

La relaxation thérapeutique : une possible métamorphose !

F.DROST

Écrire sur le traumatisme psychique est un véritable défi : d'une part, il est difficile de mettre en mots un espace-temps où le langage n'est plus. D'autre part, le concept de traumatisme n'est pas facile à aborder : il recouvre différentes valences en fonction des cultures, des époques, des disciplines et des théories qui l'abordent. Ce qui complexifie son approche ainsi que sa nature.

La psychanalyse a repris les termes médicaux de trauma et de traumatisme en transposant sur le plan psychique les significations qui y sont impliquées : le trauma désigne le choc, le traumatique renvoie à l'effraction et le traumatisme signifie les conséquences sur l'ensemble de l'organisation psychique.

De plus, si le trauma possède un pouvoir désorganisateur, il peut néanmoins revêtir un aspect créatif : les bouleversements provoqués par le trauma peuvent pousser le sujet vers un réaménagement positif. Bien entendu, il ne s'agit pas de sous-estimer la dimension douloureuse du trauma mais il convient de voir comment le sujet peut en sortir et in fine, intégrer cette expérience dans le fil de son histoire.

Cependant, cette métamorphose implique de la vigilance car le remaniement progressif demande d'être suffisamment disponible pour écouter la personne traumatisée. Écouter, c'est entendre ce qui n'est pas dit, ce qui ne veut pas se dire, ce qui ne peut pas se dire. Écouter, c'est accepter de rester présent devant le non-sens, l'impensable, l'irreprésentable.

En s'adressant à l'autre, le blessé psychique le convoque à une place de témoin. Témoin nécessaire pour valider le récit de son expérience. A travers ce témoin, le sujet sollicite l'humain existant en l'autre. Il s'agit alors pour ce témoin de représenter la communauté humaine dont le sujet se sent exclu et de l'aider à croire en un pacte social rompu.

Écouter, c'est également accepter que le sujet en passe par le corps. Corps occupant soudainement le devant de la scène, corps isolé par un mécanisme de dissociation. Corps choqué, supplicié, souillé, émietté, anesthésié, muet ou bien parlant, parlé, algique, agité. Lorsque les processus de symbolisation sont figés, le corps peut se substituer à la parole et la souffrance devient alors « maux ». Cependant, les « maux » peuvent s'enkyster transformant le corps en une enclave, lieu de ruine et de mort.

Lorsque la parole n'est plus et que le corps « fait le mort », comment accompagner le traumatisé psychique ?

A travers mon propos, je vous invite à explorer les effets et les enjeux de la

relaxation thérapeutique auprès d'une population adulte blessée psychique.

Dans un premier temps, je définirai la notion de traumatisme qui me sert de fil conducteur. Puis, nous nous intéresserons aux retentissements délétères du trauma sur l'organisation psychique du sujet. Nous explorerons ensuite les effets de la relaxation thérapeutique en nous appuyant sur une vignette clinique. Enfin, nous concluons en discutant les modalités de rencontres proposées aux personnes traumatisées adultes ainsi que quelques points qui ont retenu mon attention.

Dans « *Au-delà du principe de plaisir* » (1920), Freud métaphorise le traumatisme en s'appuyant sur le modèle de la vésicule vivante. Cette vésicule, représentant l'appareil psychique, contient un réseau de représentations. Ces représentations sont tenues à l'abri des excitations externes par une enveloppe protectrice : le pare-excitation. Celui-ci ne laisse passer que des quantités tolérables d'excitation afin de maintenir une homéostasie au sein de l'appareil psychique. Aussi, lorsque la quantité d'excitation est trop forte- Lacan parle de « trop matisme « -, elle déborde la tolérance et la capacité de maîtrise de l'appareil psychique du sujet : S. Freud parle alors d'effraction du pare-excitation. Le débordement des capacités du pare-excitation entrave les possibilités de mise en représentation. Incapable d'être élaboré, ce trop d'excitation va perturber le fonctionnement du sujet et provoquer des effets pathogènes durables dans l'organisation psychique : sidération, effroi, dissociation, reviviscences, troubles psychosomatiques...

Outre la violence extrême du choc, la singularité propre à chacun doit être également prise en compte. En effet, si certains traverseront l'épreuve sans en être affectés, d'autres pour des situations beaucoup moins dramatiques, y réagiront de façon catastrophique. Tout dépend de l'activité fantasmatique du moment, d'un deuil récent, d'un traumatisme antérieur, du soutien social...Lorsqu'on parle de traumatisme psychique, il faut donc prendre en compte l'interaction entre une personne, son histoire de vie et son environnement.

Plus tard, Louis Crocq (1995) complète la définition de S.Freud en soulignant les notions de menace vitale et celle d'imprévisibilité de l'événement. La soudaineté de l'événement ne permet pas au Moi de se préparer au danger et de mettre en place des défenses adaptées à l'intensité du trauma. D'autant plus, que le trauma exclu toute intention ou participation du sujet : celui-ci subit passivement l'événement sans s'y attendre.

