

01/12

Institut Supérieur de Rééducation Psychomotrice

**« Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme  
d'Etat de Psychomotricien »**

**CORPS ET PSYCHOSE**

(Intérêt de la prise en charge des psychoses  
chroniques en Thérapie avec le cheval)

Maître de mémoire : Hélène LEVY

Emilie COSTES

Session Juin 2001

## **Résumé**

Il s'agira ici de comprendre comment les adultes souffrant de pathologies psychotiques depuis l'enfance n'ont pas pu élaborer un schéma corporel et une image du corps suffisamment structurés pour accéder aux notions d'unité corporelle et d'identité. Quelle est alors l'intérêt d'une prise en charge thérapeutique à médiation corporelle pour ces patients ? Comment et pourquoi le cheval peut-il être un médiateur de choix dans cette approche ? Et enfin, comment le psychomotricien peut-il mettre en œuvre une relation thérapeutique spécifique avec ces patients ?

**Mots clés : psychose - corps - schéma corporel - image inconsciente du corps - T.A.C.**

## Sommaire

Résumé .....	2
Sommaire.....	4
Introduction .....	6
I- PSYCHOSE ET PROBLEMATIQUE CORPORELLE.....	8
A- LES PSYCHOSES INFANTILES ET LEUR DEVENIR .....	8
1-Définitions.....	8
2-Classification.....	8
3-Clinique .....	9
4-Etiopathogénie.....	9
5-Psychopathologie : .....	10
6- Evolution : la psychose infantile à l'âge adulte.....	12
B- LE CORPS.....	18
1- Introduction.....	18
2- Neurologie, psychiatrie et connaissance du corps.....	19
3- Le corps comme relation.....	24
4- Approche psychanalytique du corps .....	29
5- Conclusion.....	36
II- LE CORPS DANS LA PSYCHOSE.....	37
A. Introduction .....	37
B. Un vécu archaïque du corps.....	37
1- Un corps sans limite .....	37
2- Un corps mal perçu .....	38
3- Le corps non identifié.....	39
4- Le corps symptôme .....	39
C. Schéma corporel et image du corps.....	41
III- REFLEXION SUR L'INTERET D'UNE APPROCHE CORPORELLE ET PSYCHOMOTRICE DE LA PSYCHOSE .....	42
A. Le but :.....	42
B. Les moyens :.....	42
1- Le ressenti corporel .....	42
2- La relation .....	42
3- Le cadre.....	43
C. Conclusion.....	44
IV- LA THERAPIE AVEC LE CHEVAL.....	45
A. PRESENTATION DE LA TAC.....	45
1- Bref rappel historique.....	45
2- Qu'est ce que la TAC ?.....	45
3- La prise en charge en TAC.....	46
B. ETUDE DE CAS .....	54
1- Présentation du patient .....	54
2- Prise en charge .....	58
V- Intérêt de l'« outil » cheval en psychomotricité.....	62

A. Le cheval et les expériences sensorielles.....	62
1- Sensations kinesthésiques .....	62
2- Sensations labyrinthiques .....	65
3- Sensations tactiles .....	65
4- Sensations visuelles.....	66
5- D'autres sensations.....	67
6- Conclusion.....	67
B. Cheval et schéma corporel.....	68
Conclusion.....	69
C. Cheval et image inconsciente du corps.....	70
D. Conclusion.....	71
VI- LE PSYCHOMOTRICIEN.....	72
A. À la recherche de réponses .....	72
B. le corps « contenant » .....	74
C. Le corps « miroir » .....	75
D. Le corps « pare-excitation » .....	76
E. La verbalisation .....	76
F. Conclusion.....	77
CONCLUSION .....	78
Bibliographie .....	79

## Introduction

J'ai eu l'occasion cette année de participer en tant que stagiaire à la prise en charge de patients psychotiques en séances de thérapie avec le cheval.

J'avais déjà eu l'occasion de travailler avec ce type de patients lors de mes précédents stages en utilisant différentes médiations : percussions, danse, atelier musique. A l'occasion de ce stage, en découvrant petit à petit le fonctionnement institutionnel, je me suis aperçue que les patients qui souffraient de psychoses chroniques depuis l'enfance avaient tendance à être placés dans des pavillons bien spécifiques qu'ils partageaient avec des patients déficients mentaux et poly-handicapés : le pavillon des « débilés » dans le jargon de certains soignants.

Or, même s'il est inévitable que ces patients soient atteints dans leurs capacités intellectuelles du fait même de la chronicité de leurs pathologies, il m'a semblé que leurs comportements étaient bien différents de ceux des patients poly-handicapés : la psychose engendre une angoisse qui est perceptible à tout moment. Or lors des différentes prises en charge auxquelles j'ai pu participer, il m'a semblé que ces patients pouvaient réellement bénéficier d'une approche corporelle dans un cadre thérapeutique. Ces séances étaient souvent en effet l'occasion de les voir s'ouvrir, prendre du plaisir et s'exprimer.

Ce fut une expérience très courte pour moi qui eut juste le temps de me donner l'envie et la curiosité d'en savoir plus sur ce que pouvaient vivre ces patients et sur l'intérêt qu'ils pouvaient trouver dans une prise en charge en psychomotricité.

Ainsi, lorsque l'on m'a proposé de participer à ce stage d'équithérapie, je n'ai pas hésité ; c'était l'occasion de redécouvrir ces patients mais aussi de découvrir une nouvelle technique et un nouveau médiateur : le cheval.

Dans ce mémoire, je m'attacherai dans un premier temps à présenter les pathologies psychotiques infantiles et leur évolution à l'âge adulte.

Dans un second temps je m'intéresserai à la notion de corporéité et à sa genèse à travers différents points de vue théoriques. Ceci me permettra d'aborder la problématique corporelle propre au psychotique ; mais aussi, de trouver de quel façon une approche thérapeutique par le corps peut accompagner ces patients vers un vécu unifié de leur corporéité et d'accéder à la notion d'entité.

J'ouvrirai enfin ma réflexion sur l'intérêt de l'utilisation du cheval comme médiateur dans la prise en charge psychomotrice de ces patients, puis sur les moyens que le psychomotricien va pouvoir mettre en œuvre pour instaurer une véritable relation thérapeutique dans ce cadre.

# I- PSYCHOSE ET PROBLEMATIQUE CORPORELLE

## A- LES PSYCHOSES INFANTILES ET LEUR DEVENIR

### 1-Définitions

Actuellement, tous les auteurs soulignent l'impossibilité de faire une description univoque des psychoses infantiles, tant les travaux décrits seraient imprégnés de théories étiopathogéniques respectives.

Pourtant, Robert Miller est arrivé à une description minimale : les états psychotiques infantiles se caractérisent par une « déviation importante dans une ou plusieurs des zones suivantes : relation avec les personnes et l'environnement non humain ; harmonie de la maturation émotionnelle ; harmonie de l'acquisition et de l'utilisation des différentes fonctions du Moi, en particulier la perception, la motricité et la capacité intellectuelle ; intégration de tous ces éléments dans une unité fonctionnelle capable de créer un sentiment d'identité. »Manzano (1983, p.12).

Selon Ajuriaguerra, les psychoses infantiles sont des « organisations dynamiques qui, à la faveur d'une carence précoce d'apport narcissique, se traduisent un jour ou l'autre, de façon immédiate ou progressive, par l'indistinction du sujet et de l'Objet, l'absence de limites du Moi, par l'indistinction entre pulsion, réalité et fantasmes. » Ajuriaguerra (1980).

Bergeret ajoute que ces organisations, sous différentes symptomatologies n'ont pour but que de restaurer désespérément le narcissisme et de défendre tant bien que mal le sujet contre une angoisse très primitive de morcellement. Bergeret (1995, p.289)

### 2-Classification

Dans ce domaine également règne une certaine confusion. Les points de vue suivants apparaissent comme les plus représentatifs à l'heure actuelle :

- selon le niveau de fonctionnement (Berès) ;
- selon les critères symptomatiques (CIM 10, DSM IV) ;
- selon le critère d'âge d'apparition (Miller, Bergeret).

Face à cette problématique nosographique, certains se sont placés d'emblée au niveau évolutif. Ils se sont en premier lieu attachés à étudier les formes d'évolution dans l'enfance, l'adolescence et la vie adulte avant de proposer une « classification opérationnelle » :

- Autisme primaire précoce et secondaire ;
- Psychose symbiotique de Mahler ;
- Psychose précocement déficitaire ;
- Psychoses désorganisatrices.

Manzano et Palacio-Espasa (1983, p.73)

### 3-Clinique

Quels que soient les courants théoriques, tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître que l'enfant psychotique présente une perturbation massive de la relation à l'autre.

Les principaux troubles retrouvés sont :

- des conduites d'isolement qui signent cette incapacité à communiquer ;
- des conduites motrices perturbées : instabilité, dyspraxies, stéréotypies, anomalies toniques ;
- des troubles du langage ;
- des troubles des fonctions intellectuelles ;
- des troubles affectifs où sont repérées des oscillations rapides de l'humeur, des crises d'angoisse, une intolérance aux frustrations ;
- des troubles somatiques : perturbation du sommeil, troubles des conduites alimentaires et troubles sphinctériens ;
- des troubles de conduites mentalisées tels que les phobies et les rituels.

D'après De Ste Mareville (1999, p.154)

### 4-Etiopathogénie

Les secrets des origines et du fonctionnement de la psychose font l'objet de grandes polémiques. Il n'y a pas de théorie unifiante et la confusion reste très importante à ce niveau.

On peut caricaturer cette polémique en opposant deux courants de pensée :

- le premier, organiciste : l'étiopathogénie est dominée pour certains par un déficit cognitif spécifique (Rutter, Frith), pour d'autres par des anomalies neurobiologiques et un terrain génétique. Le traitement comporte alors des perspectives éducatives et des objectifs de conditionnement (référence à la méthode TEACCH). La classification utilisée est celle proposée par l'Association



Américaine de Psychiatrie, le DSM IV, qui englobe l'autisme dans les « troubles envahissants du développement ».

- le second, psychologisant : met en avant les troubles relationnels caractérisés par des perturbations spécifiques de la communication et de l'équilibre familial, par des angoisses de forme archaïque et les désirs inconscients de la mère. On peut citer de nombreux auteurs : Klein, Tustin, Mahler, Meltzer, Bion, Haag, etc. La référence thérapeutique est essentiellement psychanalytique, institutionnelle ou non. La classification Française des troubles mentaux élaborée par Misès et ses collaborateurs est la référence. Elle englobe l'autisme dans les psychoses (Axe I).

## **5-Psychopathologie :**

### **a- Introduction**

« L'observation médicale courante du psychotique ne permet certainement pas de saisir l'essentiel de la psychose » Dubor (2000 ; p.189) ; ainsi nous paraît-il nécessaire d'étudier le fonctionnement psychique, plus précisément la « structure » psychotique, pour reprendre le terme introduit et développé par J. Bergeret. La « structure » est l'organisation profonde et stable de la personnalité. D'après J. Bergeret, on ne peut parler réellement de « structure » de personnalité chez l'enfant, celle-ci ne se cristallisant définitivement qu'à la fin de l'adolescence. Cependant, il est possible de décrire une organisation du psychisme spécifique à la psychose infantile, très proche par ailleurs de celle de l'adulte.

« Ce qui différencie la psychose de l'enfant de celle de l'adulte, c'est que la survenue précoce du processus altère inévitablement et de façon beaucoup plus massive les possibilités intellectuelles et praxiques. » Lustin (2000 ; p.315).

La description psychopathologique que nous utiliserons ici prend comme référence la théorie psychanalytique qui pose comme hypothèse que la psychose infantile est due à une fixation importante du développement libidinal et psychique à un stade archaïque (c'est-à-dire préœdipien).

### **b- Du point de vue génétique**

« Le caractère chaotique de l'organisation, le télescopage des différents stades ne permet pas de dater la première faille. Le stade oral est moins prévalent qu'on ne l'a dit. Ce qui frappe tout d'abord en effet, c'est le mélange de prématurité de certains mécanismes, de retard de certains autres, et la dysharmonie extrême tout au long du développement. C'est pourquoi on peut rencontrer aussi d'authentiques manifestations oedipiennes à côté des traits les plus archaïques. »

### **c- Du point de vue économique**

« L'économie psychotique est une économie de *guerre*, où l'hémorragie libidinale et narcissique est constante et grave.[...] l'hémorragie ne peut s'arrêter que de deux façons : soit par la constitution d'une barrière, d'un bouclier pare-excitation, rigide et mortifié (qui arrête les stimuli internes et externes) ; soit par la non différenciation topique (à l'intérieur de soi et entre le soi et le monde). » Mais de telles solutions ne sont pas totalement efficaces, d'où « l'avidité extrême des patients qui perçoivent tout don extérieur comme une intrusion : ils ne supportent alors que des apports d'une énergie neutre et dé spécifiée (stimulations mécaniques et répétitives) ou d'une énergie non localisée et non humaine (comme la musique). »

### **d- Du point de vue dynamique**

«[...] on considère classiquement que le conflit essentiel est un conflit du « ça » contre la réalité dans lequel le Moi s'allie au Ca. On peut s'interroger d'ailleurs sur le lieu de ce conflit qui paraît à la limite n'être nulle part, en tout cas ni dans le psychisme, ni entre psychisme et réalité, ni dans la réalité elle-même. »

### **e- Du point de vue topique**

« [...] le trouble central est une rupture du cadre topique habituel et un essai de reconstitution. On assiste en effet tout d'abord à une confusion entre 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> topique : l'inconscient, loin d'être le lieu du refoulement, de la représentation, se confond avec le Ca. »

Dans le cadre de la première topique elle-même, « il y a un télescopage entre préconscient et inconscient : le psychotique traite les représentations de mots comme les représentations de choses. Le Processus Primaire est non pas prévalent comme on pourrait le croire mais coexiste avec le Processus Secondaire qui s'en distingue difficilement. »

Dans le cadre de la deuxième topique « on notera le morcellement du Moi et les rapports particuliers entre contenants et contenus, les seconds attaquant les premiers (Bion).

C'est ainsi qu'on peut présenter les rapports : Ca, Moi, Réalité, comme une série d'inclusions successives impossibles, tout comme les rapports : appareil à penser, pensée, représentations.

On assiste donc à une persécution constante de la pensée par la pulsion et du Moi par l'Objet réel qui n'est jamais absent et par là jamais représenté (d'où l'importance d'un Objet idéal complètement déréel toujours clivé dans ces deux aspects). La lutte ne peut s'arrêter que par la fusion absolue avec un idéal du Moi très archaïque. »

### **f- L'angoisse**

L'angoisse dans la psychose « est bien sûr celle de morcellement, mais cela ne semble pas être son seul caractère. En effet il s'agit souvent d'une angoisse athématique qui, en fait,

recouvre une angoisse précoce de néantisation, angoisse indicible contre laquelle s'organise, sur un mode défensif serré, toute l'évolution. En revanche, une telle angoisse se manifeste par des contenus absolument pas spécifiques[...] mais vécus avec une extrême intensité. La précocité de certains mécanismes survenant avant une phase normale de maturation pulsionnelle les rend soit inopérants, soit hypertrophiés.[...]de plus on a l'impression que leurs buts et leurs fonctions changent, qu'ils sont mis au service d'autre chose : ils sont comme *détournés, perversis.* »

#### **g- Les fantasmes**

Ils ne sont pas spécifiques. « Ce qui compte, en fait, c'est la confusion continue : fantasmes-rêves-délires.[...]La fantasmatisation névrotique est impossible, non pas tellement à cause de l'absence de certains contenus mais surtout parce que « l'espace » propre au fantasme n'est pas constitué et que les fantasmes sont de purs contenus qu'il va expulser. »

#### **h- Les mécanismes de défense**

On retrouve les défenses habituelles des psychoses : déni, clivage, projection, identification projective.

Des défenses plus banales, quasi névrotiques peuvent être présentes : « ce qui compte n'est pas l'absence ou la présence de telle défense mais sa signification, sa fonction qui, elle, devient différente. »

Lustin (1995, pp. 307-316).

### **6- Evolution : la psychose infantile à l'âge adulte.**

#### **a- Introduction :**

Au sein des pathologies issues des troubles psychotiques de l'enfance, les psychiatres ont surtout décrit des situations dans lesquelles les adultes étaient marqués par de lourds handicaps ou de graves déficits. Leurs travaux montrent néanmoins que ces états, au devenir autrefois très sombre peuvent encore évoluer à l'âge adulte. Ce potentiel évolutif semble dépendre de nombreux facteurs liés d'une part à l'histoire personnelle de chaque sujet (environnement familial, social, économique, affectif, capacités intellectuelles...), à l'histoire de sa maladie et en particulier à la prise en charge dont il aura pu bénéficier.

Par rapport à cela, Serge Gauthier écrit : « nous observons actuellement, de plus en plus, des situations psychiatriques « diversement préoccupantes », concernant des sujets qui ne requièrent pas ou plus d'hospitalisation prolongée, et pour lesquels on note la difficulté de

trouver des lieux d'accueil adaptés, celle d'organiser des soins, et plus encore celle d'articuler les deux dimensions. » Gauthier (2000, p.37).

Pour P. Delion, les questions fondamentales de la pratique et de la théorisation de la psychiatrie d'aujourd'hui reposent sur « la prise en charge des enfants, des adolescents et des adultes autistes et psychotiques, non seulement à chacun des âges de la vie, mais surtout dans ce qui en fait la plus grande difficulté, pour les sujets eux-mêmes, pour leurs parents, leurs familles, leurs amis, et aussi pour les équipes soignantes, la difficulté d'assumer une continuité humaine structurante avec ses patients singuliers soumis, chacun à leur manière, à une angoisse qui fragilise en permanence leur appareil psychique. Cette fonction d'accueil et de soutien, est ce que j'appelle la fonction phorique. » P. Delion (2000, p.11) C'est en partie sur cette fonction que se jouera l'évolution de ces pathologies dans la durée.

### **b- L'adolescence**

#### **□ Une période de bouleversements**

L'adolescence est le temps des changements ; et le corps, pour l'adolescent, est le lieu de ces changements.

Marquée par une « révolution » corporelle, cette période de la vie signe la fin d'une époque, l'enfance, et l'entrée dans une autre, celle de la vie adulte.

Les changements pubertaires font que le corps de l'enfant va se transformer progressivement. « Si l'enfant a conquis son corps - l'ayant authentifié comme sien en se dégageant par étapes du corps maternel -, l'adolescent, lui, doit retrouver la familiarité qu'il avait de lui-même, dans un corps qui change et qui le déconcerte par l'apparition de nouvelles sensations dues aux émois d'une sexualité génitalisée naissante. » Potel (2000, p.172).

Les transformations du corps (apparition des caractères sexuels secondaires) peuvent être accueillies par l'adolescent comme des attributs valorisants, mais peuvent aussi être source d'une grande excitation, « d'une inquiétude, voire de l'angoisse qui s'accompagne d'un sentiment d'étrangeté : l'étrangeté d'être à la fois soi et un autre Un autre, certes inconnus en soi-même, mais reconnu de plus en plus semblable au corps du parent du même sexe. Ce qui a pour effet de remettre au-devant de la scène la problématique oedipienne, ses enjeux et ses conflits. » Potel (2000, p.173)

L'adolescence est donc une étape cruciale dans la constitution du sentiment d'identité, qu'elle peut aussi mettre en péril.

### □ Les investissements corporels de l'adolescent

Le corps occupe une place centrale à l'adolescence, et « l'adolescent qui fonctionne bien va lui donner une place importante dans ses préoccupations : il est l'objet d'investissements qui peuvent prendre des formes différentes :

- Investissement des vêtements : attributs narcissiques importants qui marquent l'identité de celui qui les porte mais aussi son appartenance à un groupe.
- Investissement de l'expression corporelle : les adolescents vont choisir, selon leur personnalité des « modes de relation au corps » qui sont autant de façons d'appriivoiser l'excitation résultant de la force pulsionnelle naissante [...] ces activités sont des moyens de canaliser son énergie, et de sublimer c'est-à-dire transformer l'excitation en force créatrice.
- La fête : les temps de rencontre entre adolescents se ritualisent, dans des réunions informelles ou formelles. Le corps va là aussi être l'enjeu de la préoccupation, médiatisant les relations de séduction à l'autre. »

Potel (2000, p.175).

