

## L'enveloppement thérapeutique de soutien

**Par Raymond Panchaud, directeur des soins, Fondation de Nant (Suisse). Intervention faite à Lille le 25 novembre 2015 dans le cadre des premières rencontres soignantes en psychiatrie.**

L'enveloppement thérapeutique de soutien nous semble une stratégie tout à fait appropriée pour créer un lien avec le patient schizophrène en contenant ses angoisses et en proposant une stratégie d'apaisement. Nous nous centrerons sur les processus de contenance, notamment dans les soins aigus car ils sont emblématiques du processus de contenance quand bien même celui-ci est un processus continu. Précisons que nous parlons d'un enveloppement pour les adultes et que ceux-ci sont toujours volontaires.

Ces enveloppements de soutien sont organisés quotidiennement dans la phase aigüe et de durée variable de 20 minutes à une heure, rarement plus. Il s'agit d'une stratégie qui permet et favorise la contenance psychique et non pas d'un moyen de contention.

Nous savons que l'enveloppement est une ancienne technique - peut-être aussi vieille que l'eau chaude que l'on utilise encore quotidiennement - mais qui, malheureusement, est souvent associé à des traitements barbares, « torture inoffensive », alors que la réalité clinique nous montre tout le contraire. Les recherches historiques de Thierry Alberhne font remonter la technique au 17<sup>ème</sup> avec Jean Floyer<sup>1</sup>. Il a retracé l'histoire de ces enveloppements originellement associés à l'hydrothérapie jusqu'à la fin du 19<sup>ème</sup> siècle. Encore en 1907, dans un ouvrage médical, l'enveloppement est utilisé pour calmer et faciliter le sommeil pour « *les malades surexcités... anxieux et que le sommeil refuse* », de plus il précise que cette technique « *... est aussi un remède populaire très apprécié ...*<sup>2</sup> ». Cette dernière remarque est importante, du fait que c'est actuellement très souvent le cas et que c'est fondamental parce que si les patients investissent positivement leur traitement, ce dernier sera plus opérant. Ces enveloppements relèvent de la tradition humaniste de la psychiatrie et ont été utilisés comme une alternative aux traitements habituels. Ils sont considérés jusqu'à la fin du 19<sup>ème</sup> comme un traitement l'hydrothérapie, c'est-à-dire que d'une part, l'eau a des vertus thérapeutiques et d'autre part que la diaphorèse est utile pour faire « sortir le mal ».

Les années 1950 vont être la charnière puisque les enveloppements vont évoluer de l'hydrothérapie à une technique psychothérapeutique visant la contenance et/ou à un cadre pour une forme de psychothérapie de la psychose. C'est dans ce sens-là et à partir de là que nous pouvons qualifier cet enveloppement de « thérapeutique ». A l'instar des psychothérapies, il faut une référence théorique, un cadre clinique et une méthode ou une stratégie thérapeutique. Ce sont quelques points que nous allons aborder.

Avant de développer ces points, il nous semble utile de définir quel est notre objet du soin, autrement dit : Qu'est-ce qu'on cherche à soigner avec ces enveloppements thérapeutiques dans les soins aigus de la psychose ? C'est en vertu de l'objet de nos soins que nous pouvons déterminer le cadre clinique correspondant. Objet du soin et cadre sont irrémédiablement liés. D. Houzel<sup>3</sup> définit trois modèles de soins distincts qui nécessitent des cadres différents et appropriés.

---

<sup>1</sup> Alberhne T. *L'enveloppement humide thérapeutique*, Les empêcheurs de tourner en rond, Paris, 1992, p. 18

<sup>2</sup> Mennier H. M. *Mon Docteur, Médecine et Hygiène*, Librairie Commerciale, Paris, 1907 p. 450 et 451

<sup>3</sup> Ciccone A. *Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques*, Cahiers de psychologie clinique, N°17, 2001/2, p. 82

- Le premier est la décharge qui consiste dans une relation à se libérer par la parole d'un vécu émotionnel éprouvant. C'est en quelque sorte l'effet cathartique.
- Le deuxième est le dévoilement qui est le propre de la psychothérapie classique verbale. Il vise à dévoiler un contenu inconscient qui agit à son insu le sujet.
- Le troisième est la contenance. Elle vise à ce qu'un éprouvé trouve un espace psychique pour être contenu «... ce qui soigne est l'expérience selon laquelle la vie émotionnelle troublée, perturbée, douloureuse trouve un espace dans lequel elle puisse être reçue et contenue ... et la douleur est contenue lorsqu'elle est comprise. Contenir une expérience c'est la comprendre. »

L'objet de nos soins est ce troisième modèle, la contenance dont le manque se retrouve dans les troubles de l'intégration qui fonctionnent prioritairement avec les mécanismes de défense relatifs et qualifiés d'archaïques : le déni, la projection, l'identification projective et le clivage. Les autos-portraits de Francis Bacon nous semblent être une admirable figuration de cette problématique.

