

Institut Supérieur de Rééducation Psychomotrice

**COMMENT LES EMOTIONS VIENNENT A
TEMOIGNER DE L'IMAGE DU CORPS**



**Mémoire présenté en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de
Psychomotricité**

Référent : Monsieur François BENOIST

Paris, Juin 2000

GRINNAERT ANNE-LAURE

SOMMAIRE

GRINNAERT Anne-Laure	1
MOTS CLES	5
INTRODUCTION	5
THEORIE	5
I L'IMAGE DU CORPS	5
1. Définition	5
Distinction entre l'Image du corps et le Schéma corporel	5
l'image du corps selon F. Dolto	6
l'image de base	6
l'image fonctionnelle	7
l'image érogène	7
l'image dynamique	7
2. l'image du corps, base de la communication	8
dès la naissance, l'enfant communique	8
définition de la parole	8
définition de parler	8
2.1.3. Comment l'être parle avec son corps ?	9
Image du corps et langage	10
l'image du corps, expression d'une souffrance clinique	11
l'image du corps et le travail du psychomotricien	12
Vers une définition du processus thérapeutique	12
3.1.1. Le cadre vu par J. Broustra	13
3.1.2. Le processus thérapeutique par Calza A. & Contant M.	13
3.1.3. Le processus thérapeutique de karl Rogers	14
l'image du corps et la thérapie psychomotrice	15
3.2.1. psychomotricité et langage corporelle	15
3.2.1.1. définition du langage corporel	15
3.2.1.2. pourquoi le langage corporel reflète les fluctuations de l'image du corps	16

IMAGE EMOTIONNELLE EN PSYCHOMOTRICITE	17
1. définition de l'IMAGE EMOTIONNELLE	17
définition de l'émotion	17
l'image émotionnelle	18
2. mise en place de l'image émotionnelle chez le psychomotricien	18
utilisations de ses propres émotions	18
le psychomotricien à l'écoute de ses sensations corporelles	19
2.2.1. l'émotion transite par le corps	19
2.2.2. comment y a t'il des modifications de perception dans son corps ?	19
3. utilisation des images émotionnelles en psychomotricité	20
une compréhension	20
le psychomotricien renvoie ce qu'il en a compris	20
une réorganisation psychique est possible	20
4. relation entre l'image du corps et l'image émotionnelle	21
les sensations corporelles du psychomotricien	21
ces émotions reflètent l'état de l'image du corps du patient	21
Émotions et transfert en psychomotricité	22
définition générale	22
définition du transfert en psychanalyse	22
définition du transfert en psychomotricité	23
Le vécu du jeu spontané	24
mise en place du jeu spontané en psychomotricité	24
image émotionnelle et jeu spontané	25
Rôle du psychomotricien	25
CLINIQUE	26
Présentation des lieux	26
Présentation du C.M.P.P.	26
Présentation du foyer de vie	26
Étude clinique	27
Présentation de Dialou	27
Anamnèse	27
Bilan psychologique	27
Bilan orthophonique	28
Évaluation d'observation psychomotrice	28
Conclusion	29
Présentation du groupe du foyer de vie	29
Le contexte	29
Présentation des participants	29
Une prise en charge à mon arrivée	30
Projet thérapeutique	30

QUELQUES RAPPELS SUR LE GROUPE	30
DISCUSSION	32
Organisation du travail	32
Stratégie de jeux chez les adolescents	33
Lorsque les mots sont audibles	34
Une image du corps caparaçonnée	35
L'existence par le regard	36
Le transfert émotionnel	36
Des modifications dans les interactions du groupe	37
Le jeu spontané	38
CONCLUSION	41
BIBLIOGRAPHIE	42

MOTS CLES

Image du corps – L'écoute du psychomotricien – Les émotions – Transfer émotionnel

« Comment les émotions viennent à témoigner de l'image du corps »

INTRODUCTION

Au cours de mes stages, j'ai eu l'occasion de rencontrer des personnes dont le corps était comme « anesthésié ». Au fur et à mesure de ces rencontres, la communication s'est établie et s'est affinée. Ces diverses rencontres m'ont interrogée, dans la mesure où ces sujets étaient dans une inhibition massive tant intellectuelle que corporelle et malgré cette absence d'investissement du jeu, la psychomotricité leur apportait quelque chose.

Je me suis posé la question, à savoir : sur quelles notions la psychomotricité travaille-t-elle ? J'ai découvert un concept fondamental : l'émotion.

Mais comment intervient-elle ? Qu'est ce qu'elle apporte ?

Ainsi est venu le thème de mon mémoire : « Comment les émotions viennent à témoigner de l'image du corps en psychomotricité ? ».

THEORIE

I L'IMAGE DU CORPS

1. DEFINITION

DISTINCTION ENTRE L'IMAGE DU CORPS ET LE SCHEMA CORPOREL

Avant toute chose, il est important de distinguer l'image du corps du schéma corporel :

Françoise DOLTO écrit à ce propos : « Il ne faut pas confondre image du corps et schéma corporel (...). Le schéma corporel spécifie l'individu en tant que représentant de l'espèce (...) il est en principe le même pour tous les individus. L' 'image du corps, par contre, est propre à chacun : elle est liée au sujet et à son histoire. Support du narcissisme, elle est éminemment inconsciente. C'est l'incarnation symbolique du sujet désirant. »¹

« Le schéma corporel correspond à la représentation interne que nous avons de la forme de notre corps, dans sa fonction motrice et dans sa qualité d'objet occupant une place dans l'espace parmi d'autres objets. Le schéma corporel nous donne une représentation spatiale et fonctionnelle du corps organique, tandis que l'image du corps est une représentation interne,

¹Dolto F., 1992, p.17 et 22. Cité par Barral W., 1998, p.148.

non consciente du corps, qui le situe dans sa qualité de substrat relationnel entre le sujet et l'autre. »²

En effet, le schéma corporel est la représentation de notre corps et la place qu'il occupe dans l'espace. Cette représentation est édifiée sur des données tactiles, visuelles, kinesthésiques et labyrinthiques. Le thalamus a un rôle essentiel dans son acquisition et l'hémisphère droit participe dans son engrammation.

L'IMAGE DU CORPS SELON F. DOLTO

L'image du corps est la somme de plusieurs images selon Françoise Dolto. Les quatre principales sont l'image de base, l'image fonctionnelle, l'image érogène et l'image dynamique.

L'image de base

L'image de base est « le support de ce qu'elle appelle « la mêmeté », le sentiment de continuité d'existence de l'être, son narcissisme fondamental. Cette image de base passe par trois étapes de développement. Elle est d'abord respiratoire, olfactive, auditive : elle correspond au cavum et au thorax.

La deuxième image de base est orale : elle met en jeu non seulement la bouche, le larynx, le thorax, mais aussi le ventre : elle est associée au plein/vide de l'estomac.

La troisième image de base est anale, elle intègre les deux premières et ajoute le fonctionnement de rétention et d'expulsion, elle met en jeu le bassin. »³

L'image de base se construit sur les fonctions végétatives et suit le développement de l'enfant de zéro à trois ans, à savoir qu'autour de la naissance, il y a prépondérance des informations olfactives, auditives ; de zéro à un an se déroule la phase orale selon Freud ; puis de un à trois ans la phase anale.

L'image de base est celle qui nous assure la certitude que notre corps repose sur un socle solide qui nous porte (tel un abri protecteur, une sécurité dans laquelle l'enfant angoissé peut se replier pour se protéger).

A travers ces trois étapes essentielles du développement, l'enfant se crée un noyau d'images qui va lui permettre d'intégrer l'espace et le temps. En effet, « l'image inconsciente du corps est une mémoire spatio-temporelle, une mémoire réglée par les affects avec lesquels le nourrisson intègre l'espace et le temps. L'espace, c'est à dire le corps et toutes les formes de mobilité qui lui permettent de l'occuper. Le temps, c'est à dire la destinée qu'engendre le fait d'être né dans telle culture, telle société, telle famille et de tels parents. »⁴

L'enfant par ses diverses explorations, va d'abord découvrir l'espace à travers son regard puis la motricité qui se développe va lui permettre d'explorer cet espace. Celui-ci prendra sens dans la mesure où l'enfant va le relier à un vécu propre. De même, les notions de temps, passé présent futur, vont prendre sens car elles seront rattachées à une dynamique familiale dans laquelle il s'inscrit.

Les acquisitions psychomotrices prennent sens dans la mesure où elles correspondent à un vécu, à une expérience personnelle.

² Barral W., 1998, p.149.

³ Barral W., 1998, p.145.

⁴ Dumas D., 1998, p.215

l'image fonctionnelle

L'image fonctionnelle « est mobilité (...) en vue de l'accomplissement d'un désir. Elle est articulée avec le schéma corporel (...) et davantage liée au fonctionnement du corps physique, à son développement physiologique. Avec l'image fonctionnelle un désir va se mettre en œuvre. »⁵

Elle se construit sur la motricité. Elle apporte les outils nécessaires à la mise en place des désirs par la connaissance physionomique du corps et dans ses capacités motrices. Par exemple, dans l'acquisition de la marche, l'enfant découvre de nouveaux moyens de locomotion : le rampé, l'assis, la marche... Dans ces diverses expériences, ce que l'enfant va ressentir va faire échos dans l'image du corps.

Le corps de l'image fonctionnelle est un corps agité, fébrile à l'affût d'objet symbolique pour satisfaire ses désirs.

On peut rencontrer des patients en psychomotricité avec des troubles du schéma corporel, la réponse apportée par la psychomotricité pourra se situer entre le schéma corporel et l'image du corps, dans l'image fonctionnelle car celle-ci est en difficulté.

l'image érogène

L'image érogène « est liée à la notion de plaisir par rapport à telle partie du corps engagé dans l'échange. »⁶

Elle se construit sur les zones érogènes. L'individu découvre que son corps peut-être plaisir pour lui et pour autrui.

Il a la sensation d'un corps ressenti comme un pôle de plaisir et de désir.

l'image dynamique

L'image dynamique « est l'image inconsciente du projet de vie d'un être humain. »⁷

Elle correspond à une image idéale vers lequel l'individu tente de se rapprocher. C'est ce qui va permettre à chacun d'évoluer dans son histoire. Tout le monde pense à une organisation de vie idyllique, l'image du corps s'en imprènerait également. L'image dynamique serait en quelque sorte le moteur qui associerait les trois images précédentes vers une harmonie de vie.

origine de l'image du corps

« F. Dolto pose que l'image du corps se construit en étayage sur trois ordres de faits :

sur les besoins, c'est à dire leur siège et leur mode de satisfaction,

deuxièmement, sur la sensorialité, en particulier sur les perceptions attachées à la présence maternelle,

Troisièmement, (...), l'image du corps est indissociable de son étayage sur la prise de l'enfant et des adultes qui s'en occupent dans ce qui excède les besoins et la sensorialité, c'est à dire le désir.

Si un de ces trois étayages vient à manquer, " le nourrisson meurt à l'image de son corps." ⁸

⁵ Barral W., 1998, p.145-146.

⁶ Barral W., 1998, p.146.

⁷ Barral W., 1998, p.147.

⁸ François Y., 1998, p. 135

L'image du corps est en fait la trace des premiers échanges que l'enfant a eus avec son entourage mais elle en constitue aussi la source.

En effet, « l'image inconsciente du corps telle que F. Dolto l'a définie, est une synthèse vivante des expériences émotionnelles liées au sujet et à son histoire, et articulées au langage propre du vécu relationnel et sensoriel de l'enfant. »⁹

C'est au moment de l'Œdipe ; stade où l'enfant acquiert les notions d'espace et de temps, notions indispensables à l'appréhension du langage, que l'image du corps devient inconsciente.

2. L'IMAGE DU CORPS, BASE DE LA COMMUNICATION

DES LA NAISSANCE, L'ENFANT COMMUNIQUE

Peut-on être d'accord avec ce que dit F Dolto, à savoir « l'être qui précède la parole, parle par son corps. »¹⁰

Pour cela tentons d'expliquer cette citation.

définition de la parole

Dans le Dictionnaire de Psychologie écrit par Norbert SILLAMY en 1998 en page 191, la parole est l'« utilisation du langage articulé dans la communication. Plus qu'un instrument permettant de transmettre ses idées, la parole est l'acte par lequel la personne s'affirme et s'engage dans la relation interhumaine. »

En effet cette approche est reprise dans La nouvelle communication écrit par Bateson G. & CO. à la page 108 : « La parole est vue par nos auteurs comme une activité sociale ».

La parole se présente sous deux pôles : l'un est technique, c'est à dire qu'il représente le langage verbal ; l'autre est social, c'est à dire que la parole répond à des règles de société, notamment celle de permettre à l'individu d'être en relation avec la société.

Ainsi l'être qui précède la parole est une personne qui n'a pas l'utilisation du langage verbal.

définition de parler

Dans le dictionnaire de la langue française, 1995, page 393, parler est défini par : «S'exprimer par des mots, des signes ».

Ainsi « parler » est du registre de l'expression corporelle et/ou verbale.

L'expression est définie ainsi : « manifestation extérieure de la pensée ou des états psychiques. L'expression est une conduite de communication née de la vie sociale et qui contribue à maintenir sa cohésion. Les attitudes, la mimique, la parole, l'écriture, le dessin ont pour raison d'être la transmission à autrui d'une information. »¹¹

C'est bien de cela qu'il s'agit dans la citation de F. Dolto : l'enfant communique avec son entourage dès son plus jeune âge par son corps.

Nous allons voir quels sont ses moyens mis en œuvre pour parler avec son corps.

⁹ Barral W., 1998, p.153.

¹⁰ Barral W., 1998, p.19.

¹¹ Sillamy N., 1998, p.105.

2.1.3. Comment l'être parle avec son corps ?

On peut dire que dès son plus jeune âge, « l'enfant baigne d'emblée, quoi qu'il en soit de son état non verbal de communication, dans un bain communicationnel ; il est présent d'emblée dans un monde relationnel. »¹²

« Quand bien il n'est pas encore parlant, cet enfant, cet infant, il n'en est pas moins toujours déjà dans la dimension d'un appel à de la communication désirante. Même si ce n'est pas encore au sens de la parole verbale, il n'en est pas moins pris dans un registre de communication interpsychique d'essence langagière. »¹³

Depuis sa naissance, l'enfant communique avec son entourage par le regard, les sourires...

L'enfant communique à son entourage ses besoins, son état actuel.

A travers les soins, ses premiers échanges intra-systémiques et extra-systémiques, la sensorialité, les sensations végétatives, ses désirs et ses besoins, se construit l'image du corps du nourrisson.

