

L'Agitation à la croisée du corps et du psychisme

par Camille GOLDMAN, psychomotricienne du CH Théophile Roussel de Montesson

L'excitation est au cœur de la vie, engageant d'emblée le sujet dans une expérience de son corps, dans un appel à l'autre tissant la trame d'un destin psychique, nous permettant alors d'être traversé par un courant libidinal, source d'investissement du corps et des relations objectales. L'excitation nourrit notre vie psychique et permet d'entretenir un lien créatif au monde et aux autres. Il est important de garder cela à l'esprit lorsque nous rencontrons un patient que nous qualifions comme agités. A partir de quel moment cette excitation, source de vie bascule-t-elle du côté du trop ? Du côté du symptôme ? Évoquer le thème de l'agitation c'est tenter de tisser ensemble la trame d'un destin pulsionnel dans lequel l'excitation se serait déliée empruntant les voix de la tension ne pouvant alors se rassembler en un courant libidinal. Comment un corps biologique, physiologique devient-il un corps psychologique ? Quel voix empreinte le corps primaire, fragmentaire, irréprésentable pour la psyché pour aboutir à un corps unifié, érogène et symbolisable. Dans ce long chemin, l'affect occupe une place importante en liant ainsi les expériences du soma à celle de la psyché en donnant du corps. Permettant au sujet d'être en lien avec lui-même au sein d'un espace interne intime, mais aussi en lien avec les autres.

Lorsque l'on m'a proposé d'intervenir aujourd'hui sur le thème de l'agitation, j'ai immédiatement pensé à une patiente. Une image m'est venue. Celle du tourbillon, l'agitation tout comme le tourbillon rend le sujet insaisissable. Le sujet dont le corps est pris dans l'agitation se trouve alors comme sans contours, dévorant le temps et l'espace, annulant ainsi toute l'épaisseur de la temporalité, toute la consistance de l'espace. L'agitation, paraît alors comme une énergie psychique non liée, celle d'une excitation débordante ne pouvant se frayer un chemin par les voix d'un pare-excitation, mettant alors le sujet en état de tension interne empruntant des mécanismes de décharge pour se libérer de celle-ci, plaçant l'affect à l'extérieur du monde interne. Le corps est alors mis au-devant de la scène, le patient s'accrochant au registre sensoriel, perceptif et moteur. Ce recours à des processus primaires semble jouer un rôle de substitut de l'activité de liaison et de représentation. Nous pourrions métaphoriser cela en parlant d'enveloppe d'excitation, substitut couteux à la non-constitution d'un moi-peau, palliant à un objet interne inaccessible. Le sujet se trouve alors pris dans un paradoxe dans

lequel l'agitation aurait pour but de ramener le calme en cherchant à libérer la tension à travers la recherche répétitive d'excitation, comme un processus auto calmant, se substituant ainsi à un investissement auto-érotique du corps. Cette plongée du sujet dans l'informe enfermé dans cette temporalité répétitive mortifère, est une lutte contre des angoisses archaïques d'effondrements, l'omnipotence étant alors un système défensif à l'œuvre. Être partout, et nulle part, comme dans un rapport dévorant et avide, dans une fixation sadique oral trouvant parfois à s'incarner dans des troubles des conduites alimentaires offrant pour le sujet une tentative désespérée de trouver des bords, des contours, comme un lieu du corps possible où le sujet pourrait alors tenter de s'y tenir, trouver place et identité comme nous l'évoquerons plus tard.

il ne s'agit pas ici de désigner l'agitation sur des observations comportementales, mais de réfléchir et d'élaborer ensemble à la position dans laquelle le sujet est pris avec son corps, à l'intérieur de son histoire, pris dans une dynamique relationnelle et social. Il ne s'agit pas de raconter le patient en termes de déficit, mais de le rencontrer dans sa singularité. De s'engager dans une disponibilité psychique et corporelle à cette rencontre. D'accueillir la possibilité d'une créativité malgré les attaques, la violence de la destructivité, la dimension mortifère de la répétition.

L'agitation place le corps au-devant de la scène, elle l'engage et bien souvent l'interpelle. La psychomotricité est une thérapie à l'œuvre auprès des patients présentant ce type de symptomatologie. La médiation suppose qu'un espace soit possible, « un espace potentiel » dont nous parle Winnicott pour aller vers la rencontre. L'engagement corporel du psychomotricien est alors au premier plan. Créant ainsi un autre lieu du corps, un autre espace, celui des éprouvés du sujet dans un corps habité. Un ancrage dans une forme corporelle stable, dont les contours seraient moins flous, les limites plus solides, dans un investissement du corps propre, d'un corps médiatisé. Il s'agit alors d'entendre et d'accueillir cette agitation, de la reconnaître comme un moyen de survie pour le sujet et en cela porteur d'une énergie vitale. Mais aussi un système défensif parfois vécu comme une véritable aliénation, propulsant le sujet dans une temporalité répétitive et mortifère laissant peu d'espace à une créativité possible. C'est dans cette tension que peut tenter d'œuvrer le psychomotricien.

C'est en vous racontant le récit clinique d'une jeune femme que je nommerai Anna que je vous propose de partager cette question de l'agitation dans une tentative d'interroger la place de l'affect, comme véritable interface entre la dimension du corps et de la psyché. Nous verrons dans ce travail clinique dans un premier temps que l'agir a pris la forme d'attaques sur le cadre

de nos rencontres. La patiente me faisant vivre des affects liés à des angoisses archaïques primitives d'anéantissement, de chute. Bien que n'étant pas dans une souffrance de type psychotique ou autistique, la patiente semble présenter un noyau d'angoisses archaïque massives. Ses vacillements identificatoires se présentant sous la forme d'attaques de l'espace des séances prenaient chez cette jeune femme Adulte le visage de la transgression, masquant en réalité des angoisses Primitives tels celles du nouveau-né. Accueillir ses agirs, donner sens à ces attaques dans la souplesse d'une enveloppe institutionnelle a permis un réajustement dans le dispositif des séances et du suivi en psychomotricité à travers la médiation équitérapie.

Pour commencer cette anamnèse je souhaite vous faire part de la difficulté que j'ai rencontré à lier et historier les événements tant il y a eu d'hospitalisation, de passages aux urgences, de médecins et d'équipe médicales en jeu dans son parcours. L'agitation faisant là sans doute son œuvre. Je vais tenter de rassembler les éléments que j'ai pu retrouver.

Anna est adoptée en Roumanie à l'âge de 2 ans et demi. Elle a une sœur adoptive de 19 mois son aîné également adopté en Roumanie à l'âge de 6 mois. La patiente évoquera à de multiples reprises que sa souffrance viendrait du fait qu'elle aurait été adoptée plus tard que sa sœur aînée avec laquelle elle semble entretenir une relation entremêlée de rivalité et d'idéalisation. La mère décrit la patiente comme une petite fille Joviale, extravertie mais aussi dans une hyper vigilance et des difficultés d'endormissement. Les troubles auraient commencé à 7 ans, se manifestant par une phobie scolaire et des difficultés de séparation avec sa mère. La patiente commence alors à manifester une anxiété importante mais parvient tout de même à mener sa scolarité.