En regard de la psychothérapie classique dont l'objet du soin est le contenu, nous pouvons « opposer » la psychothérapie du contenant. Il s'agit là de l'objet même d'une forme de psychothérapie de la schizophrénie pour laquelle il faut un cadre adapté qui n'est pas celui de psychothérapie classique. Nous postulons que l'expérience corporelle, à travers un enveloppement thérapeutique, peut offrir ce cadre adapté pour soigner la contenance. Cet enveloppement fait office du cadre pour le processus relationnel, autrement dit, il s'agit d'une psychothérapie à médiation corporelle qui vise la (re)constitution d'un espace psychique. Nous passons ainsi, à l'instar de Winnicott, de la thérapie du contenu à celle des contenants. Le cadre classique de la psychothérapie, basé prioritairement et majoritairement sur l'échange verbal, ne correspond pas à notre objet du soin. Par contre, l'approche corporelle propose un cadre et un concept adapté, ouvrant la possibilité d'une thérapie du contenant. Ainsi, grâce au support corporel, nous pouvons toucher le champ de l'archaïque, de la psychose ou des troubles de l'intégration. Ciccone nous le rappelle « soigner c'est être en contact avec les parties infantiles<sup>4</sup> »

Si le cadre de traitement n'est pas adapté, nous prenons le dangereux risque d'adopter la stratégie de Procuste. Dans la mythologie grec, ce bandit mettait dans son auberge les petits dans de grands lits et les grands dans de petits et venait la nuit raccourcir les grands et allonger les petits pour qu'ils aient la bonne longueur des jambes. Comme nous le rappelle Coluche : « *La bonne longueur des jambes, c'est quand les pieds touchent par terre.* » Il en va de même pour les cadres cliniques, le bon cadre c'est quand il permet de soigner, autrement dit lorsque le cadre est adapté. Donc si nous n'utilisons pas un cadre clinique adéquat, nous prenons le risque d'inverser les rôles et de demander aux patients de s'adapter à notre cadre et non l'inverse qui implique que nous offrons un cadre approprié aux problématiques du patient. Par exemple, il ne faut pas chercher à donner du sens quand la problématique est un manque de contenance et qu'il est souhaitable de mettre une limite.

Pourquoi le support du corps est-il pertinent ? Maurice Corcos fait souvent référence à Spinoza en affirmant que « *C'est le corps qui peut l'esprit...* ». Michel Serres, dans « le gaucher boiteux », écrit à ce propos: « *Comment pourrions-nous penser autrement que par lui, avec lui et en lui*<sup>5</sup> ». Ce petit détour philosophique nous amène à la récurrente question de la dualité corps-esprit. Cette dualité est encore très présente alors qu'elle devrait être dépassée au profit de l'intégration psyché-soma. Winnicott pour qui l'intégration psyché-soma est un signe de santé affirme « *... j'ose prédire qu'on découvrira que cette antithèse, qui a confondu tous les philosophes, est fondée sur une illusion... L'esprit n'existe pas en tant* »

<sup>4</sup> Ciccone, *La psychanalyse à l'épreuve du bébé*, Dunod, Paris 2011-2014

<sup>5</sup> Serres M. *Le gaucher boiteux*, Ed. Le Pommier, Paris, 2015, p. 31

qu'entité.<sup>6</sup>» De cette affirmation, nous pouvons en tirer une première hypothèse : l'utilisation du corps est possible et peut avoir un impact sur la psyché, étant entendu qu'il s'agit de la même entité psyché-soma.

Fort de cette hypothèse, nous pouvons examiner la question du cadre clinique pour cette expérience de thérapie de la contenance. Nous suivons encore Winnicott qui questionne le cadre psychanalytique classique : « *Freud considérait la situation de maternage comme allant de soi, et je soutiens qu'il s'en est servi afin de donner un cadre à son travail, presque sans savoir ce qu'il faisait ... (Freud), il s'est intéressé aux angoisses qui font partie des relations interpersonnelles<sup>7</sup>* ». Dans cette situation clinique la différenciation est acquise et le contenant également. Alors quoi faire lorsque cette différenciation n'est pas constituée ? Pour Winnicott, cette différenciation n'existe pas au début de la vie psychique. Il fait l'hypothèse que la genèse de l'appareil psychique débute par une période d'indifférenciation : « *avant que ne s'instaure des relations d'objets, nous sommes en présence d'une unité qui n'est pas constituée seulement par un individu. Il s'agit d'une unité formée par la situation environnement – individu.* <sup>8</sup>» Winnicott part de l'idée que s'il y a eu un problème dans cette période, il y a quelque chose du développement qui s'est « gelé » et qui n'a pas pu grandir. Mais en même temps, il postule que si ce même individu se trouve dans un environnement facilitant, il est possible d'opérer un « dégel », une reprise évolutive. C'est là que le corps peut entrer en jeu et devenir un cadre adapté à la problématique. L'enveloppement qui contient peut être considéré comme une traduction clinique d'un environnement facilitant intégrant soma et psyché. Winnicott rappelle « *... je ne pense pas que l'esprit existe réellement en tant qu'entité ...* » et surtout : « *... à ses débuts le bon environnement psychologique est un environnement physique ...* <sup>9</sup>»

L'expérience corporelle propose à la fois un cadre symbolique et concret, c'est bien cette dimension concrète nécessaire pour toucher des phénomènes archaïques qui fait la différence avec un setting psychothérapeutique habituel basé sur l'échange verbal. De nombreux auteurs ont traité de cet objet du soin : la contenance. Parmi ceux-ci, nous en citerons quatre ; le premier Michael Balint écrit dans le défaut fondamental : « *Les principales caractéristiques du niveau du défaut fondamental sont les suivantes : a) tous les événements qui s'y produisent appartiennent exclusivement à deux personnes ; il n'y a pas de 3<sup>ème</sup> personne présente. b) cette relation à deux personnes est d'une nature particulière et diffère totalement des relations humaines qui nous sont familières au niveau œdipien. c) la force dynamique opère à ce niveau mais pas de l'ordre du conflit. d) enfin, le langage adulte est souvent inutile ou trompeur pour décrire les phénomènes qui surviennent à ce niveau, parce que les mots n'ont pas toujours leur sens conventionnel agréé.* <sup>10</sup>» L'expérience corporelle prend sens pour opérer au-delà ou en deçà des mots dans une relation médiatisée par le corps et non seulement par les mots.

René Roussillon, sur « *l'impensé du traumatisme ou les situations extrêmes* », avance que : « *l'une des caractéristique fondamentale des situations extrêmes, l'une de celle qui produit l'impact traumatique le plus important, est le fait qu'elle est irréprésentable, voire insignifiante* <sup>11</sup>». Ainsi la symbolisation ou la

<sup>6</sup> Winnicott D. *L'esprit et ses rapports avec le psyché-soma*, 1954 In *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Payot, Paris, 1969, p. 66

<sup>7</sup> Winnocott D. *Les aspects métapsychologiques de la régression au sein de la relation analytique*, 1954, In *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Payot, Paris, 1969, p. 138

<sup>8</sup> Winnocott D. *L'angoisse associée à l'insécurité*, 1952, In *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Payot, Paris, 1969, p. 126

<sup>9</sup> Winnicott D. *L'Esprit et ses rapports avec la psyché – soma*, 1954, In *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Payot, Paris, 1969 p. 68

<sup>10</sup> Balint M. *Les deux niveaux du travail analytique*, In *Le défaut fondamental*, Payot Paris, 1977, p. 27

<sup>11</sup> Roussillon R. *Les situations extrêmes et la clinique de la survivance psychique*, In Jean Furtos et Christian Laval, *La santé mentale en actes*, ERES | Études, recherches, actions en santé mentale en Europe, 2005, p. 224

<sup>11</sup> Ibid. p. 226

transformation n'est pas possible et c'est « ... la fuite motrice, la fuite affective, l'évacuation hors du champ perceptif » « ... le sujet se retire de lui-même, il se retire de son expérience subjective, il se quitte, se coupe de lui-même <sup>12</sup> ». Cette expérience est admirablement figurée par les sculptures « emotional detox » de Marc Quinn. C'est le gel dont parle Winnicott et pour Roussillon, la perspective thérapeutique passe par la métabolisation psychique d'un autre, c'est-à-dire dans une relation soignante ou thérapeutique. C'est grâce à l'étayage de cette autre psyché que le sujet fait l'expérience de ne pas être seul face à cette éprouvé « L'autre est nécessaire pour qu'il puisse, grâce au « miroir » que la relation à l'autre peut lui offrir, recommencer à sentir, voir ou entendre <sup>13</sup> ». La réponse doit être sur mesure et avoir un cadre « un dispositif de rencontre » dans lequel il faut faire preuve de tact et avoir du temps. L'enveloppement thérapeutique peut offrir ce cadre et permettre cette expérience.

Dans les situations de soins aigus ou avec des patients schizophrènes, une des grandes difficultés est de pouvoir assurer une présence auprès d'eux du fait des phénomènes d'invasion des angoisses paroxystiques qui se « transvasent » du patient au soignant. P. C. Racamier est très clair sur cette question : « Pour le patient, la première qualité du psychiatre, du soignant, et du groupe traitant c'est tout simplement d'être là <sup>14</sup> ». Ceci paraît très simple mais nous savons combien il peut être difficile d'être simplement là quand la psychose est à l'œuvre. Il n'en demeure pas moins que c'est un préalable et une nécessité pour opérer la transformation psychique à laquelle faisait référence René Roussillon. Encore une fois, le support de l'expérience corporelle facilite la possibilité d'assurer cette indispensable présence tant pour le patient que le soignant.

Esther Bick apporte une contribution très intéressante à la compréhension des phénomènes en jeu dans l'enveloppement thérapeutique. Elle affirme que « ... les parties de la personnalité sont ressenties comme n'ayant aucune force liée entre elles et doivent de ce fait être tenues passivement ensemble grâce à la peau faisant office de frontière. Et cette fonction interne de contenir les parties du self, dépend à l'origine de l'introjection d'un objet externe, reconnu à remplir cette fonction ... Ultérieurement, l'identification à cette fonction de l'objet remplace l'état de non intégration et permet le fantasme des espaces externes et internes <sup>15</sup> ». Son point de vue montre clairement la nécessité de présence et les phénomènes relationnels en jeu pour que la fonction de contenance se (re)crée pour aboutir à une différenciation psychique.

Nous pensons que l'enveloppement thérapeutique permet l'expérience du holding individuel et institutionnel dont parle Winnicott comme une stratégie thérapeutique permettant de toucher l'archaïque. Notre objet de soin vise à accéder précisément ce niveau de problématiques, ces expériences vécues avant que les mots n'existent et justifient ainsi l'expérience corporelle comme support ou cadre pour entrer en lien établir une relation soignante qui intègre la dimension corporelle. Cette expérience fondamentale permet d'expérimenter la capacité « d'être seul en présence de l'autre » et de faire l'expérience par l'enveloppement d'être tenu psychiquement et physiquement, ce qui est la définition même du holding.

---

<sup>13</sup> Ibid. p. 232

<sup>14</sup> Racamier P. C. *Le psychanalyste sans divan*, Payot, Paris, 1973, p. 241

<sup>15</sup> Esther Bick, 1968, *The experience of the skin in the early object – relations*, international journal of psychoanalysis, 1968 ; 49 in Meltzer D. *Exploration dans le monde de l'autisme*, Payot, Paris, 1988

L'enveloppement thérapeutique rassemble à notre avis tous les ingrédients du holding individuel : concrétude du soin, espace relationnel, espace transitionnel, expérience corporelle, cadre thérapeutique, accompagnement systématique etc. Ce holding individuel fait partie d'un holding plus global, plus institutionnel. En effet, si l'enveloppement thérapeutique a des vertus soignantes pour ce type de problématiques, il ne peut se faire seul et a besoin également du holding institutionnel, c'est-à-dire d'un travail collectif où d'autres intervenants ont leurs cartes à jouer. Certains vont assurer le holding de ceux qui sont au plus près des patients. Le traitement avec des enveloppements thérapeutiques se fait généralement en institution qui ont un politique de soin qui définit les stratégie thérapeutiques. Nous rejoignons P. C. Racamier qui rappelle que « ... *la psychothérapie psychanalytique d'un psychotique est un œuvre collective* <sup>16</sup> ». Cette équipe thérapeutique doit faire preuve d'intelligence collective pour faire corps afin de soigner la psychose en général et ses épisodes aigus en particulier. A sa manière, le collectif canadien « General Idea » a fait la promotion de la nécessité du travail collectif pour dépasser l'illusion du génie individuel (génial thérapeute) au profit de l'intelligence collective. C'est à cette exigence d'intelligence collective que fait appel le patient schizophrène pour être soigné.

L'enveloppement thérapeutique est une alternative bienvenue aux soins de la psychose, appréciée de patients. De plus, c'est une technique à défendre parce qu'elle permet d'avoir une représentation positive du soin psychique pour les patients qui généralement l'investissent positivement tout comme pour les soignants qui la pratique. Elle favorise les premiers pas d'une rencontre prometteuse de contenance.

---

<sup>16</sup> Racamier P. C. *Le psychanalyste sans divan*, Payot, Paris, 1973, p. 120