François Lebigot (2001) précise que c'est la rencontre avec le réel de la mort qui provoque le traumatisme psychique. Chacun vivant avec une illusion d'immortalité, nous ne sommes pas préparés à rencontrer le néant.

De plus, F. Lebigot nous explique que n'ayant jamais rencontré la mort jusqu'au moment du trauma, nous n'avons pas de support pour se la représenter : la mort ne se figure donc pas dans l'inconscient. Aussi, la confrontation avec la mort apparaît comme une véritable effraction du réel : c'est une confrontation avec quelque chose de non symbolisable, d'innommable, d'insupportable.

Le réel est un saisissement sans images, sans pensées, sans paroles, il fait trou dans le tissu symbolique. J. Lacan parle de « traumatisme ».

En l'absence de médiation du système signifiant, la confrontation avec le réel de la mort s'accompagne d'effroi, de sidération « *je suis fané là-dedans* » me dit un patient. Le trauma laisse sans mouvements et sans paroles. L'absence de langage fait alors vivre une expérience d'exclusion de la communauté des hommes. Il en résulte des sentiments de honte et d'abandon.

Dans la clinique, cette déshumanisation se traduit par des propos de type « *je suis un zombie* ». Un « déjà mort » bloqué entre un passé inaccessible-celui où la vie était normale-et un présent qui s'éternise sans plus aucune possibilité d'anticipation dans l'avenir. Temps condamnant les traumatisés à vivre des angoisses primitives comparable à l'état de détresse infantile nommée *Hilflosigkeit* par S. Freud (1895).

« *Je vis un véritable enfer* » me disent régulièrement les patients. Ce passage dans le monde de morts, thème constant dans la littérature et motif récurrent dans les mythologies, représente une descente aux origines. Origine renvoyant au fantasme de la scène primitive. Mais lorsque le fantasme se fissure, le réel s'introduit dans la réalité et l'angoisse submerge le sujet.

Si ce voyage en enfer éclaire sur ce qui attend l'homme après la mort, il est vécu comme une transgression car la destinée humaine n'a pas pour vocation de se dévoiler. Elle doit rester inaccessible et interdite aux vivants. Cette description me fait penser au refoulement originaire décrit par S.Freud. Ce refoulement originaire désigne la première opération par laquelle l'inconscient se fonde. Il se constitue avant le langage et se compose des premiers éprouvés du fœtus ou du nourrisson.

François Lebigot nous indique qu'en franchissant le pare-excitation, l'image traumatique va subir l'attraction du refoulement originaire au vu de la similarité des contenus. Ce refoulement reste normalement inaccessible et interdit à la conscience. Cependant, par le biais du trauma, « *le contenu du refoulement originaire se dévoile à la conscience* » (F.Lebigot). Le patient franchi donc une barrière interdite qui fait dire à Liliane Daligand « *C'est comme s'il retournait dans le ventre de sa mère, un équivalent de l'inceste* ». Cette transgression est à l'origine de la culpabilité inhérente au trauma.

Pour Mr X, l'enfer se manifeste chaque jour, années après années, au détail près : en effet, il est régulièrement en proie à la scène du braquage dont il a été victime quelques années auparavant. Cependant, cette répétition ne se comporte pas comme un souvenir : lorsqu'elle surgit à la conscience, ce sera toujours au temps présent, comme un événement en train de se produire. Cette répétition « du même », appelée compulsion de répétition par S.Freud le ramène invariablement à son trauma. Il lui est donc impossible d'oublier cette scène puisqu'elle s'impose à lui sous forme de reviviscences : cauchemars, hallucinations et sous forme de ruminations mentales.

Selon F. Lebigot, les reviviscences rappellent sans cesse le réel de la mort. D'externe, la menace devient interne : la mort est alors de partout, elle peut surgir à tout moment. Cette omniprésence de la mort est à l'origine de multiples manifestations d'angoisse.

La répétition compulsive du déplaisant ou du douloureux est le symptôme central de l'état traumatique. Elle peut être entendue comme une tentative de maîtriser et d'abréagir ces tensions excessives sur un mode fractionné afin de permettre le rétablissement des conditions de fonctionnement du principe de plaisir. Seulement les signifiants étant court-circuités, cette tentative est vouée à l'échec.

Si cette fixation au trauma est insupportable, elle peut cependant exercer une fascination sur certains patients. Fascination opérant comme une érotisation du violent. Fascination se situant pourtant comme un signal d'investissement psychique là où œuvre la pulsion de mort et où s'agglutinent toutes les expériences dénarçissantes du sujet.

Si l'appareil psychique est désorganisé, le corps n'en est pas moins épargné. La déconstruction qu'opère le trauma donne une soudaine visibilité au corps. J'ai pu constater que les corps pouvaient être régulièrement habités par une douleur lancinante. Ces patients souffrent, comme l'énonce Simone Korff-Sausse, de « *ce qui lui est entré par les yeux, les oreilles, le nez, la bouche, la peau et qui remonte aux lèvres* » 1. Le trauma précipite la personne dans un monde de sensation où seul domine le perceptif.