C'est à l'âge de 19 ans que la patiente présente des troubles des conduites alimentaires avec des phase d'anorexie et de boulimie. Elle sera alors suivie à la maison de Solène pendant 3 ans. Il en ressortira que la patiente ne sera pas considérée comme souffrant véritablement d'une problématique anorexique, ceci rentrant d'avantage dans un trouble de la personnalité narcissique, état-limite. A partir de 21 ans elle sera suivie en CMP adulte (2012). La patiente met en lien ses troubles avec une agression sexuelle pour attouchements dont elle aurait été victime de la part du petit ami de sa sœur qu'elle aurait subi à l'âge de 20 ans. Elle porte plainte. Cet homme sera alors incarcéré en préventive durant 7 mois. La famille de la patiente lui aurait alors tourné le dos car selon eux cette plainte ne serait pas fondée. La patiente vit cette situation avec beaucoup de souffrance. Elle quitte le domicile familial elle a alors 22 ans, et emménage avec son petit ami de l'époque dans

un studio. Des crises d'angoisses avec un retentissement social important et un syndrome dépressif majeur s'installe. Les entretiens médicaux mettent en avant une patiente présentant des troubles des conduites alimentaires, des verbalisations avec des affects assez neutres, dans une tendance à la banalisation. Un vécu corporel de Dismorphophobie. Le discours de la patiente semble centré sur une envie de maigrir pour que tout aille mieux dans sa vie, son sentiment de disqualification étant en résonance avec sa problématique de se sentir grosse. La patiente évoque des épisodes de boulimie/vomissements. Elle parle de la peur de manger, de grossir et d'un dégoût de son corps. Parallèlement Elle s'engage dans un diplôme de maquilleuse qui comme nous le verrons plus que tard est un choix d'objet professionnel intéressant. La patiente est souvent absente au cours de ces études, évoquant des crises de tachycardies, de spasmophilie pour lesquelles elles se rend souvent aux urgences pour de plaintes somatiques multiples. Elle parviendra tout de même à obtenir son diplôme mais n'exercera Jamais sa profession. Elle présente également d'importants troubles du sommeil. Devant l'apparition d'idées noires et d'idées suicidaires elle sera hospitalisée au cours de l'été 2013 en unité de psychiatrie générale après une tentative de suicide par absorption médicamenteuse dont elle dira que c'était pour arrêter de souffrir. S'en suivront de nombreuses réhospitalisations, pour tentative de suicide ou agirs automutilatoires. C'est dans ce cadre-là que je rencontre la patiente pour la première fois.

Je précise également que le procès pour attouchement sexuel aboutira à un non-lieu.

Je rencontre Ana pour la première fois à l'occasion d'un karaoké animé par un groupe de musiciens lors de la fête de Noël du service elle a alors 23ans. L'atmosphère est festive chaleureuse. Une jeune femme chante d'une voix intense, mélodieuse, empreinte de rythme. C'est une belle jeune femme, habillée à la mode, qui rit, se saisissant pleinement de cet espace et de cette scène qui lui est proposée, d'ailleurs on ne voit qu'elle. Dans un premier temps je me m'éprends et je crois que c'est la chanteuse du groupe. C'est un collègue qui m'interpelle en me disant « c'est incroyable la patiente a un autre visage ». La patiente est arrivée la veille au soir, je n'ai donc pas encore eu l'occasion de la rencontrer. Elle est hospitalisée pour une tentative de suicide médicamenteuse et scarifications ayant nécessité de nombreux points de suture. Elle nous a été adressée après un séjour aux urgences. Ce sont les périodes des fêtes de Noël, je m'absente alors quelques temps. A mon retour 15 jours après, lors de la réunion de service, l'on m'apprend que la patiente

s'est scarifiée à plusieurs reprises lors de ses permissions à son domicile, qu'elle est difficile à gérer dans le service car décrite comme agitée, très intolérante à la frustration, cherchant sans cesse à transgresser le cadre. L'équipe fait part de sa difficulté à prendre en soin cette patiente. Celle-ci ayant été hospitalisée à plusieurs reprises dans le service d'à côté, mais ayant à nouveau redécompensée le service a pensé qu'un changement d'équipe pourrait être intéressant. Le médecin pose une prescription de psychomotricité. Je restitue à la patiente le cadre de cette prescription médicale et lui propose un premier entretien. Cela fait 15 jours que je ne l'ai pas vu. Elle est assise par terre contre le mur du service dans le couloir au milieu d'un lieu de passage, le regard dans le vague. J'ai du mal à la reconnaître, ce n'est pas la jeune femme pétillante pleine de vie que j'ai rencontrée. Elle me fait l'effet d'une petite fille, elle porte une tenue ample et informe qui pourrait ressembler à un pyjama avec un pull très épais comme en peau de mouton et des chaussons en fourrure. La patiente accepte ma proposition avec sollicitude. Elle me dit que la psychomotricité lui ferait le plus grand bien car elle se sent si mal dans son corps. Elle semble comme agrippé à mon regard, à mon visage. Pourtant je perçois dans son discours comme une note dissonante. Nous prenons date pour une première rencontre. Le jour du rendez-vous je cherche la patiente, ne la trouvant pas à l'endroit prévu j'interroge l'équipe, un collègue va alors la chercher dans sa chambre. Elle descend, l'air renfrogné, le visage fermé, suis-je là devant la note dissonante que j'avais perçue ? La patiente me dit qu'elle ne veut pas venir, que de toute façon cela ne sert à rien. Premier pas de danse dans la chorégraphie relationnelle des premières années du suivi d'Ana en psychomotricité. Comment la rencontrer, s'accorder, elle qui semble si peu empreint à investir un espace de thérapie quel qu'il soit. Devant les résistances de la patiente je lui rappelle le cadre dans lequel nous sommes amenés à nous rencontrer, lui verbalisant qu'il s'agit d'un entretien la plaçant comme sujet de cet espace. Elle accepte de venir. La patiente est à nouveau vêtue de cette tenue qui me fait penser à une peau d'ours et me semble éminemment régressive, fallait-il cela pour se tenir dans cet espace face à moi ? Elle ne me regarde pas au début de l'entretien et me fait penser à une enfant boudeuse, me faisant vivre quelque chose de l'ordre de la dévalorisation, à quel point je ne méritais pas son intérêt. Je lui propose de visiter l'espace de la salle, première fois qu'elle me regarde et s'anime. Nous reprenons l'entretien assise chacune sur un tapis, au sol. A nouveau elle se referme, je le lui verbalise. D'une petite voix elle m'explique alors qu'il n'est pas envisageable pour elle de s'autoriser à se faire du bien qu'elle déteste son corps. Je repense alors à cette tenue peau d'ours qu'elle porte, comme pour

mettre de l'épaisseur, un vêtement seconde peau dont la fonction serait celle d'être une prothèse de substitution à un pare-excitation défaillant pour cette patiente à fleur de peau. Je soutiens cette parole qu'elle s'aventure enfin à livrer et lui propose que nous y réfléchissions ensemble, que nous pourrions imaginer un espace pour elle en psychomotricité.

De ce premier entretien je dirai que les résistances de la patiente à travers la tentative par l'agir de ne pas venir dessine une chorégraphie relationnelle, une rythmique malgré la grande discontinuité de ce suivi la première année. Je tenterai également de développer ici comment cette rencontre clinique illustre une fondamentale absence de délimitation qui livre le « je » à un vacillement identificatoire ou ce « je » ne peut se constituer en une forme stable. Le sujet étant alors souvent amené dans la réalité à franchir des limites qui affectent directement le corps. En attaquant l'espace des séances « ça ne sert à rien votre truc » la patiente me faisait vivre ses propres vacillements identificatoires, et son impuissance à faire tenir à l'intérieur d'elle de bons objets sur lesquelles s'appuyer. Mettant à la place ce que Joyce Mac Dougall nomme des objets transitoires, relation d'objet sur le mode addictif que je développerai plus tard. La deuxième chose que je souhaite développer ici c'est l'intuition clinique de mon collègue lors de ma première rencontre avec Anna : « elle n'a pas le même visage ». Je tenterai d'interroger la question du visage dans la clinique en psychomotricité. Comment l'expérience du visage peut être un lieu privilégié auprès des patients présentant des pathologies narcissiques dont les problématiques d'ancrages pulsionnel donnent lieu à des débordements générant une tension psychique mettant le sujet en état de rupture dans son monde interne. L'agitation étant un moyen désespéré de décharge. Le visage parce qu'il est le lieu de l'expérience de la rencontre plus au moins satisfaisante de l'altérité dans sa dimension réflexive en fait aussi le lieu de la rencontre avec soi-même. L'expérience du visage est façonnée par la dimension du regard. Prendre visage c'est pouvoir se tenir en prenant surface, contour autour d'une nomination, permettant alors un réaménagement de l'ancrage pulsionnel. Mais c'est aussi par le visage que peut arriver la menace du dévisagement dévoluant alors à un autre de prendre les traits d'une figure toute puissante et persécutrice. N'est-ce pas cela qui traverse Anna lorsqu'elle se présente en entretien dans l'impossibilité que nos regards se rencontrent ? De quel menace interne s'agit-il ? C'est au moment où je lui présente le matériel qu'elle peut reprendre visage, s'appuyant ainsi sur un espace sensori-moteur. Elle prend alors les traits de l'enfant dans la jubilation de la découverte, expérimentant l'espace sur le registre perceptivo-sensoriel,

