevillée dans un coin de la pièce. J'avais imaginé Léa découpant une fois de plus le morceau de feuille, pour représenter Emma plus petite encore.

En discutant de la séance avec ma tutrice interne, je m'aperçois qu'Emma prend paradoxalement beaucoup de place dans ma tête. Même en dehors des séances, je repense à tout ce qu'il s'est dit ou fait. Cependant, ce que j'ai ressenti corporellement me permet de savoir qu'il ne s'agit probablement pas d'une jeune fille psychotique, mais plutôt névrotique, car je ressens une unité corporelle. Je me sens mal à l'aise, mais mon corps reste unifié. Je ne me sens pas morcelée.

1.2.4. L'élaboration

Deux semaines passent

Je pense très régulièrement à Emma, en l'imaginant comme un homonculus de Penfield⁸. Je la vois avec une très grosse tête et un tout petit corps. A l'image de ce qu'elle m'a montré lors de la première séance. J'ai d'énormes trous de mémoire lorsque je pense à elle.

Je pense à elle comme une mère pourrait penser à ses enfants, je m'inquiète aussi pour elle. Cela me laisse penser à une éventuelle défaillance des interactions précoces dans sa petite enfance. Emma me renvoie donc à quelque chose de très archaïque.

Elle semble ne pas vouloir prendre de place dans l'espace avec son corps, cependant, elle occupe avec insistance mes pensées et semble exister principalement psychiquement. Je m'interroge donc sur ces trous de mémoire récurrents qu'elle occasionne chez moi et qui ne sont pas dans mon habitude. C'est précisément le fait que ce ne soit pas dans mon habitude d'oublier à ce point le sujet de la conversation, ou encore de perdre mon vocabulaire, qui m'interpelle. Je pense au mécanisme de "*l'identification projective*", décrit par Mélanie Klein (2013). Ce terme désigne le fait de projeter les mauvaises parties du soi à l'intérieur d'un autre, afin de garder en soi le "*bon objet*" (Klein M., citée par Harris M., 2007). Emma projette donc en moi, dans mon psychisme, des éléments que W.R. Bion appelle "*éléments bêta*". Ce sont des éléments qui ne peuvent pas être "*digérés*" psychiquement, ils ne peuvent donc pas trouver de sens et restent à l'état de sensorialité. (Bion, W-R., 1991). Je ressens alors ce qu'elle éprouve elle-même, et qu'elle ne peut comprendre, mettre en mots et assimiler seule.

Je fais l'hypothèse que la mère d'Emma, déprimée, n'a pu donner de sens aux vécus les plus archaïques de sa fille, pendant sa petite enfance. L'indisponibilité psychique de sa mère, a empêché celle-ci de digérer les "*éléments bêta*" privés de sens pour l'enfant, en "*éléments alpha*" assimilables par lui. Ces éléments sont alors restés à l'état brut et ont été intégrés tels quels, laissant vide de sens certaines zones du psychisme.

⁸ Voir annexe 1

Cependant, les personnalités limites ne peuvent rester avec cette sensation. Elles ne peuvent alors le communiquer que sous la forme du vide, imageant le manque de représentation et provoquant une impossibilité à penser (Bion, W-R., 1991).

Je peux aussi faire l'hypothèse que le psychotraumatisme qu'elle a vécu est en partie à l'origine de ces vides à l'intérieur d'elle. En effet, Muriel Salmona insiste sur le fait que les agressions sexuelles créent une amnésie des événements traumatisants, car les mécanismes de protection neurophysiologique empêchent l'intégration et la représentation des faits de manière consciente dans le psychisme (Salmona, M., 2021).

Dans les deux cas, je comprends alors que je dois assurer une posture maternante, dans le sens de la "*fonction alpha*" de la mère décrite par W-R. Bion (1991). La mère joue en effet un rôle dans la "*digestion*" des "*éléments bêta*". En les remaniant dans son psychisme, de manière à leur donner une forme adaptée, compréhensible et assimilable par son enfant, la mère contribue à la bonne intégration psychique de ces nouveaux "*éléments alpha*" par son enfant.

Les trous de mémoire qui se manifestent chez moi sont, sans doute, issus de l'incapacité à penser. Emma me donne à vivre ses souffrances par le biais de "*l'identification projective*" (Klein, M., citée par Harris M., 2007).

1.3. La deuxième séance et le cadre

Le cadre se définit selon deux composantes, l'espace et la morale. (Larousse, s. d.) Dans le *Larousse*, nous retrouvons ces deux parties qui peuvent paraître distinctes au premier abord. Il définit alors le cadre comme les "*limites d'un espace ; l'espace ainsi cerné*" et "*Ce qui borne, limite l'action de quelqu'un, de quelque chose ; ce qui circonscrit un sujet.*" (s. d.). Finalement, il apparaît assez clairement que ces deux composantes du cadre sont liées, et agissent réciproquement l'une sur l'autre. L'aspect géographique du cadre, permet de canaliser "*l'action de quelqu'un*", et réciproquement, le fait de poser des limites aux agissements psychiques ou physiques d'une personne, permet de créer un espace particulier.

Cette notion de cadre est fondamentale en psychomotricité. Catherine Potel ajoute aux aspects matériels et d'organisation institutionnelle, l'importance des connaissances théoriques qui permettent au psychomotricien de penser les problématiques amenées par les patients ainsi que le corps du psychomotricien, qui lui sert de support de travail (2019b).

Enfin, René Roussillon insiste sur le fait que le cadre est thérapeutique car *“il porte symboliquement des conditions de la symbolisation”* (2006, paragraphe 12).

1.3.1. Au pied levé

Léa, ma binôme, vient de m'annoncer qu'elle ne pourra pas venir en stage mercredi. Je comprends rapidement que si son moral ne va pas très bien, c'est sûrement en lien avec le stage qui l'a probablement chamboulée. Je lui propose donc de la remplacer exceptionnellement dans son rôle de “meneuse” de séance, pour ne pas créer une potentielle rupture avec la patiente et commencer à tisser une alliance thérapeutique. Léa accepte.

La veille de la deuxième séance avec Emma. Je commence à avoir quelques symptômes grippaux.

Le lendemain matin mon état ne s'améliore pas, et compte-tenu de la situation sanitaire préoccupante, je ne peux me rendre au CSAPA sans un avis médical préalable. Je suis donc obligée de reporter le rendez-vous avec Emma. Je suis très embêtée de ne pas pouvoir l'honorer.

Emma a repris rendez-vous. Léa ne pourra pas venir à la séance suivante. J'appréhende de me retrouver seule face à Emma, et de ne pas savoir maintenir un lien relationnel satisfaisant, dans une expérience thérapeutique tout à fait nouvelle pour moi. Nous nous étions organisées de manière à ce que l'observatrice de la séance, soit aussi la garante du cadre temporel et fasse tiers dans la relation.

1.3.2. Accepter de modifier le cadre

Je m'installe dans la salle où aura lieu la séance en l'attendant. La dame assurant l'accueil me prévient de son arrivée. Emma attend les "roule ta paille"⁹ qu'elle a demandés à l'accueil. On lui apporte son matériel de consommation visant à la réduction des risques. Je l'invite à me précéder dans les escaliers et j'ai l'impression qu'elle peut s'écrouler à tout moment. Elle est si maigre, et me paraît encore plus fragile que d'habitude, comme si ses jambes peinent à la soutenir.

Une fois arrivées dans la salle qui m'est prêtée pour les séances, je lui propose de s'installer sur le fauteuil qui lui convient le mieux. Elle prend place au même endroit que la dernière fois et refuse le fauteuil relax rouge qui me semble plus contenant.

Je lui présente mes excuses pour la séance précédente que je n'ai pu honorer, et lui demande de ses nouvelles. Prise dans la discussion, j'oublie de lui parler de l'absence de Léa, qui me laissera d'ailleurs finir le stage sans elle. Emma ne se préoccupe pas non plus de l'absence de ma binôme. Elle vient de rater son rendez-vous avec la psychologue et est profondément déçue et embêtée. Je suis face à un dilemme. Dois-je appeler sa psychologue, prendre le risque qu'elle ne puisse pas la recevoir et donc décevoir Emma qui est déjà extrêmement mal? Ou dois-je me faire confiance et poursuivre la séance ?

Je lui propose alors de poursuivre le bilan si elle s'en sent capable, tout en lui signifiant que le seul but est de pouvoir ajuster mes propositions à ses besoins. Elle est d'accord.

Je sens Emma beaucoup trop faible pour lui proposer la passation d'items purement corporels comme l'épreuve des pas comptés et l'examen du tonus. Je commence donc par le questionnaire de Moyano.

Le test des pas comptés de Marthe Vyl permet d'observer l'adaptation de la personne à l'espace. Cette dernière doit estimer le nombre de pas égaux qu'il lui faut pour traverser la pièce, puis ajuster ses pas de manière à parcourir une même

⁹ Les "roule ta paille" sont des feuilles de papier cartonné qui permettent, aux usagers qui sniffent, de consommer en utilisant chacun son propre matériel à usage unique, afin de limiter les risques d'infection.

distance avec un nombre de pas donné.

L'examen du tonus permet d'apprécier le tonus musculaire de la personne. Comme le toucher peut être délicat pour certaines personnes, en particulier pour Emma qui a subi des violences sexuelles, je pratique l'examen du tonus d'une manière différente qui me paraît plus adaptée. Je commence par lui demander de se lever, de tendre les bras vers l'avant, de serrer les poings le plus fort possible et de relâcher à mon signal. Je lui demande ensuite de faire de même, mais cette fois-ci de relâcher les bras quand elle le décide. Cela me permet de savoir si Emma a accès au relâchement musculaire, et d'observer la qualité du relâchement musculaire induit ou non.

Je propose ensuite le test des diadococinésies qui consiste à orienter la paume des mains alternativement d'un côté puis de l'autre, les bras fléchis et les épaules relâchées, le plus rapidement possible. Ensuite, je propose à la personne de faire la même chose mais une main à la fois. Je peux ainsi observer le tonus musculaire et les éventuelles syncinésies (reproductions du mouvement de manière inconsciente et involontaire avec l'autre membre) ou paratonies (contractions musculaires involontaires et non-nécessaires d'une autre partie du corps pendant le mouvement demandé).

Le questionnaire de Moyano donne des indications sur l'image du corps du patient.

Je dois mobiliser beaucoup de ressources en moi pour la maintenir dans la relation, mais tout se passe plus ou moins bien jusqu'à ce que, au détour d'une question, je m'aperçois qu'Emma est absente psychiquement. Je lui demande alors si elle a besoin de parler de ce qui la préoccupe. "Il n'y a pas grand chose à dire.", dit-elle avant de me raconter en détails la situation traumatique qu'elle a vécu la veille. Elle a en effet, dû faire preuve de beaucoup de sang-froid pour aller secourir un ami qui avait tenté de se suicider chez lui. Elle s'est retrouvée seule, une amie présente à ce moment-là a préféré prendre la fuite. Elle a dû sortir en plein confinement tard dans la nuit et a eu très peur de se faire interpellé par les forces de l'ordre. Dans la précipitation, elle avait oublié son masque. Un inconnu lui en a donné un et l'a raccompagnée chez elle. Je retrouve ici les situations dangereuses dans lesquelles elle se met inconsciemment. À aucun moment elle me dit avoir eu

peur de cet homme, au contraire il l'a mise en confiance alors qu'elle ne le connaissait pas. Emma a ensuite rassuré tout l'entourage de son ami qui n'a cessé de l'appeler jusqu'au petit matin.

Je suis complètement déboussolée. Je ne sais pas quoi lui répondre. La seule chose à laquelle je me raccroche, c'est le conseil de mes maîtres de stage, qui m'avaient suggéré de laisser le patient modeler la séance que j'avais prévue, et de ne pas rester coincée dans une trame rigide. C'est donc ce que je fais en la laissant exprimer ses angoisses plutôt que de finir le bilan. Seulement, en faisant ça, je perds mon seul repère, ma trame de bilan.

J'ai voulu réaliser ce stage en addictologie en ayant en tête l'idée de pouvoir travailler avec mon corps comme médiation. Par corps, j'entends mon corps physique, mais aussi ma personnalité, c'est-à-dire qui je suis dans ma vie personnelle, ma façon d'être une future psychomotricienne, et bien sûr, mes ressentis corporels. J'essaye donc d'être à l'écoute de mon corps somatique et psychique, et je prends ici le parti de prêter une part de mon psychisme à Emma, pour qu'elle le modèle inconsciemment à sa façon, à la manière du médium malléable de René Roussillon (Joly, F., 2015). J'imagine cette partie-là de mon psychisme, contenant ma personnalité de psychomotricienne, séparée de l'autre qui contiendrait ma personnalité de sujet. Mais je conçois ces deux parties comme des vases communicants. En effet, ma fonction de psychomotricienne me permettrait de digérer les "éléments bêta" (Bion, W-R., 1991) que cette patiente me donnerait à vivre, de les élaborer avec ma sensibilité, tout en restant protégée dans ma personnalité d'une éventuelle intrusion.