Selon J. De Ajuriaguerra, cette idée est reprise par Henri Wallon, en effet sa « préoccupation constante (...) a été de bien montrer l'importance de la fusion affective primitive de tous les développements ultérieurs du sujet, fusion qui s'exprime au travers de phénomènes moteurs, dans un dialogue qui est le prélude du dialogue verbal ultérieur et que nous avons appelé « le dialogue tonique ». Ce dialogue tonique, qui jette le sujet tout entier dans la communion affective, ne peut avoir comme instrument à sa mesure qu'un instrument total : le corps. »¹⁴

Le nouveau-né utilise ce mode de communication corporel, prémisses de la communication verbale. Tous les niveaux sensoriels utilisés par les parents (voix, bruit, portage, soins, ...) ont valeur de communication et amènent une réponse de la part de l'enfant.

C'est pourquoi, très précocement, le nouveau-né manifeste des réactions corporelles à la voix : attitudes d'écoute, suspension de sa motricité, jubilation... Très vite, il fera preuve d'une capacité de reconnaissance ou de discrimination, dont témoigneront les attitudes et les gestuelles différenciées selon les personnes.

Erving Goffman dans *La nouvelle communication*, parle de dialecte corporel : « Lorsque des individus se trouvent réunis en des circonstances qui n'exigent pas que des paroles soient échangées, ils s'engagent néanmoins qu'ils le veuillent ou non, dans une certaine forme de communication. C'est que dans toute situation, une signification est assignée à divers éléments qui ne sont pas nécessairement associés à des échanges verbaux : il faut entendre par là l'apparence physique et des actes personnels tels que l'habillement, le maintien, les mouvements et les attitudes, l'intensité de la voix, les gestes comme le salut ou les signes de la main, l'ornement du visage et l'expression émotionnelle en général »¹⁵

Ce dialecte corporel ou dialogue tonique permet à chacun d'entre nous de ressentir une communication qui passe par le regard, l'attitude, les réactions neurovégétatives, les bruits, l'affect qui s'en dégage.

¹² Guillerault G., 1998, p.45.

¹³ Guillerault G., 1998, p.43.

¹⁴ De Ajuriaguerra J., 1980, p.240

¹⁵ Goffman E., 1981, p.267.

IMAGE DU CORPS ET LANGAGE

Françoise Dolto nous dit que « l'image inconsciente du corps est une théorie corporelle du langage. »¹⁶

Ainsi le corps est le support de l'apparition langagière. En effet, le langage apparaît avec un corps exploré, mobilisé dans la découverte du monde extérieur.

A titre d'exemple, on note à trois mois le début d'exploration visuelle du milieu et du corps propre du bébé ; à sept mois l'enfant a une exploration tactile et une manipulation du milieu (avec ses mains il découvre des objets) ; vers neuf ou dix mois il a une plus grande autonomie avec la position debout et le début de la marche, l'exploration de son milieu se fait grâce à une meilleure connaissance de ses capacités motrices. Vers seize / dix-huit mois la marche est installée, l'activité motrice est permanente, on assiste également à un début de langage avec des mots, des phrases soliloques. A quatre ans on assiste au primat du langage.

Grâce à la maturation neurologique, l'enfant acquiert une meilleure utilisation corporelle ce qui lui permet une exploration du monde extérieur (c'est une approche des objets, du signifié), ensuite à partir de ces expériences apparaissent les mots (les signifiants).

Vers 8-9 mois, les vocalisations du bébé deviennent plus faciles à identifier sur le plan phonétique. Vers 28 semaines, on peut l'entendre émettre des syllabes telles que « ba », « da », « ka ». Autour de 32 semaines, il combine les syllabes : « da-da », « ba-ba ».

L'âge auquel les enfants produisent leurs premiers mots se situe vers 9 et 18 mois, l'âge moyen étant environ 12 mois. Vers 18 mois, l'enfant comprend une vingtaine de mots.

Entre 2 et 3 ans le vocabulaire augmente de manière considérable. Autour de la troisième année, il y a un enrichissement de la syntaxe. Le pronom « je » commence à être utilisé vers 3 ans.

Le développement du langage repose sur des structures cérébrales et des fonctions neurophysiologiques qui appartiennent en propre à l'individu.

Comme P. Mazet nous l'indique « dès les premiers jours, l'hémisphère gauche est plus capable que le droit de distinguer des syllabes très proches. Mais il est cependant tout à fait évident que ces prédispositions innées et ce développement endogène ne se déploient que par l'interaction de l'enfant avec son environnement linguistique. Par ailleurs, le développement du langage et le développement cognitif sont probablement interdépendants. »¹⁷

Parallèlement au développement neuromoteur, l'enfant développe une perception sensible et émotionnelle au contact de son environnement. Ces perceptions constituent son expérience émotionnelle.

L'enfant utilise son corps comme médiateur, comme véhicule de son ressenti, de ses perceptions, de ses sentiments, de ses émotions. Ce corps vivant, pulsionnel inscrit ses mouvements dans son espace environnant.

Ce corps est un réceptacle de ses expériences émotionnelles. L'Image du corps, synthèse des expériences émotionnelles est en résonance avec le corps. Toutes les manifestations corporelles sont empreintes de son vécu relationnel, de son image du corps et de ses émotions.

¹⁶ Dolto F., cité par Barral W., 1998, p.161

¹⁷ Mazet P., Stoleru S., 1993, p.46.

La perception de la situation actuelle va entrer en résonance avec l'expérience émotionnelle antérieure pour comprendre le vécu relationnel. Celui-ci peut-être harmonieux ou dysharmonieux selon l'adéquation ou la non-adéquation de son vécu relationnel.

Nous pouvons conclure avec F. Dolto que « le langage lui-même se met ainsi en place, à partir du corps. »¹⁸

Nous allons voir que les symptômes corporels peuvent être le signe d'une image du corps souffrante.

L'IMAGE DU CORPS, EXPRESSION D'UNE SOUFFRANCE CLINIQUE

« F. Dolto place au centre de sa clinique le concept d'image inconsciente du corps, et celui-ci est inséparable du rôle positif qu'elle attribue à certaines régressions. (...). La régression permet à l'enfant de préserver son narcissisme primordial, c'est à dire la relation symbolique qu'il entretient avec lui-même pour rester en sécurité, son sentiment de continuité d'être. »¹⁹

Le sujet communique corporellement à son entourage son trouble affectif afin de se protéger de celui-ci.

« L'image du corps est un langage de l'être par lequel l'être qui précède la parole parle à son corps. »²⁰

Le sujet communique à son corps, ainsi, son état psychique : son bien-être ou sa souffrance. En effet, le corps est à la fois le reflet d'une partie inconsciente du moi (image du corps) et la surface où le sujet peut dire « moi ». Cette communication perdure au-delà de l'accès au langage verbal. En psychomotricité, le sujet cherchera à trouver une harmonie avec soi-même à travers cette communication.

« De l'avènement du langage résulte un rapport fondamentalement nouveau entre le corps et l'activité psychique. Des séquences d'action peuvent être représentées par des séquences verbales. A la logique des premières, se superpose la logique des secondes. Elles s'alimentent, bien sûr, l'une de l'autre, soit dans la succession ou la simultanéité, soit dans les dépendances croisées. Dans ces interactions constantes, des symptômes psychiques peuvent résulter d'anomalies psychomotrices (par exemple, les inhibitions globales des dyspraxies ou de la maladresse etc.), cependant que le langage impose au corps ses effets de structure. De cette double relation, peut se comprendre que l'abord psychomoteur puisse jouer sur des pathologies de l'organisation psychique et, inversement, le langage jouant un rôle d'intermédiaire indispensable. »²¹

La psychomotricité considère le sujet dans sa globalité tant sur le plan psychique que corporel. Ces deux instances sont reliées par le langage. Ils s'informent implicitement l'un et l'autre de leur état : bien-être ou difficulté. En thérapie psychomotrice nous travaillons sur cette communication. Nous nous questionnons sur un corps souffrant qui présente des troubles psychomoteurs. Ce corps est une expression de son équilibre psycho-corporel, de l'état de son image du corps (outre, bien sûr, les troubles neurologiques qui peuvent survenir).

Selon que les perturbations se situent à différents endroits de l'image du corps, nous aurons différentes pathologies.

¹⁸ F. Dolto, cité par Barral W., p. 161.

¹⁹ Barral W., 1998, p.28.

²⁰ Barral W., 1998, p.27.

²¹ Richard J, Rubio L, 1995, p.15-16.

Par exemple, les perturbations de l'image de base peuvent donner des psychoses :

« Il y a un défaut d'incarnation, et la personne n'est pas située ici et maintenant dans son corps, donc il y a désintrinsication (...) entre l'image inconsciente du corps et le schéma corporel.»²²

Ces perturbations provoquent une délocalisation de l'espace-temps. Ainsi le rapport à la réalité de la personne est perturbé.

On a la sensation que leur image du corps est anesthésiée au niveau de ses sens, de ses émotions et des affects.

Les perturbations de l'image fonctionnelle se retrouvent dans les problématiques généalogiques. Les sujets ont « une inhibition particulière à mettre en jeu un désir à travers des médiations sociales. »²³

Ils ne peuvent avoir d'engagement social.

On rencontre des sujets vivant uniquement corporellement un traumatisme appartenant à ses parents qui ne lui pas été verbalisé.

Les troubles de l'image érogène amènent des perturbations du code de plaisir.

« Les expériences de plaisir ont été invalidées par l'environnement.»²⁴

L'individu ne peut plus s'appuyer sur sa perception interne pour se situer dans le monde. Il dégage un sentiment de doute et d'obsession.

« Si nous examinons maintenant la psychomotricité dans sa démarche proprement dite, nous remarquons qu'elle s'attache à l'étude des symptômes instrumentaux relevant des troubles de l'image du corps, et qu'elle répond ainsi à des besoins et à des indications spécifiques. Elle doit s'efforcer d'articuler les troubles psychomoteurs au champ des psychonévroses et à celui des manifestations de somatisation.»²⁵

Le symptôme psychomoteur est une expression de sa souffrance. Et le psychomotricien considère le symptôme comme une parole. Ce symptôme exprime quelque chose du patient.

Cette démarche n'est pas volontaire de la part du patient, il est souvent orienté par un médecin en psychomotricité. Même si ce travail se fait inconsciemment, l'expérience psychomotrice fait échos dans l'image inconsciente du corps, et vis versa.

L'IMAGE DU CORPS ET LE TRAVAIL DU PSYCHOMOTRICIEN

La psychomotricité, thérapie à médiation corporelle, est un des lieux privilégiés où l'image du corps est pris en compte. Nous allons voir comment l'image du corps intervient dans la thérapie psychomotrice.

VERS UNE DEFINITION DU PROCESSUS THERAPEUTIQUE

En psychomotricité, le patient est accueilli dans un temps, dans un espace donné par un thérapeute qui va l'écouter, qui va entrer en relation avec lui. Le patient est accepté tel qu'il

²² Defores M.C., 1998, p.356-357.

²³ Defores M.C., 1998, p.361.

²⁴ Defores M.C., 1998, p.362.

²⁵ Calza A., Contant M., 1999, p.92.

est. Par la mise en place d'un cadre sécurisant par le thérapeute, la relation patient / psychomotricien va s'établir, va cheminer.

3.1.1. Le cadre vu par J. Broustra

J. Broustra définit ainsi le cadre : il « associe l'espace matériel d'un atelier et ses règles de fonctionnement. Equivalent d'un contenant somatopsychique (setting de Winnicott), il permet la mise en jeu de l'expression.»²⁶

Il ajoute que « d'un point de vue psychanalytique, cette constance de cadre favorise qu'il devienne le dépositaire de la symbiose maternelle qui est une toile de fond archaïque en deçà des représentations, comparée par J. Bleger (1981) à un « monde fantôme ... image du corps dans sa partie non différenciée, non encore structurée ».

Le cadre est donc contenant (la fonction conteneur de R. Kaes), ce qui permet son utilisation au sens winnicottien. L'objet thérapeutique (cadre et dispositif) peut se laisser utiliser, c'est à dire demeurer stable et ne pas être détruit, quelles que soient les vicissitudes des investissements affectifs. »²⁷

Lorsque nous avons commencé le groupe thérapeutique dans lequel figure mon étude de cas, nous avons rencontré un par un chaque participant afin d'expliquer le fonctionnement du groupe. Nous lui exposons que c'est un espace dans lequel chacun peut s'exprimer à sa façon en sachant que tout ne peut pas se faire (frapper, casser le matériel...), mais on peut faire comme si. A certains moments des séances, le cadre était à rappeler, notamment ne pas frapper son voisin.

De plus vers les mois de janvier/février, les participants ne faisaient que discuter en pensant qu'ils étaient là pour s'exprimer verbalement. On sentait qu'ils arrivaient au bout de leur dialogue. On leur a expliqué une nouvelle fois que l'expression pouvait être corporelle et pouvait se faire sur des jeux.

Quand on pose les limites, on pose également toutes les possibilités d'expressions possibles.

3.1.2. Le processus thérapeutique par Calza A. & Contant M.

« Cadre et processus, représentant davantage un préalable, une sensibilisation à une thérapie psychomotrice. Interviennent ici des éléments faisant référence à une objectivation de la relation à travers la mise en place du cadre thérapeutique souhaitable, préfigurant le processus que suivra le sujet s'il désire s'y engager. Dans ce cadre entrent également les aspects d'investigation mis en œuvre pour le diagnostic-observation, puisqu'il existe des cas mixtes pour lesquels nous avons à donner un avis tant pour l'observation que pour une éventuelle prise en charge. »²⁸

En psychomotricité, la thérapie s'élabore autour de la relation patient / psychomotricien qui se met en place dans le cadre thérapeutique et qui s'établit autour du temps (temps de la séance, rythme de la séance, la fréquence des prises en charge) ; autour de l'espace (de la salle et son matériel, l'espace d'écoute thérapeutique) ; autour des différentes règles préservant la fonction contenante du dispositif thérapeutique (ne pas se faire mal ni à soi, ni à autrui, ne pas casser le matériel.).

²⁶ Broustra J., 1996, p.265.

²⁷ Broustra J., 1996, p.28.

²⁸ Calza A, Contant M., 1999, p.2.

Le processus thérapeutique se met en place grâce à un cadre rassurant, contenant. En effet, le cadre soutient la dynamique thérapeutique. Il permet au sujet d'être un accrochage d'expression. L'expression du patient est guidée à travers ce cadre.

3.1.3. Le processus thérapeutique de karl Rogers

Karl ROGERS distingue six conditions nécessaires du processus thérapeutique :

1. Que deux personnes soient en contact. Il s'agit d'une condition minimale de communication.
2. Que la première personne, le client, soit en état d'incongruence se traduisant par de la vulnérabilité et de l'anxiété.
3. Que la deuxième personne, le thérapeute, soit congruente dans sa relation avec la première.
4. Que le thérapeute éprouve une attention positive inconditionnelle envers le client.
5. Que le thérapeute éprouve une compréhension empathique du cadre de référence interne du client.
6. Que le client perçoive, au moins dans une certaine mesure, les deux conditions précédentes, l'attention positive inconditionnelle et la compréhension empathique du thérapeute à son égard. »²⁹

Notons que le terme « client » est propre à Karl ROGERS. Il est utilisé dans un cadre psychanalytique dans lequel le sujet est demandeur d'un travail psychique.