lui permettant alors de décharger la tension interne engagée par la situation duelle de l'entretien dans un face à face qui pourraient à tout instant la déborder et lui faire perdre ses contours. Le matériel se pose là comme faisant tiers devant la menace d'une figure maternelle dévorante ? Après avoir exploré différents objets, son intérêt semble se porter sur un sac de danse couleur chair légèrement brillant dans une texture souple et soyeuse. Elle s'assoit et met le tissu jusqu'en haut de sa poitrine. Je m'assois sur un tapis en face d'elle. Je porte mon attention sur le choix de ce tissu. Elle me décrit la sensation de contact et de douceur que lui procure ce tissu. « Ça me fait penser à mon chat que j'ai à la maison ». Je repense alors à la tenue qu'elle porte comme une peau d'ours qui semble en effet être une « peau toute douce ». Elle peut alors retrouver le lien avec son corps dans une expérience auto-érotique, qui se fera support de la parole à venir, permettant d'exprimer un affect de honte, de dégoût dans la relation à son corps. La patiente parle de sa souffrance émotionnelle. Elle exprime son sentiment de fatigue de ne pas réussir à s'en sortir depuis des années, son ressenti d'être comme sous emprise à travers des agissements de scarifications, et des conduites d'anorexie / boulimie qu'elle semble subir. Elle formule une demande de suivi en Psychomotricité auprès de son médecin lors de l'entretien médical. Cette demande s'appuyant sur son souhait d'accéder à un vécu de détente. Je suis également interpellée par le fait qu'elle ait mis ce tissu sur tout le bas de son corps, jusqu'en haut de sa poitrine, comme pour se cacher. Nous arrêtons l'entretien lui proposant de nous revoir la semaine suivante.

Le suivi en psychomotricité :

La patiente vient à son premier rendez-vous. Je suis accompagnée par une collègue infirmière, Ayant lors de l'entretien perçu l'importance pour cette patiente d'un dispositif de triangulation. Pendant l'entretien de début de séance, la patiente nous dit qu'elle se sent anxieuse. Sa posture est comme enroulée sur elle-même, le regard baissé. Les mains jointes reposent sur ses jambes, les épaules hautes et tendues. Elle s'appuie sur le dossier de sa chaise. Elle semble se raccrocher à son corps comme dans un agrippement tonique, cherchant comme un agrippement dans l'appui dos du dossier de la chaise. Cela me fait penser que c'est souvent la position dans laquelle je la retrouve dans le service. Lorsqu'elle n'est pas dans des crises de colères tourbillonnantes et rageuses, claquant les portes, entrant dans les espaces qui lui sont interdits. La patiente est alors souvent dans le service, par terre, appuyée collée contre le mur, en boule, comme accrochée à son tonus musculaire, véritable paroi tonique ainsi qu'au mur, comme si cela constituait des étais pour la faire tenir, le regard perdu, cherchant comme désespérément à s'agripper. Je l'invite à nous raconter ce qu'il se passe dans son corps lorsqu'elle se sent anxieuse. Elle me dit d'un tout petit filet de voix qui me surprend (je repense à ce moment-là à la jeune femme à la voix puissante du karaoké) que ce qu'elle sent c'est de la douleur au niveau de son cou, elle me montre alors la zone des cervicales. « J'ai tout le temps mal ». Nous verrons plus loin que la question de la douleur occupe une place importante chez cette patiente. Puis elle fait le lien avec les scarifications le long de son corps « de toute façon j'ai l'habitude d'avoir mal ». Elle me parle d'un vécu corporel qui l'accompagne depuis toujours celui « de se sentir moche, horrible » mais qui se serait amplifié vers ses 18/19ans. La patiente verbalise que de toute façon c'est tout le temps-là, ce dégoût de son corps, dès qu'elle se regarde dans un miroir, elle ne se supporte pas. Je lui propose d'élaborer autour de ce dégoût. Elle me dit « c'est que mon corps est tout mou, je ne supporte pas c'est dégelasse un corps tout mou ». Je lui propose de faire un dessin : elle dessine un corps informe et fait des ondulations au niveau des cuisses, du ventre et des bras qui représentent ce qu'elle nomme les parties toutes molles de son corps « pleines de graisses ». Puis elle se saisit d'une autre couleur et trace comme des coupes aux niveau de ces parties qu'elle qualifie de molles et me dit : « vous voyez si j'enlevais ça, ça irait beaucoup mieux pour moi dans ma vie, je me sentirais belle et je n'aurai plus ce dégoût dégelasse qui me colle à la peau ». La patiente semblait s'identifier toute entière à des parties de son corps qu'elle semblaient vivre comme

extérieur à elle, clivées symbolisées par les "coupes" du dessin. Des parties de son corps qui semblaient la persécuter, comme faisant rupture dans l'ancrage pulsionnel, laissant la patiente en proie à des angoisses liées à des vacillements identificatoires représentés ici par des parties de son corps informes. Elle fait alors le lien avec ses agirs automutilatoires. Les coupures sur son corps, comme les coupes de son dessin semblent être une tentative de se raccrocher, aux sensations fussent-elles extrêmes pour ne pas tomber dans la terreur tourbillonnante de l'informe. Se raccrocher aux sensations de sa peau, percevoir sa surface pour se donner des bords et des contours où se tenir comme une décharge de la tension devant l'intensité du débordement psychique. Ma collègue et moi-même avons élaborer un projet thérapeutique s'appuyant sur la demande de la patiente d'expérimenter un vécu de détente celui-ci s'articulant dans un premier temps sur l' éprouvé d'un ancrage sensoriel dans des expériences au niveau kinesthésique à travers des mobilisations articulaires , debout, recherchant des sensations au niveau d'une mobilisation des attaches et charnières corporelles, dans l'expérience de la verticalité .puis dans un second temps de la séance une proposition d'enveloppements avec des couvertures, étayé par des pressions le long de son corps.

