

Les enjeux corporels d'une thérapie psychomotrice : une approche sémiotique de la psychose.

doi: 10.4396/20100407

link: <http://dx.medra.org/10.4396/20100407>**Nanta Novello Paglianti**

Université de Franche-Comté

nanta.novello_paglianti@univ.f-comte.fr

1. Introduction : la gestualité dans le récit thérapeutique

Cet article veut se concentrer sur la description et l'analyse de deux moments particuliers d'une thérapie psychomotrice. Il s'agit de mettre en relation l'interaction entre un enfant psychotique et son psychomotricien pendant la répétition d'une même séquence du jeu du drap qui est présente dans deux séances différentes d'un long parcours de soin.

Je voudrais mettre en évidence la procédure à travers laquelle le psychomotricien entre en contact avec la maladie de son patient et la nouveauté de son approche par rapport à celui plus « classique » de tradition comportementaliste¹. La façon de se mettre en relation avec le patient à travers la co-présence du langage verbal et non-verbal et le détournement de la stéréotypie fondent la nouveauté de cette approche. « Respecter les manifestations pathologiques de l'autre et cependant les insérer dans un processus dynamique ayant pour projet le changement » (Darrault, Klein, 1993, p. 167) est le but de cette expérience de soin.

La composante gestuelle a un rôle prédominant tout au long de ces deux séances. On verra comment la stéréotypie de l'enfant sera resémantisée à travers l'introduction de nouveaux gestes qui vont se substituer aux anciens. Il ne s'agit pas de provoquer la rupture directe d'un comportement mais de le détourner, d'arriver à s'insérer dans ce dernier et dans le blocage de son processus répétitif porteur de signification. On cherche d'inverser la polarité de cette stéréotypie : d'une polarité négative et circulaire à une plus positive et créatrice. L'important est faire prendre conscience au patient de son statut et de lui montrer une possible et éventuelle voie de sortie de la maladie : une nouvelle signification à sa gestualité. Il s'agit d'une vraie et propre narration, marquée par une transformation du statut sémiotique du protagoniste et par un changement qualitatif de la relation entre patient et psychomotricien.

¹ Cette approche se focalise sur une coupure de la communication, sur un refus de contact avec le malade psychotique. Le mécanisme mis en acte consiste dans une opposition ferme à la stéréotypie et donc à une interruption de l'interaction. On ne permet pas au patient de s'abandonner à ses stéréotypies mais on les sanctionne négativement.

Les séances thérapeutiques pourraient être considérées comme un récit unique dont les sujets occupent des rôles variables à l'intérieur d'une narration à double voix (soignant/soigné). Cette approche permet d'exploiter au mieux l'interaction entre les deux actants² de la scène. Quelles stratégies sont utilisées pour interrompre, une intention marquée par la compulsion de répétition? Comment peut-on articuler deux volontés différentes ?

Je commencerai par la présentation du cas clinique en question et par la difficulté de créer un contact communicatif avec le patient en question. Ce détail servira pour expliquer ensuite deux moments du « jeu du drap » présents à l'intérieur de deux séances différentes, déroulées tout au long de la thérapie qui a durée deux ans³. On analysera donc le même jeu, placé à deux moments différents des séances. La répétition, jamais identique, d'une même interaction permettra d'étudier les petites variations significatives du sujet au sein de ces séquences. Enfin les conclusions chercheront à faire un bilan de ce parcours de soin et proposer quelques pistes de réflexion.

2. Le cas clinique : les manifestation psychotiques de Thomas et la thérapie corporelle

La psychose est une maladie très difficile à cerner entièrement dans ces causes, mais qui peut être plutôt classifiée à partir de ses symptômes pathognomoniques. On peut retrouver une instabilité de base exprimée à travers un état permanent d'agitation, une gestualité inhabituelle, une régression du langage ou au contraire une absence presque totale du sujet, manifestée à travers des bruits bizarres, qui rend difficile une communication avec l'autre à cause d'une mauvaise intégration du schéma corporel de la part du patient. Il ne faut pas oublier la perte de relation avec la réalité des choses et des êtres, signe principal de cette pathologie⁴.

² Définition d'actant : « L'actant peut être conçu comme celui qui accomplit ou qui subit l'acte, indépendamment de toute autre détermination. Les actants sont les êtres ou les choses qui, à titre quelconque et de quelque façon que ce soit, même au titre de simples figurants et de la façon la plus passive, participent au procès. Le concept d'actant remplace le terme de personnage mais aussi celui de *dramatis persona* car il recouvre non seulement les êtres humains mais aussi les animaux, les objets ou les concepts ». Greimas A. J., Courtés J. [1979] *Sémiotique. Dictionnaire raisonné de la théorie du langage*, Paris, Hachette, 1993, p. 3.

