

# De la contention à la contenance



*Matisse, Les Feuilles*

***Pour une approche transpersonnelle  
de la thérapie psychomotrice***

Odile Gourbin  
Mémoire de 3<sup>ème</sup> cycle Irett  
Référent : Bruno de Raemy  
Juillet 2016

*"Le corps dont nous prenons soin est ce que la Vie nous montre d'elle-même tout en demeurant cachée."*

*Jean-Yves Leloup, La sagesse qui guérit, 2015 Albin Michel*

#### Remerciements

A mes patients, pour leur patient enseignement.

A Emmanuel, pour m'avoir accompagnée pendant de longues heures d'écriture de ce travail en lieu et place de nos vacances.

Aux enseignants de l'Irett, et en particulier Bernadette, Brigitte, Jean-Marie, Pierre, Monique F. et Monique T., pour leur engagement et leur capacité de transmission de ce qu'est le transpersonnel.

A Bruno, dont le soutien enthousiaste m'a permis d'oser...

## Sommaire

### Résumé

### Introduction

### Hypothèse

### 1ère partie : Des savoirs et des connaissances

#### 1.1 Corps et psychomotricité

#### 1.2 De la thérapie psychomotrice à la psychothérapie transpersonnelle : un espace fertile

##### 1.2.1 Parallélismes et résonances:

##### 1.2.2 La force intrinsèque de la thérapie transpersonnelle

##### 1.2.3 Le contenant, une proposition transpersonnelle essentielle

#### 1.3 Contention et contenance

##### 1.3.1 Qu'est-ce qu'une contention ?

##### 1.3.2 Qu'est-ce qu'une contenance ?

#### 1.4 Entre contenance et contention, une hésitation dans les groupes institutionnels

### 2<sup>ème</sup> partie : Des expériences cliniques

#### 2.1 Le corps, la dépression et l'angoisse

#### 2.2 Le corps dans le huis clos contenant de la relation thérapeutique

#### 2.3 L'enveloppe groupale : du singulier au collectif, du collectif au singulier

### Conclusion

### Annexes

### Bibliographie

## Résumé

Ce travail a pour point de départ ma pratique de thérapeute en psychomotricité auprès d'adultes souffrant de troubles psychiques, et me permet de voir les articulations entre l'approche psychomotrice et l'approche transpersonnelle. L'hypothèse est : est-ce qu'une approche qui privilégie le corps, et qui s'inscrit dans une perspective psychomotrice et transpersonnelle à la fois, peut être définie comme un passage entre la contention subie et la contenance structurante, comme facteur de guérison et de croissance de la personne ?

Une explicitation de la thérapie psychomotrice et de ses concepts permet ensuite de voir les résonances avec les concepts transpersonnels ainsi que leur originalité propre. Les notions de contention et de contenance sont ensuite abordées, théoriquement mais aussi cliniquement; ainsi j'observe dans mon institution une difficulté de positionnement entre une attitude de contention et une proposition de contenance, que j'analyse comme une hiérarchisation entre le niveau verbal et le niveau corporel du soin.

Mon expérience clinique me permet de parler de la dépression et de l'angoisse, telles que je peux les avoir comprises. Des cas cliniques en individuel sont décrits à partir de mon approche psychomotrice et commentés d'un point de vue transpersonnel. J'aborde ensuite le travail groupal psychocorporel, pour illustrer la richesse des propositions transpersonnelles qui donnent une force particulière à la relation entre l'individuel et le collectif.

Ainsi le passage entre contention et contenance apparaît comme un temps thérapeutique privilégié de transformation psychocorporelle mais parfois aussi psychospirituelle.

## Introduction

Un mémoire, pour quoi faire ?

Pour ma part il y a bien l'envie de faire trace, et de laisser des traces. Ou plutôt de rendre visibles par les mots les traces que j'ai cru voir se dessiner, fragiles; se révéler dans des instants privilégiés où la présence est vraiment là, dans cet espace que nos corps entrouvrent et dévoilent dans leur vulnérabilité, et dans ce qui se joue entre deux êtres ...

... Comme par hasard à l'aube de ce travail je retrouve une première trace : j'ai 11 ans et j'écris les premiers mots de mon journal intime : *"je n'aime que ce qui est vrai"*.

Et le corps, c'est vrai!

Ainsi est allée ma conviction, au fil de ma croissance et de mes choix de vie, sans que jamais je n'en démorde. Quitte à garder cet amour un peu en retrait, le temps d'une psychanalyse où je me réconciliais avec la liberté jouissive de la pensée ...

Et puis une autre trace émerge dans ma mémoire : *"l'évidence dépend du regard"*<sup>1</sup>. Je l'écris soigneusement en exergue à la préface de ... mon mémoire pour l'obtention du diplôme d'état de psychomotricienne !

A l'évidence, je dépends de mon regard ! J'ai 26 ans, je me défie des absolutismes. Je viens de découvrir dans mes études qu'on a des schémas de pensée, des cadres de référence, des préjugés et des automatismes dans nos réactions, qui fondent nos attitudes et justifient nos actes, sans conscience aucune.

Et dans le corps aussi! Le corps qui obéit à ses mémoires! Qui les subit, les montre, les porte sans répit, et va jusqu'à s'y identifier!

Et maintenant, plus de trente ans après ce diplôme et une pratique de soins qui écoute le corps, en-corps et encore, une autre phrase est venue me visiter: *"la vie aime la conscience qu'on a d'elle"*<sup>2</sup>. Et voilà le vivant, l'amour et la conscience réunis par le regard transpersonnel! Grâce à ma formation à l'IRETT, je vis désormais de façon plus assumée le corps comme ce lieu de reliance du vivant, de l'amour et de la conscience.

Mais bien plus encore...

Ma pratique a été littéralement transformée par la formation en psychothérapie transpersonnelle. Je pourrais parler d'une formation "révélatrice", tant ses postulats puissants se manifestaient, dès que je m'en sentais un tant soit peu porteuse!

Mes patients manifestaient spontanément des états de transe, vivaient avec étonnement des voyages intérieurs qui surgissaient abruptement, dans les premiers temps de mes découvertes et de mes premiers pas en psychothérapie transpersonnelle.

Je me suis assagie. Cet aspect un peu spectaculaire a cédé la place à la discrétion. La réflexion est passée par là.

---

<sup>1</sup> C'était à l'époque pour moi un article fondateur sur la thérapie psychomotrice, écrit par Jean Furtos, psychiatre lyonnais qui est toujours à ma connaissance en activité.

<sup>2</sup> Phrase de René Char, citée dans "Charles mort ou vif", film d'Alain TANNER, 1970

J'ai gardé des convictions, comme à 11 ans...  
 ... que le corps nous parle de notre âme ...  
 ... que des blessures peuvent saigner éternellement ou cicatriser instantanément ...  
 ... que c'est une question de relation, et une affaire de conscience.

Ce mémoire se veut le témoignage de l'enracinement et de l'ouverture de ma pratique thérapeutique, que l'enseignement de l'IRETT a permis. J'espère pouvoir exprimer la joie et la gratitude de me sentir toujours en phase avec mon approche de psychomotricienne, tout en me sentant imprégnée d'une dimension plus vaste, plus profonde, et tellement aimante. Il convient de préciser que le travail exposé ici est lié à mon expérience professionnelle exercée dans un centre ambulatoire de psychiatrie<sup>3</sup>. J'ai la chance de travailler dans un milieu accueillant et bienveillant, où je me sens appréciée et reconnue professionnellement tant par mes collègues infirmiers que par ma hiérarchie médicale.

Et surtout : une grande partie des patients que j'accueille en thérapie psychomotrice arrive en état de crise, de décompensation, en bref : d'ouverture. Il est donc relativement facile d'aller à l'essentiel, de les accueillir de façon contenantante en validant leur recherche de sens, et en laissant travailler les manifestations corporelles et émotionnelles de leur souffrance.

C'est peut-être en cela que, davantage que dans ma pratique en cabinet, l'opportunité est à saisir, de repérer de manière suffisamment visible certains processus de soins, de croissance, de différenciation, à partir d'un état de rupture au niveau interpersonnel et intrapsychique, ou à partir d'une expression symptomatique psychiatrique souvent lourde, nécessitant un encadrement institutionnel pluridisciplinaire.

Le thème de ce mémoire est donc :

que peut apporter la psychothérapie transpersonnelle à une pratique de thérapie psychomotrice en milieu institutionnel psychiatrique ? Comment cet apport peut-il se manifester au cours d'un processus thérapeutique comme celui de la création d'une contenance ?

Pour cela il sera d'abord nécessaire d'expliciter ce qu'est la thérapie psychomotrice auprès des adultes et quels sont ses concepts de base.

J'aimerais ensuite souligner les résonances et les prolongements qui existent entre cette approche et les postulats de la psychothérapie transpersonnelle. Il sera important ensuite de voir les apports spécifiques du transpersonnel, et de tenter de repérer quelques éléments qui pourraient rendre compte de la puissance de son impact en thérapie. J'aborderai les notions de contention et de contenance, afin de cerner leur présence au cœur également des théories qui soutiennent nos pratiques. J'analyserai notamment la pratique groupale en ce sens.

Il sera alors grand temps d'aborder la clinique et ce qu'elle recèle d'histoires passionnantes! Parmi tant d'autres possibilités, j'approfondirai quelques thèmes liés à la dépression et à l'angoisse, les deux visages, les deux expressions les plus fréquentes de la souffrance, bien qu'elles recouvrent des réalités pathologiques très diverses. Il sera bien sûr question de la

---

<sup>3</sup> Je travaille dans un CAPPI : Centre Ambulatoire de Psychiatrie et Psychothérapie Intégré, Département de Santé Mentale, Hôpitaux Universitaires de Genève.

vision transpersonnelle, mais aussi corporelle de ces troubles. Pour cela j'évoquerai le travail en thérapie individuelle et en thérapie de groupe, en décrivant quelques rencontres, précieuses et riches d'enseignements.

... Encore une évidence, qui se révèle à moi dès lors que je parcours ce chemin d'écriture : Le thème de la contention et de la contenance n'est pas là par hasard. Je me rends compte qu'il est lié à un fil rouge, le fil invisible que j'ai eu besoin de suivre toute ma vie. Je connais bien l'expérience de la contention vécue dans mon corps, mon besoin et ma recherche de la contenance sous toutes ses formes. C'est mon chemin de quête de guérison, et qui m'a également amenée dans la profession de psychomotricienne, puis conduite à la Respiration Holotropique et enfin à la formation de psychothérapeute transpersonnelle.

Me vient une image, celle d'une petite rivière qui coule paisiblement non loin de la frontière franco-suisse, où j'habite. J'aime m'y promener le long de ses méandres; elle est encore partiellement endiguée par le béton, mais petit à petit retrouve ses berges sauvages grâce à un programme de réhabilitation. Il permet de sauvegarder des zones inondables en cas de crue, et ainsi de préserver les écosystèmes liés aux variations saisonnières. Cette lente transformation, cette sortie d'une "dénaturation" m'évoque le passage d'une contention à la contenance. La rivière peut couler librement : le cœur est lui aussi une zone inondable. Puissent les berges de notre corps accueillir toute notre humaine biodiversité ... !

## Hypothèse

La thérapie psychomotrice offre la possibilité de découvrir ou de restaurer le lien abîmé ou perdu entre corps et psychisme, en passant par différentes étapes d'expérimentation du vécu et du ressenti corporel, et de la conscience du corps.

L'affirmation de l'unité psychosomatique de la personne, le postulat de la nécessité de "passer par le corps" pour vivre tout processus de changement, font que l'approche psychomotrice trouve sa place dans le positionnement transpersonnel. Celui-ci cependant dépasse la conception de l'être humain perçu comme une entité indépendante et personnelle et limité à une dualité corps/esprit à réconcilier.

La vision transpersonnelle nous permet de découvrir la dimension sacrée du corps :

- elle invite à vivre dans un continuum d'expérience le caractère d'immanence dans l'expérience corporelle (c'est-à-dire ce qui se manifeste comme l'essence du corps) et la dimension de transcendance (c'est-à-dire le sentiment de connection avec le « Grand Tout », « le Plus Vaste , ou le Divin »)
- elle propose l'exploration des états archaïques qui sont à l'origine de notre développement psychologique et spirituel
- elle va générer, par les pratiques corporelles, des états modifiés de conscience qui permettent d'expérimenter et de déployer ces aspects.

C'est par la place que nous faisons à notre corps que nous pouvons entrer en lien avec l'archaïque et le sacré, mais c'est également grâce à lui que nous entrons en lien avec l'Autre et que nous trouvons notre place dans le monde. Le corps est le nécessaire canal du changement en thérapie psychomotrice, et tout autant en thérapie transpersonnelle, en tant que matrice de transformation psychologique et spirituelle. Nous pouvons dire que l'approche thérapeutique par le corps nous offre un accès privilégié à différents niveaux de transformation.

Les concepts de contention et de contenance sont des notions couramment utilisées pour décrire cliniquement comment nous pouvons intégrer ou non un contenu psychique ou émotionnel. Or, le passage d'un état de contention subi à un état de capacité contenante intériorisée me paraît caractéristique d'un processus thérapeutique de changement dans le corps et par le corps. Il est recherché en thérapie transpersonnelle, car la reliance "au plus vaste" marque la possibilité d'accueil de la souffrance individuelle dans une vision spirituelle contenante. Dans cette démarche, la thérapie psychomotrice est l'occasion d'une étape : le corps n'a plus la fonction de contention entendue comme rétention, mais retrouve son rôle de capacité de contenance d'une souffrance psychologique.

Mon hypothèse est donc la suivante :

***Est-ce qu'une approche thérapeutique qui privilégie le corps, lorsqu'elle est inscrite et vécue dans une démarche psychomotrice et dans une perspective transpersonnelle, peut être définie comme un passage entre la contention répressive et subie, et la contenance (re)structurante, créée de l'intérieur, comme facteur de guérison et de croissance de la personne ?***

Le glissement entre ces deux positions, identifié comme processus de changement, sera le fil rouge de cette réflexion, entre étape thérapeutique psychomotrice et éclairage transpersonnel.

A partir de vignettes cliniques et de réflexions tirées de mon expérience professionnelle en institution psychiatrique, je tâcherai de discerner en quoi ma démarche appartient à une pratique psychomotrice "classique", et en quoi elle est toutefois irriguée et transformée par les éléments de nature transpersonnelle que j'ai pu repérer.

## 1<sup>ère</sup> partie : des savoirs et des connaissances

### 1.1 Corps et psychomotricité

*"De sa paume de main, elle frappe sa peau tendue de tambour. Son histoire est là-dedans.  
Elle ne le dit pas, mais son geste devient une phrase que j'entends.  
Son histoire est là-dedans : je reçois la phrase sur ma nuque, puis elle descend le long de mes  
vertèbres. Il existe un point dans mon corps où convergent mes sens. Alors, un bruit devient  
une odeur, un frôlement correspond à un goût dans ma bouche. Les sens ont une gare  
centrale de triage. C'est là qu'Irène me rejoint.  
Elle est allongée, moi je suis assis plus loin, les bras sur mes genoux."  
Histoire d'Irène, Erri De Luca  
Ed Gallimard, nrf, 2015 pour la traduction française*

#### 111 La thérapie psychomotrice, qu'est-ce que c'est ?

Le métier de psychomotricien est une profession centrée sur l'approche thérapeutique de l'être humain vu dans ses manifestations psychomotrices.

Notre psychomotricité parle de la façon dont nous nous sommes développés et structurés dans notre relation à notre corps en lien avec notre développement neurologique et fonctionnel mais aussi psychique.

La psychomotricité est une façon de regarder et de mettre en mouvement l'être humain dans les interactions qui nourrissent différents niveaux de son développement : au niveau des liens entre le plan neurologique et le plan moteur, des liens entre le plan psychique et le plan somatique, entre le monde des affects et des émotions, et de leur inscription corporelle.

La thérapie psychomotrice est donc une démarche qui prend soin de l'interface corps/psychisme. Elle se veut holistique en regardant précisément comment se relie la tête et le corps; autrement dit, elle va s'intéresser à la façon dont nous l'investissons ou par laquelle nous manifestons des manques ou des coupures. C'est une thérapie de la relation car elle propose une mise en mouvement, une mobilisation de ce qui est suspendu ou arrêté, dans le cadre d'une relation où le psychomotricien est lui aussi engagé dans son corps et son psychisme face à l'autre. Cette mise en mouvement s'entend comme un engagement très concret ici et maintenant dans l'expérimentation du corps *vécu et ressenti ensemble*, puisque c'est dans l'espace particulier de cette rencontre que quelque chose de neuf s'origine et s'ancre dans le corps, à la condition et à la nécessité d'en poser et d'en partager le sens.

Comment ça se passe ? Le psychomotricien s'implique principalement dans le jeu spontané et le jeu symbolique avec l'enfant. Avec le ou les adultes, il peut utiliser toutes sortes de médiations corporelles ou artistiques, ou des pratiques empruntées à une tradition spirituelle ou populaire. Car au-delà d'une certaine technicité de la mise en mouvement et en ressenti du corps, c'est la dimension relationnelle vécue entre les partenaires et dans leurs corps qui permettra de faire émerger du sens.

*Par exemple :*

*Je propose à Pauline de se mettre en position de me repousser en utilisant le poids de son corps, et de mon côté j'offre une résistance ou bien je mets davantage de force pour l'inciter à être présente et à s'affirmer...*

*Je vais poser très doucement mes mains sur les épaules de Luc et je sens le tremblement intérieur qui va se modifier pendant que nous respirons de plus en plus profondément...*

*J'invite Madeleine à trouver sa position de confort dans la pièce et de m'indiquer quelle place, quelle posture je peux prendre, et à quelle distance...*

*"C'est ainsi que le résultat importe moins que l'enrichissement de l'expérience, d'où le rapprochement avec la démarche psychanalytique qui va s'occuper de ramener ici et maintenant ce qui s'est passé ailleurs et autrefois. Ce travail nécessite une prise de distance que l'activisme empêche. Le trajet présumé d'un projet jusqu'à sa réalisation est alors un cheminement psychique. Il s'étaie sur une séance vivante et vécue qui en constitue le fil directeur. La psychomotricité se retrouve ainsi à se débattre entre mise en mots et mise en route, soulagée par la possibilité de cette alternance, mais soumise à l'exigence de changements mus par l'équilibre".<sup>4</sup>*

Voici comment Christian Ballouard, psychomotricien de ma génération, décrit de façon claire l'espace thérapeutique caractéristique de cette profession.

*"La thérapie psychomotrice s'entend généralement, et nous pourrions dire s'étend, entre la kinésithérapie et la psychanalyse. Elle adopte le principe de l'un et est adepte de la démarche de l'autre. Elle utilise un principe comparable à la kinésithérapie quand il s'agit de mise en mouvement et du dénouement d'une situation par une activité, mais, à la différence du soin par le mouvement, la démarche n'est pas centrée sur le symptôme. Celui-ci est intégré à un processus plus vaste plutôt qu'évité avec précautions. L'approche globale de l'individu est une des caractéristiques principales de la psychomotricité"<sup>5</sup>.*

## 1.1.2 Les origines

La psychomotricité est un concept né au carrefour de la psychologie, la neurologie, l'éducation, la psychanalyse, et se réfère à plusieurs disciplines, oscillant à la frontière entre l'une et l'autre... Ce concept a évolué en même temps que se développait l'intérêt autour de l'enfant et des études consacrées à son développement et à ses troubles.

Dans la première moitié du 20<sup>ème</sup> siècle, l'activité physique et la gymnastique sont prônées dans l'éducation dans un souci hygiéniste et médical : le corps est vu comme un instrument de redressement, pour une bonne éducation de l'esprit. En 1909 Edouard Dupré, neurologue, décrit la "débilité motrice" en analogie avec la débilité mentale, ce qui constitue le premier parallélisme entre trouble du développement mental et troubles du développement moteur. On va donc s'intéresser progressivement aux troubles du développement de l'enfant en s'intéressant aux composantes motrices de ces troubles.