La patiente s'absente au bout de la troisième séance. Son suivi se fait dans une grande discontinuité, créant ainsi une présence absence non dénuée d'attaques et d'agressivité puisqu'elle demandera souvent à son médecin des permissions pendant les temps de séance. il me semble que ces agirs à travers ces absences qui prenaient le visage de la transgression et d'attaques au cours desquelles elle nous disait à nouveau « ça sert à rien votre truc » installant ainsi un tourbillonnement de la discontinuité, était en réalité un mécanisme de défense en lien avec le dispositif des séances individuelles qu'elle semblait vivre comme un face à face sans médiation, en proie à des angoisses d'intrusions faisant effraction. L'excitation suscitée par le dispositif individuel semblait la déborder. Bien que les fois où elle venait elle se conduisait comme une patiente idéale, il nous semblait que ses paroles faisaient écran à des mouvements internes archaïques difficiles à élaborer. Le discours de la patiente semblait répétitif, une parole plate, s'étayant sur un vécu sensoriel et perceptif comme sans cesse à réactualiser, ne pouvant s'inscrire et s'ancrer. Il nous semblait dans son discours que ce qui se passait en séance était dépourvu d'affect, un discours inauthentique comme si cela se produisait en dehors d'elle-même. Je me représentais alors qu'il s'agissait comme d'un corps pour deux (selon Joyce Mac Dougall). La patiente en nous racontant ce qu'elle supposait que nous voulions entendre, installait entre nous une forme

de séduction qui semblait la déborder. Les absences étaient un agir permettant de border l'excitation. Nous prenions alors le visage d'un imago maternelle abusif, mère qu'il aurait fallu soutenir narcissiquement au détriment d'un corps à soi. La patiente semblait alors nous faire vivre dans ce corps pour deux un espace fusionnel, dont elle semblait en même temps se défendre par ses absences et ses attaques comme un arrachement. Elle formulait souvent les choses ainsi « vous ne m'en voulait pas ». Nous entendions cela comme une façon de savoir si nous étions détruites ou non. Elle semblait vérifier s'il y aurait des représailles. En attaquant cet espace, la patiente attaquait cette peau commune entre elle et nous. Cela n'est pas s'en rappeler l'enveloppe adhésive dont parle Geneviève Haag. Une enveloppe commune au sein de laquelle, son corps était confondu avec le nôtre, au sein d'un temps et d'un espace unidimensionnel, infini et donc aussi sans limite. Les défenses Omnipotentes étant là pour pallier à un manque d'objet d'arrière fond sur lequel s'appuyer et se tenir. Attaquer les séances n'était-ce pas attaquer un imago maternelle primaire et archaïque tout puissant ? Après des semaines d'absence elle revenait, et se montrait alors dans une hyper vigilance, agrippée à nos visages et à notre regard. Elle semblait chercher à y trouver une validation. Nous prêtant alors le pouvoir de détenir un savoir sur elle, sur son corps. Comme si elle cherchait à saisir dans notre regard la place qu'elle prenait à l'intérieur de nous. Cherchant alors un éprouvé de contenance. Un espace qui serait capable de La réfléchir. Il s'agit alors d'un véritable travail de portage psychique, engageant le corps du psychomotricien dans un dispositif spéculaire permettant de faire éprouver à la patiente que nous la portons à l'intérieur de nous dans notre monde interne. Comme si nous étions le dérivé symbolique d'un visage maternel qui réfléchit ce qui est là pour être vu, qui permet au patient d'exister et de se sentir réel. Car l'éprouvé de se sentir réel c'est plus qu'exister, c'est exister soi-même, permettant de tisser les liens d'une intimité avec soi-même et un lieu interne où se réfugier. Nous proposons à la patiente de la rencontrer dans un cadre spatio-temporel défini, régulier 1 fois par semaine. Mais en attaquant la continuité des séances, en agissant son impossibilité à être là, Ana semblait nous faire éprouver l'expérience du bébé replié et rétréci dans un corps omnipotent et tout puissant ne pouvant accueillir une quelconque relation à l'autre, restant alors comme accrochés à des processus auto calmants dont témoigne l'agitation dans son corps. Nous étions alors dans la chorégraphie d'un impossible accordage. Pendant les séances Nous nous attachions ma collègue et moi-même dans notre posture, notre engagement corporel à accueillir la patiente lorsqu'elle parvenait à venir. A tenir un espace et un temps malgré les attaques. Nous nous installions dans

un premier temps au sol, chacune sur un tapis (j'ai des couleurs et des textures différentes, permettant ainsi de travailler autour de cet espace symbolique qui délimite et accueille chacune d'entre nous. La patiente choisit un tapis rose épais avec une matière douce en mousse. Le choix de cette couleur rose revient à chaque séance. La patiente évoque le fait que rose c'est la couleur « des filles ». Cet énoncé nous interpelle, en effet c'est une jeune femme de 23 ans que nous avons en face de nous, et qui dans son discours semble se désigner encore comme une petite fille. Lorsqu'elle vient en séance, elle arrive toujours dans des tenues que j'appellerai des tenue « doudou » en fourrure, ou en peau de mouton avec des chaussons qui représente de véritable peluche pour les pieds. Paradoxalement à ces tenues vestimentaires régressives il arrive que la patiente se présente en séance extrêmement maquillée, avec de nouvelles coiffures parfois extravagantes. Elle s'installe toujours au même endroit, au milieu de la pièce. Nous nous installons autour d'elle, de sorte que nous formons un cercle. Il s'agit pour nous de nous engager dans une contre attitude corporelle en nous dégageant de cet espace clos, symbiotique que la patiente semblait nous faire vivre. Il s'agit d'accueillir et d'engager notre regard dans un dispositif spéculaire au sein duquel la patiente pourrait peut-être se reconnaître et se tenir. Nous lui proposons alors dans un premier temps de séance un travail sur les appuis dos ayant observé dès le début du suivi que la patiente recherchait spontanément un étayage externe à sa verticalité. Travailler la prise de conscience de cette zone de son corps pour délier cet accrochage à une carapace tonique qui semblaient investie dans une fonction anesthésiante des affects. La patiente investissait son corps dans un tonus musculaire hypertonique. Son corps se présentait alors comme dans un bloc dont elle ne semblait pas avoir conscience si ce n'est à travers le vécu d'une douleur cervicale qu'elle ne liait à rien de particulier. L'omnipotence c'est aussi un ancrage hypertonique en tout ou rien, dans lequel la frustration est vécu comme une véritable agression. En témoigne les crises de rage fréquentes de la patiente dans le service que l'on nomme alors comme caractérielle et qui donne à voir la dimension hermétique et impénétrable dans laquelle elle se trouve alors dans une figure tourbillonnante, comme emportant tout sur son passage. Ceci n'est pas sans rappeler la position du nouveau-né pris dans une bipolarité tonique en tout ou rien. Le sujet qui s'organise dans un système défensif Omnipotent trouve des ancrages toniques primaires dans lequel aucune position intermédiaire n'est possible. Ne laissant pas la possibilité à l'élaboration du dedans et du dehors, nécessaire à la rencontre du soi et de l'autre. Dans un 2ème temps nous lui proposons un travail de prise de conscience du corps, allongée sur un tapis (à sa demande) enveloppée

dans des couvertures qui remontait jusqu'au visage, ce qui n'est pas sans signification quant à l'investissement d'Anna pour cette partie du corps, à cet agrippement au visage. Puis nous effectuions des pressions profondes le long de son corps, en nommant ce que nous faisons. Pendant que ma collègue effectuait les pressions tout en restant en contact visuel avec la patiente, je m'installais à côté d'Anna de façon à ce que nous restions en contact visuel. J'accueillais ses verbalisations que j'écrivais sur une feuille, écrit qui nous servait par la suite de support pour faire médiation. L'idée étant que dans ce dispositif soit palpable à travers notre engagement corporel dans l'espace la notion d'attention dont parle Houzel, mais aussi Esther Bick, une attention active engageant notre corps tout entier dans l'expérience du regard et de la voix par la nomination des éprouvés. Les écrits étant alors pris dans un processus de symbolisation, de mise en forme des expériences perceptive-sensoriel partagées. A la fin de la séance ses écrits prenaient place dans une pochette que la patiente n'avait pas nommé comme nous le lui avions proposé. En lieu et place de cette nomination, elle avait personnalisé sa pochette avec un dessin représentant un visage d'elle très esthétisé, nous faisant penser à un visage de manga dans une perfection du trait, un visage sans âge, comme figé dans le temps, celui d'une petite fille, comme irréel. Elle avait dessiné sous l'œil droit une larme qui coule, comme une écorchure, cela représentait pour elle « la blessure intérieur de sa souffrance ». Nous ajoutions parfois à ce dispositif à la demande de la patiente des petites bouillottes sur certaines parties de son corps souvent sous le dos, le ventre, les cervicales et les jambes. Au fur et à mesure des séances, dans cette expérience régressive de contact dos représenté par la chaleur des bouillottes à cet endroit de son corps, et la perception éprouvés par ses appuis dos dans l'enveloppement des couvertures plus ou moins serrée la patiente semblait expérimenter ce que Geneviève Hagg appelle une sensation sentiment sécurité de base. Les traits de son visage se relâchaient, nous pouvions le percevoir à travers le relâchement d'auto-agrippement musculaire au niveau notamment des mâchoires, comme si cette zone orale dans un surinvestissement tonique cherchait à pallier à l'objet absent. La zone autour des yeux se relâchait également. Dans cette notion finement développée par Geneviève Hagg, s'entremêle ce qui est de l'ordre du vécu primaire de la sensation avec un éprouvé du côté de l'affect amené par la notion de sentiment laissant alors entrevoir un début possible de rencontrer dans l'altérité. Un éprouvé s'articulant dans une possibilité de représentation et de mentalisation à l'œuvre, en lien avec un prémisses d'élaboration psychique. Au fur et à mesure des séances, Anna semblait expérimenter un registre tonique autre que celui

