Défense 3 juin 2021

La découverte de la thérapie institutionnelle au travers d’une hypothèse : l’existence d’un transfert corporel diffracté

# Introduction

Une part non négligeable de moi voit ce travail qu’est l’épreuve intégrée comme un voyage. La thématique de fond est venue résonner tant dans ma pratique de terrain que dans ce qui m’a questionné durant la fin de ce parcours d’étude. Mais arrivée à la défense, une interrogation s’est présentée : Quel autre éclairage donner à ce sujet qui m’a constamment imposé de faire des choix dans mon écrit ? Quels points aborder dans les thématiques dont j’ai fait l’économie ? Les possibilités étaient vastes… et frustrantes.

J’ai vu naitre un contre-pied que je choisi d’explorer ici : en quoi ce travail autour de la thérapie institutionnelle et du (Contre)-Transfert Corporel Diffracté est venu colorer ma compréhension du côté individuel de notre pratique ?

Je dois pour cela comparer deux situations qui me semblent s’opposer dans notre champ thérapeutique : d’un côté, une pratique individuelle du côté du soin dans un environnement suffisamment bon. Et de l’autre, les situations de grand déséquilibre entrainant une prise en charge en thérapie institutionnelle.

Dès le début de nos études, nous entendons que le bénéficiaire vient convoquer chez nous une réponse que nous sommes en mesure d’émettre là où il a besoin de se mettre au travail. Cela serait possible car nous avons déjà suffisamment travailler la question qui se pose à lui, et continuons à la travailler. Il est intéressant que ce soit le Transfert/Contre-Transfert Corporel Diffracté qui éclaire les questions que j’ai travaillé tout au long de ma pratique d’étudiante.

Dans une premier temps, je reviendrai sur le Transfert/Contre-Transfert Corporel Diffracté. Après quoi j’aborderai les différences entre la pratique en individuel et la pratique en institution, ainsi que la manière dont les deux pratiques dialoguent. Je conclurai sur le soutien à l’orientation du projet thérapeutique que m’offre cette lecture institutionnel et transférentiel.

# Il me faut d’abord revenir sur une réflexion autour du transfert

les lectures que j’ai croisé Entre mon écrit et aujourd’hui sont venu nourrir ma réflexion sur la conceptualisation du transfert… que j’ai choisi d’aborder ici. Doucement, une petite musique est venue chanter en moi : « et si le transfert, dans sa dimension corporelle ou non, était forcément diffracté ? ».

la première étape de ma réflexion est une évidence qui a pris son temps pour se propager en moi : le Transfert Corporel Diffracté est avant tout du transfert.

La lecture du livre de M. Neyraut est venue me confirmer que le transfert est une potentialité de toute relation. Mais aussi que le transfert peut se mettre en jeu à l’insu de chacun, tout en pouvant être un élément indispensable de la relation. De rajouter que ces relations et interventions prennent appuis ou non sur des bases analytique. Ce qui confirme mes observations des intervenants non-psychomotriciens, dont le corps était marqué par les traces des éprouvés que le bénéficiaire venait mobiliser chez eux.

Ce qui m’a amené à formuler une autre évidence : quel que soit sa forme, la nature du transfert corporel est singulière au contexte et répond à l’équation unique que propose chaque relation. Il trouve donc ses possibilités de déploiement dans *l’intersubjectivité*. Nous sommes ouverts au travail avec le transfert, contre-transfert corporel entre un bénéficiaire et la psychomotricienne, autour du dialogue tonico-émotionnel et de la dynamique d’impression-expression. Si on admet que ces questions s’inscrivent dans le dialogue d’inconscient à inconscient, il en devient parcellaire, c’est-à-dire diffracté. Toute relation a des codes implicites et explicites. Ces codes permettent que certains aspects s’y déploient et d’autre non. Des lors, si tout transfert corporo-psychique est déployé dans sa nature diffractée, où se fait la différence entre ce qui se joue dans l’institution et dans la pratique individuelle ?