Karl ROGERS définit ainsi l'empathie :

« 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 composantes émotionnelles et les significations qui s'y attachent, comme si l'on était l'autre personne, mais sans jamais perdre la condition « comme si... ». Si la qualité de « comme si... » se perd, alors il s'agit d'identification.»³⁰

L'attitude de compréhension empathique du thérapeute permet au patient d'accepter plus complètement son expérience.

« Ainsi, pour aider quelqu'un à changer, il convient (...) d'accepter de donner une valeur à ses craintes, à ses angoisses, à ses résistances, à tout ce qui le retient de changer. »³¹

Ainsi le psychomotricien a une écoute empathique et ne porte pas de jugement. Nous ne pouvons travailler avec quelqu'un sans ressentir une certaine empathie.

La première rencontre entre le sujet et le thérapeute doit permettre au sujet de connaître implicitement ou explicitement le champ sur lequel il va pouvoir s'engager avec le psychomotricien. En effet, celui-ci, par son écoute et son implication active, est amené à préciser au sujet ses possibilités d'investigation en même temps que ses limites. Car, en fait, il va s'agir d'une réciprocité d'échanges dans une interaction patient-thérapeute, tout en n'oubliant pas de considérer que l'une des parties requiert l'aide de l'autre.

Le cadre et la règle jouent un rôle de contenant et instaurent un système de pare-excitation.

Les limites de sécurité sont garanties par le thérapeute dans le cadre. Cette thérapie

²⁹ Rogers K., cité par Pagès M., 1970, p.27-28.

³⁰ Rogers K. 1959, p.210-211, cité par Pagès M., 1970, p.28.

³¹ Pagès M., 1970, p.69

d'expression corporelle et émotionnelle s'organise dans l'espace d'une thérapie individuelle ou de groupe. Le choix se fera le plus souvent en fonction de ses modes relationnels.

En fonction de l'évolution de la thérapie, on peut passer d'un cadre individuel au groupe, ou vis-versa ; ou bien une combinaison des deux formules peut s'organiser.

L'individuel fait surgir des conflits ou souffrances liés aux premiers moments de la vie, et à la relation primordiale mère-enfant. L'être en soi est en souffrance.

Le groupe va amplifier l'expression émotionnelle et accrocher le sujet sur ses relations au monde extérieur. L'être au monde est en souffrance.

L'IMAGE DU CORPS ET LA THERAPIE PSYCHOMOTRICE

3.2.1. PSYCHOMOTRICITE ET LANGAGE CORPORELLE

3.2.1.1. définition du langage corporel

Selon le dictionnaire de Psychologie (1998), le langage est une « fonction d'expression et de communication de la pensée par l'utilisation de signes ayant une valeur identique pour tous les individus d'une même espèce et dans les limites d'une aire déterminée.

Le langage, qui est, à la fois, acte et instrument de la communication fondée sur des lois indépendantes des sujets particuliers, nous introduit à l'existence sociale.

On distingue plusieurs formes de langage : 1- passif (celui que l'on comprend) ;

2- actif (celui que l'on utilise, toujours plus réduit que le précédent) ;

3- parlé ;

4- non verbal.

La parole n'est pas indispensable pour transmettre des significations de personne à personne. Les gestes, la mimique, les attitudes suffisent dans de nombreux cas à exprimer nos intentions, notre humeur, nos doutes, etc. »³²

Rajoutons que le langage corporel ne se réduit pas à un contact, mais les affects qui s'en dégagent. De plus, un déplacement, un mouvement, une attitude peut avoir valeur de signification. Ce langage corporel se rencontre souvent en psychomotricité. En effet, selon l'expression corporelle du psychomotricien, le patient se sentira contenu ou non, celui-ci y répondra par un apaisement ou un éclatement. Plus l'attitude du psychomotricien, d'une manière globale, imprime un cadre rassurant, une écoute, plus le sujet pourra s'exprimer dans un climat de confiance.

C'est parce que le patient perçoit intimement, de la voix, du corps, des gestes et de la présence du thérapeute et de ses possibilités d'accueil, qu'il peut s'exprimer, être entendu et apaiser sa souffrance. La présence du thérapeute est basée sur sa sensibilité et sa capacité de réponse à tout un éventail de langage corporel.

Les différents moyens de contacts offerts par la thérapie psychomotrice (le toucher, les gestes, le dialogue verbal), ouvrent de nouvelles possibilités pour les patients d'entrer en relation avec le monde qui l'entoure.

³² Sillamy N., 1998, p.152.

En psychomotricité, le thérapeute ne fait pas à la place du patient, mais il va lui permettre de s'exprimer, d'une façon ou d'une autre, sur sa souffrance, sur son désir... Nous tentons de restituer du sens au comportement.

3.2.1.2. pourquoi le langage corporel reflète les fluctuations de l'image du corps

L'image du corps est une théorie corporelle du langage. C'est « une théorie qui rend compte du corps et du langage, tous deux habités par le désir de communiquer avec l'Autre. »³³

Le psychomotricien offre un cadre dans lequel le corps et ses affects sont entendus.

Pour le thérapeute, parler le langage de l'image inconsciente du corps c'est résonner avec son patient en vibration, c'est à dire, parler la langue des sensations dominantes du sujet.

Rappelons que « l'image inconsciente du corps est la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles interhumaines répétitivement vécues à travers les sensations érogènes électives, archaïques ou actuelles. L'image inconsciente du corps est l'incarnation symbolique inconsciente du sujet désirant. Car il a une relation au corps dès sa conception. L'image du corps porte en elle à chaque moment la mémoire inconsciente de tout le vécu relationnel du sujet, et en même temps, elle anime la relation vécue du moment présent. En effet, la relation actuelle qui se vit mobilise une mémoire affective, une libido enfouie au fond de nous-mêmes, en réveillant une figuration relationnelle archaïque refoulée qui revient à la surface de la conscience. »³⁴

Pour illustrer ce propos, je vais parler de Thomas. Ce jeune adolescent est suivi en psychomotricité en prise en charge individuelle. L'activité se déroule souvent autour de jeu de stratégie. Lorsqu'il est en situation d'échec, Thomas est pris dans une angoisse. Celle-ci, qu'il vit à ce moment face au jeu est à mettre en parallèle avec son vécu. Les manifestations de cette angoisse font échos comme une angoisse de mort. Le jeu a permis de réactualiser son image inconsciente du corps et l'enfant y projette son conflit. Au fur et à mesure des séances, cette angoisse évolue inconsciemment avec celle de son image du corps et des expériences qu'il vit.

De plus, « l'image inconsciente du corps de l'enfant est formée par ses représentations psychiques internes qu'il projette sur le dessin, dans ses jeux, dans ses modelages où il les met en forme. Il s'agit d'un corps imaginé à partir des conflits internes de sa psyché régulés par les différentes instances qui la constituent selon la terminologie freudienne : le ça, le moi et le surmoi cohabitent parfois difficilement sous l'influence des pulsions qui se confrontent à la réalité et qui luttent dans son désir. »³⁵

Toute forme d'expression fait la synthèse entre ses désirs actuels et la construction psychique du sujet. Cette expression permet au thérapeute de voir où en est le patient dans son expérience personnelle. Elle témoigne du cheminement inconscient du sujet par rapport à son vécu.

Le sujet utilise implicitement une activité dans laquelle le sujet tout entier va exprimer des choses par le langage verbal et/ou corporel. Les représentations psychiques du sujet vont y être projetées. Parallèlement, on observe l'émergence d'émotions.

³³ Barral W., 1998, p.30.

³⁴ Allard C., 1990, p.23-24.

³⁵ Allard C., 1990, p.66.

Mais quelle place leur accordées dans la thérapie psychomotrice chez le patient et le thérapeute ?

IMAGE EMOTIONNELLE EN PSYCHOMOTRICITE

1. DEFINITION DE L'IMAGE EMOTIONNELLE

DEFINITION DE L'EMOTION

D'une manière générale, « les émotions sont caractérisées par des sensations plus ou moins nettes de plaisir ou de déplaisir : les émotions agréables ou positives accompagnent la survenue ou l'anticipation d'évènements gratifiants ; les émotions désagréables ou négatives sont associées à l'expérience de la douleur, du danger ou de la punition.

Qu'elles soient agréables ou désagréables, les émotions ont pour caractéristique commune de ne pas rester purement cérébrales, mais d'être accompagnées de modifications physiologiques et somatiques.»³⁶

Ajoutons que « l'émotion dépend non seulement de la nature de l'agent émotionnel, mais, surtout, de l'individu, de son état actuel physique et mental, de sa personnalité, de son histoire personnelle, de ses expériences antérieures. (...). L'émotion reste essentiellement individuelle ; elle se manifeste lorsque le sujet est surpris ou quand la situation dépasse ses possibilités.»³⁷

Pour Henri WALLON : « l'émotion est l'intermédiaire génétique entre le niveau physiologique où il n'existe que des réponses réflexes et le niveau psychologique qui permet à l'individu de s'adapter progressivement au monde extérieur qu'il découvre. »³⁸

Les émotions se mettent en place parallèlement à la mise en place de ses fonctions végétatives (nutrition, réplétion, évacuation, digestion) et également des impressions proprioceptives d'origine labyrinthique ou articulaire agréable ou désagréable (bercement, change, ...).

Les diverses manifestations internes du corps vont se traduire par des attitudes, des gesticulations ou une ébauche de mimique. Ainsi le bien-être ou le malaise vont entraîner des réactions motrices. Et inversement certains mouvements vont gêner le bon fonctionnement des activités viscérales.

L'origine organique de l'émotion a pour but de modeler le corps en extériorisant les dispositions affectives dont le tonus et la posture sont la base. Ainsi l'émotion prend une fonction expressive essentielle dans la relation à autrui.

Chaque type d'émotion est caractérisé par un mode d'expression particulier qui se compose d'attitudes et de mimiques qui dépendent du système neuromusculaire et de la posture globale du corps.

En effet, « la fonction posturale est essentiellement liée à l'émotion, c'est à dire à l'extériorisation de l'affectivité. »³⁹

« Chez Wallon, le stade émotionnel se développe de 6 mois à 1 an et offre à l'enfant la possibilité de liquider des excédents de tonus et de riposter à des stimulations trop intenses,

³⁶ Dantzer R., 1988, p. 9.

³⁷ Sillamy N., 1998, p. 95.

³⁸ Wallon H, cité par De Ajuriaguerra J, 1980, p.26.

³⁹ De Ajuriaguerra J, Angelergues R., 1962, p.25.

grâce aux pleurs et aux cris, grâce aux gesticulations. Donc les émotions ont un rôle de défense de l'organisme, et même, plus tard ; certains enfants éprouvent le besoin de « décharger » par la colère l'excédent de tonus qu'ils ressentent. »⁴⁰

Les attitudes corporelles peuvent informer l'entourage sur les émotions d'un enfant qui ne possède pas le langage verbal. Il peut ainsi exercer une action sur autrui et va ainsi pouvoir agir sur le monde extérieur. C'est un mode de communication.

En psychomotricité, par ses activités, son langage verbal, des émotions jaillissent.

La fonction de protection de l'émotion perdure au-delà de l'accès au langage. Par exemple, un enfant peut exprimer une agressivité qu'il retourne sur lui-même. Il se met dans des situations à risque et peut se faire très mal. Par cette émotion d'agressivité qui se dégage, j'ai la sensation que cet enfant a besoin d'être contenu par le cadre et par moi-même. Il a besoin d'être contenu physiquement sans quoi c'est insoutenable pour lui. Cette émotion m'a signifié un appel à l'aide. J'ai réagi en conséquence.

A l'inverse, on peut voir des personnes qui affichent une émotion (un sourire par exemple) alors qu'ils ne la vivent pas, ça sonne faux comme si l'émotion était éteinte. Dans ce cas, le travail consistera à réveiller l'émotion ou à en créer l'authenticité de manière à ce qu'elle soit vraie.

L'IMAGE EMOTIONNELLE

L'image est une représentation mentale de quelque chose d'abstrait. On peut définir ainsi l'image émotionnelle comme étant une représentation mentale d'une émotion exprimée par un tiers.

L'image émotionnelle perçue par le psychomotricien, peut-être définie (par exemple, l'angoisse) car le thérapeute peut l'associer à une émotion qu'il a lui-même déjà ressentie. Le thérapeute est un contenant, un réceptacle qui devient compétent à éprouver, à entendre l'émotion.

Ainsi, par cette image émotionnelle, le psychomotricien perçoit l'émotion exprimée par le patient.

2. MISE EN PLACE DE L'IMAGE EMOTIONNELLE CHEZ LE PSYCHOMOTRICIEN

UTILISATIONS DE SES PROPRES EMOTIONS

Accepter les sentiments du sujet implique que j'accepte mes propres émotions.

« Il y a donc un lien évident entre l'attitude plus ou moins défensive que j'ai envers moi-même et la capacité que j'aurai d'apporter une attention positive égale et inconditionnelle à autrui. »⁴¹

Le thérapeute est à l'écoute du sujet mais également de lui-même, de ses propres sensations afin d'écouter la résonance du patient sur lui. Il s'agit de la résonance de l'émotion du patient sur celle du thérapeute. Il doit donc être attentif à ses propres émotions. Il ne doit pas les dénigrer. Il a sa propre expérience et doit être en harmonie avec. Nos capacités d'écoute d'autrui et de nous-mêmes sont en corrélation.

⁴⁰ Contant M., Calza A., 1989, p.22

⁴¹ Pagès M., 1970, p.66.

« Pour le thérapeute rogérien (...) sentiments, valeurs, connaissances sont donnés dans le même acte. Les sentiments du thérapeute ne sont pas des faits qu'il regarde du dehors et se résigne à accepter. Il entre en eux, il les assume et les agit comme siens (il les agit et non les verbalise).

Dans la thérapie, le thérapeute (...) est une personne, un je qui se définit dans l'instant ou plutôt qui agit dans l'instant et en même temps découvre qu'il agit. »⁴²

En séance de psychomotricité, la situation met à l'épreuve tous les conflits de l'adulte, les thérapies psychomotrices nécessitent un engagement corporel important du thérapeute. Il ne s'agit pas d'assister à l'activité du sujet mais d'agir avec lui et par rapport à lui.