Si l'on s'appuie sur les propos d'Isabelle Pascal-Cordier, "*L'image reflétée par le miroir se dédouble, tout à la fois même et pourtant autre*" (2015, p.153). Ce rôle de miroir va servir à montrer au patient ce qu'il nous renvoie, afin qu'il puisse, avec le temps, visualiser en l'autre ce qu'il éprouve, selon René Roussillon (cité par Joly, F., 2015). Comme l'explique Dominique Quelin-Souligoux, je lui donnerai l'illusion d'une toute-puissance dont elle pourrait se servir pour introjecter le *mauvais objet interne* sur moi (Klein, M., 2013). Il est donc important d'après Mélanie Klein de se servir de "*l'identification projective ayant joué dans les deux sens*" (2015, p.159) afin de comprendre ce qui se joue pour les patients.

1.3.3. Problématique

A l'issue de cette première séance, ma question initiale qui est, je le rappelle, **“Comment le psychomotricien peut-il composer avec son ressenti auprès d'une patiente rencontrée en addictologie?”** s'affine et devient la problématique suivante :

“Comment peut-on à la fois être pris dans la relation à l'autre et être l'agent de cette relation?” (Potel, C., 2019b, p.479) **Autrement dit, comment la relation du psychomotricien avec son patient peut-elle être thérapeutique?**

2. Le vécu corporel d'Emma à travers le mien

La notion de contre-transfert - empruntée, je le rappelle, à la théorie psychanalytique - est ce qui est ressenti profondément par le thérapeute en présence de son patient, et qui peut faire l'objet d'une élaboration après coup grâce à laquelle ce qui a été perçu remonte au niveau de la conscience. [...] Le contre-transfert corporel associe, aux éprouvés “empathiques” émotionnels, les éprouvés sensoriels, vécus et transmis presque parfois par contagion dans le corps du thérapeute, qui y accorde toute son attention pour les penser et les transformer en représentation, d'abord pour lui-même et ensuite pour son patient. (Potel, C., 2019, p.36-37).

Cela demande donc une très bonne connaissance de ses propres sensations et ressentis habituels, afin de pouvoir en distinguer de nouveaux. Ils appartiendront sûrement au patient, et permettront un approfondissement du tableau clinique de ce dernier. La supervision est alors un élément essentiel, pour moi, dans la thérapie psychomotrice.

2.1. Une multitude de sensations

La séance se poursuit et Emma continue son récit. Je suis alors confrontée à une multitude de sensations.

Ces sensations trouvent leur origine au niveau des organes sensoriels, et correspondent au toucher, à la vue, l'ouïe, l'odorat, la proprioception et plus difficilement au goût. Il m'est très difficile de décrire la sensation précise, sans qu'elle soit teintée de mon interprétation et de ma mise en mots/sens. Je remarque cependant qu'avec Emma, cela prend plusieurs formes.

2.1.1. Le regard et l'arrière-fond

Emma me raconte ensuite avoir pris quinze Valium® dans la nuit, en rentrant chez elle. Elle ne fait que bailler. Cette substance provoque chez elle une extrême décontraction et une grande fatigue. Elle, qui d'habitude est assise de manière recroquevillée, paraît plutôt à l'aise et détendue, malgré les tremblements dus au craving. Je ne pense pas à une tentative de suicide. Elle me raconte qu'elle n'avait plus d'autres produits, qu'il ne lui restait que celui-ci. Comme il n'était pas assez puissant pour atteindre la sensorialité qu'elle recherche habituellement ("la défonce"), elle a dû en prendre une grande quantité.

Emma cherche activement mon regard. Ses grands yeux d'un bleu puissant, allongés d'un trait d'eye liner noir, semblent vouloir transpercer les miens et ma tête toute entière. Je sens qu'au fond de moi, son regard s'arrête sur un fond.

Dans le *Moi corporel*, Geneviève Haag évoque cette intensité du regard. En effet, je cite "*à partir de la relation intense au regard, devoir s'endosser, endosser sa peau au fond des yeux et de la tête de l'autre (G. Haag, 1988b)*" (2018, p.130). L'enfant a donc besoin d'un autre qui interagit avec lui par le regard, pour pouvoir se sentir exister dans un corps bien délimité. Geneviève Haag ajoute que le regard permet d'acquérir la notion de profondeur. Celle-ci permet à l'enfant de se

représenter l'endroit de la mémoire et de la pensée. De plus, cette psychanalyste affirme que les pliures verticales et horizontales permettent à l'enfant de prendre conscience de son axe corporel¹⁰. Elles se forment à partir des mouvements d'échanges que produit la fonction alpha de la mère. D'abord psychiques, elles prennent corps dans les articulations qui permettent d'éloigner ou de rapprocher les segments des membres vers le tronc. Cet axe corporel est le support permettant l'émergence de l'enveloppe corporelle et amène donc une sensation de contenance. Le regard et les pliures permettent ainsi l'émergence de la bi- puis de la tridimensionnalité.

Emma n'a pas la sensation que son dos puisse se plier. Elle mime le mouvement d'une pliure horizontale, mais son dos reste droit et rigide, hypertonique. J'en conclus qu'elle n'a pas encore tout à fait intégré son axe corporel, ce qui provoque un défaut de contenance.

Comme son enveloppe corporelle n'est pas bien définie, cela l'empêche d'avoir accès à la tridimensionnalité. Le biais du regard apporte cette notion de profondeur, et permet l'accès à la troisième dimension. Pour Geneviève Haag (2018), la tridimensionnalité l'amène vers une représentation de la topographie de la pensée. Par son regard qui me donne l'impression de trouver un fond à l'intérieur de ma tête, Emma semble rechercher activement "*l'incorporation du contact-dos, nommé Objet d'Arrière-plan par James Grotstein (1981)*" (Haag, G., 2018, p.134). Actuellement, elle comble ce trou béant par son hypertonie. Cela m'amène alors à me questionner sur l'intégration du "*bon objet*" (Klein, M., 1998) par Emma.

Lors de la "*position schizoparanoïde*", la mère est clivée en une bonne mère/objet qui donne les soins élémentaires et une mauvaise mère/objet qui provoque colère et frustration en ne répondant pas immédiatement, ou pas de la manière souhaitée aux besoins du bébé. Pendant cette période, le bébé va alors intégrer et s'approprier le "*bon objet*" qui lui sera utile dans la suite de son développement psychique. Ensuite, vient la période *dépressive* (Klein, M., 1998) durant laquelle le bébé va comprendre que le "*bon*" et le "*mauvais objet*" sont tous

¹⁰ "*Ligne droite imaginaire, orientée verticalement qui passe par le centre de gravité [...]. Il constitue le repère fondamental de l'orientation spatiale et de la localisation des différentes parties du corps.*" (André, P., Benavidès, T. et Giromini, F., 2004, p.218)

les deux contenus dans la même mère. Or, s'il n'a pas intégré le "*bon objet*", cette période va être pénible à vivre pour lui.

Je suppose que cela a pu se produire chez Emma. En effet, il est probable que sa mère, victimes de psychotraumatismes, ait souffert d'une dépression lors de la période périnatale d'Emma. Or, la dépression maternelle entraîne des défaillances des interactions précoces, et empêche la mère de penser pour son enfant. Emma est la deuxième d'une fratrie de quatre. Le premier enfant est décédé *in-utero* suite aux viols répétés que sa mère a subi au cours de sa grossesse. Emma et sa sœur cadette ont le sentiment d'avoir "sauvé leur mère" d'une dépression fatale.

2.1.2. Le vide

J'offre à Emma un fond dont elle se saisit. Mes yeux sont secs, et plus elle me raconte les traumatismes qui ont rythmé son enfance et son adolescence, avec un détachement de ses affects assez déconcertant, plus ils sont secs.

Pendant une fraction de seconde, je ressens un immense vide dans ma tête. Emma ne parle plus. J'ai le regard dans le vide, je suis incapable de la regarder dans les yeux. J'essaie de réfléchir à ce que je pourrais lui dire, mais rien ne vient, à part des formules de politesse. Je n'ai plus aucune imagination, j'ai la sensation qu'elle a complètement anéanti ma créativité.

2.1.3. La sidération et l'inquiétude

Je suis paralysée, la bouche entrouverte, les yeux écarquillés. Je ne cligne plus des yeux. Je suis sidérée. Je viens peut-être de vivre la même chose que Léa, mon ancienne binôme. Peut-être a-t-elle été confrontée à ce même regard? Elle me dira bien plus tard qu'elle s'est sentie profondément attaquée dans son intimité par Emma. Peut-être n'avait-elle pas de réceptacle à lui proposer à l'endroit précis où le regard d'Emma s'est posé?

Les notions de “*crypte*” et de “*fantôme*” de Nicolas Abraham et Maria Török me permettent de mieux comprendre cet effet d'intrusion. En effet, d'après eux, au sein du conscient se trouve une “*crypte*”. Il s'agit d'un espace inconscient au sein du conscient, duquel le “*fantôme*” de l'inconscient peut sortir à certains moments (Abraham, N., Török, M., 2009). Après plusieurs discussions avec Léa, je comprends maintenant que ce que cette patiente lui a renvoyé est venu contourner ses mécanismes de défenses psychiques et résonner dans ce trou d'inconscient, lui faisant vivre une sensation d'intrusion dans son intimité. Je ne me suis rendue compte de rien sur le moment, mais en y réfléchissant, je me souviens avoir été surprise de l'empressement de Léa à me demander si elle pouvait mener les séances avec Emma, car elle avait senti un “bon feeling”, disait-elle. L'intrusion, ou plutôt la perte de distance, le collage, dont elle a été victime avait sûrement déjà commencé dès cette première rencontre. A ce moment-là je me rappelle m'être dit de faire bien attention à ma binôme, de la protéger. Je me suis identifiée à elle, car elle est mon égal au sein de ce stage, ce qui explique ce passage par l'acte.

Contrairement au vécu de Léa, je ne me suis pas sentie ainsi. Je fais plusieurs hypothèses pour l'expliquer. Les propos d'Emma ont pu résonner juste à côté de ma “*crypte*” d'inconscient, et n'ont donc pas atteint mon intimité. Ou bien, j'ai présenté cet arrière-fond à ma patiente, en plus de la raison exposée précédemment, comme un mécanisme de défense, pour justement me protéger de ce à quoi j'avais assisté en tant qu'observatrice.

Peut-être ai-je confondu “*médium malléable*” et empathie, concept illustré par D. Widlöcher (cité par Golse, B., dans Potel, C., 2019a, p.16) comme “[*le mécanisme*] inverse du contre-transfert, dans la mesure où il s'agit, pour le thérapeute, de placer son esprit dans celui du patient, et non pas d'observer comment celui du patient prend possession du sien”. C'est pourtant ce qu'il semble s'être passé lors de cette séance.

2.1.4. Le risque du passage à l'acte

D'après Catherine Potel, le passage à l'acte est “ *un débordement pulsionnel qui sort du psychisme [...] une action du corps sans pensée, sans représentation et sans élaboration des conflits*” (2015, p.84).

A plusieurs reprises, je pense qu'Emma va tomber en avant à force de se pencher comme elle le fait. Elle baille de plus en plus souvent. J'ai envie d'écourter la séance. Seulement, elle ne s'arrête pas de parler. Je crois que je mobilise toutes mes ressources pour ne pas m'écrouler avec elle et rester droite dans mon axe. J'ai arrêté de prendre des notes depuis longtemps. Je n'arrivais plus à suivre. De temps en temps, c'est comme si elle voulait me faire réagir. Elle me rappelle qu'elle s'est déjà scarifiée et qu'elle a fait plusieurs tentatives de suicide. Puis elle ajoute qu'elle n'a pas peur du danger, chez elle il y a tout ce qu'il faut pour mourir si elle voulait (elle parle de ses médicaments), mais qu'elle ne le fera pas “en ce moment j'ai envie de vivre”.

Je suis dépassée et angoissée car je n'ai plus de repères. Ce que je craignais le plus, vient de se produire. J'ai bien eu des cours à propos du suicide et de l'évocation du suicide. Mais évidemment, face à la situation je ne me rappelle plus de rien. Je réfléchis vite. Il faut absolument que je réagisse à ce qu'elle est en train de me dire, sans en faire trop mais sans banaliser non plus. Je me dépêche et je sens qu'elle attend une réponse de ma part. Je ne maîtrise pas du tout le sujet de la mort et du suicide. Par contre, je peux facilement lui parler de la vie. La vie. C'est la meilleure option dont je dispose actuellement. Sans minimiser ce qu'elle me dit de la mort, je lui parle donc de la vie. De son envie de vivre sur laquelle elle peut s'appuyer pour avancer.