### □ L'adolescent psychotique

#### ▪ Sentiment d'identité

On a vu plus haut, que l'adolescence avait un rôle important dans la constitution du sentiment d'identité, qu'elle pouvait parfois mettre en péril. Cela est d'autant plus vrai pour les enfants qui se sont développés sur un mode psychotique, et qui, à l'adolescence, « n'ont pas l'appui d'une assise narcissique solidement établie – c'est-à-dire un sentiment d'exister en tant que sujet, individualisé et séparé de l'autre- pour intégrer et élaborer ces changements pubertaires. » Potel (2000,p.174).

« Les transformations du corps, pour qu'elles puissent avoir un rôle opérant dans la construction identitaire, nécessitent une activité psychique intense. » Potel (2000,p.174).

La difficulté pour l'adolescent psychotique est d'intégrer et d'élaborer psychiquement ces changements. Il ne peut parvenir à une appropriation subjective de son corps, dont va dépendre l'intégration des changements dans son image corporelle ; image corporelle qui est, selon F. Dolto, une synthèse vivante des expériences émotionnelles sur lesquelles se fonde la capacité d'être en relation avec soi et avec les autres.

#### ▪ Investissements corporels

Pour C. Potel, la psychose « enferme l'individu dans un système de dépendance et de répétition », qui restreint sa capacité de penser et de se penser soi-même, et les possibilités

d'expression et de création en sont entravées. Les différents moyens d'intégration des changements corporels, c'est-à-dire les investissements, « ne vont pas pouvoir être utilisés de façon « spontanée », comme chez les adolescents qui vont bien. »

La question est alors de savoir ce que va devenir l'énergie libidinale qui devrait inscrire l'individu dans une sexualité adulte, par la découverte d'un « corps génital ».

### **c- De l'adolescence à l'âge adulte**

#### **□ Introduction**

L'âge de l'adolescence est parfois présenté comme une dernière chance, ou comme un dernier risque pour l'évolution des pathologies de psychose infantile. Cependant, pour Serge Gauthier, l'adolescence ne constitue qu'un cas particulier des moments de changements, et il n'est pas rare de rencontrer des mouvements évolutifs survenant dans les années qui suivent ou plus tard.

#### **□ Les facteurs déstabilisants**

« On insiste souvent sur le rôle déstabilisant des pertes, comme la maladie ou la mort de proches, mais nous avons surtout observé des circonstances plus complexes[...] » Gauthier (2000, p.38).

Ainsi, le facteur de changement peut être le mariage d'une sœur, le chômage d'un des parents... Comme dans les autres psychoses de l'adulte, les promotions peuvent aussi avoir un rôle déstabilisant.

Dans d'autres cas, on ne retrouve pas d'éléments déclenchant ces mouvements évolutifs plus tardifs, « [...] mais la situation constituée au cours de l'adolescence semble, peu à peu, ne plus apporter de satisfactions suffisantes ou devenir inadéquate[...] » Gauthier (2000, p.39).

#### **□ Notion de réaménagements masqués**

« À tous les âges de la vie, il semble essentiel de penser à des possibilités de *réaménagements masqués* » ; S. Gauthier reprend ici les termes de Misès et Perron (R. Misès ; R. Perron, « L'adolescence des enfants autistes et psychotiques. Une recherche », *Neuropsychiatrie de l'enfance*, n°41, 1-2, 1993, p.36, 50.). Ces auteurs affirment qu'« on a longtemps conclu à l'absence d'adolescence parce que les moyens thérapeutiques ne permettaient pas l'exploitation de capacités latentes. » Pour S. Gauthier, ce postulat est caractéristique de toutes les situations de psychose : « les équilibres y sont fonction du cadre concret qui fournit d'abord la garantie d'un fonctionnement corporel et mental relativement organisé. Mais secondairement, [...] ce montage incluant le monde extérieur tend à se verrouiller ou à devenir pervers. Plusieurs observations interrogent sur le sens des équilibres plus ou moins

durablement figés que certains trouvent dans un CAT, un centre de jour ou dans nos institutions[...] » Gauthier (2000, p.39).

Ainsi, si les changements sont nécessaires à l'âge de l'adolescence, il paraît important de porter attention non seulement aux symptômes, mais aussi à l'instauration d'une existence ritualisée, « à laquelle aucun d'entre nous ne pourrait s'identifier ».

□ **Aperçu psychopathologique**

▪ **Sur le plan clinique :**

On peut distinguer les situations issues des autismes et des psychoses très précoces, des formes plus proches des schizophrénies de l'adulte.

Chez les premiers, les moments hallucinatoires sont fréquents, et leurs modalités de fonctionnement sont très hétérogènes. « La relation qu'ils entretiennent avec leur corps, leurs productions mentales ou réelles, leurs symptômes sont toujours complexes et souvent déconcertants. » Gauthier (2000, p. 41).

La relation : « leurs styles relationnels se sont complexifiés au fil des années et mêlent des aspects dérivés de l'adhésivité pathologique, des échanges symbiotiques occultes ou évidents, parfois des aspects violents et plus ou moins teintés de sado-masochisme : des symptômes « anciens » peuvent être réutilisés à ces différents niveaux. D'autres aspects sont liés à la maturation pubertaire et post pubertaire[...] », si bien qu'on ne peut établir de lien direct entre les formes cliniques infantiles et celles des adultes.

Les difficultés praxiques et la lenteur sont fréquentes mais peuvent laisser la place à une habileté et à une vitesse d'exécution importantes, surtout lors de raptus agressifs.

Le besoin d'une présence ou d'un modèle pour effectuer certains gestes, l'impossibilité de toucher les objets, de les serrer de toute la main rendent compte de nombreux apragmatismes.

« Malgré les nombreuses nuances, il existe une originalité d'ensemble de ces troubles qui justifie qu'on les étudie dans un ensemble : on a parfois l'impression que ceux qui se sont le plus développés et organisés disent tout haut ce qui est si opaque chez les autres. » Gauthier (2000, p.40).

▪ **Le profil dynamique**

D'après les résultats de leurs études, Manzano et Palacio-Espasa décrivent une évolution dynamique située entre deux pôles :

**Un pôle déficitaire** avec les caractéristiques suivantes : :

- un type de relation d'objet qui reste autistique, où la continuité de l'Objet n'existe pas et où il n'existe par conséquent pas de sentiment de soi-même (self) ;
- un « tassement » massif de la vie instinctive, une sorte de refoulement primitif et total de la vie pulsionnelle, aussi bien libidinale qu'agressive, dont résulte une absence complète d'initiative propre ;
- une absence de développement des fonctions relativement autonomes du Moi : intelligence, langage, perceptions, etc. (déficit) ;
- il en découle une absence de conflit intra-psychique et d'angoisse ;
- il n'existe pas de vulnérabilité narcissique et il n'y a pas de souffrance ni de sentiment de tristesse ou de douleur psychique.

**Un pôle conflictuel**, avec des caractéristiques opposées au précédent :

- il existe une continuité de l'Objet et du Self ;
- il existe une organisation pulsionnelle et ses dérivés : vie fantasmatique, initiative propre, activités sexuelles et de sublimation ;
- un développement des fonctions complexes du Moi (absence de déficit) ;
- il y a en revanche des sentiments d'angoisse résultant des conflits intra-psychique ;
- également une vulnérabilité narcissique, une souffrance psychique et des sentiments de tristesse et de dépression.

« Entre ces deux pôles, nous pouvons placer les « moments évolutifs » de chacun de nos sujets. Nous parlons de « moments évolutifs », parce que l'étude des trajectoires nous a montré que même les structures de la personnalité qui semblent les plus proches de l'un ou de l'autre des extrêmes peuvent toujours se modifier. »

Manzano, Palacio (1983, p.55)

▪ **Perception de l'âge par ces patients**

➤ **La post adolescence**

À partir de son expérience au sein de l'ASM 13, S. Gauthier (2000, p.42, 43) décrit cette période ainsi :

- certains manifestent « des angoisses corporelles, des conduites d'agression ou de séduction sans ambiguïté, ou bien, ils expriment leur opposition à l'autorité, leur désir de connaître une fille, de se marier... »
- parfois, au contraire, on a l'impression qu'il n'y a pas de sexualité, ni de perspectives adultes, « comme si le processus psychotique absorbait les modifications, surtout lorsque des symptômes importants et apparemment



immuables occupent la scène clinique, ou encore lorsque l'aspect physique reste infantile ou peu différencié. »

La modification des repères externes (changement d'institution, entrée dans un service adulte...), est souvent facteur d'expressions nouvelles ou d'un moment évolutif.

#### ➤ **Le vécu corporel**

« C'est souvent une ambivalence face aux changements corporels qui se manifeste, de façon très diverse et parfois trompeuse : nous devons y penser en particulier lorsque nous sommes confrontés à des symptômes nouveaux, ou à une aggravation apparente des symptômes anciens. »

Cette ambivalence est liée aux mouvements identificatoires et pulsionnels qui sont plus ou moins construits (donc plus ou moins crûment exprimés pour l'entourage).

Dans tous les cas, « le rapproché exigé par les besoins adhésifs et symbiotiques tend à changer de sens et/ou se ravive du fait de l'élan nouveau inspiré par les changements corporels ou par les changements dans le monde extérieur. » Gauthier (2000, p. 45).

## **B- LE CORPS**

### **1- Introduction**

La notion de corps est ambiguë, elle se réfère à un grand nombre de modèles théoriques : modèle anatomique, physiologique, psychologique, psychanalytique, phénoménologique...

De ces différents modèles théoriques découlent plusieurs modèles explicatifs de la corporéité qui n'est pas une donnée acquise puisqu'elle implique la relation que le sujet établit et continue d'établir tout au long de son existence, avec son corps.

« L'ensemble des activités de l'être humain contribue à développer chez lui non seulement un sentiment de continuité, de permanence, mais aussi à accroître une connaissance de son corps. » André, Benavides, Canchy-Giromini (1996, p.30).

La connaissance du corps peut être comprise en tant qu'elle désigne la manière dont le sujet s'approprie son corps et fait siennes ses expériences corporelles. Cette appropriation n'est pas seulement cognitive; elle repose aussi sur les activités du sujet, sur ses engagements affectifs et relationnels, sur des processus d'identification et de dés identification. « La connaissance du corps peut donc être simplement définie comme une appropriation cognitive, motrice, affective du corps dans une relation humaine, sociale. » Rheinardt (1990, p.11).

L'abord de ce thème nous met en présence de nombreux travaux, émanant de diverses disciplines, qu'il est délicat de synthétiser. Nous pouvons cependant tenter une approche « globale » en présentant,

## **2- Neurologie, psychiatrie et connaissance du corps**

### **a- Un « modèle » physiologique**

Avant d'être un problème rigoureusement psychologique, l'expérience vécue de notre corps a été l'objet d'études seulement physiologiques.

C'est au cours du XIXème, à partir de la description d'états de « dépersonnalisation » par Krishaber, puis Degas (les malades présentaient un sentiment de vide, une perte de sentiments, une impression de modification de la personnalité physique et morale et du monde extérieur), que sont élaborées les thèses sensualistes : « la modification corporelle est secondaire à des distorsions des afférences sensitivo-sensorielles. » Rheinardt (1990, p.19).

#### **□ La notion de *coenesthésie***

Reil introduit alors le concept de *coenesthésie* pour désigner « le chaos non débrouillé des sensations, qui, de tous les points du corps sont sans cesse transmises au « sensorium », c'est-à-dire au centre nerveux des afférences sensorielles. » Bernard (1994, p.18).

Cette notion va être reprise par de nombreux auteurs (Wundt, Janet...) et en devient assez imprécise puisqu'elle désigne aussi bien le sentiment de l'existence, les sensations internes d'aise ou de malaise, ou encore la notion d'un « sens du corps ».

Pour Hecaen et Ajuriaguerra, le sens du terme *coenesthésie* est « vague, multiple, contradictoire, hésitant entre le versant physiologique et le versant psycho-philosophique ». Rheinardt (1990, p.20).

Wallon dénonce lui aussi l'aspect confus du concept. Tout d'abord, il présente l'inconvénient de recouvrir des types de sensibilités distinctes : la sensibilité viscérale, que Sherrington a appelée « intéroceptive », et la sensibilité « proprioceptive » dont le siège périphérique est situé dans les articulations et les muscles (sources des sensations kinesthésiques) et dont la fonction est d'assurer l'équilibre et les synergies nécessaires à l'exécution de tout déplacement. Ensuite, on ne peut rapporter toutes les formes pathologiques de dissolution à une simple insuffisance des sensations internes ou de leur mode d'association.

### **b- Un « modèle » associationniste**

□ **La notion de somatopsyché**

L'école allemande de Wernicke va mettre en avant l'importance de l'activité du sujet et du sens musculaire dans l'élaboration d'une conscience du corps.

« Toute perception, selon Wernicke, contient deux éléments : l'un spécifique, sensoriel, qui se rapporte au milieu externe et qu'il nomme « allopsyché », et l'autre, musculaire, provenant des récepteurs dans leurs réactions d'adaptation, et constituant la « myopsyché ». » Rheinardt (1990, p.21).

Les afférences « myopsychiques », intégrées aux afférences internes, constituent la *somatopsyché*.

□ **La notion d'image spatiale du corps de Pick**

Les travaux de Pick, s'inscrivent dans une perspective selon laquelle il existe une structure cérébrale susceptible de fournir à l'individu la représentation de son corps. L'*image spatiale du corps* est constituée par des schémas spécifiques qui se superposent aux complexes sensitifs primaires et dont la désorganisation explique les troubles de la conscience des différentes parties du corps (*autotopoagnosie*) et l'altération des mouvements réfléchis.

Pick reprendra le terme de schéma de Head, mais sa conception ne dépasse pas l'associationnisme dans ce sens que pour lui, la connaissance de notre corps est assurée par « une sorte de carte mentale découlant de sensations surtout cutanées et visuelles. » Rheinardt (1990, p.25).

**c- un « modèle » structural**

Cette conception de la connaissance du corps est liée à la recherche d'une structure susceptible de donner une référence spatiale au corps. Celle-ci a été approfondie par les recherches anatomo-physiologiques.

□ **La notion de schéma de Bonnier**

Bonnier va souligner les rôles prédominant du sens articulaire, par lequel « nous connaissons la situation de nos leviers osseux dans leurs rapports mutuels, leurs inclinaisons l'un sur l'autre », et du sens vestibulaire, qui permet une certaine appréhension de la verticalité, de la marche rectiligne ou de la rotation.

Après avoir observé de nombreux cas pathologiques où ces fonctions sont perturbées, Bonnier pose l'hypothèse qu'ils relèvent tous d'un trouble d'un « schéma », c'est-à-dire de la figuration topographique du corps que chacun posséderait en soi ; trouble qu'il appela « aschématie ».

Bonnier ajoute donc à la dimension sensitivo-sensorielle un cadre spatio-temporel dans lequel s'inscrit la véritable connaissance du corps, car comme on le voit, cette notion de *schéma* est essentiellement un modèle perceptif du corps comme configuration spatiale : « il est, au fond, ce qui sert au sujet à dessiner les contours de son corps et la distribution de ses membres, de ses organes, et à localiser les stimulations qui lui sont appliquées aussi bien que les attitudes qui y répondent. » Bernard (1994, p.20).

□ **Notion de schéma postural de Head.**

Pour Head, les afférences ne s'associent pas dans le cortex les unes à la suite des autres, mais s'intègrent au fur et à mesure à un *modèle*, grâce à l'activité corticale. « En raison des modifications permanentes apportées à notre position, nous sommes toujours en train de construire un modèle postural de nous-même qui change constamment. Tout nouvel état de mouvement est rapporté à ce schéma plastique et l'activité corticale met tout groupe de sensations, consécutif à une modification de la posture, en relation avec lui. » Head, cité par Rheinardt (1990, p.25).

Ainsi, la connaissance de notre corps dépend de la mise en place et de l'association de *schémas posturaux* plastiques, de nature physiologique puisque fondés sur des processus corticaux, dont l'introspection permet la prise de conscience. Ces schémas nous permettent également de prolonger nos possibilités de localisation au-delà des limites de notre corps.

□ **Définition d'une somatognosie : apparition et distinction des notions de schéma corporel et d'image du corps.**

▪ **Sensations et perception**

L'hypothèse d'une structure spécifique de la représentation du corps va être renforcée par sa mise en relation avec les circonvolutions pariétales des deux hémisphères cérébraux.

Il existe dans chaque héli-cortex cérébral une aire somesthésique localisée dans la circonvolution pariétale ascendante. Chacune de ces aires reçoit les afférences du côté opposé du corps selon une somatotopie précise. Ces afférences proviennent des récepteurs sensoriels cutanés (sensibilité thermique, tactile, douloureuse) et des récepteurs situés dans les muscles et les tendons (sensibilité proprioceptive). Le schéma corporel utilise ces informations qui parviennent à l'aire somesthésique, mais aussi celles qui proviennent de l'activité du sujet (sensibilité kinesthésique) et de toutes les modalités sensorielles (vision, audition, olfaction, gustation...).

Les sensations qui proviennent à l'état brut aux aires sensibles du cortex doivent d'abord se comparer les unes aux autres pour être perçues puis reconnues. Notons que « la perception n'est pas le résultat direct de l'activité afférente, mais l'activation de représentations d'un

stimulus permettant son identification, sa localisation et son interprétation... » André, Benavides, Canchy-Giromini (1996, p.27). La perception est donc une interprétation de nombreuses informations, complémentaires ou en opposition, qui proviennent d'une multitude de récepteurs. La multiplicité de ces informations provient aussi des nombreuses représentations qui leur sont associées. En effet, la perception sollicite le rappel de représentations antérieures mémorisées (gnosies) ; il y a donc confrontation entre les afférences actuelles et les représentations stockées en mémoire.

La *somatognosie* peut donc être définie comme la prise de connaissance du corps et de ses différentes parties, construite sur le traitement et l'intégration des expériences motrices et sensorielles.

#### ▪ **L'apport de Paillard**

Head et Holmes introduisent une distinction essentielle entre la notion de schéma et la notion d'image du corps. Les auteurs définissent en effet un *schéma postural* (défini plus haut), un *schéma superficiel* qui permet la localisation des stimulations sur la surface du corps, et *l'image du corps* qui serait « l'expérience consciente que nous avons de notre corps, manière dont nous percevons notre corps et dont nous le vivons. » Rheinardt (1990, p.29).

Paillard (1982) va préciser cette distinction en proposant :

- Une distinction entre localisation et identification. Au niveau visuel, deux systèmes de traitement des informations ont été mis en évidence : l'un ayant une fonction d'identification et de reconnaissance de l'objet, donc de mise en place d'une image perceptive, l'autre ayant une fonction de localisation de l'objet perçu dans l'espace. L'image du corps relèverait alors du *corps identifié* et le schéma corporel du *corps situé*.
- Une distinction entre corps référence et corps référé. La fonction de localisation se définit dans deux systèmes de coordonnées mettant en relation l'espace corporel et extra-corporel : l'un situe la référence dans le corps lui-même ; l'autre situe le corps par rapport aux repères stables de l'univers physique dans lequel il se déplace.
- Une distinction entre corps agi et corps agissant. Le *corps agi* subit les contraintes du monde extérieur, les informations sensorielles sont alors recueillies passivement par les récepteurs. Le *corps agissant* intervient sur le monde et de cette activité sont engendrées de nouvelles informations. Les informations sensorielles et des informations liées à la motricité active du corps vont permettre

la mise en place d'invariants relationnels, « nécessaires à l'élaboration des référentiels spatiaux qui assurent cohérence et efficacité au dialogue sensoriel et moteur entre l'organisme et l'environnement. » Rheinardt (1990, p.31).

Paillard introduit également la notion d'« espaces locaux », sensori-moteurs (oculo-moteurs, sonore, visuel, gustatif), dont le corps dispose pour investir et s'appropriier l'espace, et qui sont coordonnés et unifiés par le schéma corporel.

Ainsi nous pouvons définir distinctement les deux notions suivantes :

- Le schéma corporel comme représentation du corps, transposée par le cerveau dans la vie de relation, constamment remaniée par l'expérience, et nous permettant de référer notre propre corps dans l'espace.
- L'image du corps, représentation psychique de notre corps, issue de la maturation de l'individu, de son fonctionnement mental, des informations sensorielles et de la sensibilité profonde, lui permettant de différencier son corps du monde extérieur.

