

COMPLEMENTARITE ENTRE THERAPIE A MEDIATION CORPORELLE (EUTONIE) ET PSYCHOTHERAPIE FAMILIALE.

Marie-Claire Guinand¹ & Ferdinand Wulliemier²

Dans cet article, nous avons choisi de rendre compte d'un travail de collaboration ou de complémentarité entre l'eutoniste-physiothérapeute et un psychiatre-psychothérapeute, en décrivant une situation clinique présentant de nombreuses difficultés thérapeutiques. Les deux auteurs s'exprimeront successivement à la première personne du singulier, le psychiatre en écriture droite, l'eutoniste en italique. Leurs remarques d'ordres théchnique et théorique seront faites à partir du cas décrit, donc plutôt "en passant", voire de manière allusive.

Dans notre collaboration qui dure depuis plus de 20 ans, même si certains aspects du travail spécifique de chacun des thérapeutes peut se décrire ou a même quelquefois grand avantage à se décrire en d'autres termes ou selon d'autres modèles que celui des systèmes ouverts, p. ex en termes psychanalytiques, gestaltistes, bioénergétiques, behaviouristes ou existentialistes, la synthèse de ces spécificités cliniques s'est toujours faite entre nous sous l'égide systémique [1,2,3].

L'importance de cet apport thérapeutique complémentaire entre l'eutoniste et le psychothérapeute ne s'étend pas qu'aux cas difficiles de personnes faisant partie de systèmes gravement dysfonctionnels, comme celui dont nous allons parler, mais elle nous est apparue au fil des années comme tout aussi déterminante pour les autres niveaux de pathologies, ainsi que pour la formation de divers types d'intervenants³

La situation présentée ici se situe dans un milieu présentant de nombreuses et sérieuses perturbations. Elle a impliqué plusieurs intervenants au cours d'un traitement de longue durée (12 ans), qui a lentement porté des fruits positifs. L'article tend à montrer qu'un tel résultat ne peut être obtenu sans une collaboration efficace des différents intervenants, où l'approche corporelle est à la fois cruciale et déterminante.

¹Eutoniste Gerda Alexander. Formatrice à l'Institut pour le Développement de l'Equilibre Tonique(IDET), France. Physiothérapeute.

²Psychiatre, Privat-Doctent, Enseignant-superviseur au Centre d'Etude de la Famille (CEF), Faculté de Médecine de l'Université de Lausanne. Committee Member, Sahaj Marg Research Institute.

³Des séminaires sont offerts depuis plus de 15 ans dans le cadre du Centre d'Etude de la Famille du Département de Psychiatrie Universitaire de Lausanne, sous le titre de "L'intervenant centré et ouvert, outil thérapeutique".(Renseignements auprès de C. Wulliemier, CH- 1082 Corcelles-le-Jorat, tél. 41 21-903 22 70 ou fax 41 21-903 23 74).

J'ai commencé, en 1983, par avoir en traitement le frère de la patiente qui s'avèrera par la suite comme la plus désignée de ce système familial élargi. Cet homme a été adressé au psychiatre-psychothérapeute par son médecin-interniste avec le diagnostic d'hypertension essentielle et d'obésité. Mais si l'interniste l'avait convaincu d'aller voir notre tandem thérapeutique, c'est parce qu'il trouvait son patient non seulement artériellement hypertendu mais psychologiquement très tendu, dans une situation familiale et conjugale difficile, aiguë.

Lors de notre première rencontre, alerté par une résonance douloureuse au niveau de mon propre corps, en particulier au niveau de mon plexus solaire, j'ai senti cet homme de 35 ans si proche d'une dangereuse implosion ou explosion que je lui ai prescrit, en plus des séances chez l'eutoniste, de se mettre immédiatement à pratiquer de la boxe. Je devais être si convaincu et convainquant qu'il m'a écouté. Par la suite, au cours du traitement, il a également maigri, son hypertension a disparu et il n'a tué personne malgré la grande envie qu'il en avait.

Au cours de nos séances, tout d'abord individuelles et néanmoins orientées systémiquement⁴, il m'a bien entendu parlé de sa famille d'origine, de la séparation de ses parents qu'il avait assez mal assumée alors qu'il avait 14 ans, de son père mort brusquement d'infarctus alors que lui-même avait 26 ans, et de sa mère qu'il évitait encore autant que possible de rencontrer en raison d'un comportement qu'il qualifiait d'aberrant. Ce comportement s'est en fait révélé franchement paranoïaque lors des quelques entretiens que nous avons eus avec elle et son fils. Une mère d'ailleurs également obèse et hypertendue, qui a été impliquée dans plusieurs procès après celui de son divorce, une personne qui s'est isolée de plus en plus pour ne vivre plus qu'avec son chien.

Quant à sa soeur de 10 ans sa cadette, dont nous allons principalement parler, son frère affirmait qu'elle avait beaucoup souffert du divorce aboutissant au départ de son père.