³ Toutes les séances ont été filmées par une caméra placée au coin droite de la pièce. J'ai pris deux moments centraux d'un parcours thérapeutique qui comprend un processus de soin plus lent et global. Ces détails ne veulent pas être exhaustifs mais simplement des exemples de cette approche corporelle.

Je tiens à remercier M. I. Darrault-Harris pour m'avoir fourni les enregistrements des séances thérapeutiques dont j'ai pu créer ce travail.

⁴ B. Bettelheim (1969 : p. 70), dans *La Forteresse vide*, parle de la psychose infantile comme « une position de désespoir, position où manque même l'énergie pour en finir, où toute action est évitée précisément pour en finir contre une mort passive, telle que la mort par marasme ». L'indifférence vers

On pourrait continuer la liste des symptômes comme une forte tendance autistique, des troubles affectifs et des déficits cognitifs mais il sera plus utile de se concentrer sur les psychoses qui intéressent le patient en question : celles de la seconde enfance. Il s'agit de conduites régressives et destructives par rapport aux attitudes intérieures de l'enfant. On peut noter une réaction de retrait, dit autisme secondaire, et une discordance dans le comportement : par exemple des conduites motrices qui se partagent entre une instabilité et agitation d'un côté et une inhibition créatrice de l'autre. On peut retrouver des troubles d'allure névrotique, des manifestations de rupture avec la réalité, etc⁵.

La procédure de soin, une des plus répandues, est celle dite des « approches à médiations corporelles » pendant lesquelles s'effectue une thérapie psychomotrice individuelle ou collective associée à l'usage d'un objet médiateur (drap, pommade, pâte à modeler). La thérapie se base sur le développement de mouvements régressifs pour favoriser une restructuration psychomotrice possible.

Nous verrons que la signification du mouvement de l'enfant, qui dans des cas normaux est plus « normée », ici n'est pas fixée d'emblée mais construite en interaction pendant toute la séance. En plus, la co-présence de deux actants en « dialogue corporel difficile » impose une négociation du sens à chaque instant.

Notre cas spécifique présente un enfant, Thomas, de 8 ans, sans langage qui s'exprime à travers des gestes, des murmures, des sourires : une prévalence de langage non verbale. La gestualité de cet enfant est marquée par une répétition des gestes auto-érotiques et surtout d'un en particulier : la course. Thomas réussit à courir pratiquement pendant une heure entière, le temps de la durée de la séance thérapeutique, autour d'une salle sans presque s'arrêter. Le sens de la fatigue ne semble pas être perçu. En tous cas, la pathologie semble annuler la perception d'un état d'épuisement physique. Notre enfant est reçu par son psychomotricien une fois par semaine, dans une salle, aménagée pour la thérapie. Il s'agit d'une grande pièce avec un mur entièrement recouvert d'un miroir. Toute la salle est équipée avec des structures comme un tapis, des escaliers, des planches et des cubes en tissu, qui favorisent la variation motrice et donc rythmique de l'enfant. Nous pourrions parler « d'obstacles », de contraintes matérielles dans le sens que ces objets permettent d'interagir d'une façon différente avec l'enfant et surtout d'interrompre ses mouvements répétitifs. L'enfant est libre de se promener autour de la salle, autour des objets, disposés au centre de la pièce.

L'agencement du contact, que je vais seulement citer, montre toutes les tentatives de la rencontre et de la simple approche avec le patient. L'enfant, dès le début de l'entrée en salle, commence à courir autour du périmètre de la pièce.

toute manifestation vitale reste le point caractérisant de la psychose. M. Marzano (2007, p. 781) dans *Le Dictionnaire du corps* précise le concept de psychose infantile : « en ce qui concerne les enfants, on parle de psychoses infantiles dans lesquelles prend place la pathologie autistique qui en est la forme la plus précoce... ».

⁵ Pour une description exhaustive de la psychose infantile je renvoie à D. Marcelli *Enfance et psychopathologie*, Masson, Paris, 1996 et A. Cordié *Un enfant psychotique*, Le Seuil, Paris 1993., A. Birraux, *Psychopathologie de l'enfant*, Ed. in Press, Paris, 2009.

Le contact commence avec une annonce verbale : « Thomas ». L'enfant ne se sent pas concerné par cette énonciation. Echec de la communication. Le thérapeute cherche une nouvelle approche : il décide de suivre le petit dans son parcours. Il le prend par la main et il court avec lui. La formation de cet actant duel permet et un rapprochement spatial et physique et une imitation de la stéréotypie qui lui fait estomper sa signification.

Toutefois, l'enfant, pendant la course, exécute des murmures qui pourront être mis en parallèle avec ceux effectués à d'autres moments de la séance, révélateurs d'une intentionnalité communicationnelle pas aboutie. Ces tours en rond pourraient continuer à l'infini, si le thérapeute ne prenait pas l'initiative de courir en sens inverse par rapport à celui du Thomas. Forcément on arrive à un point de rencontre, de contact physique, qui permet l'arrêt de l'enfant et sa prise dans le bras de la part du spécialiste. Cet attrapage, acmé émotionnel et corporel très intense, provoque une séparation brusque qui, cette fois, a permis au thérapeute la continuation de la marche à côté de l'enfant pour un intervalle de temps plus prolongé.

