Le toucher en psychothérapie

En quête de balises pour une utilisation réfléchie

Ariane Lazaridès, Ph.D., psychologue

Séminaire préparé dans le cadre de la formation de 3ème cycle en PGRO

Juin 2015

Notice biographique

Ariane Lazaridès, Ph.D, psychologue
info@arianelazarides.com

- Détentrice d'un doctorat en psychologie de l'UQAM (2009), je suis clinicienne en bureau privé auprès d'une clientèle adulte présentant des problématiques diverses. Depuis 2011, je suis également superviseure de stage à la Clinique universitaire de psychologie de l'Université de Montréal.

Question de départ

- Ce que je cherche:
  1. Pourquoi me sens-je vaguement coupable?
  2. Repères théorico-cliniques

TOUCHER ET TABOU

Facteurs théoriques, culturels, éthiques et légaux

Références utilisées pour cette section:
Bonitz (2008), Smith, Clance & Imes (1998), Zur (2011)

Facteurs théoriques

- Avant la psychanalyse
- Les débuts de Freud
  - Massage et pression
- Changement de cap pour Freud
  - Transfert et frustration des pulsions
  - Éviter les malentendus

➛ Interdiction de *toute* forme de toucher

Facteurs théoriques (suite)

- Positionnement de la communauté:
  - Orthodoxe
    - *"La transgression de l'interdiction du contact physique constitue une preuve de l'incompétence ou de la rudesse criminelle de l'analyste" (Menninger, 1958)*
  - Plus ouverte
    - Ferenczi — Reich — Lowen — analyse bioénergétique
      ╲ Gestalt (et ses dérives)
    - Winnicott, Balint
    - Humanisme

Facteurs éthiques

- Années 70: études sur les contacts sexuels thérapeute-client
  - 12,1% des th. masculins
  - 2,6% des th. féminines
  - 4% de l'échantillon croit cela potentiellement bénéfique pour le client…
- Désir pour des clients:
  - 95% des th. masculins
  - 76% des th. féminines

Facteurs éthiques

- Désir possible de la part du thérapeute

  + manque d'information et supervision
  + intimité du contexte thérapeutique
  = pente glissante

- Quel type de contact est éthiquement acceptable?

Facteurs culturels

- Cultures anglo-saxonnes vs. latines

- Enfants américains parmi les moins touchés de la planète
  - "Never hug and kiss them. Never let them sit on your lap. If you must, kiss them on the forehead when they say goodnight. Shake hands with them in the morning. Give them a pat on the head if they have made an extraordinarily good job of a difficult task." (Watson, 1928)

Facteurs culturels

- Confusion entre toucher et sexualité
  - Tendance à sexualiser toutes les formes de toucher
- Climat de méfiance

La gestion des risques

- Gestion des risques:
  - Évitement de certains comportements et interventions en fonction de l'interprétation qui pourrait en être faite en cour plutôt que pour des raisons cliniques
  - Conseils des avocats ont préséance sur jugement clinique
  - Glissement vers une perception de ces comportements comme *effectivement* non-éthiques ("standard of care")

Et pourtant…

TOUCHER, NEUROSCIENCES ET INCONSCIENT

CARE et GRIEF de Panksepp

- Le système CARE: le besoin de prendre soin
  - Ocytocine (+ dans les cerveaux féminins)
    - Alimente les sentiments maternels/paternels
  - Opioïdes endogènes

- Le système GRIEF (PANIC): la détresse déclenchée par l'abandon, la perte
  - Opioïdes endogènes

Abandon / Éloignement: GRIEF activé
Opioïdes endogènes du bébé ↓
Vocalisations de détresse (pleurs)
CARE *et* GRIEF de la mère sont activés
Rapprochement, soins
Opioïdes endogènes ↑ , pleurs ↓
GRIEF et CARE se désactivent

Émotions de base et toucher

- Rats: contact est apaisant en soi (Nelson & Panksepp, 1998)

- Poussins: (Panksepp, 1980)

Corrélats physiologiques du toucher

- Humains:
  - Baisse
    - De la pression artérielle
    - Du rythme cardiaque
    - Du niveau de cortisol
  - Hausse de l'ocytocine
  - Pas mêmes effets pour soutien verbal

(Field, 2010)

Hypothèse

- Détresse du client/de la cliente active en nous le circuit CARE; au-delà d'une certaine intensité, on sentirait plus de pression à poser un geste qui pourrait fournir un apaisement rapide.