A présent, alors que je pense qu'elle ne peut plus rien dire qui me fasse encore plus angoisser, Emma me dit qu'elle a prévu de consommer ce soir avec deux de ses amis, dont celui qu'elle est allée secourir la veille d'une tentative de suicide. Je ne réagis pas. Je ne sais pas quoi dire ni quoi faire. Elle me regarde et d'un air à la fois enfantin et taquin, me dit “C'est pas une bonne idée, c'est ça? “. J'acquiesce par une mimique. Je suis très inquiète. Je lui explique mon ressenti en insistant bien sur le fait qu'elle est encore très affaiblie à cause du Valium®, qu'elle

n'a pas mangé et qu'elle est extrêmement fatiguée. Je lui dis aussi que je comprends son craving, mais j'insiste. Elle doit essayer de prendre soin d'elle, de faire attention à elle.

A l'heure prévue, je parviens à mettre un terme à la séance. Après avoir changé de position durant quarante-cinq minutes, Emma est affalée sur le fauteuil et le tient par le dossier, alors que je suis complètement repliée sur moi-même.

Nous reprenons un rendez-vous dans deux semaines. Je la raccompagne à l'accueil, et elle croise la psychologue avec qui elle échange quelques mots.

Je cours dans le bureau de la directrice pour lui expliquer mon inquiétude. Je ne pense pas qu'Emma passera à l'acte, cependant elle a prévu de consommer ce soir, ce qui s'apparente pour moi à des conduites à risque, étant donné son état de santé.

Après divers échanges avec des psychomotriciens et psychologues, je comprends finalement les inquiétudes qu'Emma me fait vivre comme des provocations plus ou moins inconscientes de sa part. Plusieurs suppositions émergent de ce comportement. La première est qu'Emma vient, par là, tester mes propres limites, celles du cadre que j'instaure dans mes séances, et ce que je suis capable d'entendre et de supporter. Peut-être vient-elle aussi susciter une certaine inquiétude chez moi, voir à quel point je peux m'inquiéter pour elle. Bien entendu, ce ne sont que des suppositions.

Ces discussions me font comprendre la nécessité du cadre. Emma me dira avoir arrêté de consommer pendant ses hospitalisations pour son anorexie, parce que si elle ne l'avait pas fait, elle aurait été exclue de l'hôpital, le règlement intérieur interdisant toute consommation de drogue. Finalement, au cours de cette deuxième séance, elle n'aura fait que malmener mon cadre, le seul repère que j'ai réussi à maintenir étant celui du temps.

A la fin de la journée, je profite de la disponibilité de la psychologue qui la suit pour échanger avec elle. Lors de son entrevue avec Emma, elle a senti la patiente dans de bonnes dispositions et ne pense pas à un passage à l'acte suicidaire dans l'immédiat.

2.2. L'absence

Dans le Larousse, l'absence est définie comme le *“Fait pour quelqu'un, quelque chose de ne pas se trouver à l'endroit où l'on s'attend à ce qu'il soit [...] Fait pour quelqu'un ou quelque chose de ne pas exister ou de manquer.”* (s. d.).

2.2.1. L'absence pour penser

Je viens de faire une supervision avec ma tutrice externe. Je reprends peu à peu confiance en moi. Il faut absolument que je parvienne à mettre du corporel dans les séances que je propose. Je dois me distinguer très clairement des psychologues et surtout, le montrer à ma patiente. Je me suis laissée submergée par elle, ce qu'elle me dit et ce qu'elle me renvoie. Je suis déterminée à tenir un cadre bien défini. Je lui demanderai comment elle va, mais cette fois-ci j'orienterai la conversation vers ses ressentis corporels et je m'y tiendrai. Je dois absolument tenir ce cadre thérapeutique.

C'est la troisième séance. Je prépare la salle, installe un peu de matériel pour finir le bilan. Tout est prêt. Emma devrait arriver dans dix minutes. Pourtant elle n'arrive pas. Ce n'est pas dans son habitude d'arriver en retard.

Je repense à ce qu'il s'est dit en équipe ce matin, pendant la réunion CJC. Emma n'est pas venue à son rendez-vous avec le pédopsychiatre en début de semaine sans le prévenir. Par contre, elle a averti la psychologue de son absence au rendez-vous d'hier. Tout le monde est inquiet.

Si elle ne vient pas, cela pourrait vouloir dire qu'elle investit les trois suivis avec la même intensité, ce qui est plutôt une bonne chose. En tous cas, cela me rassure.

Finalement, ce n'est peut-être pas si mal si elle ne vient pas aujourd'hui. L'inquiétude évoquée ce matin par l'équipe et le fait qu'elle va très mal, m'ont mis la pression. Je ne sais pas si je me sens capable de l'accueillir dans ces conditions.

Une autre question émerge. Elle concerne encore le cadre. Dois-je prolonger la séance au-delà de l'heure prévue si jamais elle arrive avec tout ce retard? Je sais bien qu'il est préférable que je tienne mon cadre.

Au bout de quarante-cinq minutes, elle ne viendra pas aujourd'hui. Je me questionne alors à propos de la raison pour laquelle elle me fait vivre cette absence et comment je dois l'accueillir. Je comprends que cela n'a sûrement aucun rapport avec moi de manière personnelle. Mais je suis déçue. J'avais préparé une séance pour elle, et elle n'est pas venue.

D'après Freud, faire l'expérience du manque permet l'émergence de la représentation. Pour supporter le manque, la personne se sert de la représentation, ainsi il commence à penser (Bion, W-R., 1991). Emma me ferait donc expérimenter l'absence, le manque, pour elle-même le vivre sans craindre que je m'anéantisse, puisque j'occupe une place de thérapeute. Ainsi, cela lui permet de consacrer son énergie à se représenter l'absence et ouvre une voie vers la capacité à penser.

Je sais qu'il est possible de l'appeler et de lui laisser un message. Je préfère avoir l'avis de la psychologue. Habituellement et selon les personnes, il est préférable d'attendre quelques heures, ou le lendemain. Mais je ne suis présente que le mercredi. Presque deux heures se sont écoulées, nous prenons donc la décision de l'appeler. Elle ne répond pas, je laisse un message vocal selon les conseils de la psychologue. Ainsi, je lui montre que je pense à elle, sans en faire trop, en lui rappelant que nous avons rendez-vous sans la culpabiliser.

En partant, j'informe la psychologue qui doit voir Emma en fin de semaine, que je suis disponible dans deux semaines à la même heure si elle souhaite reprendre un rendez-vous.

Aujourd'hui nous sommes mercredi. Habituellement, c'est mon jour de stage au CSAPA. Emma s'invite dans mes pensées. Je décide de les laisser aller, de consacrer un temps pour elle, comme je l'aurais fait si ce mercredi n'avait pas été férié.

J'ai de moins en moins de trous de mémoire, mais elle occupe encore beaucoup mon esprit. A chaque fois que je me rends en stage, j'ai mal à la tête et les yeux secs, même si je n'ai pas de séance avec Emma, et cela depuis la deuxième séance avec elle. Je suis toujours dans une forme de sidération.

Ces maux de tête en lien avec la sidération que j'éprouve encore, sont en lien avec un empêchement de penser. En effet, lors de cette deuxième séance, Emma m'a remplie "*d'éléments bêta*", "*sensations brutes*", que je ne parviens pas encore à détoxifier, pour ensuite lui renvoyer à la manière de la "*fonction alpha*" de la mère qui est censée mettre du sens sur ces éléments qui en sont dépourvus (Bion, W-R., 1991).

C'est bien ce qu'évoque D-W. Winnicott, lorsqu'il écrit "*Toutefois l'individu localise psyché-esprit soit à l'intérieur de la tête, soit à l'extérieur, mais avec quelques relations particulières à celle-ci - ce qui constitue une source importante de maux de tête symboliques.*" (Bion, W-R., 1991). Emma me fait vivre sa "*psyché-esprit*" dans mon corps tout entier, à travers une sensorialité bien particulière que j'associe au vide. Et cet effort que me demande la transformation de cette sensorialité en un mot intelligible, le vide, me provoque des maux (mots?) de tête.

W-R. Bion ajoute que ce qui va permettre à l'enfant d'intégrer son psychisme dans son corps pour former une unité est la "*capacité de rêverie*" de la mère. Bronstein et Hacker reprennent ses propos en expliquant que la mère doit être capable d'accueillir les sensations physiques et psychiques que son bébé lui donne à vivre, et, de surcroît, leur donner du sens tout en restant disponible psychologiquement pour son enfant, pour le regarder grandir et s'épanouir (2012).

Je me questionne sur moi, sur ma façon de faire. Il me semble que j'ai pris le parti d'être franche et directe avec Emma, tout comme elle l'est avec moi.

Étant spontanée par nature, j'ai peur de dire ou faire des choses inconsciemment et maladroitement. En effet, j'ai la sensation qu'Emma me prive de toute ma créativité, de mon imagination, de mon vocabulaire et de ma capacité à penser. Il ne me reste donc plus que ma spontanéité pour l'accompagner en séance de psychomotricité.

2.2.2. La récurrence de l'absence en addictologie

En plus de son addiction, Emma présente un trouble de la personnalité limite ou borderline. La relation entre ces deux troubles est fréquente, et d'après Daniel Bailly et Jean-Luc Venisse, il s'agit d'une "*relation de type I [qui] implique la présence d'un trouble mental indépendant favorisant l'automédication par une substance et une addiction secondaire.*" (1998, p.16). Je vais donc prendre appui sur la pathologie limite en lien avec l'addiction chez Emma, pour la suite de ma réflexion.

Dans son cours, Alexandre Constant (2020) décrit que la tentative d'accès à leur subjectivité pour ces personnes, a mené à leur mort psychique proche ou à la mort possible de leur figure d'attachement. Ils éprouvent alors leur subjectivité à travers la consommation, puisque le produit est indestructible. Ils décident, puis ont l'illusion de décider - bien que cela soit à nuancer avec la situation de dépendance dans laquelle ils se trouvent - de la quantité, de la fréquence et de la nature du produit qu'ils consomment. C'est en cela qu'ils trouvent une illusion de subjectivité par la consommation et qu'ils éprouvent donc le cadre, et notamment le cadre temporel.

Comme je l'ai développé précédemment, le thérapeute et la médiation qu'il propose, vont servir de *médium malléable* (Roussillon, R., cité par Joly, F., 2015) au patient. A terme, ce dernier va tellement s'en saisir qu'il pourra s'exprimer à travers. Le patient va donc déployer toutes ses failles et retrouver l'étape de la fusion avec sa mère, cette fois-ci avec le thérapeute et/ou la médiation. Si c'est le bon moment pour lui, il va ainsi rejouer les étapes qui lui ont posé problème, dont les clivages. C'est à ce moment là que la patient ne va pas prévenir ses absences et qu'il va donner à vivre au psychomotricien l'abandon, la sensation d'être incapable ou de ne pas exister, l'intrusion, le vide,... Ces sensorialités vont alors trouver un sens pour le patient, même s'il ne les verbalise pas.

2.2.3. Léa arrête le stage

Léa m'annonce qu'elle arrête définitivement le stage. J'accepte et comprends que certaines situations aient pu la mettre en difficulté. Cependant, les angoisses que j'avais éprouvées auparavant réapparaissent. Je crains de devoir arrêter ce stage, dont les conditions sont d'être deux étudiants. Je me pose une multitude de questions sur mon avenir au sein de la structure et sur celui de ma patiente dans sa prise en charge en psychomotricité.

Le groupe d'analyse des pratiques dont je fais partie m'a permis de parler de cette situation compliquée dans laquelle je me retrouve seule.

Je ne sais pas comment mettre plus son corps en jeu dans les propositions. J'hésite à lui faire passer la fin du bilan psychomoteur. J'appréhende que la prochaine séance se déroule comme la fois dernière. J'ai peur de ne pouvoir tenir le cadre, de ne pas supporter ce qu'elle va me dire. Je ne peux plus me reposer sur ma binôme.

Je suis en train d'expérimenter la solitude, au même titre qu'Emma. Je dois accepter de vivre cette solitude et l'expérimenter. D'ailleurs, est-ce seulement ma propre solitude dont je parle, ou est-ce aussi celle d'Emma?

2.3. Elaboration du projet thérapeutique

Emma a repris rendez-vous spontanément.

Je suis rassurée de la revoir.

2.3.1. Rien...

Je suis vidée...

2.3.2. Le dessin du bonhomme...

Je choisis finalement de poursuivre le bilan et de garder mon cadre.

