

Par où passent les émotions pour les infirmes moteur d'origine cérébrale?

Martine Papinot

C'est une question que je me pose sur le terrain dans le cadre de mon travail de psychologue à l'ARIMOC du Béarn. (J'interviens sur une MAS, maison d'accueil spécialisée et dans un Foyer de vie)

Comment une certaine forme de travail thérapeutique peut-elle se mettre en place en terme de communication, de relation et de qualité d'expérience quand le sujet n'a pas accès à la parole, ni à une gestuelle, quand les niveaux cognitifs sont ceux d'un enfant de 2 ans, voire de 7 ans alors que la personne est un adulte?

Au-delà du fait de rentrer en relation avec l'autre, il s'agit pour moi d'essayer de comprendre ce que l'autre a à me dire de ses souffrances, de ses ra-le-bol, de ses angoisses mais aussi de ses joies.

La question du toucher.

Ce que toucher l'autre veut dire. Au travers d'exemples pris sur le terrain j'essaierai de montrer comment le toucher peut m'aider à comprendre.

Comment je peux me laisser toucher pour entrer en résonance avec la personne.

Établir une relation au travers d'une qualité de présence particulièrement fine et subtile.

Cela nécessite un cadre de travail suffisamment protégé (le ternaire), pour entendre la moindre respiration, observer le plus petit clignement de paupière, la petite lumière dans la pupille, le frémissement de la narine, la lèvre qui se soulève sans pouvoir prononcer de sons, repérer tous ces petits indices qui vont me permettre de faire des hypothèses sur ce qui se passe là.

Du ternaire à l'unaire être tout contre l'autre pour sentir et ressentir, se coller à la personne, franchir la barrière du handicap, du fauteuil roulant, de la coque dans laquelle est assise la personne

Par où passent les émotions : je vais essayer à partir du terrain de vous en dire quelque chose...

Définition de l'IMOC (Différence avec une personne IMC)

L'infirmité motrice cérébrale (IMC) se traduit par des troubles moteurs avec une désorganisation du mouvement et de la posture.

La cause est une lésion cérébrale survenue avant, pendant ou après la naissance dans la première année.

La lésion est non évolutive ; il n'y a pas de régression ; par contre on peut rencontrer des complications secondaires (orthopédique, épilepsie, état général, psychologique,...). Les maladies évolutives du système nerveux central sont donc exclues de ce domaine, ainsi que les séquelles de traumatisme crânien survenu après l'âge de 2 ans.

On distingue dans la population concernée, 3 catégories :

- 1/3 : Efficacité intellectuelle normale ou supérieure,
- 1/3 : Déficience intellectuelle légère,
- 1/3 : Déficience intellectuelle profonde.

L'IMC présente des troubles moteurs variables, souvent associés à des troubles d'expression et de comportement, neuro-cognitifs mais avec une intelligence normale.

L'IMOC (infirmité motrice d'origine cérébrale) répond à la même définition mais avec une déficience intellectuelle légère ou moyenne (QI entre 50 et 90).

Le polyhandicapé présente une déficience motrice importante associée à une déficience intellectuelle profonde, entraînant une dépendance pour les actes de la vie quotidienne et perturbant la communication et la vie relationnelle..

Fréquence

L'IMC - IMOC touche 0,08 % de la population.
On estime une fréquence de 1,5 pour 1000 naissances.

Les causes

On distingue les causes ou facteurs prénatals et néonataux et les causes postnatales.

1) Prénatal ou néonatal

On retrouve 25 % de prématurés et 40 % d'hypoxie anoxie.
Dans les causes prénatales, on note les infections, les traumatismes, les accidents vasculaires cérébraux et les malformations cérébrales. Dans les causes néonatales, on retrouve surtout la prématurité avec fragilité vasculaire peri-ventriculaire (leuco maladie peri-ventriculaire à l'IRM) et une anoxie.

2) Postnatal :

Il s'agit de toutes les agressions cérébrales : infections, accidents, tumeurs, maladies métaboliques.

3) Enfin, on note 25 % d'étiologie inconnue :

Ces causes sont prédominantes, mais en réalité les origines sont le plus souvent polyfactorielles.

Les troubles neuromoteurs des imocs:

1) La spasticité ;

C'est l'exagération du réflexe d'étirement. Elle modifie le mouvement et diminue l'élasticité des muscles atteints. Avec la croissance on peut assister à des rétractions musculo tendineuses.

2) L'athétose :

L'athétose se manifeste par un parasitage du mouvement et des mouvements involontaires variables. La préhension et la mise debout sont difficiles. De plus, il y a une hypotonie des muscles du tronc.

3) L'ataxie :

Elle a pour origine une lésion cérébelleuse et se manifeste par des troubles de l'équilibration l'enfant ne sait pas se protéger de la chute, a du mal à s'asseoir, a du mal à marcher sans écarter les jambes.

Les formes mixtes sont très fréquentes.

Troubles médicaux associés:

- L'épilepsie
- Troubles de l'alimentation liés à la déglutition, fausses routes, reflux oesophagiens, constipation fréquente, problèmes bucco dentaires.
- Troubles respiratoires
- Fragilité osseuse
- Troubles neuro visuels

Les troubles du langage

Ils peuvent schématiquement relever de l'expression et/ou de la compréhension.

Expression

Il peut s'agir de troubles moteurs ou praxiques bucco faciaux qui gênent ou empêchent l'articulation : dysarthrie.

On peut observer une altération de la structure du langage : dysphasie, voir une absence de langage oral : aphasie.

Compréhension

On parle de surdité verbale : les sons sont reconnus mais c'est la signification qui manque : il s'agit d'une agnosie

-Le fait de ne pas développer le langage n'implique pas forcément une faiblesse intellectuelle. On peut s'appuyer sur le code de la communication à bases d'images (commun'images) ou de pictogrammes (BLISS), voire une synthèse vocale. Pour les adultes atteints de surdité verbale la méthode la plus adaptée est la langue des signes française,

Les troubles praxiques

La praxie est l'organisation du geste.