d'une carapace hypertonique. Ceci apparaît dans des verbalisations à travers lesquelles le vécu corporel semble se nuancer : elle peut alors percevoir autre chose que ce corps qui fait bloc. Laissant apparaître dans son discours un ressenti autour des appuis de sa colonne vertébrale qu'elle ressent sur le tapis dans des mouvements ou elle replie ses jambes sur son buste. C'est à travers une plainte quant à des douleurs lombaires que nous lui proposons alors d'expérimenter un étirement du bas du dos. Elle ressent alors un profond soulagement. Cette prise de conscience de l'articulation axiale verticale, n'est pas sans rappeler le stade pendant lequel le bébé attrape ses pieds, tirant dessus éprouvant alors ses attaches corporelles dans ce que Geneviève Hagg appelle "un mouvement de membrant" faisant ainsi l'expérience d'un vécu d'unité du corps à la jonction de l'axe du bassin (particulièrement peu investi chez Anna) et de l'axe vertébral. Déliaison cette carapace tonique et faire exister un axe corporel afin de donner un appui sur la charnière de son corps au sein de cette enveloppe adhésive, de cette peau commune. Investir une verticalité dans un auto-érotisme possible afin de lui permettre d'éprouver dans son corps la possibilité d'appuyer sur le monde, autrement que dans des agirs. En expérimentant une maîtrise de son corps, à travers le plaisir de saisir ses éprouvés, et de les nommer, lui permettant ainsi d'être une mère suffisamment bonne pour elle-même.

Mais malgré l'évolution palpable d'Anna, la patiente nous donne l'impression de consommer les séances, comme si nous étions des objets addictifs, une substance dont elle se nourrirait mais qu'il fallait sans cesse réactualiser. Outre le fait que nous étions toujours dans une grande discontinuité au niveau du rythme des séances, il nous semblait que rien ne pouvait s'inscrire de l'expérience de son vécu corporel. Nous ressentions que nous étions pour la patiente mise à la place d'un imago maternelle soignant qu'il fallait sans cesse recréer à l'extérieur de soi. Une mère soignante qui manque dans le monde interne. Cela nous interrogeait quant au vécu du sentiment de permanence chez Anna. Elle semblait nous faire vivre une profonde inconsistance sur laquelle rien ne pouvait s'étayer des expériences vécues lors des séances, comme s'il n'y avait aucun fond sur lequel celles-ci pourraient se tenir et s'élaborer. Bien que la patiente semblait présenter un trouble de la personnalité, nous observions en séance un vécu corporel sur un registre archaïque empreint d'angoisses primitives massives, tel que des angoisses d'anéantissement, de chute antérieur aux angoisses de séparation/individuation. Comme si il n'y avait pas d'objet d'arrière-plan d'identification primaire. Nous amenant ainsi à une réflexion sur l'endommagement profond de l'enveloppe de pare-excitation de la patiente.

N'était-ce pas comme si tout faisait effraction ? les scarifications étant alors une tentative pré symbolique de le figurer ? Cette effraction ne permettant pas qu'une surface psychique s'inscrive dans une permanence mettant ainsi en péril la possibilité pour Anna d'introjecter les expériences vécues pendant la séance. La patiente pouvait elle créer un espace à l'intérieur d'elle ? Il semblerait que quelque chose là faisait trauma. C'est ce que Joyce Mac Dougall nomme l'objet transitoire. La dimension addictive renvoyant à une forme d'emprise du sujet dont témoigne les écrits d'Anna « *Me faire du mal est comme une solution à mes angoisses, je ne peux pas m'en empêcher, j'y pense tout le temps. La douleur est là encreée en moi depuis toute petite. Je dois me faire du mal comme pour expliquer mes cicatrices à l'intérieur de moi* ». Ainsi Anna évoque le phénomène d'emprise par le corps. La patiente semblait nous plonger avec elle dans la temporalité de l'immédiateté au sein de laquelle toutes les expériences semblent comme collées les unes aux autres, sans intervalle de temps, sans médiation. La patiente semblait témoigner de son impossibilité à s'appréhender comme un corps sujet dans le temps et du temps, ne pouvant s'y projeter et détruisant ainsi toute perspective. Nous étions comme mise à la place d'un objet d'addiction, ersatz de l'objet transitionnel de la petite enfance et qui signe l'échec des investissements auto-érotiques du corps et la création possible d'un espace interne intermédiaire et suffisamment contenant. Les objets d'addiction sont transitoires et toujours à recréer car toujours en dehors. Sur quelles surfaces pouvaient s'inscrire les vécus corporels d'Anna en séance dans une économie psychique traumatique. Le tourbillon de l'agitation à travers ses agirs, ses nombreuses absences semblaient représenter une machine à dévorer tout ce qui peut faire exister de l'espace, de l'intermédiaire, de la médiation. Toute limite, retirant au corps la permanence de ses contours, donnant lieu à un vécu corporel sans épaisseur dont la patiente semblait témoigner à travers un discours laissant apparaître une image du corps « plate, molle, sans consistance » « poreuse et perméable à tout ce qui se passe autour d'elle », dans l'impossibilité de se projeter dans le temps et l'espace, comme suspendu en un non-lieu, un corps sans bord, comme sans résidence.

Parallèlement au suivi en psychomotricité l'agitation de la patiente se faisait paroxystique à travers des agirs automutilatoires dans le service. Réussissant à se procurer des lames de rasoirs, la patiente se coupent de façon assez profonde dans sa chambre. Ces derniers passages à l'acte nécessiteront une prise en charge aux urgences et de nombreux points de suture. L'équipe se sent démunie face aux agirs de cette patiente, en son sein. Peut-être peut-on questionner à nouveau l'adresse à laquelle sont