#### ▪ L'apport de Schilder

Schilder confirme les conceptions de Head, tout en insistant sur l'importance de la vision dans la mise en place du *modèle postural* du corps. « Ce n'est pas que le schéma corporel ait deux parties distinctes, l'une tactile et l'autre optique; il est, par essence, une synesthésie. » L'auteur tente ici d'expliquer qu'on ne peut séparer les sensations tactiles, visuelles et kinesthésiques qu'arbitrairement. « Le système nerveux agit comme un tout par rapport à la situation globale. L'unité de perception est l'objet qui se présente par les sens et par *tous* les sens La perception est synesthésique; et le corps lui aussi, en tant qu'objet, se présente à tous les sens. » Schilder (1968, p. 61).

#### ➤ Le rôle de l'action

Un des postulats de Schilder est qu'il n'y a pas de perception sans action et que le mouvement à donc une place prépondérante dans la structuration et l'unification du *modèle postural* du corps. L'auteur va formuler sa théorie en s'inspirant de la Gestalttheorie selon laquelle l'unité perception-action constitue une totalité originale et dynamique, une « Gestalt », c'est-à-dire une « forme », une « structure ». Le modèle postural du corps devient alors une « structure indissolublement perceptive et active enrichie sans cesse par l'expérience ». Bernard (1994, p. 28).

#### ➤ Le rôle de l'expérience émotionnelle et libidinale

Schilder va introduire une dimension psychologique, inspirée de la théorie de la forme et de la théorie psychanalytique, à la notion d'image du corps.

Pour l'auteur, la motricité étant toujours liée, directement ou non, à une expérience émotionnelle imposée par une relation avec autrui, notre corps est vécu simultanément avec celui d'autrui à travers l'émotion qu'il exprime et qu'il suscite en nous.

Reprenant les concepts psychanalytiques tels que le narcissisme, les conflits psychiques et les zones érogènes, il écrit : « [...] tout ce qu'il peut y avoir de particulier dans les structures libidinales se reflète dans la structure du modèle postural du corps. » Schilder (1968, p. 144).

L'image du corps s'inscrit dans l'histoire individuelle du sujet ; elle est liée à son développement psycho-affectif.

Ainsi, pour Schilder, s'il existe une base biologique à la conscience du corps, sa structure est libidinale car sous la dépendance des processus émotionnels.

#### **d-Conclusion.**

La connaissance du corps, dans les domaines de la neurologie et de la psychiatrie a été définie par une multiplicité de termes et selon des modèles variés.

Ces différents travaux ont abouti à la mise en évidence de deux concepts : le schéma corporel et l'image du corps. Ces deux notions restent cependant l'objet de confusions tant sur le plan théorique que dans leurs applications cliniques.

La tentative de Schilder d'harmoniser le modèle neurologique du schéma corporel et le modèle psychanalytique de l'image du corps, considérée comme un échec par de nombreux auteurs, illustre peut-être cette ambiguïté. Plutôt qu'une harmonisation, il ressort de son ouvrage la juxtaposition de deux modèles distincts, qui vont être à la source des deux principaux courants d'interprétation de l'expérience corporelle :

- L'un ayant une conception du corps comme *fonction de relation*, mettant l'accent sur le rôle primordial des structures perceptivo-motrices et sur les rapports de l'organisme avec son environnement.
- L'autre ayant comme modèle l'image psychanalytique du corps, se référant donc à l'approche freudienne du corps libidinal, c'est-à-dire au corps comme *source de désir, de plaisir et de douleur*. De cette approche va naître une nouvelle notion d'« image du corps », inconsciente.

### **3- Le corps comme relation.**

Cette approche confère au schéma corporel une signification dans la dynamique de la personne. Il s'agit ici de démontrer le rôle de la motricité et de la fonction tonique dans

l'évolution psychologique du sujet. Les auteurs vont décrire comment l'enfant va progressivement parvenir à prendre conscience de son corps « comme d'une réalité une et dynamique, distincte des objets et des autres êtres vivants. » Bernard (1994, p.35).

#### **a- La conscience corporelle : l'apport de Wallon.**

Pour Wallon, le schéma corporel n'est pas une entité biologique ni psychique, mais le résultat et la condition de justes rapports entre l'individu et le milieu.

Avec Lurçat, il introduit les notions *d'espace postural* (produit par les informations sensorielles et kinesthésiques) et *d'espace ambiant* (conditionné par les rapports du corps avec ses actions sur l'environnement : les gestes, les relations inter-objets, les relations interpersonnelles, l'affectivité) ; le schéma corporel se définissant dans les rapports changeants entre ces deux espaces.

##### **□ Structuration de la conscience corporelle :**

Partant du principe que le schéma corporel est le résultat des sensibilités rapportées à nous même, il est indispensable que « la liaison soit possible entre l'activité qui est tournée vers le monde extérieur et celle qui se rapporte plus immédiatement aux besoins et aux attitudes du corps ». Wallon (1970, p. 252). Or, la capacité à différencier puis à lier les informations provenant des différents types de sensibilité n'est pas innée, mais s'acquiert progressivement au cours du développement de l'enfant.

##### **▪ Dissociation entre les différentes sensibilités :**

- La sensibilité intéroceptive concerne les informations provenant du fonctionnement des viscères, et en particulier du tube digestif qui, participant à la fonction d'alimentation, tient un rôle important dans le développement psychologique de l'enfant. Son activité est, selon Wallon, une sorte d'intermédiaire entre les besoins de l'organisme et le milieu extérieur.
- La sensibilité proprioceptive comprend les sensations liées à l'équilibre, aux postures et aux mouvements. Elle évolue donc avec le développement locomoteur de l'enfant.
- La sensibilité extéroceptive est liée aux stimulations d'origines extérieures.

Ces sensibilités apparaissent successivement, et leur liaison n'est achevée qu'aux environs du douzième mois.

L'enfant va avancer vers un vécu unifié de son propre corps à travers plusieurs étapes.



## ▪ La conscience du corps : une construction progressive

### ➤ Aspect maturatif :

La maturation des capacités motrices et de la sensibilité de l'enfant va lui permettre de distinguer son corps propre du monde extérieur :

- de 0 à 6 mois, les premières relations inter sensorielles sont rendues possible par le développement du processus de myélinisation, mais l'ajustement des différentes impressions est encore sporadique. L'enfant perçoit les différentes parties de son corps comme des objets extérieurs.
- À partir du 6<sup>ème</sup> mois, l'ajustement des différentes sensibilités devient plus précis avec l'apparition de l'activité circulaire. L'enfant explore son corps ; il reconnaît les différentes parties, les individualise mais ne peut encore les intégrer dans un tout, une unité corporelle qui lui appartiendrait. C'est à travers son développement praxique et locomoteur que l'enfant va établir une cohésion entre les impressions qu'il a de son corps et son activité. Cette cohésion permet une première intégration qui devra être complétée par une reconnaissance visuelle de son corps par l'enfant.
- Vers 2 ans, l'émergence de la fonction symbolique à travers l'imitation permet à l'enfant d'accéder à une première représentation de son corps et de prendre conscience de son unité. La « représentation explicite du corps propre ne s'achèvera que plus tard en s'intégrant étroitement à la conscience que l'enfant se fait de sa personnalité sociale et morale. » Rheinardt (1990, p. 46).

### ➤ Aspect relationnel.

L'enfant ne naissant pas complètement mature, il se situe dans un état de dépendance vis-à-vis de son entourage. Wallon insiste sur le caractère essentiellement social de l'enfant, et ce dès la période intra-utérine. L'enfant se situe alors dans un état de symbiose physiologique avec le corps de sa mère, symbiose qui va en quelque sorte se prolonger après la naissance de par la dépendance à la mère. La mère va répondre aux besoins organiques mais aussi aux exigences d'une sensibilité primordiale pour le nouveau-né : la sensibilité posturale.

Tenu, bercé, porté, soigné, l'enfant est manipulé par autrui et c'est dans les mouvements d'autrui que ses premières attitudes vont prendre forme et sens : l'enfant va s'identifier et identifier autrui à travers ce premier dialogue corporel.

Or, ce premier étayage de *l'espace postural* de l'enfant sur celui de sa mère a un caractère fortement émotionnel.

La notion de dialogue tonique

Pour Wallon, les émotions sont une forme d'adaptation au milieu, intermédiaire entre celle des automatismes et celle, plus élaborée des représentations.

Cette adaptation émotionnelle est essentiellement d'origine posturale et tonique : toutes les manifestations émotives mettent en jeu des contractions toniques du muscle. Ainsi, la fonction tonique assure d'une part la régulation des émotions et de la vie affective, et d'autre part leur extériorisation dans la relation. Elle prend donc une véritable valeur de communication. Ajuriaguerra introduit la notion de *dialogue tonique* pour désigner ces premiers échanges.

### **b- L'image du corps dans le miroir**

Nous avons compris que, d'abord noyé dans sa propre subjectivité, l'enfant se confond avec le monde extérieur. La délimitation va s'établir progressivement. À travers ses expériences motrices et relationnelles, l'enfant va pouvoir avoir une conscience plus objective de lui-même. Or, l'élément visuel, ou la reconnaissance de son image dans le miroir va avoir pour l'enfant un rôle primordial dans l'élaboration du sentiment d'unification de son corps et de sa personne, c'est-à-dire de son identité.

#### **□ L'expérience du miroir chez Wallon**

Après avoir pu se voir et se refléter en autrui, l'enfant va pouvoir se voir et se refléter dans un miroir proprement dit, c'est-à-dire qu'il va être capable à la fois de dissocier et d'identifier son image visuelle avec son vécu kinesthésique et proprioceptif. Pour Wallon : « la connaissance qu'il prend de son image dans le miroir n'est sans doute pour l'enfant qu'un procédé épisodique parmi ceux qui lui servent à se faire graduellement entrer, lui et ses appartenances les plus immédiates, au nombre des choses et des gens dont il a su progressivement fixer les traits et l'identité, de manière à finalement se saisir lui-même comme un corps parmi les corps, comme un être parmi les êtres. » Wallon (1970, p. 228).

Pour l'auteur, cette expérience s'inscrit avant tout dans le processus de maturation de l'équipement neurophysiologique de l'enfant, même s'il est clair que la présence de l'entourage est indispensable.

#### **□ Le stade du miroir selon Lacan**

Contrairement à Wallon, le stade du miroir pour Lacan est une étape fondamentale, non seulement de la constitution du corps propre, mais aussi de l'accès de l'enfant au langage, car elle permet que se réalise *la fonction du Je*.

Le *stade du miroir* (situé entre 6 et 18 mois) se déroule en fait en trois étapes :

- L'enfant perçoit d'abord son reflet comme un être réel qu'il cherche à saisir où à approcher.

- Dans un deuxième temps, l'enfant comprend que son reflet est une image mais ne la reconnaît pas encore comme sienne.
- Enfin, dans une troisième étape, l'enfant comprend que cette image est *son* image, qu'elle le représente et cette compréhension vaut aussi pour les autres images spéculaires qu'il peut y percevoir.

Ces trois temps vont permettre, successivement, à l'enfant d'organiser son identité en lien avec les trois registres du psychisme humain : *le Réel, l'Imaginaire et le Symbolique*.

Ainsi, pour Lacan, l'enfant va conquérir son identité de sujet par la perception d'une image totale de son corps précédant le sentiment de l'unité de sa personne. Le miroir lui apporte une information sur ce qu'il est potentiellement ; c'est une information intégratrice, structurante et unificatrice qui passe par l'intermédiaire du *corps propre* (terme utilisé par auparavant par Wallon).

### c- Conclusion

L'approche psychogénétique apporte une dimension supplémentaire à la compréhension de la genèse de la connaissance du corps : la dimension relationnelle, qui implique la mise en lien entre la prise de conscience du *corps propre* et la construction de la personnalité. À ce titre elle peut être rapprochée de l'approche phénoménologique (Merleau-Ponty, Ajuriaguerra...) qui définit le corps comme « façon d'être au monde ».

À travers ces travaux, Wallon va insister sur le rôle de la maturation neurologique, qui va permettre à l'enfant d'organiser et d'intégrer ses sensations, et sur le rôle de l'autre, acteur du dialogue tonique, porteur de soin et modèle identificatoire. Ainsi, l'enfant va pouvoir sortir de son *synchrétisme* et progressivement de différencier et s'identifier en tant que sujet dans l'unité de son corps.

Si pour Wallon, la reconnaissance de l'image spéculaire du corps dans le miroir est importante au même titre que les autres étapes, pour Lacan, cette expérience est primordiale. Pour l'auteur, en effet, cette étape est celle de la constitution du Je par l'intermédiaire du corps propre, qui prend alors sa signification. « La constitution du *Je* est ainsi un acte perceptif, c'est-à-dire qu'elle n'est pas immédiate, qu'elle nécessite une médiatisation, celle de l'image du corps propre[...] » Golse (1985, p.160). Lacan introduit donc ici une nouvelle notion : une « image du corps » dont on voit bien qu'elle est en lien avec le narcissisme et le corps dans sa dimension libidinale.

#### **4- Approche psychanalytique du corps**

Nous avons déjà pu entrevoir comment la dimension libidinale du corps s'inscrivait dans la construction d'un vécu unifié du corps à travers les travaux de Schilder. Pour l'auteur, l'image du corps résultait en effet, non seulement des expériences perceptivo-motrices, mais aussi de la sensibilité sexuelle et de ses fluctuations liées au développement psycho-sexuel de l'individu.

De nombreux auteurs, psychanalystes, abordent la question du corps et de son rôle dans le développement psychique de l'individu. Nous ne développerons donc ici qu'une partie de ces travaux. Nous commencerons par préciser la conception freudienne du corps, puis nous donnerons un aperçu des travaux de Tausk sur la distinction entre le Moi psychique et le Moi corporel, des travaux de D. W. Winnicott sur le rôle du corps dans le processus de *personnation*, et enfin ceux de F. Dolto, introduisant la notion d'*image inconsciente du corps*.

##### **a- La conception freudienne**

###### **□ Le corps libidinal**

Le corps tient une place fondamentale dans la théorie freudienne : il est à l'origine de toutes les pulsions.

###### **▪ Les pulsions**

Le terme de pulsion désigne un processus dynamique consistant dans une *poussée* qui fait tendre l'organisme vers un but. Pour Freud, une pulsion a sa *source* dans une excitation corporelle ; son *but* est de supprimer l'état de tension qui règne à la source ; c'est par l'*objet* que la pulsion peut atteindre son but.

Dans sa première théorie des pulsions, Freud définit les *pulsions d'autoconservation* (« intérêt du Moi ») comme expression des besoins liés aux fonctions corporelles et nécessaires à la survie de l'individu, et les *pulsions sexuelles* (la *libido* constituant l'aspect psychique de la pulsion sexuelle) qui servent à l'obtention du *plaisir sexuel*.

La théorie de la sexualité infantile de Freud part du principe suivant : dans un premier temps, les grandes fonctions de l'organisme (alimentation, excréation...) ont un rôle purement physiologique, mais rapidement, le plaisir lié à la satisfaction de ces besoins vitaux vient fonctionner en prime et éventuellement pour son propre compte en dehors des situations de besoin extrême. Ainsi, les pulsions sexuelles viennent *s'étayer* sur les fonctions physiologiques vitales : la fonction corporelle fournit à la sexualité sa source (zone érogène), elle lui indique un objet, et procure un plaisir.

Cette notion d'étayage a pour corollaire la notion de « pulsions partielles » dans la mesure où pendant toute la période précépienne (stade oral, anal, phallique du développement), les différentes composantes de la pulsion sexuelle, peuvent fonctionner de manière indépendante puisqu'elles ne sont pas encore sous le primat de la zone érogène génitale. Chacune d'entre elles apporte un plaisir dit « d'organe » (oral, anal ou urétral) ; cette jouissance ne vise pas autrui ou un objet extérieur, mais le corps même de l'enfant.

#### ▪ Le narcissisme

Ainsi, dans les premiers temps de son développement, le plaisir de l'enfant est « autoérotique » puisque « la libido se satisfait dans le morcellement anarchique de son propre corps ». Bernard (1994, p.76). La notion d'autoérotisme nous amène à celle de narcissisme.

Pour Freud, l'enfant commence par se prendre lui-même comme objet d'amour ; il investit toute sa libido sur lui-même : ce type de fonctionnement est désigné par le terme de « narcissisme primaire ». Le temps du narcissisme primaire se caractérise par un état anobjectal. C'est un moment fondateur puisqu'il est celui de l'apparition simultanée d'une première ébauche du Moi et de son investissement par la libido.

Dans un second temps, les objets vont être différenciés et investis par la libido : il y a mise en place des premières relations d'objet. Le « narcissisme secondaire » désigne alors le mouvement de retour de la libido objectale sur le Moi. Cette étape est contemporaine à la formation du Moi par identification à autrui (donc au « stade du miroir » de Lacan).

Pour Freud, la notion de narcissisme recouvre donc à la fois, un aspect chronologique (étape du développement libidinal) et structural (étape économique du Moi).

Pour certains auteurs (Klein, Balint, Bowlby...), les relations d'objet existent dès la naissance; le narcissisme primaire ne peut donc être entendu comme anobjectal.

Quoi qu'il en soit, le narcissisme primaire a un rôle de gardien de la vie qui permet à l'enfant de commencer à construire son unité psychique en lui assurant le sentiment d'une continuité d'être. Une fois le Moi constitué, et grâce aux mécanismes d'identification à l'objet et d'introjection, le narcissisme secondaire va contribuer au renforcement du Moi, par le mouvement de retour des investissements objectaux.

Les deux types de fonctionnement vont persister tout au long de la vie par un balancement continu entre investissements narcissique et objectal.

### □ Le corps fantasmé

Dans sa deuxième théorie des pulsions, Freud va opposer la pulsion de mort, qui représente la tendance de tout être vivant à retourner à l'état anorganique, à la pulsion de vie, ou tendance de l'organisme individuel à chercher à maintenir son unité et son existence. Libido et narcissisme se situent dans le cadre de la pulsion de vie.

### ▪ Le dualisme pulsionnel repris par M. Klein

Pour M. Klein, le Moi existe dès la naissance et va se trouver sous la dépendance des pulsions de vie et de mort.

Confronté à l'angoisse de la pulsion de mort, le Moi réagit en la projetant sur l'objet extérieur, et en transformant une partie en agressivité.

La pulsion de vie est elle aussi projetée en partie sur l'objet extérieur mais aussi gardée à l'intérieur du Moi (mouvement narcissique).

L'objet (le sein de la mère) est donc clivé en un « bon » objet et un « mauvais » objet.

Ce clivage permet au Moi de lutter contre l'angoisse d'anéantissement, de conserver le bon objet et de s'y identifier. C'est par le jeu des mécanismes de projection et d'introjection, que l'enfant va progressivement s'adapter à la réalité. « Ainsi, toute la structuration psychique de l'enfant, et en particulier celle de sa réalité corporelle, dépend de l'existence des pulsions libidinales et destructrices et est en relation avec le corps maternel et paternel. L'enfant ne découvre son corps qu'au moyen d'imagos, de schèmes imaginaires à travers quoi il vise autrui, schèmes suscités par des désirs violents de satisfaction et de destruction. » Rheinardt (1990, p. 62).

### ▪ Du corps biologique au corps fantasmatique

Les tout premiers fantasmes naissent des pulsions corporelles et sont étroitement mêlés aux sensations physiques ; ainsi, dès le début, ils sont liés à une expérience de réalité objective, aussi limitée qu'elle soit.

Cependant, les désirs de l'enfant, en valorisant certaines zones (érogènes) corporelles, non seulement déstructurent le corps objectif, anatomique, mais aussi le *dé-réalisent* puisque l'enfant n'appréhende son corps qu'à travers leurs projections et dans ses relations imaginaires avec celui ou celle qui doit les satisfaire. Les organes, les orifices corporels, la peau sont chargés de valeur symbolique qui leur donne une configuration irréaliste. Selon la conception freudienne, le corps est donc investi, appréhendé et vécu dans l'enfance et tout au long de la vie grâce à l'activité fantasmatique.