Melle E a été victime d'un viol, c'est une jeune personne victime d'une effraction de sa peau, d'une brèche dans son enveloppe corporelle. Le trauma est entré en elle par le biais du génital puis il a traversé tous les orifices du corps (yeux, oreilles, nez, bouche, peau), lieux de liaison entre le dedans et le dehors. Elle se rappelle l'odeur de la sueur de son agresseur, de ses yeux dans lesquels elle s'est vue morte, du poids de ses mains. Ce cheminement dans son corps redéfinit une géographie du corps : certaines zones s'agrandissent, d'autres disparaissent, deviennent muettes alors que d'autres se dévoilent.

Ce corps - qui n'a pas pu remplir un rôle de protection et qui ne pourra plus désormais fonctionner comme pare-excitation - devient un lieu gardant la trace sensorielle du moment où Melle E a rencontré le réel de la mort. Corps au sein duquel se dépose les contenus psychiques bruts, fantasmes, désirs et haines inconscients ; contenus dont s'est peut-être protégé son agresseur. Ces éléments persistent alors comme un « *corps étranger* » (F. Lebigot) dans le psychisme de Melle E.

J'ai souvent noté que pour préserver leur intégrité psychique mis à mal par l'effondrement des barrières du corps physique, nombreux patients barrent l'accès à toute sensation.

1. KORFF-SAUSSE, Simone. 1996. *Le miroir brisé. L'enfant handicapé, sa famille et le psychanalyste*, Calman Levy

Ainsi, ils ne sont plus en contact avec leurs émotions, leurs désirs, leurs besoins, leurs sentiments.

Pensant se protéger, ils se dissocient de leur corps dans l'espoir de « sauver leur âme » d'une longue « *agonie psychique* » (S.Ferenczi).

Cependant, ce mécanisme de défense a un coût : en effet, les traumatisés ne s'amputent pas seulement de leur corps, ils se coupent également d'une partie de leur histoire, de leur identité et de ce qui pourrait, in fine, continuer à alimenter Éros.

Le trauma confronte à la castration : il est lié à la perte, à la dépossession de soi, de sa parole, de son corps, de son histoire. Il crée une rupture avec le monde et dénie tout ce qui était valeur, sens et croyances.

Alors comment réaménager un rapport à soi, aux autres et au monde différent ?

La relaxation thérapeutique permet d'explorer le vécu psychocorporel dans un cadre spécifique : elle s'expérimente individuellement ou en groupe de manière hebdomadaire, en présence d'un thérapeute qui nomme et touche le corps. Au-delà de l'expérience de détente, le thérapeute propose à la personne d'être à l'écoute de son corps, de ce qui s'y passe pendant qu'elle se détend. In fine, la relaxation thérapeutique ouvre la voie à un processus d'appropriation et de subjectivation.

Afin d'illustrer les enjeux et les effets de cette thérapeutique, je propose de vous présenter une vignette clinique en respectant l'ordre chronologique des séances. L'objectif étant de préserver les évolutions qui se sont produites. Je synthétiserai les séquences qui m'ont paru significatives.

J'ai proposé des séances de relaxation à une personne âgée d'une soixantaine d'années que j'appellerai Louis. Louis fût orienté vers moi pour « *des troubles du comportement envahissants ainsi que des douleurs somatiques et des angoisses qu'on n'arrivait pas à calmer par les traitements* ».

Avant d'être hospitalisé, Louis avait été victime d'un cambriolage. Événement qui avait eu un fort retentissement puisqu'il faisait écho à une agression sexuelle dont Louis avait été victime à l'adolescence. L'emboîtement des événements potentiellement traumatiques (vieillesse, hospitalisation, cambriolage, agression sexuelle) complexifiait le séjour de Louis en établissement de soin.

Si le cambriolage était très présent dans le discours de Louis, l'agression sexuelle était peu parlée, à peine chuchotée. Scène inavouable et pourtant inoubliable. Scène où il s'est vu comme un être déchu de ses droits d'être parlant et réduit à un état d'objet de la jouissance de l'autre.

Ce cambriolage faisait vivre une détresse importante à Louis : montées d'angoisse, hyperréactivité, cauchemars, agressivité, sentiment de persécution, plaintes somatiques

ou au contraire anesthésie de certaines zones corporelles et dépression semblaient se majorer progressivement depuis quelques semaines.

L'état de Louis inquiétait beaucoup l'équipe soignante qui s'occupait de lui : comment l'apaiser ? Comment l'inscrire dans un mouvement progressif ?

Au cours de l'entretien préliminaire, nous avons convenu de nous rencontrer à raison d'une séance hebdomadaire en individuel. Les séances de relaxation se sont étalées sur une période de huit mois. Parallèlement, un suivi psychologique s'est mis en place.

Ces séances avaient lieu le même jour de la semaine, à la même heure, au même endroit. A cela s'ajoutait la répétition des images et des mots proposés au cours des séances. Cette régularité avait pour fonction de poser un cadre stable et contenant au sein duquel une transformation pourrait s'opérer.