Après 3 ans de traitement, il me confia lors d'une séance que sa soeur s'était brutalement et irréversiblement fâchée avec sa psychothérapeute. Restée sans traitement durant quelques semaines, les propos de sa soeur lui paraissaient suffisamment déplacés, voire même délirants, pour qu'il intervienne activement en la priant d'accepter au moins de consulter un médecin généraliste.

Un an plus tard, étant lui-même stabilisé et satisfait de ses thérapeutes et de son traitement, il s'est même mis dans la tête de nous déléguer sa soeur, que j'ai commencé à voir en 1987, puisqu'il a réussi assez proprement cette opération de délégation à l'occasion d'une consultation pour lui-même chez le médecin-généraliste de sa soeur. En

⁴Il n'est en effet pas nécessaire d'avoir physiquement en face de soi les différents membres d'une famille ou d'un réseau pour raisonner et agir de manière systémique.

fait ce médecin cherchait justement un nouveau psychiatre pour elle, les tentatives pour faire reprendre le traitement psychothérapeutique interrompu chez une de mes collègues ayant échoué.

Je n'ai donc rien eu à faire de particulièrement actif pour que le système familial soit en quelque sorte attiré vers nous. J'ai d'ailleurs noté à de nombreuses reprises un tel effet synergique et synchronique lorsque le système patient(s)/ thérapeute(s) collaborait de façon harmonieuse, ce qui implique au moins que soit à l'oeuvre un principe efficace de complémentarité.

Peu de temps après, me voilà donc en face d'une petite poupée apeurée, méfiante, disqualifiante, à peine assise sur son siège, recroquevillée, prête à prendre la porte, extrêmement interprétative pour ne pas dire plus, puisque la seule chose dont elle ne peut se retenir de parler a trait à ce qu'on peut résumer sous la rubrique d'un transfert psychotique avec son ancienne thérapeute, à qui elle pense quasi continuellement: elle est convaincue de ne jamais pouvoir se remettre d'une sorte d'abandon dont elle a été l'objet, alors que cette thérapeute était tout pour elle.

Grâce à son frère, je sais cependant qu'elle est mariée à un homme qui gagne très bien sa vie et qu'elle a un fils de 9 ans. Elle ne travaille plus, n'ose plus conduire sa voiture que sur un trajet stéréotypé et très limité, évite certains quartiers, ne voit presque personne, fait tout juste son ménage, ne sort quasiment pas de son salon.

Bien qu'après de nombreuses années de pratique psychothérapeutique les décisions se prennent de manière plutôt intuitive, je puis rétrospectivement décoder les décisions que je prends en fonction de réflexions issues de l'intégration de certaines de mes complémentarités intérieures de thérapeute. Par exemple, dans le cas présent:

-Ma formation psychanalytique m'est d'une certaine utilité, celle de me donner une forme de compréhension de ce qui se passe relationnellement entre nous, ainsi que de me fournir des indications sur la manière d'éviter un nouveau transfert infernal, psychotique, dont la patiente se méfie d'ailleurs comme de la peste de son côté. D'un autre côté je sais qu'il faudra permettre à la patiente désignée une expérience réparatrice d'une grave perturbation de la relation mère/enfant et plus particulièrement des abandons qu'elle a subis. L'eutoniste conviendra parfaitement pour réaliser ce travail, mais pour l'instant il n'est de toute évidence pas question de lui proposer une aventure "aussi dangereuse" auprès d'une personne qui représente à la fois la mère primitive (menaçante par le trop et/ou le trop peu) et le corps dont elle a peur et qu'elle déteste.

-En tant que bio-psychiatre prescripteur de médicaments, il me paraît nécessaire, dès que possible, d'obtenir la prise de tranquillisants majeurs en raison de la nature des symptômes, qui contribuent à maintenir une ambiance très tendue à domicile.

-En me représentant les choses de manière systémique je me donne le droit d'accepter de ne pas pouvoir faire grand'chose rapidement, ne serait-ce qu'en raison de la fermeture assez marquée de ce système familial rigide où les transactions semblent plutôt de type psychotique.

Je me donne cependant aussi le droit d'être plus actif et plus libre qu'avec une seule vision individualiste (psychanalytique par exemple), puisque je puis considérer divers moyens et divers protagonistes comme lieux d'action thérapeutique. Plus précisément je m'autorise à tenter avec patience de réaliser un joining avec d'autres membres de la famille, dans le but d'assouplir et d'ouvrir quelque peu le système, de lui fournir informations et énergie, ce qui facilitera la reprise évolutive bloquée.

Sur le plan de l'action thérapeutique, il n'est bien entendu pas question pour l'instant d'exiger quoi que ce soit de la patiente désignée et je me contente donc de lui exprimer mon intention de collaborer avec tout le monde, à commencer par son mari, son frère et ses thérapeutes.

Elle me permet avec réticence, pour autant que ce soit à portée de ses oreilles, de téléphoner au généraliste qu'elle voit encore, mais pas à son ancienne psychiatre.

Au bout de quelques mois à raison d'une séance d'une heure et quart par semaine, on peut organiser une séance avec son frère, dissiper quelques malentendus et voir comment collaborer à Noël pour pouvoir inviter leur mère sans trop de conséquences fâcheuses.