Je mets à disposition d'Emma des crayons de couleur ainsi qu'un feutre noir. Je lui demande si elle serait d'accord de dessiner un personnage le plus complet possible. Emma hésite, me dit qu'elle ne sait pas très bien dessiner. Pour la rassurer, je précise que la qualité esthétique ne sera pas évaluée. Cela semble la rassurer. Elle prend donc le feutre noir et dessine en appuyant extrêmement fort.

Elle commence par le contour de son visage qu'elle s'applique à dessiner en plusieurs coups de crayons. Je remarque qu'elle ne dessine pas le haut de son crâne, comme s'il n'était pas fermé. Je fais l'hypothèse qu'Emma porte constamment un bonnet afin de combler ce trou. De plus, les détails du visage ne sont pas nombreux. Seuls les yeux apparaissent sous la forme de deux minuscules points. Quant aux oreilles, je les imagine par la présence de ce que je suppose être des écouteurs. Je suis interpellée par l'absence du nez, étant donné son mode de consommation. Je m'attendais à ce qu'il soit représenté de manière exagérée, proportionnellement au rôle qu'il tient dans la prise de substances.

En ce qui concerne le corps, elle le dessine très rapidement après avoir terminé le visage. Je sens bien qu'elle le dessine pour répondre à la consigne, mais que celui-ci n'est pas du tout investi dans ce dessin. Ses gestes sont très rapides et extrêmement appuyés. J'ai le sentiment qu'elle voudrait s'en débarrasser au plus vite et passer à autre chose. Malgré cela, elle prend le temps d'ajouter quelques détails comme des boutons, des poches, des écouteurs. Les mains et les pieds sont dessinés très rapidement, elle ne représente pas les doigts. Enfin, le cou est absent.

Je fais l'hypothèse d'une absence de lien entre le corps et l'esprit. En effet, le cou tient le rôle de lien entre la tête contenant l'âme, et le reste du corps (André, P., Benavidès, T. et Giromini, F., 2004). De plus, à ma question "Où se situe la pensée à votre avis?" du questionnaire de Moyano, Emma répond "Dans la tête même si c'est cliché". En confrontant ces deux informations, j'en conclus qu'Emma perçoit sa tête comme le contenant de la pensée, et nie toute communication avec son corps purement moteur. Or, sa tête est ouverte sur le dessin. J'imagine alors

que si ses pensées ne peuvent se disperser à l'intérieur du reste de son corps, elles s'échappent forcément par ce trou.

“Se sentir non concerné par son corps, se sentir flotter à côté de soi, en dehors de soi, sortir de soi, autant de sensations dont témoignent ceux qui traversent des expériences de dépersonnalisation, des événements traumatiques [...] devient alors, dans ces conditions extrêmes, une manoeuvre de défense et de protection, efficace pendant un certain temps, mais qui altère gravement le sentiment de sa réalité si l'expérience dure au-delà de certaines limites.” (Potel, C., 2019b, p.82).

C'est ce que semble vivre Emma. En effet, elle a subi des viols, qui l'ont amenée dans un état de dépersonnalisation. Didier Anzieu définit ce terme comme la conséquence de la disparition du *“sentiment d'unité du Moi dans le temps [...] de la vie éveillée”* (2006). Cependant, même si elle commence à retrouver une harmonie corps-psyché, elle n'habite pas encore complètement son corps. Elle prend d'ailleurs des substances qui lui permettent de rechercher cet état de dissociation, comme tentative d'en trouver la maîtrise.

Emma arrête de dessiner. Je lui demande si elle a terminé. Elle me répond *“Oui, je pourrais rajouter la bouche mais ça pourrait tout gâcher.”*

Je n'ai pas insisté sur cette phrase, mais je peux faire plusieurs hypothèses. La première est que la bouche est un vecteur d'expression : d'éventuelles révélations des violences qu'elle subit toujours, pourraient entraîner un éloignement de ses compagnons, qu'elle investit comme objets d'attachement. La seconde hypothèse est un lien avec son anorexie et éventuellement les agressions sexuelles dont elle a été victime. En effet, sur son dessin, elle ne dessine aucun attribut féminin ou masculin.



Premier dessin d'Emma

2.3.3. ...qui complète le projet thérapeutique

Jusqu'ici j'avais ressenti un vide intérieur immense chez Emma. Je m'interroge sur l'origine de ce vide, qui remonterait peut-être aux premiers liens.

La patiente avait aussi insisté sur le fait que "le solide ne passe pas, mais le liquide ça va" en ce qui concerne l'alimentation. J'ai donc relié la prise de ce liquide contenant des compléments alimentaires à la sensation du lait que le tout-petit boit pour se nourrir.

Lors de la première partie du questionnaire de Moyano, Emma avait évoqué la fragilité du corps somatique, et en particulier des articulations. Elle avait essayé de plier son dos, ou plutôt de le courber. Devant son incapacité à le faire, elle avait alors précisé que le dos ne pouvait pas se plier.

Je fais l'hypothèse qu'un certain relâchement du dos, permettant une pliure, ferait s'écrouler l'axe corporel. En effet, comme je l'ai précisé précédemment, l'axe corporel d'Emma ne semble pas encore bien intégré. Son hypertonie prend donc le rôle de "seconde peau" (Bick, E., citée par Anzieu, D., 2006) tout comme les troubles de l'oralité. Cependant, cela pourrait mener à la désintégration (Harris, M., 2007). Ce qui semble déjà être le cas pour Emma, qui se détruit à petit feu avec des consommations de substances toxiques, et des troubles du comportement alimentaire.

En me référant à Geneviève Haag, "*la pénétration du regard-attention-compréhension donne non-seulement l'espace derrière, mais aussi la souplesse qui passe dans les articulations* [qui apparaissent si fragiles aux yeux d'Emma], *dans le genou, créant dans le corps ces pliures dont nous allons reparler au sujet de la psyché*" (2018, p.224) ; je comprends qu'Emma est au stade du regard, créant l'arrière-fond. Lorsque celui-ci sera intégré, elle aura peu à peu accès à la tridimensionnalité et n'aura plus besoin de son hypertonie pour éprouver la contenance.

L'hypertonie d'Emma peut ici être comprise comme une "*seconde peau musculaire (E. Bick)*" (citée par Anzieu, D., 2006, p.126). J'ai évoqué précédemment le trou béant au niveau de la calotte crânienne qui apparaît sur son premier dessin. Je suppose alors qu'Emma a la sensation d'une peau trouée. Son hypertonie lui permettrait de combler ce trou en lui donnant une sensation et un sentiment de contenance physique.

Cela fait écho à des vécus très archaïques et a orienté mes axes de travail autour du vide et du plein et vers une consolidation de l'ancrage de ses appuis. La nécessité de l'ancrage m'est confirmée par une observation d'Emma s'en allant dans le couloir. Son hypertonie était telle qu'elle modifiait sa démarche, et j'avais l'impression que ses énormes chaussures comparées à son gabarit agissaient comme un poids qui lui permettait de s'ancrer dans le sol.

Le dessin du bonhomme me permet d'enrichir ces deux axes thérapeutiques. Le premier axe devient un travail sur les limites corporelles pour prendre conscience du vide et du plein. Je complète l'ancrage par la réappropriation de l'axe corporel et l'appui dos.

Aujourd'hui je n'ai pas eu mal à la tête.

J'ai réussi à penser un projet pour Emma. Cela voudrait-il dire que j'ai enfin digéré ses "éléments bêta" et que je parviens à les lui transmettre sous une autre forme? Elle ne mobilise plus toutes mes pensées.

3. Le contre-transfert en relaxation

La relaxation est l'ensemble des "*techniques psychocorporelles capables de toucher l'organisation tonique d'un sujet, influant sur la baisse du niveau de vigilance et précipitant une modification des états de conscience.*" (Galliano, A-C.,

Pavot, C. et Potel, C., 2011, p 240). Marc Guiose ajoute, *“Ainsi, en abaissant le tonus par les exercices gestuels ou respiratoires, il devient possible d’abaisser les tensions psychiques du sujet.”* (2007, p.60).

3.1. L’enveloppe maternante

C’est la première séance de relaxation. Je propose à Emma de changer de fauteuil et de s’installer sur un des fauteuils rouges, qui me paraît plus confortable et adapté pour elle. C’est un fauteuil relax dans lequel on peut s’enfoncer et donc trouver une certaine forme de contenance et d’enveloppe. Emma refuse de changer de place. Je ne m’attarde pas sur ce point, même si je suis frustrée qu’elle ne prenne pas la peine d’essayer. A ce moment-là, je reste persuadée, comme une mère pense savoir pour son enfant, que ce fauteuil pourrait lui apporter toute l’enveloppe dont elle a tant besoin.

3.1.1. La méthode de relaxation et de conscience corporelle

Je lui explique en quoi va consister la séance de relaxation. J’ai pensé pour Emma à une adaptation de la méthode de relaxation activo-passive de Jacobson¹¹, associée à de la conscience corporelle.

Nous commençons donc par cette dernière. Il s’agit de parcourir soi-même son corps par des automassages avec ou sans médiateur. Emma choisit d’utiliser une balle de tennis. Nous commençons par une main et les doigts, et continuons jusqu’à l’épaule en passant par le poignet, l’avant-bras, le coude et le bras. Je prends le temps de nommer les différentes parties du corps, les sensations recherchées, telles que la contenance, l’enveloppe... J’insiste sur la variation des pressions et sur l’effet agréable que doit conserver cet automassage. En effet, je vois cette jeune femme appuyer très fort sur ses doigts, comme si elle voulait sentir ses os. J’essaye tant bien que mal de réguler par la voix l’intensité qu’elle met dans le passage de la

¹¹ Voir annexe 3

balle sur ses doigts, mais rien n'y fait. A cause de sa maigreur, la balle est presque en contact direct avec son squelette. Nous faisons la même chose pour l'autre bras.

Après avoir fait un point sur les sensations ressenties, nous enchaînons avec ce que je nomme le "chemin des appuis". Ce chemin participe à l'installation dans la relaxation. Des pieds jusqu'à la tête, j'invite Emma à prendre conscience des appuis de son corps sur le sol, sur le fauteuil ou sur ses cuisses. J'insiste sur la sensation d'être portée grâce au sol, au fauteuil solide qui la soutient. Je suggère que ses épaules peuvent reprendre leurs places légèrement plus basses car elles aussi sont portées par ses bras, eux-mêmes posés sur ses cuisses.

Emma se tient droite comme un i. Elle a quitté son manteau et s'autorise peu à peu à fermer les yeux. Ses mains sont posées sur ses cuisses, les doigts tendus et écartés. Rien ne semble se relâcher, se détendre.

Le chemin des appuis terminé, je l'invite à serrer son poing, selon la méthode Jacobson. Une fois assez fort, la seconde fois avec moins d'intensité et la dernière avec le minimum d'intensité requise pour ressentir une tension. J'étaye au maximum les moments de contraction musculaire, autant que les périodes de relâchement. J'insiste sur la tension qui est susceptible d'être ressentie dans la main, les doigts, le poignet, éventuellement dans l'avant-bras, le coude, et peut-être même dans le bras et l'épaule. Je fais de même dans les moments de détente musculaire. Mes suggestions l'accompagnent dans ce relâchement qui paraît si difficile de l'extérieur. Après les dernières contractions, je suggère la détente de tout le corps, posé sur le solide fauteuil, je l'invite à se déposer. Je lui suggère de prendre une grande inspiration, mais elle ne semble pas réceptive à ce genre d'induction verbale. Je ne cherche pas à réitérer. Cela doit déjà faire beaucoup pour une première séance de relaxation.

J'ai l'impression de trop parler, je voudrais me taire pour qu'elle puisse s'approprier ses ressentis sans toutes mes suggestions. Je sens que si j'arrête de parler trop longtemps, je risque de la perdre. J'entends par là qu'elle risque d'être en proie à ses angoisses. Je me dois de tenir ce cadre rassurant et sécurisant.

Ma voix crée une enveloppe sonore autour d'Emma. D'autant plus qu'elle a les yeux fermés. En effet, selon Mathilde Pelletier, *"L'enveloppe sonore permet d'être, d'intégrer la peau comme contenant et de s'en servir comme d'un espace"*

où s'intègrent les sensations." (2020, p.24). J'essaie de parler avec une voix douce, chaude, enveloppante et chantante. Elle lui permet de sentir ma présence. Peu à peu, elle va se souvenir du ton de ma voix, de sa prosodie et va pouvoir se l'approprier. Ma voix existera même en dehors des séances de relaxation et cela créera un lien entre ses différents espaces, personnels et thérapeutiques. A terme, cela lui permettra de tisser une toile entre tous ces espaces et de renforcer l'impression d'enveloppe, et par conséquent de contenance. D-W. Winnicott ajoute que cela mènera le patient vers le sentiment continu d'exister : "*l'environnement qui sert de support au moi est introjecté et sert à l'édification de la personnalité de l'individu, si bien que se forme une capacité d'être vraiment seul*" (1956, p.333).