Ainsi, si le corps a un pouvoir structurant (il crée un dehors et un dedans, il médiatise le passage de l'activité perceptive à l'élaboration fantasmatique...), la conscience que nous avons de notre corps ne peut alors être, dans la conception freudienne, qu'une « élaboration secondaire », qu'un scénario remanié et rendu compréhensible de notre expérience corporelle.

### **b- Les travaux de Winnicott**

Les observations de Winnicott vont mettre en évidence le rôle fondamental de l'environnement sur le développement de l'enfant : le nourrisson possède un potentiel inné, une tendance à la croissance et au développement, mais qui nécessitent, pour se dérouler convenablement, d'être couplés à des soins maternels « suffisamment bons ».

L'auteur établit ainsi un parallèle entre l'évolution du Moi et les soins apportés à l'enfant, entre le Moi et le corps. Cette évolution est décrite sous trois registres :

#### **□ L'intégration et le *holding***

À ce stade, les soins maternels en soutenant et protégeant le Moi encore rudimentaire de l'enfant lui permettent de d'édifier sa personnalité sur la base d'une continuité d'existence (que l'on peut rapprocher du concept freudien de narcissisme primaire).

L'intégration est le processus d'unification du Moi, qui se fait à partir des éléments moteurs et sensoriels issus du *holding* qui est la façon dont la mère va porter, maintenir et prendre soin de l'enfant.

Le *holding* définit en fait l'expérience globale du maternage, expérience issue de la « préoccupation maternelle primaire » (dans les premiers temps, l'enfant est l'objet d'investissements massifs de la mère) et de la disponibilité maternelle à l'empathie.

#### **□ La personnalisation et le *handling***

La personnalisation est le processus psychosomatique par lequel le Moi va se fonder sur un « Moi corporel ».

Pour Winnicott, lorsque tout se passe bien, la personne du nourrisson va se rattacher au corps et aux fonctions corporelles. C'est par le *handling*, qui correspond à la manière dont l'enfant est soigné et aux paroles qui accompagnent ses soins, et les expériences paisibles et répétées des soins corporels de l'enfant, que va s'établir le sentiment de sa personne dans son corps.

La peau va devenir une membrane frontière entre un dedans et un dehors, permettant alors la création d'un espace psychique interne.

□ **La relation d'objet et l'object-presenting (ou mode de présentation de l'objet).**

Lorsque l'enfant a pu commencer à élaborer son espace psychique et corporel, il va pouvoir établir ses premières relations objectales.

Winnicott parle de *presenting object* pour désigner la façon dont la mère va peu à peu se présenter comme objet extérieur par rapport à l'enfant.

Au départ, l'enfant est dans une relation de *dépendance absolue* à sa mère. La mère suffisamment bonne répond à l'omnipotence du nourrisson (qui fonctionne selon le principe de plaisir lié au narcissisme primaire) et lui permet ainsi d'avoir l'illusion de créer lui-même le sein. Par ce phénomène d'illusion, l'enfant prend intérêt à la réalité extérieure qu'il ne conçoit pas encore.

Plus tard, va devoir diminuer sa capacité d'adaptation. Cela va créer une distance, un espace, une attente, une frustration qui vont désillusionner progressivement l'enfant et lui permettre de s'ouvrir à la réalité extérieure.

Intervient alors le concept d'*aire transitionnelle* que Winnicott définit comme une zone intermédiaire entre objectivité et subjectivité. « Cette aire n'est pas contestée, car, on ne lui demande rien d'autre sinon d'exister en tant que lieu de repos pour l'individu, engagé dans cette tâche humaine interminable qui consiste à maintenir, à la fois séparées et reliées l'une à l'autre, réalité intérieure et réalité extérieure. » Winnicott (1975, p.9).

Cette aire intermédiaire permet à l'enfant d'aborder la réalité extérieure. Pour parer à l'angoisse de séparation engendrée par la désillusion, l'enfant va utiliser un *objet transitionnel*. Winnicott définit par ce terme :

- ce qui prend la place de l'objet de la première relation ;
- ce qui précède l'établissement de l'épreuve de réalité ;
- ce qui permet à l'enfant de passer du contrôle omnipotent au contrôle par la manipulation.

Ainsi, la théorie du développement de l'enfant de Winnicott, met en avant le rôle de la mère dans ce développement mais aussi l'union entre Moi et le corps puisque c'est à partir des soins corporels, inscrits dans un contexte affectif propice, que l'enfant va progressivement se différencier, s'identifier, et établir des relations avec les objets extérieurs ; c'est à travers ces différentes étapes qu'il parvient à l'autonomie.



### **c- L'image inconsciente du corps de F. Dolto.**

F. Dolto va introduire la notion d'image inconsciente du corps pour tenter de rendre compte des expériences archaïques vécues par l'enfant. L'image inconsciente du corps se définit comme la mémoire inconsciente du vécu relationnel.

#### **□ Distinction entre schéma corporel et image du corps**

Pour F. Dolto, ces deux concepts doivent être clairement distingués.

- Le schéma corporel spécifie l'individu en tant que représentant de l'espèce, il est en principe le même pour tous les individus d'un même âge, sous un même climat. L'image du corps, par contre, est propre à chacun puisqu'elle est liée à une histoire libidinale et à un type de relation d'objet.
- Le schéma corporel est en partie inconscient, mais aussi préconscient et conscient. L'image du corps est inconsciente.
- Le schéma corporel ne tient pas compte du vécu libidinal, il dépend de l'organe corps et de son intégrité, « il se structure par l'apprentissage et l'expérience, il réfère le corps actuel dans l'espace à l'expérience immédiate[...] il est évolutif dans le temps et dans l'espace. ». L'image du corps est spécifique d'une libido en situation, « elle est à chaque moment, mémoire inconsciente de tout le vécu relationnel, et, en même temps, elle est actuelle, vivante, en situation dynamique, à la fois narcissique et inter-relationnelle[...] » Dolto (1984, p. 22,24).

Les deux concepts sont distincts et s'articulent par le narcissisme.

Ainsi, c'est par la médiation du schéma corporel que l'image inconsciente du corps va pouvoir s'objectiver dans la relation à l'autre.

Lorsque l'enfant va reconnaître son image dans le miroir, la réalité du visible va s'imposer à lui comme image : l'image du corps va alors être refoulée et devenir véritablement image inconsciente. L'image scopique (que l'on peut rapprocher du schéma corporel) devient alors son substitut conscient.

#### **□ Définition structurale de l'image inconsciente du corps.**

L'image du corps est constituée de l'articulation dynamique de trois images :

- *L'image de base* : qui recoupe le narcissisme freudien mais se réfère aussi à un narcissisme fondamental, « primordial », qui permet au sujet de se ressentir dans une « mêmeté d'être », c'est-à-dire une continuité narcissique et spatio-temporelle tout au long de sa vie.

- *L'image fonctionnelle* : image dynamique qui vise à l'accomplissement du désir. C'est grâce à elle que le désir peut s'objectiver et se manifester, par la médiation d'une demande localisée dans le schéma corporel, pour obtenir le plaisir.
- *L'image érogène* : « est associée à telle image fonctionnelle, le lieu où se focalise plaisir ou déplaisir érotique dans la relation à l'autre. » Dolto (1984, p. 57).

#### □ Développement de l'image inconsciente du corps

##### ▪ Aspect génétique

L'élaboration de l'image du corps suit le processus de symbolisation qui s'effectue à la faveur de *castrations* successives.

La castration, en psychanalyse, est symbolique ; elle rend compte du processus qui s'effectue dans l'être humain lorsqu'un autre être humain lui signifie que l'accomplissement de son désir lui est interdit par la Loi. Il y a alors refoulement et possibilité pour le sujet de sublimer ce désir interdit, ce qui lui permet de progresser et de se développer.

Dolto décrit plusieurs castrations : ombilicale, orale, anale, primaire (correspond à la reconnaissance de la différence des sexes), et secondaire (qui correspond à l'œdipe).

##### ▪ Aspect relationnel

F. Dolto insiste sur le fait que l'image du corps ne peut s'élaborer que dans un rapport de langage à la mère.

Elle est dans son essence relationnelle, liée à la parole porteuse des interdits exprimés, qui apportent réassurance et sens des limites et par là même permettent à l'enfant d'évoluer.

Pour Dolto, une seule expérience sensorielle ne permet pas de structurer l'image du corps, et vivre dans un schéma corporel sans image du corps égal à « vivre muet ».

#### d- Conclusion

Pour les psychanalystes, les notions de *schéma* ou d'*image* du corps ne sont pas toujours appropriées ni même utilisés.

À partir des théories freudiennes, la psychanalyse va conférer au corps un statut libidinal et fantasmatique qui lui faisait défaut jusqu'alors : « si la conquête progressive d'une unité corporelle permet progressivement à l'enfant de maîtriser la totalité de son corps, celui-ci garde néanmoins une structure libidinale, imaginaire, dessinée non seulement par les fantasmes de notre enfance, mais aussi par tous les conflits affectifs qui ont tissé l'histoire de notre vie. » Bernard (1990, p. 76).

Les travaux de Winnicott, Lacan et Dolto nous amènent à considérer la construction de l'image du corps comme un processus global qui fait intervenir les premières expériences sensorielles et affectives, le plaisir et les frustrations précoces, le développement du langage et l'image de l'objet.

L'image du corps a alors une fonction dans l'organisation psychique ; c'est une représentation élaborée par le Moi qui se structure.

Dans la perspective psychanalytique, le corps est un objet d'investissement. L'image du corps est le produit de cet investissement.

## **5- Conclusion**

Nous avons tenté ici de rendre compte des différents modèles explicatifs de la construction de la corporéité, en faisant ressortir les notions les plus significatives dans la perspective du travail que nous élaborons et ce pour deux raisons :

- ces notions vont maintenant nous permettre d'aborder la question du corps dans la psychose puisque nous verrons que celle-ci nous renvoie aux premiers moments du développement.
- Elles seront, enfin, les outils sur lesquels vont s'étayer les médiations corporelles et le travail du psychomotricien.

Ainsi, dans le chapitre suivant, il s'agira de faire le lien entre les mécanismes psychiques mis en œuvre dans la psychose et la construction de l'expérience du corps et de relier cette réflexion à une perspective thérapeutique en psychomotricité.

## II- LE CORPS DANS LA PSYCHOSE

### A. Introduction

Quelle est l'implication du corps dans l'expérience psychopathologique de la psychose ? Comment le processus psychotique va-t-il influencer l'expérience et la construction de la corporéité ? Telles sont les questions auxquelles je vais tenter de répondre en m'appuyant sur les travaux de G. Pous, de F. Baralle.

Selon ces auteurs, si le corps est impliqué dans toute expérience psychopathologique, il l'est d'une manière fondamentale dans les pathologies psychotiques.

Nous avons pu constater que l'étude de la psychopathologie psychotique mettait en avant un fonctionnement psychique archaïque, ce qui nous amène à étudier l'implication du corps chez le psychotique à travers l'angle des premiers moments du développement de l'enfant, c'est-à-dire le temps où la psyché s'organise à partir du corps et de ses besoins. Il s'agit donc ici d'étudier quels sont les mécanismes qui ont fait défaut à l'élaboration de la corporéité et de l'identité du psychotique et à travers quels symptômes cette problématique va s'exprimer. et dans quelles mesures ces mécanismes peuvent-ils nous guider dans nos pratiques de soins ?

### B. Un vécu archaïque du corps

#### 1- Un corps sans limite

Dans la psychose, le corps propre n'a pu être différencié du monde des objets et de l'extérieur.

La « peau » n'a pu être organisée et investie comme limite entre l'intérieur et l'extérieur, ni comme contenant. Pour D. Anzieu, le *Moi-Peau* est une fonction psychique qui s'étaye sur la fonction biologique qu'est la peau ; il est « une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface de son corps. » Anzieu (1985, p. 61). Or chez le psychotique, tout se passe comme si cette enveloppe n'assurait plus sa fonction de limite et de protection : tout (corps et psychisme) entre et sort de lui contre son gré, ce qui provoque une grande angoisse.

On peut rapprocher cette fonction de limite, contenante, du *Moi-Peau*, à celle du *holding* de Winnicott. Pour l'auteur, l'origine de la psychose se retrouve dans l'impossibilité pour le nourrisson d'intérioriser le *holding* de la mère, ce qui provoquerait chez lui d'importantes angoisses. La psychose serait alors un moyen pour l'enfant de se protéger de ces sensations d'agonie.

Dans la psychose, le caractère dangereux de toute sensation et l'absence de limites empêcherait donc l'élaboration du *Moi* et des contenus psychiques.

## **2- Un corps mal perçu**

Les sensations et perceptions corporelles vont aussi avoir un rôle dans la construction d'être et d'avoir un corps, et dans l'établissement des premières relations d'objet.

Les premières sensations corporelles, liées aux fonctions vitales, vont donner lieu à un échange avec la mère. C'est à travers ces échanges qu'elles vont prendre un sens pour l'enfant, et c'est progressivement, grâce aux vides laissés entre chaque présence que l'enfant va organiser sa vie mentale.

Or, chez le psychotique, les sensations et les perceptions corporelles n'ont pas pris sens, et n'ont pas été identifiées dans le rapport à l'autre. Le conflit lié à l'absence de l'objet de satisfaction n'est pas mentalisé.

G. Pous pose l'hypothèse qu'« il reste, tout au long de la vie, un lien entre la perception du corps et les situations de perte d'objet, de vécu d'abandon. » Pous (p.44).

Cependant, étant données les difficultés pour le psychotique de mentaliser ses conflits, ce lien serait plus affirmé. Le « patient » chercherait alors à le contrôler par une maîtrise de ses perceptions selon « deux aspects :

- Une maîtrise du vide : de ce qui n'est pas senti[...]
- Une maîtrise du plein : avec la présence de sensations corporelles variées, mobiles, pénibles ou agréables, dont le patient serait le chef d'orchestre. Il s'agirait ainsi de mobiliser les perceptions, de façon à ce que le connu, le compris, le maîtrisable occupent tout l'espace psychique. » Selon G. Pous, L'hypertonie et les stéréotypies pourraient être comprises dans ce sens. Chez certains, le rapport aux vêtements (inchangés) et les odeurs corporelles fortes pourraient prendre place dans cet arsenal.

### **a- Symptômes psychiatriques :**

#### **□ Les hallucinations corporelles**

L'hallucination est une perception sans objet. « L'hallucination est présente lorsque l'expérience du corps est vécue comme réelle : le bras comprimé ne donne plus l'impression d'être comme rempli de fourmis, mais il est fourmilère. » André, Benavides, Canchy-Giromini (1996, p. 30).

#### **□ La dépersonnalisation**

Elle se traduit par :

- Un sentiment de perte de l'intégrité corporelle : les limites sont floues, les perceptions sont énigmatiques, l'angoisse d'éclatement intérieur est massive.
- Un trouble de l'activité motrice : les actes quotidiens deviennent complexes et étranges, il y a une perte du contrôle moteur (attitudes figées, stéréotypies...) qui peut aller jusqu'à l'automatisme mental (impression d'être commandé de l'extérieur).
- Un sentiment d'étrangeté : « il porte sur le corps propre, et réalise des modifications du vécu corporel avec sensations de déformation des membres dans leur taille, leur forme, leur situation dans l'espace. » André, Benavides, Canchy-Giromini (1996, p. 31).

#### **□ Les états hypocondriaques**

Ils se traduisent par une préoccupation massive du sujet par rapport à son état de santé et s'inscrivent souvent dans un syndrome de dépersonnalisation.

### **b- Symptômes psychomoteurs :**

Les principaux symptômes psychomoteurs que l'on retrouve dans les pathologies psychotiques sont :

- Des troubles instrumentaux (troubles du schéma corporel, troubles du tonus, dyspraxies...)
- Une instabilité et/ou une inhibition
- Des troubles spatio-temporels
- Des tics, des stéréotypies...

Ainsi, nous pouvons constater que le corps est souvent au centre de la symptomatologie psychotique, or, c'est bien le vécu archaïque du corps qui s'exprime à travers ces manifestations symptomatiques.

### **C. Schéma corporel et image du corps**

La problématique corporelle du psychotique se pose comme réalité objective à travers l'expression symptomatologique. Cependant, pour avoir une compréhension globale de la personne on ne peut éluder le sens de ses symptômes, c'est-à-dire le vécu qu'ils sous-tendent.

Peut-on aborder les troubles spécifiques de la reconnaissance du corps et de son utilisation, c'est-à-dire les troubles du schéma corporel, en éludant l'aspect libidinal et psychoaffectif de l'image du corps ?

Nous avons vu que pour F. Dolto, le schéma corporel et l'image du corps se croisaient pour entrer en communication avec les autres : nous agissons par l'intermédiaire du schéma corporel en fonction des nécessités relationnelles du moment.

Chez le psychotique, l'image du corps est morcelée. « Le psychotique vit son corps de manière parcellaire, morcelé, inhabité. C'est sur ce vécu qu'il va organiser son schéma corporel, ses mouvements. » De Sainte Mareville (1999, p.153).

C'est donc à l'articulation des données neurophysiologiques et psychiques que nous aborderons la problématique psychotique.

### **III- REFLEXION SUR L'INTERET D'UNE APPROCHE CORPORELLE ET PSYCHOMOTRICE DE LA PSYCHOSE**

Nous avons pu constater que le corps avait une place centrale dans la psychose : vécu comme morcelé, il est source d'angoisse et ne permet pas la création de l'espace psychique nécessaire à l'élaboration du sentiment d'identité.

Au vu des propos précédents, il nous semble que l'approche corporelle peut avoir une place importante dans le projet thérapeutique global des psychoses.

#### **A. Le but :**

Le but de cette approche sera d'accompagner le patient psychotique vers la restauration et la formation d'une meilleure intégrité du schéma corporel et de l'image du corps, pour lui permettre d'accéder à la notion d'entité.

#### **B. Les moyens :**

##### **1- Le ressenti corporel**

Le schéma corporel s'élabore à partir des diverses perceptions auditives, visuelles tactiles, olfactives, gustatives, proprioceptives et kinesthésiques. Pour que ces sensations constituent le sentiment de « mêmété d'être », et permettent la construction de l'image du corps, elles doivent être vécues dans une relation ayant pour l'enfant une valeur symbolique.

C'est donc « sur une base sensorielle que l'on peut repérer l'interaction du schéma corporel et de l'image inconsciente du corps. » Mollard (2000,p.177).

Nous allons donc donner à l'adulte, la possibilité d'enrichir ses sensations et perceptions par le biais de nouvelles expériences corporelles.

##### **2- La relation**

Notons cependant, que « les sensations corporelles n'ont de sens pour un individu qu'intégrées dans son vécu comme signes de son existence autonome qui permet le rapport aux autres.[...] cela, ce n'est pas la sensation seule qui le donnera mais la sensation reconnue, chargée de sens par l'échange inter-humain. » Pous (19 , p. 27).



Ainsi, le travail sur le ressenti corporel, pour s'inscrire dans une perspective thérapeutique, ne peut être mené qu'à travers la mise en place d'une relation de confiance entre le patient et le thérapeute. C'est par son attitude suffisamment sécurisante pour le patient, et par son propre engagement, travaillé, dans la relation que ce dernier va pouvoir amener le patient à exprimer, verbaliser et partager ses éprouvés corporels et émotionnels. Sans ces échanges, les sensations corporelles ne peuvent prendre sens.

Dans sa pratique, le psychomotricien est lui-même engagé corporellement dans la relation. La relation, l'empathie et la communication peuvent alors être utilisées sur un mode non-verbal ce qui facilite parfois l'approche des patients psychotiques.

### **3- Le cadre**

Si l'approche corporelle nous paraît fondamentale dans la prise en charge thérapeutique des pathologies psychotiques, il est indispensable qu'elle soit organisée et réfléchie. Travailler sur un vécu corporel chargé d'angoisse et peu structuré dans ses limites comporte des risques. « Dans la psychose chronique, la présence massive de besoins liés à la physicalité apparaît dans un corps désinvesti comme corps organisateur de la pulsion et contient en même temps la terreur que chaque lien et chaque soin puisse réactiver des noyaux émotionnels potentiellement catastrophiques. » Barale (1997, p.225).