Par ailleurs, la patiente accepte de prendre des neuroleptiques sédatifs (sous forme de Melleril). Elle se met quelquefois à me parler de manière vague de son fils, puis de son mari et de ses beaux-parents, qu'elle critique de plus en plus, alors que notre relation se détend quelque peu. J'en profite pour laisser entendre que tout cela me paraît principalement le fait de malentendus plutôt que de mauvaises intentions ou de méchanceté.

Heureusement (si j'ose dire), le mari, dont je m'enquiers régulièrement pour désenclaver le monde particulièrement restreint du champ de conscience de la patiente désignée, le mari, stressé à son travail, se met à développer des insomnies, et faute de mieux, j'accepte de faire une prescription indirecte au moyen d'une ordonnance remise à Madame pour Monsieur, que je ne connais donc pas encore, mais que je profite—aussi systémiquement que systématiquement—de faire bien saluer, manoeuvre qu'on peut appeler si l'on veut "joining à distance". La manoeuvre réussit, puisque le mari, pour qui la règle suprême dans la vie semble être l'efficacité, est content de ses somnifères. Il récidive cependant 3 fois de ses insomnies et moi de mes ordonnances avant que je puisse voir le couple.

L'entretien de couple consiste surtout en un joining avec le mari, qui peut enfin poser des questions à propos de sa femme "dérangée", ce qui n'avait pas été possible lors du

premier traitement, dont il s'était senti exclu et qu'il avait naturellement abondamment disqualifié.

Comme on le voit, les résultats ne sont pas fantastiques, après plus d'un an de traitement (sans compter les quatre ans avec le frère). Un thérapeute systémicien va cependant toujours trouver quelque chose à recadrer ou à connoter positivement : par exemple ici, l'intérêt du mari pour sa femme à travers les questions qu'il pose, qui seront ramenées concrètement à son désir de participer à de meilleures solutions pratiques pour faciliter la vie quotidienne en famille, ce qui permet de préparer la possibilité et même les buts honorables de la deuxième séance de couple, puis de séances ultérieures.

Dans les séances individuelles suivantes la patiente s'ouvre quelque peu et me fait part de manière beaucoup plus précise des soucis qu'elle a concernant son fils, qui a maintenant 10 ans et qui se montre—comme on aurait pu le deviner—renfermé et timide. Puis elle me confie son désir d'un deuxième enfant, alors que les rapports sexuels ont cessé depuis la rupture avec la thérapeute précédente. A peine quelques semaines plus tard, alors que je prépare prudemment une nouvelle rencontre de couple, la patiente m'annonce qu'elle est maintenant enceinte. Les neuroleptiques sont immédiatement arrêtés sans problème notable, elle supporte bien la grossesse, se montre assez anxieuse pour l'accouchement, qui se passe bien. Je lui téléphone, puis elle me téléphone plusieurs fois durant son séjour à la clinique. Elle amène bientôt le bébé à la consultation.

Ces feed-backs positifs successifs me donnent enfin l'occasion de lui reparler de l'eutonie puis de l'eutoniste, offerts dans le but d'être plus en confiance avec elle-même, avec son corps, et de ne pas transmettre à son deuxième enfant ses nombreuses peurs, dont elle avait accepté entre temps de parler ouvertement. Ce nouveau marché ne devient effectif qu'après 6 mois de négociations, lorsqu'elle est suffisamment rassurée que cela n'équivaudra pas à un abandon de ma part, puisqu'elle est marquée par un tel vécu d'abandon (par sa mère, qui l'aurait laissée de nombreuses fois toute seule durant toute son enfance, puis par sa thérapeute qui l'aurait congédiée). Pour rendre les choses acceptables pour la patiente, son premier contact avec l'eutoniste a lieu dans mon bureau, en ma présence. La patiente se tient à nouveau très recroquevillée sur son siège, mais finit par se détendre quelque peu en fin de rencontre et par accepter de travailler avec l'eutoniste. Une thérapie conjointe avec certains aspects proprement co-thérapeutiques (présence simultanée des deux thérapeutes) peut maintenant commencer.

De fait il y a plus de 20 ans que nous avons commencé ce type de collaboration ou de complémentarité entre eutonistes-physiothérapeutes et psychiatres, dans l'esprit d'interdisciplinarité, de multidisciplinarité et de transdisciplinarité qui nous animait et nous anime encore [4,5,6,7,8]. Une telle prise de position implique naturellement l'acceptation narcissique d'une incomplétude, qui se traduit dans les transactions co-

thérapeutiques par une véritable complémentarité. Cette complémentarité réelle se traduit par une absence de frictions et d'interférences dans l'action ou les actions thérapeutiques.³

Pour assurer une efficacité optimale d'action dans ce type d'approche thérapeutique conjuguée et complémentaire, l'expérience nous a montré qu'il était indispensable:

- 1- d'avoir reconnu nos incapacités partielles (incomplétude thérapeutique) ;
- 2.-de faire en sorte de connaître suffisamment le travail de l'autre ou des autres thérapeutes pour être au clair à propos de ce qu'ils font ;
- 3.-d'interférer le moins possible ;
- 4.-de synthétiser nos observations et interventions thérapeutiques sous l'égide éco-systémique.