En outre, il était important de pouvoir inscrire Louis dans une organisation temporelle afin de le resituer dans la vie puisqu'il entretenait un rapport figé au temps.

« *Je ne suis pas dans mon corps* » m'affirma-t-il au cours de l'entretien préliminaire. En se projetant en dehors de son corps, Louis semblait s'aménager une aire de sécurité face à une intériorité en délitement et un environnement insécure. Il était comme une éponge recevant toutes les stimulations extérieures à la salle de relaxation : il était réactif aux odeurs, au bruit, à l'atmosphère du service, il restait également hypersensible à mes gestes, mes paroles, l'odeur de mon parfum... Tout le perturbait. C'était comme si les frontières dedans-dehors s'affaissaient par moment.

Son corps, telle une carapace, semblait contracté, rigide un peu comme le Moi crustacé décrit par F. Tustin. Cette carapace semblait bloquer toutes tentatives d'exploration, toutes activités, toutes découvertes. Ce corps était revêtu de vêtements qui s'empilaient les uns sur les autres. Ces vêtements formaient une enveloppe protectrice couvrant, protégeant et dissimulant le corps. Cette enveloppe contenante et pare-excitatrice allait donc jouer un rôle tampon non seulement entre mes touchers et son corps mais également entre les touchers de mon regard et son corps.

De plus, le corps ayant une mémoire, les sensations suscitées par le toucher pouvaient réactualiser des émotions liées à des événements anciens. Ces couches de vêtements lui permettaient-elles de se préserver d'un réveil de la douleur psychique ? Avait-il peur d'être débordé par ses pulsions au risque de détruire l'autre et/ou de s'autodétruire ?

Il est vrai que le toucher n'est pas anodin. Il renvoie à une des fonctions maternelles indispensables pour le développement de l'enfant : D.W. Winnicott nous parle de Handling. Les soins prodigués à l'enfant participent à ce qu'il puisse se constituer une intériorité et des limites corporelles. Le toucher permet de sentir la surface de son corps, de se figurer son corps comme ayant un tronc, deux bras...cette fonction, avec le holding, intervient dans la personnalisation et permet à la psyché de s'installer dans le soma. Cela permet à l'enfant d'habiter son corps.

Cependant, Louis semblait redouter le toucher. Le toucher proposé par la relaxation thérapeutique « n'est ni caresse, ni coup. Il doit donner au sujet l'impulsion à venir à son corps, à se ressentir dans le corps. Le toucher guide le sujet dans un repérage des zones détendues par rapport à celles qui ne le sont pas. Il l'incite à différencier les fonctions toniques et motrices, à rechercher les seuils qui séparent la détente de la tension et de la contraction. L'expérimentation de la fluctuation tonique va alors progressivement donner naissance à une nouvelle topographie du corps.

De plus, la détente recherchée s'appuie sur le support de la parole : nomination des segments du corps et propositions d'images. Cette peau de mots accompagne les éprouvés corporels et les ressentis. Elle qualifie la fluctuation tonique, la rend présente, perceptible et représentable au patient à l'endroit où se crée la relaxation. Le sujet peut alors progressivement créer ses propres images, faire les liens entre nomination, sensations et images.

Le sensori-moteur, l'imagé et le verbal participent au travail psychique d'assimilation du corps. Le corps devient parlant pour le sujet car il est parlé et regardé par un autre et qu'il peut se voir mobilisé par cet autre à travers son regard « ¹. Ce mouvement introduit le sujet dans le registre symbolique en s'articulant à l'imaginaire.

A la première séance, lorsque j'ai invité Louis à « *regarder en lui une image* », il s'affola en affirmant : « *je n'ai pas d'image, je ne peux pas, je vais mourir !* ».

Louis semblait être privé de sa capacité de rêverie : la figurabilité et la représentation paraissaient absentes laissant place à des ressentis émotionnels primitifs de néantisation. A travers les séances, il me semblait que la nomination, le toucher, les images allaient étayer le blanc (effacement, vide) des représentations et des fantasmes. Je devais également rester vigilante à ce que ma propre activité fantasmatique ne soit pas gelée par une identification négative à Louis.

D'autre part, cette phrase étant accolée préalablement à la proposition de « *fermer tranquillement les yeux* », je me suis demandée si Louis n'avait pas entendu cette phrase comme une proposition de fermer les yeux sur son agression sexuelle d'où le « *je ne peux pas* ».

Fermer les yeux, c'était également accepter de faire preuve d'indulgence vis-à-vis de lui-même « *je n'aurai pas dû y aller* ». Cependant l'appel à la faute le protégeait de l'enfouissement dans un monde inhumain et pouvait rendre à Louis sa responsabilité et sa capacité à dire et à faire.

Dans les suites de cette séance, il fût beaucoup question du regard. Il entretenait un rapport paranoïaque avec les autres « *qu'est-ce qu'il me veut celui-là ? Pourquoi me regarde-t-il comme ça ?* » et par un mouvement d'identification à l'agresseur, il pouvait les mépriser, les chosifier « *quel con celui-là ! Je vais le jeter comme un mouchoir !* ».