- Nécessaire d'avoir un certain attachement?

Paramètres de la communication de l'émotion par le toucher (Hertenstein & Campos, 2001)

1. Température (ex. des mains)
   - Froid peut signaler nervosité, chaleur la colère
2. Aspects haptiques (dynamique avec laquelle la personne bouge)
   - Colère: mouvement brusque, peur: léger tremblement
3. Intensité de la pression
   - Tristesse: pression douce, colère: pression forte
4. Piloérection (ex. peur)
5. Etc.

Communication de l'émotion par le toucher

- Communication combine les différents paramètres
- Ex. Colère:
  - Contact et retrait abrupts
  - Pression forte
  - Ratio doigts/paume élevé
  - Température élevée
- Message bien décodé dans 50 à 78% des cas, comparable à message vocaux et faciaux (Hertenstein et al., 2009)

Communication inconsciente

- Communication cerveau droit – cerveau droit
  - Caractéristiques du toucher ≈ “prosodie” corporelle
  - Toucher perçu comme jauge plus fiable des sentiments véritables du thérapeute (Horton, 1998)

© REUTERS

Fonction contenante du toucher

- Encore disponible quand le client est submergé/envahi par la détresse
  - (Attention à la re-traumatisation)
- Lien avec le monde extérieur

LE TOUCHER EN PGRO

Pour une intégration cohérente

- Cycles de reproduction-reconnaissance-réparation
- À travers le dialogue herméneutique

➛ Comment le toucher peut-il nourrir le dialogue herméneutique et non pas s'y substituer?

➛ Comment le toucher participe-t-il aux 3R?

L'herméneutique du toucher

- Nécessaire d'élaborer sur le sens de l'expérience
  - Parce que le toucher est une intervention puissante
  - Pour que l'interaction physique ne se dérobe pas à une recherche de sens
  - Pour favoriser la mentalisation
  - Et donc pour favoriser l'intégration neuronale

Quand c'est positif…

- Client peut se sentir digne d'amour
- Exemple de nouveau mode relationnel
  - Ex. Figure d'autorité qui donne sans demander
- Apprendre à aller chercher du soutien plutôt que s'isoler
- Apprendre que les relations peuvent être à la fois intimes et respecter les besoins des 2 parties
- Différencier contact et sexualité
- …

(Geib, 1998)

Quand c'est négatif…

- Crainte de perdre le contrôle et que le thérapeute finisse par abuser
- Crainte que le thérapeute découvre que le client est dégoûtant
- Certitude que le toucher est fait à contrecoeur
- Colère que le thérapeute ait posé un geste dans son propre intérêt
- …

Vignette clinique 1

- Cliente: fille aînée; mère fusionnelle dont elle devait prendre soin; impression de ne jamais avoir eu de mère
- Thérapeute veut être maternante et enveloppante; la prend dans ses bras en lui caressant les cheveux
- Tentative de réparation mal ajustée finit par être une reproduction

Adapté de Geib, 1998

Vignette 1

- Reproduction
  - Thérapeute apparaît comme ayant besoin du contact, vulnérable
  - ➢ Rôles renversés: la cliente prend soin
  - Cliente en colère mais…
  - … se sent aimée et ne veut pas perdre cela
  - ➢ Indispensable et intolérable

(Geib, 1998)

Vignette 1

- Reconnaissance
  - Herméneutique permet de faire le lien avec le dilemme de contact
  - IP qui n'a pas été métabolisée par le thérapeute?

Vignette 1

- Réparation
  - Différencier ce toucher mal ajusté du champ 4 de la cliente
  - Développer la capacité de la cliente à maintenir ses frontières tout en conservant le lien

Vignette clinique 2

- Cliente ayant un passé d'abus sexuel. Après quelques mois de travail, à la fin de la séance, passe ses doigts dans les cheveux du thérapeute et est réticente à sortir. Le thérapeute est mal à l'aise et se sent envahi.

Adapté de Glickauf-Hughes & Chance, 1998

Vignette 2

- Reproduction
  - Cliente veut être proche du thérapeute
  - Envahissement est la seule façon qu'elle connaît de le faire
  - Trop de proximité pour elle aussi

Vignette 2

- Reconnaissance
  - Herméneutique éclaire ce toucher comme étant une reproduction de ce que la cliente vivait comme victime d'abus sexuel
  - Toucher utilisé au "service" d'une IP

Vignette clinique 2

- Réparation
  - Interactions intimes où elle peut donner et recevoir de l'affection et se sentir vue, autrement
  - Deuil d'une place exclusive

Vignette clinique 3

- Client avec attachement anxieux-ambivalent qui tente de se contenir seul dans un moment de grande tristesse
- Le thérapeute s'assied à côté de lui et, après permission, lui met le bras autour des épaules

Vignette 3

- Réparation
  - Toucher du thérapeute manifeste au client qu'on peut avoir envie de prendre soin de lui
- Reconnaissance:
  - Client réalise qu'il n'a jamais pensé que c'était possible… et qu'il a peur de vivre cela!
- Reproduction
  - La façon habituelle de se réguler du client apparaît plus clairement comme une reproduction

Autre cas de figure

- Possibilité d'une IP où la personne nous fait ressentir le dégoût qu'elle ressent pour son propre corps
- Corps = un objet interne avec lequel la personne a une relation à la fois indispensable et intolérable… ?

QUELQUES BALISES

À prendre en compte

- Si réserve, s'abstenir
- Si désir ou sentiments amoureux de part ou d'autre, s'abstenir
- Intimité physique congruente avec intimité affective
  - Presque toujours inapproprié en début de relation
- Relation doit être assez solide pour tolérer un erreur dans le toucher

À faire

- Demander permission pour toucher *et* pour arrêter de toucher
  - Client/e doit se sentir en contrôle
- Encourager la discussion ouverte de l'épisode de contact
  - Clarifier les limites
  - Normaliser les sentiments

(Geib, 1998; Kertay, 1998; Glickauf-Hughes & Chance, 1998)

Quelques tests pour notre élan de toucher

- De qui est-ce le besoin?
- Est-ce que je pourrais être la cible d'une IP?
- Est-ce que le toucher va court-circuiter une expérience que le client a besoin de vivre?
- Est-ce que toucher le client l'aiderait à développer ses ressources?

(Geib, 1998; Kertay, 1998; Glickauf-Hughes & Chance, 1998)

Clientèles

- Éviter le toucher avec:
  - Clients qui utilisent le thérapeute comme solution “permanente” plutôt que comme transition pour relations plus matures
  - Clients qui s’attendent à ce que le thérapeute les “répare” sans se responsabiliser
  - Clients avec structure borderline (recommandation surtout dans littérature psychanalytique)

Clientèles

- Toucher peut aider avec:
  - Clients avec difficultés d'attachement
  - Clients qui ont honte de leurs besoins ou qui ne les sentent pas
  - Clients obsessionnels-compulsifs
    - Limites de satisfaire ses besoins en parlant

Clientèles

- Victimes d'abus
  - Peuvent avoir particulièrement besoin d'être touchées
  - Ou particulièrement besoin de ne pas être touchées

Thérapeutes + à risque

- Th. qui touchent + sexe opposé (favori?) que ceux de même sexe sont + à risque de dérapage
- L'attitude du thérapeute face au contact physique: facteur décisif (Kertay, 1998)

Thérapeutes + à risque

- 4 types plus à risque: (Smith Lawry, 1998)
  1. Se sent unique dans sa capacité à rencontrer les besoins du client (sauveur)
  2. Thérapeutes en grand besoin émotionnel/ physique
  3. Thérapeute qui pense qu'il y a peu de chances qu'il se fasse prendre
  4. Thérapeute qui attribue inconduite à ses victimes attirantes et séductrices

En bref

- Vérifier si c'est ok
- Le toucher devrait être soumis au même questionnement que les interventions verbales
- Avec une plus grande prudence dans l'utilisation
- Important d'en discuter
- Probablement mieux de s'abstenir sauf si l'abstention serait une forme de reproduction ou d'abandon