Dans notre pratique co-thérapeutique nous échangeons les informations qui nous paraissent directement et positivement utiles :

- pour initier le traitement et en modifier le cap ou certaines modalités à chaque fois que cela nous semble nécessaire pour que le traitement continue d'avancer, autrement dit pour que l'évolution naturelle puisse reprendre ou continuer ;
- pour éviter d'éventuels malentendus ou triangulations avec le ou les patients et les autres thérapeutes ou intervenants.

Nos actions conjuguées vers un même but thérapeutique s'en trouvent ainsi potentialisées, dans une sorte de synergie où les aspects somatiques et psychologiques de nos clients tendent à s'ajuster et à se hiérarchiser dans un rapport de complémentarité plus harmonieux.

Il peut paraître surprenant ou même paradoxal que des co-thérapeutes doivent se mettre à deux ou à plusieurs pour favoriser une intégration de caractéristiques complémentaires chez une seule personne. Cependant c'est bien ainsi que procède la nature, que ce soit par exemple au niveau biologique dans la reproduction sexuée des pluricellulaires, ou au niveau psychologique dans l'éducation des jeunes êtres humains par leurs parents et autres proches.

³ Si des frictions surviennent dans les tandem ou team thérapeutiques, il conviendra d'identifier systématiquement l'existence d'une pseudo-complémentarité, qui masque une symétrie, couplée à un manque de discernement aboutissant à des actions thérapeutiques confuses.

Nous avons rendu compte de cette collaboration, de ses indications, des avantages que nous y trouvions, et de ses effets dans diverses communications et articles, parus dès 1977 [9,10,11,12,13], auxquels on peut se référer pour plus de détails.

Ce travail de collaboration complémentaire sous l'égide systémique entre l'eutoniste et le psychiatre, n'est bien entendu pas limité à notre tandem thérapeutique. En effet, le plus souvent, d'autres soignants sont concernés, par exemple le médecin somaticien. Cette complémentarité thérapeutique ne s'adresse pas non plus à une catégorie particulière de patients, puisqu'en termes de niveaux de développement ou de degrés d'ouverture de la conscience, cette approche peut s'adresser autant à des patients considérés comme psychotiques ou impliqués dans des transactions psychotiques, qu'à des gens passablement adultifiés et qui cherchent à réaliser leur transition d'un stade existentiel, ou "centaurique" comme l'a appelé K. Wilber [14,15], vers le champ ontologique ou spirituel [16,17].

Pour en revenir plus spécifiquement à la situation clinique qui nous occupe ici, il m'a semblé important d'informer l'eutoniste :

- de l'ambivalence de la patiente vis-à-vis de la figure maternelle et du type de transfert instauré avec la psychothérapeute-femme précédente;
- de la longue durée probable du traitement, en raison du type de transactions qui prévalaient entre les membres de la famille et en raison de leur faible degré de différenciation ;
- du besoin d'apprivoiser cette patiente fragile, carencée et méfiante, qu'il était à ce moment probablement impossible de toucher physiquement, entre autres parce qu'elle niait et détestait tour à tour son corps ;
- de la nécessité, malgré tous ces obstacles, d'un travail portant sur le schéma corporel et la positivation de l'investissement de son corps, en se centrant d'abord sur les perceptions et leurs perturbations.

Afin de restituer dans une certaine mesure la chronologie de ce long traitement aux nombreux petits pas, l'eutoniste va maintenant décrire comment elle s'est "débrouillée" dans cette mission particulièrement délicate, ce qu'elle a observé au début de cette nouvelle phase du traitement devenu co-thérapeutique, et qui se situe plus de 3 ans après la première séance chez le psychiatre.

La première rencontre avec la patiente a lieu dans le bureau du psychiatre. Elle est très tendue, ne formule aucune demande explicite. La seule chose qu'elle mentionne du bout des lèvres qui me permettra de tenter une alliance par la suite, est une difficulté respiratoire dont elle prend parfois conscience. Petit oiseau effarouché, à peine posé sur sa branche...

Elle accepte cependant, sous la protection de son psychothérapeute, de venir à des séances d'eutonie hebdomadaires, d'une cinquantaine de minutes. Les premiers

mois de travail sont délicats. L'idée qui me guide est double: poser des jalons de travail corporel, c.-à-d. m'adresser au vécu corporel, sensoriel et sensorimoteur de la patiente, et plus encore peut-être établir une relation, sans laquelle rien n'évoluera.