1. BERGES-BOUNES, Monica, BONNET, Christine, GINOUX, Geneviève, PECARELO, Anne-Marie, SIRONNEAU-BERNARDEAU, Corinne, 2008 « *La relaxation thérapeutique chez l'enfant. Corps, langage, sujet. Méthode Jean Bergès* », Paris, Masson

Il projetait ainsi son agressivité mettant en dehors de lui-même les mauvais objets, se donnant ainsi la permission de les détester.

Cependant, le projeté faisait invariablement retour sur lui et le menaçait d'anéantissement « *personne ne me regarde, ils ne m'aiment pas, je ne suis rien pour eux !* ». Le regard pouvait donc produire de l'angoisse, causer la mort ou encore être en jeu dans la constitution du fantasme et du désir. « *J'aime bien quand vous me regardez vous, ça me fait du bien, je vous aime bien vous* ». Ce jeu de regard présageait le stade du miroir.

Les premières séances furent marquées par les flots de paroles de Louis : il parlait sans attendre et sans entendre mes propositions. Se confronter à son intériorité lui était impossible. Aussi ces paroles incessantes avaient pour objectif non seulement d'évacuer une tension interne, de détruire la parole mais également de me tenir à distance en neutralisant mes interventions.

J'avais le sentiment que la rencontre créait une excitation : le regard, le toucher, le lit, la porte fermée ... tout contribuait à éveiller chez Louis une pulsion érotisée en lien avec la scène primitive « *que va-t-on faire derrière la porte ?* » questionna-t-il avant d'entrer dans la pièce.

J'ai dû reformuler les objectifs de la relaxation thérapeutique et le rassurer sur le fait qu'il était libre d'investir ou non l'espace proposé, de choisir sa tenue aux séances et que je le préviendrai chaque fois que je le toucherai.

Je devais donc rester attentive à trouver une bonne distance afin que mon regard, mes paroles et mes touchers puissent l'accompagner, le contenir, le soutenir, l'apaiser. Il s'agissait à la fois d'apporter des excitations et de lui proposer des pare-excitations de manière à éviter les débordements. D'une certaine manière, il s'agissait de détoxiquer les ressentis archaïques de Louis et de les transformer en prémices de représentations et de vie fantasmatique. Ce faisant, Louis serait ainsi protégé des débordements qui faisaient obstacle non seulement au processus d'intériorisation de la contenance mais également aux processus de pensée. Il pourrait ainsi à nouveau lier l'affect et la représentation.

A la fin de la troisième séance, alors que je m'apprêtais à quitter le service, il m'adressa un « *C'est déjà fini?* ». Aux séances suivantes, je fus accueilli par un sourire « *Je suis content de vous voir* ». Ces paroles m'indiquaient que le transfert s'était développé. Celui-ci pouvait être entendu comme une relance affective favorisant les sentiments, les pulsions et les désirs. Transfert renforcé par l'introduction de la respiration au cours de cette séance car Louis était très angoissé. Je notais qu'il calquait le rythme de sa respiration sur le mien. Cet accordage a facilité l'alliance thérapeutique qui s'est progressivement mis en place.

Au cours du temps de verbalisation de la cinquième séance, Louis me rapporta qu'il pouvait ressentir de « *drôles de sensations* » qu'il n'arrivait pas à décrire faute de contenant pour les penser.

Ces sensations l'inquiétaient et provoquaient des pleurs et des tremblements. C'était comme si Louis se sentait attaqué par quelque chose contre laquelle il ne pouvait pas lutter : il n'arrivait pas à identifier l'origine des attaques –venaient elles du dedans ou du dehors ? -et ces sensations se répétaient de manière incontrôlable. Ces « inquiétantes étrangeté » me faisaient penser à des équivalents de reviviscences. A la séance suivante, il évoqua ses sensations sur un mode moins anxiogène et m'informa qu'au cours de son suivi psychologique, il avait fait un lien avec son agression.

Grâce au cadre établi dans les séances de relaxation et de l'accompagnement psychologique, le contenant psychique de Louis semblait se renforcer. Il pouvait ainsi transformer lui-même ses éléments bêtas en éléments alpha.

W. Bion postule l'existence d'une fonction alpha comme « *fonction de liaison symbolique des impressions sensorielles et des ressentis émotionnels très primitifs* ». Cette fonction serait assurée par la mère, dans l'idée que celle-ci joue un rôle primordial dans l'établissement de la capacité à penser du nourrisson et du petit enfant. Les ressentis violents du nourrisson, reconnus et recueillis par la mère, transiteraient par son psychisme afin d'y être transformés en éléments alpha, affects moins violents, réintégrables par le nourrisson.²

Même si au cours de la séance de relaxation Louis était submergé par ses éprouvés et ses émotions, il savait que cela était permis sans que cela le détruise ou détruise le thérapeute. Ce faisant, il a pu se contrôler et retrouver des forces.

Pendant les cinq séances suivantes, il énuméra ses douleurs somatiques. Le réel du corps se découvrait, laissant Louis dans une angoisse liée à la séparation et la mort. Le corps de Louis était devenu un lieu d'évacuation et de décharge de tous les vécus insupportables qui surgissaient inmanquablement au cours des séances.