# De l’humain et de l’humanisation

Le canevas thérapeutique qui sert de base à la démarche des prises en soin en individuel n’est pas si différente de celle en institution. Quand j’ai déployé l’humanisation de l’institution dans une dimension symbolique au travers des systèmes d’un corps, je ne la vois pas tant comme un miroir du psychomotricien mais comme une représentation d’un environnement humain autour du bénéficiaire. Car par sa nature, l’institution est déjà en tant que tel un environnement non humain. Un environnement dont la psychomotricienne peut déployer une certaine conscience sur le plan des séance en individuel.

Et si la prise en soin en individuel était un point et la prise en charge en thérapie institutionnel en était un autre et qu’il existe un continuum thérapeutique entre les deux ?

## (En individuel)

Dans le cadre d’une prise en charge **du côté du soin d’un bénéficiaire avec un environnement suffisamment favorable,** que ce maille-t-il dans le penser ? Que ce passe-t-il avec le transfert corporel dont j’ai l’hypothèse d’une nature partiel ? En tant que praticienne, je vais mettre en jeu mon appareil à penser, la fonction phorique et un ensemble de facteurs du côté de l’élaboration et de ma dynamique psychocorporelle au service du bénéficiaire dans des séances.

Si je prends un bénéficiaire enfant qui arrive en séance avec ce type d’environnement, bien que quelque chose ai grippé et recommande une intervention du côté du soin, l’entourage semble propice au processus thérapeutique. L’environnement portera ainsi de façon diffracté les différents éléments, du côté de l’inconscient. Le travail thérapeutique va en quelques sorte offrir des cataplasmes psychiques sur ce qui dysfonctionne. Mais qu ils ne ciblerons que des dysharmonies psychomotrices le temps qu’une certaine cicatrisation puisse se faire.

Le bénéficiaire ainsi engagé dans une approche thérapeutique change sa place dans le système. Au travers de cet engagement met en mouvement la possibilité de changement. Ou, pour le dire dans le langage de l’analyse transactionnelle, l’accroche de scénario entre les deux parties prenantes va se rencontrer différemment dans cet environnement. Le bénéficiaire pourra piocher de quoi nourrir son cheminement auprès des différents intervenants autour de lui : tels que  les parents, la fratrie, les enseignants, la famille élargie, professeurs de danse etc. avec l’intervention d’un support d’étayage, il y a une réunification possible de la dimension transférentielle, tant dans sa dimension psychique que corporelle.

En gardant à l’esprit l’hypothèse que la relation transférentielle dans le processus thérapeutique est diffractée, la psychomotricienne est consciente de ne recevoir que des morceaux, lui permettant de rendre existant l’impensable et l’intransférable. Elle sait ainsi que seule une partie fait écho sur sa surface corporo-psychique. Les zones insaisissables peuvent se vivre dans leur mise au travail au travers d’autres rencontres. ces zones vides, en étant mise en mouvement dans les ailleurs de la vie du bénéficiaire, deviendront des espaces psychocorporels empreints d’une créativité, d’une dimension du vivant. contrairement à ce qui se vit en thérapie institutionnelle, La psychomotricienne n’a pas besoin d’avoir tous les éléments pour accompagner la réunification transférentielle psychocorporelle, et soutenir les maillages avec ces parties qui lui sont non-accessibles.

## Du coté INSTITUTIONNELLE, il y a…

… quelque chose du côté de la fonction phorique. Quelque chose qui est mis à mal en profondeur et qui fait que l’environnement a besoin de plus, et même qui rend impérieux une liaison particulière entre les intervenants thérapeutiques, éducatifs et rééducatifs. Il y a ce que je pourrais qualifier **de pôle environnemental défavorable**. Et nous serions donc ici quelque part à l’autre bout du continuum thérapeutique, où l’on retrouve des dispositifs tels que le propose la thérapie institutionnelle. Ces dispositifs viennent compenser, faire béquille, à ce qui est en défaut, en incapacité tant chez le patient que dans leur environnement humain et non-humain.