Pendant longtemps elle n'amènera rien d'elle-même, aucune observation, aucun vécu. C'est entièrement à moi de jouer. Par tous les moyens elle déjoue. Si je lui pose la question de ce qu'elle sent, elle ne sent rien, son corps n'est qu'un objet encombrant, elle préférerait être un pur esprit. Elle déteste qu'on la touche, comme elle n'aime pas toucher les autres, sauf les enfants et les animaux. Pour elle mes mains sont inertes. Tant qu'à faire elle préfère le contact d'une main masculine. Si je lui propose des mouvements libres sans séquence ou structure précise, tels que des étirements, c'est le refus: "je ne m'étire jamais, je n'aime pas ça". Si je lui propose alors un mouvement plus organisé, à répéter, pensant qu'une structure l'aidera, elle abandonne vite en se disant trop docile ou parce que "c'est ennuyeux".

Quand ce ne sont pas des disqualifications explicites, elles sont implicites, "corporelles". Elle me fait comprendre que tel exercice ne va pas parce qu'il donne le vertige: "dès que je respire un peu plus j'ai le vertige" ou son corps réagit en se figeant et elle a froid. Pourtant parfois, en écoutant attentivement, j'entends quelque chose de positif, rarement explicite, en quelque sorte exprimé à l'insu de la patiente. Par exemple: "quand vous enlevez vos mains je ne sens plus rien". Ce qui laisse entendre qu'avant elle sentait quelque chose. Ou, lors d'un exercice les yeux fermés "je sens mon vide intérieur, dehors ça m'angoisserait". Sous-entendu, ici ça ne m'angoisse pas trop.

Malgré son très mince investissement apparent elle continue de venir régulièrement aux séances. Pendant très longtemps, j'aurai d'elle l'image de quelqu'un qui avance à reculons, comme malgré lui. Dans ces premiers mois de traitement le psychiatre et moi parlons souvent d'elle lors de nos colloques. La fréquence de nos échanges dénote dans ce cas la difficulté de cette première phase thérapeutique. En général, dans notre collaboration, lorsqu'un patient est dans une bonne dynamique évolutive, nous espaçons nos pointages jusqu'à plusieurs semaines, voire mois en fin de traitement. Dans le cas qui nous occupe, à l'époque des 15 premières séances d'eutonie nous avons échangé 6 fois à son sujet.

De façon générale, les échanges avec le psychothérapeute m'apportent :

- des compléments d'informations anamnestiques utiles pour mieux comprendre les réactions des patients dans les séances d'eutonie;
- des compléments de connaissances psychiatriques qu'étant donné ma formation plutôt "somaticienne" j'acquiers par ma pratique, au fur et à mesure;
- des retours sur la façon dont les patients s'expriment au sujet des séances d'eutonie dans leurs séances chez le psychiatre;
- des informations utiles sur les contenus et la dynamique actuels de la psychothérapie afin de maintenir la complémentarité de nos deux actions. Plus précisément nous

vérifions si les patients clivent à l'intérieur d'eux-mêmes ou au contraire laissent communiquer "le monde du psychothérapeute" et "le monde de l'eutoniste".

Pour illustrer ce dernier point, voici ce que notre patiente m'a dit lors de la 7ème séance: "M. Wulliemier me dit de vous parler de cette violence que j'ai à l'intérieur de moi-même" En la questionnant un peu elle a pu me décrire à moi aussi, sa "thérapeute corporelle", les vagues de violence qui la submergent, ses fortes oppressions thoraciques, son envie de détruire, de jeter des choses par la fenêtre. C'était la première fois qu'une forte émotion était exprimée dans nos séances. Elle pouvait donc aussi être exprimée et entendue, puis travaillée chez l'eutoniste. Elle avait pu être exprimée par le biais d'une mission donnée par le psychiatre. Le colloque avec lui permettait de le vérifier, de boucler cette boucle.

- Ces échanges nous permettent en outre de prévoir des changements de stratégie thérapeutique ou des changements de fréquence des séances chez l'un ou chez l'autre, et encore de discuter de l'opportunité d'une "séance commune", c.-à-d. une séance qui réunit le patient et ses deux thérapeutes en un même lieu (=cothérapie).

Mais revenons-en à ces premiers mois de thérapie. C'est toujours à moi de jouer, mais par moments ma patiente se prend au jeu. Disons qu'elle oscille entre le "bof" du refus et des moments d'investissement. Après avoir posé quelques jalons concernant la perception de son corps-propre nous explorons l'espace, la distance entre elle et moi, les objets environnants, leurs qualités et consistances, tout cela tantôt les yeux ouverts, tantôt les yeux fermés. Suite à nos réflexions avec le psychiatre sur le stade du miroir [18], je m'implique davantage dans le sens que je fais les exercices, ou expériences, en même temps qu'elle ou avec elle. Je lui dis de temps en temps ce que je ressens, aime ou n'aime pas sentir, ou je lui fais part d'une impression qui pour moi se dégage d'elle.