Cependant, en nommant ses douleurs, il trouvait des contenants pour penser et pour retrouver une permanence identitaire. Si la douleur peut désorganiser l'appareil psychique, menacer l'intégration du psychisme dans le corps, affecter la capacité de désirer et l'activité de penser, elle revêt néanmoins une valence positive puisqu'elle permet de réinvestir le corps « *je souffre donc je suis* ».

La douleur offre des ébauches des premières représentations : elles sont liées au registre des sensations et de l'affectivité. La détente initiée par la relaxation favorisait chez Louis une réappropriation du corps en restaurant une image corporelle : le corps pouvait de nouveau être investi par Éros.

Je notais également que le fait de voir certaines parties de son corps mobilisées et nommées par un autre favorisait une élaboration mentale dans le cadre d'une relation soma-psyché. Progressivement, les liens brisés se sont alors renoués et Éros s'intriqua de nouveau avec Thanatos.

2. Pour ce faire, la mère use de sa « capacité de rêverie ». Une « barrière de contact » se forme peu à peu : elle est constituée d'éléments alpha, séparant les fantasmes et émotions d'origine interne des perceptions de la réalité, et permettant au sujet de passer de l'un à l'autre sans perdre le contact avec l'un d'entre eux.

Au cours de la verbalisation de la dixième séance (la nuque), Louis interrogea alors la qualité des liens et son sentiment d'existence, d'humanité. Louis questionna également sa filiation et il pu s'inscrire symboliquement dans la lignée maternelle. Si la ressemblance physique avec sa mère était le tremplin à une identification narcissique, la qualité du holding paraissait cependant insatisfaisante et réactivait sans cesse des angoisses de chute.

La relaxation thérapeutique a permis de travailler la fonction de maintenance du moi-peau. D. Anzieu nous apprend que par l'appui externe sur le corps de sa mère, le nourrisson est amené à acquérir l'appui interne sur la colonne vertébrale. Cette fonction de maintenance permet d'acquérir le schéma corporel, une image du corps et par conséquent, la conscience de soi.

La qualité du holding a pu être retravaillée par les biais des appuis du corps sur le lit et par la prise de conscience de sensations et réactions affectives provoquées par le toucher et les nominations.

La onzième séance fut inaugurale pour Louis. Après avoir interrogé ses liens d'attachement, il m'affirma qu'un changement s'était opéré pour lui au moment de la généralisation. « *Je suis mieux dans mon corps* » me dit-il « *vous savez, j'avais déjà fait le chemin avec mon corps mais là, je n'y arrivais plus* ».

Ce chemin m'évoqua bien entendu le stade du miroir de Jacques Lacan (1936) : stade faisant référence au corps et à l'image ; stade dont l'expérience princeps est la perception et la reconnaissance de ce corps dans le miroir. Cette image est illusoire dans la mesure où elle anticipe imaginativement une unité corporelle qui n'est pas encore élaborée dans le psychisme de l'enfant. Enfant se vivant encore morcelé, non différencié du corps de sa mère et du monde extérieur. Anticipation créant de la jubilation.

Cette image se construit pour l'enfant à la condition qu'il y ait reconnaissance, nomination par la mère, donc passage par le symbolique : « *Oui, c'est toi ... et là, c'est maman...* ». La mère lui donne une place et l'enfant s'inscrit dans le registre symbolique. Cette image signe son entrée dans le narcissisme primaire.

Au cours de la séance, Louis semblait éprouver une délivrance, comme si elle émergeait d'une prison intérieure. La tension corporelle et la douleur semblaient moins fortes moins présentes et je l'ai vu esquisser un sourire. Tel le nouveau-né en proie à des fantasmes envahissants, Louis combattait depuis plusieurs années pour survivre et pour tenter de reconstruire de bons objets internes.

En plongeant dans ses ressentis, dans ses émotions, dans son vécu affectif et relationnel, en faisant appel à son imaginaire, Louis pouvait se représenter le corps et donner sens à ce qu'il voyait, à ce qu'il vivait et apprenait sur lui. Cela lui demandait une capacité à articuler de manière souple et efficace le fonctionnement imaginaire et le fonctionnement symbolique.

Cette séance a été suivie d'une période d'apaisement : il était plus détendu, pouvait désormais fermer les yeux plus longtemps, faire silence de manière prolongée... Progressivement, le corps agité et algique de Louis laissait place à un corps de plaisir.

Cependant Louis paraissait triste. Tristesse que je liais à la phase dépressive décrite par M. Klein. Les séances ont permis d'assouplir le clivage (je suis bon/ils sont mauvais) et de passer à de l'ambivalence. Louis semblait progressivement amorcer un mouvement d'intégration vers un objet ni complètement bon, ni complètement mauvais. Mais cette évolution ne peut se faire sans s'accompagner du deuil du bon objet idéalisé.