portées de tels actes. À nouveau il me semblait que nous pourrions penser qu'en attaquant la propre surface de son corps à l'intérieur même de l'espace de soin, ce qui redouble l'acte d'une violence symbolique, la patiente s'adressait à un corps mère institutionnelle vécu comme tout puissant, dont elle revendiquait sans cesse de vouloir partir (et donc se séparer) à travers de nombreux passages à l'acte: fugue, demande de sortie contre avis médical, et affirmait en même temps sa grande dépendance en nécessitant des soins infirmiers importants, conséquences de ses automutilations. En attaquant sa peau la patiente semblait agir son impossibilité à quitter, à se séparer de cette peau adhésive à la mère institution. D'autant que ces transgressions répétées et l'inquiétude suscitée par les automutilations la feront rester de nombreux mois en chambre de soin intensif, et quelques semaines en protocole pyjama. Anna avait alors une nouvelle peau. Le corps d'Anna Par la voix de l'agir qu'il empreinte, se fait alors le porte-parole, collé à une enveloppe institutionnelle soignante. La patiente tente-t-elle de symboliser à travers son corps par des mouvements régressifs qui font retour au stade du miroir des processus de différenciation et d'individuation. Il s'agit alors avec le corps de tenter de symboliser les expériences primaires qui n'ont pu être l'être. Les attaques du corps que la patiente empreinte comme la voix de l'oralité par des prises de médicaments ou de toxiques, les alternances de comportements d'anorexie/boulimies ou celle du regard dans un donné à voir des limites du corps de son enveloppe via des scarifications tente de renouer avec un bain sensoriel où se cherche la voix et le regard maternel. Ces agirs semblent montrer que l'absence, le manque, la séparation et la différenciation d'avec l'objet maternel n'auraient pas été suffisamment nommés. Il s'agit à travers ses actes d'actualiser un bain sensoriel langagier actualisant ainsi l'atmosphère des soins maternel. La voix et le regard sont particulièrement sollicités. Il s'agirait de tenter de réanimer la voix et le regard maternel. La patiente dans ses alternances de comportements d'anorexie et de boulimie, d'absorption médicamenteuse ne met-elle pas en scène par son corps des scénarios de sevrages ? Dans une tentative sans cesse répéter de reconstituer un lien avec l'objet absent, de chercher à le nommer. Comme je l'évoquais dans son anamnèse la patiente fera à plusieurs reprises des séjours en réanimations suite à des prises excessives de médicaments. En séance elle dira qu'elle ne voulait pas mourir, mais qu'elle cherchait à ce que cela s'arrête, la douleur, la souffrance, l'angoisse, dans un paradoxe inextricable elle cherchait "le calme". Cela m'évoque la prise de médicaments et le séjour en réanimation comme une métaphore du bébé dans la plénitude sensorielle du ventre maternel, nourri et rattaché à la vie par un cordon ombilical. Le lieu du corps serait alors

celui d'une bulle narcissique dans un agrippement à un bain sensoriel primaire, pris dans la recherche répétitive d'un écho maternel, nommant et donnant place qu'elle tente de prolonger dans une enveloppe symbiotique. La Dimension destructrice de ses agirs cherchant à réactiver le lâchage maternel, laissant place à des angoisses plus archaïques de chute que la dimension transgressive de ses attaques dans le tourbillonnement de l'agitation tente de neutraliser par les voix de la décharge.

Les infirmiers racontent comment la patiente s'effondre pendant les rituels de changements de pansements après les épisodes automutilatoires. Comme dans un après coup. Les soins autour du pansement sur les parties de son corps blessées semblent représenter par le bain sensoriel qu'ils procurent le handling maternel. Le pansement vient alors border la peau, donner un contour comme si elle était en quête de bras pour la porter pour l'entourer, la délimiter et la contenir. Comme si elle cherchait à retrouver là, une mère soignante externe qui manque dans le monde interne. Une mère qui viendrait la panser. Les points de sutures de la peau, le pansement venant alors se substituer à une enveloppe corporelle vécue comme déchirée, trouée comme une prothèse faisant irruption dans le réel du corps de cette enveloppe psychique si peu contenante dans une tentative de figuration. Se figurer, se dont il s'agit pour Anna à tout instant convoquant à travers ses agirs la rencontre avec le visage de l'autre comme un miroir, en attente d'être vue et reconnue, attendant le sentiment d'exister que cela procure. La patiente n'est-elle pas comme aliénée à ce corps mutilé par ses scarifications, restant ainsi comme suspendue à se donner à voir au corps soignant. En séance de psychomotricité, elle se présente alors à travers sa douleur me disant qu'à cause de son pansement elle ne peut pas se mettre au sol. Comme si à nouveau à travers ces attaques elle mettait en scène la porosité et le collage entre un corps somatique et un corps psychique. En se présentant à moi ainsi elle énonçait son impossibilité à se séparer d'un corps somatique primaire. Ces séances sont alors l'occasion pour la patiente d'investir l'écriture ou le dessin nous tentions ainsi de transformer ce vécu corporel primaire, ce recours à un agrippement sensoriel. Elle fera en séance un dessin la représentant, avec des traces de scarifications partout sur les bras, les jambes et le ventre. Elle me dit « partout où ça fait mal c'est moi ». Je l'invite alors à élaborer autour de ce dessin elle verbalise, que la douleur lui permet de ressentir qu'elle est encore là. Elle évoque également le fait que devant l'intensité d'un vécu d'angoisse elle ne peut pas faire autrement. Anna verbalise que sur le moment elle ne sent pas la douleur mais plutôt une plénitude. Elle parle longuement et avec précision de ses scarifications, elle décrit la dimension de jouissance qui

s'y rattache et le lien de dépendance et d'aliénation au corps qu'elle crée « *il ne faut pas me laisser seule avec une lame de rasoir, c'est l'idée même qui est là* ». Elle insiste sur un vécu de débordement pulsionnel qu'elle compare à une pratique toxicomaniaque. « *C'est devenu une habitude, s'ouvrir la peau s'est se sentir vivante, ça laisse des traces* ». En séance comme dans le service la patiente met en scène sa douleur. Il semble que la douleur soit ressentie par la patiente comme un véritable port d'attache, introduisant un sentiment d'exister. La perception de la douleur comme le développe (Agnes Lauras-Petit) peut réintroduire le sujet dans la dimension réflexive : il souffre et se perçoit souffrant, il est à la fois le sujet et l'objet de cette douleur permettant alors de réhabiliter une frontière ténue entre le dedans et le dehors. En convoquant ainsi le monde de la perception qui tient lieu pour le sujet de véritable bord identitaire. Paradoxalement la tension psychique et donc le recours à l'agitation comme processus de décharge s'apaise. Anna semble bien plus présente et disponible, comme si l'expérience de la douleur lui donnait de la densité, elle semble alors comme sécurisée par le fait que cette douleur lui procure l'assurance de la présence de l'autre, recréant ainsi une chorégraphie relationnelle dans son corps d'adulte similaire à la dépendance du bébé dans les soins maternels. La patiente retrouve cela en bénéficiant alors des si bien nommés soins de nursing. En cela la douleur est une expérience de l'archaïque, car elle est un appel à l'autre. En dénommant la douleur, on la délimite redéfinissant ainsi les contours du corps propre. En recherchant la relation aux soignants à travers ce qui panse la douleur, comme un étayage nécessaire sur lequel s'appuyer en convoquant ainsi la fonction de pare-excitation dont le soin du pansement pourraient en représenter une tentative de figuration. Comment renoncer à la douleur pour accéder à une relation à soi et aux autres plus sereine ? Anna me paraissait toute entière identifiée à cette partie de son corps blessée, à cette douleur. Le processus de cicatrisation de la peau permettant alors un réinvestissement libidinal. Le suivi en psychomotricité durera environ 1 an et 10 mois. Durant les derniers mois, dans la perspective de mon départ en congés maternité nous élaborerons en équipe, puis avec la patiente de mettre fin au suivi en psychomotricité individuel. Nous articulons alors avec la patiente et l'ensemble de l'équipe la possibilité pour elle d'intégrer le groupe d'équithérapie qui a lieu une fois par semaine avec ma collègue éducatrice et une infirmière. La patiente agira la séparation ne venant plus aux séances jusqu'à mon départ. Nous restions en lien par des écrits qu'elle nous adressait à ma collègue et moi-même régulièrement en dehors du cadre des séances. Nous lui verbalisions alors qu'ils trouveraient une place à l'intérieur de sa pochette dans mon bureau,

mesurant toute la charge symbolique de cette métaphore, la patiente cherchant peut-être ainsi à vérifier la place qu'elle continuerait à prendre dans mon espace interne.