Un jour, je lui demande de m'apporter pour la prochaine séance un objet qu'elle aime toucher: elle apporte...un "slimy", une espèce de pâte avec laquelle jouent les enfants, de la consistance d'une glu, non collante, mais coulante, qui toutefois ne se sépare jamais en différentes parties. Nous jouons avec cela, commentons, devenons slimy avec tout notre corps, tantôt elle, tantôt moi. Puis, à ma demande, elle apporte un objet dur qu'elle aime bien. C'est une pierre de jaspe en forme d'oeuf. Sans me livrer à des interprétations sur ces symboliques, nous jouons plutôt sur les contrastes entre mou et dur, les devenant tour à tour. Un jour par exemple elle dit: "je me sens comme slimy, je n'ai pas de colonne vertébrale. La plupart des gens, eux, sont plutôt comme l'oeuf de pierre. Je suis trop influençable". Lors d'un de nos colloques, le psychiatre commente: "elle oscille entre l'invertébré et le fossile. Entre deux il y a le vertébré".

Plus tard je demande à ma patiente d'apporter un objet avec une consistance intermédiaire, qui "a une colonne vertébrale". Elle apporte une petite balle en caoutchouc ferme. Mêmes explorations partagées entre elle et moi, de cette consistance, mêmes identifications corporelles, et nous débouchons sur le grand thème, qu'elle a, à d'autres

niveaux, déjà beaucoup travaillé en psychothérapie, le thème de subir ou conduire, être passive -slimy- ou active -élastique et ferme.

Petit à petit la relation se consolide... Aussi la patiente amène-t-elle son petit garçon de 3 ans pendant les séances des mois d'été... Elle m'en dit un petit peu plus sur elle même... De temps en temps, un exercice la rend "plus chaude, comme au printemps" ou "plus légère"... J'apprends, par hasard, qu'elle fait des exercices d'eutonnie chez elle "mais pas tous les jours".

Une séance commune vient ponctuer cette première phase de travail qui a duré environ neuf mois. Elle a pour objet à l'occasion d'un premier bilan, de mettre la patiente en présence de ses deux thérapeutes, de lui montrer qu'ils communiquent entre eux, qu'ils peuvent métacommuniquer à son sujet devant elle. C'est aussi faire symboliquement et complémentaiement communiquer "le corps et l'esprit", le non-verbal et le verbal, la mère et le père.

Après ces 9 mois de thérapie conjointe, sanctionnés par cette deuxième séance commune (co-thérapeutique)– signe de l'acceptation d'une relation triangulaire plus fonctionnelle – nous estimons que le joining ou l'alliance thérapeutique de l'eutoniste avec la patiente est assez bien établi, malgré les nombreuses disqualifications qu'elle fait de ce nouveau travail beaucoup plus infraverbal, pour que nous puissions nous attaquer au refus de la séparation et du processus de deuil.

Je profite alors des effets émotionnels intenses d'une rencontre fortuite de la patiente avec son ancienne psychothérapeute dans un magasin de la ville⁴, pour préparer puis organiser une rencontre avec cette dernière et la patiente dans mon bureau. Faute de temps, cet aspect de la complémentarité thérapeutique ne sera pas décrit ici. Je ne parlerai pas non plus d'autres actions thérapeutiques de complémentarité :

-par exemple avec ma collègue psychiatre, avec qui je partage la même salle d'attente, et qui s'est révélée être la psychothérapeute du cousin du mari de la patiente, ce que j'ai appris grâce à leur rencontre plus ou moins fortuite dans la dite salle d'attente ;

-ou concernant la collaboration mise sur pied avec la psycho-pédagogue de notre cabinet de groupe, à qui j'ai pu adresser le fils aîné alors qu'il était en échec scolaire. Dans une compréhension systémique on dira que cet échec et quelques épisodes d'expression de violence ont été possibles dès qu'il a senti que la famille fonctionnait mieux, autrement dit que l'alliance thérapeutique était devenue plus solide entre son système familial et les thérapeutes.

⁴ Une thérapie qui "marche" bien se traduit souvent, dans notre expérience, par ce genre de synchronicités, signe d'une bonne énergie transmise au système-cible du traitement.

Le système familial s'étant donc déjà passablement assoupli –il n'y a plus, par exemple, une seule patiente désignée (de manière fixée), et surtout le processus de deuil a pu être déclenché – on verra se profiler une nouvelle phase thérapeutique avec l'eutoniste :

Le psychothérapeute m'informe, lors d'un de nos colloques hebdomadaires, que la rencontre entre l'ancienne psychothérapeute, la patiente et lui-même a eu lieu, que le deuil de cette ancienne relation ne s'enclenche que maintenant pour la patiente et qu'il prendra du temps et de l'énergie. Cette information me permettra de comprendre des allusions à ce que la patiente appelle "des idées obsédantes" ou une phrase telle que "si je n'attends rien, je ne peux pas être déçue". En gros, chacun de notre côté et en convergence nous travaillons à trouver une issue entre les deux extrêmes menaçants que sont maintenant pour elle la rupture thérapeutique et la répétition d'une relation fusionnelle envahissante. Ainsi de mon côté et pendant plusieurs mois, je travaille avec la patiente différentes formes "d'exercice de codépendance", exercices assez ludiques dont la patiente a le plus souvent la conduite à assumer. L'assumant, elle n'est plus dans un rôle de victime qui subit, comme elle l'a été avec l'ancienne thérapeute. Par exemple, nous tenons transversalement entre nous un bâton avec nos 4 mains. La consigne est de jouer, ensemble, avec nos poids réciproques tantôt en accrochant notre poids au bâton (par une oscillation suffisante en arrière) tantôt en appuyant notre poids contre le bâton par une oscillation en avant. C'est la patiente qui doit initier les oscillations et qui contrôle les durées, les amplitudes, les temps de repos... Nous n'avons pas besoin d'insister sur la valeur de ces exercices en terme de niveaux de développement psycho-affectif, tels que décrits par Freud sous le nom de phase anale. Autrement dit ces exercices permettent à la patiente de s'éloigner du danger d'invasion psychotique, tout en développant une nouvelle forme de relation à l'image maternelle.