Ce passage, apparemment insignifiant, prend tout son épaisseur, si l'on considère comme phase transitoire entre la simple prise de contact, détail très difficile à surmonter dans la psychose, et l'échange plus prolongé avec le thérapeute. Cette fois, les deux sujets sont en présence : l'Autre rentre enfin dans la sphère corporelle de l'enfant qui ne peut plus continuer à nier cette présence. Le corps a fait irruption dans le vécu. L'enfant est obligé de l'accepter et d'entrer en interaction, bien évidemment minime, avec son thérapeute.

2.1. Le jeu du drap, la prise du contact : séance I

Ce bref échange relationnel est placé à l'intérieur d'une séance thérapeutique entre deux moments importants : le jeu du ballon qui prévoit le balancement, mouvement très archaïque du contact corporel, et celui de l'étalement de la pommade, signe de contact corporel direct et sans objets intermédiaires. Ces deux étapes sont des moments privilégiés qui ouvrent et ferment normalement les rencontres thérapeutiques.

Thomas continue sa course et le psychomotricien étale le drap bleu. Il propose un contrat. Le simple geste évoque déjà quelque chose chez l'enfant qui peut-être se souvient d'une situation vécue précédemment. La réponse est immédiate : le patient se précipite sur le drap. La jouissance est manifestée par une intensification de la stéréotypie et l'émission d'un murmure énonciatif. Les mots : « allez, emballe-toi là, comme ça » ont la fonction d'accompagner le geste qui en train de s'accomplir et en même temps de marquer et expliciter l'action que Thomas ne peut pas prononcer. Ils servent aussi à sanctionner l'enfant pour la performance accomplie. L'enfant se détend sur cette toile et le thérapeute le transporte à travers la salle. Il semble être satisfait et il n'a pas envie de s'enfuir même s'il garde une position de tension (genoux rentrés).

Les murmures prononcés et le changement de position sur le dos révèlent une certaine volonté d'action et un plaisir au contact avec le drap, enveloppe et berceau qui protègent l'enfant de l'extérieur. Le drap est une tentative d'approche du patient parce que le contact avec le corps le ferait fuir. Le tissu devient alors un objet de transition, un moyen intermédiaire qui fait lien entre deux entités corporelles. Le drap mériterait une analyse sémiotique d'ailleurs peu commode : ni corps de thérapeute, ni corps de l'enfant, il transmet cependant l'acte moteur du thérapeute, il « convertit » aussi le contact, voire enveloppement⁶.

Les mots « caché/ coucou » entraînent Thomas dans un contexte ludique qui a l'effet de le faire participer au jeu et de favoriser sa permanence sur le drap. Le jeu devient une représentation, une énonciation en troisième personne qui n'implique pas l'engagement direct du patient mais d'une instance derrière laquelle le patient peut se cacher⁷. Cette stratégie a la même fonction que celle de la troisième personne (« il ») dans la narration. Elle permet au sujet de produire un débrayage⁸ de ses instances et entrer dans l'univers de la fiction. Seulement l'interaction et l'alternance du dit et non dit permettent d'instaurer un rapport communicatif. Les mots « coucou/ caché » appartient au registre de l'impersonnel (qui est caché ? le corps ?) et du jeu (utilisation des onomatopées et mots inventés) qui, comme le drap, visent le sujet en le protégeant d'une énonciation directe impossible. Le couple « caché/ coucou » est porteur de signification si comprise dans son ensemble, parce qu'elle exprime la présence et absence. C'est l'opposition spatiale « voisin /loin » qui rappelle à l'enfant la pratique du jeu. On pourrait même penser à Freud et à la scène du jeu de la bobine⁹.

Cette alternance permet au thérapeute de s'arrêter et entrer en contact avec le corps de l'enfant. Après avoir agi sur l'espace, on assiste à la confrontation avec l'intensité de l'approche corporelle directe. Thomas garde la même position et le psychomotricien se pose en face de lui. Il commence à lui masser les pieds l'un après l'autre. Thomas a des réactions positives de plaisir¹⁰ en agitant les mains qui sont interprétées comme une demande qui cache le besoin d'être touché¹¹. Cette agitation corporelle ne cache pas obligatoirement une demande mais le psychomotricien lui semble attribuer, en tout cas, cette valeur.

Il s'agit là d'une interprétation partielle, essentielle d'une gestualité qui n'est pas communicationnelle à l'origine. Voilà expliquée l'énonciation prononcée pendant le

⁶ On pourrait faire un rapprochement avec l'objet transitionnel chez Winnicott (1958).