Le psychomotricien doit-être capable de reconnaître ses états intérieurs, ses propres émotions et doit-être à même de comprendre ce qui se joue entre le sujet et lui, il doit pouvoir affronter l'angoisse et l'agression par exemple. Les émotions tels que la frustration, la colère, la souffrance, le plaisir, la joie (...) peuvent être vécu par un même sujet. Nous sommes constitués de ces deux polarités : bien-être et souffrance. En psychomotricité, nous devons travailler avec ces deux pôles. Notre action vise la mobilisation, l'émergence, la rééquilibration de ces affects. La confrontation à soi et à l'autre, par le biais d'activités corporelles, est un moyen de communication et à un rôle révélateur.

J.A. MALAREWICZ explique dans son livre intitulé « Comment la thérapie vient au thérapeute », qu'en fait, la thérapie doit venir pour le thérapeute avant qu'elle ne puisse être « utilisée par ses patients ». Pour accéder à l'art thérapeutique ; c'est à dire la qualité du lien thérapeutique, l'empathie, l'intuition ou encore son inventivité et sa créativité ; le thérapeute doit-être lui-même sous l'emprise du processus de changement, il a un questionnement autour de sa pratique, il a une écoute de ses affects, en plus de ses instruments thérapeutiques qu'il possède (technique, théorie, concept).

Le niveau d'intervention est fonction du point où le psychomotricien en est lui-même arrivé dans la connaissance intime de soi et particulièrement de son vécu corporel à travers ses possibilités psychomotrices.

LE PSYCHOMOTRICIEN A L'ECOUTE DE SES SENSATIONS CORPORELLES

2.2.1. 'émotion transite par le corps

En psychomotricité, le corps du patient est à la fois le lieu du mal être et le médiateur dans la relation établie par le dialogue tonique, émotionnel et moteur. Nous y retrouverons constamment les manifestations qui vont du plaisir à la douleur.

Ces diverses manifestations sont ressenties corporellement par le psychomotricien. Par exemple, si un enfant est agressif dans son comportement (lance un ballon violemment, il est agressif avec lui-même et/ou avec nous), le psychomotricien va ressentir corporellement cette émotion sous une forme somatique qui lui est propre. Cette émotion est ressentie différemment selon que l'on est angoissé face à lui. C'est pourquoi, il faut se dégager de cela.

2.2.2. comment y a t'il des modifications de perception dans son corps ?

Comme nous l'avons vu, les émotions s'expriment par des attitudes posturales, des mimiques, le tonus, des réactions végétatives. Chaque émotion a une expression corporelle propre.

⁴² Pagès M, 1970, p.64.

Le corps du psychomotricien va ressentir dans son corps des manifestations en relation avec l'émotion exprimée.

Il pourra ressentir par exemple des palpitations, une respiration irrégulière, une sensation d'avoir chaud ou froid...

3. UTILISATION DES IMAGES EMOTIONNELLES EN PSYCHOMOTRICITE

UNE COMPREHENSION

Le psychomotricien tente de comprendre ce que le patient exprime avec son corps et les émotions qui s'en dégagent.

« Lorsque H. Searles précise que les « deux participants réagissent presque constamment l'un à l'autre, que ce soit verbalement ou non verbalement et avec des sentiments qui changent très rapidement, allant de la fureur au mépris en passant par la tendresse dans un mélange extraordinaire d'émotions », on se rend compte que l'écoute des sentiments éprouvés par le thérapeute à l'égard du patient ne peut se faire qu'avec les fluctuations de son propre sentiment d'identité, et non pas uniquement en se contentant de porter au patient une attention continue et un indéfectible intérêt, avec des attitudes contraires émanant d'exigences surmoïques, qui ne peuvent guère permettre d'évaluer les variations intervenant dans l'intérêt et la participation à une interaction sujet / thérapeute. »⁴³

Le thérapeute est actif dans la relation, celle-ci s'établit par la rencontre de deux personnes avec pour chacune des parties un vécu personnel.

« Dans cette relation le thérapeute en psychomotricité sera situé plutôt du côté du moi-auxiliaire que du sur-moi. »⁴⁴

Le psychomotricien, partenaire du processus thérapeutique du patient, travaille avec son être dans sa totalité pour écouter l'expression corporelle du sujet et de manière à y répondre selon ce qu'il en a entendu.

Le rôle du psychomotricien est d'accompagner le patient dans le processus thérapeutique. Régulièrement, il se questionne sur son attitude face à cette personne. Il se questionne sur la relation établie. Le psychomotricien ne détient pas le savoir, mais il a la possibilité par ce qu'amène le patient, de mieux le comprendre et de mieux adapté la thérapie.

LE PSYCHOMOTRICIEN RENVOIE CE QU'IL EN A COMPRIS

Le thérapeute est attentif aux émotions que suscitent chez lui le sujet, pour y répondre ou non, en fonction de l'interaction, sa réponse peut concerner le plan corporel ou verbal, ou les deux à la fois.

Il faut accepter les affects négatifs et même les soutenir, les envelopper ; car si l'enfant a peur de détruire, il ressentira de la culpabilité. C'est une communication dans le jeu, le plaisir, le refus, l'interdit.

UNE REORGANISATION PSYCHIQUE EST POSSIBLE

Le corps est le reflet de l'état psychique. Corps et psychisme sont liés dans leur maturation (évolution). En étant à l'écoute de l'état de son image du corps, nous sommes à l'écoute de ses conflits psychiques, affectifs. Une réorganisation de son état psychique est alors possible.

⁴³ Calza A., Contant M., 1989, p.97.

⁴⁴ Moyano O., 1999, p.23.

« C'est parce que le corps est soumis au langage, qu'il y a une chance d'advenue du psychisme. »⁴⁵

Nos expériences corporelles construisent notre vie psychique et mentale à condition qu'elles soient partagées. En présence du patient, le thérapeute doit pouvoir analyser son propre ressenti même et surtout s'il est négatif... Alors nous sommes initiateurs de mouvement et de liberté.

A travers la relation psychomotrice, le patient a la possibilité d'exprimer son conflit inconsciemment. L'expression corporelle est liée à la vie psychique et affective.

Toujours inconsciemment, en utilisant son corps comme médiateur et les émotions qui s'en dégagent, les choses vont se mobiliser. Il sera en mesure de se reconstruire psychiquement en fonction de ses possibilités.

Le travail thérapeutique consistera à aider le patient à redéployer sur le plan de la représentation (jeux) ce qui s'est inscrit dans le corps afin que le patient chemine, inconsciemment, psychiquement.

Ainsi « du corps en vient à témoigner du et pour le psychisme. »⁴⁶

4. RELATION ENTRE L'IMAGE DU CORPS ET L'IMAGE EMOTIONNELLE

LES SENSATIONS CORPORELLES DU PSYCHOMOTRICIEN

Le psychomotricien rattache ses sensations corporelles à des émotions qu'il a lui-même ressenties.

Le corps est le lieu de l'identité mais aussi le lieu de l'identité de l'autre. Le corps du psychomotricien a gardé l'empreinte de son vécu, de ses diverses expériences et émotions.

On a tous ressenti à un moment donné les différentes formes d'émotions à un degré plus ou moins élevé. Le psychomotricien travaille avec son image inconsciente du corps.

Notre corps a enregistré les sensations corporelles qui se réfèrent à telle ou telle émotion.

Après avoir pris connaissance de son vécu corporel, il est possible au thérapeute de « décoder » les diverses sensations corporelles qu'il ressent face à un sujet. Il va ainsi prendre conscience de ce que le patient lui exprime corporellement.

CES EMOTIONS REFLETENT L'ETAT DE L'IMAGE DU CORPS DU PATIENT

« L'intersection de l'Image du corps passée avec l'Image du corps actuelle, en relation avec l'implication émotionnelle du thérapeute est, à notre avis, le phénomène qui par le biais de l'émotion, crée en psychomotricité l'émergence d'images émotionnelles desquelles l'étrangement inquiétant n'est pas exclu.

Ainsi, toute émotion agglutine de manière indissoluble les événements du passé qui ont participés d'elle. Chacun des événements qui l'ont accompagnée est de nature à faire ressurgir cette émotion. Pour prendre l'exemple de l'enfant et de sa mère, l'émotion est une tension de la rencontre charnelle et symbolique de l'enfant avec sa mère. Ce qui restera plus tard, c'est la vibration de cette rencontre, ce n'est pas la caresse réelle de sa mère, ni le plaisir qu'elle a à le faire mais la vibration rythmée de cette rencontre corporelle.

⁴⁵ Guillerault G, 1998, p.47.

⁴⁶ Guillerault G, 1998, p.47.

Ainsi s'explique le fait qu'à travers l'implication émotionnelle du thérapeute, certaines attitudes, postures ou mobilisations du corps puissent évoquer des images figurant, sollicitant les images passées du sujet, rattachées à l'émotion en question, et permettant à celle-ci de ressurgir dans le présent. Rappelons que l'émotion implique autant la musculature du sujet à travers le tonus qu'un sentiment ou un affect réunifiant le champ psychique et le champ somatique. Les rythmes biologiques du corps impliquant la notion de temps s'y trouvent fortement engagés en liaison avec le tonus. Autant d'images du corps qui se trouvent soudainement réarticulées les unes par rapport aux autres, en référence aux images du corps émotionnelles du thérapeute. »⁴⁷

A travers des mises en situation que le sujet vit en psychomotricité, la relation actuelle qui se vit mobilise une mémoire des émotions enfouie au fond de lui-même. En exprimant une émotion, celle-ci va s'accompagner de l'image du corps qui s'y rattache. En effet, l'image inconsciente du corps est l'image d'une rencontre, d'une émotion, d'un rythme (cadence, vibration).

J'ai bien ressenti cette étape lorsque Dialou a enlevé son manteau pour la première fois. Enlever un manteau est très ordinaire. Mais ce jour là j'ai ressenti une très grande émotion. A travers ce geste où il enlève une épaisseur de vêtement, les émotions qui émergeaient étaient à la fois une trop grande abondance d'information qui brouillaient ma tête mais également un vide total. J'avais cette ambivalence. Après réflexion, je me suis détachée de ces émotions qui me paralysaient, tel Dialou dans son inhibition, pour mieux comprendre son conflit relationnel.

ÉMOTIONS ET TRANSFERT EN PSYCHOMOTRICITE

Lorsqu'on établit une relation quelle qu'elle soit, la situation qui s'établit comporte une dimension inconsciente, il se crée automatiquement une situation transférentielle.

Qu'en est-il en psychomotricité ? Ce transfert se distingue-t-il du champ psychanalytique ?

DEFINITION GENERALE

« Le terme transfert n'est pas propre au vocabulaire psychanalytique. Utilisé dans de nombreux domaines, il implique toujours une idée de déplacement, de transport, de substitution d'une place à une autre sans que l'opération porte atteinte à l'intégrité de l'objet. »⁴⁸

DEFINITION DU TRANSFERT EN PSYCHANALYSE

Le transfert « désigne, en psychanalyse, le processus par lequel des fantasmes inconscients s'actualisent au cours de la cure et s'extériorisent dans la relation avec le psychanalyste.

Les deux concepts de répétition et d'extériorisation par déplacement semblent indispensables pour une définition précise du transfert. »⁴⁹

Dès 1909, « Freud commence à cerner le fait que les sentiments inconscients du patient envers l'analyste sont des manifestations d'une relation refoulée aux *imago*s parentales. En 1912, dans « La dynamique du transfert », premier texte exclusivement consacré à la question, il distingue le transfert positif, fait de tendresse et d'amour, du transfert négatif,

⁴⁷ Contant M., Calza A., 1989, p.108.

⁴⁸ Roudinesco E., Plon M., 1997, p.1067.

⁴⁹ Doron R., Parot F., 1998, p.727.

vecteur de sentiments hostiles et agressifs. A cela s'ajoutent des transferts mixtes, qui reproduisent les sentiments ambivalents de l'enfant à l'égard des parents. En 1920, dans *Au-delà du principe de plaisir*, Freud s'étonne encore du caractère répétitif du transfert. Constatant que cette répétition porte toujours sur des fragments de la vie sexuelle infantile, il lie le transfert au complexe d'Œdipe et en conclut que la névrose originelle est remplacée dans la cure par une névrose artificielle, ou « névrose de transfert ». Dans le processus analytique, celle-ci doit conduire le patient à une reconnaissance de la névrose infantile. »⁵⁰

Le psychanalyste analyse et interprète les contenus de pensée. Le transfert, ici, est utilisé pour les cas de psychopathologie freudienne (névrose, psychose...).

DEFINITION DU TRANSFERT EN PSYCHOMOTRICITE

« Nous distinguons le transfert et le contre-transfert en psychanalyse du contre-transfert émotionnel en psychomotricité, terme que nous utilisons pour décrire le phénomène qui nous paraît être à l'œuvre dans tout travail thérapeutique quel qu'il soit à savoir « la réactualisation du passé dans le présent, produisant une détemporalisation qui ramène un phénomène vécu ou non-vécu dans l'ici et le maintenant, impliquant en même temps la relation spatiale. Si en thérapie psychomotrice, on désire s'appuyer sur la « relation transférentielle », il nous paraît primordial de faire référence au « contre-transfert émotionnel » qui nous semble de nature à mieux préciser les fondements du processus thérapeutique en psychomotricité. »⁵¹

Le transfert n'est pas superposable à celui utilisé en psychanalyse. La relation transférentielle est avant tout une relation à l'autre avant d'être un contenu ou une pulsion qui est interprétés dans la psychanalyse. C'est dans cette optique que le transfert est utilisé en psychomotricité.

« Le transfert ne sera pas considéré comme facteurs de troubles en thérapie psychomotrice, mais en essayant de comprendre et d'approfondir la relation et en admettant que le vécu corporel et le symptôme s'organisent dans une relation implicite à l'autre et peuvent être saisis sur le vif à travers les phénomènes de répétition qui permettront d'actualisé du vécu corporel du sujet dans le présent. »⁵²

En psychomotricité, les communications de base sont corporelles, il s'agit de la rencontre de deux sujets avec leur corps propre et leurs deux histoires. C'est la rencontre de deux images inconscientes du corps. C'est une relation basée sur l'émotion qui se différencie du transfert en analyse. On est dans le double registre qui concerne toute l'expressivité du corps et toute la dimension symbolique du transfert.

« C'est le transfert qui permet cette rencontre entre l'image inconsciente du corps de l'analysant et l'image inconsciente du corps de l'analyste, faisant qu'elles entrent alors en résonance pour s'informer l'une de l'autre ». ⁵³

Cette communication des deux images du corps du patient et du thérapeute a également lieu en psychomotricité.

« Contrairement au contre-transfert de la psychanalyse, le contre-transfert émotionnel doit être utilisé par le psychomotricien avec le sujet, pour susciter une prise de conscience des

⁵⁰ Roudinesco E., Plon M., 1997, p.1068-1069.