>> Nous avons vu combien l'agitation de la patiente à travers ses passages à l'acte automutilatoires, ses absorptions médicamenteuses rendent la continuité du suivi complexe et suscite chez les soignants des mouvements de haine de rejet mais aussi de fusion réparatrice. Comme si la patiente tentait d'interroger inlassablement l'absence de nomination dans le désir l'autre. Absence de nomination qui laisserait alors un corps sans résidence selon les termes de Sylvie Lepoulichet, sans bord et sans contour soumis aux débordements pulsionnels, en proie à des mécanisme de décharge face à l'intensité de la tension psychique, dont l'agitation parfois dans des actes extrêmes tentent de donner forme. il s'agit à travers ces actes de montrer et de se faire remarquer, de se faire remarquer en marquant son corps. Elle me dira d'ailleurs lors d'une séance que là où elle a des tatouages elle ne se scarifie pas. Elle semble recréer à travers les objets oraux et scopiques dans un mouvement de régression les conditions et le climat des soins maternels. La coupure de la peau essaie d'inscrire de la différence en passant d'abord par ce bain sensoriel, comme s'il fallait qu'elle sente l'enveloppe de son corps pour l'éprouver comme sien. Elle tente dans son corps d'opérer une coupure, un détachement d'avec l'objet tout en cherchant à en réanimer le regard. D'où l'importance de penser le travail du psychomotricien dans un dispositif spéculaire qui nomme et accompagne les éprouvés dans un processus de symbolisation. Permettant ainsi de passer d'un corps agi dans une fonction répétitive de porte-parole où les attaques ont une fonction d'appel et où l'agir vient alors comme effet d'une parole non exprimée et non entendu chorégraphiant ainsi un espace intermédiaire tenu entre un agir Brut et une symbolisation.

Nous avons été bien souvent ma collègue et moi-même soumise à des mouvements d'impuissance, de rejet de découragement, de doutes face aux attaques, éprouvant le désir de tout arrêter de la lâcher et de laisser tomber. La clinique nous met parfois dans des positions assez inconfortables, mais qui laisse place à des rêveries comme un tissu de pensée. L'important me semble t'il est de s'ajuster, de se réajuster, comme dans un pas de danse, témoignant de la créativité des soignant et d'une altérité présente qui se tient là, de l'autre côté du miroir. Nous avons tenté de créer un espace soutenant la patiente dans des expériences sensorielles, perceptives, l'aidant à constituer son propre corps comme lieu possible.

Une séparation entre le corps maternel et le corps féminin (très important ça je pense chez p car elle se présente à la fois comme une petite fille mais dans un corps asexué. Le corps de la fille comme porte-parole des interactions primaires.

Le suivi en équithérapie :

Je ne serai pas présente durant les 8 premiers mois de son suivi dans le cadre du groupe équithérapie étant absente pour les raisons que je vous ai évoqué plus haut. Dans un souci d'efficacité dans l'exercice qui est le nôtre aujourd'hui je vous dirai simplement que la patiente semble s'être engagée dans cet espace avec plus de régularité et de continuité. J'évoquerai plus loin mes hypothèses quant à cet espace de soin vécu comme un lieu d'investissement suffisamment sécurisant pour qu'elle puisse s'y tenir.

Je reprends le groupe thérapeutique suite au départ de ma collègue éducatrice, dans un souci de perpétuer cet espace de soin mais aussi dans un profond désir de ma part de m'y engager. Au moment où je reprends le groupe, cela fait environ 8 mois que la patiente y est intégrée. Sa présence est comme toujours soumise aux vicissitudes de ses passages à l'actes, séjours aux urgences et autres aléas de son hospitalisation.

Il s'agit d'un groupe thérapeutique que nous faisons à l'extérieur de l'institution dans un centre équestre. Nous sommes 3 soignants dans ce dispositif : Une collègue psychologue équithérapeute extérieure à l'hôpital, un collègue aide-soignant et moi-même. Nous accueillons un groupe de 4 patients. Il s'agit d'un groupe semi-fermé. Nous menons ce groupe 1 fois par semaine sauf pendant les vacances scolaires. Cela fait maintenant 1 an que j'ai repris le groupe.

Lors de la première séance à laquelle j'assiste pour faire le lien avant le départ de ma collègue éducatrice, je suis accueillie par Anna qui m'explique qu'elle apprécie particulièrement le travail avec un cheval nommé Clover. Avec l'autorisation de l'équithérapeute elle me montre alors ce cheval objet de toute son admiration. Clover est en effet un magnifique cheval blanc, grand, peut-être un des plus grand de l'écurie. Elle rentre dans son box, et fait immédiatement irruption dans son espace. Le cheval semble alors manifester sa surprise et son mécontentement par un grand mouvement de tête tout en se reculant. La patiente réagit vivement à cette frustration qu'elle semble vivre comme un rejet et y répond alors en sortant vivement du box, refermant la porte brusquement. Se mettant alors à bouder comme une petite fille. Le cheval grand beau et fort porteur d'un imago paternel idéalisé se retourne alors en un mauvais objet décevant et persécutant ne répondant pas immédiatement à sa demande dévorante et fusionnelle. L'équithérapeute intervient, se posant alors comme tiers, pour accompagner la patiente et nommer les réactions du cheval. Un travail peut-être mobilisé autour d'un affect de haine que la patiente projette sur le cheval. La patiente peut saisir ce qui se mobilise en elle sur le registre émotionnel de l'agressivité. L'équithérapeute propose alors à Anna

des ajustements sur lesquels elle pourrait s'appuyer pour entrer dans une interaction avec l'animal : chorégraphiant ainsi un autre engagement corporel possible comme un étayage, engageant le corps d'Anna dans un ajustement tonique liant ainsi l'expérience de la voix, du regard, de la posture engageant tout le corps dans un espace relationnel possible avec l'animal vibrant et résonnant, engagé dans un dispositif spéculaire. Anna peut alors investir dans son corps des espace intermédiaires sur lesquels s'appuyer pour accéder à une position ambivalente avec ce que représente L'animal, se décalant ainsi d'une position binaire de clivage en tout ou rien. C'est ainsi que s'engage les premiers mois de séance en équithérapie. Il s'agit pour la patiente de faire l'expérience d'un espace relationnel dans lequel les deux partenaires de cette relation pourraient se tenir rendant alors vivant le corps d'Anna et le corps du cheval au sein d'un dialogue tonique. Il ne s'agit plus au fur et à mesure des séances d'être collé au corps du cheval en le couvrant de caresse et de bisous, mais de se tenir à bonne distance pour être 2. Anna fait alors l'expérience dans des ajustements de posture, de voix, de regard d'un corps en mouvement, d'un corps médiatisé prenant de la densité dans l'espace. Sa carapace tonique semble s'assouplir. Elle éprouve alors le pouvoir de son corps à travers la relation au cheval qui y répond. Elle retrouve dans cette expérience vibrante et résonnante un ancrage libidinal dans un réinvestissement pulsionnel permettant ainsi de renouer les fils d'une enveloppe de pare-excitation plus contenante, trouvant d'autre voix d'expression que celui de la décharge. Anna investie particulièrement les moments de pansage du cheval, prêtant alors un grand soin à la peau de l'animal, qu'elle caresse et brosse avec tendresse, portant son attention à la moindre blessure à la surface de la peau. Elle pouvait alors faire vivre en elle une partie soignante. Dans ce bain sensoriel : de caresses, de douceur, d'odeur Anna peut retisser un lien avec un imago maternel soignant, lui permettant ainsi de faire l'expérience à l'intérieur d'elle d'un éprouvé de prendre soin. La patiente investie les séances d'équithérapie avec une certaine continuité, les absences se feront de plus en plus rare. Comme si elle pouvait prendre corps et consistance à l'intérieur d'une expérience de la temporalité. Alors que les séances vont s'interrompre 1 bon mois durant les vacances scolaires d'été la patiente élabore une demande autour de son désir de mettre fin à son hospitalisation. Lors de l'entretien de fin de prise en soin, la patiente me fait part de son souhait d'effectuer un stage comme palefrenière dans un centre équestre là où elle se rend habituellement en vacances. Anna semblait tenter de porter et de faire vivre à l'intérieur d'elle ce bon objet intériorisé, dans une expérience d'autonomisation en se projetant en dehors du ventre maternel hospitalier. Elle pourra quitter l'hôpital 1 mois