De plus, utiliser ma voix, mes mots, pour la soutenir, la porter psychiquement pendant la relaxation est une manière de prendre à travers le "*holding*" (Winnicott, D-W., 2006) cette place maternante qu'elle me donne à vivre.

Vient le temps de la reprise. Ce temps est assez rapide mais Emma prend quand même le temps de faire tous les petits mouvements que je lui propose. Nous instaurons un signe, afin qu'elle me fasse comprendre qu'elle a terminé sa reprise. Je lui propose de croiser mon regard, ce qu'elle fait. J'amorce alors un temps de verbalisation. Je lui demande comment cela s'est passé pour elle. Elle me répond qu'elle s'est détendue, qu'elle a senti ses muscles se "débloquer". J'entends ce mot comme une *angoisse de morcellement* (Kohut, H., 2004). Je lui demande ce qu'elle entend par ce mot. Elle m'explique alors que cela correspond pour elle à une sensation de relâchement musculaire. Elle me dit aussi que j'aurais pu faire durer un peu plus la séance. En effet, j'ai pensé volontairement la séance assez courte, de manière à introduire progressivement la relaxation et ne pas trop en faire dès la première séance. Elle ajoute que c'est très agréable de se sentir portée par le fauteuil. Je me rends compte qu'elle ne fait que répéter ce que je lui ai suggéré. Emma adopte sans doute une attitude en faux-self¹². D'autant plus que cette attitude est souvent évoquée par d'autres professionnels qui la suivent.

¹² "*L'adaptation à la réalité est en apparence bonne, le patient limite est un hyper adapté trouvant sa place dans tous les milieux, mais cette adaptation de façade est très superficielle, fragile. Le patient fait "comme si", fonctionne en "faux-self"*". (André et al., 2004, p.120).

Cependant, en répétant ce que je lui suggère, Emma s'identifie-t-elle à mon "*bon objet*" (Klein, M., 1998) pour ensuite se l'approprier et créer le sien?

Comme il reste suffisamment de temps et qu'il est difficile pour Emma de mettre d'autres mots sur ce qu'elle a vécu, je lui propose de refaire un dessin, mais cette fois-ci un dessin qui montre ou explique son vécu. Elle hésite car ne sait comment se dessiner autrement que de manière classique, c'est-à-dire assise sur le fauteuil. Je la rassure et lui tend une feuille. Elle réalise alors le dessin suivant, très réaliste, qui représente à la perfection sa posture pendant la relaxation. Elle est droite, tendue et ne se laisse pas porter par le dossier. Seul son bonnet n'apparaît pas sur le dessin, elle l'a pourtant gardé tout au long de la séance, le trait qui part de son nez ou de sa bouche et la proportion des jambes un peu exagérée dénotent avec la réalité. Elle représente ses pieds assez gros, comme ses chaussures à plateforme. Je remarque que ses mains sont positionnées sur ses cuisses lors de la relaxation, alors que sur le dessin elles sont posées sur le fauteuil. Quelle image a-t-elle de son corps? Le test des somatognosies est concluant, son schéma corporel est bien intégré.

Emma représente ses épaules basses, il y a une démarcation au niveau de son bassin. Au niveau du visage, il y a plus de détails et les traits sont plus ceux d'une femme que d'une enfant, contrairement au dessin précédent.



Deuxième dessin d'Emma, illustration de ses ressentis en relaxation

3.1.2. La lumière et la petite fille

Aujourd'hui, Emma arrive à l'heure, apprêtée, les cheveux coupés, sans son bonnet et bien coiffée. Elle a mis un produit sur ses cheveux pour faire ressortir ses boucles, dont j'ignorais l'existence jusque là. Pour la première fois je perçois la limite entre ses deux couleurs de cheveux. Je la sens changée, comme si elle investissait son corps de mieux en mieux, plus incarnée. Le pédopsychiatre la trouve beaucoup plus présente dans son corps, moins dissociée au niveau corps-esprit. Elle commence à prendre soin d'elle et investit son corps autrement que par des pratiques autodestructrices. Emma a l'air moins fatiguée et pour la première fois, elle

n'est pas entièrement vêtue de noir. Elle porte un jean bleu très foncé et un sweat noir. Cette fois-ci, elle garde son manteau et sa sacoche.

Je lui annonce le départ officiel de Léa et lui signifie que l'on continuera toutes les deux jusqu'en juin. Emma ne porte pas vraiment d'importance à tout cela et me dit "pas de soucis".

Emma me dit ne pas avoir consommé depuis deux semaines, mais le faire ce soir avec une amie. Son nouveau copain lui interdit de consommer devant lui.

Emma est enfin capable de prendre des décisions pour elle-même. Elle n'attend plus l'assentiment de son copain, figure d'autorité, pour consommer.

Je suis déçue qu'Emma ait prévu de consommer ce soir, je la félicite pour ses deux semaines d'abstinence. Elle me parle aussi avec fierté de son petit frère qu'elle va retrouver pour fêter son anniversaire. Elle appréhende un peu les retrouvailles. La révélation de ses consommations à sa mère a provoqué un conflit. Cependant, je découvre une nouvelle facette de cette jeune femme. Elle est presque souriante et quelque chose a changé dans son attitude. Elle prend des initiatives et n'attend pas mes consignes, lors de la proposition d'automassage avec une balle.

Au moment de l'installation, la jeune femme accepte le coussin pour son dos. La pièce est très éclairée et je lui propose d'éteindre la lumière. La luminosité extérieure est suffisante pour créer une ambiance plus tamisée et propice à la relaxation.

"Nous offrons au patient un climat qui l'induit presque toujours à adopter une attitude infantile." (Balint, M., 2010, p.140). Il définit ce "climat" comme "terme qui, dans ce contexte, englobe tout ce qui se trouve dans le cabinet de l'analyste : les objets, l'éclairage, la température, l'atmosphère affective, les attitudes de l'analyste." (Balint, M., 2010, p.140). Il s'agirait donc du climat du cadre, que la lumière agrément. Au même titre que la voix, la luminosité crée une ambiance plus ou moins tamisée qui correspond au besoin du patient et apporte une enveloppe lumineuse. Celle-ci va être intériorisée et participer à l'émergence du sentiment continu d'exister puis à la capacité d'être seul en présence de l'autre

(Winnicott, D-W., 1956).

Comme à son habitude Emma me dit “comme vous voulez”. D’un ton sec et ferme, je lui réponds spontanément “Non! C’est vous qui choisissez, je veux que vous choisissiez ce qui vous convient le mieux. L’important pour moi est que vous vous sentiez bien!”. Et immédiatement après avoir dit “Non!” je me rends compte que je lui ai parlé comme à une petite fille que je “grondais”, ce qui n’est pas acceptable de ma part.

Je retrouve ici cette “attitude infantile” que Balint décrit et qui, selon lui, serait induite par le cadre que je pose. Cela permet alors à Emma de régresser au stade de petite fille, d’où sa réaction, et surtout la mienne.

Peut-être est-ce l’horreur et le sordide de son histoire qui sont à l’intérieur de moi qui me font dire cela?

3.1.3. Le pantin de bois

La séance se poursuit par la relaxation à proprement parler. Pendant l’installation, Emma s’autorise à ajuster sa posture et notamment la position de ses pieds et le coussin dans son dos. Je remarque aussi qu’elle ferme les yeux plus tôt que la dernière fois. Je détaille le plus possible le chemin des appuis, en insistant sur la solidité des appuis et le fait de se laisser porter.

Au départ, elle garde les bras très tendus, les mains posées sur les cuisses. Moi-même j’ai beaucoup de mal à me détendre, à me poser, à me laisser porter par mes appuis. Pourtant je mets tout en œuvre pour essayer d’y parvenir. J’essaye de faire ce fameux chemin des appuis, de sentir mon bassin stable et ancré sur le canapé, de sentir mon axe qui me tient droite sans être tendue et qui me permet d’être en relation. Mais il m’est impossible de trouver un ajustement tonique convenable. Je ne me reconnais pas. D’habitude, je parviens toujours à trouver ce que je pense être la juste posture. En tous cas, une posture qui me permette d’être

disponible et à l'écoute des sensations que pourrait vivre Emma. Ni trop tonique, ni pas assez. A ce moment-là, je suis hypotonique, recroquevillée sur moi-même, je m'enfonce dans le canapé et me sens toute molle. Lorsque j'essaie de l'être un peu moins, je me trouve trop tonique et trop droite, je ne trouve pas le bon ton pour l'accompagner dans la relaxation.

J'alterne entre ces deux extrêmes durant toute la séance axée sur les bras et les épaules. Après deux sessions, Emma rassemble ses mains de manière détendue et baisse légèrement ses épaules.

Il se passe quelque chose au niveau du dialogue tonico-émotionnel dans le contre-transfert. Le dialogue tonique est un mode de communication (Ajuriaguerra, J., cité par Robert-Ouvray S. et Servant-Laval A., 2011, p.159). C'est un système de tension entre le patient et le thérapeute. Ce dernier doit sans cesse s'adapter en fonction du patient. Si la tension est forte, le psychomotricien doit proposer au patient un ajustement tonique afin de la diminuer et inversement. Il permet au psychomotricien d'adapter ses propositions et de s'adapter lui-même dans sa posture, au patient.

Aujourd'hui, je n'ai réussi à trouver cet ajustement tonique qu'à la fin de la séance. J'en conclus qu'Emma m'a mise plus ou moins en tension, à travers sa propre tonicité. Elle m'a donné à vivre l'hypertonie comme l'hypotonie, que j'ai intériorisées à la manière de la *fonction alpha* de la mère (Bion, W-R., 1991), je lui ai ensuite renvoyé sous une autre forme plus directement assimilable pour son psychisme. Ce qui, manifestement, a été productif car notre ajustement tonique était plus adapté à la fin de la séance.

Nous tentons alors de verbaliser ses ressentis. Emma trouve qu'elle se détend facilement, ce que j'aurais un peu nuancé. Elle ajoute que la relaxation est "comme un automassage, ça appuie sur la douleur". Elle me fait donc part de ses maux de dos au niveau des trapèzes.

Emma, comme beaucoup de personnes souffrant d'addiction, présente une alexithymie. Il est donc extrêmement compliqué pour elle de ressentir les choses

qui se passent dans son corps, et encore plus de les mettre en mots. D'après M. Balint, *“la plupart des expériences rencontrées [...] appartiennent à des états préverbaux - infantiles ou régressés - [la relaxation en fait partie] et c'est à nous que revient la tâche de les rendre en mots ; nous devons donc également jouer le rôle d'informateurs-interprètes et de traducteurs”* (2010, p.134). Le psychomotricien doit proposer tout un panel de mots, de nuances décrivant les différentes sensations, émotions, les ressentis possibles, en s'appuyant sur sa pratique personnelle et sur les retours que d'autres personnes lui ont déjà fait à ce propos. Peu à peu, le patient deviendra capable de mettre lui-même ses propres mots sur ses ressentis, après s'être approprié ceux du psychomotricien.

3.1.4. Le papillon

Nous décidons de reprendre un rendez-vous dans deux semaines. Emma commence à le noter sur son téléphone, s'avance sur l'avant du fauteuil, et dès qu'elle confirme l'enregistrement du rendez-vous, elle se redresse, abaisse ses épaules en déposant ses mains sur ses cuisses, me regarde et dit en soupirant “Voilà!” sur un ton très aigu, léger, assez inhabituel. Je suis surprise! Agréablement surprise! Je ressens un élan de légèreté, tellement étranger aux séances précédentes, baignées dans une atmosphère pesante, monotone et triste. J'ai immédiatement l'image d'un papillon qui s'est échappé de sa bouche. Comme si elle se redécouvrait, comme si une partie d'elle à l'intérieur était bien vivante. Ce petit paradis où règne la part d'insouciance presque enfantine de cette jeune femme, bien enfouit à l'intérieur d'elle, existe bel et bien.