Je constate peu à peu que le petit oiseau effarouché du début s'humanise, s'exprime d'avantage, "se remplume". A travers ses récits je peux maintenant mieux m'imaginer son cadre de vie et les gens qui le peuplent. Tout cela a plus d'existence et de consistance.

A ce stade de notre récit nous avons résumé, en quelques flash significatifs de notre travail complémentaire, un traitement d'une durée de 7 ans pour le psychiatre et de 3 ans pour l'eutoniste.

Depuis lors, c'est-à-dire au cours de ces 2 dernières années, le principe des réunions de couple ou de famille est entré dans les moeurs: on a pu y dissiper des malentendus quotidiens considérés comme chroniques par les membres de la famille (des histoires aussi triviales que crispantes), en instaurant une capacité d'écoute mutuelle suffisante

dans un certain degré de calme ; on a pu également commencer un travail préventif d'autres sources plus occasionnelles de malentendus classiques, telles que l'organisation de vacances, les rencontres avec les familles d'origine ou les événements sociaux de la vie de l'entreprise familiale.

Les séances individuelles sont devenues moins fréquentes pour Madame (une fois toutes les 3 semaines), à peu près de même fréquence pour Monsieur (qui me demande maintenant des conseils pour ses difficultés professionnelles dans le cadre de l'entreprise familiale qu'il co-dirige), et rares pour le fils aîné, qui est maintenant bien adapté à l'école et bien intégré auprès de ses camarades.

Les séances de famille servent actuellement à soutenir l'autonomie progressive du fils aîné et surtout à défusionner le fils cadet d'un fort attachement oedipien et pré-oedipien à sa mère, en permettant au père de s'en occuper plus souvent et en soutenant une reprise de l'activité professionnelle de la mère, activité actuellement occasionnelle.

La pathologie est devenue moins aigue et moins massive. Elle s'est de plus redistribuée entre tous les membres de la famille nucléaire et élargie : chacun prend et porte maintenant davantage ses propres symptômes, ses devoirs et ses responsabilités, avec nettement moins de projections et d'énergie perdue en réactions émotives de frottement. Autrement dit, le régime initial de fusion ambivalente ayant nettement diminué, le système est devenu relativement plus fonctionnel.

Lors de nos colloques hebdomadaires avec l'eutoniste, nous parlons beaucoup moins souvent de cette situation.

Les séances d'eutonie se passent maintenant assez différemment, puisqu'elles traduisent l'acquisition d'une sociabilisation et d'une autonomisation:

La période dont il vient d'être question a été une période de lente progression tant corporelle que relationnelle. Non pas que la patiente en fasse elle-même une évaluation ouvertement positive, loin de là, mais comme à son insu, elle me donne parfois des signes encourageants. Par exemple, à la fin d'un exercice de relaxation des yeux, elle sent qu'elle a plus de poids, qu'elle s'enfonce un peu dans le sol, qu'elle se sent plus incarnée. Depuis lors, je lui demande souvent où elle se trouve sur l'échelle de zéro à dix de l'incarnation et cela devient une manière pour elle de se situer dans un vécu et un investissement de son corps. Nous avons aussi d'autres échelles, par exemple celle de l'énergie, de l'excitation ou encore de l'agressivité.

Un jour, elle admet que lorsqu'elle vit des émotions, elle a plus chaud et "se sent plus humaine", elle se sent un peu plus enracinée en elle-même. Elle me raconte qu'elle était une jeune fille timide, peu participante, phobique. Après son mariage et la naissance de son premier enfant, la famille a déménagé dans une villa à la campagne.

Elle décrit que pour elle "cette maison n'avait pas de fondations, elle était juste posée sur l'herbe et l'herbe posée sur la terre, et elle posée dedans comme un objet". Elle se souvient de l'angoisse terrible, un jour, voyant en face d'elle une chaise, de se sentir être comme cette chaise, et même devenir cette chaise.

Elle devient progressivement capable d'exprimer, verbalement, des sensations de morcellement de son corps. Un jour, nous travaillons le tronc. violemment elle s'exclame: "je n'aime pas ce mot tronc"! Nous en parlons. Pour elle ce mot évoque les troncs d'arbres coupés, couchés au bord des chemins de forêt de sa région, dont les branches et l'écorce ont déjà été dégagées. Le tronc, son tronc, n'est pas (encore) une partie de l'arbre debout, enraciné, se prolongeant dans ses branches. Mais récemment au détour d'un exercice je lui ai demandé comment elle sentait le lien entre les bras et le tronc. L'air de dire que je lui posais là une question inutile elle m'a répondu "ça fait un tout, voyons..."