environ demandant à être réhospitalisée à son retour de vacances se sentant trop anxieuse chez elle. Nous y voyons tout de même une évolution, la patiente pouvant alors exprimer sa détresse autrement que dans un agir. A mon retour de congés lors de l'entretien, la patiente exprime sa demande de remettre en place le suivi en psychomotricité elle me fait part de son désir de reprendre l'équithérapie. Elle me raconte s'être rendue avec sa mère plusieurs fois au centre équestre à côté de son lieu de vacances. Elle me décrit alors le plaisir qu'elle a éprouvé à retrouver les odeurs, le contact de la peau avec le cheval, sa chaleur. La patiente s'anime, elle me dit « je ne sais pas pourquoi le cheval ça m'apaise trop ». J'entends alors dans le discours d'Anna le réinvestissement libidinal de son corps traçant peut-être le sillon vers l'expérience d'un corps érogène. Nous reprenons l'équithérapie dans les semaines qui suivent. La patiente réinvestit alors les lieux, les retrouvailles avec les chevaux dans une joie partagée avec le reste du groupe. Elle en accueille les nouveaux membres, leur présentant les chevaux. Dans cette reprise, la demande de la patiente évolue. Elle souhaite investir d'avantage la possibilité de monter à cheval, engageant alors avec l'animal un espace relationnel différent acceptant une position plus passive de se laisser porter. Ses premières expériences se font à même la peau du cheval. Elle exprime la sensation de vertige qui la traverse. La patiente se laisse porter dans un dialogue tonique avec le cheval, dans le rythme de ses pas, verbalisant une sensation de bercement. Elle semble faire avec émotion l'expérience d'un accordage tonique, au sein d'un corps qui peut alors recevoir et accueillir le mouvement du cheval, un corps commençant à se lancer dans un mouvement vibratoire à travers une enveloppe tonique plus souple. Au cours des séances suivantes, la patiente se montrera active dans son désir d'expérimenter de nouvelles choses. Elle peut alors se lancer et s'aventurer dans l'espace, expérimentant des mouvements chorégraphiques sur le dos du cheval que l'on appelle de la voltige. Ces mouvements s'organisent autour de l'axe vertébral dans un aller-retour du plan horizontal, la patiente s'allonge complètement vers l'arrière sur le dos du cheval, dans un dos contre dos avec l'animal, puis se redresse. Se dessine alors un corps qui se médiatise, se laissant traverser par un courant libidinal, s'éprouvant dans une jubilation et rencontrant aussi une forme de beauté esthétique dans la chorégraphie du mouvement. Du chemin a été parcouru depuis ce dessin d'un corps informe, régressé, vécu comme mou, plat et renvoyant à des figures du dégoût et de l'horrible monstrueux. Anna a pu se séparer de ses positions d'agrippement collant à la surface, retissant en elle le lien avec des ancrages auto-érotiques lui permettant d'accéder à une enveloppe tonique vibrante, capable de faire de la place à

l'autre. Dans les éprouvés sensori-moteur et proprioceptifs de son corps à cheval la patiente a pu retrouver des expériences de vécu de soudure, d'attaches, de lien permettant d'intégrer des prémices de contenance. A travers la voltige Anna expérimente la densité de son corps dans sa verticalité et le vacillement du déséquilibre dans un jeu possible où il n'est plus question de tomber dans un espace sans fond, mais de retrouver des appuis dans un espace intermédiaire permettant l'équilibre. C'est alors comme une nouvelle danse du corps qui se dessine dans l'appivoisement de l'angoisse de chute sans fin. Parallèlement à son suivi en équithérapie, de nouveaux projets se dessinent pour elle. La patiente se montre réceptive à la proposition de l'équipe qu'elle puisse être hospitalisée dans un lieu de soin différent avec un projet de service peut-être plus porteur et valorisant pour elle. Elle peut exprimer ses sentiments d'ambivalence d'être à la fois dans un désir d'ailleurs de l'unité, tout en exprimant ses craintes de se séparer de l'équipe, d'aller vers l'inconnu.

La patiente traverse toujours des moments de détresses importants, des agirs automutilatoires et des absorptions médicamenteuses ont eu lieu dernièrement, nécessitant un séjour en réanimation. Mais elle a pu dans les séances d'équithérapie faire l'expérience de retrouver en elle le lien avec un objet sûr, porteur et vivant.

L'équithérapie a permis à Anna de faire l'expérience de la régression au contact du cheval s'appuyant sur un imago maternel représenté par des aspects de douceur de la peau, de chaleur, de dialogue tonique, de bercement et de portage, tout en restant dans une position active. Le cheval est un animal puissant, imposant ainsi ses propres règles dans la relation. Ceci a pu représenter pour la patiente un tiers séparateur permettant des castrations symboliques médiatisées par le cheval. Remobilisant ainsi une dynamique pulsionnelle permettant à Anna de lâcher une position d'agrippement, de traverser le miroir pour s'engager comme sujet dans un corps médiatisé capable de se risquer à accueillir l'autre. L'image du corps se trouve étayée par l'enveloppe groupale, mais aussi par la sécurité narcissique apportée par le cheval. L'animal devient alors un objet d'attachement dans un lien de proximité, lien établi au travers d'un mode de communication très archaïque situé dans l'infra verbal, favorisant l'accès à des étapes régressives souvent nécessaires à un étayage narcissique. L'attention conjointe du groupe vers le cheval et l'attention de celui-ci envers le groupe favorisant ainsi une contenance et une réassurance portée par l'enveloppe qu'elle constitue. Le sentiment d'omnipotence si présent chez Anna, peut alors progressivement laisser la place à une relation plus sûre dans le rapport à l'autre où le

rapproché corporel n'est plus synonyme de dévoration, d'intrusion, d'empiètement de débordement pulsionnel. La séparation est sans cesse remise en jeu dans le lien avec le cheval grâce au comportement de celui-ci, cherchant le contact et en même temps ayant besoin de vivre sa vie.

Pour conclure ce récit clinique j'espère avoir rendu palpable l'engagement du psychomotricien mais aussi toute la résonance de ce travail au sein d'une équipe pluridisciplinaire. J'aimerais témoigner de la richesse de nos différences dans cette collectivité de travail. Elle suppose que puisse exister au sein de l'équipe et donc auprès du patient le respect des places et des différences de chacun, on ne fait pas tous la même chose et ce n'est pas de cela dont le patient a besoin. Mais nous contribuons tous à l'aide que nous pouvons lui apporter dans une articulation des différences. Car nous l'avons entendu ici, c'est d'un défaut de différenciation dont souffre les patients dont nous nous occupons, d'un défaut des différences fondatrices entre le monde intérieur et le monde extérieur, entre le moi et l'autre. Un travail pluridisciplinaire c'est le renoncement à une position infantile omnipotente qui sommeille en chacun de nous pour se mettre au service des patients, sortir de ce sentiment d'impuissance auquel nous sommes si souvent renvoyer. Alors prenons soin et prêtons attention à nos outils institutionnels qui nous permettent de nous retrouver ensemble. Comme c'est le cas aujourd'hui dans cette journée de colloque et j'en remercie chacun des membres qui a contribué à rendre cela possible. Nous permettant ainsi de nous rencontrer dans nos différences, mais nous réunissant autour du même souci du patient. Alors notre plaisir au travail devient réel et libidinal.