Pour pallier à ces risques, l'approche thérapeutique à médiation corporelle va s'organiser dans un cadre précis. Pour G. Pous « le cadre thérapeutique est fondamental à tout abord corporel des patients psychotiques, dans la mesure où aucune élaboration ne peut se faire sans un espace extérieur à eux, pendant de l'espace intérieur, suffisamment neutre pour que leurs projections, en particulier ce qui a trait à l'érotisation, puissent être repérées. »

Le cadre thérapeutique sera constitué dans un premier temps par la formation et la disposition personnelle du thérapeute qui devra savoir respecter autant que possible les constructions défensives mises en place par le patient et ne pas l'exposer à des excitations ou à des tensions trop importantes tant qu'il n'est pas prêt à les supporter.

La relation thérapeutique va ensuite elle-même s'organiser dans un cadre d'intervention défini par :

- L'institution
- Le contrat passé avec le patient (projet thérapeutique, durée et fréquence des séances de prise en charge)

- La médiation

En thérapie psychomotrice, la technique de médiation est l'outil que le psychomotricien utilise et adapte à la situation relationnelle. Cette technique, quelle qu'elle soit, va permettre de « créer entre soigné et soignant un espace tiers, garant des limites de chacun. » Pous (p.64).

### C. Conclusion

Nous avons pu constater de quelle manière la psychose perturbe les relations que le sujet a avec son corps : corps sans limite, corps mal perçu, corps mal identifié...Ce vécu archaïque va s'exprimer à travers une symptomatologie corporelle souvent massive et variée.

À partir de ces constatations, ayant approché une compréhension globale de la problématique corporelle psychotique, nous avons tenté de montrer en quoi l'approche corporelle et le travail du psychomotricien pouvaient être appropriés dans la prise en charge de ces patients.

Ce travail aura pour but d'amener le patient à perception unifiée de son corps. L'élaboration du schéma corporel et de l'image du corps sera abordée à travers des expériences et des sensations corporelles supportables pour le patient ; la dimension thérapeutique venant s'inscrire dans la relation entre soigné et soignant où les sensations seront partagées, mises en mot et prendront sens.

Enfin, nous avons insisté sur le fait que cette approche corporelle doit être cadrée par des repères et des limites, en particulier avec des patients psychotiques, et dans quelle mesure la technique, ou médiation, participe à la mise en place du cadre thérapeutique.

Dans cette perspective, nous allons maintenant nous intéresser à la technique particulière qu'est la thérapie avec le cheval et plus précisément à l'intérêt de l'utilisation du cheval comme médiateur dans la prise en charge psychomotrice de patients psychotiques.

## IV- LA THERAPIE AVEC LE CHEVAL

### A. PRESENTATION DE LA TAC

#### 1- Bref rappel historique

- 1969 : Création du Comité d'Etude et d'Action pour la Rééducation par l'Equitation (CEARE).
- 1970 : Création de l'Association Nationale De la Rééducation par l'Equitation (ANDRE). Peu après, le CEARE fusionne avec l'ANDRE.
- 1976 : le responsable du CEARE fonde l'Association Nationale d'Equitation et de Loisir pour Handicapés (ANETELH).
- 1979 : l'ANDRE fusionne avec l'ANETHEL et donne ainsi naissance à HANDI CHEVAL.
- 1986 : Création de la Fédération Nationale de Thérapie Avec le Cheval (FENTAC) par soucis de différencier cette technique à visée thérapeutique des autres techniques qui utilisent aussi le cheval avec des handicapés (loisirs équestres, sports adaptés).

#### 2- Qu'est ce que la TAC ?

La thérapie avec le cheval ne se veut en aucun cas aboutir à la formation équestre de la personne incluse à l'activité. L'utilisation du cheval dans ce dessein n'est pas l'apprentissage de l'équitation ; l'Art Equestre sert uniquement de base de référence, et la monte est secondaire du travail d'approche de l'« outil » cheval.

La TAC met en contact un sujet et un cheval. Cette rencontre a lieu tant dans le contact corporel que dans la vie fantasmatique de la personne.

Au fil des séances, le sujet va être amené à découvrir des émotions et des sensations corporelles nouvelles. On pourra alors observer deux tendances :

- Une tendance à la régression
- Une tendance à l'automatisation

### **3- La prise en charge en TAC**

#### **a- Les patients**

Les patients sont des adultes présentant des pathologies psychotiques chroniques (issues de psychoses ou d'autisme infantiles précoces).

Dans le premier groupe, il s'agit de patients qui vivent au quotidien dans un foyer de soins, où ils sont encadrés par une équipe d'éducateurs spécialisés, d'infirmiers et d'ergothérapeutes.

Le deuxième groupe est constitué de patients accueillis en hospitalisation de jour, au CATTP de secteur un ou plusieurs jours par semaine, ou hospitalisés au CHS.

#### **b-La demande**

Les patients viennent de leur propre gré. En effet, il est important que la personne ait le désir de participer aux séances de TAC. Avant toute prise en charge, il y a un travail qui se fait avec le patient et l'équipe.

Il est important que le cheval soit, avant la prise en charge, une représentation fantasmatique et devienne ainsi déjà pris dans un réseau de désir ou de peur...

Les fantasmes sont des productions de l'inconscient d'un sujet. Cependant, les psychanalystes, tels que Freud et Jung, ont montré qu'il existait un lien entre l'inconscient individuel et l'inconscient collectif d'où émanent les mythes.

Ainsi, à côté des aspects et possibilités techniques utilisés en TAC, il est complémentaire d'évoquer ce qui enrichit ces thérapies, à savoir ce que le cheval véhicule dans notre pensée et notre fonctionnement psychique, les représentations qu'il incarne, les projections dont il est le lieu.

« Le cheval, comme tout animal, incite l'homme à faire coïncider l'objet réel qu'il est avec l'image que nous avons de lui. Images collectives de société, images personnelles à l'individu selon son âge et son environnement, ses problématiques. » De Lubersac (2000, p.5).

Les fantasmes attachés à cet animal et leurs représentations symboliques sont variés :

- dans la mythologie grecque, le cheval a toujours été proche des divinités. Il est lié à la création, à la fécondité, à la végétation et à l'élément liquide. Il est le symbole de la continuité : c'est lui qui lie la nuit au jour, le printemps à l'hivers.
- pour la psychanalyse, le cheval a une symbolique essentiellement sexuelle et dominatrice. Il apparaît comme un lieu privilégié des projections fantasmatiques ; il est alors symbole de liberté, de dominant mais aussi d'agent maternant.

### **c-Le cadre**

#### **□ Les limites spatiales**

##### **▪ La navette**

La navette est un lieu privilégié où le groupe est réuni. C'est un lieu d'échanges avant et après la séance pendant lequel les patients peuvent être amenés à exposer et à verbaliser leurs craintes, leurs questionnements, leurs envies pour les séances à venir, mais aussi leur vécu et leurs expériences lors des séances passées.

##### **▪ Le centre équestre**

Le centre équestre est l'endroit où l'activité thérapeutique proprement dite a lieu.

Il est lui-même composé de différents espaces :

- L'espace social du club : où l'on circule en allant chercher les chevaux.
- L'espace du manège : qui est délimité.
- L'espace du groupe : avec toutes les possibilités d'interactions possibles.
- L'espace « soignant » : entre le thérapeute, le patient et le cheval.

Les limites spatiales les plus importantes pour l'activité thérapeutique sont celles qui définissent le manège. Elles sont matérialisées par des murs, un plafond, et une barrière qui reste fermée pendant la séance. Les patients doivent rester à l'intérieur du manège pendant toute la durée du travail, même s'ils décident de ne pas y participer. Il s'agit ici de maintenir l'intégrité du groupe. Si l'accompagnement doit souvent se faire en individuel, la dynamique de groupe est importante et chacun y a sa place.

#### **□ Les limites temporelles**

Les séances ont lieu une fois par semaine, et toujours le même jour. Les séances en elle-même durent une heure et demi mais la participation de chaque patient est mobilisée pendant la demi-journée, qui se structure toujours de la même façon :

- Le voyage aller
- L'arrivée au centre équestre
- La prise de contact avec le cheval
- Le pansage et le harnachement
- Le travail à pied avec le cheval
- Le travail de monte
- Le retour aux box
- Le départ
- Le voyage retour

La stabilité du jour de la prise en charge et de la succession de ces différents temps permet aux patients de se constituer des repères.

Certains patients ont beaucoup de difficultés à se situer dans le temps et sont très angoissés sur ce qui va se passer « après ». Le fait de structurer le temps des séances nous permet de les rassurer en les resituant dans la séance. Chez certains le jour de la séance est un repère important dans le déroulement et l'organisation de leur semaine.

Lorsque le patient ne veut pas monter, nous pouvons de temps en temps intervenir en lui indiquant le temps qui lui reste s'il décide encore de le faire. Nous essayons ainsi de créer des repères mais aussi d'amener la personne à décider elle-même ce qu'elle veut faire de ce temps. Ainsi, chacun peut évoluer à travers un temps donné, selon un rythme qui lui est propre tout en respectant la succession qu'impose le travail avec le cheval.

#### □ **Les règles**

Au début de chaque prise en charge, le psychomotricien établit un contrat de participation avec le patient. Il s'agit alors de lui expliquer que les séances ne sont pas des moments de loisirs et qu'il est nécessaire d'y être présent régulièrement, mais aussi qu'une participation est demandée pour tout ce qui concerne la relation avec l'animal (le travail sur le cheval monté reste à la demande du sujet).

L'engagement du patient dans cette participation nous paraît important ; il lui permet de se responsabiliser dans son traitement et d'une certaine manière de se structurer dans le temps.

En dehors de ce contrat, un certain nombre de règles sont exposées et doivent être respectées par les patients. Ces règles sont les suivantes :

- ne pas se faire de mal ;
- ne pas faire mal aux autres ;
- respecter les chevaux, le matériel, et les locaux.

Toutes ces limites sont posées dans le but d'aider la personne à prendre des points de repères et à se structurer lui-même au sein de l'activité en groupe ; elles participent ainsi à la mise en place d'un cadre thérapeutique stable et contenant.

#### □ **L'équipe**

Elle est constituée par la psychomotricienne, la stagiaire, le cheval et des différents professionnels qui accompagnent les patients au centre équestre.

## ▪ **Le thérapeute**

Le thérapeute est la personne qui va avoir une activité de soin. Nous pouvons donc mettre sous ce vocable différentes professions : médecins, psychologues, psychomotriciens, ergothérapeutes...

Dans la pratique de la thérapie avec le cheval, le thérapeute doit revêtir différents aspects : celui d'un soignant mais aussi celui d'un homme de cheval.

Nous reviendrons plus tard sur ce qui fait la spécificité du thérapeute en psychomotricité.

### ➤ **Aspect soignant**

#### Le thérapeute en général

Le thérapeute ne peut concevoir le sujet autrement qu'en temps que personne. C'est en se plaçant au niveau du vécu, du ressenti et de l'émotionnel de son patient que le thérapeute va lui permettre d'entrer en relation en tant qu'individu et non comme objet.

Selon Rogers, toute relation thérapeutique a lieu dans un cadre spatio-temporel. Ce cadre est défini par l'institution, le lieu le temps des séances, et c'est le thérapeute qui en est le garant : il l'instaure et le maintient. Cette responsabilité est importante, en particulier avec des patients psychotiques.

*En effet on s'aperçoit que des évènements comme l'absence d'un des thérapeutes ou l'interruption des séances pendant les vacances, sont souvent source de questionnements inquiets. « est-ce que c'est fini pour toujours ? » « pourquoi elle nous laisse aujourd'hui ? et après elle sera encore partie ? » sont des choses que l'on peut alors entendre. Lorsque le cadre est perturbé, il s'agit alors d'en expliquer les raisons et de rassurer les patients sur la continuité du travail futur.*

D'après Rogers, le thérapeute doit éprouver une attention positive, inconditionnelle envers le patient, ce qui suppose une certaine capacité de tolérance. Lorsque celle-ci ne peut être mise en place, la prise en charge doit ne peut fonctionner. En fonction de sa personnalité, le thérapeute peut être confronté à ces propres réactions, vis-à-vis d'un comportement particulier par exemple, qui vont limiter sa capacité à tolérer l'autre. Il s'agit alors de se connaître suffisamment pour pouvoir reconnaître et comprendre ses propres réactions et éviter ainsi que cela ait des conséquences dans la relation au patient. Ces « contre-attitudes » peuvent aussi être travaillées lors d'un temps d'échanges et de réflexion entre les différents membres de l'équipe soignante. Ces temps de parole permettent à chacun de prendre du recul et de *penser* (après avoir *vécu*) leur travail de soin.

Dans le cadre de ma pratique avec des adultes psychotiques et déficients mentaux, il m'est arrivé d'être confrontée à une certaine inertie dans l'évolution de mes prises en charge. Il m'est arrivé d'interpréter ces moments de doute comme liés à une mauvaise volonté ou un refus du patient de participer et d'être à l'écoute, ce qui créait alors un véritable blocage relationnel entre le patient et moi. C'est en en parlant avec les autres intervenants, en verbalisant ce sentiment de découragement que j'ai pu cerner mes propres angoisses. Ces situations qui me semblaient ne plus avancer me renvoyaient à mes craintes d'être inefficace et incompétente. Le fait de verbaliser ces craintes m'a permis de les reprendre à mon compte et non plus à ceux du patient, et de me sentir à nouveau à l'aise et à l'écoute. À partir de là j'ai pu remettre en question mes objectifs de soins et mieux les adapter à la problématique de ces patients.

C'est aussi par ces échanges au sein de l'équipe que la place de chacun peut être définie et que les modalités de prise en charge peuvent être organisées.

Enfin, d'après Rogers, le thérapeute doit être capable d'empathie pour son patient. « L'état d'empathie ou le fait d'être empathique, consiste à percevoir le cadre de référence interne d'une autre personne avec exactitude et avec les autres composantes émotionnelles et les significations qui s'y attachent comme si on était l'autre personne mais sans jamais perdre les conditions « comme si » » (ref. cours de psychologie de Mr Sciallom). Cette capacité d'empathie est rendue possible par la formation mais aussi par les qualités humaines propres au thérapeute.

### Le thérapeute en TAC

Le thérapeute en TAC n'a pas pour but d'enseigner l'équitation. Son premier rôle est de mettre en relation le patient et le cheval. En utilisant le cheval comme médiateur de la relation, le thérapeute utilise un outil « sujet » et non objet comme dans d'autres thérapies (ballons, pâte à modeler...). L'utilisation de cet élément va enrichir la relation thérapeute/sujet de diverses manières selon la pathologie du patient, la formation du thérapeute mais surtout selon le mode relationnel que choisira le patient. Ainsi, le thérapeute peut être situé dans une relation de maternage ou comme tiers, donnant des ordres et détenteur de la loi.

Dans la pratique de la TAC, le facteur risque est notable. Une certaine marge de sécurité doit être respectée. Le thérapeute devra poser des limites structurantes mais non inhibitrices pour laisser la possibilité au patient de prendre des initiatives. Il doit donc essayer d'assurer une certaine sécurité tout en laissant au patient la liberté d'agir et de s'exprimer.



### ➤ **L'aspect homme de cheval.**

Pour R. De Lubersac, « il est indispensable d'avoir éprouvé dans son corps toutes les difficultés, équilibre, gestes à faire, désobéissance du cheval, peur, etc., auxquelles se trouveront confrontés les sujets mis à cheval ; de se rappeler ses propres réactions, voire les plus primaires. » De Lubersac (1973, p. 68).

Ce vécu de cavalier va permettre au thérapeute d'utiliser son propre vécu corporel dans la relation d'empathie.

L'aspect homme de cheval permet au thérapeute de connaître le fonctionnement physiologique, comportemental et psychologique du cheval. Ces connaissances lui permettent de choisir les chevaux qui correspondent le mieux aux projets des patients, et lui sont aussi nécessaires pour accompagner et rassurer les patients.

*Lors d'une première séance, Mr A., psychotique, était partagé entre l'envie d'approcher la jument et la crainte de recevoir un coup de sabot. Il avait entendu dire que « cela arrivait souvent ». Nous l'avons alors accompagné dans sa rencontre avec sa jument en lui expliquant d'abord que celle-ci avait été choisie pour son caractère doux et calme, puis nous lui avons montré comment approcher la jument pour ne pas lui faire peur (les chevaux ne sont pas dangereux mais certains sont peureux et peuvent avoir des réactions brutales) en lui expliquant qu'ainsi il n'avait rien à craindre. Nous avons ensuite pu aborder la jument avec Mr A. à travers un travail de brossage et de toucher en décrivant et en nommant les différentes parties de son corps. Mr A. s'est montré très intéressé par cette approche du corps de la jument ; il a ensuite passé beaucoup de temps à la brosser en insistant sur les parties que nous lui avons décrites comme les plus agréables à ressentir pour la jument. Lors du travail de marche, nous avons pris le temps de lui expliquer le sens des réactions de sa jument (mouvements des oreilles, des nasaux, arrêts intempestifs...). Cette approche basée sur des explications claires et rassurantes quant au comportement du cheval et sur des sensations de chaleur au contact de l'animal a permis à Mr A. d'être rapidement rassuré. Lors de la séance suivante, il a lui-même commenté le comportement de son cheval et a décidé qu'il était prêt à monter.*

Voilà pourquoi le thérapeute doit avoir une connaissance du cheval tant dans sa pratique que dans son fonctionnement psychologique.

#### ▪ **Le cheval**

Le cheval est avant tout un être vivant qui possède ses humeurs.

Le cheval choisi pour participer aux séances de TAC doit répondre aux qualités que lui demande le thérapeute : il doit être obéissant, avoir du caractère et ne pas être vicieux.

Il est important que le thérapeute ait confiance en ses chevaux et qu'il puisse ainsi laisser les patients les approcher et les toucher en sachant qu'ils ne courent pas de risque.

Le fait d'avoir du caractère, c'est-à-dire son propre tempérament, va permettre au cheval de ne pas être considéré comme une machine. Ses variations d'humeur, ses refus d'avancer lorsque la situation est trop dangereuse, sont des traits qui vont interpeller les patients et qu'ils peuvent comparer à leurs propres comportements.

*S., 24 ans, est atteint du syndrome de l'X fragile. Lors d'une séance, il nous fit remarquer que sa jument était plus nerveuse qu'à l'habitude. Le sentant inquiet, nous lui expliquons que lorsqu'il fait très froid les chevaux peuvent être plus nerveux. Il nous fait alors cette remarque « oui, oui, moi aussi des fois je m'énerve. » Le fait de pouvoir comparer ses propres comportements à ceux de sa jument, ou inversement, semble lui avoir permis de mieux comprendre ce qui se passait et d'être rassuré.*

Selon le patient, le cheval peut être considéré de différentes manières :

- Le cheval peut être vécu comme le prolongement de son corps. Certains patients vont avoir tendance à fusionner avec le corps de l'animal : ils se laissent portés, n'interviennent pas et nous donnent l'impression de former un tout avec l'animal.
- Le cheval peut être vécu comme le prolongement du corps du thérapeute.

G. a 25 ans, elle est psychotique. Son attitude envers sa jument est très ambivalente (ce qui peut nous renvoyer au fonctionnement clivé propre au psychotique) : elle passe par des moments de tension pendant lesquels sa jument est injuriée et malmenée, à des moments de caresses interminables et d'échange de mots doux. Alors que nous venions de lui faire une remarque sur le fait qu'on ne pourrait pas tolérer ce genre de comportement dans le manège (elle était très agressive ce jour-là) elle s'est retournée vers sa jument et lui a fermement conseillé de ne pas lui parler sur ce ton « sinon elle allait être frappée ». Nous serons, la semaine d'après, qu'elle avait pu verbaliser le fait que la psychomotricienne l'avait mise en colère.

Cet exemple peut illustrer les possibilités pour le patient de projeter sur le cheval des sentiments agressifs, mais aussi d'amour, réservés aux thérapeutes, prenant ainsi le cheval comme le prolongement du corps de ces derniers.

- Le cheval peut être vécu comme un être autonome, vivant, permissif jusqu'à un certain niveau, auquel il faut s'adapter.

Nous finirons cette partie consacrée au cheval en notant que le cheval étant un être vivant, il doit être respecté.