⁵¹ Calza A., Contant M., 1999, p.26

⁵² Calza A., Contant M., 1989, p.26-27.

⁵³ Barral W., 1998, p.403.

tensions chroniques, des blocages inscrits dans le corps, à partir des tensions repérées par le thérapeute sur lui-même, ainsi que des attitudes et des contre-attitudes.

L'utilisation du contre-transfert émotionnel s'opère à deux niveaux, le premier étant celui de l'agir émotionnel auprès du sujet, pour tenter de le comprendre ; celui-ci, se sentant compris et soutenu pourra accéder à une prise de conscience. Avec toute la part d'illusion qu'elle implique, la compréhension n'en reste pas moins le seul mode d'accès à autrui.

Le second niveau peut-être celui de l'explication, sur un plan physiologique, d'un phénomène permettant au sujet non seulement une intellectualisation de son émotion, mais aussi la restitution vis-à-vis de lui d'un fonctionnement corporel auquel il n'avait pas accès et qui, par conséquent, justifie la thérapie. »⁵⁴

Le transfert émotionnel se rencontre chez de nombreux patients. Par exemple, Danielle, une femme de 55 ans avec une déficience mentale et un fond d'angoisse très élevé a établi un transfert émotionnel dans le cadre de ses séances. Un jour lors de la séance de groupe auxquelles elle participe ; elle s'est approchée près de moi, debout, alors que j'étais allongée (nous nous situons dans le moment de détente). Ses yeux me regardent, je ressens au fond de moi, un fond tonique élevé qui m'évoque une angoisse. Lorsque j'en prends conscience, j'y réponds en me détendant de manière à recréer ce cadre rassurant. De manière à ce qu'elle sente implicitement que je peux être un réceptacle à son angoisse. A ce moment, elle s'allonge et me prend la main. Pendant un bref instant, j'ai senti son corps détendu, sa main chaude et non crispée. Son regard était apaisé.

A travers ce transfert émotionnel et ce réajustement corporel personnel, une communication s'est établie. Danielle a su apaiser sa tension dans ce cadre rassurant.

Le travail en psychomotricité ne se réduit pas au simple enregistrement de comportements ni aux simples manipulations du comportement car ce dernier est porté par une force inconsciente, et, quelle que soit la perception de ce qui existe derrière ce comportement, celui-ci ne changera pas durablement sans la situation transférentielle. Instaurée à travers la relation psychomotrice.

LE VECU DU JEU SPONTANE

MISE EN PLACE DU JEU SPONTANE EN PSYCHOMOTRICITE

R. Cahn propose lorsqu'il aborde la thérapie des troubles instrumentaux et cognitifs, « une sorte d'expérience relationnelle où le thérapeute, tolérant mais attentif, prêt à aider l'enfant mais seulement lorsqu'il le demande, laisse à ce dernier toute initiative, notamment dans le registre de l'expression motrice et symbolique, favorisant la découverte et l'exploration des objets ou du matériel et leur libre utilisation. (...) Ainsi le thérapeute, (...) évitant à la fois le maternage et l'interprétation, vécus l'un et l'autre comme insupportablement intrusifs, rend possible de spectaculaires évolutions sur le plan instrumental et symbolique. »⁵⁵

Dans la mise en place du jeu spontané, il y aura une progression du ressenti de son expérience, qui lui permettra de grandir dans la relation. Ceci se fait dans le cadre psychomoteur dans lequel le patient se situe sous le regard, sous la parole, devant la présence du thérapeute. L'expression corporelle du patient prend sens. Ses différents troubles sont

⁵⁴ Calza A., Contant M., 1989, p.68

⁵⁵ Calza A., Contant M., 1999, p.15

entendus, il est donc plus disponible pour expérimenter des réponses dans le cadre thérapeutique et ainsi à faire naître une expérience neuve et constructive pour l'enfant.

La somme de ses différentes expériences psychomotrices vont permettre au sujet d'édifier le sentiment du soi, « l'individu peut se « rassembler » et exister comme unité. »⁵⁶

En effet, « l'activité de jeu facilite la croissance et par la même, la santé. »⁵⁷ Il ajoute que « c'est en jouant, et seulement en jouant, que l'individu, enfant ou adulte, est capable d'être créatif et d'utiliser sa personnalité tout entière. C'est seulement en étant créatif que l'individu découvre le soi. »⁵⁸

En psychomotricité, on appréciera les mécanismes de la fonction imaginaire et de la projection. On peut s'attacher à l'absence de jeu, mais également les variations structurelles du jeu, ainsi que le jeu des distances (proximité symbiotique, mise à distance, annulation totale de la notion de distance...).

IMAGE EMOTIONNELLE ET JEU SPONTANE

Dans le jeu spontané, l'enfant projette sa propre histoire pour mieux vivre avec. Des émotions vont émaner de l'activité de l'enfant et vont témoigner de l'état de l'image du corps. Le psychomotricien est attentif à ces manifestations et y répond verbalement ou corporellement, s'il en sent l'utilité, de manière à maintenir le cadre contenant et rassurant dans lequel l'enfant peut évoluer et s'exprimer en toute confiance.

Au cours des séances, on notera des changements d'expression corporelle qui évolueront parallèlement avec la réorganisation psychique de ses troubles.

Par exemple, on pourra remarquer que le jeu en début et en fin de prise en charge ne sera pas identique. On notera des variantes dans l'émotion, dans sa gestuelle, dans sa gestion du temps, de l'espace, dans la sollicitation du psychomotricien, dans l'harmonie de lui-même, etc. ...

ROLE DU PSYCHOMOTRICIEN

« La relation thérapeutique n'est alors pas et ne peut pas se définir comme une neutralité bienveillante. C'est au contraire une relation d'implication. La relation d'implication interdit la neutralité, l'enfant doit pouvoir utiliser le thérapeute et en jouer avec plaisir ou déplaisir. »⁵⁹

Le thérapeute est actif dans les interactions. Il est disponible quand l'enfant joue et propose des réponses en fonction de ce qu'il comprend. Le psychomotricien n'entre pas forcément dans le jeu de l'enfant, cela dépendra de la pertinence de sa présence, de la demande de l'enfant ...

L'enfant exercera ses capacités motrices et psychiques dans le jeu spontané avec le thérapeute. L'enfant se construira dans cette relation réelle.

⁵⁶ Winnicott D.W., 1975, p.80.

⁵⁷ Winnicott D. W., 1975, p.60.

⁵⁸ Winnicott D. W., 1975, p.76.

⁵⁹ Calza A., Contant M., 1999, p.16.

CLINIQUE

PRESENTATION DES LIEUX

Mes prises en charge se sont situer dans deux cadres spécifiques : un C.M.P.P. et un foyer de vie.

PRESENTATION DU C.M.P.P.

Le C.M.P.P. est à disposition pour recevoir et traiter en cure ambulatoire des enfants et adolescents, qui présentent des troubles du caractère ou du comportement, des troubles du développement psychoaffectif ou psychomoteur, des difficultés dans les relations, l'adaptation ou les acquisitions.

Les premières consultations sont assurées systématiquement par des médecins qui coordonnent ensuite le travail thérapeutique des différents spécialistes requis.

L'équipe thérapeutique est constituée de psychiatre, psychologue, orthophoniste et psychomotricien.

Il ne s'agit pas d'accumuler des bilans partiels pour proposer une réponse uniquement rééducative, ni d'entreprendre une démarche thérapeutique purement symptomatique.

Le C.M.P.P. essaie de procéder à une analyse de l'étiologie des troubles, en les replaçant dans l'évolution de la personnalité de l'enfant et de son insertion familiale et sociale.

Des relations indispensables sont établies avec les parents qui peuvent eux-mêmes, si le besoin s'en fait sentir, recevoir aide et soutien dans leur tâche éducative.

Le C.M.P.P. accorde une importance privilégiée aux rapports avec leurs confrères qui dispensent régulièrement leurs soins à ses patients et à leurs familles.

Le C.M.P.P. est un établissement privé à but non lucratif, conventionné par la D.D.A.S.S. et par la C.R.A.M.I.F.. Les organismes de sécurité sociale prennent en charge, à 100% le coût des consultations et des traitements.

PRESENTATION DU FOYER DE VIE

Au cours de mes différentes expériences, j'ai pu constater une pratique psychomotrice différente d'un lieu de stage à un autre.

Un lieu m'a particulièrement interrogée par rapport à l'utilisation des émotions en psychomotricité.

Le foyer de vie reçoit en internat une vingtaine d'adulte handicapés mentaux. Il s'insère au sein d'une association qui regroupe également un hébergement et un C.I.T.L.. Ces trois établissements sont dirigés par une directrice.

Le projet de l'établissement consiste à assurer des soins adaptés par médication, prise en charge psychomotrice, relation adaptée.

Un travail important est établi par l'équipe soignante, (A.M.P., AS., psychomotricien) pour maintenir ou augmenter l'autonomie des résidents ainsi que leurs acquis.

De nombreux séjours, sorties, visites sont organisés pour favoriser une ouverture sur l'extérieur de l'établissement.

Le foyer de vie est inscrit dans un processus évolutif.

ÉTUDE CLINIQUE

Mon étude clinique s'organise autour de la présentation de Dialou, prit en charge en C.M.P.P. et d'un groupe d'adulte accueilli dans un foyer de vie.

PRESENTATION DE DIALOU

Dialou est un garçon de 15 ans. Cet adolescent d'origine africaine présente une inhibition intellectuelle massive. Il est en S.E.G.P.A. section pressing. Il a une prise en charge hebdomadaire d'une heure dans un groupe d'expression animé par une orthophoniste et un psychomotricien / psychologue.

Anamnèse

Dialou né le 28.11.1984, d'origine malienne, est très grand, il paraît plus âgé que son âge réel. Il est silencieux, très inhibé et présente un comportement maniéré et efféminé. Il parle très bas (il est à peine audible) pratiquement par mot-phrase, c'est la raison pour laquelle l'école nous l'adresse.

Il a été orienté en section pressing par absence de choix.

Scolairement, il a des difficultés en mathématiques.

Son inhibition et son maniérisme sont inquiétant.

Son père est sans profession et sa mère est agent d'entretien. Ils ont neuf enfants.

Sa mère, d'un premier mariage, a eu deux filles et un garçon qui ont entre 22 et 30 ans. Puis, avec le père de Dialou, elle a eu une fille née en 1974 (elle est mariée et a trois enfants), quatre garçons, l'un est né en 1975 et a deux filles, l'autre, né en 1978 a deux garçons, un frère est né en 1980, puis Dialou.

A travers les différents entretiens avec les parents, le pédopsychiatre nous a indiqué que Dialou joue le rôle de la « fille » dans les différentes tâches ménagères dans sa famille.

Il serait audible avec ses amis, ses frères et sœurs. Son inhibition verbale s'exprimerait en présence d'adulte.

Dialou présente une hyperthyroïdie et prend des médicaments pour la soulager.

Bilan psychologique

Au mois de novembre 1998, Dialou a passé un examen psychologique au sein du C.M.P.P.

Cet examen conclut au Wisc R : QIV=78, QIP=89, QIT=81. Le résultat global situe l'efficiace intellectuelle dans la zone normale faible. Dialou a difficilement accès au symbole et aux abstractions. La mémorisation est très faible.

Il a un retard scolaire. Il a des difficultés attentionnelles massives, un dysfonctionnement des repères spatiaux. En revanche, la compréhension et l'assimilation de situations logiques représentées sont normales ainsi que les capacités d'apprentissage.

Au test projectif est mis en évidence l'inhibition psychologique, avec des blocages relationnels. Il existe une problématique autour de l'identité sexuelle.

Il n'y a pas de déviance psychopathologique majeur quant à l'organisation de personnalité de Dialou.

A la suite de cet examen, révélant un contact et un comportement inquiétant, une prise en soin au C.M.P.P. est indiquée en proposant d'abord un travail médiatisé.

Bilan orthophonique

Un bilan orthophonique fait en novembre 1998 conclut que Dialou a des connaissances mais qu'il a un niveau faible par rapport à son âge en lecture, orthographe et mathématiques.

Il n'a pas toujours conscience de ses difficultés, il pense que ça va bien en classe, mais il est cependant d'accord pour venir travailler au C.M.P.P. dans le but d'améliorer ses résultats scolaires.

En septembre 1999, il y a des progrès et Dialou a de meilleures notes en classe. Il vient régulièrement à ses rendez-vous. Cependant son attitude et son expression restent figées et parfois l'orthophoniste doit encore lui faire répéter ce qu'il dit car il est inaudible. Son père dit que son frère aîné est comme lui : il ne parle pas fort.

Il n'a pas conscience de ses difficultés. L'orthophoniste n'a pas encore constaté une évolution sur le plan relationnel.

Il est pris en charge en orthophonie depuis novembre 1998, à raison d'une séance de trente minutes par semaine.

Évaluation d'observation psychomotrice

Il s'agit d'un bilan d'observation, effectué en novembre 1999, dans lequel l'inhibition est massive.

Dialou est un adolescent de grande taille et fin. Au niveau du visage, sa pilosité est légère.

Il vient régulièrement au groupe en jean ou jogging, pull, basket et blouson.

Il s'installe régulièrement sur le bord d'un tabouret, n'osant pas prendre un fauteuil. Posturalement, on sent qu'il n'ose pas s'installer, se mettre à son aise, il ne prend pas appui sur le mur, les mains sont disposées entre ses jambes. Il prend un air avachi tout en évitant le regard, tout en gardant son manteau.

Quand Dialou croise notre regard, il a des maniérismes au niveau du visage : bouche, yeux, joues ainsi qu'avec ses doigts.

Quand il nous serre la main, on note une hypotonie avec évitement du regard. Globalement il présente une hypotonie.

A son contact, on ressent un vide corporel et psychique.

Bien que maîtrisant le français, Dialou est incompréhensible dans son langage verbal car il est inaudible. C'est après de nombreuses répétitions que l'on accède à son propos. Il apparaît selon le pédopsychiatre que Dialou a une communication normale avec ses frères et sœurs et amis, selon les propos de son père.

Ses conduites psychomotrices (marche, coordination-dissociation des mouvements, motricité fine) sont bien réalisées mais elles sont inscrites dans une grande lenteur.

Dialou a une bonne organisation temporo-spatiale. Il présente des oublis de mémorisation. Il a des difficultés en mathématiques.

Ses diverses réactions de prestance sont accentuées lorsque Dialou est mis en avant dans le groupe.

On relève de nombreux signes de l'inhibition psychomotrice.

En jeu spontané, il ne propose aucune activité, il ne sait s'il veut jouer, il n'a aucune opinion, il ne sait pas ! Le fait de parler à un des membres du groupe l'angoisse (ça lui provoque de nombreuses réactions de prestance), il est comme paralysé.

On sent qu'il est attentif à ce qui se passe mais il ne prend part ni au jeu ni à la discussion spontanément.