“Notre tâche est de les aider [...] à commencer à supporter la tristesse et les frustrations, et à jouir des délices qu'apportent les relations profondes, interactionnelles, avec les autres” (Tustin, F., 1989, p.32). C'est bien dans la relation que cela se joue, ajoute Frances Tustin. Peut-être que c'est ce qu'il vient de se passer avec Emma. Toute la séance j'ai cherché le meilleur ajustement tonique pour répondre à son besoin, et il semblerait que j'ai su le trouver en fin de

séance. Cela a sans doute permis de concrétiser un lien relationnel jusque-là très subtil. Dans cette relation, j'ai accepté de vivre ses tensions. Mais j'ai aussi accepté "d'aller bien". C'est, là encore, ma personnalité qui intervient¹³. Cela offre à Emma la possibilité d'intérioriser le cadre thérapeutique que je pose, et plus particulièrement "*les effets tranquillisants du cadre ainsi que la sécurité qui émane de la personne toute entière du thérapeute*" (Potel, C., 2019 b, p.203). La finalité étant qu'elle se l'approprie et le transforme en son propre cadre.

Actuellement, Emma n'en est pas encore là dans sa progression, mais elle a su pour la première fois trouver "*un objet - lumière, voix, odeur, etc. - qui maintiennent une attention unifiante sur les parties de son corps et lui permettent alors de faire, au moins momentanément, l'expérience de maintenir ensemble les parties du Soi*" (Bick, E., citée par Anzieu, D., 2006, p.220).

3.2. La transformation

Les vacances de Noël viennent de se terminer. Elles se sont bien passées pour Emma, mais aujourd'hui elle ne va pas très bien. "Ça pourrait aller mieux." me dit-elle.

Elle s'est de nouveau apprêtée et porte un jean clair. Elle a changé de couleur de cheveux et est bien coiffée. Elle n'est pas maquillée. Je remarque que son regard a l'air moins puissant et plus triste, comme si la couleur de son iris était passée d'un bleu azur perçant à un bleu ciel plus doux.

Emma me raconte ses vacances, tout en passant la balle à picots sur ses membres. Elle est, comme d'habitude, très impliquée et appliquée, mais aujourd'hui je la sens crispée, ses mouvements sont moins fluides. Elle me dit ne pas avoir consommé plus de deux fois et a prévu de le faire dans une semaine. Finalement, elle n'a pas trop ressenti de manque, elle s'attendait à pire et est étonnée de la "facilité" à se sevrer. Elle se sent plus elle-même. Ses maux de dos ont disparu, il s'agissait certainement des symptômes du sevrage selon elle.

Pour la première fois, Emma a une odeur. Elle qui d'habitude ne sent rien, sent très fort le tabac aujourd'hui.

¹³ cf. p.24

Elle est abstinente aux substances qu'elle consomme habituellement, mais pas au tabac, ce qui explique son odeur. Cependant, je fais l'hypothèse qu'elle ne peut plus exister par la "drogue", ce par quoi elle se présentait le premier jour, et qu'elle existe désormais par son odeur. L'odeur du tabac, certes, mais il est bien plus acceptable socialement de se définir comme fumeuse.

3.2.1. Le baby-foot

Dès le début de la séance, après avoir réglé la luminosité avec l'halogène, Emma ferme les yeux.

Vient ensuite le temps du chemin des appuis. Comme d'habitude, je commence par lui proposer de ressentir l'appui de ses pieds sur le sol, puis les chevilles, les jambes, les genoux, les cuisses et le bassin.

Je suis beaucoup plus investie corporellement au niveau de mes sensations. Je fais le chemin des appuis en même temps que je la guide et par conséquent, ma conscience corporelle est plus éveillée que les fois précédentes. Je la vouvoie tout le temps, même lors des inductions verbales. J'ai volontairement proscrit le "on", de manière à bien signifier que nous sommes deux personnes différentes.

Or, au moment précis où j'aborde la zone du bassin, j'emploie le "on" au sens de "nous". J'essaie de me reprendre et de la vouvoyer à nouveau mais impossible. Finalement, ce n'est qu'à la troisième induction portant sur le bassin que je parviens enfin, non sans efforts, à la vouvoyer.

Je pourrais relier cet événement à la notion d'empathie, car durant un court instant, nous ne formons qu'un. Dans la continuité de tous les apports théoriques que j'ai amenés jusqu'ici, je me permets de penser que dans ce moment précis, j'ai porté Emma à l'intérieur de moi. Je pense donc que les "*moments d'enaction*" de Serge Lebovici, "*moments particuliers un peu comme si l'action motrice (l'intervention du thérapeute) qui s'impose alors avait valeur de processus*

métaphorisant de toute l'élaboration interne" (cité par Golse B., dans Potel C., 2019a, p.17), sont plus appropriés à la situation. En effet, il nuance ici l'opposition entre les concepts d'empathie et de contre-transfert, et apporte l'idée de métaphore. De ce point de vue là, j'aurais "porté Emma dans mon bassin, à l'image d'une mère qui porte son enfant pendant la grossesse". Je pourrai parler de "*contenance maternelle*" qui, selon Catherine Potel, est essentielle dans la constitution du thérapeute. En effet, il va devoir trouver des manières adaptées pour répondre aux sollicitations de son patient, qui rappellent le rôle de la mère dans les premiers mois de la vie de son enfant (Potel, C., 2019b, p.365).

3.2.2. L'unité

Nous poursuivons, et sans le vouloir, j'entre moi-même dans un état de relaxation. J'ai repéré de nombreuses fois dans ma pratique personnelle de la relaxation, la sensation d'avoir les jambes en "lévitation", de ne plus vraiment les sentir, comme si elles étaient en apesanteur. C'est donc ce que je ressens lorsque j'évoque le fait d'entrer dans un état de relaxation. De plus, je me sens moins plaquée au fauteuil que pendant les séances précédentes. Je parviens à trouver un ajustement tonique, et pour la première fois je me place au milieu du canapé et non pas collée à un accoudoir.

J'essaie de conserver une qualité de présence convenable afin de poursuivre la séance et d'étayer verbalement chaque contraction et décontraction. Peu à peu, je ressens quelque chose d'étrange. J'ai la sensation d'être assise sur un siège de manège à sensations, avec les pieds dans le vide, bien harnachée au niveau du torse. Mes jambes pendent dans le vide et j'ai l'impression que je tombe vers l'avant d'une manière très particulière. En effet, j'ai l'image d'un joueur de babyfoot que l'on fait pivoter autour de son axe. Sauf qu'au lieu d'avoir cette tige métallique passant par l'axe transversal des épaules, j'ai l'impression qu'il passe par mon bassin. C'est comme si je restais dans la position assise avec les pieds dans le vide et que mon siège pivotait vers l'avant au niveau de l'angle de l'assise. Je termine donc la séance avec la sensation d'avoir un vide immense sous les pieds, d'être inclinée vers l'avant,

sans avoir la sensation de chuter, ni le vertige. Moi qui d'habitude ai peur du vide, à ce moment-là je n'éprouve pas du tout cette émotion.

Pierre André, Thierry Benavidès et Françoise Giromini définissent l'angoisse des états limites comme "*une sensation de vide et d'ennui*" (2004, p.118). Frances Tustin ajoute que, privés de symbolisme, les enfants autistes, "*se sont sentis tomber dans un vide - et avoir un vide - sans rien pour les rattraper ou interrompre leur chute*" (1989, p.133) à la moindre sensation physiologique. Je complèterais en disant que cela ne concerne pas que les personnes souffrant d'autisme, mais de manière plus générale, toutes les personnes qui n'ont pas accès à la symbolisation. C'est-à-dire, pour qui la *fonction alpha* de la mère n'a pas été intériorisée pour créer la leur (Bion, W-R., 1991). En effet, "*un bébé qui n'a pas une première donneuse de soins capable d'absorber les chocs est donc exposé à des terreurs primitives*" (Tustin, F., 1989, p.51).

Emma m'a donc donné à vivre cette sensation de vide et de chute, pour que je puisse moi-même l'éprouver et lui renvoyer de manière adaptée, sans que cela devienne un "*choc*" pour elle.

Pendant toute la séance, Emma n'a cessé de faire des micromouvements, comme de tous petits sursauts des jambes.

Elle verbalise ensuite son vécu à l'aide d'une liste de mots parmi lesquels je lui propose d'en choisir quelques-uns. Elle dit s'être sentie comme dans son lit blanc, détendue, comme lorsqu'elle s'endort et qu'elle porte attention à ses muscles. Elle s'est sentie dans un cocon, une bulle, calme.

Enfin, elle m'explique qu'elle recherche la fermeté du fauteuil pour "tenir ses muscles". Je comprends donc pourquoi elle a toujours refusé le fauteuil rouge moelleux, malgré mes propositions.

3.2.3. Le lien

Emma a rendez-vous avec la psychologue juste après la séance.

Plus tard dans la journée, nous prenons un temps avec la psychologue pour faire le point. Je lui fais part de mes observations concernant son réinvestissement

narcissique en cours, de ses progrès dans la verbalisation de ses ressentis, de sa grande implication dans les séances, de ses initiatives... La psychologue me rapporte qu'Emma va mieux, ce que je remarque aussi, même si la patiente affirme le contraire en lui disant "Ça ne va pas top top.". Je reconnais alors l'expression que j'avais employée en réaction à la situation peu confortable qu'elle vivait. Je le signifie à la psychologue.

Nous élaborons autour de cela.

Ici encore, je joue le rôle de la "*fonction alpha*" (Bion, W-R., 1991). Mais cette fois-ci cela est plus concret. En effet, Emma me raconte l'ensemble de ses problèmes, ses inquiétudes... Je ne sais pas quoi lui répondre, elle m'assomme avec tout cela. Par cette phrase, je lui renvoie que ce qu'elle vit en ce moment est assez compliqué, que je comprends qu'elle ne soit pas bien, que cela est tout à fait normal compte-tenu de la situation dans laquelle elle se trouve.

Cela va lui permettre de s'approprier mes propos. En reformulant ses ressentis, je lui donne la possibilité de les mettre en mots autrement, elle se saisit de ces nouveaux mots, elle les intériorise afin de s'en resservir pour exprimer son état.

3.3. La perte du lien

J'ai le sentiment que nous sommes parvenues à tisser un lien avec Emma au fil des séances. Elle n'est certes, pas venue à chaque fois, mais cela n'a pas entravé le travail en psychomotricité, et malgré tout, elle montre une grande implication durant les séances.

3.3.1. La tension

La semaine suivante, le pédopsychiatre m'informe qu'Emma ne va pas bien du tout. Elle est très déprimée, a consommé de la cocaïne et culpabilise beaucoup de l'avoir fait. Elle a, selon lui, à nouveau une attitude de petite fille recroquevillée

sur elle-même et ne parle pas beaucoup, presque comme au début de son suivi au CSAPA. Nous n'avons pas rendez-vous aujourd'hui, mais la semaine prochaine.

Le mercredi suivant, Emma a annulé son rendez-vous. Selon l'hôtesse d'accueil, son emploi du temps de la faculté aurait été modifié, ce qui est possible, mais je pense qu'elle a sans doute consommé. Je donne mes disponibilités à la secrétaire, en pensant qu'Emma reprendra un rendez-vous comme elle l'a fait auparavant.

Le mercredi d'après, elle n'a pas repris rendez-vous. Sur les conseils du pédopsychiatre, je l'appelle pour lui demander de ses nouvelles et éventuellement fixer une date pour une prochaine séance. Cet appel me permet de lui montrer que je suis présente et que je reste disponible pour elle, sans pour autant la supplier de revenir. Elle ne répond pas, je laisse un message vocal.

Puis-je vraiment utiliser l'expression perdre le lien? Le lien entre Emma et moi est plus ou moins en tension. Je le visualise comme un élastique qui nous entoure et dont nous pouvons chacune faire varier la tension. Elle est en constant ajustement pour maintenir un équilibre. Il me semble que nous avons réussi à trouver la tension juste. Cependant, depuis quelque temps, j'ai la sensation que ce lien est tellement tendu qu'il peut se rompre à tout moment. Il a tellement été tendu par l'inquiétude qu'elle a provoqué en moi, qu'il s'est presque distendu. Cet élastique nous entoure, mais ne nous contient plus.

Un mois après la dernière séance, Emma a repris rendez-vous. Elle a complètement changé de coiffure et de couleur de cheveux. Cette fois-ci c'est une couleur unie. Elle porte un jean bleu troué qui laisse entrevoir ses genoux, un pull noir et une veste bleue à motifs léopards. Elle s'est maquillée et porte du vernis à ongles.

Elle est extrêmement déprimée, elle s'ennuie avec son nouveau copain, les examens semestriels l'angoissent et je la sens fataliste. Elle a arrêté l'hypnothérapie qu'elle avait entreprise, Emma refuse de faire dépenser de l'argent inutilement à ses parents. Elle attend sans doute une solution magique mais elle se rend bien compte de la réalité et de l'impossibilité de guérir en quelques jours. Depuis sa rupture avec

son nouveau copain, elle ne veut plus arrêter la “drogue”, mot qu’elle emploie elle-même.