⁷ Le même but peut être accompli par le dessin, le théâtre, la danse et la peinture avec toutes les différences dues aux cas spécifiques et aux contextes.

⁸ « Le débrayage énonciatif consiste pour l'énonciateur (le sujet-parlant) à projeter dans son énoncé linguistique un /je/ ici/ maintenant/ qui ne sont que des simulacres (je, ici, maintenant) syncrétique qui constitue l'énonciateur dans sa réalité de personne située dans un lieu et un temps déterminés. Il s'agit d'une modalité de manifestation, de présence de l'énonciateur dans son énoncé », Darrault I., Klein J.P. (2008 : p. 69).

⁹ L'enfant tire vers soi, à travers la bobine, l'objet et l'éloigne. La présence et la distance de son corps par rapport à l'objet du désir produisent une situation euphorique et dysphorique ou mieux un vrai et propre « drame » quand on substitue à l'objet les parents mêmes.

¹⁰ Difficile de qualifier ainsi ce plaisir de gratification corporelle : la plante des pieds est un lieu de très grande sensibilité déjà chez le nourrisson.

¹¹ Je renvoie à ce propos à la suite lacanienne : désir/ demande/ besoin (1966).

massage : « Oui, les mains tout de suite ». L'interprétation d'un comportement stéréotypé comme acte significatif permet justement son détournement de sens. L'énonciation y joue le rôle principal : dès qu'un geste est énoncé verbalement il perd son caractère auto- centré et compulsif. On a une sorte de transformation performative : de la stéréotypie à l'apaisement corporel. Le fait aussi que l'enfant garde la position pour un certain temps indique le refus de la fuite et la disposition à l'interaction corporelle. Thomas montre la volonté d'entrer en contact corporel en proposant la main gauche mais le psychomotricien refuse. Le risque est de satisfaire tout de suite l'apaisement à travers un rythme stéréotypé et obsessionnel. L'accélération temporelle intense, typique de cette psychose, doit être réglée par un temps de l'apaisement et de l'étendue, de la normalité. Le souffle sur les pieds, alternant avec le massage, produit des sensations différentes et stimule la réceptivité de l'épiderme.

Ensuite le psychomotricien propose un contact corporel encore plus direct : il entoure le corps de son patient avec ses jambes. L'interaction entre les deux enveloppes corporelles est complète. Le but est de faire prendre conscience au patient de morcellement du corps et d'établir une relation correcte avec l'autre. L'autre n'est pas différencié par rapport à soi et le corps aussi est conçu comme un continuum à exploiter comme si s'était un objet. Tous les gestes du psychomotricien comme le fait de tirer les bras de Thomas et le contact genou/ dos, seront répétés pendant les autres moments de thérapie, comme dans l'étalement de la pommade pendant lequel le dos sera une des parties du corps les plus sollicitées. L'énonciation associée au geste explique au patient ce qui est en train de se passer pour éviter un malentendu ou une mauvaise interprétation d'un acte vécu comme une agression corporelle. La conclusion de cette sollicitation corporelle permet de prendre l'enfant dans les bras dans une position de régression infantile : celle du bébé. Le balancement dans les bras du psychomotricien est un contact trop intense pour l'enfant qui cherche à le fuir. Au contraire du précédent, le contact face à face est difficile à assumer. La fuite est immédiate. Une autre proposition est effectuée avant que la course, forme de canalisation de l'angoisse, soit reprise. Un nouveau contrat communicatif est sollicité : la montée sur la planche. Cette performance sera un obstacle à accomplir tout au long du parcours de soin. Cette planche s'appuie sur une table mais elle n'a pas d'issues pour fuir sur les côtés. Le parcours en résulte obligatoire. Plutôt que franchir le pas vers un nouveau contrat, Thomas préfère montrer l'acquisition de ces compétences en prenant le drap et en se roulant dedans. Le psychomotricien sanctionne l'acte de Thomas à travers une confirmation verbale indirecte « oh caché, oui ! ». Il reproduit la même situation qu'auparavant mais on a une différence : le geste n'est pas accompli par la même personne et le sujet non plus au même niveau¹². Il ne s'agit pas seulement d'une pure imitation du geste du psychomotricien mais d'une élaboration personnelle et créative et aussi de l'expression d'une vraie et propre volonté. Les exclamations verbales d'accompagnement « oh, oh, oh » soulignent l'importance de cet acte et de sa bonne réussite. Thomas, après avoir dépassé cette épreuve, quitte l'interaction, aussi si on le réclame avec les mêmes mots, qui ne sont pas une répétition banale mais des variantes d'une même énonciation posées dans différents moments de la gestualité. La scène se conclue et la stéréotypie se reproduit. En face du vide et de l'absence de contrats, Thomas reprend sa position passive.

¹² Voir paragraphe successif.

