

Armelle BIDAUD et Florence CARTAIRADE,

Journée ARTEA Octobre 2012

Résistances et Résonances

Nous souhaitons aborder avec vous les résistances quant à l'accueil de cette pratique sur notre lieu d'exercice professionnel mais aussi toutes les ouvertures qu'elle nous permet de travailler.

Travaillant toutes les deux dans un Cmpp, il est souvent question de la manière dont l'enfant investit son corps et comment ce corps devient le lieu d'expression privilégié lorsque les mots font défauts. Il y a trois-quatre ans, nous en étions à penser les liens entre les thérapies psychomotrices et les thérapies verbales. C'est à ce moment là, que nous avons suivi séparément la formation en relaxation thérapeutique. A l'issue de ces temps de formation, nous avons alors pensé ensemble à la création d'un groupe au sein du cmpp.

Nous avançons sur notre désir commun de proposer une autre manière d'accompagner l'enfant dans la découverte de sa corporalité, dans l'expérience du ressenti de son corps associé à une représentation où finalement **les mots sont accrochés au corps**.

Nous faisons alors part de ce projet à l'ensemble de l'équipe qui exprime certaines réticences ou résistances tant au niveau de la relaxation en elle-même qu'au niveau du dispositif que nous proposons.

Les questions fusent à propos :

- de la manière individuelle d'accompagner l'enfant tout en étant dans un groupe ?
- du transfert entre le patient et les thérapeutes du groupe ?
- de la place du toucher ?
- de la possibilité qu'une psychothérapeute puisse aborder le corps réel ?
-

Il nous faudra un certain temps pour faire entendre que la relaxation thérapeutique n'est pas une simple proposition de lâcher prise, mais qu'un nouage réel/symbolique et imaginaire va permettre au patient de trouver sa place pour lui-même et non comme objet de l'autre.

C'est en abordant la **question du lien entre l'enfant et son parent** que l'équipe sera très réceptive et va se saisir de la proposition de relaxation : enfant pris dans le regard aliénant de sa mère, projections parentales sur le statut qu'occupe l'enfant dans l'économie familiale qui le figent dans son élan, production de symptômes qui parlent de cet impossible individuation... Comment se séparer, se réapproprier son corps, fonder son identité et penser sa place ?

Le groupe s'ouvre ensuite très rapidement avec de nombreuses indications issues, soit des 1ers rendez vous par le médecin directeur, soit par nos collègues qui reçoivent l'enfant.

Journée de travail sur le thème de la suggestion, Artéa, Hôpital St Anne 13.10.2012

Au fil de la clinique du cmpp, aussi bien à propos de la relaxation, qu'à propos des autres thérapies, la question du corps est de plus en plus présente et se parle lors des réunions. Toute l'équipe s'engage à penser le corps et la psyché. Ceci nous amène à intituler la journée de travail annuelle organisée par le cmpp et destinée aux enseignants : « Quand le corps fait signe », en mars 2012.

A cette occasion, nous présentons notre expérience de groupe de relaxation thérapeutique.

La discussion qui suit notre intervention ouvre sur d'autres questionnements, à savoir :

- Quelle est la place du corps de l'enfant à l'école ? Corps entier ? Corps morcelé ? Corps sexué ?
- Comment prenons-nous en compte le corps sexué de l'enfant en thérapie ?
- Que faisons-nous du symptôme en relaxation ?

A partir de ces échanges, de ces interrogations qui insistent sur les représentations que nous pouvons avoir de la relaxation, nous avons eu envie de prendre le temps de nous pauser pour nous demander où nous en étions avec notre petite expérience du groupe, et croiser ce qui résonnait en nous, avec vous.

Nous nous interrogeons :

- **sur la manière dont la relaxation résonne avec séduction, ... et pulsions.**
- **sur la manière dont le toucher en relaxation peut être évocateur d'un toucher érotisant.**
- **sur la manière dont nous suggérons et reconnaissons le corps sexué de l'enfant.**
- **sur l'implication corporelle des thérapeutes.**
- **sur la difficulté qu'un enfant peut rencontrer lorsqu'il est question de mettre un terme à la cure de relaxation.**

Les mots, le ton de la voix, les tapis au sol, la lumière douce, le toucher de repérage, les enfants sur les tapis, les thérapeutes allant leur parler à voix basse, les postures et les mouvements des thérapeutes, les enfants qui se cherchent corporellement en sortant de la séance de relaxation sont autant d'éléments observés et parlés qui attisent les représentations de la relaxation notamment dans le sens d'un « lâcher prise ».

Éléments qui croisent les écueils que vous évoquez au chapitre 2 de votre livre (« La relaxation thérapeutique chez l'enfant », M. Bergès-Bounes, Ch. Bonnet, G. Ginoux, A.-M. Pecarelo, C. Sironneau-Bernadeau, ed. Masson 2008) à propos de **la suggestion**.