A mon sens l’humanisation de l’institution vient faire appareil substitutif à ce qui est trop en défaut dans l’environnement du patient, en impossibilité, qui grippe en profondeur, qui est en difficulté, en souffrance. Il y a donc besoin de substituer et même d’offrir un autre substrat environnemental psychique et physique aux enfants qui étaient dans le centre où j’étais en stage. C’est là qu’il y a nécessité de regrouper une grande majorité d’intervenants dans un même lieu. Ces intervenants « rassemblent le patient » lors des réunions cliniques au travers de la fonction métaphorique, de l’appareil à penser groupal. Ils peuvent ainsi réunifier les questions transférentielles diffractées tant dans leur aspect psychique que corporel. Il y a une impossibilité chez le patient de réunir à ce moment-là les aspects corporo-psychiques mis au travail individuellement. Il a besoin de l’enveloppe psychique institutionnelle pour la réunification du Transférentiel Corporel Diffracté. Cette enveloppe permet de contenir l’ensemble des éléments, le temps de la cicatrisation. Dans ce temps où le maillage entre les éléments transférentiels ainsi greffés peut être intégré.

Il est à noter que les intervenants du centre ont une compréhension plus ou moins fine des mécanismes transférentiels. Inversement, les mécanismes transférentiels du côté corporel qui sont déjà peu saisi hors de notre pratique psychomotrice, le sont tout aussi peu au sein du centre. Pourtant, j’ai pu observer que la conscience de la réunification n’est pas forcément nécessaire aux intervenants lors des réunions cliniques. L’environnement institutionnel se trouve dans une position du suffisamment bon. Il peut s’y vivre des éléments avec une conscience moins prégnantes, du coté de l’implicite dans ses aspect corporo-psychiques transférentiels réunifiés. Dans quelle mesure, la présence d’un psychomotricien dans le centre portait-elle déjà dans le non-verbal, inconsciemment vers l’appareil à penser groupal, la fonction métaphorique de cet implicite du Transfert/Contre-Transfert Corporel Diffracté ainsi réunifiable ?

# Conclusion

J’ai opposé ici deux maillons très lointains de la chaine thérapeutique : d’une part la pratique du soin en individuel dans un environnement suffisamment bon autour du bénéficiaire ; et de l’autre la pratique institutionnelle qui résonne avec un environnement bien trop en difficulté pour offrir un contenant suffisant aux bénéficiaires. Il existe pour moi un continuum entre ses deux points. Cette conscience que je maille autour d’un Transfert/Contre-Transfert Corporel Diffracté me permet de lire différemment le projet thérapeutique et l’orientation que celui-ci peut prendre. Si l’environnement est de plus en plus en souffrance, que puis-je proposer ? Et là se déploie un ensemble de pistes, tout en restant dans une Prise en charge Individuelle : structurer une communication au sein des différents membres de l’environnement et initier le mouvement de réunification. Mais si cela ne suffit pas ? n’est pas faisable ? que l’enfant a besoin de plus ? Je peux penser à un passage vers le groupe de soin avec la mise à disposition de deux pôles thérapeutiques transférentiels corporels, l’autre psychomotricien et les enfants. Et si ça ne suffit pas ? Et si ce n’est même pas envisageable ? que faire ? Il sera utile de questionner les possibilités qu’offrent les différentes type d’institutions. Je vois des options proposées par la thérapie institutionnelle qui pourraient être recommandées dans les avancées du projet thérapeutique : l’AMO, les prises en charge pluridisciplinaire, Co-disciplinaraire, voire transdisciplinaire. C’est en ça que ce travail d’écriture m’a permis de penser une grille de lecture dans les différentes possibilités thérapeutiques avec ce maillage tout particulier qu’est le mien autour du Transfert/Contre-Transfert Corporel Diffracté.