2.2. Les positions actantielles du sujet dans la séance I

« Le stéréotype apparaît comme le résidu –désubjectivisé- de tout un discours qui l'enclasse, et dont il faut travailler à la re-manifestation » (Darrault, Klein, : 1993, p. 175). Ce point de départ semble essentiel pour réussir à expliquer les différentes positions assumées par le sujet stéréotypé. On se retrouve en face d'une relation à deux termes qui met en place l'interaction entre deux actants. : l'enfant et le psychomotricien. Ce dernier ne se présente pas comme un destinataire qui veut faire peser son vouloir mais dans une position paritaire. Par contre, le seul destinataire possible semblerait être la maladie même qui annule toutes les possibilités du sujet et minimalise les fonctions du malade. Le but de la thérapie est d'inverser cette position négative du sujet et de le transformer dans un sujet actif. Cette conscience passe par la prise de contact avec son corps, base de la structure de l'être et échelon obligatoire pour sa quête identitaire. L'ego de Thomas s'énonce comme scindé, qui existe dans le non – personnel et dans l'indéfinissable (le Ça). On pourrait parler à ce propos de non – sujet, d'un agent qu'il exécute les fonctions pour lesquelles il a été programmé. Il relève d'une activité de prédication, et non, comme le sujet, d'assertion. Il n'assume pas ce qu'il énonce. Thomas semble victime d'un discours intérieur qu'il doit écouter et répéter. Il lui manque les compétences : il peut que continuer à courir. Le psychomotricien est au contraire un sujet en qui à toutes ses compétences pour agir, un sujet d'appropriation et de quête. Le but est de changer, de faire- faire à Thomas des vrais et propres parcours narratifs, conçus comme «changement d'état, effectué par un sujet S1 quelconque, affectant un sujet S2 quelconque » (Greimas, Courtés : 1993, p. 242) et d'éviter des actions en boucle.

Thomas sera plutôt un actant défini par sa non –position, par son mouvement continu, par sa course en rond. Il est caractérisé par sa stéréotypie, la seule forme d'expression de ses passions. Une passion étendue du point de vue de l'espace et monotone pour le début de la séance mais qui va s'apaiser tout au long de la thérapie. Les points d'intensité émotive se condenseront dans les moments de contact corps à corps où l'intensité sera forte et la stéréotypie réduite au minimum. C'est un état d'âme qui subit une transformation à travers l'énonciation et la gestualité. L'acquisition d'un savoir gestuel doit tout d'abord passer par l'acquisition d'un statut corporel. Le parcours pourrait être envisagé de la façon suivante.

Le psychomotricien commence avec la proposition d'un contrat : l'installation du drap et la participation de Thomas. Il accepte. La connaissance de ce jeu lui permet d'avoir un savoir, acquis grâce aux expériences précédentes. C'est seulement en revivant les sensations d'apaisement (mais aussi de plaisir sensori- moteur, comme disait le psychologue Wallon¹³) que Thomas développe ses compétences à lui. L'énonciation impersonnelle du type « on » (le caché/ coucou dans notre cas) inscrit le sujet dans un discours (un jeu) qui permet de camoufler son identité directe. C'est toujours dans le cadre de la fiction et de l'objet transitionnel que le patient permet le contact corporel.

¹³ H. Wallon, *L'évolution psychologique de l'enfant*, A. Collin, Paris, 2002.

La passion principale, le plaisir que l'enfant éprouve, est récompensée selon la « sanction paradoxale ». Le psychomotricien sanctionne une performance qu'il n'a pas eu lieu à travers les mots « ah, oui les mains ». Thomas a montré les mains mais sans les énoncer. Le sujet se retrouve, dans le jeu de la fiction, à être re-conjoint à son corps. C'est la prise de conscience de son identité qui lui permet de garder la mémoire du plaisir et qui provoque une transformation du sujet. Le passage complet est marqué par un geste de Thomas : la prise du drap et son enroulement sur la tête. Il exprime sa volonté et sa capacité de proposer une action au psychomotricien. Il s'est approprié d'un geste d'autrui mais il l'a élaboré à sa façon. Il ne s'agit pas d'une répétition mais d'un parcours d'appropriation. Il refait la même action deux fois pour montrer sa compétence. L'enfant ne peut pas proposer tout seul un contrat mais une fois qu'il est mis en condition d'entreprendre son parcours il le fait en montrant une stratégie créative.

La dimension temporelle, dans laquelle le sujet est enveloppé à cause de sa maladie, reste constante : le présent et le passé. La stéréotypie révèle plutôt une action éternellement présente mais qui est renforcée par son vécu dans le passé. Ce « déjà vécu » rassure et tient ancré le patient dans sa psychose. La rupture et l'ouverture vers le futur ne sont même pas envisagées.