Ayant entendu le psychologue du service dans lequel il était hospitalisé évoquer la possibilité d'orienter d'autres personnes vers la relaxation, Louis m'interrogea « *Vous allez vous occuper d'autres patients ?* »

J'ai entendu ce questionnement comme une crainte de perdre un objet externe investi et d'être délaissée comme premier objet d'amour. Cependant, Louis était en capacité de constituer un objet interne de remplacement, de le désinvestir pour réinvestir d'autres objets. D'ailleurs, il commençait à nouer des liens avec d'autres personnes de son environnement. J'ajouterai que les vécus agréables ressentis à l'intérieur du corps pouvaient permettre à Louis de se sentir « suffisamment bon » à l'intérieur d'une relation à l'autre (D.W.Winnicott).

Aussi, à partir de la vingtième séance, j'ai découvert un nouveau Louis : il avait enlevé ses épaisseurs de vêtements pour se vêtir d'une chemise et d'une veste de costume. Certes, Louis s'inscrivait toujours dans un minimalisme : pas de parfum, pas de couleurs néanmoins il semblait pouvoir s'inscrire sur le registre de la séduction. Ce regard si persécuteur hier devenait aujourd'hui un tremplin à l'autre. Il semblait ouvrir la voie au fantasme et permettre le déploiement du désir.

Le désir et le plaisir, directement ancrés dans le registre imaginaire, donnent l'impulsion et l'énergie à l'investissement vers des objets extérieurs puis au maintien de cet investissement. De passif, Louis était passé à une position active. Il était à nouveau acteur de sa vie, de ses choix.

L'enjeu de la relaxation thérapeutique avait été de permettre à Louis de s'ouvrir à ses sensations corporelles, d'en découvrir des nouvelles, d'appréhender son corps non plus comme un lieu douloureux, « hors de lui » mais comme un tremplin au plaisir et au désir. Les séances ont restauré les systèmes d'enveloppes physiques et psychiques endommagés par le processus régrédiant du trauma. Progressivement, son appareil à penser les pensées s'est remis en route et Louis s'est montré à nouveau capable de rêver, de fantasmer.

L'imaginaire, lieu des fantasmes offre un espace de recours : il constitue un réservoir de ressources créatives dans un processus de restauration. En s'éprouvant autrement, en échafaudant des réponses, Louis s'est libéré et s'est transformé.

En renouant certains liens psychiques justement à l'endroit où aucun lien ne semblait possible, il a pu se subjectiver à nouveau. Un travail de réanimation psychique s'est ainsi déployé au sein des séances. Moment de revitalisation poursuivi en dehors des séances. Moment permettant de trouver en Louis un possible mobilisable.

En conclusion, je soulignerai quelques points :

La présence d'autres personnes en relaxation thérapeutique peut être rassurante

« je vois ce que font les autres, je vais faire pareil, je peux faire pareil qu'eux ». Elle peut également faciliter une reconnaissance en miroir *« je ne suis pas tout seul, d'autres souffrent et viennent faire de la relaxation comme moi ».* Cette présence peut permettre au sujet d'opérer un mouvement identificatoire et de réparation narcissique.

Par ailleurs, entendre les murmures du thérapeute et les bruits que peuvent faire les autres pourraient jouer le rôle d'un bain acoustique équivalent au bain du langage. Bain berçant le sujet et lui permettant de construire une parole intérieure et d'avoir accès à la symbolisation.

Je rajouterai que tester le rythme présence/absence du thérapeute à côté du patient, parlant ou non au patient, permet de créer un décalage entre le besoin et sa satisfaction. Ce rythme permet au sujet de faire l'expérience de la réalité de son corps et de la pensée. Cette non-coïncidence ouvre la voie au désir et à l'individuation.

Cependant, au regard de mon expérience actuelle, je pense qu'il est préférable de proposer aux blessés psychiques un espace individuel. Le dispositif de la séance doit permettre au sujet de créer pour lui-même un espace potentiel afin qu'apparaisse une véritable créativité. Il s'agit, comme le décrit D.W. Winnicott, de jouer, de prendre du plaisir. Cependant, la création de cet espace potentiel repose sur un climat de confiance et sur la fiabilité. Or, la présence d'autrui pourrait être insécure car vécue comme intrusive...Mais peut être que je me trompe et qu'il faudrait demander aux patients et aux autres thérapeutes de partager avec nous leurs expériences ?

De plus, la relaxation thérapeutique pose deux principes préalables à toute dynamique psychique et à tout processus de pensée : la spatialité et la temporalité. Cependant, ces deux principes ne peuvent s'exprimer sans le support du corps. C'est d'ailleurs, le temps et l'espace qui ont permis à Sami-Ali d'ériger sa théorie psychosomatique dans laquelle psychique et somatique retrouvent un lien fondamental : le psychologique ne peut s'exprimer sans le corporel et inversement. C'est grâce à la mobilisation du corps qui devient corps en mouvement qu'émerge, dans la rencontre avec le thérapeute, une personne devenant progressivement sujet.