Vous écrivez en réponse à la question : « Qu'est-ce qui sert de levier au transfert dans la relaxation qui implique le corps ? La suggestion, qui joue sur plusieurs plans. Cette suggestion du thérapeute, qui, dans notre technique est aussi neutre et légère que possible pour éviter une érotisation de la situation et une dépendance interminable de l'enfant à l'adulte, se fait sur trois niveaux sans cesse enchevêtrés : le toucher, la nomination des parties du corps, les images. »

D'emblée est évoqué le risque de l'érotisation et de la dépendance. Et un peu plus loin, vous nuancez : « *La suggestion s'apparente davantage pour nous à une induction : c'est une proposition de détente faite par le thérapeute à l'enfant.* »

Nous pourrions nous interroger sur ce qu'est un toucher neutre et léger ?

Le regard, la voix, la posture, les gestes, le tonus, le toucher sont autant d'éléments qui participent à la rencontre de deux individus dans la globalité de leurs corps. Nous ne pouvons donc pas faire abstraction de la présence des corps de chacun. D'autant plus quand nous abordons le toucher.

Le toucher en relaxation thérapeutique est finalement peu présent mais suffisamment pour que cela dérange. Est-ce le fait d'imaginer que le corps du patient et celui du thérapeute peuvent être en contact direct ? Est ce l'association relaxation et toucher ?

Questions, également présentes lors des suivis individuels en psychomotricité, mais elles ne questionnent pas de la même manière ; comme si le psychomotricien savait se débrouiller avec cela.

Un toucher peut être sécurisant ou menaçant, érotique ou tendre, caressant, enveloppant, piquant, collant, repoussant,... Il peut être ressenti comme brusque, maladroit, agréable et excitant ou agréable et apaisant, invitant, séducteur ou bien superficiel, absent, chargé de présence et de respect

N'oublions pas que nous ne pouvons pas toucher autrui sans être touché soi même. La rencontre tactile a cette particularité de concerner aussi bien l'approchant que l'approché. Il est bien plus difficile de se défendre et de se protéger d'autrui quand un corps à corps réel est établi.

Alors comment nous débrouillons nous dans cette rencontre tactile pour que l'autre la perçoive comme la plus juste possible ?

Le cadre thérapeutique constitue un tiers symbolique, permettant de garantir les places et fonctions de chacun. Cadre suffisamment contenant pour soutenir la singularité des éprouvés.

L'intention et la clarté avec laquelle nous posons les mains sur le corps de l'enfant sont essentielles dès que nous avons à faire au corps réel. Le toucher ne se veut pas fusionnel, l'idée n'est pas d'installer un rapport de maternage voire une attitude régressive. L'intention est que le sujet se reconnaisse pour lui-même comme bien différencié de l'autre, et donc autonome. Il est évident que même si nos intentions se veulent structurantes et pensées comme telles, cela ne certifie en rien la manière dont le patient va recevoir cette sollicitation corporelle.

D'où l'importance d'être en permanence à l'écoute du langage corporel et verbal qui émane du patient témoignant d'un éventuel réveil d'excitation, ou d'une intrusion de notre part. Et ainsi d'adapter notre approche.

Les mots annoncent, préviennent notre toucher, le nomment, les images proposées sont là pour accompagner des éprouvés, la répétition de ces phrases, leur neutralité lorsqu'on dit par exemple : « le » bras et non « ton » bras.

Peut-on dire alors que la neutralité viendrait aussi de la formulation des phrases, protégeant patient et thérapeute d'un rapproché trop intime, rapproché qui suggère du maternel, celui qui comble, qui réjouit ? mais qui empêche de penser... cette neutralité grammaticale permettrait prise de distance et garantirait une certaine individuation psychique ?

Le toucher en relaxation est une manière proposée au patient d'investir différemment une partie du corps intégré à l'ensemble de son corps. Ce toucher ne dure pas, n'est pas présent à chaque étape de la cure.

Nous faisons ainsi appel à la possibilité qu'a l'enfant de retrouver cette présence en lui même et par lui même, sans l'intervention d'autrui.

Le toucher permet d'inscrire corporellement un éprouvé, une présence en volume, en densité corporelle, une intériorité. L'observation et la prise de conscience de ses rythmes internes participe à l'élaboration d'une représentation de soi.

A partir des inscriptions tactiles croisées à la parole, l'enfant peut ainsi se reconnaître dans son corps, se rassurer lui-même, se sentir en sécurité et avancer vers une autonomie de penser.

L'autre écueil qui est très souvent évoqué lorsqu'on travaille avec des enfants concerne **le fantasme de séduction**. De quoi parle-t-on ?

Si l'on se réfère à la psychanalyse, le fantasme de séduction fait partie des fantasmes originaires, c'est à dire qui apportent une réponse au problème des origines : origine de l'individu (fantasme de la scène primitive), origine de la différence des sexes (fantasme de castration), origine de la sexualité (fantasme de la séduction).

Le fantasme de séduction met en scène la question de l'articulation sexualité infantile-sexualité adulte. Le sujet se représente séduit par un parent, adulte, aîné. Cette séduction représenterait désir et plaisir éprouvés comme imposés par cet autre.