Conclusion

Dialou présente une grande inhibition psychomotrice qui paralyse ses interactions relationnelles, ses capacités intellectuelles, et son rendement scolaire.

Projet thérapeutique

Après un long travail en orthophonie durant plusieurs années, un relais est proposé en psychomotricité.

Le projet visera à l'aider à créer une confiance en soi, et ainsi lui permettre de s'exprimer, de communiquer.

Un groupe thérapeutique sera proposé par sa fonction contenant, enveloppante, rassurante et de manière à favoriser les interactions (avec adulte et adolescents). Le groupe assurera une double protection contre les dangers extérieurs et contre l'état psychique interne de détresse de chaque participant.

Une prise en charge d'une heure sera proposée.

PRESENTATION DU GROUPE DU FOYER DE VIE

Il s'agit d'un foyer de vie, accueillant des adultes et des personnes âgées ayant des polyhandicaps, des pathologies psychiques, des maladies neurologiques. Le psychomotricien y anime des groupes de piscine, un groupe en gymnase et des prises en charge individuelle. J'ai participé à deux prises en charges individuelles ainsi qu'au groupe du gymnase.

Le contexte

Le psychomotricien et moi-même avons convenu que dans un premier temps je serai en position d'observatrice. Puis au bout de deux mois, j'organiserai les séances. Ce temps d'observation m'a beaucoup questionnée. En effet, les séances étaient organisées autour d'activités dirigées, bien qu'ayant conscience de la pathologie de ces personnes, je me demandais s'il n'était pas possible de mettre en place des séances dans lesquelles émergeraient des émotions. Dans le schéma qui m'était proposé, j'avais la sensation que les participants étaient dans une reproduction d'un acte, sans le vivre. Pour certains, ils répétaient presque machinalement l'activité. Les participants ne se dégageaient pas du faire et du savoir-faire. Ce qui m'intéresse en psychomotricité c'est de savoir ce qu'il en est du sujet en situation d'agir dans ses possibilités d'expression corporelle et de communication.

Le psychomotricien m'avait donné carte blanche pour mes prises en charge et m'encourageait à trouver ma pratique. Face à cette offre et à mon questionnement, je n'ai pas hésité : je vais proposer à ces patients du jeu spontané en groupe mais également en individuel.

Présentation des participants

Cécile est une femme de 32 ans, psychotique. Au sein du groupe, elle se « déconnecte » plusieurs fois en faisant le cheval (marche, course, bruit).

Elle a des idées obsédantes qui bloquent les relations avec les autres et les dégradent.

Danielle est une femme de 55 ans présentant un fond d'angoisse intense et une déficience mentale moyenne. Son contact est agréable. Son corps réagit à son angoisse par de nombreuses tensions, crispations. De même, elle a des questions incessantes qui, lorsqu'elle est angoissée, ne trouve pas de réponse car Danielle ne comprend plus nos réponses, ne se

souvent plus de la question qu'elle vient de poser. Son angoisse a bloqué ses facultés intellectuelles et relationnelles.

Sébastien, à première vue, se montre comme assez fainéant, il est participant du moindre effort. Mais quand on y regarde de plus près, on découvre un homme de 33 ans qui est plus présent dans l'interaction relationnelle que dans les activités agies. Il est très curieux, parfois trop et dénote un désir mortifère de sa part et nous épuise par ses questions.

Sébastien est aveugle et il a une tige darlington.

Laurent est un homme de 53 ans d'origine martiniquaise du côté maternel et vietnamienne du côté paternel. Il est dans une déficience moyenne et dans une grande inhibition. Il est dans une lenteur corporelle et d'expression verbale. Laurent a beaucoup d'humour et il est sensible au féminin ce qui l'éloigne de la relation parfois.

Une prise en charge à mon arrivée

Cette séance se déroule en septembre 1999, Philippe, le psychomotricien, la dirige sur un fond musical.

L'activité groupale s'est organisée de la manière suivante :

Un temps d'échauffement où les participants doivent courir dans la salle du gymnase. Au début, ils courent seul, puis à plusieurs, en avant, en arrière, sur les côtés...

Les gros ballons sont ensuite utilisés de diverses manières. On saute dessus, on s'y allonge sur le ventre, sur le dos, on le fait rebondir fort, moins fort, on se le lance ...

Le moment tant attendu par les participants, les abdominaux ! Ils utilisent des scratches à hauteurs des chevilles. Ils s'allongent sur le dos et font des abdominaux de différentes manières. Philippe, les stimule pour renforcer leur paroi abdominale, notamment Sébastien qui en profite pour s'endormir. Cette activité a été amorcée car il y a une demande de l'institution

Après ces efforts, une pause s'impose ! Philippe propose aux participants de s'allonger, de se détendre et d'écouter la musique.

Enfin une activité collective, telle que le parachute, vient clore la séance. Il s'agit d'un grand tissu en forme de cercle dont le centre est troué. L'activité consiste à tous le tenir de ces deux mains, à lever les bras en haut puis en bas en même temps afin qu'on le lâche au top de Philippe. Le tissu s'envole et descend doucement tel un parachute.

Au cours de ces diverses activités, il y avait très peu d'interaction entre les participants et ils s'adressaient directement à nous. Les activités étaient réalisées machinalement, ils ne prenaient pas le temps de découvrir le plaisir ou le déplaisir qui s'associaient à ces moments. Ils n'avaient pas de contact, pas de rapport avec leur propre corps et le corps groupal.

Projet thérapeutique

Les participants sont inhibés émotionnellement, figés dans leur expression corporelle, enfermés dans une solitude.

Le projet thérapeutique vise une libération corporelle, expressive et de communication, par la mise en place d'un cadre qui permettra à long terme un apaisement, des mobilisations émotionnelles, des mobilisations du corps pulsionnel, symbolique, propre...

QUELQUES RAPPELS SUR LE GROUPE

Avant de poursuivre, je vais apporter un éclairage sur la fonction thérapeutique groupale.

Le groupe se définit classiquement comme étant un ensemble de personnes interdépendantes.

Pour la tendance psychanalytique, le groupe est un moyen d'établir entre les personnes une communication plus véridique et de leur permettre de faire l'expérience d'états et de processus psychiques « archaïques ».

Pour Freud, la cohésion d'un groupe provient de l'identification de ses membres au même idéal du moi. Il ajoute que le groupe a à effectuer un travail psychique interne à savoir le meurtre du père fondateur pour accéder à sa propre souveraineté.

Pour Didier Anzieu, le groupe, représenté comme un corps dont les individus sont les membres, représente une défense contre l'angoisse de morcellement, c'est à dire que le groupe est contenant. Il a également mis en évidence deux processus antagonistes dans l'inconscient des groupes : tendance à un état fusionnel collectif exaltant et tendance à la destruction psychique du groupe par ses membres.

Le groupe en psychomotricité est l'organisation d'un réseau d'individus formant corps, se structurant les uns par rapport aux autres, dans un espace et un temps donnés et par rapport à un pôle. Ce pôle est le psychomotricien : il est détenteur de la loi, a pouvoir d'organisation, de sécurisation et de dynamique.

On favorisera les prises en charge en groupe dans les cas où le sujet présenterait des difficultés de socialisation (travail sur les règles, les lois, les limites). Le groupe sera aussi favorisé envers les personnes qui présentent des difficultés dans la relation duelle, dans une relation qualifiable de fusionnelle, ou à l'inverse dans une relation difficile avec l'adulte.

On proposera le groupe à des sujets avec une certaine mésestime de soi, avec un manque de confiance mais qui sont plutôt à l'aise avec d'autres personnes et qui ont de bon rapport avec ceux du même âge.

Dans le cas d'un trouble commun et où les relations avec les personnes sont bonnes, le groupe est proposé. Enfin, dans la mesure où la technique employée est commune à plusieurs sujets, ces derniers peuvent se réunir autour d'un groupe.

L'intérêt du groupe en psychomotricité se fait à plusieurs niveaux :

Le fait que les patients aient quelque chose en commun crée chez eux une cohésion, une force et une sécurité qui pousse chacun à avancer.

A partir d'un certain âge, les patients tirent un grand plaisir à être en interaction avec d'autre personne, le travail de groupe offre un espace de plaisir mais aussi d'expression.

Important travail d'imitation qui est un grand élément de développement.

Apporte des identifications

Solidarité interne au « groupe patient » face au « groupe adulte/thérapeute ».

Renarcissisation plus importante. On se sent plus fort quant on est reconnu d'un groupe que si on est reconnu d'une seule personne.

DISCUSSION

ORGANISATION DU TRAVAIL

Deux séances types vont suivre l'une au C.M.P.P., l'autre au foyer de vie.

Au C.M.P.P. nous allons chercher les participants du groupe dans la salle d'attente.

Le premier visage rencontré est celui de Sophie dont le regard cherche notre reconnaissance et notre bonjour. Ensuite vient Sébastien assis au fond de sa chaise n'osant pas trop nous regardé, il semble solitaire.

Aujourd'hui, ils seront deux !! Ah! Je vois Dialou au fond de la salle d'attente, caché par le mur. Globalement il est très discret, trop discret. Nous les saluons individuellement en leur serrant la main. Nous les faisons entrer dans la salle de psychomotricité. Là, nous nous installons en prenant les fauteuils et les tabourets, nous sommes en cercle.

Quelqu'un toc à la porte, c'est Thomas avec dix minutes de retard, le visage rougit par sa course de vingt minutes qu'il a fait depuis chez lui.

Ca y est, nous sommes au complet.

Sophie commence souvent le moment de discussion en parlant de ses dernières nouvelles.

Lorsque Thomas est là, Sébastien est moins dans le repli. Il a trouvé un interlocuteur en Thomas.

La discussion tourne, chacun y met son élément. Souvent sous notre stimulation, les langues se délient.

Mais il est vrai que la stimulation doit être surdosée pour que Dialou réponde ou parle par rapport à l'objet de la discussion.

Après ce temps où chacun a la possibilité d'exprimer verbalement ce qu'il veut, naturellement le groupe se tourne vers les jeux de stratégie. Le « batik » ou le « corridor » est un régal pour nombre d'entre eux.

Le batik se joue à deux. Chacun possède un certain nombre de pièces géométriques qu'ils doivent insérer, chacun son tour, entre deux parois en verre, selon le même schéma que le jeu puissance quatre. Le but du jeu est de ne pas dépasser le haut du dispositif.

Le corridor se joue à deux ou quatre, il est constitué d'un quadrillage. Chacun a à sa disposition un pion qu'il peut déplacer de case en case, chacun son tour. Ils ont également un certain nombre de petit muret qu'ils peuvent disposer sur le quadrillage, à la place d'un déplacement de pion, pour entraver la trajectoire de l'adversaire. Le but est d'atteindre le côté opposé le premier.

Au foyer, cela fait quelques minutes que le groupe a commencé, les activités ont évoluées ainsi que les participants qui, au départ, étaient dispersés dans la salle pour ensuite se réunir. Nous formons presque un cercle.

Danielle est sur le gros ballon et saute dessus spontanément. Je propose au reste du groupe d'en faire autant. Chemin faisant, Danielle se met à poser ses mains sur ses genoux, puis sur ses épaules. Tout le groupe reprend avec elle. Je sens Danielle sérieuse, faisant attention à ce qu'elle fait car c'est le « modèle » du groupe en cet instant. En plus de ces responsabilités, elle respire le plaisir d'être l'investigatrice de l'activité.

Je propose ensuite à Laurent de nous montrer quelque chose. Après cinq minutes de réflexion, le voilà qui gesticule dans tous les sens avec son corps tout entier et ceci dans une rapidité d'exécution qui m'a bleufé ! Il lève les bras à l'horizontale, au-dessus de sa tête, il pivote...

Ça ressemblait un peu à un ballet. Apparemment, je n'étais pas la seul à le ressentir puisque Danielle, puis Sébastien, se mettent à danser à leur manière. Tout ceci, sur le rythme de la musique.

Tout le monde reprenait ces pas de danse. Au départ, ils étaient timides, puis la musique aidant, ils se trémoussaient tous ensemble. C'était un vrai moment de plaisir.

Ensuite, après cette expression corporelle riche, on s'est orienté vers le temps de pause pour digérer ces différentes émotions.

Au parachute, animé par Philippe, Danielle a été prévenante vis à vis de Laurent, elle lui a ramassé le parachute qui était tombé au sol. Laurent le récupère dans l'instant, sans aucune longueur comme il a l'habitude de faire.

Il est intéressant de voir que dans ces deux groupes, dont les difficultés sont différentes, l'expression corporelle, le jeu spontané et la relation thérapeutique ont leur place.

Mais l'organisation diffère d'un groupe à l'autre. En effet, les adolescents, plus autonome, viennent seul aux séances alors que les adultes sont accompagnés par les deux thérapeutes.

L'expression spontanée se situe beaucoup autour des jeux de stratégie au C.M.P.P. car il est vrai que ces adolescents ont de plus grandes capacités intellectuelles et relationnelles. Les adultes explorent davantage la découverte de leur corps, de leur sensation corporelle, émotionnelle. Cette exploration s'exprime dans un cadre contenant, rassurant, comme au C.M.P.P., mais la mise en place de séance structurée, ritualisée leurs permettent une libération.

En effet, les activités sont agencées en trois temps : un premier autour du jeu spontané, un deuxième de détente, un troisième plus dirigé autour d'une activité collective.

L'utilisation d'un fond musical, dans le groupe d'adulte renforce le cadre rassurant.

STRATEGIE DE JEUX CHEZ LES ADOLESCENTS

Les positions de chacun dans le groupe sont extraordinairement bien exprimées à travers ces jeux. A savoir, Sophie, susceptible, répond par une agressivité physique, elle a de grandes lacunes dans la stratégie à adopter à cause de difficulté spatiale, temporelle, une déficience mentale liée à une anoxie infantile. L'écart se creuse entre son niveau et celui des autres participants, elle reste très individuelle dans son jeu, elle n'a pas de stratégie collective, elle joue « perso ».

Thomas est dans une dynamique de stratégie, il a la notion de stratégie collective sans oublier son désir de gagner. C'est en quelque sorte le leader. Sébastien le suit mais ne s'efface pas dans le jeu, au contraire, la présence de Thomas le rassure et lui permet d'être attentif quant à l'attitude à adopter dans le jeu.

Dialou, dans un silence, joue après un long temps de pause et après que les joueurs le rappellent à l'ordre. Il est très observateur, il a conscience de la stratégie à adopter mais en fin de partie, il fait un peu n'importe quoi.

Cette dynamique est vivante parce que le cadre thérapeutique apporte sécurité et permet l'expression par l'agir de leur vécu corporel. Ils peuvent investir la dimension relationnelle, émotionnelle.