En TAC, on ne monte pas à cheval sans s'en être occupé, l'avoir brossé, et on ne s'en va pas immédiatement après être descendu. Ces règles de base permettent aux patients de se responsabiliser et de prendre conscience que le cheval n'est pas une « chose », ou simplement que le cheval « est », et qu'on ne peut pas l'utiliser comme on le désire en le laissant tomber une fois qu'on en a plus besoin.

#### ▪ **Relations thérapeute-patient**

En TAC, la relation qui s'établit entre le thérapeute et son patient est particulière puisqu'elle a trois médias à sa disposition : le corps du thérapeute, le corps du sujet à cheval et le corps du cheval.

Le thérapeute va entretenir le contact et participer à la relation qui le lie au patient à travers son expression corporelle et verbale.

Un transfert (j'emploie ici ce terme dans un sens large pour qualifier tout échange affectif sans le prendre dans le sens purement analytique) va s'établir entre le thérapeute et son patient ; selon son importance et sa nature les résultats de la thérapie seront plus ou moins satisfaisants.

La prise en charge en TAC va offrir au patient une situation relationnelle affective régressive dans laquelle le thérapeute sera pris dans une relation de maternage.

« Cette relation de maternage, avec les désirs qui y sont inclus (contact, sécurité, plaisir...) favorise de par sa nature même des comportements régressifs. » De Lubersac (1973, p.38)

Pour Winnicott, la régression peut être définie comme l'inverse du progrès, et elle peut faire partie d'un processus d'évolution, d'amélioration et de guérison. Pour l'auteur, tout être normal et sain se voit dans la possibilité de protéger son self contre une carence de l'environnement en « gelant la situation de carence ». La régression peut alors permettre au sujet de « dégeler la situation carencée » Winnicott (1992 p.135). Ces régressions sont de deux types :

- Une régression à un point de fixation, moment où s'est produit un traumatisme psychique au cours de la phase prégénitale, provoqué par des situations défavorables, mettant le sujet dans une situation de carence affective.

- Une régression à de bonnes situations prégénitales, situations de succès, quand il y a difficulté à un stade ultérieur. C'est un phénomène sain qui remet le sujet en situation de succès dans le plaisir.

Le thérapeute se trouve donc impliqué dans une relation particulière pour chaque patient et devra moduler sa réponse dans le sens le plus thérapeutique. La relation de maternage est sécurisante pour le sujet mais devra progressivement laisser place à l'autonomie. La « bonne-mère » que représente le thérapeute devra se désadapter progressivement selon la théorie de Winnicott que nous avons développer plus haut.

#### ▪ Relations thérapeute-patient cheval

À l'intérieur de cette relation modulable vient s'insérer un autre élément : le cheval.

La relation thérapeute/ patient va en être enrichie selon le mode relationnel que le patient va établir avec le cheval. Cette relation peut être de différents types :

- Fusionnelle : en référence aux toutes premières relations de l'enfant avec sa mère.
- Le cheval comme objet transitionnel : le cheval est alors une possession et cependant ce n'est pas un objet complètement externe.
- La triangulation : le cheval est reconnu comme objet extérieur, autonome et le thérapeute comme porteur de la loi.

« Ces différentes étapes ne s'élaborent pas nécessairement dans un ordre chronologique. Le thérapeute s'inscrit différemment dans la relation selon le besoin du patient. Il est garant de la sécurité du lien entre le cheval et l'individu. » Bernardo-Molard (2000, p. 170)

## B. ETUDE DE CAS

### 1- Présentation du patient

Nom : Mr H.

Age : 34 ans (né le 22.02.1966).

Situation familiale : célibataire. Mr H. vit chez sa mère.

Situation professionnelle : Mr H. ne travaille pas. Il perçoit l'Allocation Adulte Handicapé à 100%.

#### a- Anamnèse :

Mr H. est actuellement pris en charge en ambulatoire une journée par semaine au CATTP de secteur. C'est dans ce cadre qu'il participe au « groupe cheval » depuis deux ans.

□ **Eléments familiaux**

Mr H. n'a pas connu son père, celui-ci étant parti lorsque sa mère était enceinte de 3 mois.

Jusqu'à 11 mois il est gardé par une nourrice, puis c'est sa mère qui le garde la journée.

La mère de Mr H. est chômeuse jusqu'en 1993.

La relation qui lie Mr H. et sa mère est décrite par les différentes équipes soignantes comme fusionnelle. L'évolution de la prise en charge de Mr H. sera souvent confrontée aux difficultés pour Mme H. de voir son fils s'éloigner ; ainsi elle refusera à plusieurs reprises les propositions thérapeutiques offrant à Mr H. la possibilité de s'autonomiser (hospitalisations de jour, stages en CAT...). De son côté, Mr H. semble anticiper les angoisses de sa mère face à la séparation et souffre lui-même d'une angoisse massive à tout changement. Ces crises d'angoisses seront souvent l'occasion d'hospitalisations.

□ **Histoire de la maladie**

À l'âge de 11 mois, il est hospitalisé suite à des convulsions.

C'est à ce moment qu'est porté le diagnostic de psychose infantile avec déficience mentale légère associée (selon les dossiers le diagnostic est variable ; ainsi dans le dossier COTOREP retrouve-t-on le terme d'autisme infantile...).

La marche est acquise très tard.

À l'école maternelle, il est décrit comme très renfermé sur lui-même.

Le langage n'apparaît qu'à l'âge de 8 ans.

L'état de Mr H. va fluctuer entre des périodes d'excitation, des épisodes catatoniques et hallucinatoires (qui nécessiteront de nombreuses hospitalisations) et des périodes plus calmes.

Depuis presque 1 an, il semble être stabilisé dans le cadre de sa prise en charge en ambulatoire.

□ **Parcours institutionnel**

1969 : début de prise en charge à l'institut S. en consultations.

1972-1986 : pris en charge en orthophonie et en consultations (jusqu'en 1991) à la Fondation V. (hospitalisation de jour pour adolescents).

1981-1985 : IMPRO.

1985-1991 : Hôpital de jour.

1991 : entrée au CATTP et consultations au CMP.

L'évolution du projet institutionnel de Mr H. a du être adapté aux nombreuses périodes de crise et de régression nécessitant des hospitalisations plus ou moins longues, ainsi qu'à la réticence de sa mère quant aux différentes perspectives d'autonomisation qui ont été proposées à son fils. Les rechutes font en général suite à des changements institutionnels ou à des séparations d'avec sa mère.

1981 : Hospitalisation en CHS pour replis autistique et anorexie (suite à une opération de Mme H.).

1983 : Hospitalisation en CHS pour un épisode catatonique.

1987 : Hospitalisation en CHS dans un état quasi catatonique avec négativisme et délire onirique suite à un projet de placement.

Entre 1988 et 1996, Mr H. semble stabilisé dans le cadre de ses prises en charges en ambulatoire.

Entre 1990 et 1993 le projet de soins est orienté vers une admission en CAT ou en CITL, mais toutes les tentatives échouent (non validation des périodes d'essai, non présentation au rendez-vous, refus de la mère).

En 1996, lors d'un voyage thérapeutique, il disparaît du centre pendant une nuit entière et est retrouvé au petit matin au milieu d'une forêt. À partir de ce jour, son état s'est empiré : crises d'angoisse, anorexie (il perd 30 kg), insomnies, régressions. Mr H. est hospitalisé (6 fois entre 96-98) dans un état de recrudescence anxieuse et hallucinatoire (il dit ne plus avoir de dents, avoir le ventre qui grossit, tente de s'arracher la mâchoire...) ; il présente le signe du miroir (il reste des heures devant le miroir, hurle et ne se reconnaît plus) et parle à la deuxième personne du singulier.

En 1997, Mme H. entre en consultations au CMP.

Début 1999, Mr H. semble se stabiliser progressivement, il redevient intéressé et communicatif et utilise le « moi ».

#### □ Admission dans le service

Mr H. est entré au CATTP en 1991 ; c'est dans ce cadre qu'il participe au groupe d'équithérapie depuis septembre 1999.

Vivant seul avec sa mère, cet accueil d'une journée par semaine, a pour but de lui offrir l'occasion de s'autonomiser et de rencontrer de nouvelles personnes (il vient seul au centre depuis 1993).

#### □ Traitement médical

En dehors des hospitalisations, durant lesquelles un traitement neuroleptique est souvent nécessaire, Mr H. est sous prescription de tranquillisants. Son traitement tend progressivement à diminuer.

#### b- Bilan psychomoteur

Etant donné le cadre de la prise en charge, j'effectue un bilan d'observation sur 3 séances (06.11.00 au 27.11.00).

#### □ Présentation générale :

Mr H. a une attitude voûtée (cyphose dorsale); il redresse sa tête mais celle-ci reste enfoncée entre ses épaules. Son visage est très crispé et ses mimiques sont figées. Ses yeux sont en permanence écarquillés, son regard se fixe par moment et donne parfois l'impression de traverser sans voir. L'attitude générale de Mr H. renvoie l'impression qu'il est à l'affût de quelque chose, dans l'attente permanente d'un événement qui pourrait surgir brusquement.

#### □ Communication et attention :

Mr H. est à l'écoute de ce qu'on lui dit et s'exprime lui-même assez facilement lorsqu'il n'est pas trop angoissé. Sa compréhension est bonne ; il aime interpréter les réactions du cheval (passage du non-verbal au verbal) et pose des questions.

Cependant par moments il semble « ailleurs » et il est difficile de récupérer son attention.

Mr H. investit beaucoup la relation duelle ; il ne cherche pas à communiquer avec les autres membres du groupe (il est pourtant intéressé par ce qui se passe et pose des questions).

#### □ Tonus et motricité :

On peut rapidement remarquer chez Mr H. une importante hypertonie d'action et de repos. Les paratonies sont importantes aux membres supérieurs et inférieurs.

Cette hypertonie concerne l'ensemble du corps mais elle est d'autant plus visible au niveau de son visage (la bouche reste souvent figée dans une position, et il faut parfois rappeler à Mr H. d'avaler sa salive).

L'anxiété permanente et l'hypertonie font que les déplacements et les gestes sont un peu saccadés et parfois ponctués de décharges toniques.

Les dissociations fines et la motricité digitale sont perturbées par d'importantes tensions et les gestes fins sont tremblants.

#### □ Connaissance et investissement corporel :

Mr H. connaît les différentes parties de son corps mais celles-ci ne semblent pas former un tout contenant lui appartenant réellement. Il semble difficile pour lui de ressentir son corps.

L'hypertonie crée comme un carcan, difficile à utiliser de façon adaptée. Ainsi le schéma corporel est-il connu, mais ne semble pas vécu en tant que référent dans le temps, l'espace et la relation, ni ressenti comme base étayante du corps propre. Le corps apparaît désinvesti et parfois « déshabité » (plus de déglutition, blocages de la respiration, regard lointain...) ; il est vécu comme angoissé et angoissant (il est important de noter que lors des crises d'angoisse de Mr H., les angoisses de morcellement et les hallucinations corporelles sont importantes).

□ **Orientation spatio-temporelle :**

Mr H. a une bonne connaissance des termes spatiaux. Il semble bien orienté, peut s'orienter dans le centre équestre, connaît sa droite et sa gauche et peut diriger son cheval dans plusieurs directions sur ordre verbal. Cependant, l'investissement de l'espace est limité. La réversibilité n'est pas possible.

Mr H. semble avoir des difficultés à se situer dans le temps. Il pose souvent des questions quant aux séances précédentes et aux séances futures, et il semble important pour lui d'avoir des repères fixes afin d'être rassuré. La notion de vitesse n'est pas évidente à utiliser pour lui.

□ **Conclusion :**

À partir de ce bilan, on peut noter chez Mr H. une hypertonie massive s'installant sur un fond très anxieux. La problématique corporelle est au premier plan avec un désinvestissement corporel et un vécu très angoissé. Lors de la prise en charge, il faudra prendre en compte sa difficulté à trouver des repères dans le temps et a minima dans l'espace (afin de ne pas augmenter l'angoisse) et la tendance qu'à Mr H. à n'investir qu'une relation duelle (reproduction de la relation fusionnelle avec sa mère ?).

Durant ces premières séances, il apparaît clairement que le contact avec le cheval lui plaît énormément et que ce temps de séance peut être pour lui une importante source de valorisation et d'autonomisation (Mr H. est en effet très sensible aux gratifications et est souvent motivé pour faire les choses seul.).

## **2- Prise en charge**

**Date de début :** septembre 1999.

### **a- Projet thérapeutique et modalités de prise en charge :**

Le projet de prise en charge en psychomotricité s'inscrit dans le projet de suivi institutionnel qui consiste à offrir à Mr H. l'occasion d'être accueilli en dehors du domicile familial et de partager des temps d'ateliers avec d'autres personnes. Plus précisément, les objectifs de la prise en charge en groupe en équithérapie sont de travailler sur le vécu anxieux de Mr H. en



l'aidant à consolider son schéma corporel et son image du corps à travers différentes expériences corporelles pour lui permettre de trouver des moments de détente; de lui donner l'occasion de découvrir ses propres capacités (en particulier lors des soins et de la conduite du cheval) et de se responsabiliser ; enfin de l'amener à rencontrer les autres membres du groupe.

Pour cela, il est accueilli avec cinq autres patients une fois par semaine pendant une heure au centre équestre.

#### **b- Déroulement du suivi :**

La reprise du « groupe cheval » a lieu au mois d'octobre, après trois mois d'interruption. La remise en route va se faire progressivement, il s'agira de reprendre confiance, de connaître les nouveaux chevaux et de trouver sa place dans le groupe dont la composition a changé.

À l'heure actuelle, la prise en charge peut être décrite en deux périodes :

##### **□ Du 16 octobre au 27 novembre 2000 :**

Mr H. est suivi individuellement Les séances se déroulent de la façon suivante :

Prise de contact avec le cheval. (observation du cheval, commentaires, approche). La jument avec laquelle il travaillait l'année passée a été vendue. Mr H. l'avait beaucoup investie et la connaissait bien ; il doit donc être souvent rassuré dans l'approche et le travail avec de nouveaux chevaux. Le temps de préparation est important, Mr H. pose beaucoup de questions sur l'état et les réactions de l'animal (est-il gentil ?est-ce un mâle ou une femelle ?...)et il parle beaucoup à son cheval.

Brossage, soins, habillage du cheval (stimulations sensorielles et verbalisation). Mr H. est très attentif au corps et au comportement de son cheval, il le brosse mais préfère le caresser « c'est mieux ». Lorsqu'il est rassuré, Mr H. peut s'occuper seul des préparations. Il est très fier de cette autonomie et félicite son cheval quand ça se passe bien (« c'est une bonne fille »).

Travail individuel sur le cheval à l'arrêt (mouvements de détente, exercices de contraction-décontraction, travail de respiration, verbalisation des sensations). Mr H. est très motivé pour monter et arrive à maîtriser ses angoisses. Nous profitons de ce temps pendant lequel le cheval est à l'arrêt pour amener Mr H. à découvrir différentes sensations : sensations de chaleur liées au contact de son corps avec celui du cheval, sensations labyrinthiques lorsque nous lui proposons de changer de positions ou d'aller toucher des parties plus éloignées du corps de sa jument. Ces moments semblent lui plaire, il sourit et semble plus détendu.

Travail individuel au pas (ressenti corporel, mouvements, appuis sur le cheval, conduite du cheval...). Dès que la jument se met au pas, Mr H. se tend. Les déplacements du cheval

semblent l'angoisser en lui procurant des sensations qu'il a encore du mal à intégrer. Il n'a pas de difficulté à maintenir son équilibre sur le cheval mais semble plutôt inquiet par les mouvements qu'il ressent au contact du cheval. Cependant, il est content d'évoluer à cheval et de constater son efficacité sur les déplacements de celui-ci (arrêt et mise au pas) ce qui nous décide à continuer ce travail malgré ses tensions. Il est alors nécessaire de l'accompagner verbalement, mais c'est surtout par mon regard que Mr H. peut-être rassuré. Les exercices de respiration et de mobilisation lui permettent de se détendre mais très rapidement il se crispe à nouveau. Etant donné que cette « carapace tonique » semble être pour lui un moyen de se protéger contre des sensations trop angoissantes, nous n'insistons pas sur les exercices de détente.

Retour aux box, déshabillage et nourriture au cheval. (notion de séparation, bilan de la séance). Mr H. est souvent soulagé de descendre de cheval mais il est fier de nous entendre commenter ce qu'il a pu faire pendant la séance. Spontanément, il caresse peu son cheval mais le félicite lorsque la séance s'est bien passée.

□ **Du 25 janvier au 30 avril :**

Mr H. est plus détendu, il prend plus d'initiative et gagne en confiance et en autonomie. Cet état de détente lui permet d'être attentif et de s'intéresser aux autres participants (sans s'adresser à eux directement). Ces regards et ces questions sur les autres participants nous permettent de penser qu'il aimerait maintenant se joindre au groupe.

Ainsi, après un temps en individuel durant lequel nous continuons de travailler avec lui sur différents ressentis, il lui est donc proposé de rejoindre le groupe pour faire des parcours (lors de la dernière séance avant les vacances de Noël, il participe à une course de relais en équipe !). Ce travail lui plaît, il arrive à suivre les autres et à diriger son cheval seul toujours en étant accompagné verbalement. Les autres patients sont réceptifs à sa participation et s'adressent à lui. Nous sommes impressionnés par ses capacités quant à la conduite de son cheval et à la maîtrise de ses angoisses et ne manquons pas de lui dire, ce à quoi il semble être très sensible.

□ **Evolution des relations**

L'année précédente, Mr H. travaillait avec une jument avec laquelle il avait établi une relation très fusionnelle. Or il n'a pas pu la retrouver cette année. Le cheval avec lequel il a pu travailler cette année n'a pas été investi de la même façon, il est devenu progressivement un objet d'attachement auquel il parlait beaucoup et dont il aimait s'occuper : objet de soins, d'alimentation, de pansage

Dès les premières séances, Mr H. m'a beaucoup sollicitée : il prenait peu d'initiative et avait besoin de ma présence pour être rassuré lors de la prise de contact avec le cheval. Le travail en individuel sur le ressenti corporel a contribué à instaurer une relation de maternage.

Ainsi, lorsque j'ai senti que Mr H. commençait à s'intéresser aux autres participants, je l'ai accompagné dans ce sens pour lui permettre de s'autonomiser.

### **c- Conclusion**

Le travail progressif sur le ressenti corporel à côté et sur le cheval ainsi que l'investissement qu'il a montré vis-à-vis du corps de son cheval semblent avoir progressivement permis à Mr H. de percevoir les limites de son corps et de consolider son image du corps. L'angoisse liée aux stimulations dues aux déplacements de son cheval a donc diminué ce qui lui a permis d'être plus détendu.

Cette progression a permis à Mr H. de rejoindre le groupe et de participer à des activités plus élaborées quant à la conduite de son cheval. Ces activités sollicitent pour lui des paramètres nouveaux : coordination gestuelle, ajustement tonique, qui vont progressivement lui permettre de structurer son schéma corporel et d'évoluer vers une plus grande autonomie.

De façon générale, MrH. est encore très anxieux mais il me semble que s'il pouvait se maintenir dans un état de plaisir et d'échanges pendant ces séances, avec la revalorisation narcissique que cela peut lui apporter, cette anxiété pourrait diminuer.

## **V- Intérêt de l'« outil » cheval en psychomotricité**

Nous sommes partis de l'hypothèse que l'intérêt de l'approche corporelle et de la prise en charge en psychomotricité des pathologies psychotique était de travailler sur la problématique corporelle : corps sans limite, corps mal perçu, corps mal identifié.

Nous avons pu constater que de nombreux auteurs avaient mis en évidence l'importance des modalités sensorielles dans la construction et l'unification du corps propre et du sentiment d'identité lorsqu'elles étaient vécues et qu'elles prenaient sens dans la relation à l'autre.

Pour cela le psychomotricien va proposer au patient de vivre de nouvelles expériences corporelles et de découvrir les sensations en étant accompagné dans une relation.

Je voudrais montrer ici comment le cheval peut être utilisé comme médiateur dans ce projet thérapeutique.

### **A. Le cheval et les expériences sensorielles**

#### **1- Sensations kinesthésiques**

Les sensations kinesthésiques proviennent des sensibilités articulaires, tendineuses et musculaires ; elles sont liées aux mouvements. Elles permettent la perception des déplacements des différentes parties du corps entre elles et au déplacement du corps dans l'espace.