Ce week-end elle a repris ses consommations de kétamine (un puissant dissociatif) car elle souhaite “ se couper du monde”. Je note qu’elle a aussi consommé de la 3,4-méthylènedioxy-N-méthylamphétamine (MDMA).

D’après le diagramme de Wenn¹⁴, la MDMA est un stimulant hallucinogène, au carrefour des psychédéliques et des amines sympathomimétiques. A l’origine contenue dans les cachets d’ecstasy, comme il est indiqué sur les flyers Techno+, le terme est actuellement réservé à la poudre, qui peut aussi être contenue dans des gélules. Après quelques minutes apparaît une sensation de flottement et d’inquiétude avant d’entrer dans une phase euphorique et “*d’amour universel*” (Techno+, s.d.). La descente commence six à huit heures après l’ingestion, avec une possible phase dépressive de quelques jours. (Techno+, s.d.).

Emma avait mis de côté depuis deux ans cette substance qu’elle consommait très régulièrement avant, elle avait développé une accoutumance et les effets étaient devenus moindres. Cette fois-ci, cela lui a procuré une certaine euphorie sans hallucinations.

Je m’interroge alors sur un retour à l’état antérieur, et le croisement des ressentis avec le pédopsychiatre qui la retrouve dans la même posture qu’au début de sa prise en charge, tend à le confirmer.

Ce retour à l’état antérieur est sans doute le fruit d’une régression qu’elle a pu vivre, selon Dominique Quelin-Souligoux, à la condition que j’accepte “*de me trouver confrontée à la régression formelle de ma pensée, à l’inconnu voire à la désorganisation*” (2015, p.159). En d’autres mots, elle a sans doute pu expérimenter et vivre cette légèreté et cette insouciance lors de la séance précédente, parce que j’ai accepté de vivre ce qui la traversait corporellement, tout en y mettant du sens, à travers mon contre-transfert corporel. Comme le dit Catherine Potel, j’ai pu accepter de vivre ce qu’Emma m’a donné à vivre, parce

¹⁴ Voir annexe 2

que ma propre sécurité interne, mon sentiment continu d'exister m'ont permis de mettre des mots et du sens à tout cela (2019a).

D'après Michael Balint, "*Ce mélange pourrait s'appeler régression par progression ou progression en vue de régresser.*" (2010, p.125). En effet, je me rends compte que jusqu'ici, Emma a progressé. Elle avait commencé à réinvestir son apparence et quelques unes de ses sensations. Et voilà qu'elle revient presque au point de départ, dans une attitude de repli, elle n'a plus envie de s'en sortir. Par régression, Michael Balint entend "*une adaptation primitive : aussi bien reconnaissance que déni du fait de l'existence séparée*". (2010, p.126). Cette définition concerne les personnes qu'il nomme "*ocnophiles*", c'est-à-dire qui n'ont pas intériorisé le "*bon objet*" (Klein, M., 1998) et qui ne peuvent donc pas se séparer de leur objet d'amour. Ces personnes ne sont alors jamais vraiment comblées car elles ont toujours peur de l'abandon. Je fais ici le lien avec les personnes borderlines, et notamment avec Emma. Je suppose qu'elle est en train d'entamer un processus de subjectivation, cette régression marquant l'angoisse d'abandon et permettant le déni de l'existence séparée de l'objet d'amour.

3.3.2. Sur la même longueur d'onde

Nous poursuivons comme d'habitude la séance par un exercice de conscience corporelle. Cette fois-ci je décide de modifier un peu le contenu en remplaçant les autos-massages avec la balle à picots par des percussions osseuses, dans le but de travailler la solidité du corps en ressentant le squelette. Nous commençons par le bras droit. Comme je m'en doutais, Emma ne parvient pas à utiliser la souplesse de son poignet, ce qui modifie sûrement l'aspect de résonance que cela devrait provoquer. Je continue quand même la proposition en la guidant le plus possible dans l'intention qu'elle peut y mettre. Nous faisons une pause avant de passer au bras gauche. Je lui suggère de ressentir les éventuelles vibrations qui perdurent et de percevoir si une différence de sensation entre les deux bras existe. Cela est compliqué pour elle. Nous passons à l'autre bras, puis aux jambes, en s'arrêtant quelques instants entre chaque membre, afin de nous focaliser sur les

sensations. Emma me dit ressentir plus de différence entre les deux jambes, qu'entre les deux bras.

Nous poursuivons avec le chemin des appuis et une relaxation inspirée de Jacobson, de la même manière que nous l'avons fait les semaines précédentes. J'ai énormément de mal à me mettre dans de bonnes dispositions pour cette séance. Je suis plutôt ajustée toniquement, mais je suis désespérée, je ne sais plus quoi lui proposer, je ne sais plus identifier ses besoins. Je fais alors les choses machinalement, sans grande conviction. Au moment d'induire verbalement les contractions musculaires, cette sensation s'amplifie et j'éprouve beaucoup de difficultés à ajuster le ton de ma voix, le rythme des inductions, je parviens difficilement à créer une sensation de contenance avec ma voix.

A la fin de la séance de relaxation, j'essaye d'instaurer un temps de verbalisation. C'est un moment toujours assez délicat pour moi. En effet, j'ai du mal à trouver le vocabulaire adapté pour décrire les sensations et je sens qu'Emma ne sait pas quoi me répondre.

Selon Daniel Bailly et Jean-Luc Venisse, *“l'alexithymie apparaît [...] avec une composante émotionnelle centrée sur les difficultés de reconnaissance et de description des états émotionnels et une composante cognitive centrée sur un mode de pensée concret, sur une faible capacité fantasmatique”* (1998, p.69). Il semblerait que la première composante soit ce que présente Emma, et la seconde ressemble à ce qu'elle me donne à vivre. Je me sens terriblement vide face à elle, je ne trouve pas mes mots, j'ai l'impression de ne plus avoir de vocabulaire, de ne plus avoir d'imagination. J'éprouve beaucoup de difficultés à inventer des variantes à mes propositions, j'ai la sensation de toujours lui proposer la même chose et je crains l'ennui.

Pour la première fois, Emma me dit aussi qu'elle a eu du mal à se “mettre dedans”, que des pensées parasites venaient perturber sa disponibilité. Je lui explique que pour moi aussi, c'était difficile au départ, puis nous avons su trouver un ajustement qui nous a permis d'être plus détendues et aptes à entrer dans cet état de relaxation au bout d'un certain temps.

Je remarque un immense progrès, Emma ne fonctionne pas en faux-self! Elle semble régresser, mais je comprends qu'il ne s'agit pas d'un retour à l'état initial. Elle est parvenue à avoir un peu plus conscience de ses sensations. Elles ne sont pas très agréables mais elle ose me le dire, et je fais l'hypothèse que les séances précédentes lui ont permis d'intégrer mon *bon objet* (Klein, M., 1998). Elle commencerait donc à se l'approprier pour former ensuite le sien.

A la fin de la séance, je ressens une certaine distance de la part d'Emma, mais elle est d'accord pour reprendre un rendez-vous dans trois semaines. Cela fait déjà plusieurs fois que l'on ne parvient pas à se revoir avant trois semaines. Il y a toujours un empêchement, elle ne cesse de modifier le cadre qui consistait en une séance toutes les deux semaines.

3.3.3. La tentative de suicide

Le matin de la séance prévue, je vois sur le planning qu'Emma a annulé son rendez-vous. A la fin de la réunion de synthèse, je m'entretiens avec le pédopsychiatre à son sujet. Avant même que je puisse lui faire part du lien si fragile que l'on est parvenu à tisser avec Emma, il m'informe qu'elle est actuellement hospitalisée en service de réanimation, suite à deux tentatives de suicide.

En effet, j'ai déjà pensé que l'on pourrait m'annoncer cela à plusieurs reprises, mais je ne m'y attendais pas à ce moment-là. Emma semblait tellement aller mieux. D'après le pédopsychiatre, il s'agirait là d'une volonté de retour à l'état antérieur.

“Les processus limites ont ainsi la caractéristique de rendre fragile toute limite, essentiellement [...] entre le mort et le vif, [...]. Ils peuvent alors mettre en œuvre des processus de franchissement, de passages de frontières ou de limites.” (Le Poulichet, S., 2009, p.12). En plus de dépasser les limites du vivant et de la mort, je pense qu'Emma a voulu retrouver une forme. En effet, d'après Sylvie Le Poulichet, les nombreuses transformations - les progrès concernant l'intégration d'un “*bon objet*” pour Emma (Klein, M., 1998) - invitent les patients à sortir de leur

zone de confort. Ils se trouvent alors dans un informe où ils doivent reconstruire progressivement leurs limites et leurs repères. Cependant, Emma est borderline, elle éprouve donc des difficultés à sentir les limites de son corps et de son environnement. Elle va donc tout faire pour retourner à l'état antérieur où elle avait ses repères. Et manifestement, l'informe de la mort est la seule représentation possible d'une forme concrète pour elle (Le Poulichet, S., 2009).

Ce jour-là j'ai beaucoup de patients, je mets tout cela de côté afin de me rendre disponible pour les autres. Plus tard dans la journée, j'apprends par la psychologue qu'Emma est dans le coma suite à des consommations excessives de produits. Personne n'en sait plus. Elle aurait donné les coordonnées du CSAPA et de sa psychiatre en arrivant aux urgences en état de conscience lors de sa première tentative de suicide. Le service de réanimation a contacté le CSAPA dans l'espoir d'obtenir les coordonnées de ses parents après une deuxième tentative de suicide le surlendemain. Elle aurait voulu avancer la date de son hospitalisation en service d'addictologie, prévue deux semaines plus tard.

Ce mot "coma", résonne en moi. Pourquoi n'a-t-elle pas donné les coordonnées de ses parents aux urgentistes? Je pense à sa famille qui n'est peut-être pas encore au courant de tout cela. Je me dis qu'elle aurait sûrement besoin de son entourage près d'elle, mais qu'elle a fait en sorte qu'il ne le soit pas. Pourquoi a-t-elle communiqué les coordonnées du CSAPA et non pas celles d'un ami? Je me demande quelle place Emma donne à cette structure.

Cependant, je tente de me rassurer en imaginant que les aides-soignants et infirmiers du service de réanimation lui procurent les soins élémentaires, comme un parent le fait avec son enfant. Et je pense que c'est une chose dont elle a vraiment besoin.

Je pense ici à la notion de "*handling*" de Winnicott, qu'il définit comme "*maniement*" (2006, p.67). Le "*handling*" est donc la façon de donner des soins au bébé. Cela lui permet de vivre une sensation de contenance et d'unité.

Finalement, cette irrégularité dans le lien, cette tension plus ou moins ajustée à l'image d'un élastique qui nous relie Emma et moi, ne trouverait-elle pas sa source dans l'inquiétude quasi-permanente que je me fais pour elle? En effet, rien ou presque ne crée autant de tension que de penser que je pourrai potentiellement ne jamais revoir Emma à la séance suivante, si elle passait à l'acte suicidaire.

Pierre André, Thierry Benavidès et Françoise Giromini, montrent que dans l'anorexie les jeunes femmes donnent à vivre énormément d'inquiétude à leur entourage, et notamment en réactivant la préoccupation maternelle primaire chez leur mère (2004, p.106). Sans aller jusqu'à cette préoccupation maternelle primaire (Winnicott, D-W., 1956), c'est peut-être ce type d'inquiétude qu'Emma me fait vivre dans le transfert.

Emma est finalement restée dix-huit heures dans le coma, puis a été hospitalisée en psychiatrie en attendant son hospitalisation prévue initialement en addictologie.

Elle est actuellement hospitalisée dans une clinique spécialisée dans ce domaine. Vais-je la revoir en séance avant la fin de mon stage? Va-t-elle accepter de venir pour une dernière séance de psychomotricité afin de conclure le travail que nous avons effectué ensemble? Je l'appellerai pour lui proposer que l'on se rencontre une dernière fois, si cela n'est pas possible, je rédigerai un compte-rendu de notre travail en psychomotricité, que je laisserai à sa disposition au CSAPA.

Puisqu'il faut conclure

Tout au long de mon stage en addictologie j'ai découvert diverses problématiques sous-jacentes dont le psychotraumatisme et une probable défaillance des interactions précoces.

J'ai accepté de vivre de l'inquiétude et des éprouvés corporels et psychiques qui ne m'appartiennent pas et j'ai ressenti la tension du lien entre Emma et moi. J'ai supporté qu'elle malmène le cadre que j'ai tenté de tenir, malgré les absences. J'ai été à l'écoute de mon contre-transfert du mieux que j'ai pu, et cela m'a profondément aidé à penser les problématiques amenées par Emma durant cette année.