Les interactions des adultes existent quand même, mais la relation est plus émoussée. Elles ne sont pas inexistantes. Lorsque les émotions sont inhibées, la relation et les interactions sont figées, l'intérêt du jeu est amoindri comme on peut le voir chez Dialou et chez le groupe d'adulte en début de prise en charge. A l'inverse, un comportement émotionnel trop intense estompe la dimension stratégique du jeu. C'est pourquoi, le projet thérapeutique vise à restaurer la relation qui est amoindrie par les interactions pauvres. L'amélioration de la relation va diminuer les attitudes débilisantes.

Comme K. Rogers nous l'a dit, la dynamique groupale, le processus thérapeutique se mettent en place par une attitude empathique, d'écoute du patient et de lui-même. Les patients sont dans un cadre où le thérapeute ne s'ignore pas, où il existe, où il est présent. Cette présence rassurante va permettre l'émergence d'interaction.

LORSQUE LES MOTS SONT AUDIBLES

Ce jour nous a tous surpris.

Comme à l'accoutumé, nous recevons les quatre participants du groupe d'adolescent en salle de psychomotricité. Nous nous installons pour discuter quelques instants de l'actualité de ces jeunes adolescents. Dialou, à son habitude, ne dira pas un mot. Il est là sans être là. Il observe de loin la situation qui se joue devant lui, mais il ne désire pas y prendre part.

Dans la conversation, il y a eut un questionnement autour d'un calcul. Nous leur proposons de l'inscrire au tableau pour en trouver la solution. Devant leur difficulté à résoudre ce problème, nous demandons à Dialou de les aider, chose qu'il fait. Il réussit cet exercice de mathématique. A un moment donné, alors que nous tentions d'expliquer le calcul aux autres participants, Dialou a énoncé, d'une voix audible, une phrase.

Tellement ébahies devant ce phénomène, il nous est impossible de nous rappeler le contenu de la phrase. Quoiqu'il en soit, le contenant de la phrase était audible, d'une voix certaine, il reflétait le contenant de Dialou. Je ressentais une affirmation de sa part, il se « lâchait ». Il accepte ce qui se passe en ce lieu et y prend part.

Il a pu être entendu par tous les membres du groupe. Il a pu dire « je » et s'inscrire dans le groupe comme sujet actif.

Dans le groupe d'adulte, j'ai pu également observer, chez Laurent et chez Danielle une différence de timbre de voix.

Selon leur contenance, elles sont plus nettes, plus présentes, plus distinctes ou plus en retrait, plus timides, plus dans l'opposition.

J'ai constaté ces variations durant l'année selon l'état émotionnel dans lequel ses patients se retrouvaient. L'enrobage de leur discours me témoignait l'état de leur image inconsciente du corps.

Au début, leurs paroles étaient inscrites dans des écholalies qui bloquaient les interactions. Progressivement, leurs discours se situaient dans une émergence d'émotion vraie. Ils ne se cachaient plus derrière leur angoisse. Parallèlement à ce cheminement, le groupe prenait corps.

De même, au fur et à mesure que j'intégrais de mieux en mieux mon rôle en tant que porteuse d'un cadre thérapeutique, ces différents états étaient entendus.

Ainsi, comme nous le dit M. Pagès/K. Rogers, l'écoute des manifestations émotionnelles, corporelles et/ou verbales leur donne une valeur et leur donne la possibilité d'entrer dans le processus thérapeutique.

UNE IMAGE DU CORPS CAPARAÇONNEE

Les premières séances, Dialou garde son manteau sur lui tout le long des séances.

Au mois de novembre, François lui demande s'il n'avait pas trop chaud avec son manteau et lui propose de l'enlever.

Dialou s'y exécuta très lentement avec de nombreux maniérismes, de nombreuses réactions de prestance : les yeux partent dans tous les sens, le mouvement de ses lèvres font la mou, ses mains sont empreintes de mouvement très maniéré, sa tête oscille très lentement en penchant d'un côté puis de l'autre très légèrement.

De manière très efféminée, il enlève une manche tel un long gant puis le haut de la manche ensuite il passe à l'autre bras. Son manteau glisse lentement pour se réfugier entre le dossier de la chaise et son dos.

Face à lui, mon corps a été submergé d'image émotionnelle : sensation de tête vide mais également de tête envahie par des idées. Toutes ces images ont affluées sous la simple vision de Dialou sans manteau. J'avais la sensation qu'il enlevait sa carapace selon les termes de Didier Anzieu.

Son manteau avait pour fonction de protéger son moi contre l'entourage et a une fonction d'enveloppe psychique. J'avais la sensation d'avoir en face de moi une autre personne. Il était mis à nu sans épaisseur de protection, sans barrière de protection.

L'abondance de ces images émotionnelles m'a tétanisée en quelque sorte, j'avais du mal moi-même à faire le moindre mouvement. Je ressentais son inhibition à travers ce ressenti corporel, ces images émotionnelles.

Par ce transfert émotionnel, je ressentais de la part de Dialou une image du corps carapacée. Il avait mis en place une carapace imaginaire pour se protéger de son environnement. Cette carapace a été le fait de l'accumulation de toutes ses expériences émotionnelles. Comme le dit F. Dolto, « l'image du corps est une théorie corporelle du langage ». En ce qui concerne Dialou, son image du corps est dysharmonieuse, il y a inadéquation de son expérience émotionnelle, de son vécu relationnel.

Quand il a levé le voile, sa carapace, son manteau, Dialou a pu par l'intermédiaire de ces différentes expériences émotionnelles, vécues ou revécues au sein du groupe, construire ou reconstruire son image du corps. Celle-ci a pu s'enrichir par l'intermédiaire de ce vécu relationnel, le sujet grandi.

A travers ces diverses expériences, Dialou a manifesté différemment sa carapace par l'opposition, le repliement.

Dans les dernières séances, Dialou a marqué une opposition dans son attitude, dans sa station assise : il nous tournait le dos ; mais également par le port de son manteau qui signifiait qu'il ne pouvait plus être authentique, qu'il avait besoin de se protéger à nouveau afin de marquer son opposition dans le refus de communiquer. Son attitude signifiait qu'il n'était plus en situation d'écoute, il n'était plus abordable, il se refermait sur lui-même.

Dans les derniers temps, Dialou a manifesté son opposition en étant absent du groupe sans s'être préalablement excusé comme nous le demandions dans pareille situation.

A travers ces diverses manifestations, nous voyons que l'expression de Dialou a évolué : elle est passée d'une opposition latente, passive à une opposition dans l'acte, pour s'autoriser à s'absenter.

Au foyer, cette carapace imaginaire a pu revêtir diverses formes : repliement sur soi, repliement derrière les personnes, derrière le matériel, fermeture des yeux

Par exemple, en début de prise en charge, Laurent se mettait souvent en « boule » au sol, tel un fœtus. Parfois, dans cette position venait se blottir un gros ballon dans le creux de son ventre comme pour la renforcer. Ses yeux sont fermés mais parfois ses mains accompagnent cette fermeture en se posant au niveau de son regard. Ainsi, Laurent a développé une protection plus ou moins importante qui varie en fonction de son sentiment « d'être » en sécurité.

L'EXISTENCE PAR LE REGARD

Tout le long des séances, Dialou fuyait le regard en amplifiant ses réactions de prestance.

Quand on lui serrait la main en début et fin de séance, sa main était comme flasque, sans véritable consistance, sans présence, il nous touchait la main de la pointe des doigts. Il fuyait le regard.

Progressivement, son regard est plus présent et au mois de décembre, il soutient le regard de son interlocuteur timidement.

Cela a été flagrant dans sa poignée de main dans laquelle cette dernière, quasi entière, y participe avec son regard qui accompagne le mouvement tout aussi timidement mais en étant plus présent.

D'une manière générale, les participants du groupe du C.M.P.P. témoignaient diverses émotions à travers leur regard et notamment lorsque la situation relationnelle et/ou émotionnelle était difficile, angoissant. Leurs regards fuyaient, s'échappaient de l'interaction qui se nouait.

A l'inverse, le regard du thérapeute peut être vecteur d'apaisement, de sentiment d'être entendu. Il est contenant, il accueille le patient.

Chez les adultes, lorsqu'il n'y avait pas d'échange entre eux, le regard était présent. Les regards s'évitaient ou étaient empreints d'angoisse. Malgré l'absence de lien, d'interaction, le regard témoignait leur position dans le corps groupal.

Dans l'une ou l'autre partie, le regard est porteur d'émotion en résonance avec la « vibration » de ses différentes rencontres, de ses expériences émotionnelles selon les termes de M. Contant et A. Calza. Nous pouvons en dire de même concernant la douceur de la voix, du visage, de l'attitude, de l'expression corporelle du thérapeute.

LE TRANSFERT EMOTIONNEL

Régulièrement, à travers le transfert émotionnel, l'inhibition de Dialou faisait échos en moi. Lorsqu'il a enlevé son manteau, notamment, le transfert fut intense. Je ressentais un vide total accompagné d'un nombre innombrable d'information que je ne pouvais distinguer à cause de cette abondance si soudaine. Ces manifestations ont d'abord été corporelles : elles se localisaient au niveau de la tête par un sentiment de trop plein et elles se localisaient dans tout mon corps par un vide intérieur. Ces deux informations m'ont totalement inhibée corporellement et psychiquement. Je ne pouvais plus discerner mes désirs en tant que sujet, comme s'ils étaient endoloris. Ainsi comme nous l'a dit H. Searles dans l'unité psychosomatique en psychomotricité (1989), les « participants réagissent presque constamment l'un à l'autre (...) et avec des sentiments qui changent très rapidement ».

Mon expérience personnelle m'a permis de vivre le transfert émotionnel de différentes manières selon qu'il s'agissait d'une prise en charge individuelle ou de groupe, aussi bien au

C.M.P.P. qu'au foyer de vie. En individuel, dans un premier temps c'était plus facile car il s'agissait d'un seul transfert qui se faisait à un temps t. Quand j'ai commencé le groupe, j'avais du mal à gérer ces diverses émotions qui émanaient de l'activité. J'avais l'impression de gérer plusieurs prise en charge individuelle dans un groupe. Je répondais à un moment donné à une personne puis après à une autre. Au fur et à mesure que je prenais mes marques, les émotions individuelles qui émergeaient se rassemblaient en une émotion de groupe. J'ai pu ressentir une angoisse de mort très forte, des moments d'exaltation, des moments de doute, de joie, d'agressivité. Le groupe a pu exprimer différentes palettes d'émotion et les vivre dans ce cadre. J'étais engagé dans l'expression corporelle et émotionnelle de chacun. A tout moment il me fallait être disponible à la compréhension des mouvements qui s'opèrent. C'est de cette écoute que dépend ma propre réponse corporelle et/ou verbale. J'étais pour le groupe objet d'identification et de projection, mais je représentais également la loi, j'assurais la protection du groupe et de chacun en son sein. Ce qui est également intéressant dans un groupe, c'est de voir toutes les interactions qui peuvent se jouer dans l'instant et les émotions qui s'expriment en faisant échos à leur image inconsciente du corps.

Dans ces diverses rencontres, où le transfert émotionnel s'est établi, je me rends compte que ce transfert est avant tout une rencontre de deux sujets. C'est un concept vivant, non palpable, qui se vit, qui est en constant mouvement, changement.

Ce transfert évolue parallèlement à l'évolution personnelle de chacun des partenaires (thérapeute, patient), donc le transfert émotionnel est en corrélation avec l'image du corps. Personnellement, je me suis régulièrement questionné autour du transfert émotionnel engagé avec tel ou tel patient, par rapport à mon attitude, par rapports aux réponses que je pouvais lui apporter. Bref, le transfert émotionnel a été vecteur d'un questionnement au sens large du terme, il a mobilisé et questionné une relation.

DES MODIFICATIONS DANS LES INTERACTIONS DU GROUPE

En janvier, Dialou se retrouve seul avec Sophie. En effet, après les vacances de Noël, un des participants a arrêté le groupe car il ne pouvait plus le concilier avec le judo. Un autre ne venait plus sans aucun motif. Bref, le groupe était constitué de Dialou et Sophie pendant trois séances.

A ce moment là, le groupe avait des allures de ronronnement. Sophie occupait tout l'espace du groupe et tout l'espace sonore. Une fois qu'elle s'installait, elle racontait ses anecdotes. Tout était centré sur elle. Malgré nos efforts pour donner sa place à Dialou, Sophie intervenait de manière agressive vis à vis de lui. Par exemple, quand nous interrogeons Dialou, Sophie se levait et se mettait en plein milieu de nous pour capter à nouveau notre attention. De même, lorsqu'elle l'interpellait c'était sur un registre persécutif, agressif. Comme si elle avait besoin de le manger, de l'avaler pour exister. C'était la sensation que je percevais. Dialou, lui, profitait de la situation. Il n'avait qu'une envie, c'était que l'on ne s'occupe pas de lui. Alors face à Sophie qui accaparait toute l'attention, il ne demandait rien d'autre, c'était ce qu'il voulait.

J'ai remarqué que lorsqu'une personne manquait au groupe, le transfert émotionnel était différent comme s'il s'agissait d'une autre identité groupale.

Dans le groupe du foyer de vie, l'identité groupale se modifiait selon l'absence des uns ou des autres. Ainsi, lorsque Cécile était absente, l'angoisse de mort est moins présente, quand c'est Sébastien, le groupe est plus enveloppant.

Concernant Dialou, lors des débuts du groupe, j'avais du mal à ressentir quelque chose de l'émotionnelle face à lui. J'avais un « blanc », un vide. Au fur et à mesure, je me suis rendu compte que ce vide reflétait l'état émotionnel de Dialou. Les moindres sollicitations de notre

part, me faisaient échos comme une agression. Il se sentait agressé par nos manifestations verbales et/ou corporelles. Il est vrai que je me suis beaucoup questionné quant à l'attitude à adopter. Dois-je continuer à le solliciter pour qu'il fasse partie intégrante au groupe, au risque qu'il se sente agressé ou dois-je lui laisser son espace « vitale » en lui laissant la liberté d'intervenir quand il le souhaite, au risque de le voir s'engluer dans l'inhibition. La réponse est venue d'elle-même : par le groupe. Avec nos diverses rencontres, les participants du groupe ont su lui accorder sa place à travers le jeu : ils le sollicitaient quand c'était à lui de jouer. Le jeu se construisait autour des apports de chacun y compris celle de Dialou. Ainsi c'est le groupe et le cadre thérapeutique qui a donné sa place à Dialou et non pas l'intervention d'une seule personne.

Concernant la dynamique des groupes restreints on constate :

une tendance à remplir le vide par la parole, par l'expression corporelle, par leur positionnement. En effet, dans leur activité, ils se resserrent du côté du bureau. Lorsque quelqu'un manque c'est mal supporté, ça suscite un questionnement et un désir de boucher ce trou.