Qu'en est-il d'une certaine séduction de l'adulte vis à vis de l'enfant ?

Peut-être est-ce nécessaire de faire un détour par **le concept de la pulsion...** concept-limite, lieu de l'articulation entre le corps et la psyché.

Les zones corporelles sont considérées comme des lieux sources. On parlera ainsi d'une pulsion orale, anale, phallique, mais aussi de celles introduites pour inscrire le plaisir de voir (pulsion scopique) ou d'entendre (pulsion d'invocation) ou de la motricité. Ces mêmes zones sont des zones de passage et d'échange entre le monde du dehors et le monde du dedans, des zones d'intériorisation et des zones d'extériorisation.

Des zones d'échange, également, avec les « objets » premiers, à travers les contacts, les premiers soins qui sont l'occasion d'une rencontre privilégiée. L'enfant à travers les différents orifices de son corps va chercher à se manifester, à répondre à ce qu'il perçoit comme demande de l'autre.

De fait, la mère, à partir des soins corporels qu'elle donne devient la première « séductrice » des pulsions sexuelles infantiles. D'où une certaine situation énigmatique pour l'enfant : Le corps à corps premier des soins donnés à l'enfant est chargé pour les adultes qui s'occupent de lui, d'une dimension qui ne peut complètement s'abstraire d'une composante sexuelle, du fait que ces zones corporelles mobilisées sont aussi celles impliquées dans la sexualité de l'adulte. L'adulte refoule ou modère cette composante, mais il ne peut la faire complètement disparaître.

L'enfant, de son côté, cherche à plaire à l'adulte présent, à « faire comme il faut », même si la situation groupale atténue cette tendance. J'ai en image cet enfant de 9 ans qui cherche le contact direct entre le haut de sa tête et la cuisse de la thérapeute assise à ses côtés. Elle essaye ainsi de capter le regard de l'adulte comme un enfant dans son berceau qui attrape le regard de ses parents.

Les enfants entre eux se cherchent, se testent, s'approprient, se séduisent en quelque sorte en explorant l'espace de l'autre. Il est fréquent qu'un enfant empiète sur le tapis de son voisin, cherche à lui piquer ses chaussures ou effets personnels déposés à côté de lui, à le viser avec un élastique, à l'imiter en s'enroulant dans le tapis,... une approche, un contact, une invitation, un sourire, peu de mots mais du non verbal.

Pour poursuivre le fil de notre intervention qui se situe autour de la neutralité de notre attitude thérapeutique, nous avons réalisé qu'il était nécessaire pour nous de réajuster :

- **notre positionnement corporel auprès des enfants** : Par exemple,
 - comment arriver et se déplacer auprès de chacun selon la position dans laquelle il a choisi de s'installer sur le tapis, selon le moment de sa cure, mais aussi dans son lien à nous...
 - Instaurons-nous une distance pour lui permettre un espace d'expression et de rencontre avec les autres ? comment posons-nous nos mains sur son corps ?

Pour illustrer ces questions, nous revient la réaction d'un enfant de 9 ans venu à propos d'une énurésie. Lors de la séance de relaxation qui concerne les jambes, il les croise, nous signifiant que ce n'était pas le moment pour lui de toucher cette partie du corps et de toucher à son symptôme, du moins c'est ce que nous avons supposé.

Ou encore, celle d'un enfant de 6 ans qui a besoin de la présence de ses parents auprès de lui lors du coucher, parents qui sont amenés à lui froter le dos pour qu'il s'endorme. En relaxation, la présence du toucher comme soutien et comme dépendance nous a amené à proposer à cet enfant, de chercher par lui-même, soutenu dans un 1er temps par notre parole, la possibilité qu'il a de se mobiliser.

Nous l'avons invité à bouger ses bras et ses jambes tout seul. Un sourire de satisfaction à pointé sur ses lèvres à la découverte de cette possible autonomie. Et s'en est suivi une recherche par lui-même de différentes positions dans lesquels il pouvait s'endormir avec ou sans le tapis comme couverture.

Il en va de même **de notre positionnement entre nous durant la séance** :

Nous sommes plus attentives au lien que nous avons entre nous au sein même du groupe : nous communiquons davantage verbalement, par des regards, des silences, ce qui nous amène à décider par exemple de choisir de retourner ou pas vers tel enfant, de se positionner entre deux etc..

Le fond de ces réajustements recoupe toute la question du transfert qui s'établit entre le patient et le thérapeute, en jouant si l'on peut dire, avec cette notion d'alternance de présence et d'absence. Pour cela, il nous paraît essentiel de s'interroger dans l'après-coup sur la façon dont nous nous impliquons corporellement, en travaillant sur la conscience que le corps entier et sexué du thérapeute a à faire au corps entier et sexué de l'enfant.

Cette réflexion nous aura permis de prendre encore plus conscience de l'importance de l'intrication des trois niveaux somatique, imaginaire et symbolique.