Le cadre de la relaxation thérapeutique permet donc d'amoinrir les bouleversements délétères provoqués par un événement traumatique. En proposant un espace qui transforme les contenu bruts et archaïques générés par le trauma, les éprouvés douloureux peuvent s'adoucir et laisser place à des vécus plus apaisés et apaisants. L'espace et le temps de la relaxation thérapeutique propose de solliciter l'imaginaire en aidant le traumatisé à le symboliser. Par conséquent, le sujet peut transformer son vécu et se distancer de ce qui l'encombre.

Les maux se transforment alors en mots. Mots enveloppant le réel de l'événement traumatique, le bornant, le cadrant. Mots qui peuvent être d'ailleurs repris et travailler dans un autre espace au sein duquel le sujet utilise la fonction cathartique d'une parole adressée à un autre : le psy (chologue, psychothérapeute, psychiatre).

In fine, de par ses capacités de rêverie, le thérapeute de la relaxation thérapeutique

tente de relever le défi de maintenir une fonction de maillage, de tissage de liens et de paroles là où le trauma pourrait transformer le blessé psychique en sujet déshumanisé. Le trauma peut alors se transformer en une occasion opportune de réaménagements psychiques positifs.

BIBLIOGRAPHIE

LIVRES/ ARTICLES

ANZIEU, Didier, 1991. *Le Moi-peau*, Dunod

ANAUT, Marie. 2008. *La résilience-Surmonter les traumatismes*. Armand Colin

BERGES-BOUNES, Monica, BONNET, Christine, GINOUX, Geneviève, PECARELO, Anne-Marie, SIRONNEAU-BERNARDEAU, Corinne ,2008 « *La relaxation thérapeutique chez l'enfant. Corps, langage, sujet. Méthode Jean Bergès* », Paris, Masson

BION, Wilfred, 1962. *Aux sources de l'expérience*, PUF 1979

CROCQ, Louis, 2007. *Traumatismes psychiques : prise en charge psychologique des victimes*, Paris, Masson

DALIGAND, Liliane 2001. « *Culpabilité et traumatisme* » in Revue Francophone du stress et du trauma, 1(2)

ENGLEBERT, Jérôme, 2009. « *Quelques points de repère à la pratique de la clinique carcérale* » in Psychologos, 1/2009, p10-14

FERENCZI, Sándor, 1932 « *Confusion de langue entre les adultes et l'enfant* » in Psychanalyse IV, Payot, Paris, 1982

FERENCZI, Sándor, 1931,32 « *Réflexions sur le traumatisme* », Op.cit.

FREUD, Sigmund, 2012. *Notre relation à la mort*. Payot, Petite bibliothèque

FREUD, Sigmund, 1915. *Pulsion et destin des pulsions*. Payot, Petite bibliothèque, 2012

FREUD, Sigmund, 1920. « *Au -delà du principe de plaisir* » in Essais de psychanalyse, Paris, Payot, 1968

KLEIN, Mélanie, RIVIERE Joan. 1968. *L'amour et la haine : le besoin de réparation*. Payot, Petite bibliothèque, 2012

LACAN, Jacques, 1966. « *Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique* » in *Écrits*, Paris, Le Seuil

LAPLANCHE, Jean, PONTALIS, Jean-Bertrand, 1998. *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris Quadrige, PUF

LEBIGOT, Francois, 2006. *Le traumatisme psychique*, Bruxelles, Yakapa, collection *Temps d'arrêt*

KORFF-SAUSSE, Simone. 1996. *Le miroir brisé. L'enfant handicapé, sa famille et le psychanalyste*, Calman Levy

MAC DOUGALL, Joyce, 1998. *Théâtres du corps. Le psychosoma en psychanalyse*. Gallimard, collection *Folio Essais*

MARTY, Pierre, 1990. *La psychosomatique de l'adulte*. Paris, PUF

PENENNEWAERT, Delphine, LORENT, Thibaut, 2011. *Événement traumatique en institution*, Bruxelles, Yakapa, collection *Temps d'arrêt*

PRESS, Jacques, NIGOLIAN, Irène (direct.). 2016. *Corps parlant, corps parlé, corps muet*. In Press paris, collection *Perspectives psychosomatiques*

REMY, Justine. 2016. « *Place de la fonction contenante quand les mots manquent* » in *Le Journal des psychologues*, Juillet-Août 2016, n° 339

RICOEUR, Paul. *La souffrance n'est pas la douleur. Autrement*, Février 1994, n° 142

WAINTRATER, Régine, 2003. *Sortir du génocide. Témoignage et survivance*. Paris, Petite bibliothèque Payot

WINNICOTT, Donald. W, 1956-1958. *La mère suffisamment bonne*. Paris, Petite bibliothèque Payot, 2006

WINNICOTT, Donald W, 1975. *Jeu et réalité. L'espace potentiel*. Gallimard, Folio Essai, 2002

REVUES

Revue de l'Association Lacanienne Internationale Rhône-Alpes. Feuilletts Psychanalytiques, 2016, n°1

Revue des Collèges Cliniques du Champs lacanien. Trauma et fantasme -Mars 2008, n° 7 -Paris