Je lui ai proposé la conscience corporelle et la relaxation comme médiations. J'ai aussi placé mon corps en tant que médiateur, en acceptant de la laisser en partie me façonner, en lui offrant un fond, un regard, en me plaçant dans une fonction maternelle et en pensant pour elle. De ce point de vue, je pense lui avoir permis de régresser tout en étant contenue et ainsi, j'espère avoir participé à l'émergence de son sentiment continu d'exister (Winnicott, D-W., 2006).

C'est en cela que je peux affirmer que la relation que j'ai développée avec Emma est thérapeutique.

Je souligne cependant, l'importance de la supervision, sans laquelle je n'aurais pu offrir ce cadre thérapeutique à ma patiente.

Pour conclure, je souhaite citer Bernard Golse qui, à mon sens, résume avec justesse le travail que j'ai essayé de mener au mieux pendant ce stage.

“Finalement, le contre-transfert corporel se trouve bien au cœur du travail du psychomotricien, comme mode d'accès au vécu archaïque du patient qui, par cette voie particulière de la communication, nous raconte quelque chose de son histoire précoce.” (2019, p.18).

Désormais, je m'interroge sur l'importance de signifier la fin d'une prise en charge en psychomotricité, de dire au revoir au patient. Cette étape me semble indispensable. Cependant, est-elle plus importante pour le patient qui a partagé un passage de son histoire, ou pour le thérapeute qui a vécu l'histoire du patient à travers son corps? Jusqu'à quel point le psychomotricien peut-il s'investir émotionnellement dans la relation avec son patient?

Bibliographie

1. Abraham, N. Török, M. (2009). *L'écorce et le noyau*. Flammarion.
2. Ajuriaguerra, J. (1970). *Manuel de psychiatrie de l'enfant*. Masson.
3. André, P., Benavidès, T. et Giromini, F. (2004). *Corps et psychiatrie*. Heures de France.
4. Anzieu, D. (2006). *Le Moi-peau*. Dunod.
5. Bailly, D., Vénisse J-L. (2001). *Addictions et psychiatrie*. Masson.
6. Balint, M. (2010). *Les voies de la régression*. (Traduit par J. Dupont et M. Viliker). Payot et Rivages.
7. Bion, W-R. (dir.). (1991). *Le fonctionnement mental*. Delachaux et Niestlé.
8. Constant, A. (2020). *Les addictions*. [notes de cours]. Paris, Université Pierre et Marie Curie.
9. Galliano, A-C., Pavot, C. et Potel, C. (2011). L'espace et le temps. Dans Scialom, P., Giromini, F. et Albaret, J-M. *Manuel d'enseignement de psychomotricité*. (Tome 1, 219-252). De Boeck.
10. Guelfi, J.D., Cailhol, L., Robin, M. et Lamas, C. (2017, juin). États limites et personnalité borderline. *Santé mentale*, 219, 24-33.
11. Guiose, M. (2007). *Relaxations thérapeutiques*. Heures de France.
12. Hall, E.T. (2014). *La dimension cachée*. (Traduit par A. Petita). Editions Points.
13. Harris, M., Williams, M.H. (dir.). (2007). *Les écrits de Martha Harris et d'Esther Bick*. (Traduit par J. et J. Pourrinet). Du Hublot.
14. Joly, F. (dir.). (2015). *Jouer... Le jeu dans le développement, la pathologie et la thérapeutique*. Editions In Press.
15. Jover, M. (2000). *Perspectives actuelles sur le développement du tonus et de la posture du jeune enfant*. Solal.
16. Klein, M., Mendel, G. (dir.). (1998). *Essais de psychanalyse*. (Traduit par M. Derrida). Payot.

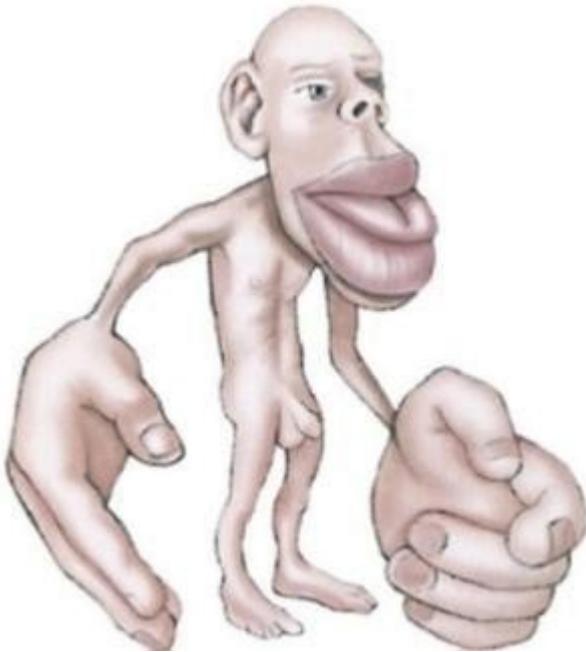
17. Klein, M. (2013). Notes sur quelques mécanismes schizoïdes. Dans M. Klein, *Développements de la psychanalyse* (274-300). Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.kein.2013.01.0274>
18. Kohut, H. (2004). *Le Soi: la psychanalyse des transferts narcissiques*. Presses universitaires de France. ISBN 2--13--054520--3
19. Lainé, T. (2007). L'agir. *Vie sociale et traitements*, 1(1), 14-25. <https://doi.org/10.3917/vst.093.0014>
20. Le Poulichet, S. (2009). *Psychanalyse de l'informe. Dépersonnalisations, addictions, traumatismes*. Broché.
21. Orofiamma, R. (2019). Narration / narrativité. Dans C. Delory-Momberger, *Vocabulaire des histoires de vie et de la recherche biographique* (122-127). Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.delor.2019.01.0122>
22. Potel, C. (2015). *Corps brûlant, corps adolescent. Des médiations corporelles pour les adolescents*. Erès.
23. Potel, C. (2019 a). *Du contre-transfert corporel. Une clinique psychothérapique du corps*. Erès.
24. Potel, C. (2019 b). *Être psychomotricien. Un métier du présent, un métier d'avenir*. Erès.
25. Robert-Ouvray, S., Servant-Laval, A. (2011). Le tonus et la tonicité. Dans Scialom, P., Giromini, F. et Albaret, J-M. *Manuel d'enseignement de psychomotricité*. (Tome 1, 145-178). De Boeck.
26. Schilder, P. (2017). L'image du corps. *Socio-anthropologie*, 35, p.159–168. <https://doi.org/10.4000/socio-anthropologie.2606>
27. Tustin, F. (1989). *Le Trou noir de la psyché : barrières autistiques chez les névrosés*. (Traduit par P.Chemla). Seuil.
28. Winnicott, D.W., (1956). La préoccupation maternelle primaire. Dans *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Winnicott, D.W. *De la pédiatrie à la psychanalyse*. (168-174). Payot.
29. Winnicott, D.W. (2006). *La mère suffisamment bonne*. (Traduit par J. Kalmanovitch, M. Michelin, L. Rosaz). Payot.

Sitographie

1. Absence. (s. d.). Dans *Dictionnaire Larousse en ligne*.
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/absence/258>
2. Cadre. (s. d.). Dans *Dictionnaire Larousse en ligne*.
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/cadre/12054>
3. Centre Addictovigilance Auvergne (s. d.). *Addiction à une substance : critères DSM-5*. Addictauvergne.fr.
<http://www.addictauvergne.fr/addictauvergne/wp-content/uploads/2014/02/Crite%CC%80res-addiction-DSM5.pdf>
4. Haute Autorité de Santé. (2010). *Anorexie mentale : prise en charge*.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/reco2 clics _ anorexie _mentale.pdf
5. Kétamine. (2013). Dans *Vidal en ligne*.
<https://www.vidal.fr/medicaments/substances/ketamine-6970.html>
6. Pelletier, M. (2020). *Du corps au son : la voix, support de la relation en psychomotricité*. Mémoire de psychomotricité. UPMC, Paris. Consulté le 10/05/21 à l'adresse : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02900449/document>
7. Roussillon, R. (2006). *Le langage du cadre et le transfert sur le cadre*.
<https://reneroussillon.com/cadre-dispositif/le-langage-du-cadre-et-le-transfert-sur-le-cadre/>
8. Salmona, M. (2021, mars). *Les violences sexuelles : un psychotraumatisme majeur qu'il est essentiel de prendre en compte pour rendre justice aux victimes, les secourir, les protéger et les soigner*. *Violences sexuelles : en finir avec l'impunité*.
https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/Articles-Dr-MSalmona/2021_violences_sexuelles_un_psychotraumatisme_majeur.pdf?PHPSESSID=jtsqmrmbfgot15ofda24s528j1
9. Techno+. (s.d.). *Taz/MDMA*. <https://technoplus.org/taz-mdma/>

ANNEXES

Annexe 1



Dessin de l'Homonculus de Penfield par Florent Colombet

Source :

Colombet, F. (s. d.). *Homunculus. Caricature d'un homme pour lesquelles les organes sont grossis de façon proportionnelle à la densité des récepteurs sensoriels présents à la surface du corps.* ResearchGate.

https://www.researchgate.net/figure/Homunculus-Caricature-dun-homme-pour-lesquelles-les-organes-sont-grossis-de-facon_fig13_48907476

Annexe 3

Relaxation progressive de Jacobson

“La relaxation progressive de Jacobson, encore appelée méthode analytique, est le modèle de référence de toutes les relaxations neuro-musculaires à point de vue physiologique. [...] En 1928, Jacobson [neurophysiologiste américain] propose une méthode différente de la relaxation de Schultz qu’il qualifie de “psychothérapie physiologique”, ne faisant appel ni aux techniques suggestives ni à celle de la psychanalyse. [...] Selon lui, les émotions se traduisent par des contractions localisées dans diverses parties du système musculaire et viscéral. [...] En clair, sa méthode consiste à reconnaître les tensions qui entrent en jeu lorsque nos muscles se tendent et à les contrôler. Le patient s’entraîne à observer ses schémas de tension et à les relâcher : concentrant son attention sur les états de tension musculaire qu’il provoque, le sujet apprend à repérer ces tensions, puis il cesse son effort et porte son attention sur les nouvelles sensations qui sont, alors, identifiées comme celles du relâchement. [...] Son idée est qu’en diminuant ces tensions dites “résiduelles”, on atténue l’impact émotionnel. [...] La cure peut être schématiquement séparée en deux parties : la relaxation générale et la relaxation différentielle.

Le sujet commence par un repos de 5 à 10 minutes, allongé sur le dos. Dans la relaxation générale, on fait mettre en tension un membre (ex. : “fléchissez l’avant-bras sur le bras”) [membre supérieur, membre inférieur, tronc, visage]. Tout en maintenant cette tension, on demande au sujet de ressentir les muscles contractés. Puis, il cesse l’effort et on lui demande de ressentir cette nouvelle sensation de relâchement musculaire. Il répète cet exercice pendant 30 minutes [quatre contractions]. Ainsi, de séance en séance, on progresse à travers tout le corps, jusqu’à obtenir un contrôle global, une relaxation générale.

La relaxation différentielle est définie comme un minimum de contraction musculaire nécessaire pour l’exécution d’un acte, en même temps que la relaxation des muscles dont l’activité n’est pas indispensable pour la réalisation de l’acte. [...] Ainsi, après une relaxation générale en position couchée, le sujet poursuit assis. Puis il peut lire ou écrire mais en cherchant à garder cette sensation de relaxation qu’il a obtenue en étant allongé. Enfin, il cherche à utiliser dans la vie de tous les jours un minimum de contraction pour effectuer ses actes quotidiens. [...]

Si la méthode de Jacobson s’adresse a priori à des personnes présentant des troubles psychiques, ce dernier l’envisage également pour tout un chacun dans une optique préventive [...]. Pour Jacobson, sa méthode s’applique dès l’âge de 6-7 ans.” (Guiose, M., 2007, p.17-20).

Source : Guiose, M. (2007). *Relaxations thérapeutiques*. Heures de France.

Résumé

Mots-clés : transfert, contre-transfert, addiction, archaïque, fonction alpha

Une des spécificités du psychomotricien est de travailler avec son corps. Il utilise son corps comme une médiation physique, mais aussi comme un support au psychisme de son patient. Ce mémoire montre de quelle manière la relation entre le psychomotricien et son patient est thérapeutique. A l'écoute de ses sensations et ressentis, il va pouvoir penser et panser son patient. En addictologie, le contre-transfert sera plutôt archaïque, en lien avec les problématiques soulevées.

Summary

Keys-words : transference, conter-transference, (drug) addiction, archaic, alpha function

The work of psycho-motor therapist is to work with his own body. Using his body as physical mediation, he also uses it as a psycho support for patient. This memoir highlights the therapeutic relation between psycho-motor therapist and his patient. Through sensations and feelings, he can physically and mentally heal. In addictology counter-transference is rather archaic because it is related to raised issue.