Le bon objet est projeté ce qui favorise l'instauration de l'illusion groupale.

Une stabilité dans l'emplacement, dans le positionnement de chacun, ce qui permet une assurance, un renforcement, un rassemblement du « je », du sujet.

LE JEU SPONTANNE

Lorsque j'ai commencé la prise en charge au foyer, des réajustements sur le cadre du jeu spontané ont dû se faire pour adapter la prise en charge à l'évolution des patients.

Les patients que je voyais individuellement, ont très rapidement cerné le travail thérapeutique que je leur proposais. Ils arrivaient en séance avec leur désir et leur mal être et ils proposaient l'activité selon ce qu'ils avaient envie de faire. Ce moment où ils amorçaient une activité pouvaient se faire verbalement ou dans le comportement. Je les accompagnais dans cette expression corporelle. La relation s'est établie, selon ce qu'il me communiquait de l'ordre de l'émotion, du corps, de l'affect et du langage verbal. Mon rôle évoluait du rôle maternant, enveloppant au rôle paternel (qui donne les limites, qui peut refuser quelque chose).

En ce qui concerne le groupe, le cadre thérapeutique a mis plus de temps à se mettre en place. Régulièrement, les participants me demandaient ce qu'on allait faire. Ils avaient une pauvreté d'imagination en lien avec leur pathologie. J'utilisais n'importe quelle bride d'activité pour qu'ils s'expriment, de même une activité qu'ils amorçaient machinalement était utilisée pour qu'ils expriment quelque chose d'eux. J'ai pu également observer des répétitions d'activité sans les vivre.

Pendant les premières séances, je leur proposais de réfléchir sur ce qu'ils voulaient faire la semaine suivante.

En séance, ils n'avaient pas d'idées. Ils reprenaient les activités faites avec Philippe mais chacun de son côté. J'ai utilisé cette amorce pour unifier le groupe, pour qu'il y ait échange.

Ainsi, dès que l'un d'entre eux commençait la reproduction d'une activité, je proposais au reste du groupe d'en faire autant. Puis progressivement, je proposais à l'investigateur de montrer et/ou d'expliquer ce qu'il faisait au groupe. Tout doucement, ils commençaient à proposer des choses qu'ils voulaient faire.

Dans les premiers temps, lorsque je leur demandais ce qu'ils voulaient exploiter aujourd'hui, j'avais en retour une angoisse de mort importante. Je ne la percevais pas avant car le « faire » leur permettait de la tenir éloignée.

De même, le toucher était difficilement supportable, il était angoissant s'il sortait du registre du rendement de l'activité. Doucement, ils ont senti une main rassurante, contenant. Leur corps y répondait par une meilleure harmonie tonique.

Bien sûr, au début, toutes les 5 minutes, j'avais en retour « qu'est ce qu'on fait aujourd'hui Anne-Laure ? ». J'ai répété plusieurs fois qu'il était plus intéressant de faire les choses ensembles.

Je les ai accompagnés, en leur signifiant implicitement qu'ils pouvaient ne rien faire, que ce silence serait entendu.

Au fur et à mesure des séances, les uns proposaient une activité verbalement ou les autres l'amorçaient corporellement. Petit à petit, les échanges s'établissaient.

Au bout de deux mois, l'activité spontanée, leur expression ce sont mises en place. Ceci a pu se faire grâce au cadre contenant, rassurant. Sans quoi leur angoisse était insoutenable et ils se réfugiaient dans des activités stéréotypées pour la fuir. Le groupe est devenu un espace de liberté, de dire vrai, de réalisation, de projection, d'introjection et de rencontre. Les participants se sentaient suffisamment en sécurité, ils pouvaient relâcher leurs défenses. On peut dire que le groupe est témoin, contenant, garant de la continuité du discours de chacun. Sans risque d'être détruit, il permet à chacun d'oser contre lui ses mouvements agressifs ou de rejet. Pour chacun il est processus d'interactions et d'émotions partagées.

Pendant un long moment, le jeu spontané se déroulait bien pendant le temps écourté qui nous restait c'est à dire 45 minutes à cause de contre-temps. En effet, la durée normale du groupe est de une heure et quinze minutes à une heure et trente minutes d'activité. Dès que le jeu spontané évoluait à nouveau dans l'heure et trente minutes, je sentais des longueurs. Bref, le jeu spontané était plus riche sur un temps court, sinon il perdait de son dynamisme.

Après réflexion, j'ai réorganisé les séances, à savoir : j'ai laissé le temps de jeu spontané, lorsque celui-ci évolue vers un temps de pause, de détente, de non agir ; le psychomotricien, doucement, propose des activités dirigées. Je n'ai pas choisi de proposer ce temps car je ne voulais pas qu'ils confondent les différentes pratiques en sachant qu'il m'a fallu deux mois pour qu'ils situent ma fonction.

Depuis cette réorganisation, les longueurs ont disparus, les émotions abondent, chacun s'exprime à sa façon dans un groupe qui se veut rassurant, enveloppant, vecteur d'expression.

Lorsque les émotions apparaissent, le sujet existe, il est présent, il me dit : je suis là.

Dialou, au début, était présent dans la salle, mais il refusait la relation : son regard évitait tout contact, il se protégeait par l'intermédiaire de son manteau qui jouait une fonction de bouclier qui ne nous permettait pas de l'atteindre. Les contacts physiques que l'on avait avec lui (lors de la poignée de main par exemple) étaient sans fermeté, comme s'il n'avait pas une position franche dans la relation. Dans le jeu, Dialou ne se manifestait pas il devait jouer et passait son tour. De même dans des activités qui faisaient appels à l'utilisation d'une raquette et d'une balle, Dialou prenant la raquette d'une main peu sûr, ses lancers de balle étaient empreints d'inhibition. Il avait du mal à laisser partir la balle hors de son espace et la laisser atterrir dans la raquette d'une tierce personne. Comme si la balle ne pouvait faire lien entre lui et le monde extérieur.

Il ne prenait part ni aux discussions ni aux jeux spontanément. Il renonçait à interpeller les autres. Il avait une inhibition particulière à mettre un désir à travers le jeu. Il était assis sur son tabouret, entre les murs de la salle de psychomotricité mais sans prendre part au groupe.

Progressivement, son opposition s'est exprimée différemment, par exemple, dans les jeux de stratégie, Dialou jouait de manière judicieuse tout le long de la partie (mais son mouvement était toujours empreint d'inhibition). Au moment de conclure et de gagner, Dialou faisait n'importe quoi, son action annulait toute la stratégie mis en place auparavant, pour finalement perdre. Quand on lui faisait remarquer notre questionnement par rapport à son geste, il nous regarde hébété comme s'il ne comprenait pas la situation, la question, le pourquoi du comment ! Son attention se ralentissait au moment de conclure, au moment d'exprimer que lui aussi il faisait partie de la dynamique groupale.

De même, il se cache moins derrière les autres participants au moment de se dire au revoir, il se lève et attend qu'on vienne lui serrer la main. Cette dernière se fait plus présente, plus précise. Le regard également est moins fuyant quand on lui parle, il a moins de réaction de prestance.

Ces différents progrès s'expriment doucement et ils ne sont pas flagrants au premier coup d'œil.

Bien que lorsqu'ils sont flagrants, nous sommes ébahies face au progrès énorme qu'il vient d'accomplir.

A travers ces deux expériences, j'ai observé une multitude d'expression corporelle. Il peut s'agir :

- d'une réponse motrice : mimiques, mouvements segmentaires plus ou moins conscients, déplacements, maniérismes...

- d'une réponse cénesthésique : sensation de froid, de chaud, tension intérieur...

- de modifications végétatives : variations du rythme cardiaque, respiratoire...

Comme dans tout groupe, les participants se distribuent les rôles en fonction de leur expérience, de leur identité. Le groupe en tant que tel existe, s'organise et se développe. Il devient support d'évolution de chacun. Aucun groupe n'a la même personnalité.

J'ai pu observer, également, que chaque individu réalise son transfert émotionnel à sa manière, avec son intensité. Avec certains patients, il peut ne pas y avoir de transfert émotionnel qui s'établisse. Chacun, selon son expérience, a la possibilité d'exprimer des émotions, des affects. Il se peut que l'individu ne puisse les exprimer et montrer une façade de son identité. Il ne serait pas dans le vrai-self mais dans le faux-self.

Comment dans ce cas de figure aborder la thérapie psychomotrice ? Comment réveiller les émotions qui sommeillent en eux ou à l'inverse, comment faire vivre des émotions nouvelles ?

L'inhibition des affects va bloquer la vie psychique et relationnelle du sujet. Sur ces blocages, signes de souffrances, la psychomotricité va opérer la restitution des liaisons entre le ressenti des tensions par la baisse des défenses, leur mise en mouvement, l'explosion des émotions qui y sont liées, évoquant les images et les mots qui manquaient. La relation établit en psychomotricité va permettre de revivre des expériences traumatisantes et de les remanier, et de réorganiser des représentations.

Le patient arrive en psychomotricité, sans affect, sans émotion, car son expérience personnelle n'a pas été mise en mots, ni en soi, ni à personne parce qu'il n'y avait pas de mots pour révéler l'intolérable, ou parce que l'interdit les bloquait ou alors parce qu'il n'y avait personne pour entendre ce qu'il avait à dire.

L'expression au psychomotricien de ce vécu, va libérer le sujet et le remettre au contact de ses sources de plaisir, mobilisant ainsi sa vie pulsionnelle.

CONCLUSION

J'ai rencontré diverses personnes au cours de mes stages. Les équipes soignantes m'ont permis d'explorer le terrain des émotions. Certains patients se prêtaient très facilement au travail que je leur proposais, d'autres moins.

Mais le temps et les séances s'écoulant, j'ai pu constater que les émotions étaient à l'œuvre dans la relation thérapeutique. De même que les patients, j'étais en proie à un vécu émotionnel partagé, présent et actif comme élément constitutif de la relation thérapeutique.

Dans le groupe, la dynamique de soin est importante notamment concernant le champ des émotions qui s'enracinent dans le corps, qui sont réactivées dans les rencontres relationnelles.

Parallèlement à ce sentiment d'être, à ce sentiment d'existence, à cette identification en tant qu'être autonome avec un « je » qui permet d'advenir au terme de sujet, celui-ci pouvait investir, explorer divers modes d'expression. Ces expériences renforcent son unité psychocorporelle, son image inconsciente du corps, qui elle-même renforce l'expérience.

Au fur et à mesure, le sujet grandit, même si la vie l'a amoindri, ses capacités psychomotrices s'en trouvent renforcées, le sujet vit.

Moi-même, lorsque je fais le point sur cette expérience en tant que stagiaire, je me sens plus en harmonie, plus sereine, plus à l'écoute de moi-même et des autres.

BIBLIOGRAPHIE

- ALLARD (C.), 1990, Psychothérapie et image du corps chez l'enfant, Masson, Coll. Psychothérapies Corporelles, Paris.
- BARRAL (W.), 1998, « Avant-propos » in W. BARRAL (eds) : Françoise Dolto, c'est la parole qui fait vivre, Gallimard, Paris, 15-30.
- BARRAL (W.), 1998, « L'architecture conceptuelle du système de pensée de Françoise Dolto » in W. BARRAL (eds) : Françoise Dolto, c'est la parole qui fait vivre, Gallimard, Paris, 139-194.
- BROUSTRA (J.), 1996, L'EXPRESSION, Psychothérapie et création, ESF, Paris,.
- CALZA (A.) & CONTANT (M.), 1989, L'unité psychosomatique en psychomotricité, Masson, Coll. Psychothérapies Corporelles, Paris.
- CALZA (A.) & CONTANT (M.), 1999, Psychomotricité, Masson, Paris.
- DANTZER (R.), 1988, Les émotions, Puf, Coll. Que sais-je, Paris.
- DE AJURIAGUERRA (J.), ANGELERGUES (R.), 1962, « A propos de l'œuvre de H. WALLON », Evolution psychiatrique, 27.
- DE AJURIAGUERRA (J.), 1980, Manuel de psychiatrie de l'enfant, Masson, Paris.
- DEFORES (M. C.), 1998, "La croissance humaine est une lente incarnation : l'image inconsciente du corps peut-elle en rendre compte?" in W. BARRAL (eds) : Françoise Dolto, c'est la parole qui fait vivre, Gallimard, Paris, 343-393.
- DOLTO (F.) & NASIO (J. D.), 1992, L'enfant du miroir, Payot, Coll. Petite Bibliothèque Payot, Paris.
- DORON (R.) & PAROT (F.), 1998, Dictionnaire de Psychologie, Puf, Paris.
- DUMAS (D.), 1998, « L'image inconsciente du corps dans la mobilité corporelle et sexuelle de l'esprit » in W. BARRAL (eds) : Françoise Dolto, c'est la parole qui fait vivre, Gallimard, Paris, 195-304.
- FRANCOIS (Y.), 1998, « Le visage humain n'a pas encore trouvé sa face » in W. BARRAL (eds) : Françoise Dolto, c'est la parole qui fait vivre, Gallimard, Paris, 107-137.
- GOFFMAN (E.), 1981, « Engagement » in G. BATESON, R. L. BIRDWHISTELL, E. GOFFMAN, E. T. HALL, D. D. JACKSON, A. E. SCHEFLEN, S. J. SIGMAN, P. WATZLAWICK (eds) : La nouvelle communication, Seuil, Paris, 267-278.
- GUILLERAULT (G.), 1998, « Une théorie corporelle du langage : ce que la subjectivité doit au corps » in W. BARRAL (eds) : Françoise Dolto, c'est la parole qui fait vivre, Gallimard, Paris, 31-89.
- MALAREWICZ (J. A.), 1996, Comment la thérapie vient au thérapeute, Esf, Paris.
- MAZET (P.) & STOLERU (S.), 1993, Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant, Masson, Paris.
- MOYANO (O.), 1999, « Cadre thérapeutique et transfert » in A. CALZA & M. CONTANT (eds) : Psychomotricité, Masson, Paris, 10-23.
- PAGES (M.), 1970, L'orientation non directive, Dunod, Paris, 182 pp.

RICHARD (J.) & RUBIO (L.), 1995, La thérapie psychomotrice, Masson, Coll. Médecine et psychothérapie, Paris.

ROGERS (K.), 1959, « A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework » in S. KOCH (eds) : Psychologie : a study of a science, vol III, Mc Graw-Hill, New-York, 184-256.

ROUDINESCO (E.) & PLON (M.), 1997, Dictionnaire de la psychanalyse, Fayard, Paris, 1997.

SILLAMY (N.), 1998, Dictionnaire de la psychologie, Larousse, Paris.

WINNICOTT (D. W.), 1975, Jeu et réalité, Gallimard, Coll. Connaissance de l'inconscient, Paris.