L'intérêt de ce parcours réside aussi dans la conception du geste qui est à la base de cette séance. Thomas est victime d'une stéréotypie qui pour lui est signifiante. Le psychomotricien la traite comme si s'était un comportement « normal » sous tous les effets. Le seul fait de susciter des réactions montre le sens de cette gestualité si mal codifiée et inadéquate.

Aussi si la signification est présente seulement dans la gestualité, on voit la nécessité d'étudier un comportement qui a un sens « autre » par rapport à la société mais pertinent pour le patient. Seulement à partir de l'analyse de la praxis gestuelle, on peut reconnaître un code de communication à la base du geste. L'important est que : « un programme gestuel donné soit pour le sujet un bloc signifiant démarqué. C'est l'introduction du sujet qui donne de la signification à cette procédure » (Greimas : 1970, p. 49).

2.3. Du jeu du drap à l'initiative, séance II : la mise en place du « je-tu »

Cette fois l'interaction avec le drap arrive après un moment de contact corporel intense et il est préparé par une énonciation spécifique : « j'arrive, je prépare le matériel ». Entre temps l'enfant continue sa course. Une réaction émotive est évidente chez l'enfant : un mouvement d'excitation corporelle et une précipitation vers le drap. Thomas est enroulé par le psychomotricien dans le tissu. L'énonciation accompagne tous les gestes de contact corporel. La fiction du jeu est toujours présente à travers ces mots : « et voilà hop là ! tu tournes et hop là et hop là ! ». L'action de faire tourner

l'enfant sur lui-même et de bien serrer le drap autour de son corps devrait solliciter les sensations de l'épiderme. Avec les interjections verbales qui marquent le plaisir, le psychomotricien semble verbaliser ce que le patient ne peut pas faire : donner un nom aux sensations éprouvées. L'enfant marche vers un coin particulier de la pièce où il se trouve la porte de la salle, une issue possible. L'énonciation impersonnelle « coucou » replace Thomas dans l'esprit du jeu. Le patient ne semble pas être content. Il ne réussit pas à exprimer d'autres émotions qu'une stéréotypie des gestes et l'émission de quelques murmures. Face à un blocage communicationnel, le psychomotricien avance une proposition sous une forme particulière. Il exerce toutes ses facultés de sujet pour se faire porteur et interprétant d'une volonté autre. Avec la phrase : « je sais qu'est ce que tu veux que je te tire, moi, tu veux que je te tire dans le drap ». Il fait une double énonciation : d'une part il verbalise le désir de Thomas et de l'autre il sanctionne positivement l'expression de quelque chose qui n'a pas été fait. Il joue un double rôle : un sujet omniscient et un sujet interprétant en même temps. Il effectue en ré- embrayage des instances énonciatives qui avant avaient les formes suivantes : un « il », un participe passé « caché » « coucou » et un accompagnement du geste comme « oh, ah, et hop là ! ». Il faut donc rétablir le discours centré sur le sujet je /tu, leur relation et leur interaction. Le sujet « je » est en train de se construire mais pour le faire il a besoin d'un « tu ». Il faut réaffirmer une bonne distance avec le tu qui risque autrement d'être englobé comme un objet.

Entre-temps Thomas, qui ne peut pas supporter le manque d'action pour lui ressenti comme un vide, exprime sa claire volonté d'utiliser les tambours. Il ne s'agit pas d'un vouloir mais d'une régression et d'un émergence autistiques. Le psychomotricien a une réaction très nette : la négation totale (pour trois fois) du projet de l'enfant. Le ton de la voix s'élève et se durcit. Thomas reste debout avec les pieds sur le tissu et puis il s'en va. Le psychomotricien commence une stratégie dite de « variations du champ » (Darrault, 1995, p.53)¹⁴. Il cherche « d'attirer l'autre sujet vers un état plus proche du sien propre » (Darrault : 1995, p. 55)¹⁵. Il exerce un magnétisme vers le patient en soulignant l'importance de la place de ce dernier et de l'interaction avec un tu. En effet le drap est déplié pour Thomas, il est « grand » pour lui et l'invitation est claire : seulement lui se peut se mettre au centre du tissu. Ce caractère d'unicité est important pour l'affirmation d'une identité qui est encore incertaine. Cette provocation semble être appréciée par Thomas qui se regarde dans le miroir. Pendant d'autres moments d'interaction assez intense de cette séance et de prise de conscience du corps. Le patient a regardé souvent son image dans le miroir, geste totalement absent pendant la première séance. Ce moment « d'assomption » d'identité est suivi par le tour de la salle de Thomas dans le tissu. Les seuls mots du psychomotricien « oui, je le fais » encore pour une fois, répondent à une question jamais posée. Il s'agit de la réalisation de l'énonciation précédente « je sais qu'est- ce que tu veux, moi, tu veux que je te tire dans le drap » qui, maintenant, se réalise dans une action concrète : le tour de la salle. La séquence se termine avec la proposition de l'actant duel : le psychomotricien et Thomas l'un en face de l'autre, anticipée de l'énonciation de l'action : « je me mets comme ça ». Tous les deux se retrouvent dans une position particulière : ils sont

¹⁴ La notion de variation du champ est beaucoup plus compliquée et rigoureuse. Je renvoie à l'article cité pour une description exhaustive de la problématique.