Lors des séances de TAC, les stimulations kinesthésiques sont importantes. Qu'il s'agisse de travailler autour du cheval, de monter sur son dos ou d'être porté, le corps est sollicité à travers le mouvement.

Dans ma pratique avec les patients psychotiques adultes, j'ai pu remarquer que souvent leur propre expérience kinesthésique, c'est-à-dire du corps en mouvement, était très réduite.

En effet, les déplacements sont souvent réduits, les gestes sont diminués dans leur amplitude et les attitudes corporelles sont souvent figées. Lorsque leur corps est mis en mouvement, c'est souvent dans un registre gestuel connu et reconnu, les gestes se répètent ou s'enchaînent dans une sorte de monotonie qui semble les protéger de toute expérience nouvelle, de toute découverte sur le vécu leur propre corps.

On retrouve aussi assez souvent une hypertonie de fond et d'action massive et on ne peut imaginer qu'elle permette le ressenti de quelque sensation.

Le cheval a cela de particulier qu'il va mobiliser la participation corporelle et les mouvements des patients de façon naturelle ; il ne s'agira pas ici de lever un bras pour lever un bras mais de lever un bras pour brosser le dos du cheval par exemple. Il me semble que c'est sur la base de ce déclenchement moteur spontané que peut être travaillée dans un second temps la prise de conscience des sensations kinesthésiques dans une verbalisation avec le psychomotricien.

*M., 28 ans, est psychotique. M. vient en séance de TAC depuis plusieurs années et il a acquis une certaine autonomie dans la préparation de sa jument. Lors d'une séance, il décide de placer lui-même la selle sur le dos de sa jument « sans aide ». Je me place légèrement à distance et l'observe faire. Or je m'aperçois que M. reste immobile, figé devant sa jument. Lorsque je m'approche pour comprendre ce qui se passe, M. me dit qu'il ne peut pas faire ça, que ça fait trop mal (l'ayant vu brosser généreusement son cheval quelques minutes avant, cette « douleur » ne pouvait pas être liée à un blocage musculaire ou articulaire, le cas échéant j'aurais été prévenue par l'équipe qui accompagne M.).Après lui avoir demandé d'essayer de m'expliquer sa douleur, j'ai compris que ce qu'il vivait comme une « brûlure », était la mise en tension importante de ses muscles lorsqu'il soulevait la selle : cette sensation, nouvelle pour lui, était très angoissante. Après lui avoir expliqué qu'il était normal de ressentir de la chaleur car il faisait un effort important et que ses muscles travaillaient, nous avons mis la selle ensemble. Nous avons fait la même chose les séances suivantes. Puis M. a pu mettre la selle seul avec une certaine fierté.*

Cet exemple peut illustrer à quel point, les sensations kinesthésiques étant peu mobilisées chez les psychotiques, elles ne sont pas identifiées et prennent très vite un caractère angoissant : c'est comme si toute découverte mettait en péril l'intégrité même du corps propre.

La technique des soins et de la conduite du cheval vont donc déclencher, assez naturellement la plupart du temps, la mise en place de mouvements, nouveaux et variés, riches en stimulations.

Mais ces stimulations vont aussi être très présentes lors de la monte : les déplacements du cheval vont avoir une action sur le corps du patient qui va se retrouver lui même en mouvement.

*Mr H., 36 ans, est psychotique, il présente une importante hypertonie de fond installée sur un vécu très anxieux. Le travail à cheval lui plaît mais il a encore du mal à se détendre. Lors d'une séance, Mr H. est monté sur sa jument alors que celle-ci était équipée d'un tapis et*

*d'un surfait et non d'une selle comme à l'habitude. Lorsque la jument s'est mise à avancer, Mr H. s'est recroquevillé sur lui-même et tout son corps s'est tendu. Je n'ai pas tout de suite compris que cette angoisse était liée au fait que les sensations sont beaucoup plus importantes lors de la monte sans selle. J'ai donc commencé par essayer de faire verbaliser à Mr H. ce qui le rendait si angoissé ce jour-là mais il était si crispé qu'il ne pouvait répondre à aucune de mes sollicitations. Lorsque je compris que cette angoisse devait être liée à l'amplitude inhabituelle des sensations que provoquaient les déplacements du cheval sous son corps, j'ai essayé de lui expliquer ce qui se passait et les raisons de ce qu'il pouvait ressentir. Devant l'angoisse qui persistait nous avons fait descendre Mr H. de sa jument. Les séances suivantes, Mr H. était très anxieux à l'idée de monter à cheval. L'épisode précédent avait été repris au sein du groupe et l'angoisse avait été verbalisée, cependant nous avons dû prolonger le temps d'approche et de brossage avec Mr H. pour lui permettre de retrouver une partie de l'assurance qu'il avait acquis jusqu'alors.*

Cet exemple illustre bien je crois, toute la difficulté de travailler sur un vécu angoissé du corps. Par sa capacité d'empathie, liée à sa connaissance des pathologies, le psychomotricien doit pouvoir doser les stimulations qu'il propose à ses patients afin d'éviter l'émergence d'une trop grande angoisse, ce que je n'ai pas su faire dans le cas de Mr H.

Pour éviter que les stimulations ne soient trop importantes et ne deviennent angoissantes, nous travaillons surtout au pas, qui est une allure lente et plutôt berçante. Le trot est lui, au contraire, brusque, stimulant et traumatisant. Cependant, il arrive que les patients en soient demandeurs.

*S. en fin d'année, réclame à la fin de chaque séance de faire un ou deux tours de trot. Afin de ne pas le mettre dans une situation traumatisante, je l'accompagne en tenant le cheval et en courant à ses côtés. S. se tient alors à la crinière de son cheval et se laisse rebondir sur la selle avec beaucoup de plaisir. Pour S., le trot représente la vitesse et la force de l'animal, il est toujours très fier de lui en descendant.*

Par son allure sautée, le trot provoque d'autres sensations que le pas. Ces sensations ont une teinte plus érotique. D'ailleurs, les temps de trot provoquent souvent des rires et des cris de plaisir. Ils semblent être des moments d'excitation intense. On a vu comment des stimulations trop importantes pouvaient entraîner un morcellement du corps et non une prise de conscience d'une continuité corporelle. Il me paraît donc important de ne proposer le trot qu'à des patients ayant déjà pu structurer une certaine image de leur corps.

## **2- Sensations labyrinthiques**

Les sensations labyrinthiques sont liées au fonctionnement de l'oreille interne et de ces récepteurs qui nous renseignent sur la position du corps par rapport à la gravité terrestre et sur son orientation lors de ces déplacements. Liée aux sensations proprioceptives et kinesthésiques elle participe au maintien de l'équilibre.

La monte à cheval met le patient en position élevée et par conséquent, l'équilibre qu'il possédait à terre est remis en question. De plus, le cheval n'est pas un être statique, même à l'arrêt, il ne peut s'empêcher de bouger. L'altitude et les différents mouvements du cheval vont donc créer de nombreuses stimulations labyrinthiques et kinesthésiques qui vont devoir être prises en compte par le patient pour pouvoir maintenir son équilibre.

Le fait que ces stimulations passent par l'intermédiaire du cheval permet de les intégrer au plaisir d'être sur le cheval. Lorsque les patients arrivent à un bon équilibre, ils gagnent une certaine confiance corporelle qui leur permet de rentrer en relation avec leur cheval.

## **3- Sensations tactiles**

La sensibilité tactile a une part importante dans la construction de l'enveloppe corporelle qui permet la séparation entre le dedans et le dehors.

La taille du corps du cheval, sa douceur et sa chaleur vont faciliter les contacts tactiles.

Les stimulations tactiles peuvent, il me semble, être considérées selon deux composantes : une active et une passive.

Toucher : lors du pansage, les patients ont l'occasion de toucher les différentes parties du corps de leur cheval. Chez les patients les plus régressés, il y a souvent, dans les premiers temps, une crainte de toucher ce corps, comme s'il était brûlant, piquant, ou trop fragile. On a parfois l'impression que cet acte de toucher peut être dangereux pour leur propre corps, qu'il risquerait de se confondre avec celui de l'animal ou même d'être anéanti à son contact. Lorsqu'on les accompagne, au bout de quelque temps, cette inquiétude disparaît et le contact est même recherché. Cet investissement du corps du cheval se fait toujours de manière parcellaire, ce qu'on peut assez facilement relier à la manière dont ils investissent leur propre corps. La plupart du temps le patient s'occupe surtout des grandes surfaces du corps du cheval en laissant de côté la tête et les membres, comme si ces grandes surfaces le rassuraient sur la continuité du corps du cheval et peut-être de son propre corps. Certains cependant vont commencer par investir des parties plus spécifiques : certains ont une fascination pour les

crins et la queue qu'ils manipulent et triturent, d'autres se collent aux naseaux et semblent apprécier la chaleur qui s'en dégage.

*F. a 34 ans, il est autiste. Lors des premières séances, F. semblait avoir très peur de toucher son cheval, tout en étant fasciné par les petits bouts de paille qui étaient collés sur sa crinière. De temps en temps, il se risquait à en attraper un ou deux d'un geste brusque et du bout des doigts et je pouvais voir que cela lui demandait un effort terrible. J'ai décidé de l'accompagner dans son approche en me montrant moi aussi attentive aux petits bouts de paille et en l'aidant à les ramasser mais avec des gestes moins rapides, puis en caressant en même temps la crinière, puis en ramassant les bouts collés sur le dos etc...F. m'a suivi progressivement, sur plusieurs séances, à travers la découverte du corps de son cheval et il peut maintenant le caresser seul, ce qui provoque d'ailleurs de temps en temps des rires. « Chiquita » est même nommé et disputé plusieurs fois par séances, il a bien été différencié dans les limites de son corps.*

Etre touché : lorsqu'il est sur le cheval, le patient se retrouve en corps à corps avec le cheval. Cette situation peut être comparée au contact corporel mère-enfant dans le holding de Winnicott. Cette intimité va procurer de nouvelles sensations qui seront ressenties au niveau de la peau de l'adulte. Le corps du cheval étant plus chaud que le corps d'un être humain, cette différence de température est souvent ressentie ce qui permet aux patients de cerner les zones de contact avec le corps de l'animal. Le fait d'amener les patients à prendre différentes positions et à se mouvoir sur le dos du cheval va leur permettre de construire progressivement une enveloppe corporelle qui aura comme limite la peau.

#### **4- Sensations visuelles**

La vision a elle aussi un rôle important dans la construction du schéma corporel et de l'image du corps.

Dans ma pratique, j'ai pu remarquer deux phénomènes intéressants liés aux sensations visuelles :

Lorsque le patient a pu investir son cheval et établir une relation avec lui en tant qu'objet d'attachement, et non plus dans une relation totalement fusionnelle ou l'un et l'autre sont confondus, il commence souvent à s'intéresser au physique de l'animal. Pendant le temps de pansage on peut voir le patient accroupi, regardant une à une toutes les parties du corps du cheval.



Ensuite, on peut s'apercevoir que l'adulte va commencer à comparer le corps du cheval au sien comme s'il s'identifiait à l'animal pour tirer de ses comparaisons une image de son propre corps.

*Pendant une longue période, Mr H., psychotique, a passé beaucoup de temps à décrire et à commenter le corps de sa jument : « elle est grosse aujourd'hui, elle a du trop mangé. » Mr H. semblait surtout intéressé par la taille, la forme du ventre et les petites blessures de l'animal. Un jour, alors que sa jument s'était légèrement blessée lors d'un concours, il remarqua très vite la blessure et après avoir posé beaucoup de questions sur la gravité et les raisons de cette blessure, il souleva le bas de son pantalon pour me montrer une ancienne cicatrice qu'il avait sur le genou. Pendant la séance, il fut ensuite assez difficile de concentrer son attention car l'histoire de cette cicatrice monopolisa tout son intérêt.*

Cet exemple illustre bien comment l'image spéculaire du corps du cheval peut permettre l'élaboration d'une représentation de son propre corps. Il montre aussi que la relation établie entre le sujet et le cheval peut fluctuer entre une relation de fusion (sujet et cheval sont confondus) et une relation à un objet « cheval ».

### **5- D'autres sensations**

Dans la sphère auditive, ce sont les paroles du thérapeute qui peuvent constituer pour certains patients une véritable enveloppe protectrice et rassurante.

Les odeurs sont très présentes au centre équestre c'est pourquoi elles me paraissent importantes. Elles peuvent être agréables comme vraiment désagréables, et les patients y sont en général assez sensibles. Il y a d'abord l'odeur du cheval ou du poney que certains aiment flairer avant de monter, mais aussi les odeurs de paille, de fumier, de cuir, de sciure etc...

### **6- Conclusion**

Dans le cadre de ma pratique, j'ai pu constater que la mise en contact d'un sujet avec un cheval entraînait toute une série d'expériences sensorielles. Ses expériences étant inhérentes à l'« activité cheval », les patients adultes les vivent dans une continuité d'actions très spontanée, ce en quoi l'utilisation du cheval comme outil pour le psychomotricien me paraît très intéressante.

Cependant, si je pense que le psychomotricien peut utiliser les possibilités qu'offre le cheval de vivre de nouvelles expériences sensorielles, je ne pense pas que son rôle soit de nommer et d'expliquer systématiquement toutes ses sensations. Ceci aurait vite un côté étouffant,

scolaire et non structurant pour le patient. Je crois qu'il s'agit plutôt de tenter de comprendre, par l'observation et l'écoute du verbal comme du non-verbal, ce qui se passe pour le patient dans son corps, relié à ses émotions, et à partir de là de trouver le moment où il est lui-même prêt à échanger ces expériences nouvelles et à en faire quelque chose pour lui dans la relation à son thérapeute.

## **B. Cheval et schéma corporel**

Les expériences sensorielles décrites plus haut vont contribuer à l'édification du schéma corporel. Leur prise de conscience sera rendue possible à travers la verbalisation du psychomotricien, ce qui va permettre leur intégration. Cependant, la structuration du schéma corporel se fait à travers l'action et l'évolution du corps ressenti dans un espace.

Or le cheval pour être approché, soigné, monté et conduit demande une participation corporelle active de son partenaire. En effet, le cheval est d'abord un animal qui fonctionne au niveau sensori-moteur. Si les patients désirent entrer en communication avec lui, ils doivent se mettre au même niveau que lui.

Pour cela, ils doivent progressivement devenir capables d'être à l'écoute des sensations du cheval à la fois au travers des mouvements de l'animal ainsi qu'au travers de leurs propres mouvements. Cette progression dans la conduite et l'échange avec le cheval nécessite :

- Un bon ajustement tonique
- Un bon équilibre
- Une bonne capacité à dissocier et coordonner
- Une adaptation au rythme du cheval
- Une bonne organisation spatiale.

Le psychomotricien en étant attentif à toutes ces dimensions, et non uniquement à l'efficacité du cavalier, peut amener le patient à prendre conscience des réactions de son corps dans l'action et des ajustements à faire pour pouvoir progresser. Cette démarche est assez différente à mon sens de celle qui consistait à accompagner le patient dans la découverte de son corps à travers le ressenti que peut lui procurer le cheval.

Pour les patients les plus régressés, on pourra aborder le schéma corporel lors du travail à pied, en organisant des déplacements dans le manège leur permettant d'appréhender les déplacements de leur corps dans l'espace tout en restant attentifs à leur action sur le cheval

qu'ils devront pouvoir tenir. Le but n'est pas ici de leur apprendre des choses mais de leur faire prendre conscience par eux-mêmes de leurs propres capacités.

Pour d'autres patients, notre projet sera de mettre progressivement fin à une relation de maternage, dans laquelle ils semblent vouloir se maintenir, en leur proposant d'être plus actifs et de progresser dans leur travail à cheval. On abordera cette progression lorsqu'ils seront eux-mêmes capables de supporter d'être confronté à l'échec des premières tentatives. Les notions d'ajustement tonique et de coordination prendront alors tout leur sens puisqu'ils seront amenés à prendre conscience de leurs mouvements dans un but déterminé.

D'autres patients, enfin sont suffisamment structurés pour avoir le désir de progresser dans leur technique équestre et dans leur autonomie.

### **Conclusion**

Le cheval, encore une fois par sa simple présence et par son comportement offre des possibilités au psychomotricien de l'utiliser dans sa pratique. À partir de cela, il me semble que le psychomotricien doit pouvoir établir un projet de prise en charge individualisé et adapté à chaque patient. Le schéma corporel peut alors être travaillé de différentes façons autour du médiateur cheval.

- Le schéma corporel peut être travaillé simplement à travers la prise de conscience des perceptions musculaires, tactiles et visuelles qui sont directement liées à la pratique du cheval.
- Le schéma corporel peut être travaillé lors d'une première tentative d'autonomisation dans la conduite du cheval et d'une première prise de conscience du patient de ces attitudes, de son ajustement tonique et de ses possibilités de coordinations motrices.
- Le schéma corporel peut enfin se perfectionner dans un travail ayant comme perspective la progression technique.

Il me semble qu'à ces différents projets pourraient s'en ajouter beaucoup d'autres. J'ajouterai que pour moi, le travail autour de la structuration du schéma corporel ne peut s'inscrire avec des patients psychotiques que dans une dimension de plaisir, visant à une prise d'autonomie progressive, avec toute la valorisation que cela peut leur apporter.

### C. Cheval et image inconsciente du corps

« Il y a dans la psychanalyse l'émergence d'un savoir, et la question est d'utiliser ou de ne pas utiliser ce savoir ». Canchy-Giromini (2000, p. 12). Ainsi, je voudrais montrer en quoi pour moi la notion d'image inconsciente du corps au même titre que les notions de pulsion ou de holding peuvent être des outils de travail pour le psychomotricien en lui permettant d'avoir un regard supplémentaire sur les situations dans lesquelles il est impliqué.

La notion d'image inconsciente du corps telle qu'elle a été définie par F. Dolto, même si elle est très psychanalytique m'a toujours paru très parlante lorsqu'il s'agit d'évoquer la dimension affective et libidinale du corps.

Nous avons vu qu'au contact du cheval, le patient va pouvoir vivre des expériences sensorielles variées qui vont lui permettre d'unifier progressivement son vécu corporel par l'accompagnement du thérapeute. Ces perceptions vont permettre l'élaboration du schéma corporel, mais elles vont aussi pour certains, réactualiser des ressentis archaïques, liés aux toutes premières expériences de portage et de contact corporel avec la mère. Nous avons vu que pour Dolto, ces sensations pour constituer la « mêmeté d'être » et participer à la construction de l'image inconsciente du corps, doivent être vécues dans une relation. Le rôle de la parole de l'adulte est alors prépondérant.

On peut rapprocher cette parole de l'adulte du rôle du thérapeute lorsqu'il verbalise les situations angoissantes.

L'image du corps se structure au fur et à mesure des différentes castrations, chaque castration ouvrant une nouvelle voie vers la symbolisation et l'autonomie lorsqu'elle peut être accompagnée par une parole structurante.

Lorsque le patient à cheval, par son attitude ou par ses cris gêne le cheval, celui-ci va répondre par une action remettant ainsi le sujet face à sa présence vivante et différenciée. Le cheval applique lui-même des castrations au patient. Le thérapeute administre lui-aussi des castrations (la règle qui consiste à ne pas faire mal aux autres peut correspondre à la castration anale par exemple) mais reprend par la parole le sens de ces castrations et permet ainsi une ouverture vers la symbolisation.

Enfin, pour A. Bernardo-Molard, « nous remarquons, dans la dynamique relationnelle patient, cheval, thérapeute que cette image est mobilisée dans ses trois fonctions :

- L'image de base est sollicitée dans le dialogue corporel de la personne avec son cheval et les sensations archaïques qui peuvent y être suscitées.
- L'image fonctionnelle est sollicitée dans l'accomplissement des mouvements adaptés de la personne pour s'autonomiser dans la conduite du cheval.
- L'image érogène est présente lors du plaisir éprouvé par le patient en situation d'échange corporel avec l'animal et en lien avec le thérapeute. » Bernardo-Molard (2000, p. 178).