La dyspraxie est un trouble dans la réalisation des gestes qui sont maladroits.

On les retrouve notamment lors du graphisme et de l'écriture (dysgraphie dyspraxique).

Quand elle s'associe à un trouble de construction de l'espace, on parle de dyspraxie visuo spatiale.

Le retard graphique pointe une dissociation entre le verbal performant et élaboré et les performances pauvres, maladroites et inorganisées.

Les troubles gnosiques

Ce sont des troubles de la reconnaissance des informations sensorielles.

Agnosie visuelle (trouble du regard) et agnosie auditive (trouble du langage). Leur dépistage est parfois difficile car souvent impliqués avec d'autres troubles neuro-cognitifs. L'agnosie peut également toucher tout un côté du corps c'est l'hémi-négligence.

Autres troubles neuro-cognitifs

On retrouve des troubles de la mémoire, troubles mnésiques,

Des troubles des fonctions exécutives : syndrome frontal, attention,

Incidences psychologiques :

L'adulte IMOC ne contrôle pas ses émotions : il rit ou pleure très facilement.

On constate souvent chez lui une lenteur et une inertie, qui peut être secondaire à la difficulté qu'éprouve la personne à surmonter la tâche à exécuter.
On retrouve également souvent une immaturité affective (cocon familial, hyper protection

Que sont les émotions?

(Bref rappel, d'après Maurice Reuchlin, psychologie, puf, 1979)

Les émotions sont en lien avec des situations et se caractérisent par l'intensité des impressions vécues, par la vivacité des réactions suscitées, on parle d'un état général d'émotion.

L'émotion peut se diversifier suivant les circonstances: la peur, la colère, l'anxiété, la joie etc. L'expression du visage, le comportement, changent sous l'effet des émotions. On peut observer des modifications dans le fonctionnement organique: pâleur, rougeur, palpitations, sueurs froides, bouche sèche, des modifications du rythme cardiaque, respiratoire, et de la conductance de la peau.

On parle de "trembler sur place", "rester cloué sur place", "rester sans voix", "la peur donne des ailes".

La même situation peut susciter des réponses émotionnelles différentes. Les conduites et les modifications organiques varient selon les expériences.

La réaction émotionnelle peut être utile ou nuisible selon sa nature, son intensité, et selon les circonstances.

L'émotion serait elle une procédure adaptative? Elle se déclenche lorsqu'il y a un désaccord (conflit) entre ce qui est attendu et ce qui est observé.

L'adaptation repose davantage sur des procédures cognitives consistant pour l'organisme à régler ses réponses sur ce qui est prévisible à partir des informations actuelles.

Les informations sensorielles acquièrent une valeur émouvante en fonction de l'état actuel de l'organisme, mais dépendent aussi de la confrontation à l'expérience passée du sujet.

Cette confrontation a une valeur cognitive, elle permet un pronostic sur l'issue de la situation actuelle. Elle a une valeur affective, faisant apparaître l'information actuelle comme agréable ou désagréable, attractive ou répulsive.

Les mécanismes physiologiques mis en jeu dans les émotions sont constitués par, la formation réticulée qui a un rôle excitateur et facilitateur d'une part et inhibiteur d'autre part. Elle déclenche ou non l'émotion; l'hypothalamus qui permet une comparaison entre l'état actuel de l'organisme et les informations actuelles. Cette comparaison s'opère par rapport aux informations sensorielles. Et le système limbique (comprenant l'hippocampe) qui permet une comparaison entre l'information actuelle et l'expérience antérieure, (rôle dans la mémoire). Il module les réponses végétatives.

On peut considérer les conduites émotionnelles comme moyen d'expression, notamment l'expression du visage, ces conduites constituent socialement un moyen de communiquer, éventuellement un moyen d'exercer une influence sur autrui. Quelle est la capacité de ce mode de communication?

Signal-mouvement (extrait du travail de recherche mené avec Jacqueline Besson et Martine Papinot en 2003: "les concepts APO et le suivi thérapeutique d'adultes gravement handicapés")

Distinguer le signal du mouvement est un concept APO que nous utilisons souvent. Le langage du corps et/ou le langage verbal ne sont pas toujours en congruence avec la profondeur de la personne.

Effectivement il arrive que ce qui est montré par le corps et/ou dit par les mots (signal) soit travesti par des mécanismes de défense. Entendre le mouvement de la profondeur devient

alors une priorité pour le psychothérapeute Le psychothérapeute ne va pas choisir à la place du client qu'elle est la vérité profonde de ses propos mais doit être capable d'entendre les deux niveaux pour faire explorer à son client précisément la totalité de la situation.

Avec la population du foyer cette écoute des différents niveaux revêt une importance capitale. En effet les personnes que nous avons observées dans cette recherche présentent souvent des visages ou des postures plus ou moins avenants et déformés dus soit à leurs maladies génétiques ou congénitales mais aussi à des mécanismes de défense psychologiques. Ecouter leur profondeur au-delà des mots pauvres et des corps déformés c'est reconnaître un être humain complet, c'est entendre les souffrances, les demandes, les besoins d'amour. C'est toujours à ce degré de profondeur que la psychothérapie travaille vraiment : mettre les mots justes sur le monde psychique chaotique. Le psychothérapeute apprend à décrypter ce langage. Ce concept fait appel à notre capacité d'observation et d'écoute du langage verbal et non verbal

Le signal masque le mouvement. Le signal est surface, le mouvement est profondeur.

Qu'en est il des personnes imoc?

Elles n'ont pas accès ou très peu au langage verbal. Le corps parle et dit la souffrance, mais aussi les moments heureux. Le signal mouvement pourrait donc s'appliquer à tout le corps dans une lecture de chaque instant et de chaque mouvement, chaque soubresaut. Où se situent alors les mécanismes de défense et les résistances? Sans doute peut on les observer au travers des refus de coopérer lors des transferts, (mobilisation de la personne handicapée avec du matériel de portage et levage pour passer du fauteuil au lit, du lit au fauteuil etc.) ou de manifestations réactionnelles d'agressivité, ou de passage à l'acte en lançant le fauteuil contre le mur, ou encore en se laissant tomber par terre.

Par où passent les émotions? Ici nous ne pouvons qu'entendre le langage de la profondeur. Le visage se crispe, les yeux clignent, la narine frémit, les sourcils se soulèvent, la salive coule parfois à flot. Un son sort de la gorge, un sourire... Il s'agira donc pour le psychologue de mettre des mots à la place de l'autre, ou pour l'autre devrai je dire plus exactement. Trouver le mot juste dans un dialogue intérieur senti et ressenti où le travail du psychothérapeute en analyse psycho organique sera de coller le plus près possible à son client résident afin de dérouler pour lui le tapis rouge du langage verbal. La chose n'est pas simple et l'on peut passer parfois tout simplement à côté de ce que la personne aimerait pouvoir dire. Mais là encore, toujours grâce au signal mouvement, la personne tentera de manifester le non sens ou l'incompréhension de ce que je suis en train de lui renvoyer à condition de rester attentive et à l'écoute de ses manifestations. Les émotions se traduisent donc au travers de ce signal mouvement et s'en trouvent renforcées en tant que manifestation du fait du non langage verbal. C'est la réalité organique du corps qui va parler, être signifiante mais dans quel sens?

Exemple de VI.

VI. est une personne de 29 ans, avec un corps lourd dans un fauteuil électrique. Elle vient de perdre son oncle et ne semble pas du tout affectée, du moins en apparence. Elle ne paraît donc pas en contact avec ses émotions. Elle rigole, son humeur semble toujours égale à elle-même. On pourrait lire son visage comme emprunt de rictus disant aussi bien la joie que la tristesse et ceci de façon totalement neutre. Cela est très surprenant voire déroutant.

Tu es triste?
"Non" (signal)

C'est quoi la mort?
"On parle plus"

Elle a perdu son père quelques mois auparavant et maintenant son oncle.

Il te manque?
"Non" (signal)

Quelle représentation a-t-elle au juste de la mort, quel sentiment éprouve t'elle, comment ressent elle le manque? C'est en fait moi qui m'interroge.
Puis elle finit par demander quelle heure il est.

"Il pleut" dit elle. (Quelque chose est nommée)

Effectivement il pleut. Cette remarque me semble étonnante. Est-ce sa façon d'évoquer son chagrin? Peut être.

Elle se gratte les mains. (Signal). Je perçois un petit rictus sur ses lèvres, très fugitif. (Mouvement).

Elle repart comme elle est venue.

Que ressent elle vraiment? Elle ne semble pas montrer son émotion et pourtant.

Mon contre transfert me dit qu'elle est triste. (Mouvement)

Quels sont les signes imperceptibles qui me font ressentir cela au-delà de la connaissance que j'ai de savoir qu'elle a perdu récemment son père et son oncle, deux personnes qu'elle investissait semble t'il très fort.

L'expérience clinique est faite d'émotion, de sentiment, de situation et de conceptualisation qui viennent s'imbriquer dans les notions de contre transfert organique et spirituel. C'est avec cela que je travaille, et c'est cela que j'affine dans ma perception de l'autre et de moi-même, dans une qualité de présence et d'expérience toujours renouvelée.

C'est en effet mon propre mouvement intérieur qui me fait être en résonance avec son chagrin que je peux entendre. Mon mouvement est alors en résonance avec son mouvement au-delà du signal.

On peut dire que le concept signal mouvement semble opérant en tant que transfert et contre transfert, en terme de lecture et écoute du langage du corps, le travail organique en APO permet que quelque chose se passe au-delà des mots dans une relation à l'autre.

Exemple de V.

(V. imoc : troubles moteurs et orthopédiques modérés, comitialité, déficits cognitifs et intellectuels sévères, troubles oculomoteurs, apraxie gestuelle.)

V. vient spontanément dans mon bureau sans frapper ce que je lui fais remarquer. Il toque alors à la porte, il a entendu. Souriant.

Il entre, prend la chaise, s'assoit.

« Qu'est ce que tu fais » me demande t'il ?

J'écris sur l'ordinateur et toi ?

« Pourquoi ? »

Je termine un travail.

« Ah ! » ... « Je viens te voir. »
« T'es content de me voir ? »

V. rigole, tape des mains. (Signal?)

« Oui je suis content de te voir. »

Je lui donne une feuille et un feutre. Dessine un tracé sur toute la feuille.

Tu es en forme ? (Fait oui de la tête)

Maman va bien ? (Oui avec la tête)

Tu la connais ? (Grande ouverture du visage) (Signal)

« Oui je la connais. Pourquoi ? » (Silence. Fermeture.)

Comment c'est son petit prénom à maman ?

Il semble réfléchir : « Heu attend Pierre », continue à dessiner, il sursaute à la porte coulissante qui s'ouvre et se ferme dans le hall, juste à côté de mon bureau, c'est très bruyant et distrayant. Il regarde les personnes qui passent, se détourne de moi et du dessin, regarde par la fenêtre, reste un long moment ainsi et reprend son dessin. Rigole. Veut attraper mon téléphone portable posé sur le bureau.

Qu'est ce qui te fait rigoler ? Ne répond pas, rebouchonne le feutre avec difficulté, je l'aide, il tape des mains. « Eh ouais, enfin », se tourne vers la fenêtre, réfléchis, prend sa tête dans sa main, se redresse, compte sur ses doigts. Reste ainsi un certain temps, marmonne. Se retourne vers moi, croise les bras sur le bureau, soupire. (Signal)

Tu me donnes le dessin ? Il me le tend. J'écris ton prénom et la date. « Enfin, c'est pas vrai. ». Rigole. Soupire. (Signal plus mouvement?)

J'arrête là cet entretien spontané et me lève, j'ouvre la porte. Il attend puis se lève va regarder la lumière de l'halogène, semble fasciné, il est prêt à s'asseoir à ma place, je m'intercale et lui signifie la fin de l'entretien en lui montrant la porte. Il m'attrape par le cou gentiment, me fait un câlin, me frotte le dos, « Je suis gentil » dit-il. (Énergie très unaire). Oui tu es gentil. Je lui prend la main et le raccompagne dans l'unité de vie. Il tient ma main et la serre plusieurs fois de suite, « C'est pas vrai ! » (Signal plus mouvement, j'ai besoin de maman)

Chez V. l'expression émotionnelle est difficile à interpréter du fait de la structure psychotique. Cela pose la question du sens de ses réactions. Il se parle à lui-même, semble voir tout un tas de choses que je ne vois pas. Il manifeste par des gestes, l'expression orale est présente mais reste pauvre, la situation est souvent hallucinatoire, quant à la connexion organique elle ne semble justement pas vraiment connectée avec ce qui est en train de se passer dans le réel. Elle est comme décalée, inappropriée, à côté de. Nous retrouvons bien là tout l'aspect paradoxal de l'univers psychotique sur un fond de handicap psycho moteur où la lecture du corps ne nous donne pas la justesse du sentiment liée à l'émotion exprimée. Il est donc difficile d'interpréter le signal mouvement. De plus V. sursaute beaucoup et a une nette tendance à suivre sa route allant là où bon lui semble. Marcheur, il marche sans que nous puissions savoir où il va... Ainsi va la vie pour lui. En terme d'interprétation et d'hypothèse, on peut entendre le signal : aller vers, signifiant le mouvement : j'ai besoin de maman, je suis triste.

La question du toucher.

Quel est l'impact du toucher dans la relation à l'autre? Ce que toucher veut dire? Comment le toucher thérapeutique est-il agissant?

"Ce jour là, j'ai réussi à m'approcher de toi, tu semblais me regarder avec inquiétude, j'ai posé ma main sur ta tête en te demandant la permission de le faire, tu ne m'as pas répondu. Tu ne parles pas, mais tu peux sourire et crier. J'ai ensuite posé ma main sur ta main déformée, tu ressembles à un petit oiseau qui voudrait prendre son envol. Je me suis accroupie à côté de toi. Je t'ai demandé à toi aussi de poser ta main sur la mienne, puis sur ma tête. Tu as répondu en levant avec lenteur ton bras et tu as réussi à toucher ma joue. Ce difficile contact a pu s'établir avec patience. Puis je t'ai dit au revoir, à bientôt, quelque chose de l'ordre d'une étincelle a brillé dans tes yeux l'espace d'un bref instant. Ce fut un premier contact.

La violence qui m'habitait face à ton handicap s'est alors envolée, peu à peu se transformant en une douceur de vivre et un nouveau regard posé sur le monde."

Comment dépasser le handicap, entrer en contact, communiquer?

Exemple de D.

D. à une problématique abandonnique où la réaction organique, (vomissements, crispations, extrême tension du corps), est la voie d'accès par laquelle il peut encore s'exprimer.

Sans nier la réalité organique de D. liée à sa pathologie, (imoc, marcheur) on peut noter que les crises oesophagiennes sont nettement accentuées dans des moments paroxystiques de baisse de moral ou l'envie de mourir est importante : « rejoindre maman ».

Si le dialogue avec D. s'établit sous forme de questions-réponses, oui-non, la communication gestuelle et corporelle à travers la lecture psychothérapeutique du corps nous permet d'appréhender toute la grande souffrance qui le traverse voire le désespoir lié à la perte irréparable de la mère.

Toutes les émotions de D. passent par son tube digestif. Nombreux renvois quand il est contrarié, quand il s'est senti bousculé. Son système digestif se manifeste par des allers retours incessants qui ont du mal à se calmer même quand j'essaie de lui apporter un soutien ontologique et rassurant avec mon corps.

Du fait de sa pathologie son corps n'a jamais de répit sauf peut être la nuit, on comprend que son système digestif soit mis à rude épreuve et de façon permanente et que D. soit très vite exacerbé face à la moindre contrariété. D. a tout à fait cette conscience là que je mets en mots avec lui. Je nomme pour lui ces manifestations digestives qui ont valeur émotionnelle et qui permettent un dialogue quant à ses souffrances.

En général il sourit quand le dialogue est réussi c'est-à-dire correspond à son ressenti. Nous prenons le temps nécessaire pour cela. Le déflux semble quasiment impossible pour D. mais il fait de très gros effort avec moi pour essayer de souffler et de relâcher.

D. essaie bien de me parler, mais n'y arrive pas. Il fait des torsions parfois désespérées avec sa bouche, l'ouvrant en grand pour sortir un son, "moi, peu". Il accentue ses torsions en les accompagnant d'un geste de la main qui signifie, "oui, non, pas vraiment". Il sourit quand je finis par comprendre ce qu'il essaie désespérément de me dire. Mon corps se crispe moi aussi dans une résonance organique à lui qui me permet de sentir toute sa douleur à ne pas pouvoir s'exprimer. Il comprend parfaitement ce que je lui dis et semble apprécier cette relation duelle dans laquelle je mets sans doute beaucoup de maternant dont il a besoin pour restaurer momentanément quelque chose de bon en lui qu'il a perdu avec le décès de sa mère.

Je le touche et le masse beaucoup, l'invitant à souffler, ce qu'il apprend à faire en bon élève me semble t'il, et nous en rions tous les deux.

L'autre jour je lui ai proposé de poser sa tête sur mon épaule. Il était de nouveau en colère après l'équipe, se sentant bousculé par rapport à son rythme et voulant quitter le foyer pour vivre ailleurs. Il recommençait à se faire vomir, s'enfilant le torchon dans la bouche, signe extrême chez D. d'une grande souffrance. Je me suis assise à côté de lui sur le lit qui est resté à ma demande dans la pièce qui me sert de bureau. J'ai senti qu'il hésitait à le faire, j'ai

insisté en lui proposant de fermer les yeux et de se souvenir de maman. Peu à peu il a pris confiance et a accepté de se laisser aller dans un lâcher prise. L'instant était très unaire, je fus surprise de ne plus percevoir aucun soubresaut dans son corps. C'était presque magique. Son corps contre le mien, sa tête reposant sur mon épaule. Je fus prise d'un très grand élan de tendresse et je souriais à la vie. Moment précieux et intense. D. avait trouvé le repos, il s'en nourrissait, s'en contentait, je nous voyais tous les deux dans le miroir en face au dessus du lavabo. Quand il a rouvert les yeux, je lui ai proposé de nous regarder dans le miroir, il souriait.

Énergie unaire, point 1 du CPO. "Originellement, mythiquement, le point 1 est l'état fœtal où le corps est complètement porté, entouré, chaque parcelle de peau recevant le toucher ontologique (qui donne l'existence)." "Pour le thérapeute, à ce point, l'attitude juste est celle du don gratuit. Ce n'est nullement difficile, c'est même gratifiant: quand une personne accepte vraiment sa fragilité, il est presque impossible de ne pas ouvrir les bras. Dans ce moment de réparation qui s'ouvre alors, le client peut retrouver le contact avec son énergie primaire et, dans son abandon, la confiance organique au monde." (Le cercle psycho organique, Jacqueline Besson et Yves Brault, in T1 manuel d'enseignement EFAPO).

Exemple de L.

L. est seule dans la salle de sport. Elle est verticalisée. (Alors qu'il y a un groupe qui joue à côté). Sa tête est penchée sur le côté gauche, elle semble lasse et triste. Je m'approche d'elle. Je la sollicite pour parler. Je l'emmène dans la cuisine afin d'être tranquille pour pouvoir bien l'entendre. Elle s'effondre, en larmes, « Hier j'ai eu une crise de panique, je ne sais pas pourquoi, je ne comprends pas ». « Ca n'avance pas, j'en ai marre d'être au foyer ». Larmes, crispation du visage et des mains. Je tiens ses mains, je masse ses bras, je lui apporte un toucher ontologique, contenant et sécurisant. Je sens qu'elle s'ouvre, serelâche du visage, elle redresse sa tête et malgré la difficulté organique, me regarde, amorce un sourire. Elle soupire et souffle (comme je le lui ai appris), afin de pouvoir continuer à parler. Elle a eu un épisode de panique hier, ne sait pas pourquoi, ne comprend pas. Grosse crise de larmes. Elle n'entend pas ce que je lui dis à ce moment là. « Ca n'avance pas, j'en ai marre, marre d'être ici », finit elle par dire en articulant avec difficulté et avec une grande lenteur.

Pour entendre et comprendre au delà des mots, il me faut être très organiquement présente, et sentir en profondeur le mouvement intérieur de la personne.

Après la crise de larmes, je l'invite à souffler afin de trouver le déflux, je lui tiens les mains, lui parle doucement en me mettant dans une énergie unaire, énergie qui me permet d'établir ce contact profond avec l'autre.

« Je me sens abandonnée » dit elle. Son compagnon est parti travailler dans un CAT, il sera donc moins présent ici.

Je comprends que c'est ce sentiment d'abandon qui provoque l'état de panique en elle, le handicap exacerbe la problématique abandonnique chez les personnes dépendantes. Et elle dit : « Je ne comprends pas ». Effectivement la panique, comme la rage, est un ressenti sans objet apparent, intrinsèque à la personne, touchant à son existence même.

Elle a vu sa mère ce WE avec qui elle n'ose pas parler. Son père est loin d'ici. Elle le voit une fois par mois. Il la gêne. Elle se souvient petite, elle était avec son grand père, il est mort maintenant. Elle marchait avec lui, la première fois elle a marché avec sa grand mère qui la tenait par un torchon. Elle s'en souvient bien. Elle dit ne pas avoir d'angoisses mais des peurs sur l'avenir. Elle ne voit pas d'évolution.

Le travail organique, contenant, sécurisant permet à L. de relâcher, de laisser monter la crise de larmes, puis de s'autoriser à dire son ressenti lié à une situation présente et enfin les souvenirs remontent, « l'inconscient est situationnel », (Paul Boyesen)

Marcher, être autonome, vivre en couple normalement, travailler ! Inaccessibilité de ce grand rêve qui pour nous pourrait passer complètement inaperçu tant il fait parti de notre « normalité ». L'émotion passe par des crises de colère et de larmes exacerbées par la

situation du handicap. Elle passe aussi par de profonds soupirs de désespoir où tout peut parfois sembler vain et cela touche à l'existence même.

L. dit : « J'aimerais avoir des envies, je suis agacée, en colère, on me dit L. fait ci, L. fait ça. J'en ai marre ». Profond soupir. L. peut s'exprimer avec des mots, mais ses mots parfois tournent en rond comme sa vie en institution. Comment l'aider à garder son élan de vie, son élan à vivre ? Je l'écoute, je respecte son rythme de parole, j'accueille ses soupirs, ses limites, je lui prends la main. Elle sourit. Dans cet espace restreint de l'institution quelque chose passe comme le souffle, l'esprit de la vie, et les émotions se dévoilent lorsque l'on peut se poser quelque part pour tout simplement sentir et ressentir, respirer.

Comment établir une relation afin de pouvoir communiquer, comment entrer en relation avec l'autre?

Exemple de P.

Je propose à P un entretien dans mon bureau en attendant que la kiné arrive. Il semble ravi et montre un grand sourire, bouche grande ouverte.

Dans le couloir il regarde les tableaux exposés, faits par d'autres résidents. Ses yeux brillent. Il n'a pas l'habitude de venir dans mon bureau. J'interprète un étonnement dans son regard. Je nomme pour lui.

Tu es en forme aujourd'hui? Sa réponse est un grand sourire, il ouvre grand la bouche et émet un son qui s'apparente à un « hum », en guise de oui.

Je lui propose un petit travail sur le oui et le non. Sur sa tablette sont collées à droite une icône pour dire oui et à gauche pour dire non.

P différencie bien le oui et le non dans les signes qu'il donne : il tourne la tête à gauche pour non et peut prononcer un son qui s'apparente au non. Pour oui il penche un peu la tête en avant avec le son « hum ».

Nous parlons ainsi, il aime que l'on s'intéresse à lui et le fait savoir. Si on le dérange il le fait savoir aussi. Il fait le masque, lève les yeux au ciel tourne la tête et évite ainsi notre regard ; Il est très expressif.

J'aimerais bien voir ta maman? « Oui »

Tu aimerais toi? « Oui »

Est ce que je t'embête là? « Non ».

P est un résident externe qui arrive au foyer tous les matins à 9h. En général il attend dans le hall, d'autres résidents viennent le rejoindre. Souvent je prends le temps d'avoir des échanges avec eux sur la pluie et le beau temps, j'appelle cela « le forum », pouvoir se dire bonjour quand on arrive, comment ça va, as tu bien dormi etc. des petites choses du quotidien nécessaires à la vie sociale et à une qualité relationnelle. Comment ne pas s'ignorer quand on vit ensemble dans la même institution depuis des années?

P. paraît très coquin, il aime qu'on le taquine, c'est un grand enfant âgé d'une quarantaine d'années. Parfois il se montre très sérieux au niveau de la mimique de son visage, voire très réfléchi. Mais à quoi pense t'il donc? Mystère. Mais franchement s'il n'est pas content il va vous le faire savoir en montrant une telle fermeture au niveau de son visage qu'il vaut mieux ne pas insister car il lève ensuite le poing vers vous en signe de contestation. Parfois je pose la paume de ma main à plat sur sa poitrine en donnant une légère pression, cela semble le détendre et il me fait alors un grand sourire. Si le corps ne relâche pas, le visage s'ouvre et ses petits yeux tous ronds se mettent à rayonner. Magie de la rencontre. Quand je l'interpelle, si son visage est sombre, fermé, il me scrute alors du regard puis finit par répondre par un sourire, ouvre grand la bouche, parfois avec une envie de mordre. Le dialogue s'installe dans un "ça va, tu as bien dormi, tu es en forme?" Son visage s'ouvre et se ferme selon la réponse. Quand il est vraiment fâché, pas content, il le fait sentir en levant le poing. Il peut passer facilement d'une expression à une autre selon les questions et son

état intérieur. Avec P. la réponse émotionnelle se lit en terme d'ouverture ou de fermeture de son visage.

Exemple de M.

M est dans le hall d'entrée, elle attend la kiné. Elle interpelle en babillant. Les sons sont difficiles à discriminer. Elle est souriante, (souvent), facile à vivre, ne se laissant jamais oublier. Je lui propose un entretien dans mon bureau. Elle babille haut et fort avec un large sourire.

« Maman, hum, nan, dadi... »

M aime bien la kiné, cela la libère de son fauteuil, elle travaille au sol en mouvement de contorsion.

Je reprends avec elle les activités quelle aime bien faire, le cheval par exemple : sourire, « hum » pour dire oui ;

Elle va aussi à la messe avec sa maman. Tu crois en Dieu ? « Hum » dit elle avec conviction c'est à dire en prolongeant le son avec un visage grave.

Elle tourne sa tête vers la porte, je la sens inquiète et lui dis que je n'oublie pas qu'elle a kiné. Les repères sont très importants pour elle surtout par rapport aux personnes qui s'occupent d'elle. Elle sait manifester par une gesticulation dans son fauteuil et des cris lorsqu'elle a besoin, ou que quelque chose ne va pas, ou qu'elle est contente. Si une personne qu'elle apprécie particulièrement approche, elle se confond en gloussements radieux.

M semble comprendre quand on lui parle.

Au niveau organique elle a des abdominaux solides du fait de sa position dans le fauteuil et de sa spasticité.

Ses jambes partent dans tous les sens, et elle peut utiliser ses mouvements pour dire bonjour, même si le contrôle est très limité.

M. est une personne qui se situe bien dans la relation à l'autre, recherchant sans cesse la communication. Paradoxe de la situation, si je ne sais pas ce qu'elle pense ni ce qu'elle ressent, puisqu'elle n'a pas accès à la parole je peux cependant lire sur son visage sa joie ou sa tristesse, sa déception, son mécontentement. Son regard est extrêmement brillant et quand elle jubile c'est tout simplement du bonheur !

Quand elle est en salle de kinésithérapie, allongée sur le tapis, nous rions beaucoup. Je joue avec elle, avec son corps, je la pousse d'un côté, de l'autre. Elle manifeste vraiment par de grands éclats de rire sa satisfaction. Elle est radieuse. Avec M., ce sont ses yeux qui parlent, sa bouche qui rit, ses jambes qui partent dans tous les sens. Elle est lumineuse. Nous partageons ainsi des moments très ludiques où la relation duelle fait sens dans la rencontre.

Ce qui semble essentiel à travers ces deux exemples cliniques, c'est d'abord d'être en tant que thérapeute totalement disponible à l'autre. Prise dans le ternaire de l'institution, je plonge ensuite mon regard autour de moi afin de repérer ce qui semble aller ou ne pas aller chez les personnes dont je dois assurer le suivi psychologique. À partir d'un bonjour socialisé de ma part, je noue ensuite une relation plus duelle et j'établis le contact par des jeux de mots et de mains qui vont me permettre d'entrer dans le monde de l'unair, le monde de l'autre qui n'est pas le mien. Le nœud borroméen constitué par la conjonction des trois formes, unair, duelle et ternaire, entre en action si je puis m'exprimer ainsi afin que la relation s'établisse à son niveau le plus juste. La communication peut s'établir et je dois aussi accepter de ne pas comprendre. En tant que psychothérapeute, cela peut être une épreuve pour moi, ne pas comprendre ce que dit l'autre. Ne pas savoir ce qu'il pense ou ce qu'il ressent. Parfois c'est possible de comprendre et parfois ça ne l'est pas. Mais ce qui est fondamental c'est de sentir que la relation existe et que la personne est bien là.

Exemple de A.

A, 45 ans

Structure psychotique sur fond abandonnique. IMOC. Elle est assise dans un fauteuil roulant électrique. Elle peut délirer.

Verbalise ses émotions : « Je me sens abandonnée par mes parents, ça me met en colère »

Visage fermé, figé, fixité du regard, mais aussi liée au handicap.

Elle est dans la résistance face à mes questions : « Je sais pas », accompagnés de soupirs intenses et de bave +++

Qu'est ce que tu ressens ? « Je sais pas »

Tu as peur de te faire plaisir ? « Oui »

S'empêche t'elle de ressentir ?

Il y a le vide dans sa tête. Elle ressent organiquement l'angoisse, montre son ventre, sa poitrine (elle a un corset), elle est en contact avec ça et elle dit simplement : « Il faut que je me change les idées ». Mouvement pour sortir de mon bureau. Difficile de trouver « les mots pour le dire », l'angoisse est présente organiquement, elle peut dire je me sens abandonnée, en colère, son visage est dur, mais quelque chose manque à cette expression : le lien entre le concept, les connexions organiques et l'organique profond. Les 3 niveaux sont présents mais indépendamment les uns les autres. Elle est de structure psychotique et avec le handicap l'on peut supposer que des connexions neurologiques ne se font pas. On pourrait faire l'hypothèse que si l'émotion existe, c'est le système émotionnel dans sa globalité qui semblerait défaillant quant à son efficacité à permettre le lien entre les 3 niveaux que sont le concept, les connexions organiques et l'organique profond. (Référence au livre de Max Pages, "trace ou sens, le système émotionnel chez H.G.)

En effet, chez A. les émotions s'expriment au travers d'un langage verbal qui reste limité et tourne vite en rond. Il n'y a pas d'élaboration de la pensée et je dois m'appuyer sur ses rictus et la fermeture de son visage pour savoir à quel point elle n'est pas bien ce matin. Les questions que je lui pose alors seront en lien avec ce que je ressens en sa présence d'un profond mal être. Cependant les larmes n'arriveront pas, mais la colère pourra s'exprimer par la montée du ton et l'envie pour A. de sortir de mon bureau à la façon d'un acting-out que je ne laisse pas faire. Je me maintiens avec fermeté et douceur en face d'elle afin qu'elle arrive un tout petit peu à dépasser les "je ne sais pas" et mobiliser son énergie pour enfin arriver à dire: "je me sens abandonnée". A travers cette séquence, l'on peut sentir le travail qui se met en place quand on est psychologue APO au-delà de la formation du psychologue. En effet l'impact de la psychologie bio-dynamique transmise dans notre formation, en référence au travail sur l'identité organique de base, le toucher, les massages, la respiration, la lecture du corps, permet une certaine compréhension de ce qui se trame entre l'autre et moi, entre moi et l'autre dans cette alchimie thérapeutique.

Par où passent les émotions?

Je voudrais encore vous faire part de deux exemples cliniques, le premier au sujet d'un compte rendu de réunion sur le thème de l'alimentation, à propos de la déglutition et de la toux de K.

Ce que dit la maman de K.

"Le dernier WE, K a très bien mangé, elle tousse toujours plus ou moins, le repas se fait assez bien. Elle mange ce que je fais, très varié, de la soupe moulinée, sans morceaux avec de la crème fraîche. Des beignets.

Il faut souvent lui dire de mâcher, elle a tendance à oublier, elle a sa façon de mâcher, on sait si elle aime ou pas. Elle est un peu difficile. Aime la saucisse, les cœurs de canards, la

purée, de carottes, haricots verts, les frites. Surtout les croupions de canards. Adore le fromage avec du pain, (c'est pas des grosses bouchées), les laitages, yaourts. Adore le lait avec la chicorée au petit déjeuner, pain beurre, biscotte".

La toux ? Apparue il y a 5-6 ans. Ne tousse plus la nuit à la maison.

Qu'est ce qui fait tousser K ?

« Je tousse parce que j'ai quelque chose qui me gêne », dit K.avec difficulté et lenteur

L'éducatrice fait remarquer que souvent la toux est suivie d'une glaire. K a eu longtemps des toux nocturnes à la MAS. (maison d'accueil spécialisée)

« Pour moi c'est pas facile quand je suis en face d'un autre résident, je suis pas rassurée, quand il y a T. » dit K.

La question des fausses routes : mécanisme respiratoire et digestif précise le Dr Z.

Observation des repas avec une orthophoniste, suppression du pain.

Consignes alimentaires : repas mixé ou gélifié.

Commentaire de la psychologue : « Par où passent les émotions ? » La toux, mécanisme organique, quelque chose gêne, ex : des glaires.

Survient + + + dans un contexte bruyant pas suffisamment sécurisé, amplification de la toux.

Au-delà de la toux qu'est ce qui gêne vraiment, ex: la présence de T.un autre résident

Lien entre l'organique profond et les connexions organiques c'est-à-dire les émotions. La toux apparaîtrait donc lorsque K. est dérangée par la présence de T., qu'elle ne peut pas le signifier verbalement, et que le contexte bruyant du repas génère une insécurité organique, ontologique. L'émotion désagréable ne peut pas s'exprimer via le concept, le sentiment est sans doute présent mais pas directement connecté, la réaction organique s'impose d'elle-même.

J'ai aussi remarqué chez K.que lors d'un entretien qui l'avait beaucoup touchée, elle a eu une petite absence (épilepsie) et je me suis alors posé la question de la crise d'épilepsie comme régulateur des émotions. Cela s'est reproduit d'ailleurs. Quelque chose d'important se joue au niveau émotionnel qui ne se dit pas, il y a surcharge, tension, cela semble difficile à contenir, sans doute une rupture entre le concept, (la représentation) et l'affect, donc absence momentanée qui permet une régulation organique. K. n'a alors pas conscience de ce qui vient de se jouer pour elle. On peut donc observer qu'ici c'est l'organique profond qui va réguler le niveau du concept et des connexions organiques.

K. est imoc, dans un fauteuil roulant non électrique. Elle ne peut pas se déplacer avec. Mais elle est en capacité à verbaliser et peut donc m'interpeller quant elle à besoin de me voir.

C'est une personne sensible qui est vite contrariée et peut se fermer dans la relation à l'autre. Elle dit souvent "je sais pas" dans une difficulté à reconnaître ce qui lui arrive et à le nommer en terme d'affect dans un lien non évident entre le concept et les connexions organiques. Si elle sent et elle ressent, à la question, "qu'est ce que tu veux?" il lui est beaucoup plus difficile d'être en contact avec ses désirs et d'oser dire et demander en terme d'affirmation de soi. Travail que j'essaie de faire avec elle dans un soutien thérapeutique où la question de l'identité, du point 3 quant au cercle psycho organique ne relève pas exclusivement du handicap mais donne accès à la personne dans sa globalité afin de permettre une ouverture sur le monde autant intérieur qu'extérieur.

Dernier exemple clinique pour étayer mon propos :

B est née en 61

Je la reçois pour des entretiens ponctuels à sa demande.

C'est une jeune femme qui présente une infirmité motrice cérébrale importante mais avec une certaine dynamique montrant beaucoup de curiosité et d'intérêt face à son environnement. Elle se déplace en fauteuil roulant.

Sensible et attentive à l'autre elle est toujours en recherche de relation et de communication.

Elle a une bonne compréhension des choses mais ne peut pas restituer avec facilité ce qui la préoccupe du fait d'une incapacité motrice à verbaliser. Elle sait cependant et avec patience se faire comprendre et peut utiliser un classeur avec des images représentant des situations repérées et repérables.

Elle est capable d'utiliser un clavier, connaît les lettres de l'alphabet, peut écrire sous la dictée mais pas de manière spontanée.

Sa communication gestuelle permet d'affiner le dialogue qu'elle recherche avec moi dans un fort désir de vouloir communiquer ce qu'elle pense et ressent.

B a besoin de contact, d'échange et elle sait ne pas se faire oublier.

L'intérêt que l'on peut lui porter l'aide à maintenir une bonne image d'elle même. Soucieuse de son apparence elle se montre coquette et capable de faire des choix tant vestimentaires que relationnels.

Si elle n'est pas dans la séduction à l'autre au niveau de son fonctionnement elle reste très attentive et à l'écoute des besoins des personnes de son entourage.

Elle peut montrer quand elle est blessée et a besoin d'être respectée et considérée comme une personne à part entière.

Si elle ne peut utiliser le langage verbal, quelques mots très limités sont toutefois prononcés.

B semble bien adaptée au sein du foyer de vie. Son caractère agréable, son souci de l'autre, sa sensibilité, son dynamisme, sa curiosité, montrent une personne ayant une certaine maturité liée à une autonomie lui permettant de trouver un équilibre au delà de son handicap, au sein de la structure.

Quand B. n'est pas bien, en colère parce que D. l'a empêchée de dormir, elle vient me chercher, fait la grimace, penche la tête en avant, porte la main à sa tête, soupire, émet un son qui ressemble à un râle. Elle est capable d'accentuer ces manifestations afin de bien marquer sa colère, mais aussi sa tristesse. Je nomme sa colère, elle fait oui de la tête, son visage se crispe encore plus, elle est sur le point de pleurer. Je touche son épaule, je prend sa main, je compatis en accentuant moi aussi mes mouvements. Elle relâche, soupire, se redresse, me sourit, me remercie par un signe de tête de l'avoir écoutée. L'émotion se lit sur son visage et il n'y a pas d'ambiguïté possible. La qualité de sa gestuelle associée aux mouvements de son visage ainsi qu'aux vocalisations sont concordants et cohérents par rapport à ce qu'elle veut exprimer. La lisibilité émotionnelle se laisse appréhender sans difficulté.

Avec B. le signal mouvement est un concept opérant, le toucher thérapeutique en lien avec la gestuelle de B. permet d'approfondir le ressenti et l'expression dans une accentuation de la posture. L'émotion passe par le corps, le cœur et l'esprit. Concept, connexions organiques et organique profond sont en lien et font sens. Le thérapeute se doit simplement de se laisser, toucher, porter par ce qu'il sent et ressent dans son contre transfert émotionnel.

En conclusion:

Les émotions, sujet très complexe, peuvent passer par ici ou par là, l'essentiel c'est que l'autre existe et moi aussi dans une qualité de relation et de rencontre y compris au travers de ce que nous ne comprenons pas toujours et tentons simplement d'expliquer. L'être humain est fait d'une telle complexité, et nous le découvrons de jour en jour à travers les neurosciences, certes, et d'autres disciplines encore y compris la psychothérapie, que nous n'en cessons jamais d'en faire le tour, et que même la spirale du cercle psycho organique n'y suffit pas.