A la nouvelle séance commune que nous mettons sur pied, il est question d'élargir son tissu relationnel (social), la vie familiale étant trop confinée et tendue. Le psychiatre lui suggère, entre autres idées, de participer à un week-end d'eutonie ou de transformer ses séances individuelles hebdomadaires en une alternance de séances individuelles et de séances en groupe. Au sujet du groupe, elle dit avoir peur de s'ennuyer, ne pas être comme les autres. Elle se souvient que pendant la préparation aux accouchements elle faisait semblant. "C'était l'enfer" dit-elle.

Et pourtant elle s'inscrit à un week-end ! Elle semble peu participante, mais n'est cependant ni paralysée, ni paralysante. Quelle n'est pas ma surprise, lors de la séance individuelle suivante, de l'entendre dire explicitement des choses positives: "quand je suis rentrée à la maison j'étais sans tensions, c'est très rare. Mon mari aussi était beaucoup plus détendu. Dimanche toute la famille était bien ensemble. Dans le groupe d'eutonie, j'ai trouvé chez chacun un trait que j'ai aussi. Tout le monde fait la même chose, c'est comme une solidarité".

En l'espace de six mois, elle est venue à deux autres stages et récemment elle est elle-même revenue sur la proposition faite lors de la séance commune d'alterner entre une séance hebdomadaire individuelle et une séance en groupe. Je pense que de sentir les autres membres du groupe s'investir dans l'écoute de leur corps la soutient, et même si elle dit par moments s'ennuyer, elle dit aussi que ça lui fait du bien. Dans les séances individuelles, nous pouvons maintenant faire un travail corporel plus suivi et plus approfondi.

Peut-être n'est-ce pas tout à fait utopique de penser qu'un jour elle avancera, non pas à reculons, mais en regardant vers l'avant...?

BIBLIOGRAPHIE

1. Wulliemier F.: *Le médecin, les théories de la communication et le modèle systémique*, "Psychologie médicale", 1978, 10,4 : 761-767
2. Wulliemier F.: *Théories de la communication et psychologie médicale*, Revue de Médecine psychosomatique, 1978
3. Wulliemier F.: *Approche multidisciplinaire du malade à l'hôpital général*, Revue de Médecine psychosomatique, 1977, 19 : 197-203
4. Wulliemier F. : *Les "intervenants" face aux demandes implicites de leurs clients: leur malaise est-il soluble ?* Revue Médicale de la Suisse Romande 111, 441-452, 1991
5. Wulliemier F. , Kremer P. , Owieczka J. , Raaflaub B. , Rosset N. , Van Vyve J.: *Le groupe mixte à l'hôpital général* , Journal International des groupes Balint 4-5-6 :164-174, 1974
6. Wulliemier F.: *Le psychiatre à l'hôpital général : la consultation à trois (médecin-patient-psychiatre)* , Psychologie médicale no7 : 113-117, 1975
7. Wulliemier F.: *Pratique de la psychologie médicale dans un hôpital général*, Médecine &Hygiène no33 : 1194-1197, 1975
8. Wulliemier F.: *Approche multidisciplinaire du malade à l'hôpital général*, Revue de Médecine psychosomatique no19 : 197-203, 1977
9. Martinelli P., Fivaz E., Nemitz I., Wulliemier F.: *Etude interdisciplinaire d'une famille à transactions psychosomatiques*, Psychosomatische Medizin
10. Guinand M-C., Wulliemier F.: *Eutonie et conscience corporelle*, Psychologie Médicale 1977, 9, 8, 1593-1502
11. Wulliemier F., Guinand M-C. , Saudan Y.: *Première évaluation d'une co-thérapie physiothérapeute-psychiatre*, Médecine & Hygiène 37, 4531-4532, 1979
12. Guinand M-C.: *De l'Eutonie à la Co-Thérapie psychiatrique*, Actes du colloque, 1990, par l'Institut pour le Développement de l'Equilibre Tonique
13. Guinand M-C.: *L'Eutonie Gerda Alexander*, Les Cahiers de l' I.D.E.T. No 8, juillet 1993, 575 Bd H. Tasso, F-13190 Allauch.
14. Wilber K.: *The Spectrum of consciousness*, Theosophical Publishing House, Wheaton Illinois, 1977
15. Wilber K., Engler J. , Brown D. : *Transformations of consciousness*, Shambhala, Boston &Shaftesbury, 1986
16. Wulliemier F.: *Notre Évolution involutive ou l'invertendo de notre croissance*, Association internationale de psychiatrie spirituelle, Journal no 3, 1995
- 17 Wulliemier F.: *Dis-moi comment tu souffres et je te dirai...* Revue Médicale de la Suisse Romande, 116, 131-135, 1996
18. Lacan J.: *Ecrits (I et II)*, le Seuil, Paris, 1971