## **D. Conclusion**

Nous avons vu que le cheval pouvait permettre au psychomotricien de travailler sur le ressenti corporel et la prise de conscience des sensations. Or c'est sur cette base sensorielle que l'on peut repérer l'interaction entre le schéma corporel et l'image inconsciente du corps. En travaillant sur le ressenti, le psychomotricien doit donc prendre en compte le corps dans sa réalité anatomique mais il va aussi être amené à répondre aux émotions et aux affects qui sont liés à ces expériences corporelles. L'intérêt du cheval réside en partie dans le fait qu'il permet au psychomotricien d'établir son projet thérapeutique et son approche corporelle à travers l'approche spontanée du patient vers l'animal et l'activité motrice inhérente à une telle approche. Cependant, ce n'est qu'à travers la personne du thérapeute que ce travail va prendre sens. Le cheval est vivant, impressionnant, actif, mais il n'est pas thérapeutique en lui-même et c'est bien le rôle du psychomotricien de s'inscrire dans une relation soignante au patient pour lui permettre de bénéficier de la présence du cheval tout en évoluant dans le projet thérapeutique qui lui est propre.

J'aimerais donc réfléchir maintenant sur le rôle du psychomotricien dans l'approche de patients psychotiques et à la manière dont il va devoir s'engager corporellement dans ses prises en charges.

## VI- LE PSYCHOMOTRICIEN

La prise en charge de patients psychotiques implique une dimension relationnelle particulière. Nous avons vu qu'il était important que la relation soignante soit cadrée par l'institution, des repères spatiaux, temporels, des règles et par l'attitude du thérapeute.

Le psychomotricien a cette spécificité qu'il va utiliser le corps comme médias et qu'il va s'engager lui même avec son corps dans la relation.

À partir de mon expérience clinique, je voudrais réfléchir ici à la façon dont le psychomotricien peut se placer en tant que soignant avec ces patients ; c'est-à-dire comment il peut leur permettre d'entrer en relation et de s'exprimer à travers leur corps en étant entendu et soutenu dans un dialogue psychomoteur.

### A. À la recherche de réponses

Comment entrer en relation avec ces patients qui souvent n'utilisent pas le langage ou l'utilisent sans qu'il puisse avoir valeur de communication ? Je me suis posé cette question dans les premiers moments, mais aussi tout au long de l'année car si notre formation de psychomotricien nous permet de prendre conscience de la valeur et de la richesse du langage non-verbal dans ces dimensions toniques, posturales et gestuelles, son utilisation ne va pas de soi.

Lors des premières séances, j'ai eu tendance à me comporter comme s'il suffisait de partager le temps « cheval » en étant à l'écoute, en donnant des conseils, en soutenant le patient pour établir une relation de confiance sur laquelle pourraient s'étayer mes objectifs et ma prise en charge. De plus, la rencontre avec les chevaux n'étant pas mon quotidien, je me suis d'abord laissée attirer du côté de mon propre plaisir à entrer en relation avec l'animal. Tout se passait comme si j'utilisai ce matériel, nouveau pour moi, pour pallier à mon angoisse face à ma première incompréhension de ces pathologies. Cette situation m'a très rapidement paru inintéressante autant pour moi que pour les patients que j'accompagnais, d'autant plus qu'elle n'était pas sans me rappeler certaines activités « cheval » auxquelles j'avais pu assister et qui, si elles avaient leur fonction propre, le loisir, ne pouvaient pas pour moi permettre une quelconque évolution pour les personnes qui y participaient. Ma propre fonction devait être autre, elle devait être soignante. Le cheval est là, il est mon matériel et il est temps pour moi

de trouver ma place auprès de ces patients, de comprendre comment créer une dynamique relationnelle qui porterait ma présence à un statut de thérapeute.

Me retrouvant rapidement impliquée dans le suivi individuel de plusieurs patients, j'ai progressivement, et à travers de nombreux « ratages », pu mettre en place une communication et un dialogue, et du même coup comprendre l'intérêt de l'approche psychomotrice de ces patients puisque c'est bien souvent par un dialogue de corps à corps que les échanges ont pu s'établir.

Ma capacité d'empathie a été la première à être mise en jeu puisqu'il me semblait que ce serait en comprenant ce qui se passait pour l'autre que je pourrais apporter les réponses les plus perspicaces. Or, face à des patients psychotiques souvent assez régressés, mon empathie ne pouvait s'étayer sur un échange verbal du ressenti ; elle est passée par une lecture du langage du corps, de ses tensions, de sa gestuelle, de ses déplacements, de sa présentation. C'est par cette compréhension de l'expression corporelle, qui il me semble est très parlante chez les psychotiques, que j'ai pu réfléchir aux réponses que je pouvais apporter aux patients.

Ces réponses se sont construites à partir de différents éléments :

- mes connaissances théoriques en lien avec les pathologies des patients, qui m'ont permis de prendre en compte le sens que certaines de leurs réactions, ou certains symptômes, pouvaient avoir pour eux, dans le vécu de leur pathologie. Le symptôme corporel ou psychomoteur ne peut être abordé qu'à travers ce qu'il sous-tend comme vécu douloureux, et comprendre que la scène corporelle est un lieu de transit de la réalité psychique me paraît fondamental dans la psychose.
- À partir de ces connaissances, qui m'ouvraient à une certaine compréhension de la problématique corporelle psychotique, c'est ma formation de psychomotricienne et les connaissances que j'ai pu acquérir sur les moyens que l'on peut mettre en oeuvre pour travailler dans le sens d'une ré appropriation de son corps par le patient, qui m'ont permis d'accompagner les patients. Les séances ont progressivement pu devenir les pièces constitutives de projets thérapeutiques qui avaient un sens et une logique que je pouvais alors discuter avec d'autres intervenants.
- enfin, l'expérience pratique, le vécu partagé avec les patients, les aléas, les erreurs et les doutes m'ont permis de me remettre en question et de me poser des questions sur le fond et la forme de mes interventions.

À partir de ces différentes sources ou ressources, puisées dans la théorie comme dans l'expérience vécue, j'ai tenté de faire de ma présence une présence thérapeutique en construisant mon travail relationnel de psychomotricienne auprès de ces patients.

## **B. le corps « contenant »**

Les réactions d'angoisse, d'agitation, sont assez fréquentes chez les patients psychotiques. J'ai été amenée à y apporter différentes réponses en fonction des patients ; en effet, je me suis aperçue que souvent les réponses qui convenaient à l'un n'avaient aucune résonance pour d'autres et que ce n'est que par une connaissance de la personnalité de chaque patient, et non par un diagnostic, que l'on peut adapter nos interventions. Face à des vécus douloureux, anxieux, angoissés, il va s'agir de proposer au patient une relation suffisamment contenant, dans laquelle il puisse se détendre. Contenir, c'est d'abord pouvoir repérer l'expression anxieuse (hypertonie, catatonie, cris, auto mutilations, tremblements, ...) c'est-à-dire en ressentir l'impression. Certaines de ces réactions m'ont parfois beaucoup impressionnée, il m'était alors difficile de les recevoir sans me sentir moi-même touchée et diminuée. Cependant, l'implication corporelle m'a permis d'utiliser différentes modalités pour mettre en place cette fonction contenant, et cette diversité m'a permis plusieurs fois, face à des réactions d'angoisse, de maintenir la relation de confiance instaurée entre le patient et moi.

*C., 25 ans, est psychotique. En début d'année, C. ne parlait pratiquement pas, les seuls mots qu'on l'entendait prononcer étant : « oui » et « toilette ». Lors des premières séances, C. tirait son poney derrière elle comme s'il n'existait pas, refusait de le brosser et était assez opposante envers nous et on avait du mal à croiser son regard. J'ai décidé de l'accompagner en individuel. Lors de la première séance, C. semblait ignorer ma présence, mais à la fin de la séance, elle s'est recroquevillée sur elle-même en criant : « pipi, pipi ». J'ai alors posé ma main sur son dos en la frottant doucement et en la rassurant sur le fait que je voyais bien qu'elle était très angoissée et que j'étais là près d'elle aujourd'hui pour l'aider et l'accompagner pendant la séance. C. s'est calmée assez rapidement et m'a regardée pendant un long moment. J'ai soutenu ce regard qui me paraissait avoir beaucoup de sens et d'importance pour elle à ce moment-là. C'était un peu notre première rencontre. Durant les séances suivantes, C. était très contente que je l'accompagne ; je devais la suivre partout et elle me suivait partout, ne supportant pas que je puisse intervenir auprès des autres patients. Il me semble que c'est par l'intermédiaire de cette relation fusionnelle que j'ai pu l'amener à découvrir son poney et à l'investir : nous faisons d'abord ensemble puis elle a fait seule.*



*Lors des dernières séances, C. a pu participer à des activités au sein du groupe tout en me lançant de nombreux regards. Je l'accompagnais moi-même, pour la rassurer dans ses premières tentatives, de mon regard. Elle pouvait sûrement y lire que j'étais très contente de la voir faire tout ça, et que j'étais encore présente.*

Ce cas illustre bien je crois comment le psychomotricien peut, par son engagement corporel, avoir une fonction contenante. Le regard, la voix, les gestes, le toucher sont autant de moyens de communiquer et de ressentir ce qui se passe chez l'autre, et par les siens, le psychomotricien peut amener son patient à se sentir contenus physiquement et dans une relation de confiance ce qui lui permet d'exprimer ses émotions et de s'aventurer progressivement vers une certaine autonomie.

### **C. Le corps « miroir »**

Il m'est arrivé avec certains patients, d'utiliser mon corps comme un miroir, c'est-à-dire de réfléchir à travers mes gestes, mes mimiques, leur propre comportement gestuel. Cette expérience m'a permis parfois de rentrer en communication avec eux en suscitant leur intérêt et en créant également un lien entre mon corps et leur propre corps. Partant de cette initiative que je prenais de rentrer dans une imitation de leur expression corporelle, différentes réactions pouvaient se produire : certains continuaient en me regardant de temps en temps d'un air curieux, d'autres s'arrêtaient net en me fixant des yeux. Quoi qu'il en soit cette expérience semble à chaque fois créer un lien entre le patient et le thérapeute. Lorsqu'il s'agissait de reprendre en miroir des gestes stéréotypés, liés à l'angoisse, cela semblait permettre au patient de diminuer cette angoisse ou du moins de mieux la maîtriser. J'utilisais aussi l'imitation pour dédramatiser certaines situations.

*Lors d'une séance, en descendant de sa jument, M. sans s'en apercevoir lui a pincé si fort le cou que la jument a reculé brusquement faisant tomber M. au sol. Assez choqué par cette chute, M. était alors très angoissé. Après lui avoir expliqué les raisons de cet incident et avoir vérifié avec lui que tout allait bien, il nous semblait toujours très anxieux. J'ai alors décidé de reprendre avec lui cette chute en partant de ce que j'avais pu voir et de ses propres commentaires. M. a rapidement trouvé ça amusant, il corrigeait mes gestes puis il s'est pris au jeu avec moi et nous avons repris en miroir la scène. Le fait de me voir revivre à travers mes gestes la situation angoissante et de pouvoir lui-même en jouer dans un contexte ludique semblait pouvoir le rassurer.*

Certains patients entre eux-mêmes dans l'imitation des gestes du thérapeute. Cela semble les aider à se faire une représentation de leurs propres corps et du déroulement de leurs gestes dans l'espace. On retrouve ici toute l'importance que peut avoir le miroir dans la reconnaissance de son corps chez l'enfant.

#### **D. Le corps « pare-excitation »**

Le corps est aussi mis en jeu lorsqu'il s'agit de respecter les défenses mises en place par le patient. Nous avons vu qu'en proposant aux patients de vivre de nouvelles expériences corporelles et sensorielles, nous devons nous assurer que ces expériences soient favorables pour lui. En effet, des stimulations trop importantes ou mal adaptées peuvent entraîner, à l'inverse d'un sentiment de continuité corporelle, une angoisse de morcellement du corps. Or c'est par l'action de son propre corps que le thérapeute va assurer cette sécurité.

*Lors d'une séance, la jument de M. s'est soudain mise à accélérer son allure pour rejoindre les chevaux qui étaient un peu plus loin. M. s'est alors immédiatement crispé sur sa jument. Voyant cela, je suis intervenue rapidement, mais calmement pour ne pas augmenter l'angoisse déjà visible de M., en attrapant le cheval et en le faisant ralentir puis j'ai continué à le tenir tout en parlant avec M. qui semblait déjà rassuré.*

Ainsi, en travaillant avec des patients très angoissés dans leur corps il est fondamental de pouvoir assurer un rôle de protection vis-à-vis des stimulations extérieures qui deviennent rapidement angoissantes et semblent parfois mettre en péril l'unité même du corps et de l'individu.

#### **E. La verbalisation**

S'il est clair que l'engagement corporel du psychomotricien lui permet d'aborder et d'échanger avec ses patients sur un registre très riche, émotionnel, archaïque, il n'en est pas moins que la parole est importante.

La parole me paraît nécessaire, dans un premier temps, parce qu'elle permet de mettre un sens sur ce qui est vécu ou agi dans l'instant. Les psychotiques ont tendance, lorsqu'ils sont envahis par l'excitation pulsionnelle, à l'agir directement sur l'extérieur ce qui empêche tout acte de mentalisation et de pensée. En psychomotricité, on ne retient pas le corps pour faciliter l'activité de pensée, mais on peut mettre des mots sur les réactions, sur les angoisses et permettre ainsi d'amorcer la symbolisation.

Dans un travail sur la prise de conscience des sensations corporelles avec des patients psychotiques, c'est par la mise en mots de ses sensations au sein de la relation qu'ils établissent avec leur thérapeute, que ces sensations vont prendre un sens pour eux et vont pouvoir leur appartenir.

La parole puisque portée par la voix a aussi une couleur et une chaleur particulière selon le thérapeute. Cette dimension me paraît aussi importante car une parole chaleureuse peut avoir une fonction contenant et sécurisante pour les patients.

## **F. Conclusion**

À partir de mon expérience clinique, j'ai tenté de montrer ici comment le psychomotricien pouvait entrer en relation et s'impliquer en tant que thérapeute avec des patients psychotiques.

Si le cheval est un outil intéressant dans la pratique du psychomotricien, c'est bien l'attitude de ce dernier qui va permettre au patient de se sentir suffisamment sécurisé pour se permettre d'exprimer des émotions, des affects, par le biais de ces éprouvés corporels. Pour cela, le psychomotricien va lui même s'engager corporellement dans la relation : en utilisant son corps comme contenant, comme miroir, comme pare-excitation, il vient pallier aux angoisses massives de morcellement propres aux patients psychotiques.

## CONCLUSION

À travers ce mémoire, j'ai d'abord tenté d'expliquer de quelle façon les patients souffrant de psychoses chroniques pouvaient vivre leur corps : corps morcelé, mal perçu, non identifié. À partir de là, ma démarche a été de montrer en quoi une approche thérapeutique à médiation corporelle pouvait permettre de travailler sur ce vécu archaïque du corps en proposant au patient de vivre des expériences sensorielles à travers une relation thérapeutique qui leur donneraient tout leur sens. Ces expériences sensorielles vont permettre une réactualisation des premières sensations corporelles liées aux échanges affectifs primaires dans une situation cadrée par le thérapeute. C'est sur la base de ces sensations que vont commencer à se structurer le schéma corporel et l'image du corps, permettant d'accéder à la notion d'entité et d'identité, ce qui n'a pas été possible chez le psychotique. La thérapie avec le cheval offre un cadre propice à ce genre de travail puisqu'elle met en relation le sujet et le cheval qui, en tant qu'être vivant va être le support privilégié d'une circulation émotionnelle. Le cheval va être un médiateur privilégié pour le psychomotricien de par les qualités inhérentes à son approche et à sa pratique : il amène spontanément le patient à vivre différentes stimulations sensorielles et à s'engager corporellement dans différentes actions selon ses propres capacités. Il va donc permettre au psychomotricien de proposer au patient d'enrichir ses sensations et perceptions par le biais de nouvelles expériences corporelles et ainsi d'élaborer ses projets autour d'une prise de conscience du corps et de sa maîtrise progressive par le patient dans une situation de plaisir et de valorisation aboutissant progressivement à une plus grande autonomie.

Enfin, le psychomotricien va devoir trouver sa place de thérapeute auprès de ces patients, puisque c'est par l'instauration d'une relation sécurisante avec son thérapeute que le patient va pouvoir se permettre d'exprimer ce qu'il vit. Or, si la relation avec des adultes psychotiques assez régressés ne m'a pas paru évidente à établir au départ, il me semble maintenant que le psychomotricien, par son engagement corporel, peut établir une véritable relation de soin et un dialogue avec ces patients ; dialogue dans lequel le corps contenant serait le réceptacle du corps morcelé.

Mes objectifs seront maintenant de m'intéresser aux autres possibilités thérapeutiques que propose la TAC, car je ne pense pas les avoir toutes cernées, mais aussi de découvrir une médiation avec laquelle je n'ai pas encore eu l'occasion de travailler et qui semble particulièrement intéressante dans le cadre de la prise en charge des psychoses : l'hydrothérapie.

## Bibliographie

- **André, Benavides, Canchy-Giromini.** (1996). *Corps et psychiatrie*. Paris : Heures de France.
- **Anzieu, D.** (1995). *Le Moi-peau*. Paris : Dunod.
- **Barale, F.** (1997). Corps et psychopathologie. In J. Guimon (Ed) *Corps et psychothérapie. Les psychothérapies à médiations corporelles*. (pp.220, 226). Genève : Médecine et hygiène.
- **Bernard, M.** (1994). *Le corps*. Paris : Seuil.
- **Bernardo-Molard, A.** (2000). Image inconsciente du corps et narcissisme. In De Lubersac (Ed). *Thérapies avec le cheval*. Vincennes : FENTAC.
- **Canchy-Giromini, F.** (2000). *Corps et paroles sur le corps*. Paris : Grego Vernazobres.
- **De Ajuriaguerra, J.** (1980). *Manuel de psychiatrie de l'enfant*. Paris, New-York, Barcelone, Milan : Masson.
- **Delion, P.** (2000). L'autisme et la psychose à travers les âges....In P. Delion (Ed). *L'autisme et la psychose à travers les âges*. (pp.11-15). Paris : Erès.
- **De Lubersac, Lallery** (1973). *La rééducation par l'équitation*. Paris : Crépin-Leblond.
- **De Lubersac, R.** (2000). Aperçu symbolique. In De Lubersac (Ed). *Thérapies avec le cheval*. Vincennes : FENTAC.
- **De Ste Mareville, F.** (1999). Place du corps chez l'enfant psychotique : indication de la psychomotricité dans le cadre du soin institutionnel. *Evolutions Psychomotrices*, 11,45,152-160.

- **Dolto, F.** (1984). *L'image inconsciente du corps*. Paris : Seuil.
- **Dubor, P.** (1995). Structure psychotique. In J.Bergeret (Ed) *Psychologie pathologique : théorie et clinique*. (pp.190, 217).Paris : Masson.
- **Freud, S.** (1980) Essais de psychanalyse. Paris : P.B.P.
- **Gauthier, S.** (2000). L'organisation des soins par la psychiatrie d'adultes. In P.Delion (Ed). *L'autisme et la psychose à travers les âges*. (pp37-48).Paris : Erès.
- **Golse, B.** (1985,1992). *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant*. Paris : Masson.
- **Laplanche et Pontalis.** (1998) *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : PUF.
- **Lustin, J-J.** (1995).Les états psychotiques, clinique infantile. In J.Bergeret (Ed) *Psychologie pathologique : théorie et clinique*. (pp. 307-316). Paris : Masson.
- **Manzano, Palacio-Espesa** (1983). *Etude sur la psychose infantile*. Lyon-Villeurbanne Paris : SIMEP SA.
- **Potel, C.** (2000). L'adolescent et son corps. In Potel (Ed). *Psychomotricité : entre théorie et pratique*. Paris : In Press.
- **Pous, G.** (1995). *Thérapies corporelles des psychoses*. Paris : L'Harmattan.
- **Rheinardt, J.C.** (1990). *La connaissance du corps chez l'enfant*.Paris : PUF.
- **Schilder, P.** (1968). *L'image du corps*. Paris : Gallimard.
- **Wallon, H.** (1993). *Les origines du caractère chez l'enfant*. Paris : PUF.

- Winnicott, D.W. (1992). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Mesnil sur l'Estrée : Payot.
  
- Winnicott, D.W. (1975). *Jeu et réalité*. Paris : Gallimard.