¹⁵ Id., p. 55.

chacun le miroir de l'autre et en même temps tous les deux se regardent dans le miroir. Ce jeu « à double miroir » détourne la stéréotypie en la piégeant dans et par le jeu. Le psychomotricien imite les mouvements de l'enfant en ajoutant cette fois le contact avec les mains et le plaisir de l'éloignement et de la proximité, déjà relevé précédemment. Enfin, la prononciation des mots « attend, je fais comme toi » permettent un contact potentiel avec le patient qui passe à travers l'imitation et qui favorise le passage successif : le jeu « du cheval » et le contact direct de deux corps.

2.4. De la conscience du corps à l'action

Les positions subjectales de cette deuxième séquence voient, elles aussi, une évolution du sujet. Au départ de l'interaction avec le drap, on retrouve la position du non- sujet abandonné à sa stéréotypie. Une petite transformation est accomplie par la phrase « je savais que c'était ça que tu voulais ». Le sujet se retrouve chargé d'un désir, d'une volonté qu'il n'avait pas explicitée et qui lui permet la quête d'une compétence propre. On retrouve donc un sujet à identité partielle. Le fait de s'approprier le drap et de marcher la tête couverte de ce drap, démontre qu'il a acquis un savoir et une créativité personnels.

L'habileté du thérapeute (ou de la figure médicale en général) est de ne pas faire régresser le patient à la position du non – sujet. Normalement on assiste à une « rémanence » du parcours thérapeutique accompli qui, dans notre cas, pourrait être seulement un petit geste comme le contact avec le tissu ou la simple énonciation. C'est justement grâce à ce résidu, que Thomas va à nouveau sur le drap. Une transformation est arrivée. Il décide d'accepter le contrat qu'on lui propose. Il s'agit d'une affirmation du sujet qui doit encore acquérir pleinement son objet de valeur. La conclusion de cette interaction avec la constitution de l'actant duel (« je fais comme toi ») permet de sanctionner positivement le sujet en lui reconnaissant son statut et son savoir. L'action en face du miroir devient réciproque mais pas répétitive. Seulement à travers la projection du sujet vers une action future et à travers le travail précis sur certaines émotions il sera possible de bâtir un parcours de vie alternatif à celui déjà en acte dans la réalité.

3. Du « sujet carrefour » aux sens du corps

Je voudrais simplement ajouter quelques réflexions et commenter les résultats de ce parcours thérapeutique. Pour ce qui concerne le cas de Thomas, nous constatons qu'il s'agit d'un parcours de soin, caractérisé par des moments d'avancement et de recule.

Le statut de sujet est toujours à négocier et pas du tout fixé une fois pour toutes. Le parcours que le psychomotricien bâtit permet l'ouverture au changement parce qu'il laisse la liberté au patient d'essayer et de chercher son identité. La notion de « sujet – carrefour », instable, qui s'ouvre vers de multiples positions pourrait synthétiser toutes les variations accomplies par le patient.

Un autre constat concerne l'importance de l'alternance geste/énonciation verbale. L'enfant possède une gestualité minimale, très peu développée pour son âge. On ne retrouve pas de gestes autonomes mais des gestes compulsifs. Cette gestualité est transformée dans une autre forme plus active et signifiante grâce à l'imitation de celle du psychomotricien. On note des gestes qui restent potentiels, d'autres qui sont seulement évoqués mais qui se transforment dans des échecs, et d'autres encore qui sont des vraies réalisations. La répétition du geste ne se résout pas seulement à une exécution mécanique mais à une « échoïsation » c'est à dire une répétition corporelle de l'information reçue (Cosnier, 2007, p. 230). Le corps cherche de reproduire un parcours gestuel qui a appris à travers le ressenti et pas seulement à travers un parcours cognitif. Le corps se comporte comme un miroir en face à un autre corps. Une gestualité nouvelle donc peut se créer grâce à l'interaction avec l'autre.

La technique qui est employée par le psychomotricien pour entrer en interaction avec une stéréotypie est celle d'un parcours à deux. Ce projet implique un accord commun, des actions à accomplir et une énonciation concertée. Le sens est négocié pas à pas pendant l'interaction.