Bibliographie

- Benamer, S., & White, K. (2004). Bowlby Memorial Conference 2003: Body Counter-Transference: More Questions than Answers. In K. White (Ed.), *The John Bowlby Memorial Lecture: The Body in Clinical Practice, Part two: When Touch Comes to Therapy* (Vol. Touch: Attachment and the Body, pp. 59-62). London: Karnac Books.
- Bonitz, V. (2008). Use of physical touch in the "talking cure": A journey to the outskirts of psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *45*(3), 391-404.
- Field, T. (2010). Touch for socioemotional and physical well-being: A review. *Developmental Review*, *30*(4), 367 - 383.
- Geib, P. (1998). The experience of nonerotic physical contact in traditional psychotherapy. In E. W. L. Smith, P. R. Clance, & S. Imes (Eds.), *Touch in psychotherapy : theory, research, and practice* (pp. 109-126). New York: Guilford Press.
- Glickauf-Hughes, C., & Chance, S. (1998). An Individualized and Interactive Object Relations Perspective. In E. W. L. Smith, P. R. Clance, & S. Imes (Eds.), *Touch in psychotherapy : theory, research, and practice* (pp. 153-169). New York: Guilford Press.
- Hertenstein, M. J., & Campos, J. J. (2001). Emotion Regulation via Maternal Touch. *Infancy*, *2*(4), 549-566.
- Hertenstein, M. J., Holmes, R., McCullough, M., & Keltner, D. (2009). The communication of emotion via touch. *Emotion*, *9*(4), 566-573.
- Horton, J. (1998). Further research on the patient's experience of touch in psychotherapy. In E. W. L. Smith, P. R. Clance, & S. Imes (Eds.), *Touch in psychotherapy : theory, research, and practice* (pp. 127-141). New York: Guilford Press.

Bibliographie (suite)

- Imes, S. (1998). Long-term clients' experience of touch in Gestalt therapy. In E. W. L. Smith, P. R. Clance, & S. Imes (Eds.), *Touch in psychotherapy : theory, research, and practice* (pp. 170-200). New York: Guilford Press.
- Kertay, L., & Reviere, S. L. (1998). Touch in context. In E. W. L. Smith, P. R. Clance, & S. Imes (Eds.), *Touch in psychotherapy : theory, research, and practice* (pp. 16-35). New York: Guilford Press.
- Lawry, S. S. (1998). Touch and clients who have been sexually abused. In E. W. L. Smith, P. R. Clance, & S. Imes (Eds.), *Touch in psychotherapy : theory, research, and practice* (pp. 201-210). New York: Guilford Press.
- Mandelbaum, D. (1998). The impact of physical touch on professional development. In E. W. L. Smith, P. R. Clance, & S. Imes (Eds.), *Touch in psychotherapy : theory, research, and practice* (pp. 211-219). New York: Guilford Press.
- Nelson, E. E., & Panksepp, J. (1998). Brain Substrates of Infant-Mother Attachment: Contributions of Opioids, Oxytocin, and Norepinephrine. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *22*(3), 437-452. Retrieved from http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0149763497000523
- Orbach, S. (2004). The John Bowlby Memorial Lecture: The Body in Clinical Practice, Part two: When Touch Comes to Therapy. In K. White (Ed.), *Touch: Attachment and the Body* (pp. 35-47). London: Karnac Books.
- .

Bibliographie (suite)

- Panksepp, J. (2005). *Affective neuroscience : the foundations of human and animal emotions*. New York New York Toronto: New York : Oxford University Press. Retrieved from http://lib.myilibrary.com/Open.aspx?id=70419
- Panksepp, J. (2005). Affective consciousness: Core emotional feelings in animals and humans. *Consciousness and Cognition*, *14*(1), 30-80. Retrieved from http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1053810004001187
- Panksepp, J. (2012). *The archaeology of mind : neuroevolutionary origins of human emotions*. New York: New York : W.W. Norton & Company.
- Smith, E.W. L. (1998). Traditions of Touch in Psychotherapy. In E.W. L. Smith, P. R. Clance, & S. Imes (Eds.), *Touch in psychotherapy : theory, research, and practice* (pp. 3-15). New York: Guilford Press
- Smith, E.W. L., Clance, P. R., & Imes, S. (1998). *Touch in psychotherapy : theory, research, and practice*. New York: Guilford Press.
- Willison, B. G., & Masson, R. L. (1986). The Role of Touch in Therapy: An Adjunct to Communication. *Journal of Counseling & Development Journal of Counseling & Development*, *64*(8), 497.
- Zur, O., & Nordmarken, N (2011). *To Touch Or Not To Touch: Exploring the Myth of Prohibition On Touch In Psychotherapy And Counseling*. Récupéré le 27 novembre 2014 de l'adresse http://www.zurinstitute.com/touchintherapy.html