C'est un psychiatre, Julian de Ajuriaguerra, qui va constituer l'acte fondateur de la psychomotricité, dans les années 60. Il isole et définit les troubles psychomoteurs et

<sup>4</sup> "Le travail du psychomotricien", Christian Ballouard, Dunod, 2003, p. 7

<sup>5</sup> Op. cit. p. 7

transforme la psychiatrie de l'enfant, en s'appuyant sur les courants issus de différentes disciplines qu'il intègre magistralement :

- la psychologie génétique avec Henri Wallon, psychologue, qui est le premier à faire les liens entre le tonus (la tension qui sous-tend la posture) et l'émotion. En dégageant "l'importance de la fonction posturale, (il) fait de la posture, qui relève de l'activité tonique, l'origine de l'adaptation émotionnelle, l'émotion étant considérée comme une forme d'adaptation au milieu" <sup>6</sup>
- la philosophie de Merleau-Ponty avec la *Phénoménologie de la Perception*. La perspective phénoménologique fonde un des aspects de l'interaction psychomotrice, en affirmant que le corps est tout autant corps-sujet que corps-objet, qu'il existe en tant "*qu'être-au-monde*" et en lien avec le corps de l'autre. "*Le secret de la présence d'autrui réside donc dans la perception que j'ai de mon corps, préfiguration de la perception naturelle que le corps a de lui-même. C'est le corps propre qui fait que mon champ d'existence corporelle s'entrelace avec celui d'autrui dans ce monde commun*".<sup>7</sup>
- l'apport de Freud et de la psychanalyse, qui va permettre de se référer à la relation à l'objet, étroitement liée à la possibilité d'investissement libidinal et narcissique du corps; d'articuler la compréhension des comportements et des agis corporels des enfants dits pathologiques, avec la théorie des pulsions. La métapsychologie freudienne va inclure le fameux "le moi est une projection de la surface corporelle" dans ses différents modèles du Moi, du Ça et du Surmoi. Et bien sûr ultérieurement les travaux de Mélanie Klein et de Donald Winnicott seront des références premières dans la compréhension des interactions précoces mère/enfant. Mélanie Klein fait une description des interactions entre affects et fonctionnement mental, avec l'oscillation entre la position schizoïde-paranoïde et position dépressive.
- Winnicott définira la notion de self, couramment utilisée de nos jours, et décrira ce bel espace subtil, de décollement de la mère et de créativité, qu'est l'espace transitionnel.
- J. de Ajuriaguerra n'oublie pas l'apport de Wilhem Reich qui établit le lien entre émotion refoulée et résistance avec la notion de cuirasse musculaire, en décrivant comment l'émotion non exprimée s'inscrit dans le corps sous forme d'hypertonie durable.
- l'utilisation de la relaxation étudiée par Schultz et Jacobson, fondateurs des deux courants premiers de la relaxation. J. de Ajuriaguerra relève l'importance du tonus comme expression d'une perturbation de la relation et développera sa proche approche de la relaxation, au carrefour de la psychanalyse et de la progression schultzienne dans l'apprentissage du relâchement.

J. de Ajuriaguerra décrit le trouble psychomoteur non pas comme un déficit lié à une lésion neurologique mais comme un trouble de la réalisation motrice lié à un défaut de maturation

---

<sup>6</sup> Op.cit. p. 69

<sup>7</sup> Mme Gul Cevahir-Sahin, 2007, thèse de Paris-Sorbonne : La phénoménologie du corps et de l'intersubjectivité incarnée chez Gabriel Marcel et Merleau-Ponty.

psychoaffective. Sa célèbre définition est bien connue de tous les psychomotriciens : *"... les troubles psychomoteurs, dans leur ensemble, oscillent entre le neurologique et le psychiatrique, entre le vécu plus ou moins voulu et le vécu plus ou moins subi, entre la personnalité totale plus ou moins présente et la vie plus ou moins jouée... Rentreront donc dans ce cadre, certaines formes de débilité motrice dans un sens mieux défini du terme, des instabilités psychomotrices, des inhibitions psychomotrices, certaines maladroites d'origine émotionnelle ou par désordre de la latéralisation, des dyspraxies d'évolution, certaines dysgraphies, des tics, le bégaiement et bien d'autres types de désordres..."*<sup>8</sup>

### 11.3 La profession

Le métier de psychomotricien est une formation universitaire, qui passera par des évolutions successives en France, depuis la création du diplôme d'état en 1974 qui consacre l'existence du "psychorééducateur", terme ingrat qui sera transformé en "psychomotricien" par décret en 1985. Son champ d'intervention oscillera entre la prévention, l'éducation ou la rééducation, et la thérapie, dans les milieux institutionnels de la petite enfance, jusqu'à l'adolescence. Progressivement il étendra son action dans d'autres territoires que ceux consacrés du domaine des troubles du développement "psy", pour ceux des atteintes somatiques entravant le développement psychomoteur de l'enfant. Parallèlement à cette extension dans les champs d'application, la thérapie psychomotrice devient une profession progressivement sollicitée dans le traitement de l'adulte en lien avec des lésions déficitaires, congénitales ou accidentelles, ou des pathologies psychiatriques, et pour répondre aux troubles du vieillissement chez l'âgé placé en institution.

### 11.4 Quelques concepts de référence

Schéma corporel et image du corps : C'est un psychiatre et psychanalyste, Paul Schilder, qui crée en 1935 ces concepts complexes et essentiels pour la profession (voir annexe).

Ils décrivent la représentation que l'on a de notre corps.

Lorsque nous nous référons à la représentation fonctionnelle et opérationnelle de notre corps pour agir, par exemple pour mémoriser un mouvement ou se représenter son déroulement, nous nous référons à notre *schéma corporel*.

L'image du corps est liée à l'investissement émotionnel, sensoriel, et psychique (libidinal), qui nous en donne une image, jugée satisfaisante ou non, à laquelle nous identifions notre Moi de façon plus ou moins consciente. Elle est bien sûr liée à notre histoire relationnelle, à la façon dont nous avons intériorisé l'amour et les soins de la mère à notre corps et donc à nous-mêmes. *"C'est grâce à notre image du corps portée et croisée à notre schéma corporel que nous pouvons communiquer avec autrui"*.<sup>9</sup>

Organisation temporo-spatiale et latéralisation : nous parlons à nouveau de repères et de structuration dans le temps et dans l'espace, ou comment nous avons intériorisé dans notre corps la perception du temps, du rythme, comment nous avons organisé la représentation de l'espace à partir des repères spatiaux reconnus dans notre propre corps. Il s'agit bien là d'une jonction entre rythmes corporels et rythmes socialement appris, entre espace interne et externe, et les aléas de leur structuration. La latéralisation, qui est tout d'abord un processus neurologique de spécialisation dans la prédominance fonctionnelle, trouve son

<sup>8</sup> "Manuel de psychiatrie de l'enfant", J. de Ajuriaguerra, Masson, 1970

<sup>9</sup> "L'image inconsciente du corps", F. Dolto, Ed. du Seuil, 1984, p. 23

heureuse issue développementale dans l'expérimentation du corps et dans la bonne qualité des repères spatiotemporels. Les enseignants et les spécialistes de la dysgraphie et de la dyslexie sont particulièrement attentifs à la qualité de l'intégration de la latéralisation des enfants.

Dialogue tonique : issu de l'originalité de la pensée de J.de Ajuriaguerra, c'est un concept fondateur de tout un courant thérapeutique et d'une approche analytique de la relaxation. Le dialogue tonique, ou tonico-émotionnel, décrit comment nous retrouvons ici et maintenant (dans notre corps actuel) les manifestations de l'échange tonico-émotionnel d'autrefois, tel que nous l'avons incorporé dans les échanges précoces mère/enfant. Ainsi, de la qualité d'expérience corporelle et affective étayée par l'échange mère/enfant et intériorisée dépendra notre organisation corporelle tonique, notre capacité à moduler notre tonus corporel en relation à l'autre

La notion de contenant en thérapie psychomotrice : l'attitude thérapeutique du psychomotricien est nécessairement contenante, non seulement métaphoriquement comme en psychothérapie, mais elle est résolument assumée dans son corps face à l'autre. *"Face à des situations où domine "l'agir", où le verbal n'est pas la référence principale, le psychomotricien se caractérise par son action contenante. Il agit tout d'abord comme un contenant à ce qui se passe en séance et en relation avec un patient, tel un filtre. Etre contenant jusqu'à permettre au sujet de se sentir capable de contenir, d'investir une existence interne qui lui faisait défaut, ... nous pourrions en parler également comme d'une restructuration narcissique"* nous dit Ballouard.<sup>10</sup>

Avec le célèbre travail de Didier Anzieu sur le Moi-peau, nous trouvons une conception psychanalytique détaillée et étayée sur une fonction essentielle du corps investi psychiquement : la peau contient le corps comme le Moi contient le psychisme.

Ce concept est à l'origine de nombreux développements psychanalytiques sur la genèse de la pensée à partir de l'étayage corporel, comme la notion d'enveloppe psychique,<sup>11</sup> de contenant de pensée<sup>12</sup>... Rappelons simplement les huit fonctions du Moi-peau décrites par Anzieu : La Maintenance, la Contenance, le Pare-excitation, l'Individuation, l'Intersensorialité, le Soutien de l'excitation sexuelle, la Recharge libidinale, l'Inscription des traces..... Cependant malgré sa complexité théorique, le Moi-peau est probablement le concept préféré des psychomotriciens, car il est clair et opérationnel au niveau clinique, pour repérer les différents niveaux d'un processus thérapeutique de structuration du moi corporel, qui se déroule simultanément sur le plan corporel et psychique par l'expérience d'étayage du Moi sur la peau...

La notion de senti corporel : chez l'adulte, le senti corporel, ou la capacité de ressentir son corps tant au niveau des éprouvés sensoriels que des affects qui y sont liés, me paraît essentiel dans une démarche de rencontre avec soi. D'un point de vue clinique, *"...la pratique psychomotrice mettant en évidence les rapports entre capacité de sentir le corps et capacité d'intériorisation, permet une démarche psychothérapeutique à médiation corporelle"*.<sup>13</sup> Dans une visée plus psychanalytique, nous pouvons affirmer ceci : *"le senti*

<sup>10</sup> "Le travail du psychomotricien", C. Ballouard, Dunod, 2003, p. 8,

<sup>11</sup> "Les enveloppes psychiques", D. Anzieu et al., Dunod Paris, 2000

<sup>12</sup> "Les contenants de pensée", D. Anzieu, G. Haag, S. Tisseron, G. Lavallée, M. Boubli, J. Lassègue, Dunod Paris, 1993

<sup>13</sup> "Le senti du corps en thérapie de l'âge, sa place et son devenir temporel" K.Fortini, O.Agolini, Psychothérapies, 1994, no4, pp. 189-195

*corporel est à la fois une manifestation dynamique du processus d'incorporation (de la relation tonico-émotionnelle mère-enfant au cours du stade oral du développement) et un moyen thérapeutique dynamique d'accès aux bases de la structuration grâce au dialogue tonique thérapeutique..."<sup>14</sup>*

C'est un axe central de la thérapie, qui passe très souvent par une première découverte d'avoir un corps sensible et affecté; cette première affirmation de l'avoir peut ensuite laisser la place à l'être. Etre, c'est-à-dire exister, c'est pouvoir se ressentir, et s'identifier à l'existence des multiples dimensions du corps, en jouir et s'affirmer en tant qu'individu.

## 1.1.5 En résumé

La thérapie psychomotrice est une profession paramédicale qui possède un statut hospitalier. La formation provient d'une filière universitaire, elle est porteuse d'un héritage riche mais dont la complexité reste difficile à gérer, puisqu'il est multiréférentiel de nombreux savoirs et de champs disciplinaires parfois éloignés les uns des autres.

La thérapie psychomotrice s'inscrit dans le champ très vaste des thérapies psychocorporelles, puisqu'elle se définit comme la profession du soin qui soigne, restaure ou consolide le lien entre l'esprit et le corps; mais c'est la seule qui soit reconnue par l'état et les institutions de santé, et elle est unique en son genre parmi les professions reconnues du soin, qu'il soit psychologique ou physique.

Est-il nécessaire de dire en quoi la thérapie psychomotrice ne s'identifie à aucune méthode ou approche particulière, comme le font les thérapies psychocorporelles qui se définissent par la technique qu'elles utilisent ? Mais que sa spécificité réside dans le fait qu'elle peut utiliser n'importe quelle méthode ou technique de manière intégrative pour permettre de restaurer une relation harmonieuse entre la tête et le corps.

Voici donc définies les grandes lignes de cette profession qui a une histoire récente, un héritage universitaire chargé, une grande polyvalence dans ses indications, qu'il s'agisse d'âge ou de population type. Cependant elle reste mal connue ou méconnue en raison de la difficulté pour les autres professionnels de pouvoir saisir son champ conceptuel et ses modes d'action qui sont, nous l'avons vu, constamment dans un *entre deux*...

## **1.2 De la thérapie psychomotrice à la psychothérapie transpersonnelle : un espace fertile**

### 1.2.1 Parallélismes et résonances

Les principes de la thérapie psychomotrice me paraissent avoir des résonances intéressantes en terme de développement et d'approfondissement en positionnement transpersonnel. En effet, nombreuses sont les thématiques communes, abordées cependant à des niveaux différents et avec un regard différent, le regard transpersonnel étant contenant de l'approche psychomotrice en l'incluant et en l'invitant à s'ouvrir à plus grand...

<sup>14</sup> "De la passivité au senti du corps, une dynamique au sein du dialogue tonique" K.Fortini, O.Agolini, Psychothérapies, 1995, no2, pp. 97-101

**Le oui à ce qui est** : J'ai appris lors de mes études que le principe organisateur de notre action soignante était de partir de "ce qui fonctionne", présent dans le corps, et non pas de ce qui fait défaut. C'est ainsi que l'approche psychomotrice va mettre en place des conditions favorisant le développement psychomoteur des enfants souffrant de déficits à partir de leur potentiel, de laisser s'ouvrir l'accès à une expression psychocorporelle inhibée, de permettre de vivre ce qui demande à être pleinement vécu dans le corps depuis la manifestation de l'être... L'accueil de l'élan vivant, du flux du potentiel de vie, est un écho du "Oui" ou de l'acceptation de ce qui Est... Paul Montangerand nous parle ainsi du WU Wei, (le Non Agir dans le Tao): *"Wu Wei, c'est trouver l'attitude juste permettant au mouvement évolutif, en nous et chez l'autre, de s'accomplir lui-même. N'est-ce pas ce qui se passe dans le transfert, lorsque le thérapeute sait occuper sa juste place?"*<sup>15</sup>

**La voie du corps** : Une particularité fondamentale de la thérapie psychomotrice est qu'elle engage le psychomotricien dans son corps: *"la psychomotricité intervient comme l'approche du vécu du corps et de la façon dont le sujet l'utilise pour entrer en relation avec l'autre"*<sup>16</sup>. Le psychomotricien n'hésite pas à utiliser le toucher ou l'action motrice, vit son implication corporelle comme une rencontre avec l'autre, est attentif à son vécu contre-transférentiel et à ses ressentis dans sa fonction de miroir thérapeutique. Or le terme de *conscience-présence*, provenant de la Gestalt et l'un des axes de la formation Irett<sup>17</sup>, nous permet de remettre dans le champ de la relation l'implicite et l'explicite de ce qui se joue dans l'entre-deux des corps et d'entrer dans un état de conscience du corps. *"Cette conscience qui vient du fond de notre organisme, et parfois même du fond des âges, et qui se révèle de temps en temps malgré nous, quand nous sommes dans le lâcher-prise et ne cherchons plus à comprendre. Elle est un guide, une source de connaissances, c'est elle qui nous donne ces informations fondamentales venant de notre "guérisseur intérieur" ou maître intérieur"*.<sup>18</sup>

Un pas de plus dans cet engagement vers l'autre et en nous, et nous sommes dans "le chemin vers l'incarnation": *"Pour avancer sur ce chemin d'incarnation, il s'agit ... de trouver son centre, dans le corps. Le corps emmène donc chaque personne vers l'unité de tout ce qu'elle est, qu'elle peut difficilement séparer et qu'elle a pourtant tant de mal parfois à rassembler : coeur, désir, pensée éclatés. Ce mouvement d'unification rapproche de l'Être. Il devient forme, incarnation de l'être : une façon unique qu'a l'être (l'énergie, la vie, l'Esprit, Dieu...) de se manifester dans le monde terrestre."*<sup>19</sup>

**Les mémoires et le corps** : Pour le psychomotricien, notre corps est porteur de notre histoire individuelle biographique, de notre construction consciente et inconsciente, au carrefour des interactions entre le Moi et la relation à l'environnement, aux autres. Il s'agit de la mémoire de notre épigénèse, post-natale et individuelle. A l'autre pôle d'une vision "personnelle" de l'individu, vient s'imposer la référence à S. Grof comme explorateur de nos mémoires pré- et péri-natales personnelles ou collectives, ancestrales, générationnelles, et jusqu'aux vies antérieures ou jusqu'aux voyages aux confins de la conscience; il y a bien là un élargissement de la conscience individuelle à la conscience collective, de la mémoire biographique à l'histoire collective.

<sup>15</sup> "La voie du cœur, chemin du thérapeute", Paul Montangerand, 1995, p. 93

<sup>16</sup> "Le travail du psychomotricien", Christian Ballouard, Dunod, 2003 p. 7

<sup>17</sup> "Manuel de psychothérapie transpersonnelle", Bernadette Blin, Brigitte Chavas, Inrees, 2011

<sup>18</sup> Op. cit. p. 87

<sup>19</sup> Op.cit. p. 94

**Du personnel au transpersonnel, du profane au sacré :** Nous pouvons parler d'une forme de réalisation "horizontale", personnelle, par le chemin de la thérapie psychomotrice : recherche de l'unité psychosomatique de la personne, recherche de l'harmonie intérieure par la détente du corps et du psychisme, recherche de la réalisation et de l'affirmation de soi par l'engagement du corps dans l'espace et dans le temps.

D'un point de vue psychologique, il s'agit de recherche de résolution des conflits intrapsychiques et interpersonnels par l'éprouvé corporel et l'identification des nœuds tensionnels et émotionnels.

D'un point de vue transpersonnel, il s'agit bien d'une voie vers l'apaisement de l'ego par le biais d'un Moi corporel unifié, apaisé et posé.

La verticalité évoque un mouvement d'ancrage et de redressement, de recherche d'un axe unissant un processus d'incarnation dans l'humain et un processus d'ouverture au divin, dans une perspective sacrée. Il y a là d'un point de vue transpersonnel une recherche d'acceptation mais aussi de dépassement de l'ego; *"Il n'y a pas de recette, le seul chemin, au-delà de notre Ombre, est la rencontre de l'Infini. Ouverture à l'infini par la désappropriation de notre Ego sclérosé, pour la rencontre de l'autre, pour la rencontre de Tout Autre"*.<sup>20</sup>

### 1.2.2 La force intrinsèque de la thérapie transpersonnelle

**L'ouverture du cœur :** Dans la perspective transpersonnelle, l'ouverture du cœur seule permet un accueil inconditionnel de l'autre. Bien au-delà de l'empathie, de la sympathie, du dialogue tonico-émotionnel du psychomotricien, ou du "contretransfert positif" analysé de manière distanciée par les psychanalystes, la thérapie transpersonnelle, si elle les inclut, n'en reste pas là car elle propose d'expérimenter une expérience de lien d'amour tourné vers l'inconditionnalité de manière authentique entre les partenaires, dans son cadre thérapeutique propre.

Montangerand nous propose la voie du cœur comme l'essentiel du chemin du thérapeute: *"Il est peut-être nécessaire de rappeler que pour Jung, le "sentiment" ne désigne pas l'affectivité captatrice et dévorante, à la recherche d'un objet dispensateur de confort ou de sécurité, mais une affectivité sublimée, ouverte à l'infini de l'autre par un dégagement du pulsionnel de l'affect. C'est une sensibilité qui est le signe d'un détachement se situant à l'opposé de l'indifférence, une affectivité qui est écoute et amour. Cette sensibilité est le fruit d'une évolution personnelle indispensable au thérapeute, mais qui exige un long et minutieux travail sur l'Ombre, pour abandonner l'ego et la volonté de puissance"*.<sup>21</sup>

Ce qui n'invite cependant pas le thérapeute à combler le manque d'amour de son patient, mais à l'inviter à l'accepter, *"de passer du besoin au désir, par le deuil d'une fantasmatique "mère généreuse" qui pourvoierait à tout... le merveilleux paradoxe de l'amour, c'est qu'il est une perte créant un lien"*<sup>22</sup>

<sup>20</sup> "La voie du cœur, chemin du thérapeute", Paul Montangerand, 1995, p. 51

<sup>21</sup> Op.cit. p. 104

<sup>22</sup> Op. cit. p. 99

**Les Etats Modifiés de Conscience** : Voici comment Stanislav Grof décrit l'état "holotropique" qu'il voit comme une catégorie importante des états modifiés de conscience : "Descendre" d'avantage dans le corps par le souffle, ou faire l'expérience de la respiration holotropique, c'est pouvoir atteindre un état non-ordinaire de conscience; "*...dans notre état de conscience ordinaire, nous ne nous identifions qu'à une petite fraction de ce que nous sommes en réalité. La meilleure façon d'expliquer ce que veut dire holotropique est de se référer à la distinction hindoue entre namarupa (le nom et la forme que nous avons au quotidien) et Atman Brahman (notre identité profonde, de même nature que le principe créateur cosmique). Quand nous nous trouvons dans des états de conscience holotropiques, nous pouvons transcender les frontières étroites du corps-ego et retrouver notre pleine identité. Nous pouvons nous identifier expérimentalement à toute partie de la création, et même au principe créateur*".<sup>23</sup>

Faire l'expérience de la transe et des états élargis de conscience dans sa propre vie permet au thérapeute d'inclure quelque chose de cet espace, spontanément dans le lien avec le patient.

Un état de conscience légèrement modifié en séance permet au thérapeute et au patient d'entrer dans une nouvelle dimension de co-crédation, ce qui est fréquent voire banal dès que nous portons notre attention sur notre souffle intérieur, "*et nous retrouvons dans ce processus quelque chose qui ressemble bien à l'hypnose ericksonienne*" ajoute J.-M. Delacroix.<sup>24</sup>

Myriam Beaugendre analyse la façon dont opère l'état de conscience non ordinaire, dans une séance de psychothérapie : "*la pratique de la transe vécue lors des initiations chamaniques permet d'ouvrir et d'intensifier la capacité à accéder aux images internes. Celle-ci peut être utilisée en séance par le psychothérapeute, notamment pour venir nourrir le travail psychique du patient. Ce n'est pas l'information en soi qui compte, mais elle fait partie d'un processus de co-crédation psychique qui va soutenir le patient dans son travail d'élaboration. L'intensification de l'accès aux visions et aux intuitions cliniques est une première forme possible de tissage entre la pratique psychothérapeutique et chamanique*".<sup>25</sup>

**Les états archaïques, ou comment refaire alliance avec notre préhistoire** : Les états modifiés de conscience induits par les techniques thérapeutiques de transe, de souffle ou de respiration holotropique, nous permettent de retrouver nos empreintes primitives, les formes inscrites dans notre corps et notre psychisme lors de la période préverbale; "*Et c'est en retrouvant cet archaïque qu'une transformation profonde pourra advenir, car le bébé d'autrefois vit dans l'adulte d'aujourd'hui. L'archaïque fait partie de l'être au plus profond, il appartient à ses origines et agit en lui à son insu*"<sup>26</sup>.

A mon sens, en psychiatrie, il est nécessaire et essentiel de les expérimenter en tant que thérapeute et accompagnant, tant l'archaïque est présent, de façon latente ou patente, dans l'expression désorganisée ou déstructurée du patient dans son corps et son comportement. Car justement "*l'archaïque fait peur par ses liens à la folie, à la psychose. Or il n'y a, dans*

<sup>23</sup> "Quand l'impossible arrive", Stanislav Grof, Trédaniel 2006, p. 8

<sup>24</sup> "La troisième histoire", Jean-Marie Delacroix, Dangles, 2006, p. 439

<sup>25</sup> "Intégration de l'initiation chamanique dans la pratique psychothérapeutique", Myriam Beaugendre, article pour la Revue de Psychiatrie Française, communication

<sup>26</sup> "Manuel de psychothérapie transpersonnelle," Bernadette Blin, Brigitte Chavas, Inrees, 2011, p. 55

*notre expérience aussi bien personnelle que professionnelle, rien de plus guérisseur que de pouvoir connaître et explorer sa propre "folie" c'est-à-dire sa blessure profonde, celle où il y a perte de lien, coupure, désespoir. Les résistances installées depuis parfois longtemps pour ne pas rencontrer cette faille sont devenues beaucoup plus toxiques que la douleur retrouvée. Les expériences en état élargi de conscience sont tout à fait adéquates pour accompagner la rencontre de cette douleur et pour l'accueillir et la contenir"<sup>27</sup>.*

L'exploration de l'archaïque est liée à l'état élargi de conscience, mais aussi à l'ouverture du cœur. Car *"l'archaïque ne peut surgir qu'à travers une intimité interpellée par l'empathie du thérapeute, sa présence, sa sollicitude et sa capacité à l'acceptation de ce qui est et de ce qui vient"<sup>28</sup>.*

Ainsi nous pouvons bien parler d'une force intrinsèque de la thérapie transpersonnelle car elle nous emmène aux confins de nous-même, vers les origines, nous invitant à une transformation de nos liens au monde et à nous-même, bien au-delà du réaménagement d'une seule réalité psychologique plus ou moins connectée à une affirmation égotique.

### 1.2.3 Le contenant, une proposition transpersonnelle essentielle

**Le contenant du Lien :** Le philosophe de la relation et de la réciprocité, Martin Buber, nous dit qu'*"au commencement est la Relation qui est une catégorie de l'être, une disposition d'accueil, un contenant, un moule psychique; c'est l'a priori de la relation, le Tu inné"<sup>29</sup>.* Il nous invite à considérer le caractère sacré du lien dans sa dimension éthique et dans une véritable ontologie relationnelle, en décrivant une genèse du "Je" qui émerge face au "Tu". *"L'homme devient un Je face au Tu. Le partenaire paraît et s'efface, les phénomènes de relation se condensent ou se dissipent, et c'est dans cette alternance que s'éclaircit et croît de proche en proche la conscience du partenaire qui demeure, la conscience du Je. Sans doute, elle apparaît encore engagée dans la trame des relations, dans sa relation avec le Tu; elle est la conscience graduelle de ce qui tend vers le Tu sans être le Tu, mais elle s'affirme avec une force croissante, jusqu'à ce que le lien se rompe et que le Je se trouve, l'espace d'un éclair, en présence de lui-même, détaché de soi, comme s'il s'agissait du Tu étranger, mais pour aussitôt reprendre possession de soi et dorénavant s'offrir consciemment à la relation"<sup>30</sup>.*

**Le contenant des matrices de Grof :** *"La relation entre la naissance biologique et les expériences périnatales ... est très profonde et spécifique. Cette constatation permet d'utiliser les phases de l'accouchement biologique pour construire un modèle conceptuel destiné à faciliter la compréhension de la dynamique de l'inconscient au niveau périnatal et même à réaliser des prédictions spécifiques relatives au processus de mort-renaissance de différents individus",* nous dit Grof en décrivant la dynamique des matrices périnatales.<sup>31</sup>

Les MPF (Matrices Périnatales Fondamentales) sont des phases de l'environnement utérin contenant dans un premier temps, mais dont il va falloir sortir, au prix d'un éprouvé corporel et psychique imprégné par la lutte entre vivre ou mourir. Ce qui marquera nos tendances psychopathologiques et probablement notre façon d'être en contact ou non avec notre

<sup>27</sup> Op.cit. p. 56

<sup>28</sup> "La troisième histoire", Jean-Marie Delacroix, Dangles, 2006, p. 232

<sup>29</sup> "Je et Tu", Martin Buber, Aubier, 2012, p. 60

<sup>30</sup> Op.cit. p.61

<sup>31</sup> "Les nouvelles dimensions de la conscience", Stanislav Grof, Ed. Du Rocher, 1989, p. 26

propre noyau, psychotique ou dépressif; la prise de conscience de ces aspects de souffrance est indispensable pour s'en détacher. *"Toute transformation demande une matrice"* nous dit Patrick Baudin<sup>32</sup>. Cette affirmation, à mon sens, affirme la nécessité de se sentir suffisamment contenu pour risquer la transformation (la mort et la renaissance) et naître à un contenant plus grand.

**Les environnements de soutien de Moss** : Richard Moss nous parle de quatre environnements de soutien ou environnements contenantants :

Le 1<sup>er</sup> environnement est l'utérus maternel où l'état émotionnel maternel influencerait le développement cérébral du fœtus.

Le 2<sup>ème</sup> environnement concerne les premières années de vie où se construit un sens de soi intériorisé, où peut se développer une personnalité de survie masquant la conviction "je ne suis pas suffisant comme je suis". *"Cette matrice émotionnelle de stress et de malheur autoalimentés, intériorisée dans le second environnement de soutien, est une façon de nous sentir réel, de savoir que nous existons. Elle devient son propre environnement de soutien; si nous n'étions pas insatisfaits, en conflit permanent, pensant que la lutte est nécessaire pour améliorer notre vie, nous perdrons le seul soi que nous connaissons"*<sup>33</sup>.

Le 3<sup>ème</sup> environnement est la façon dont nous recréons un état intérieur de sentiment familial. Cet environnement nous ramène incessamment au contenant émotionnel intérieur de conflits et d'insatisfaction auquel nous sommes identifiés, c'est-à-dire l'ego.

Le 4<sup>ème</sup> environnement est celui de l'instant présent: *"la forme ultime de cocreation est la façon dont le Soi accueille le soi-l'expérience personnelle de notre être. C'est ce qui détermine notre expérience et aussi qui nous sommes et comment nous sommes dans notre vie, souffle après souffle. Cette relation Soi/moi est fondamentale, car le regard que nous portons sur nous à chaque instant est ce qui crée notre sens de soi"*<sup>34</sup>.

Je retrouve chez ces trois "grands" de l'exploration de la Conscience des modes de formulation de leur pensée en terme de contenantants et de dialectique contenant/contenu.

J'ai évoqué la perception du "plus Vaste" comme une perception de l'ouverture à plus grand que soi qui nous contient.

Notre évolution d'être humain est caractérisée par notre interaction avec ce qui nous contient, au sens le plus métaphorique comme au sens le plus incarné, tout au long de notre existence. La maturation de notre croissance comme être conscient serait donc liée à notre capacité de mourir et renaître de nos contenantants antérieurs assimilés et incorporés, pour s'ouvrir davantage : à l'altérité, au Tout Autre, au Soi...

....Et concrètement, comment contention et contenance prennent sens dans notre vie? Que signifient ces termes si fréquemment utilisés, tant par la thérapie psychomotrice, que par la psychanalyse et par la psychothérapie transpersonnelle? En quoi font-ils si bien écho dans mon expérience clinique par leur impact pratique et conceptuel immédiat?

<sup>32</sup> "Les 4 archétypes", Patrick Baudin, formation Irett, 2011

<sup>33</sup> "Le Mandala de l'Être", Richard Moss, Albin Michel, 2008, p. 135

<sup>34</sup> Op. Cit. p. 145

J'ai tenté de souligner les résonances et les accords entre vision transpersonnelle et thérapie psychomotrice; l'approfondissement de la réflexion sur la notion de contention et de contenance va nous permettre de confirmer la richesse de ce regard croisé.

### 1.3 Contention et contenance

#### 1.3.1 Qu'est-ce qu'une contention ?

Selon le Larousse, il s'agit d' "un procédé thérapeutique permettant d'immobiliser un membre, de comprimer les tissus ou de protéger un malade agité". Est également évoquée "une tension forte et prolongée des facultés intellectuelles". Le Littré parle d' "un effort qu'on fait pour exécuter quelque chose, ou pour parvenir à quelque but".

Le mot contention signifie en médecine, comme le dit le Larousse, immobiliser, comprimer ou protéger... une partie du corps. Nous pouvons littéralement transposer cette signification au niveau psychique, en y ajoutant la notion de tension, c'est-à-dire d'effort, induite soit par la mobilisation psychique, soit par la conséquence qu'induit la retenue (la rétention) et donc la tension.

La vocation première de l'asile d'aliénés était de protéger la société contre les fous mais aussi d'offrir la seule réponse alors possible aux agités, c'est-à-dire de les contenir en les enchaînant et en les enfermant. Philippe Pinel, au 18<sup>ème</sup> siècle, est le premier médecin aliéniste à leur ôter les chaînes et à proposer le raisonnement et la morale comme soin par la parole, proposant ainsi une première ébauche de la psychiatrie moderne. Michel Foucault y verra là un remplacement de la contention physique par un conditionnement moral, et pointera la toute-puissance du discours médical. A deux cents ans d'intervalle entre les deux, nous comprenons le changement de contention comme changement de forme d'abus exercé sur le "fou"; abus physique puis psychique, ce qui représente "tout de même" une belle différence. Même glissement, changement de niveau : en 1950 Henri Laborit révolutionne la psychiatrie en découvrant les neuroleptiques et leur utilisation chez les schizophrènes pour "calmer" délires et hallucinations : le soulagement de la souffrance dans les psychoses décompensées est évident, et permet enfin d'éviter l'imposition de la camisole de force. Et toutefois, le terme de camisole chimique évoque bien cette forme de contention utilisée couramment dans le soin actuel.

***D'autres aspects de la contention m'apparaissent...*** La notion freudienne de refoulement évoque une forme de retenue du contenu inconscient qui ne doit pas surgir dans le conscient, en en payant ainsi le prix par des lapsus, des actes manqués, parfois au prix fort lorsque maladies et accidents surviennent. *"En effet, la psychanalyse apparaît essentiellement comme une sorte de confession provoquée et dirigée au cours de laquelle le malade s'abandonne au médecin, révélant ainsi les souvenirs, les idées, les désirs refoulés (parce que pénibles ou répréhensibles) qui sont la cause inconsciente du déséquilibre dont il souffre. Il s'agit de "défouler" ce qui a été "refoulé" (et souvent depuis l'enfance) pour en faire cesser les ravages. Car l'idée essentielle de Freud est qu'il est nocif de réprimer un souvenir ou une pulsion sans en avoir conscience et que la prise de conscience est libératrice"*<sup>35</sup>.

---

<sup>35</sup> "Panorama des idées contemporaines", Gaétan Picon, Gallimard Paris, 1968, cité par Wikipédia

Wilhelm Reich, disciple de Freud et précurseur des thérapies psychocorporelles, fait le premier un lien entre le refoulement d'une émotion et la rétention corporelle de l'énergie de cette émotion, établissant ainsi une cartographie de la cuirasse caractérielle en lien avec l'hypertension musculaire. *"L'inhibition de l'agressivité et la cuirasse psychique s'accompagnent toujours d'un accroissement de la tonicité et même d'un raidissement de la musculature.... Ce qui entre en jeu ici, c'est l'identité de la cuirasse caractérielle et de l'hypertension musculaire"*<sup>36</sup>.

On retrouve bien, tant au niveau de la dialectique conscient/inconscient, qu'au niveau de la dialectique corps/psychisme, l'intuition que "la prise de conscience est libératrice" et que la libération est liée à la possibilité de laisser circuler ce qui a été bloqué et contenu, que ce soit par la parole ou par le corps.

***L'approche psychologique, une contention ?*** La démarche classique de soins en institution psychiatrique est essentiellement une démarche psychologique, même si elle reconnaît (parfois même à contrecœur... !) l'utilité des approches corporelles ou psychocorporelles, essentiellement par leur capacité à toucher des personnes qui ont un accès difficile ou impossible à l'expression verbale.

Selon moi c'est une démarche "cognicentrique"; c'est le terme proposé par Michael Harner pour qualifier l'état ordinaire de conscience. *"Et cet état ordinaire ne peut être adéquat pour étudier des états de conscience modifiée"*.<sup>37</sup>

Je veux dire par là que la démarche de soins est basée sur l'affirmation de la toute-puissance du psychologique en lien avec l'exercice de la fonction cognitive, sur l'explication causale linéaire, qu'elle soit interprétative ou associative, sur le primat du mental sur l'émotionnel, du psychique sur le corporel, et ceci quelques soient les approches, issues de la psychanalyse ou de la TCC.

Cette démarche se trouve justifiée et renforcée par la mise en évidence de l'influence sur le comportement des modifications neurochimiques apportées au fonctionnement cérébral par la médication. Nous connaissons tous l'utilisation systématique des médicaments psychotropes, c'est-à-dire agissant sur le système nerveux central. En agissant sur les neurotransmetteurs, on corrige un dysfonctionnement psycho-organique par un apport chimique exogène. La mise en évidence d'un substrat neurologique de la psychopathologie permet ainsi d'éviter ou d'annuler la question de la souffrance en lien avec d'autres problématiques, comme les problématiques corporelles ou spirituelles; on attendra du médicament qu'il fasse effet au niveau de l'humeur, en mettant en évidence le manque de telle molécule dans le dysfonctionnement cérébral.

D'autre part, c'est une démarche organisée autour de la détection et de l'évaluation du dysfonctionnement; on va chercher ce qui ne va pas, en fonction d'une norme plutôt floue de normalité supposée. Impossible donc de rencontrer comment la blessure est une manifestation du vivant et une façon de signifier le chemin de guérison possible. *"Freud envisage la nature humaine au niveau de ses manifestations fragmentées, névrotiques et psychotiques, mais pas la nature de la conscience elle-même. Il n'avait pas de concept du Soi basé sur la réalisation fondamentale ou des états de méditation profonde, aussi ne pouvait-il*

<sup>36</sup> "L'analyse caractérielle", Wilhelm Reich, Payot, 1979, p. 288

<sup>37</sup> in "introduction" de S. Grof, Manuel de Psychothérapie transpersonnelle, B. Blin et B. Chavas, Inrees, 2011. p. xii

*pas saisir de façon saine le potentiel d'intégration du Soi conscient et inconscient quand le mental se fond dans le présent. Il a donc diagnostiqué des éléments de dysfonctionnements plutôt que le potentiel de plénitude ... La psychologie basée sur le dysfonctionnement part de l'identification avec un corps ayant une existence séparée. Sans compréhension allant au-delà de ce niveau d'identification, il ne peut pas y avoir conscience du continuum de relation consciente, qui est la véritable essence du Soi" nous dit Moss<sup>38</sup>.*

**Le "tout psy", une double forme de résistance (au changement) ?** : Sans nier leur utilité et leur valeur dans l'accompagnement et le soulagement de la souffrance psychique, on peut se demander si le "tout psy", qu'il soit psychologique ou neuropsychologique, c'est-à-dire légitimé par une explication organiciste, ne constituerait pas une forme subtile de contention de l'être humain, et plus précisément de la relation entre l'être humain et sa souffrance, par son ambition répétée d'effacer la souffrance elle-même ou tout du moins son expression. Il nous empêcherait d'entendre la profondeur de l'être, dans ses manifestations ontologique et existentielle, dans son enracinement corporel, et surtout dans sa dimension spirituelle.

Or l'approche transpersonnelle nous permet de transformer l'approche psychologique traditionnelle de façon novatrice en permettant de discerner ce qui est d'ordre psychologique et ce qui est à regarder d'un point de vue spirituel dans le questionnement ou la recherche de sens de la souffrance. Ce faisant elle délimite ce qui appartient au domaine du psychologique et peut y être traité, et ce qui ne lui appartient pas; elle peut alors entendre la souffrance du point de vue du manque spirituel, et de la souffrance de ce manque; il y a donc là une ouverture à une autre perspective, celle du développement de la Conscience qui est contenante de la première. Si cette perspective est absente ou niée, il n'y aura pas d'autre accueil que psychologique... seule forme d'appréhension de la réalité souffrante, qui devra bien s'autosuffire, c'est-à-dire se satisfaire de sa limite, en restant dans la contention... d'un aspect plus vaste et universel, sacré et transcendantal.

*"Toute maladie est spirituelle", nous dit Jean-Marie Delacroix, "tout désordre physique et/ou psychologique est l'indice d'une rupture dans le contact avec cet environnement, donc dans le lien avec l'Esprit"<sup>39</sup>.*

La contention par le "tout psy" pourrait être entendue ainsi comme une double résistance. D'une part résistance à accepter notre héritage spirituel, mais aussi notre capacité spirituelle à s'ouvrir au plus grand que soi; la peur du regard spirituel est profonde, et a de puissantes racines sociétales et historiques, elle est héritière du poids des religions et du sang qu'on continue à verser en leur nom.

D'autre part résistance au corporel par crainte du lâcher-prise, par peur de "régresser". Or "régresser" c'est également oser descendre en soi, dans les couches profondes de notre être, rencontrer nos états archaïques et accepter de ressentir tous les états de notre corps, accueillir nos besoins de régression comme des mouvements de réactualisation de ce qui est resté inachevé, répondant ainsi tant à nos manques psychologiques qu'à nos besoins spirituels.

<sup>38</sup> "Le Mandala de l'Être", Richard Moss, Albin Michel, 2008, p. 380

<sup>39</sup> "La troisième histoire", Jean-Marie Delacroix, Dangles, 2006, p. 388

### 1.3.2 Qu'est-ce qu'une contenance ?

*"A la contenance ici s'oppose la béance" <sup>40</sup>.*

Le Littré évoque une "quantité de ce qui est contenu", en mentionnant l'étendue, la superficie, comme la contenance d'un lac par exemple. Un deuxième sens intéressant apparaît : "maintien, manière de se tenir, de se montrer" : "se donner une contenance" suggère bien l'idée d'un besoin de contenir l'écart existant entre le vécu d'une émotion difficile et une attitude corporelle qui la révélerait. "Le contenant est toujours plus grand que le contenu", ai-je lu dans le Larousse..., ce qui m'évoque immédiatement un sentiment de sécurité et d'accueil inconditionnel. On comprend que cette notion soit si fertile et ait été tant étudiée et utilisée dans l'observation des relations précoces mère/enfant.

***Entre contenir et être contenu, une rencontre relationnelle*** : Denis Mellier, un psychologue de l'Université de Franche-Comté, a beaucoup observé les bébés en crèche<sup>41</sup> et nous propose la contenance comme "relation entre un contenu et un contenant". Il décrit ainsi la relation mère-enfant qui permet de transformer les éléments bruts et désorganisés de la détresse du bébé (les cris qui nous traversent et nous désorganisent aussi...) en une expérience qui advient, et que le bébé peut s'approprier, permettant ainsi une première différenciation dedans-dehors. Ce n'est possible que si la mère peut faire contenance, c'est-à-dire être présente à la souffrance. D. Mellier fait référence aux travaux de Wilfred Bion, un pionnier de la psychanalyse groupale : Bion a été soldat pendant la 2<sup>ème</sup> guerre et a été témoin de l'indicible souffrance de ses compagnons, traumatisés et sans parole par la suite; c'est ainsi qu'il crée les premiers groupes thérapeutiques de parole, comme espace contenant permettant ce processus de subjectivation qui permet un récit du traumatisme. Il élabore également la théorie de la fonction alpha, assurée par la mère et sa capacité à rêver, qui permet d'opérer une liaison symbolique des impressions sensorielles et des vécus émotionnels primitifs de son bébé; les éléments bruts et non symbolisés, en transitant par le psychisme de la mère, deviendraient peu à peu intégrables par le nourrisson. C'est ainsi que l'appareil psychique du bébé se construit dans l'intersubjectivité, à partir du contenant maternel transformateur. Cette contenance permet "de reconnaître de moi quelque chose qui est là que je ne reconnais pas".

A partir des travaux de Didier Anzieu sur les fonctions contenantes du Moi-peau, de nombreuses théorisations psychanalytiques ont vu le jour sur les contenants de pensée et sur les enveloppes psychiques, élaborées à partir de différentes spécialisations du moi-peau, qu'il s'agisse de l'enveloppe sensori-motrice, visuelle, sonore, tactile.

Nous garderons simplement en tête l'énoncé d'Anzieu : *"la peau enveloppe le corps; par analogie avec la peau, le Moi enveloppe le psychisme; par analogie avec le Moi, la pensée enveloppe les pensées. L'analogie est ici non une vague ressemblance, mais une correspondance terme à terme des éléments de chaque ensemble"*<sup>42</sup>.

La fonction contenante de l'accueil maternel n'est plus à démontrer dans son rôle structurant du psychisme du nourrisson. Tout aussi bien nous pouvons relever l'importance du corps en relation en tant que structure progressivement contenante, permettant ainsi tant le développement des fonctions psychiques que des fonctions corporelles.

<sup>40</sup> "Les contenants de pensée", Didier Anzieu, et al. Dunod, 1993

<sup>41</sup> Conférence "La fonction Contenante" donnée le 9/11/2015 par Denis Mellier au Département de Santé Mentale de Psychiatrie, HUG de Genève

<sup>42</sup> "Les contenants de pensée", Didier Anzieu et al. Dunod, 1993, p. 31

Le rôle contenant du thérapeute dans la relation thérapeutique individuelle est une des caractéristiques premières de sa fonction. Son cadre thérapeutique en sera le garant, sa capacité à maintenir le lien en sera l'expression.

### ***Et dans la pratique ?***

***La thérapie individuelle et ses contenants*** : Je souhaite témoigner de la richesse d'une vision transpersonnelle des troubles psychiques et psychiatriques abordés en thérapie psychomotrice, et donc par le corps. Il s'agit de voir, face à des personnes ayant des pathologies parfois sévères et invalidantes, comment une compréhension plus vaste permet de cerner des enjeux de sens et des manques inscrits au corps, sans se borner à une causalité descriptive, permettant l'accès à des zones de souffrance inexplorées jusque-là. Comment l'engagement mutuel dans le corps et dans le cœur offre de vivre une séance de thérapie comme une rencontre mobilisante en authenticité et en dévoilement. Comment des personnes difficiles d'accès, enfermées dans leur trouble, sont justement sensibles à une approche décentrée du mental et de l'intelligence cognitive, qui est à même de reconnaître des besoins archaïques ou précoces, en lien avec une faim inassouvie de reliance avec un "plus grand" inconnu et une recherche de sens à s'approprier plutôt que d'une causalité à "comprendre".

Cette approche thérapeutique qui est la mienne est donc issue de la pratique de la thérapie psychomotrice, de la psychothérapie et de la vision transpersonnelle de celles-ci. Le processus de changement qui permet de passer d'un état de contention à une capacité contenante me semble significatif de ces trois approches.

Un premier accueil me permet d'ouvrir l'accès à la désorganisation et à la confusion corporelle et psychique du patient, entre rétention et jaillissement de la plainte, entre auto-jugement et expression de la souffrance. Ma capacité à entendre et à ressentir dans mon propre corps fait office de contenant, c'est un contenant "externe" en la personne du thérapeute, qui "tient ensemble" tout ce qu'il prend en compte dans son accueil, tout ce qu'il parvient à valider comme vécu pleinement humain.

Le pas suivant sera probablement d'accompagner le patient dans la reconnaissance de ses modalités souffrantes, et de lui permettre de trouver les moyens d'y répondre pour les apaiser, par différentes propositions et techniques. Nous pouvons parler de la mise en place d'une première enveloppe psychocorporelle, où le patient "recouvre" un mieux-être, un soulagement et simultanément un relâchement tensionnel qui amène la détente. En même temps il "découvre" la dimension émotionnelle et psychique de son mal-être et commence à mettre en place une recherche de sens, à partir de ses sensations, de ses émotions et d'un regard différent qu'il peut porter sur lui-même. Nous pouvons parler d'une peau commune qui émerge dans la co-création patient/thérapeute.

La contenance advient ensuite comme un état d'autonomisation du patient qui a pu s'approprier ce processus de réparation. Je la perçois comme un état de différenciation progressive de la part du patient, entre ce qu'il est à même de conscientiser : de ce qui relève de sa souffrance psychique, de ses réactions émotionnelles, de l'inscription dans son corps de ses mouvements internes. De ce qu'il peut discerner dans sa souffrance comme relation à sa douleur. Cette conscientisation amène idéalement la personne à construire ou à retrouver une capacité d'intégration de sa façon d'être et de son histoire. Il s'agit bien d'une acceptation et d'une réappropriation de soi, de son corps, du sens qui l'habite. Nous

pourrions parler d'un "moi corporel suffisamment contenant" pour se reconnaître dans un sentiment d'être unifié, vivant, impliqué, capable de relation et d'autonomie, suffisamment souple peut-être pour reconnaître les aspects égotiques inhérents aux besoins de réalisation, suffisamment incarné pour en percevoir la qualité d'humilité.

**Le groupe thérapeutique et ses contenantants** : Le groupe thérapeutique est une autre manière de proposer la contenance. Elle est également liée au cadre du groupe, à la manière de l'animer et de faire de la place pour chacun. Selon la qualité de contenance en jeu, nous pouvons même parler d'ouverture, plus ou moins manifeste, à des aspects spirituels en même temps qu'à des aspects psychologiques.

Pierre Janin nous dit que la différence entre spiritualité et psychologie/psychothérapie est une question de regard différent : *"la première nous parle de notre dimension universelle, celle qui en même temps que nos semblables nous réunit dans un grand Tout, la seconde nous parle de notre vécu personnel, qui fait de nous de simples humains nécessairement singuliers"*<sup>43</sup>.

Or le groupe thérapeutique apparaît incontournable, pour mettre en travail la question de la relation à soi et à l'autre. N'est-ce pas dans le groupe, que nous pouvons faire ce pas attendu : faire la part de notre singularité psychologique, de notre forme psychocorporelle propre, et nous ouvrir à la reconnaissance de notre universalité ?

Le groupe peut être vu comme la matrice contenantante des singularités individuelles; c'est peut-être ce qui lui confère la capacité de réactiver en nous l'ouverture à la conscience collective et à la perception du plus Vaste.

Les théories qui sous-tendent les thérapies de groupe se réfèrent à la fois aux théories psychanalytiques et à la psychologie humaniste naissante du milieu du 20<sup>ème</sup> siècle. Elles s'appuient entre autres sur la fonction contenantante du groupe et sur l'importance des processus collectifs. En m'appuyant sur ma propre expérience vécue je tâcherai de montrer l'oscillation constance à l'œuvre dans la pratique, entre l'intention de contenir et la tendance à la contention, telle que j'ai pu la percevoir au sein de mon institution.

#### **1.4 Entre contenance et contention : une hésitation dans les groupes institutionnels**

Dans la pratique, les institutions psychiatriques ont généralement privilégié les approches groupales élaborées à partir des théories apportées par la psychanalyse et la psychothérapie verbale, analytique ou comportementale. La psychiatrie se réfère au paradigme médical du soin, et du soin effectué sur l'autre, ou "pensé pour l'autre". Elle laisse de côté les approches développées par la psychologie humaniste, et issues notamment de la Bioénergie, de la Gestalt, de l'Analyse Transactionnelle. Les courants issus du développement personnel, et de la thérapie transpersonnelle, se réfèrent à ces approches, et y puisent leurs pratiques, en se basant notamment sur une conception holistique de l'être humain. L'expérimentation psychocorporelle constitue le cœur de ces pratiques.

**Des groupes de parole, pourquoi pas, mais pour quoi ou pour qui ?** : Or, la perception que je peux avoir des thérapies de groupe en institution psychiatrique, française ou suisse, par ma propre expérience ou la littérature, me conduit à affirmer que l'accent est mis sur la

<sup>43</sup> "Artisans du Lien Vivant", Pierre Janin, Ed. Le Creuset de Meymans, 2011, p. 404

compréhension, l'explicitation ou la formulation dans les groupes verbaux, qu'ils soient à visée psychothérapeutique ou réhabilitative, ce qui conduit à une valorisation plus ou moins affirmée des processus intellectuels. Elles participent ainsi d'une forme subtile de ségrégation et à mon sens, induisent une forme de contention par la valorisation de la seule mentalisation comme organisatrice et porteuse de sens, au détriment d'autres modalités structurantes et expressives. C'est le règne de la pensée distanciatrice, dont Pierre Janin nous invite à faire "*le premier désapprentissage*"<sup>44</sup>.

**D'accord, on réfléchit...** : Toutefois les approches groupales ont le mérite de proposer un dispositif de soins qui permet de sortir du seul soin individuel, perçu en tant que système clos, et qui offre une palette de soins (groupes verbaux ou dits à médiation) pour l'ensemble des patients. Elles ont permis, ce qui reste essentiel, d'utiliser la dynamique de groupe pour mettre de la conscience sur nos réactions, tant dans la relation avec les patients que dans les équipes soignantes. Et donc de nous penser en tant que "*contenus dans un contenant*".

Mon institution a importé, sous l'influence du professeur Guimon, alors directeur du département de psychiatrie des Hôpitaux Universitaires de Genève, dès 1995, le modèle du "analysis group" ou thérapie analytique groupale. Le cadre de référence de cette pratique est essentiellement psychanalytique. Ce modèle a le mérite d'avoir un cadre pratique cohérent et structuré, une rigueur conceptuelle et méthodologique qui lui a permis de rester en vigueur jusqu'à nos jours. Il repose sur les théories de groupe proposées par W.R.Bion et S.H.Foulkes, et a permis d'introduire la pensée psychanalytique dans les institutions et d'affirmer l'importance de la subjectivité individuelle (voir en annexe). Cet étayage théorique m'a permis d'observer l'utilité et la richesse de la réflexion psychanalytique pour le travail groupal en milieu psychiatrique; mais à condition d'être conscient du risque de se satisfaire du paradigme de la primauté de la pensée au détriment d'une vision holistique de l'être humain; c'est dans ce contexte que se situe ma pratique et ma réflexion sur une perspective transpersonnelle du soin.

**Le groupe à médiation** : Ces espaces thérapeutiques utilisent des objets médiateurs ou des techniques médiatrices pour avoir accès à des phénomènes transitionnels. Ils sont utilisés dans les dispositifs de soin qui ne privilégient pas la parole comme unique mode de communication, et n'utilisent pas l'interprétation psychanalytique, mais bien les techniques médiatrices dans le respect propre à chaque technique. Ce sont les échanges en groupe qui sont privilégiés et qui ont une fonction de miroir et "sont l'occasion d'échanges identificatoires, par le biais d'échanges imaginaires".

*"Le groupe à médiation est un lieu de production, d'émergence et d'échange de représentations. Ces représentations ont un statut intermédiaire entre les représentations conscientes et les représentations inconscientes. Ils favorisent les liens entre processus primaires et processus secondaires, facilités par les supports d'imaginaires que représentent les objets médiateurs"*<sup>45</sup>.

C'est ainsi que le groupe de thérapie psychomotrice peut prendre place en tant que dispositif de soin, dans l'idée que seront exercées les fonctions psychomotrices (relation au corps, harmonisation tonique, relation à soi et à l'autre, développement des processus symboliques, manifestation régulée des émotions...) au mieux des possibilités de chacun, dans un contexte groupal contenant. Cependant dans la pratique j'ai eu souvent la

<sup>44</sup> Op.cit. p. 69

<sup>45</sup> "Le psychanalyste et le groupe à médiation", Claudine Vacheret, Revue Française de Psychanalyse, 3/1999, pp. 879/889

perception d'une ambiguïté subtile et masquée. En effet le corps peut être vu par les "spécialistes" (psychiatres/psychologues) comme un "objet médiateur", qui va donc favoriser les liens entre processus primaires et secondaires. Et reste limité à être un objet "pour", un facilitateur "de". En un mot, un corps utile et intermédiaire, utilisé "par défaut", mais au mieux, pour relancer la machine associative et élaborative défectueuse ou en panne. Et au pire, il faciliterait l'abréaction ou la décharge en passant par l'agi, empêchant ainsi la symbolisation et l'élaboration.

De même manière hiérarchisante ou sur un mode contradictoire, le groupe de psychomotricité ou dit à médiation corporelle peut être également entendu comme facilitateur de l'amélioration symptomatiques (se calmer, se relaxer et "gérer" l'anxiété) ou de la mobilisation physique ("stimuler" les apathiques et les dépressifs, donc soulager ou effacer les symptômes gênants ou invalidants).

Dans le cadre d'une formation aux soignants aux approches groupales, j'ai proposé pendant quelques années des groupes de psychomotricité, dans le cadre des approches dites à médiation, ce qui m'a permis de mieux discerner cette ambiguïté, qui repose probablement sur la résistance des soignants face à la place du corps dans le soin. Pour clarifier ma démarche, je préfère utiliser l'expression "groupe psychocorporel" plutôt que "à médiation corporelle", terme qui introduit à mon avis une séparation décidément clivante entre des accès dits nobles aux processus secondaires et des accès facilitateurs des processus primaires.

Cette conception nettement insatisfaisante et limitante selon moi, (que j'ai parfois perçue avec une légère et dissimulée condescendance parmi mes collègues formateurs en travail groupal) me fait chercher du côté de la théorie gestaltiste, une vision reliante et tellement plus respectueuse de la relation et de la personne, trop souvent identifiée à l'expression pathologique de sa propre souffrance. La vision thérapeutique gestaltiste, explicitée par P. Janin et J.-M. Delacroix, fait apparaître clairement le paradigme de l'interaction et des liens: de l'intrapsychique à l'interpersonnel, de l'inconscient au corporel, de l'invisible au manifeste, du singulier au collectif, de l'immanence à la transcendance...

Le groupe psychocorporel me semble porteur de toutes ces potentialités. J.-M. Delacroix parle de la constitution d'un fond groupal et de *"la dimension corporelle avec cette attention portée au corps comme fond donné"*. Il souligne l'intensité des affects mobilisés dès lors qu'il y a groupe *"il s'agit de phénomènes émotionnels intenses qui se jouent dans l'ombre de chacun, et d'abord dans la non-conscience le plus souvent. Mais à travers la non-conscience, ça passe, ça s'infiltré, ça touche l'autre, les autres, ça donne une coloration au groupe et des états d'âme à chaque individu"*<sup>46</sup>.

Une perspective à visée transpersonnelle permettrait alors de discerner dans toute la densité du vécu groupal des accès à d'autres dimensions de l'humain : je pense notamment aux aspects archaïques réveillés par le fonctionnement groupal, aux aspects rituels, et à l'accueil de la dimension spirituelle, en tant que contenants transformateurs. Ce sera l'objet de la deuxième partie de ma réflexion clinique.

---

<sup>46</sup> "La Troisième Histoire", Jean-Marie Delacroix, Dangles, 2006, p. 312

## 2<sup>ème</sup> partie : des expériences cliniques

### 2.1 Le corps, la dépression et l'angoisse

*"Lorsqu'il n'est pas occupé à naître, l'homme est occupé à mourir"*

*Bob Dylan, extrait de la chanson "It's alright Ma".*

La vie nous invite au changement, à la transformation, à l'évolution et à l'acceptation de l'impermanence. En cela les aléas et accidents de la vie peuvent être vus comme des invitations à faire l'expérience de perdre un certain état pour en gagner un nouveau. Je vais tenter de décrire ce que j'ai pu voir, apprendre, comprendre, ce que vivaient mes patients dans leur corps, emprisonnés comme ils le sont dans leur souffrance psychique et corporelle. L'approche transpersonnelle m'a permis de confirmer l'importance de la relation au corps propre comme indicateur précis de la façon d'être (ou de ne pas être) en lien avec soi-même. Elle m'a permis d'entendre et d'accueillir des zones indicibles de l'archaïque, des zones de confusion dans la recherche du Soi et les demandes du Moi. Elle m'a permis de continuer de répondre avec confiance et tranquillité dans l'invitation à exprimer la contention, dans la recherche de création de contenance.

**Un bras de fer pour refuser l'enfer :** Le corps occupe une place significative pendant la dépression. D'une part l'élan vital ne l'anime plus, il n'est plus qu'un habitacle machinal, lourd et pesant, parvenant à peine à satisfaire les besoins et les automatismes de survie. Il est un objet repoussé, voire haï. Il est plein de fatigues, de douleurs, il n'évoque que la peine qu'il donne, il n'est plus que le miroir de la souffrance infinie qui est là. Il n'existe plus, la rumination, l'enfermement dans le mental ont pris toute la place. La haine de soi et la solitude hantent le souvenir du corps autrefois vivant, dans une détresse infinie.

Le corps de joie, d'ouverture, d'amour, a été abandonné ou repoussé, il s'est éteint, il est dans une forme de mort.

La théorie psycho-dynamique "traditionnelle" parle d'un nécessaire remaniement de l'appareil psychique lors d'une perte avec deuil de l'objet, de retrait narcissique, avant que de pouvoir être suivi d'un réinvestissement objectal ultérieur. Elle nous parle d'un processus intrapsychique inscrit dans l'inconscient (qui n'inclut pas le moi corporel) et inscrit dans une mémoire biographique (qui n'inclut pas la mémoire périnatale ou prénatale).

La théorie des Matrices de Grof inclut totalement l'expérience corporelle, émotionnelle et sensorielle et les inscriptions de cette expérience dans la construction de la personnalité du fœtus, en lien avec l'environnement maternel. La matrice II est vue comme la matrice d'un enfermement progressif qui va conduire à un choix essentiel, vivre ou mourir : accepter de "tout perdre" en osant s'engager dans le canal de naissance, ou refuser et risquer d'être compressé et d'étouffer. La matrice III nous parle de la forme de cette lutte à la vie à la mort. De la manière dont nous naissons nous garderons un *pattern* ultérieur voué à se répéter dans toutes les situations critiques nécessitant un changement impliquant une acceptation, un lâcher-prise.

La dépression est caractérisée par un effondrement de la personne sur elle-même, une tristesse et une colère souvent inexprimées/inexprimables, pouvant aller jusqu'à la haine de

soi (et donc le suicide). L'épuisement est permanent, le corps est désinvesti et absent, la rumination désespérée et anxieuse est envahissante, totalisatrice, toute-puissante. La sensation et le sentiment n'existent plus. La personne est coupée de son élan vital de base, de la source de vie en elle. Il s'agit non pas d'un sentiment de désespoir, mais d'un état de désespérance qui apparaît sans issue aucune.

On peut parler d'un effondrement de l'ego qui n'arrive plus à tenir ses promesses de réalisation, face à un événement significatif de rupture de continuité. Il peut y avoir une perte d'étayage, par exemple lors du décès du conjoint, ou lors d'un licenciement ou d'un conflit relationnel. L'idéal du moi et l'image de soi sont menacés ou attaqués si c'est l'étayage sur l'extérieur qui est le garant d'un fonctionnement plus ou moins satisfaisant de la personne. Parfois c'est la réalisation matérielle ou la satisfaction de désirs projetés dans l'avenir, qui sont à l'origine d'une dépression, par la survenue inopinée d'une insatisfaction profonde et inattendue, d'ordre existentiel : émerge un manque de sens, qui ne sait pas se dire.

**Le voyage dans l'Ombre** : L'ego alors se contracte, tout comme le corps est contracté : il a peur du changement et reste dans la fermeture. Le moi est contracté par la peur, nous dit Moss. Il y a abandon ou perte du lien entre soi et le corps, soi et son cœur, soi et son âme, soi et le Soi, et l'origine de la souffrance réside dans cette coupure. C'est une coupure égotique. La blessure originelle se manifeste dans la forme particulière et propre à chacun d'abandon, de rejet, voire de dissociation, pour la personne en souffrance.

L'intérêt du positionnement transpersonnel est justement de pouvoir reconnaître l'existence de cette coupure pour la mettre au travail dans le champ de la relation thérapeutique. Ceci permet au patient (lorsque c'est possible...) de transformer sa propre vision de lui-même et de discerner progressivement la différence entre la douleur fondamentale qui l'habite et la souffrance de l'ego confronté à la nécessité de se modifier. Cela suppose de trouver en lui une capacité à se désidentifier de l'ego et donc d'être en contact profond avec sa propre conscience. Comme le dit Jean-Yves Leloup, citant Stephen Levine : "... *qu'est-ce que la souffrance, sinon notre façon de réagir à la douleur ?*", et en ajoutant : "*ou plus précisément, qu'est-ce que la souffrance, sinon notre façon d'interpréter la douleur ?*"<sup>47</sup>.

Le corps (c'est à dire non pas le corps en lui-même mais tel qu'il est investi et vécu par la personne déprimée) est alors incapable de répondre aux nécessités surmoïques et égotiques permettant la fonctionnalité du Moi. La seule réponse possible à cette involution est l'acceptation de cette forme de mort (apparence ou "niveau" de mort) et de la demande de régression cachée derrière le retrait et le non-mouvement. Dans cette régression parfois extrême gît un enfant, un nourrisson, un fœtus qui impose et fait valoir ses besoins d'amour et de sécurité à l'adulte, face à la difficulté du changement, qui bien sûr résonne avec tous les événements qui ont jalonné sa vie, ayant nécessité un besoin d'étayage et d'intégration. S'il a suffisamment conscience de l'état "nourrisson" ou "fœtus" de la personne, l'accueil maternant du thérapeute peut répondre à ces différents niveaux d'étayage par la présente contenant de son propre corps.

Nous l'avons vu dans le chapitre précédent, le passage d'un état à un autre est corrélé à l'existence d'une matrice. Il "suffirait" de créer ou d'offrir un contenant adéquat pour accompagner la nécessaire transformation qui se ferait d'elle-même (selon le mouvement

---

<sup>47</sup> "Manque et plénitude", Jean-Yves Leloup, Albin Michel, 2001, p. 123

de l'élan vital). Lorsque nous rendons au corps son rôle de contenant la transformation peut avoir lieu, comme une naissance se prépare dans une matrice sécurisée. Cette matrice, comme celle de notre naissance biologique et biographique, est à la fois charnelle et psychique, spirituelle aussi. Le thérapeute propose progressivement au patient de jouer un rôle actif dans la découverte de son propre contenant intérieur et d'être dans une ouverture réceptive en se nourrissant du lien d'amour thérapeutique (tel un cordon ombilical à 3 brins : corporel, psychique et spirituel).

***Le suicide, une confusion ?*** : Je vais évoquer mon expérience du suicide et le peu que je suis parvenue à en comprendre.

J'ai connu des patients qui étaient dans un degré de souffrance terrifiante, devant qui j'ai éprouvé une sorte d'horreur. Je n'imaginai que trop bien que la seule façon d'éteindre la souffrance était de se tuer avec elle. Le sentiment d'existence chez eux était devenu le sentiment d'existence de la souffrance, si agissante et toute-puissante qu'il n'y avait pas d'espace psychique pour une alternative autre. La plupart du temps, la relation à la tentation du suicide est évacuée ou banalisée, autant chez les soignants que chez les patients. La dimension de l'appel à l'aide est bien sûr entendue et très vite investie pour rechercher les réparations possibles. La relation à la mort est peu investiguée. Elle est comprise comme une forme d'auto-agression, de retournement de la pulsion de mort contre soi. Les patients qui ont vécu des "tentatives de suicide" en parlent peu et avec culpabilité, "j'ai fait une bêtise", malgré parfois une attirance morbide. "Je suis resté pour mes enfants" : la morale est présente avec sa connotation claire entre le bien et le mal, et donc avec le bien pour l'autre qui est un mal pour soi.

La vision transpersonnelle nous permet d'entendre quelque chose de plus : Le besoin de transformation qui passe par une forme de mise à mort de l'ego, et donc par une nécessité de lâcher-prise, avec un retour à l'intérieur de soi qui fait allusion parfois de très près ou de plus loin, aux états qui précèdent les changements de matrice selon Grof. C'est probablement là qu'une confusion existe : la menace de mort égotique n'est pas la menace de mort de l'individu, elle est une prise de risque au niveau de l'ego et une nécessité de séparation.

### ***L'angoisse, ou l'exil de soi***

*"Qui craint de souffrir, il souffre déjà de ce qu'il craint"*

Montaigne, essais.

La dépression nous parle d'une lutte intérieure, où le Moi ne sait plus se mettre en relation avec le monde extérieur car il est effondré. L'angoisse nous parle d'une forme d'expulsion violente hors de soi, où le Moi s'agrippe compulsivement au monde extérieur, car il est envahi par la peur et par le besoin de contrôler toute relation à l'environnement. Le mot angoisse vient du latin *angustia* qui signifie resserrement, défilé, passage étroit. Ce qui traduit bien les sensations très physiques de malaise, de contraction jusqu'au sentiment d'étouffement, que vivent les angoissés. Une série de manifestations neurovégétatives se mettent en place, qui correspondent à une suractivité du système nerveux autonome : tremblements, tachycardie, sueurs froides, boules à l'estomac ou à la gorge, oppression thoracique... On peut dire que le sentiment d'impuissance saisit le corps, en le contractant parfois jusqu'à la tétanie ou la paralysie. Le souffle diminue et prend la forme d'une dyspnée d'urgence, qui à son tour renforce le sentiment de mort imminente, et la paralysie du corps.

Cette forme d'escalade dans la contraction, bien sûr variable selon le degré d'intensité de l'état d'angoisse, est liée à un état intense de peur, classiquement énoncée comme "peur sans objet". Cette peur est en fait liée à un refoulement "réussi" des émotions, qui va mettre tout en œuvre pour que l'émotion elle-même n'émerge pas. Elle est accompagnée d'une hypervigilance de la pensée, qui va alors guetter les moindres signes corporels avant-coureurs de l'angoisse... et donc les provoquer.

Il est intéressant de remarquer le rôle joué par l'hyperventilation. Recherchée et déclenchée par les facilitateurs en Respiration Holotropique, elle est redoutée par les angoissés... qui perdent tout espoir d'appui sur la rationalisation et la mentalisation lorsqu'elle ouvre des espaces inconnus, donc menaçants !

***Une prise d'otage réussie...*** : Dans les formes d'intensité moyenne de crise d'angoisse allant jusqu'à la panique, on peut parler de la mise en place progressive d'un processus où l'activité mentale se soumet totalement à la peur, et où le corps va être pris en otage par la pensée qui va créer les conditions physiologiques validant le sentiment de mort physique imminente. On peut voir combien cette captation par le mental va happer le Moi et l'expulser hors du corps.

Les ressentis et les émotions profondes sont refoulés, d'une manière telle qu'on peut vraiment évoquer une perception d'exil de soi; une forme de dissociation parfois suffisamment ancrée de manière permanente qu'on peut parler d'une disparition de l'intériorité; toute activité intrapsychique, tout ressenti, toutes images et représentations internes sont bannies, en tout cas pendant les manifestations d'angoisse, voire à plus long terme si l'état d'angoisse perdure. En effet le retentissement du trouble panique (forme pathologique grave et installée des crises de panique) est tel dans la vie qu'il peut modifier profondément comportement et relations, mettant la personne qui en souffre dans une situation de dépendance parfois totale à son environnement, et en même temps dans une forme de toute-puissance puisque elle demandera une assistance sans limites. Cette escalade dans la peur et dans l'agrippement à l'autre s'autoalimente très vite, très longtemps parfois, parfois jusqu'à l'impossibilité d'y survivre.

***De l'angoisse de castration...*** : D'un point de vue psychodynamique courant, l'angoisse nous parle de l'impossibilité de la séparation de l'objet, de l'impossibilité de l'acceptation de la finitude et de la peur de la mort, qui ramènerait la personne à l'angoisse oedipienne de la castration, induisant obsessionalité et besoin de contrôle. Freud dans sa 2<sup>ème</sup> topique parle de l'angoisse comme d'un signal de danger lié au conflit intrapsychique. Cette notion de danger est bien présente dans la clinique, car la menace de perdre est toujours imminente : perdre le contrôle, perdre l'autre, perdre le souffle, perdre la parole et le geste.

***...A la peur de perdre ce que je n'ai pas eu?*** : D'un point de vue transpersonnel, il est aisé d'entendre un niveau plus archaïque de l'angoisse, qui évoque l'impossibilité de sortir de la fusion primaire et de se différencier. Le sentiment d'absence de l'autre est insoutenable et peut aboutir à la terreur, une terreur sans mots et sans images, qui ne peut être dite ni représentée, et donc aboutit à une forme de cramponnement, d'agrippage à autrui sans rythme ni structuration possible. Parfois c'est le développement et la construction psychique toute entière de la personne qui est soumise à l'injonction de présence d'autrui, et conditionnée à développer tous les artifices d'accrochage possible, sans réelle autonomisation interne.

Le besoin de contrôle du temps devient une impossibilité à vivre dans le présent, une forme de fuite permanente dans l'urgence de l'action, l'attente anxieuse du moment suivant, une tentative de calmer la tentation par l'action, qui demande instamment à passer à l'action suivante. La terreur de la mort est en lien avec l'impossibilité de vivre, car il n'y a pas de maintenant et pas de contenant interne pour soi. Soi n'existe pas autrement qu'au sein de l'Autre de manière indifférenciée, l'Autre ne peut être Autre car l'altérité n'existe pas, n'a jamais pu exister ou ne peut plus exister.

Nous sommes dans la configuration de l'ego qui se confond avec la peur. La pensée de la peur amène la peur, et la peur de la peur est constante, ramenant à son tour l'anticipation anxieuse de la peur. La peur devient une prison impossible à pénétrer, comme il est impossible de rentrer dans sa maison si on en a perdu les clés. Toute intériorité devient impossible, il faudra vivre par procuration, par soumission à l'autre, à sa présence, ou dans l'exigence de la présence de l'autre. Bien sûr de nombreuses personnes angoissées gardent leur Moi et leur monde intérieur, même si ce qu'elles vivent dans les moments de panique est un état momentané d'exil de soi. Cette évocation des formes graves du trouble panique permet d'éclairer comment la coupure d'avec le ressenti émotionnel est "incorporée", durablement, au sens d'un état de contraction global et diffus qui envahit le corps tout entier, au profit de l'ego dominateur et contrôlant à la fois l'enfant terrifié et l'adulte

La réflexion sur les contenants nous permet de faire des hypothèses sur ce qui a fait défaut, dans le sens d'une fragilité structurelle au cours du développement. Dans la dépression caractérisée par l'effondrement du Moi sur lui-même, nous avons évoqué la perte en tant que révélateur d'un niveau égotique de réalisation du Moi; elle réclamerait pour être accueillie un contenant d'un niveau d'accueil correspondant, pour permettre un lâcher-prise. Ce lâcher-prise entendu comme signifiant d'une reddition de l'ego, aboutit alors à une délivrance, une renaissance de l'ordre de la matrice IV selon la cartographie de Grof. Il "suffirait" alors d'offrir un contenant adéquat pour donner les conditions du lâcher-prise. Dans l'état d'angoisse, il semblerait que le défaut de contenance se situe à l'origine de la création du Moi et de la subjectivation de la personne, lors des processus de défusion/séparation d'avec la mère.

Nous sommes dès lors dans la nécessité d'un travail de création d'une peau commune contenant, de devoir établir un processus de psychisation d'une enveloppe jusque là étayée sur le monde externe, et souvent sur ses aspects concrets. Tâche délicate, subtile et souvent limitée en raison du niveau bien archaïque d'un Moi fragile et insécure.

Les histoires cliniques qui vont suivre nous permettront de voir comment un processus de "guérison" peut advenir, étayé sur une expérience "d'ajustement créateur" thérapeutique. Nous savons que c'est par l'expérimentation que le changement peut se faire; la conscience de ce changement venant par surcroît...

## 2.2 Le corps dans le huis-clos contenant de la relation thérapeutique

### ***Rencontre avec Maria***

Maria a 45 ans, elle est bolivienne, aînée de 10 enfants, venue en Suisse où elle vit clandestinement depuis 10 ans. Ce qui ne l'empêche pas de payer des impôts, une assurance maladie, car elle travaille en règle comme femme de ménage ou à tout faire, de façon acharnée pour s'en sortir. Elle se marie avec un portugais, ce qui lui permet d'avoir un permis de séjour. Cependant un mois après elle subit un accident de travail avec la tondeuse de sa patronne et a trois doigts sectionnés. Son nouveau mari part en voyage dans sa famille au Portugal alors qu'elle est hospitalisée, elle se sent alors effondrée et très seule, il réagit mal à ses appels téléphoniques désespérés. Après une reconstruction chirurgicale partielle elle est adressée en psychiatrie en raison de son état dépressif et de ses cauchemars.

Maria se tient droite mais tendue, son visage est crispé et ses yeux à demi fermés donnent le sentiment qu'elle est absorbée par ses pensées. Elle est vêtue de vêtements noirs, moulants, avec nombreux accessoires brillants, des talons hauts. Elle est maquillée... jusqu'au bout des ongles et de ses doigts mutilés.

Elle découvre dans le travail de relaxation avec moi une détente et un apaisement nouveau, un endroit d'elle où elle n'est plus dans le conflit ou la contrainte. Sa parole se détend, elle me raconte une vie difficile et pleine de résilience : elle faisait de la contrebande de fruits en Argentine, conduisait un camion, se sentait fière d'être femme et forte dans un milieu masculin, elle était amoureuse d'un homme qui allait devenir son mari même s'il la battait. Enceinte de plusieurs mois, elle est emprisonnée dans une minuscule cellule et torturée à la goutte d'eau : elle a en effet protégé la fuite de son mari qui a provoqué la mort d'une personne dans un accident de voiture et elle n'a pas voulu dire où il se cachait. C'est une femme du village qui entend ses appels au secours depuis le soupirail de sa cellule qui la fait libérer !

Une séance en groupe me fait découvrir un aspect d'elle très joyeux, elle rit et s'engage corporellement avec plaisir, elle me dit le plaisir qu'elle a de retrouver des relations avec d'autres personnes, qui réveillent des souvenirs de la vie communautaire de son enfance. Elle se montre alors vivante, émouvante, parle de redécouverte de la légèreté.

Malheureusement, les conflits avec son nouveau mari continuent car il ne supporte pas de la voir "diminuée", "handicapée". Au niveau social sa situation est bloquée car elle désire continuer à travailler mais ne peut pas, elle est très gênée par sa main droite, qui a perdu sa sensibilité, qu'elle cogne et accroche constamment, et elle n'a pas droit à une pension d'invalidité partielle. Elle se sent refusée partout, sans avenir. Elle parle de haine de soi, voit sa vie comme une suite de problèmes sans fin, elle voudrait en finir, évoque la mort comme solution.

J'imagine en elle une très grande solitude, une habitude à être seule dans la douleur, avec, pour y répondre, une nécessité de s'accrocher à une image d'elle impeccable, et un grand besoin de respectabilité. La situation de Maria me parle de perte brutale : de son intégrité physique concrète, de ses capacités de résilience par sa combativité au travail, de sa fierté à se débrouiller seule. On peut évoquer une atteinte de l'ego qui n'a plus les moyens d'un équilibre difficilement atteint auparavant, qui ne peut plus se réaliser dans une progression matérielle et affective.

La lente descente en soi en relaxation en présence de l'autre, l'amène dans un état inconnu de sécurité et de paix qui lui font sentir des qualités de connexion et de présence à elle-même, amoureusement dirais-je. C'est là qu'elle mesure son insatisfaction et accède à sa souffrance, qui revient en boomerang dans la violence contre elle-même.

Dernière séance avant de se quitter : Maria me parle de son sentiment de rejet. Elle est retournée vers la riche famille qui l'employait, a retrouvé dans le jardin toute une zone sombre où son sang qui a coulé n'a pas été nettoyé, sa blouse de travail déchirée et ensanglantée. Les gens qui l'employaient ont détourné le regard et n'ont pas répondu à son bonjour. Revient en elle un épisode où une employée portugaise dans la même famille, jalouse d'elle, menace de la dénoncer, la frappe, arrache tous les plants du jardin qu'elle venait à peine de planter... Dans un français mélangé d'espagnol et difficile à suivre, Maria me parle également de son sentiment d'avoir ouvert quelque chose de différent en elle. Grâce à moi, dit-elle, elle se sent "elle-même et autre", même si la haine de soi et la honte la submergent parfois; elle a retrouvé l'envie de vivre, et une joie difficile à expliquer en mots. Elle ajoute qu'elle a compris beaucoup de choses avec moi et qu'elle voit la vie différemment.

*Comment entendre ce qui s'est passé ?* Certes j'ai offert à une femme traumatisée par une perte brutale de son intégrité corporelle, un espace d'accueil sans jugement pour raconter son histoire et construire une représentation chargée d'affects et de sens de son vécu.

Certes j'ai offert en réponse à cette femme qui a donné sa chair et son sang pour travailler, un étayage concret pour poser son corps, et le vivre dans un relâchement qui la ramenait à un sentiment d'unité profonde, là où la mutilation n'existe plus. Mais on peut constater qu'elle vit effectivement une adversité difficile à entendre dans notre monde de sécurité matérielle et relationnelle : elle perd son nouveau permis de séjour si elle divorce de son mari, sa capacité à s'en sortir est réellement menacée par son handicap de la main droite, ce qui l'empêchera de travailler. Elle ne trouve aucun soutien auprès de la famille qui l'a employée pendant 7 ans, l'assurance ne veut rien lui donner pour son handicap. L'avenir est donc difficile à envisager. Et pourtant quelque chose s'est passé : nous essaierons de trouver des éléments de réponse auprès du transpersonnel.

*Un premier niveau de réponse réside dans la proposition de travail psychocorporel que je lui offre :* La relaxation est proposée comme un accueil chaleureux et contenant. Accueil de la personne telle qu'elle est dans sa forme psychique et physique : elle choisit elle-même sa position sur le matelas, elle est invitée à s'offrir le meilleur confort possible. La dimension chaleureuse est amenée par mon propre contact, le timbre de ma voix, ou mes invitations à ressentir le poids ou la consistance du corps, la respiration... souvent un apprentissage de l'alphabet du langage du corps est nécessaire : cela demande d'apprendre ce qu'est le senti corporel, ou l'éprouvé corporel, dans sa traduction très concrète et sa localisation dans le corps. Cet "alphabet de base" devient alors le support à l'élaboration : il permet l'émergence de l'émotion, des affects, des visualisations, des souvenirs et des associations.

La dimension contenantante me semble liée à l'attention que je porte aux points d'appui et à la capacité relationnelle et affective de la personne à les investir : à sentir confiance, sécurité et quiétude, comme elle pourrait investir un contenant maternel, ou à le découvrir, voire le re-découvrir. J'attache beaucoup d'importance aux points d'appuis pour leur richesse évocatrice, symbolique et métaphorique en lien avec la construction ou reconstruction de l'étayage, d'abord en lien à la mère puis intériorisé dans le lien à soi.

Mais l'activité de perception sensorielle active et de découverte des points d'appui, du degré de pesanteur qui y est lié, me paraît primordiale : elle permet le vécu de l'état tonique du corps et prépare l'apparition de la notion de contenant, par l'émergence du vécu de l'enveloppe corporelle. Le vécu d'être *aussi* un contenant pour soi-même amène une grande sécurisation : si j'ai une limite (investie sensoriellement et affectivement) je peux découvrir un noyau, ou centre de moi-même, et m'y glisser en toute sécurité pour l'explorer.

La perception puis la conscientisation de la respiration et de sa dynamique en permet la modification par la voie du relâchement ou de l'amplification : une ouverture est déjà en œuvre chez la personne qui prend une place active dans l'écoute de ses processus corporels, précurseurs d'autres processus : émergences émotionnelles, mise en sens, intégrations successives...

*Cependant la dimension transpersonnelle de l'accueil thérapeutique est également présente en moi* : Par celle-ci j'entends la possibilité d'offrir un espace à la partie blessée jusque dans sa dimension archaïque, tout en accueillant sans jugement la lutte égotique des résistances actives de la personne.

Maria est allée en elle, là où le lien avec elle-même a pu se recréer. Un lien d'amour sans condition comme j'imagine qu'elle a pu le sentir dans le lien avec moi, comme j'imagine qu'elle a pu le vivre toute petite avec sa propre mère. C'est l'endroit où elle s'est retrouvée dans une totalité d'être, et donc de calme profond. Retrouver ce lieu lui a permis sans doute de faire un accueil différent à sa honte et à sa colère impuissante de perdre ses doigts de travailleuse résiliente. Même si la résistance impitoyable de son ego lui fait apparaître dans les événements de sa vie qu'elle a tout perdu et qu'elle est fichue.

D'autre part, je peux imaginer une autre caractéristique de notre lien. Maria a eu besoin d'évoquer son passé de femme fière et qui tenait tête aux hommes, et de me montrer comment sa féminité a été blessée au cours de sa vie et dorénavant humiliée devant un mari angoissé par sa perte de doigts, qui devient rejetant. Maria me met en présence de la rupture de l'équilibre entre pôle masculin et pôle féminin en elle; ce faisant elle s'appuie sur ma capacité d'être femme capable d'amour, tout comme elle a agi comme femme d'amour en protégeant son mari irresponsable en fuite... Cette intimité dans notre entente lui permet probablement de sortir de l'emprise égotique pour s'ouvrir à une acceptation plus vaste, de la condition humaine féminine dans laquelle nous pouvons nous retrouver.

Et peut-être, nous trouver dans un lieu plus profond. Depuis mon positionnement thérapeutique intérieur, et depuis le cœur blessé de cette femme qui m'offre tant d'elle. En effet je n'ai rien "fait" qui ne serait déjà présent dans n'importe quel accompagnement thérapeutique psychomoteur. Mais je n'ai rien "fait" non plus pour "être" ou pour vouloir "être" avec elle, mais il semble bien que cela "était".

Maria s'exprimait avec un accent très fort dans un langage difficile à comprendre, pauvre en vocabulaire. Ses vêtements voyants et moulants dissimulaient peu son état tensionnel, son maquillage pesant effaçait la beauté sombre de ses yeux. Une distance pouvait être là, entre deux mondes, celui de l'immigrée clandestine qui se bat pour sa survie malgré les mauvais traitements et le mien, celui d'une professionnelle nantie exerçant dans l'un des pays les plus riches de la planète.

Et pourtant nous trouver a été possible, peut-être justement parce que je n'ai rien fait ou demandé, en dehors de mon activité d'accueil et d'écoute pour nos deux corps. Et que Maria s'est ouverte dans ses pleurs ou sa colère, comme dans sa joie de vivre retrouvée. Mon silence a permis à sa parole et à son corps de se relier à son élan vital.

### **Rencontre avec Fabien**

Fabien a 26 ans, il vient de sortir de la prison où il lui restait 10 mois à purger car il est coupable d'un acte de pédophilie. Sa peine est commutée en obligation de soins psychiatriques ambulatoires, en raison d'un TOC sévère, de phobies multiples, de crises d'angoisses invalidantes. Il est suivi par une psychologue, qu'il a beaucoup investie, par la psychiatre, par un infirmier et par moi-même de façon hebdomadaire. Il est assidu à tous ses rendez-vous. C'est un grand gaillard aux gestes contrôlés, aux mâchoires contractées, avec des yeux vifs et mobiles, mais qui parle facilement, d'une voix retenue dans la gorge.

Nous sommes en décembre. Notre première rencontre met à jour l'importance d'un syndrome de stress post-traumatique très actif. Nous sommes dans mon bureau, j'ai laissé la porte grande ouverte pour qu'il voie qu'il y a une issue pour sortir si un danger est là. Ses yeux scannent l'environnement, comme il le dit, il a une hyperacousie<sup>48</sup>, il sent bien dans son corps qu'il est prêt à réagir et à se battre si le moindre déplacement incongru, le moindre geste brusque de ma part se passait. Nous ne nous sommes pas serré la main : Fabien ne supporte pas le toucher. Je suis attentive à la lenteur de mes gestes, au débit de ma voix, à mon placement bien en face de lui, à l'amplitude de ma respiration.

Grâce à cette attention mise sur les signaux corporels de danger qu'il a en quelque sorte incorporés, le dialogue s'engage. Fabien est content de parler de lui et de sa lutte constante contre les douleurs de son corps contracté, l'irruption des flashbacks, les cauchemars à répétition pendant la nuit qui le laissent en nage, épuisé. Ses journées se passent chez ses parents, il analyse chacune de ses activités dans le but d'éviter les crises d'angoisse. Il parvient petit à petit à reprendre la voiture (si ses parents ne sont pas loin pour reprendre éventuellement le volant), il fait un peu de cuisine, il souhaite pouvoir retourner au chenil de la SPA où il promenait un chien dans la campagne loin de la ville. De lui je sais seulement qu'il était un excellent joueur d'escrime, il me raconte comment son hypervigilance se transformait dans un état de concentration et de sentiment de présence extrême.

Fabien peut décrire de façon saisissante comment son monde interne est vite envahi par les stimuli extérieurs : sentiment au supermarché de se faire engloutir, d'être "noyé" parmi les pots de yaourts avec les signaux de couleur répétitifs. Voitures et vélos qui tourbillonnent autour de lui dans un carrefour en ville; tout ce qu'il vit comme une surstimulation déclenche inmanquablement une crise d'angoisse. Il raconte également comment il peut se scarifier ou se gratter au sang, ou s'arracher les ongles des pieds, pour se faire mal et trouver comment stopper l'angoisse par la douleur physique quand la tension est insupportable. Il me parle aussi, brièvement, de la vie en prison, qui lui est apparue plus supportable que la vie "dehors" : en effet, dit-il, "là-bas c'est la jungle, c'est le combat permanent pour la survie, on est dans l'essentiel". Je l'entends comme une mobilisation dirigée contre la réalité extérieure menaçante, qui légitime le sentiment de danger et mobilise l'angoisse de manière utile.

---

<sup>48</sup> Hyperacousie : développement extrême de la sensibilité auditive

Fabien vient très régulièrement à nos séances. Petit à petit il apprivoise son corps. Il apprend à sentir des points d'appui pour s'ancrer, parvient à bailler, sa respiration descend jusqu'au diaphragme qui reste bloqué. Il ne peut toujours pas fermer les yeux. Un moment important dans notre travail : il accepte finalement de s'allonger par terre pour assouplir le déroulement de son bassin et détendre ses jambes en les posant contre le mur.

Nos échanges sont plutôt détendus, car Fabien a de l'humour et parvient à sourire par moments. Il reste très focalisé sur la lutte contre l'angoisse mais commence à reconnaître qu'il parvient à vivre quelque chose de bon par moments dans nos séances. Mais face à une proposition de ma part de travail corporel nouveau, ou dans un échange verbal, il rencontre fréquemment soit une pensée, soit une sensation qu'il associe immédiatement à une pensée, qui l'arrête et le bloque. La tension est perceptible, Fabien se contracte. Si je lui demande ce qui se passe, la réponse est invariablement "ça fait revenir ce qui s'est passé". Il fait allusion à l'abus sexuel qu'il a subi à 9 ans, au-delà duquel il dit ne se souvenir de rien de son enfance. C'est le signal pour me dire qu'il va sentir l'angoisse monter et qu'il faut qu'il trouve un évitement immédiat à cette situation.

Nous sommes en avril. Fabien vient me voir après une séance de rencontre avec une psychologue du service d'allocations pour personnes handicapées. Il me décrit sa grande panique avant le rendez-vous, me dit qu'il s'est effondré mais a réussi "à tout raconter" car il se sentait entendu et accueilli, et a senti un grand soulagement après. Il enchaîne en me racontant comment la police est venue le chercher dans son club d'escrime lors de son arrestation d'il y a un an. Il est alors face à une policière, il raconte ce qu'il a fait (l'abus qu'il a fait subir). Il ajoute pour moi qu'il cherchait dans cet acte une réponse à quelque chose, sans savoir quoi. Et tout à coup face à la policière il comprend : il fait le lien entre son propre abus et celui qu'il vient de commettre. C'est un soulagement énorme, c'est la première fois qu'il peut sentir du sens dans sa vie. Il poursuit en décrivant l'état de calme qu'il vit pendant cette garde à vue, et que je perçois visiblement maintenant en lui : c'est la première fois qu'il est vraiment à l'intérieur de lui "en entier", et ce pendant qu'il décrit quelque chose d'essentiel dans sa vie.

Quelque chose change alors à partir de cette séance. Fabien investit davantage son corps et écoute son ressenti. Nous allons travailler très simplement avec des temps d'étirements, des temps de relaxation, des temps de partage centrés sur ses propres découvertes autour de son corps qu'il peut désormais calmer, ou mouvoir avec une perception accrue de liberté grandissante. Je peux désormais lui suggérer des petites activités, comme se caresser les mains en se focalisant sur la main émettrice ou la main réceptrice, ou pratiquer des automassages. Ou encore l'inviter à vivre des postures différentes. Fabien est attentif à son ressenti et l'exprime avec finesse.

*Que nous apprend le travail avec Fabien ? Quel rôle pourrait jouer la compréhension transpersonnelle de son accompagnement ?* Nous l'avons vu, l'angoisse comme exil de soi hors du corps et de la conscience est bien présente chez Fabien, même si d'autres états de conscience commencent petit à petit à apparaître. Fabien nous apprend combien il a besoin de porter toute son attention sur lui-même, de guetter le moindre signe de défaillance de sa pensée ou de son corps. Fabien n'entre en relation que pour parler de lui et de la gestion de sa vie. Il n'a de relation qu'avec ses parents, très présents, et ses soignants réguliers. Il est bien sûr hors de question d'évoquer la sexualité, ou ce qu'elle a été pour lui, tout comme il

est hors de question d'évoquer une enfance qui n'existe pas dans sa mémoire : ce qui lui permet de signifier comme point de départ de sa vie le traumatisme désigné de ses neuf ans. Nous sommes bien dans un sentiment de prise d'otage du corps, d'absence d'affects et des émotions liées aux relations, d'une focalisation constante de la pensée qui se traque elle-même, objet de son propre contrôle.

Fabien a évoqué la prison comme un endroit fermé et paradoxalement sécurisant, puisque les règles concernant la survie sont claires, dit-il. On peut dire que les règles du "jeu" sont posées à l'extérieur de lui, et que le contrôle appartient à l'environnement dont il est captif. En ce sens on peut aisément concevoir que la détention pénale (la surveillance, le rétrécissement extrême de l'espace vital, la répression en cas d'expression personnelle de révolte ou de mal-être, le danger permanent des agressions entre codétenus) est une façon de procurer une contention probablement efficace pour lutter contre l'état d'angoisse installé et permanent de Fabien.

Je fais facilement l'hypothèse d'un niveau archaïque d'un défaut de contenant chez Fabien, avec un Moi menacé de dissolution ou de morcellement, en lien avec cette coupure mnésique totale, cette disparition d'activité psychique liée à l'enfance, à l'impossibilité de Fabien de sentir son état d'enfant.

Et pourtant, dans un espace suffisamment sécurisé et ritualisé, Fabien me permet d'être en contact avec lui. Il se montre suffisamment disponible au travail corporel pour que petit à petit quelque chose de l'ordre de l'intériorisation du contenant se mette en place. La perception des appuis, le relâchement du visage et des mâchoires dans les bâillements, les étirements du corps, l'acceptation du travail en position couchée, témoignent de la lente apparition et de l'appropriation de Fabien d'un espace ressenti et conscientisé, hors d'atteinte d'un ego tyrannique. Je commence à percevoir dans mon propre corps des sensations dont je peux faire état à Fabien, dont il peut se faire l'écho; signe qu'un processus d'informations réciproques peut avoir lieu dans notre champ relationnel, et que le lien existe entre nous, à un niveau moins conscient et moins contrôlable.

Nous sommes donc dans une forme de création de contenance par la suffisante sécurité du lien et de la mise en place de sensations non intrusives, peut-être potentiellement nourrissantes pour un moi plus conscient. La tranquillité intérieure me permet d'entendre la fragilité du Moi de Fabien et de tisser brin après brin une enveloppe sensorielle avec lui. La menace d'effraction du Moi ou d'envahissement qui l'effraie tant n'a pas prise sur moi car le positionnement transpersonnel me fait entendre la continuité qui peut exister entre contention et contenance, continuité qui permet un passage entre la contention forcée et venue de l'extérieur de soi, à une contenance choisie et créée à l'intérieur de soi.

### ***Rencontre avec Rachel***

Rachel a 43 ans. Elle est grande, plutôt forte, elle parle d'une voix précipitée, avec le regard fixé ailleurs. Elle me raconte rapidement pourquoi elle est là. Elle fait des attaques de panique et des crises d'angoisses répétées depuis un accident qui s'est produit dans la famille où elle travaille comme nurse d'enfants. Elle garde deux fillettes, l'une de 5 ans, l'autre de 2 ans. Celle-ci fait une fausse route pendant son repas et devient cyanosée. Rachel a le réflexe de la retourner et de la suspendre par les pieds, ce qui libère la fillette. Rachel passe ensuite un long moment avec les deux petites filles dans les bras.

Elle me parle de son étonnement et de son immense déception quand la mère rentrée du travail, n'a pas fait grand cas de cet accident et n'en a plus parlé ni remercié Rachel. Rachel informe également sa hiérarchie qui reste indifférente. Rachel s'effondre et est en arrêt maladie : elle n'arrive plus à se lever le matin, ni à sortir de chez elle tant les crises d'angoisses sont fortes. Elle me raconte ensuite qu'elle veut démissionner de l'organisme pour lequel elle travaille : pas de soutien hiérarchique, des horaires épuisants, le sentiment d'être exploitée et déplaçable sans explications. Elle insiste beaucoup sur son sentiment de manque de reconnaissance, elle qui a tout donné à son travail depuis des années, exprimant à la fois désarroi et frustration intenses.

Pendant qu'elle parle, son débit s'accélère, sa respiration, déjà haute, est saccadée, elle se met à trembler, comme happée par la souffrance : elle est ailleurs et la crise d'angoisse est en train de monter. Elle n'est plus en lien avec moi, elle est prise dans un tourbillon mental vertigineux, perceptible dans la tétanisation de ses membres, l'immobilisation de sa posture, la menace d'une suffocation respiratoire. Rachel est en train de débiter une attaque de panique.

Je me rapproche d'elle et lui demande alors de me raconter à nouveau comment elle a pris les fillettes dans les bras. Je lui demande de fermer les yeux, je la guide pour qu'elle respire en visualisant son souffle. Je commente d'une voix lente et tranquille comment, en sentant le souffle, elle laisse passer la vie en elle, dans son ventre. Je me lève alors et je viens derrière elle, je pose mes mains sur ses épaules tout en continuant de lui dire combien son comportement a permis à la petite fille de retrouver son souffle, et de laisser revenir la vie. Ce faisant je l'attire doucement vers moi, elle se laisse aller, s'appuie contre ma poitrine, je respire profondément aussi.

Rachel se relâche, s'apaise. Elle est très émue et me parle de sa mère qui était rejettante et maltraitante. De ses deux filles à elle, dont l'une, adoptée, s'est révélée handicapée profonde. De comment elle les aime et ferait tout pour elles, et "surtout pas comme sa mère".

C'est une première séance, Rachel repart avec un grand sourire. Elle découvrira dans les séances suivantes le contact avec son corps, dans la détente ou le mouvement. Elle me dira qu'elle a retrouvé le plaisir d'être femme, d'être mère, elle se sent "comme une fleur sur le point de s'ouvrir". Dans les semaines qui suivent Rachel reprend contact avec la famille qui la remercie enfin; avec l'assistant social qui l'assiste dans une entrevue avec sa RH, elle entrevoit la possibilité de se former pour travailler en crèche, toucher le chômage en négociant son départ.

Tout n'est pas résolu bien sûr, Rachel connaîtra par la suite d'autres épisodes anxieux, d'autres moments difficiles. Cependant elle me dit "qu'elle n'a jamais été aussi loin à l'intérieur d'elle" et qu'elle a enfin senti ce qui s'était passé entre sa mère et elle : "je ne voyais pas à quel point ça avait des conséquences sur mes choix" me dira-t-elle.

*Comment comprendre cette séance à la fois simple et dense, ce passage si rapide entre un état si symptomatique et un apaisement soudain qu'on pourrait qualifier de "magique" par sa rapidité même? Tout d'abord il convient de se rappeler qu'il s'agit d'une première rencontre.*

Nous savons combien les premières rencontres sont décisives par le champ relationnel qu'elles ouvrent, permettent, et délimitent également.

D'autre part nous sommes dans un champ d'intensité particulière, en raison de l'état d'ouverture que j'ai mentionné auparavant : ouverture liée à la désorganisation interne et le besoin d'aide, que manifestent des personnes en souffrance qui sont dans une forme d'état d'urgence de réponse. La psychomotricienne que je suis est à même de prendre en compte bien sûr la manifestation corporelle de l'angoisse de Rachel et d'y répondre par une réponse corporelle, c'est-à-dire par une mise en jeu relationnelle de nos corps, par l'accompagnement et la mise en résonance.

Une réponse "classique" aurait été de proposer la voie de l'apaisement : mettre l'accent sur l'invitation à retourner dans le corps, avec une focalisation sur la respiration, le relâchement musculaire, le renforcement de l'ici et maintenant. C'est une réponse qui permet de vivre (et souvent de découvrir pour la première fois) une alternative à l'escalade de l'angoisse qui alimente elle-même l'hyperventilation. Toutefois je me laisse guider par une intuition singulière qui m'offre une visualisation, de prendre cette femme dans les bras. Dans cet espace inconnu et non-borné de cette première rencontre, j'ai probablement plus d'audace et de liberté pour laisser libre cours au ressenti de l'instant de ce lien naissant où tout, ou presque, semble possible, sans doute à la mesure de la détresse et de la marge de "folie" qui ouvre ce champ neuf.

Dans une même séquence Rachel est amenée à vivre plusieurs espaces à la fois. Je l'invite à se remémorer ce temps fort de sa vie, qui a cristallisé en elle tant de significations. Je l'invite à entrer dans son souffle pour qu'elle se remette en contact avec son principe vital. Je l'invite à reconnaître dans un récit héroïque, se vivre comme la sauveuse de la petite fille, et en même temps je l'invite à être la petite fille qui retrouve son souffle, dans mes bras sécurisés. Le temps fort et essentiel de revenir au souffle permet ce télescopage entre les identités de mère et d'enfant, de passé et de présent, dans un même vécu: être de nouveau vivante par la grâce de l'amour maternel.

Le ton de la suite de la thérapie est lancé : Rachel prend conscience du contact avec la petite fille mal maternée qui agissait en elle, retrouve le souvenir et le sens de sa trajectoire de vie en lien à l'amour blessé, à la défaillance maternelle. Dans le déroulement de cette séance avec Rachel, on pourrait parler du processus thérapeutique comme d'une condensation. Condensation au sens psychanalytique courant qui parle des rêves comme d'un langage condensé renvoyant à plusieurs contenus. Je vois dans cette séance une condensation thérapeutique qui permet d'opérer à différents niveaux. Il y a l'acte héroïque qui peut prendre place dans un récit, inscrivant ainsi l'engagement de Rachel dans une universalité de valeurs. Il y a la validation de la valeur professionnelle de l'adulte, reconnaissance de la toute petite fille et de son agissement souffrant, il y a possibilité de la reliance avec la bonne mère, la validation de l'identification à celle-ci. Nous voyons à nouveau la puissance du processus d'étayage, de la patiente qui se laisse poser sur mon propre corps, et aussi de l'autoétayage résilient qui permet à Rachel d'être aussi en elle de manière différenciée en découvrant sa capacité à trouver le contenant adéquat que je représente, pour enfin respirer par elle-même.

L'approche transpersonnelle nous encourage à pratiquer cette condensation basée sur la modification de l'état de conscience, à prendre appui sur nos perceptions les plus fines, à faire confiance aux visualisations qui émergent depuis la respiration et l'élargissement de la

conscience, à écouter comment le lien s'inscrit dans notre cœur et le met en mouvement, en marge de toute rationalité, de toute "bienséance thérapeutique" qui voudrait que le thérapeute ne soit pas "tant" impliqué.

### 2.3 L'enveloppe groupale, du singulier au collectif et du collectif au singulier

*"Quand il arrive le soir, dans la salle où sont rassemblés les malades, leur angoisse lui est bien connue. Ils vont, comme lui, partir sur la route, quitter l'abri qu'ils ont trouvé près de la source qui est au centre du clan et dont ils ont bu l'eau chaque jour. Chacun va bientôt devoir retrouver l'itinéraire de ses songes et tracer sur la terre et dans le ciel le chemin inconnu qui correspond à son image intérieure."*

*Henry Buchau, "Œdipe sur la route", Babel 1992*

**L'espace thérapeutique du groupe psychocorporel :** La valeur du travail groupal en institution est indéniable. Tout soignant connaît la limitation des entretiens individuels, qui se heurtent invariablement aux barrières de l'expression pathologique. L'espace groupal reste accessible à des personnes en grande souffrance et souvent démunies et vulnérables. Leur monde intérieur est pauvre ou vide, ou trop angoissant. Les possibilités expressives et relationnelles sont limitées, tant linguistiquement qu'émotionnellement. Les expériences de vie ont été souvent traumatiques et les attachements rompus ou absents.

*Lorsque il y a trop de fragilité, de manques ou de traumatismes dans l'histoire du développement de la personne, le lien peut difficilement se développer de façon innovante dans le cadre de la relation thérapeutique duelle. Le lien peut également être perçu comme menaçant, intrusif : c'est le cas chez beaucoup de psychotiques.*

*Christophe est schizophrène, il est extrêmement réservé et contenu, il se méfie de la relation, évite de parler ou d'avoir des contacts physiques. Lors des vécus d'échanges de ballons avec des consignes simples de parole, il s'anime et nous montre sa façon d'utiliser les mots. Il dira ensuite qu'il s'est senti suffisamment à l'aise (en sécurité) pour participer et qu'il a senti du contact avec les autres, se sentant moins seul.*

*Lorsque la relation duelle existe mais que le patient a trop peu reçu, il n'a pas suffisamment de compétences pour explorer le processus du lien dans une relation privilégiée.*

*Cristina, à 50 ans, est venue en thérapie individuelle avec moi sans que nous puissions trouver comment sortir d'une répétition incessante de ses angoisses et d'une représentation figée et limitée de ses difficultés. Une fois en groupe Cristina montre des attitudes de petite fille très maladroite sur le plan psychomoteur, agressive et impulsive dans ses gestes et dans la relation. Le groupe permet un contenant suffisamment structurant pour qu'elle apprenne à laisser de la place aux autres, tout en pouvant manifester ses débordements toniques sans se sentir jugée. Le groupe lui permet de "laisser être" ce qui est "d'avantage elle" en activant là où elle en est réellement dans sa construction du Self, c'est-à-dire à une étape de son développement psychique et corporel qui s'est figée dans son très jeune âge.*

*L'enveloppe groupale crée un espace de sécurité suffisant pour qu'apparaissent les aspects de confusion et les besoins de différenciation à la rencontre de la frontière moi/l'Autre.*

*C'est le 1<sup>er</sup> registre de la Rose des Liens décrite par Pierre Janin.<sup>49</sup>*

*Anna a un passé d'anorexique, une relation difficile, décrite comme fusionnelle, avec sa fille de 19 ans. Elle souffre de fibromyalgie, se plaint constamment de ses douleurs, a un discours peu authentique et banalisant. Je lui propose de venir au groupe dans l'idée de la "nourrir" à son rythme, sans la solliciter dans l'échange. Mon hypothèse est que le groupe peut s'offrir comme contenant maternel avec une nourriture suffisamment adaptée pour pouvoir répondre à un état de carence précoce, que rien ne pourrait réparer dans son expérience actuelle d'adulte. Anna dans le groupe se met à sourire, se prête volontiers à toutes les expériences proposées même si elle ne peut rien en dire, mais manifeste son empathie vis à vis d'autres personnes du groupe, et parle de chaleur et de solidarité, elle qui a toujours froid.*

*Erick, à 45 ans, a perdu sa mère dans un accident de voiture. Bien que marié, il entretenait avec elle un lien particulier, lui téléphonant au moins une fois par jour, et la décrivant "comme la seule personne qui pouvait vraiment le comprendre, et que lui pouvait comprendre, comme deux âmes sœurs". Patrick me fait vivre, lorsque je le rencontre, un sentiment paradoxal, à la fois d'être happée/aspirée au maximum, et d'être envahie par un flot de paroles et de sollicitations. Dans le groupe il s'exprime d'une façon de plus en plus nuancée et pondérée, il retrouve un sentiment qu'il décrit comme océanique dans le temps de relaxation, il pleure ou rit tout en pouvant s'adresser aux autres et s'y intéresser.*

*Les patients peuvent redécouvrir qu'ils sont des êtres en apprentissage de la relation, soutenus par les processus groupaux. C'est le 3<sup>ème</sup> registre de la Rose des Liens.*

*A 26 ans, Paula, petite brésilienne adoptée, est dans l'errance, la toxicomanie, frôle la prostitution et la petite délinquance. Le rendez-vous hebdomadaire du groupe est le seul temps qu'elle investit régulièrement. Elle apprend littéralement à jouer, à s'investir dans les propositions, à rencontrer les autres. Elle découvre avec étonnement qu'elle sait s'exprimer et nous montre sa lucidité. Elle s'aperçoit qu'elle peut vivre une véritable relaxation au milieu de tous, entortillée dans sa couverture.*

*Le groupe va donc être un auxiliaire précieux d'activation énergétique et émotionnelle.*

*Lorsque la personne s'est enfermée dans sa pathologie au point de s'y confondre, et qu'elle ne connaît plus d'elle que la rumination mentale et les anticipations anxieuses, ce qui est le cas des états dépressifs chroniques, le groupe psychocorporel permet de revenir à l'ici et maintenant, à revenir dans le corps, à retrouver le plaisir de la relation.*

*Antonio se tient avec un dos et épaules raides, yeux baissés, bras devant lui et en se tortillant, il évoque la retenue d'un petit garçon à la fois timide et remuant. Très attentif aux autres, il va leur apporter le matériel nécessaire, se montre aidant tout en plaisantant pour dissimuler sa sensibilité. Il a une dépression chronique depuis des années, ne travaille plus depuis longtemps, a rompu tous les liens avec sa famille, se présente sombre et dur.*

*Dans le groupe, par sa façon de bouger et de plaisanter, Antonio évoque le petit clown qu'il a dû être pour faire rire les grands et sort de la fermeture dont il fait preuve dans les entretiens médico-infirmiers.*

---

<sup>49</sup> "Artisans du lien vivant", Pierre Janin, Le Creuset de Meymans, 2011, p. 330

*L'espace groupal va devenir un espace structurant par sa capacité de contenance des débordements tensionnels ou verbaux : sortir de l'inhibition corporelle et affective, être encouragé dans l'expression cathartique, découvrir la valeur réunifiante de la colère, ne plus être dans la contention... C'est le registre d'opposition/contestation de la Rose des Liens. Ahmed est un jeune requérant d'asile envahi par des symptômes de stress post-traumatiques. Constamment tendu et aux aguets, il ne peut fermer les yeux ni se détendre. Il découvre dans le groupe qu'il peut exprimer son trop-plein de tensions sans connotation agressive, ce qui allège considérablement son sentiment de culpabilité. Il se protège de sa vulnérabilité émotionnelle en faisant alliance par l'humour avec les autres mais peut aussi laisser couler ses larmes lorsqu'il ose dire qu'il est touché.*

*Le groupe nous incite à l'engagement ici et maintenant*

*S'ouvrir : en tant que contenant le groupe offre un espace de sécurité pour vivre des transformations ou des prises de risques relationnelles. Le groupe devient témoin ou garant des changements en œuvre.*

*Philippe parle, parle à n'en plus finir pour exposer les reproches qu'il se fait constamment à lui-même, et se dénier tout droit à des expériences positives. Philippe est déprimé et s'enferme dans une complaisance masochiste; les autres réagissent vivement et lui renvoient l'image de lui présent et souriant qu'il dégage à son insu... mais pas à l'insu des autres !*

*Développer l'empathie et la solidarité, se réapproprier ce qui nous appartient, s'engager devant témoins, prendre soin de l'autre, prendre conscience de ses propres richesses et compétences.*

*Marc qui est lui aussi enfermé dans la répétition dépressive, s'exprime avec quelques mots français seulement, prend plaisir à prendre à contrepied les consignes, introduit malice et rires dans la relation avec les autres, et nous montre sa créativité et son plaisir.*

*Se différencier : "je suis une éponge de la souffrance de l'autre, je prends tout en moi" est l'identité dans laquelle se reconnaissent invariablement les patients, d'entrée de jeu. Puis arrive le "je peux relativiser ma souffrance en découvrant l'ampleur de celle des autres", et enfin : "je peux prendre soin de moi en reconnaissant que je ne suis pas que souffrance, et je peux la considérer autrement. Je peux me tenir à côté de l'autre".*

*Découvrir l'alternance : La mise en jeu du corps et du jeu des corps permet de retrouver un équilibre entre la polarité "enfant" et la polarité "adulte", en les redéfinissant... L'espace de l'enfant et de la fratrie est sollicité, par le réveil de la psychomotricité ludique, entre impulsivité et spontanéité retrouvées. La responsabilisation redéfinit l'espace de l'adulte, par l'attention et la conscientisation de ce qui se passe en lui. Elle permet d'accueillir et d'honorer les potentialités et richesses personnelles qui vont émerger de façon surprenante et inconsciente depuis les aspects enfouis de l'enfance.*

*Lâcher-prise : oser ressentir mes émotions, laisser mon corps s'élancer ou se sentir porter par les énergies du groupe, jouer et rire ... Fréquemment les personnes sont très surprises : "ça fait tellement longtemps que je n'ai pas ri, ou pleuré..", "et surtout : "j'ai complètement oublié que je suis déprimé, ou angoissé..." : pouvoir se référer à de l'autre en soi, sortir de l'identification à la souffrance, bétonnée par des années de "carrière" en psychiatrie...*

*Donner/recevoir*: ou l'acceptation d'être en relation à l'autre. Classiquement les patients évoquent leurs difficultés autour de leur besoin de contrôle sur leur environnement et leurs relations, en se reprochant de "ne pas faire ce qu'il faut" ou en se sentant défaillants ou "faibles", en conflit avec l'image qu'ils se font d'eux-mêmes. La capacité à donner/recevoir est un thème qui n'est pas évoqué en psychiatrie : on parlera plutôt de passivité/agressivité, on critiquera le besoin de tout contrôle d'un patient. Parler du donner/recevoir met l'accent sur la potentialité relationnelle de l'échange et nous invite à sortir du regard où nous nous mettons en position de force "contre" le patient...

En groupe nous décidons de changer la manière de faire; chacun "anime" un temps de groupe. Tous ont beaucoup de plaisir à le faire.

*Julio découvre qu'il a dépassé sa peur de faire mal et qu'il a choisi de proposer des exercices qui lui font du bien, et qu'il devient créatif s'il se réfère à lui pour proposer. Mélanie sort de la timidité et du retrait dans lesquels se déploie sa pathologie schizophrénique elle invite elle-même les autres participants à proposer une façon de se déplacer avec tout le corps, dans le cadre de son intervention à elle, en structurant le temps et les alternances. Laurent propose un temps de centration pour visualiser un paysage imaginaire; Marco met en scène une sorte de fête qu'il va "surveiller" de loin, Mélanie imagine un temple avec un étang, où elle contemple les lotus sous le soleil couchant, Julio se voit seul dans la nature avec un groupe de personnes au loin qui partent, il décide de les appeler et de leur proposer de se réunir et passer un moment agréable avec eux. Chacun a mis en scène son univers fantasmagorique du moment; en partageant leurs impressions, ils découvrent qu'ils peuvent "entrer" dans l'univers de l'autre (s'ouvrir à l'imaginaire de l'autre,) sans toutefois entrer dans la confusion car chacun découvre quelque chose de sa problématique : Antonio qui vit dans l'angoisse de ce qui pourrait être dangereux pour l'autre surveille tout; il découvre qu'il n'a pas le vocabulaire suffisamment adéquat en français pour dire précisément ce qu'il veut et qu'il a très peur d'être jugé. Pour la 1<sup>ère</sup> fois, il dit qu'il peut partir soulagé car il s'est senti compris par Mélanie alors qu'il n'avait pas employé le bon mot. Il fait la différence entre "surveiller" et veiller sur, comme entre le chef qui donne les ordres et l'animateur qui aide. Julio réalise son besoin d'être avec les autres et de pouvoir apprécier les moments de détente avec eux ; il savoure de pouvoir se situer dans le temps présent et peut sortir de ses angoisses anticipatrices. Mélanie expérimente d'être active dans le groupe et d'avoir une place de leader, différenciée, plutôt que sa place en miroir et hyperadaptée habituelle.*

*La position active permet une forme de lâcher prise de la pensée en s'exposant aux autres, et en intégrant le "bon corps", ou le corps "suffisamment bon". Le proposer aux autres leur permet d'exposer plus librement leurs commentaires : différence entre "tuer le temps" et "être dans le présent du temps qui passe".*

Le groupe offre une multiplicité de contenus possibles avec ses innombrables possibilités techniques de mise en scène et de mise en jeu des corps, sans passer par une rationalisation contrôlante ou génératrice de distance. Il permet selon moi deux formes d'expérimentation :

- L'une consiste à vivre une expérience émotionnelle réparatrice là où l'expérience relationnelle a été manquante.
- L'autre permet de laisser émerger et de valider les potentialités reliant, qui ont été méconnues, ignorées ou déniées, et qui peuvent apparaître dans ce contenant particulier.

*Linda a de nombreuses difficultés au niveau relationnel et s'est brouillée depuis longtemps avec toute sa famille, son parcours de vie est émaillé de tentatives de suicide et d'alcoolisations. Elle s'exprime avec une certaine maladresse dans le choix des mots mais aussi avec dureté dans le ton. Dans le groupe elle apparaît tout à coup comme figure particulière en s'exposant pour chanter des fados, se montrant sensible, émouvante et généreuse d'elle-même en nous offrant sa présence.*

L'espace groupal psychocorporel nous permet d'explorer et de développer trois types de voies :

- La voie du centrage et du retour vers soi, avec l'appropriation de l'espace corporel propre nécessaire à l'intériorité, à l'intimité avec soi. C'est une voie du silence et de l'immobilité, pour l'écoute du cœur. Je deviens mon propre contenant.
- La voie de la dynamisation et de l'ouverture : mobilisation énergétique et corporelle, génératrice de l'ouverture émotionnelle et relationnelle. C'est une voie de l'élan du cœur. Je peux m'ouvrir sans danger au contact avec l'autre, car je ne me perds pas dans mon propre corps.
- La voie de la conscience et de l'attention, porteuse de sens et d'engagement dans l'ici et maintenant. C'est la voie de la moisson, de la récolte. Je peux exister, me différencier, m'assumer, entendre et voir l'autre; le contenant collectif m'invite à la présence en moi et à la rencontre avec l'altérité.

Le groupe psychocorporel nous permet donc de vivre des alternatives, en lien et par le lien à autrui et au corps, car cette approche permet aux personnes d'expérimenter d'une manière non menaçante, non intrusive, et surtout non jugeante, la relation et l'échange interpersonnels; l'associativité, l'élaboration et l'exploration intrapsychiques ne sont plus posées comme finalité première du travail groupal, même si chacun bien sûr peut ainsi trouver un support qui lui permette d'assouplir et d'enrichir son fonctionnement intrapsychique. Rationalisation et intellectualisation sont entendues en tant que systèmes défensifs qui ne seront pas mis à contribution dans la construction collective des processus thérapeutiques.

*C'est un processus favorisant le passage du "nous de fait" au "nous fertiles", "en suivant le patient chemin relationnel de l'artisanat du Nous..." comme le décrit P. Janin<sup>50</sup>*

Le positionnement transpersonnel du thérapeute:

En tant que conductrice de groupes je peux m'appuyer sur mon expérience vécue en développement personnel et professionnel transpersonnel pour me positionner comme facilitatrice/catalysatrice des processus groupaux créateurs de lien. Je me sens porteuse de "l'autorité de l'amour" selon la belle formulation de Monique Fradot, pour accueillir, contenir, valider, différencier, expliquer, mobiliser. Authenticité et dévoilement, aisance et engagement de ma part permettent aux personnes de sentir un climat particulier qui va les amener dans la profondeur. On sort des processus pathologiques (identification à la souffrance répertoriée et reconnue) et on se surprend à vivre et reconnaître des valeurs d'amour, d'altruisme, d'ouverture.

---

<sup>50</sup> Op.cit. p. 310

Celles-ci vont pouvoir être renforcées par leur reconnaissance et leur validation. Les processus d'élargissement de conscience vont être favorisés : relaxation, ritualisation, travail du souffle, travail énergétique, de la voix, permettent de sortir du cadre étroit de l'activité mentale consciente, répétitive et connue. La dynamique de groupe favorisant le passage de la conscience individuelle à la conscience collective sera privilégiée (implication du groupe autour d'une personne en difficulté par ex.).

Avoir une conscience transpersonnelle du groupe permet de mettre l'accent sur :

- Le recours délibéré aux registres des aspects dits régressifs et de l'archaïque : vécus comme des registres à identifier et à éviter plutôt qu'à explorer dans les thérapies institutionnelles, ils sont au contraire reconnus comme générateurs d'étayage et d'expériences réparatrices des attachements primaires. Les aspects archaïques peuvent réapparaître à la faveur des temps de relaxation : *Manuel ne peut supporter d'être allongé, encore moins de fermer les yeux, il a besoin de lutter contre des angoisses de mort qui l'envahissent et ne peut pas ne pas s'occuper des autres. Il a donc un aménagement particulier : il est assis et c'est lui qui actionne le bâton de pluie pendant que les autres se détendent, alors il se se relâche et se laisse bercer, fasciné par le son : sous couvert de "s'occuper des autres", qui est la seule modalité relationnelle connue en lui, il s'autorise un temps de laisser-aller totalement nouveau.*

Ils sont présents par la réactivation des pulsions lorsque nous "jouons" avec des mises en scène des jeux moteurs de l'enfance : *Elma retrouve des cris et des agissements de petite fille qui arrache le ballon des mains des autres tellement elle se prend au jeu, elle qui se plaint constamment de douleurs sciatiques chroniques et qui est figée depuis des mois dans sa dépression.*

Pierre Janin nous dit que nous pouvons travailler "*plutôt au niveau des sensations, des mobilisations corporelles, des affects, des besoins, des pensées, des images (le mode çà)*". Là le thérapeute doit offrir des espaces de résonance : parole d'accueil, médiateurs... expérimentations physiques, jeux.. car l'enjeu thérapeutique pour notre client sera de faire connaissance avec ses énergies qui sont vivantes en lui, quoique encore plus ou moins clandestines... <sup>51</sup>. Les registres de l'archaïque sont ceux qui permettent les retrouvailles, un renouvellement de l'alliance avec l'élan vivant.

- Le rituel contenant : La ritualisation du travail en groupe permet d'offrir un cadre fiable, repérable et identifiable. Il facilite le partage de l'intime de soi dans le groupe par son aspect sécurisant et égalitaire (le même pour tous). Dans son travail de Certification à la Respiration Holotropique<sup>52</sup>, Daciana Tarasi propose de voir l'expérience d'un séminaire de RH comme le déroulement d'un rituel initiatique. Elle en détaille quelques caractéristiques, comme le contenant, la faille, la conscience de la collectivité, la dimension symbolique, le lien au sacré... Sans

<sup>51</sup> Op.cit. p. 199

<sup>52</sup> "La dimension rituelle d'un séminaire de respiration holotropique", Daciana Tarasi, 2014

toutefois conférer à un groupe de thérapie cette puissance et cette capacité de structuration, il me semble que ces aspects sont repérables dans le groupe de thérapie, même s'ils ne sont pas soulignés en tant que tels mais aménagés. Il suffit que la prise de parole soit ritualisée pour qu'un nouvel espace/temps se dessine; que le silence et l'écoute accueille une parole engagée et authentique.

*C'est la fin du groupe. Chacun à notre tour, nous allons nous tourner vers notre voisin de droite et lui confier quelque chose de difficile de nous; une faiblesse, un trait de caractère difficile à apprivoiser... "moi, Untel, je te confie ma susceptibilité, mon irritabilité..." Je suis étonnée par la lucidité et la franchise dont font preuve les participants, en prenant le groupe à témoin de leurs évitements, leurs complaisances, leurs attitudes de victimes, eux qui restent dans la plainte dans la relation médicalisée conventionnelle le reste du temps...*

L'aspect rituel du travail en groupe permet de relier dimension collective et travail individuel, d'offrir des formes reconnaissables à des processus de changement, de les intégrer dans une dimension symbolique voire mythique, ce qui permet de passer "du petit moi au grand Moi" selon la formulation de Paule Lebrun. Il permet donc d'inscrire l'expérience dans une dimension collective de l'expérience humaine et reliée à une dimension plus vaste, soutenue par des traditions millénaires.

*"Le rituel se présente comme contenant pour ces moments plus grands que la nature" dit Paule Lebrun (2013). La notion du contenant est aussi au cœur du travail rituel. Robert Bly (1992) compare ce contenant rituel à un panier. Lorsque "par un acte d'intimité et d'imagination" nous entrons dans un espace sacralisé (ce panier), quelque chose dans la psyché change immédiatement et nous devenons pour un temps plus grands que nous mêmes, et capables de supporter la démesure du moment sans nous désintéresser. A ce moment de contact direct avec les dieux – ou, pour parler en termes contemporains, avec l'inconscient –, nous pouvons "demander ce que nous voulons vraiment"... Plus le contenant rituel est solide, plus le participant se sent en sécurité pour descendre et explorer sa propre démesure"<sup>53</sup>.*

Ainsi accueil des registres archaïques et rituels signent la marque d'une appartenance au transpersonnel. Les patients l'expérimentent avec émotion et enthousiasme, en l'acceptant facilement comme un déploiement du travail psychocorporel. Dans le cadre de tels groupes, le but recherché est de sortir du symptôme pathologique entendu comme une contention. Le soulagement et l'ouverture qui en résultent favorisent la connexion à un au-delà de soi, créant une contenance qui ramène la vitalité à des niveaux qui ne sont pas touchés par la pathologie. Chacun peut reconnaître sa propre reliance vitale et peut en découvrir le caractère sacré; enrichi intérieurement il enrichit aussi l'espace collectif. Soignants et patients sont perçus à égalité dans cette dimension et le groupe est vécu comme une fraternité : nous sommes frères en humanité.

---

<sup>53</sup> Op. cit.

## CONCLUSION

*"Etre flexible, c'est avoir, par sa ductilité, de l'affinité avec l'or"*  
Francis Bacon, *De la dignité et de l'accroissement des Sciences*

J'espère par ce travail avoir pu témoigner de la richesse de l'apport transpersonnel dans ma pratique thérapeutique quotidienne. Je me sens très touchée lorsque j'assiste aux étapes de changement, subtil et délicat, d'un état de contention à un positionnement contenant chez les personnes qui se sont offertes avec confiance et amour dans ce travail, en dépit ou en raison d'une souffrance omniprésente.

Lorsque en dehors de toute volonté ou de toute intentionnalité le cœur s'ouvre, qu'en dépit de tout appauvrissement de l'activité psychique et de la vie sociale, le lien à l'autre prend vie et peut se dire, j'ai le sentiment merveilleux de voir l'or de l'être qui apparaît, par-delà les sombres couches des souffrances déposées par la vie; quelque chose de cet or commence à sourire, à s'offrir, à étirer son fil dans un espace où j'aime imaginer qu'il ne sera jamais rompu, même au-delà de son visible.

C'est bien par l'inscription dans le corps éprouvé comme accueil et réceptacle que se vit le passage subtil, fragmentaire, lentement progressif, et toujours merveilleux, de la contention à la contenance. La thérapie psychomotrice l'inscrit au cœur de son action, elle permet et favorise ce changement de forme et cette création d'espace, elle en témoigne et s'en fait le récit. Le corps tendu se détend, se meut et s'émeut de façon fluide, il est traversé par un nouveau souffle, une manière nouvelle d'être, d'être relié.

La thérapie psychomotrice peut vraiment trouver son ancrage dans le transpersonnel car elle en est un maillon indispensable par la qualité d'attention qu'elle pose sur le corps vécu, senti et reconnu comme la forme qui nous enveloppe et nous contient. Cette qualité d'attention est la même que celle qui nous permet de voir au delà de notre forme terrestre, au delà de nos identifications et de nos histoires. Celle qui nous fait retrouver nos racines et nous élaner vers le ciel, conscients de notre incarnation et de notre enveloppe charnelle. La capacité de contenance me semble être une capacité de "mise en place" de l'ego, au bon endroit et de façon claire et distincte, dans le sens d'un moi égotique au service de notre croissance et de notre évolution vers l'autonomie. Nous pouvons imaginer le moment que nous nommons "l'apparition de la contenance" comme un moment magique, un temps de mystère que nous osons discerner; ce serait le temps d'un pas vers un processus de sortie de la fusion, vers notre chemin d'individuation.

Il resterait à écrire et à décrire ce que la contenance permet, tant dans le sens d'un développement psychologique harmonieux, que dans une perspective psychospirituelle. En acceptant d'assumer ma forme désormais librement consentie par ma contenance, je peux enfin m'ouvrir à l'altérité, à ce Tout Autre que je ne connais pas et qui cependant réside en moi. Aimer l'autre comme un moi-même, et pourtant l'aimer comme différent. Comme le dit Jean-Yves Leloup, *"la conscience de l'espace qu'elle contient ne casse pas la cruche, elle lui donne au contraire de savourer sa forme et sa limite comme ouverture ou porosité à l'infini"*<sup>54</sup>.

---

<sup>54</sup> "Manque et plénitude", Jean-Yves Leloup, p. 9

## Annexes

### 1 Schéma corporel et image du corps

11 Danse-Thérapie et structuration Psychocorporelle/notes de stage/Pratiques-Benoît Lesage, Irpecor :

*"...Le schéma corporel...pas question de le confondre avec l'image du corps qui si j'en reste à la proposition de Schilder concerne les éprouvés corporels, donc les états corporels.*

*Là il s'agit d'autre chose, d'une construction apparemment plus abstraite, qui me semble fonctionner comme une matrice.*

*Le fait qu'elle soit abstraite ne doit pas nous tromper. Il semble bien établi que nous avons une aptitude mathématique innée, une capacité d'abstraction, qui n'est d'ailleurs pas limitée à notre espèce.*

**Schématiser**, c'est repérer et souligner une structure. Alors cette notion de schéma corporel renvoie à une structure, en tant que processus. Une structuration donc.

*La psychomotricité nous apprend que le corps se construit dans la relation. Difficile de penser un schéma corporel hors d'un cadre relationnel. La Structuration Psychocorporelle est en même temps (corrélativement) structuration du corps, de l'espace, du temps. Disons que pour appréhender le corps, le temps, l'espace, il faut un travail psychique qui nous conduit à parler de corporéité, de spatialité, de temporalité, qui sont les trois faces d'un même triangle (ou serait-il plus adéquat d'évoquer un tétraèdre dont la base serait la relation ?)*

*On construit des repères corporels, spatiaux, temporels, qui organisent la relation, et réciproquement : les relations organisent le corps, le temps, l'espace. Et quand on dit « organise », on peut ajouter tout aussitôt que ça peut aussi désorganiser ... "*

12 Jalons pour une pratique Psychocorporelle/Structure, Etayage, Mouvement et Relation, Benoît Lesage, Ed. Eres 2012 :

*... "L'image du corps est un travail psychique qui nous le fait appréhender comme une unité, notre unité...Et il s'agit bien d'une construction...Les images que nous construisons et qui nous révèlent à nous-mêmes sont en interaction avec celles que nous avons construites naguère. Il y a une histoire des images du corps, un flux d'image qui se modulent et modulent les perceptions que nous pouvons avoir aujourd'hui. Le processus est donc dynamique, interactionnel, en constant remaniement...L'image que je peux construire de mon corps est aussi ce qui me permet d'accéder à celle d'autrui. Je ne peux comprendre l'autre que si je dispose de cette faculté pour moi-même, si mon vécu corporel peut être affecté non seulement par les évènements physiques, mais aussi par les relations que j'engage. Ces modulations sont davantage que des conséquences, des effets secondaires, elles font partie intégrante de la relation... Un corps, conclut Schilder, est toujours l'expression d'un moi et d'une personnalité, et il est dans le monde.*

*La découverte des neurones-miroir valide cette vision interactive et labile de l'image du corps : nous percevons autrui en activant à bas-bruit nos propres systèmes d'action... Le Moi et le Tu sont dès lors nécessaires l'un à l'autre : notre image du corps n'est pas possible sans l'image du corps de l'autre".*

## 2 Les théories de la contenance groupale

*Psychanalyse, psychothérapie de groupe : des matrices productrices de théories... toutes puissantes ?*

*Un peu d'histoire...* : C'est dans les années 20 que l'on commence à appliquer la thérapie de groupe en psychiatrie, principalement avec les schizophrènes, et dans une visée éducative et didactique, en utilisant des médiations comme la danse, la musique ou la peinture. En 1932 Moreno introduit le terme "psychothérapie de groupe" et il développe le psychodrame (utilisation des techniques propres au théâtre) à des fins thérapeutiques. La période de la 2<sup>ème</sup> guerre mondiale représente une étape importante dans les approches groupales, en raison du grand nombre de personnes atteintes de troubles mentaux à soigner, et du manque de personnel. D'autre part se manifeste, notamment aux Etats Unis, le besoin de comprendre la folie nazie et fasciste comme phénomènes psychologiques, et de les prévenir.

*1 Dans une perspective psychosociale*, Kurt Lewin travaille sur le petit groupe, qui permet d'affirmer des valeurs de démocratie et d'autonomie, en réaction à la foule ou à la masse aveugle, hystérique, ou soumise à l'autorité d'un chef.

S'inspirant de la Gestalt, Lewin définit le groupe par l'interrelation des membres les uns avec les autres, et par la perception du groupe comme un tout différent de la somme de ses parties. Il apporte beaucoup d'éléments à la compréhension de la dynamique groupale, comme la notion de leader, avec ses différentes formes d'expression, ou de membres influents ayant une position-clé dans le groupe. Après sa mort dans les années 50, d'abord aux Etats Unis puis en Europe se développe le Training Group, ou T-Group, dont le but est de *"sensibiliser les participants à la psychologie des relations interpersonnelles et de provoquer chez eux des changements dans les attitudes envers les autres et envers les tâches"*<sup>55</sup>.

*2 Dans une perspective psychanalytique*, la psychothérapie de groupe a été nourrie par les théories de W.R. Bion et S.H. Foulkes, qui utilisent tous deux la distinction faite par Freud entre processus primaires et processus secondaires.<sup>56</sup>

Bion porte son attention sur l'importance du climat émotionnel du groupe, note que *"l'individu peut revivre dans un groupe des angoisses de perte de son individualité distincte, analogue à une dépersonnalisation"*. Il développe des Hypothèses de Base, en comparant la mentalité du groupe à un récipient ou *contenant (container)* qui reçoit toutes les contributions des participants. Ces HB permettent une plus grande compréhension des phénomènes émotionnels primitifs et sous-jacents, fantasmes inconscients partagés de toute-puissance magique, sur comment satisfaire les buts et désirs du groupe.

2.1 HB de dépendance, projetée sur le conducteur du groupe, ou objet externe sécurisant, dont on attend tout.

2.2 HB d'attaque/fuite : si le conducteur ne donne pas "tout", le groupe peut tenter de s'organiser pour attaquer ou fuir ce mauvais objet.

2.3 HB de couplage, par sous-groupes ou par couples, ou recherche d'autres leaders que le leader formel : la solution est mise dans l'avenir plutôt que dans les problèmes présents.

Ces HB, également influencées par l'attitude du moniteur, sont l'expression de sentiments inconscients, avec peur, amour, haine, sexualité... où prédomine toutefois l'hostilité face à

<sup>55</sup> Serge Boulguy et al. Formation à la thérapie groupale (introduction), Hôpitaux Universitaires de Genève, Département de Santé Mentale, 2007, notes

<sup>56</sup> "La sensibilisation à la dynamique de groupe d'après W. R. Bion et S. H. Foulkes", T. Vergalopoulos, Médecine et Hygiène 41, 1983, pp. 3149-3155

toute incitation à l'élaboration et à l'insight. Mais cet état émotionnel primitif coexiste toujours avec un autre niveau de fonctionnement que Bion appelle groupe de travail : activité analogue à l'instance psychique à laquelle Freud a donné le nom de Moi. Il y a ainsi conflit permanent mais aussi oscillation entre ces deux niveaux, entre résistance au changement et maturation psychique du groupe.

--- Foulkes a été inspiré par la conception holistique de la Gestalt et par la communication interpersonnelle de Bateson. Le groupe est vu comme un champ ou une matrice. *"La matrice de groupe peut être considérée comme la base d'action de tous les processus mentaux dans le groupe, de la même façon que l'esprit de l'individu est la base d'action de tous les processus mentaux dans l'individu. Ses lignes de force peuvent être conçues comme passant à travers les individus et on peut donc les appeler un "réseau transpersonnel" comparable à un champ magnétique. L'individu est considéré comme un point nodal de ce réseau, comme suspendu en lui"*<sup>57</sup>.

La psychothérapie analytique de groupe vise donc à rétablir une communication perturbée, malgré les résistances manifestées dans les interactions, qui reflètent les défenses inconscientes à l'intérieur de l'individu. L'effet thérapeutique et l'effet de communication vont de pair pour Foulkes, l'individu égocentrique et narcissique développe peu à peu sa capacité de partage et de communication. Foulkes compare également la situation de groupe à un "hall de miroirs", signifiant que chaque membre du groupe est confronté à l'image de lui-même que lui renvoient les autres, ce qui représente un puissant moteur de changement selon lui.

Notons que ces deux pionniers de la psychothérapie analytique de groupe font appel à "l'ici et maintenant", inspirés par la situation de transfert et contretransfert en psychanalyse. Tous deux considèrent que le thérapeute fait partie de l'ensemble du groupe, et croient en la valeur thérapeutique du groupe, en la valeur de l'apprentissage par l'expérience, en l'importance de l'interdépendance groupale comme moteur de changement. Les valeurs transpersonnelles sont profondément ancrées dans la révolution des thérapies de groupe !

---

<sup>57</sup> Op.cit. p. 3150

## Bibliographie

### Livres

- de Ajuriaguerra Julian, Manuel de psychiatrie de l'enfant, Masson, 1970
- Anzieu Didier et al., Les enveloppes psychiques, Dunod Paris, 2000
- Anzieu Didier, Haag G., Tisseron S., Lavallée G., Boubli M., Lassègue J., Les contenants de pensée, Dunod Paris, 1993
- Ballouard Christian, Le travail du psychomotricien, Dunod, 2003
- Blin Bernadette, Chavas Brigitte, Manuel de psychothérapie transpersonnelle, Inrees, 2011
- Buber Martin, Je et Tu, Aubier, 2012
- Delacroix Jean-Marie, La troisième histoire, Dangles, 2006
- Dolto Françoise, L'image inconsciente du corps, Ed. du Seuil, 1984
- Grof Stanislav, Les nouvelles dimensions de la conscience, Ed. Du Rocher, 1989
- Grof Stanislav, Quand l'impossible arrive, Trédaniel, 2006
- Janin Pierre, Artisans du Lien Vivant, Ed. Le Creuset de Meymans, 2011
- Leloup Jean-Yves, Manque et plénitude, Albin Michel, 2001
- Montangerand Paul, La voie du cœur, chemin du thérapeute, 1995
- Moss Richard, Le Mandala de l'Être, Albin Michel, 2008
- Picon Gaétan, Panorama des idées contemporaines, Gallimard Paris, 1968, cité par Wikipédia
- Reich Wilhelm, L'analyse caractérielle, Payot, 1979

### Conférences et formations

- Baudin Patrick, Les 4 archétypes, formation Irett, 2011
- Boulguy Serge et al., Formation à la thérapie groupale (introduction), Conférence donnée en 2007, au Département de Santé Mentale de Psychiatrie, HUG de Genève, notes
- Mellier Denis, La fonction Contenante, Conférence donnée le 9/11/2015 au Département de Santé Mentale de Psychiatrie, HUG de Genève

### Articles

- Beaugendre Myriam, Intégration de l'initiation chamanique dans la pratique psychothérapeutique, article pour la Revue de Psychiatrie Française, communication
- Vergalopoulos Tatiana, La sensibilisation à la dynamique de groupe d'après W. R. Bion et S. H. Foulkes, Médecine et Hygiène 41, 1983
- Fortini Krzystof, Agolini Odile, Le senti du corps en thérapie de l'âgé, sa place et son devenir temporel, Psychothérapies, 1994, no4
- Fortini Krzystof, Agolini Odile, De la passivité au senti du corps, une dynamique au sein du dialogue tonique, Psychothérapies, 1995, no2
- Vacheret Claudine, Le psychanalyste et le groupe à médiation, Revue Française de Psychanalyse, 3/1999

### Thèses et mémoires

- Cevahir-Sahin Gul, La phénoménologie du corps et de l'intersubjectivité incarnée chez Gabriel Marcel et Merleau-Ponty, Thèse de Paris-Sorbonne, 2007
- Tarasi Daciana, La dimension rituelle d'un séminaire de respiration holotropique, Mémoire IRETT Respiration holotropique, 2014