Ce sens est transmis par l'éprouvé, le vécu. On assiste à des moments intenses vécus à travers une accélération corporelle, comme ceux liés à la course, et à d'autres qui se manifestent à travers des séquences d'interaction corporelle directe, plus brèves et plus déroutantes. Les autres gestes comme l'émission de murmures, l'agitation des mains, les gestes auto-érotiques sont vus comme passages intermédiaires pour aboutir à une gestualité plus complète. Le corps donc est la source qui produira les différentes formes actantielles (Fontanille : 2004). Le ressenti du corps semble réunir deux aspects principaux : le mouvement, les sensations intérieures de la chair, et l'enveloppe corporelle, la « pellicule » de D. Anzieu (Anzieu : 1985). Cette thérapie travaille donc le schéma corporel de surface en faisant des sollicitations sur la peau qui sont renvoyées à la chair interne, qui les transforme en mouvements extérieurs. On agit sur la surface pour transformer l'intérieur qui rendra visibles ces changements sous forme de mouvements, postures, etc.

Le rapport entre temporalité et maladie reste toujours à évoquer. Dans notre cas, la thérapie pratiquée semble mener le patient hors du temps. La nécessité de travailler tout au long de deux heures dans un même lieu avec des objets particuliers et d'une façon assez régulière crée un moment à part dans la conception linéaire du temps. L'espace de la thérapie constitue une « u-topie », le temps de la thérapie échappant au temps chronique dans une « uchronie ». Utopie, uchronie et relation d'exception restent les constituants basilaires de la relation thérapeutique. Le temps est rapporté aux exigences d'un sujet qui doit, tout d'abord, retrouver un « rythme intérieur » plus équilibré. Il s'agit de retrouver « un intervalle temporel entre deux ou plusieurs

choses ¹⁶ » (Bin : 1992, p. 16), une pause à l'intérieur du sujet et par rapport à l'autre. La psychose, selon une approche phénoménologique, entretient un rapport d'éternel présent avec le monde et ne permet pas le dépassement à un instant successif. La maladie sera question donc d'un mauvais rapport au temps, dans notre cas un temps circulaire et indépassable.

La maladie serait donc « une multitude de parcours de pertes et de gains, de troubles naissants, de crises et de guérisons » (Fontanille : 2004, p. 18). Elle peut être conçue comme un récit, avec une structure polémique, au contraire de la santé qui se définit comme absence d'événement, une continuité, un état stable et durable.

Pour conclure, la thérapie travaille avec un sens qui se construit et se modifie en continuation. Nous pourrions parler d'une signification « en construction » et à négocier avec le patient. Chaque pratique thérapeutique est originale mais en même temps s'inscrit à l'intérieur des paradigmes bien précis et à des « styles stratégiques » bien délimités. Les valeurs du parcours de soin ne sont pas déjà acquises mais en modification continue à travers l'échange de rôles, de gestes et de récits.

Bibliographie

ANZIEU D. (1985). *Le Moi- peau*, Paris, Bordas.

BETTELHEIM B. [1967], 1969. *La Forteresse vide*, Paris, Folio Essais.

BIN V. K.(1992). *Ecrits de psychopathologie phénoménologique*, Paris, Puf.

BIRRAUX A., (2009) *Psychopathologie de l'enfant*, Paris, Ed. in Press.

CORDIE' A. (1993). *Un enfant psychotique*, Paris, Le Seuil.

COSNIER J. (2007). Les gestes de la transmission d'itinéraires entre piétons, in : *Parcours dans la ville, descriptions d'itinéraires piétons*, J-M. Barbéris & M.C. Manes Gallo, (pp. 230-239), L'Harmattan, Paris.

DARRAULT- HARRIS I., KLEIN J- P. (1993). *Pour une psychiatrie de l'ellipse*, Paris, Puf.

DARRAULT-HARRIS I., KLEIN J-P (2008). *Pour une psychiatrie de l'ellipse, Les aventures du sujet en création*, Pulim, Limoges.

DARRAULT-HARRIS I., (1995). « Instabilité et devenir aux marges de la psychose : sémiotique de l'état limite », « *Le devenir* », actes du Colloque « Linguistique et sémiotique III », NAS, Limoges, Pulim.

FONTANILLE J. (2004). *Soma et séma*, Paris, Maison Neuve et Larose,

FONTANILLE J. « Le malaise », intervention au Colloque AISS *Le discours de la santé*, Spoleto, 2004, (p. 1-22), revue en ligne E/C.

GREIMAS A., (1970). *Du sens, essais sémiotiques*, Paris, Éditions du Seuil.

GREIMAS A. J., Courtés J. (1979). *Sémiotique. Dictionnaire raisonné de la théorie du langage*, Paris, Hachette, 1993.

LACAN J. (1966) *Ecrits*, Paris, Ed. du Seuil.

MARCELLI D. (1996) *Enfance et psychopathologie*, Paris, Masson.

MARZANO M. (2007). *Le Dictionnaire du corps*, Paris, Puf,.

WALLON H., (2002), *L'évolution psychologique de l'enfant*, Paris, A. Collin.

WINNICOTT D. W. (1989). *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot.