

# Le corps en jeu

## La psychanalyse et la psychomotricité réunies dans une technique conjointe pour le traitement des enfants

Emma PONCE DE LEÓN<sup>1</sup>

Dans cet article<sup>2</sup>, nous présenterons le matériel clinique d'un enfant afin de décrire une expérience de travail thérapeutique interdisciplinaire. Ce travail est étroitement lié aux contraintes de la pratique du travail psychanalytique avec l'enfant, contraintes spécifiques qui exigent le recours à un champ très large et souple de modes d'approche pour trouver ce dont le patient a besoin pour s'épanouir. Certains patients, porteurs de troubles de la symbolisation et dont le corps est impliqué dans la symptomatologie, requièrent la création de ces types de cadre censé identifier de nouvelles ressources facilitant l'abord de l'inconscient.

Notre but est d'apporter des éléments sur les effets du travail thérapeutique lorsqu'on y introduit des variations techniques autour de la dimension réelle du corps. Ainsi, je mettrai la problématique clinique

- 
1. Psychanalyste. Membre de l'Asociación Psicoanalítica del Uruguay (IPA). Clínica del Niño - Centro del Adolescente, Montevideo, [www.clinicadelnino.com](http://www.clinicadelnino.com) E-mail : [emaponce@adinet.com.uy](mailto:emaponce@adinet.com.uy)
  2. Cet article reprend et développe une version publiée en 2002 dans la *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, APU, n° 96. La traduction a été assurée par Beatriz Rama Giaviquie.

dans laquelle je suis investie avant la technique dans ce cadre précis, qui a été stimulant pour penser la théorie de cette problématique et reconsidérer les aspects de la technique analytique appliquée aux enfants dans les cas exposés.

De longues années de pratique en tant qu'analyste d'enfants et coordinatrice d'une équipe interdisciplinaire de soins pédiatriques m'ont rapprochée du domaine de la psychomotricité. Ayant constaté son efficacité dans l'approche de nombreuses pathologies de l'enfant, cette pratique a éveillé en moi un profond intérêt. De même m'a-t-elle permis d'initier une réflexion (Ponce de León, Queirolo, Ungo, 1998 ; Bonnevaux, Ponce de León, Ravera, 1999) sur la spécificité et la non-spécificité des mécanismes thérapeutiques mis en jeu dans chacune des deux approches.

## La place du corps dans la clinique

### *Le corps et la parole dans la séance analytique*

En premier lieu, je voudrais préciser la place du corps dans la séance analytique, place donnée par la théorie et façonnée par la pratique analytique, avec les variations qui émergent de la clinique en fonction de l'âge du patient et de sa pathologie spécifique.

Dans les dernières années, la plupart des courants psychanalytiques ont privilégié le corps érogène en tant qu'objet propre de la psychanalyse, c'est-à-dire la dimension représentative du corps, celle qui appartient au symbolique. Le corps biologique, la dimension réelle du corps en tant qu'objet restaient ainsi à l'écart de la psychanalyse. Cette idée a été particulièrement soulignée par certaines interprétations de la pensée de Lacan, qui donnent une prééminence au signifiant linguistique. Et cela est en rapport avec la subordination du réel du corps au corps représenté : nous l'écoutons et nous nous adressons à lui, surtout à travers le langage verbal. Pour ma part, je rejoins la position freudienne : penser le rapport entre le corporel et le psychique et soumettre l'idée d'un seul

corps avec des dimensions différentes qui donnent lieu à des discours différents. Dans cette même ligne, R. Roussillon (2006) reprend ce que Freud a exprimé en 1913 dans le texte intitulé «L'intérêt de la psychanalyse» pour signaler la fonction communicative présente dans le domaine du non-verbal : «Par langage, on ne doit pas comprendre simplement l'expression des pensées en mots, mais aussi le langage des gestes et toutes formes d'expression de l'activité psychique.»

Sur le terrain de la névrose, lorsque le patient met en marche des fonctionnements névrotiques, le corps est présent dans les mots du patient et dans ceux de l'analyste. Il peut être appelé et il peut être «touché» à partir de et par la parole. La voix est corps, porteuse d'affects, de significations qui débordent les mots, mais qui sont toujours disponibles pour entrer dans une chaîne signifiante. Les actes véhiculent un sens, mettent en scène un fantasme.

M. Casas de Pereda (2007) développe une conception élargie du signifiant psychanalytique, produit par un discours «habité et dirigé par le désir inconscient [...] où le corps prend relief : [...] geste, regard, mot, ton de la voix [...] qui réunissent affects et effets singuliers [...] incarnés à partir de la perception et de l'expérience de l'objet». L'effet de sens, ou de «non-sens» dépasse la parole, «le geste [...] réalise des sens simultanés, contrairement aux mots où le sens arrive à la fin de leur succession».

Chez les patients présentant, de façon habituelle ou transitoire, d'autres formes de fonctionnement psychique, les failles de la symbolisation sont mises en évidence par des signes corporels, des signes non encore articulés à un niveau représentationnel, leur permettant d'avoir un sens et d'être inclus dans le discours linguistique. Ces signes (dans le sens des signes naturels) comprennent des affects, de la douleur, des actes, des symptômes. Peut-être s'agit-il d'un autre discours, car cela présuppose un sens et un sujet (Acevedo de Mendilaharsu, 2002), ou l'inverse,

du fait que le discours ne parvient pas à se constituer totalement et que sa fonction communicative est atteinte.

R. Roussillon (2006) affirme qu'il existe toujours un sens linguistique potentiel à l'acte et au corps. Quand il n'existe pas une «réponse subjectivement adéquate de l'objet, le sens potentiel a perdu son pouvoir générateur». Les expériences précoces «soustraites à l'apparence du langage par le refoulement, le clivage ou la projection, vont chercher et trouver des formes d'expression non verbales», en prenant une valeur de «message», en quête d'un objet qui le reçoive et le signifie<sup>1</sup>.

Selon S. Acevedo de Mendilaharsu (2002) : «Dans la psychanalyse, le problème n'est pas tant celui du savoir verbal mais plutôt celui du préverbal, des affects et des limites du dire.» Cela est particulièrement significatif dans les pathologies caractérisées par des troubles des processus de symbolisation, lesquelles nous confrontent aux limites de la technique classique. Chez les enfants, cela produit des retards ou des troubles de la relation, du langage, de la motricité et/ou cognitifs. L'expressivité du corps, de même que celle des affects et des émotions, est en fait restreinte ou exaltée, ou bien dénaturée. Nous constatons des difficultés pour la création d'un espace transitionnel, de même qu'un fonctionnement de type faux self, avec une profonde dissociation psyché/soma, telle que Winnicott (1979) l'a décrite.

Pour ma part, j'estime que, dans notre travail avec ces patients, il est nécessaire d'inclure la dimension réelle du corps en ayant recours aux voies corporelles primitives qui concourent à la structuration du psy-

---

1. Du point de vue métapsychologique, cette position s'appuie sur la perspective que la pulsion a deux fonctions, «l'une en direction du moi [...] avec une valeur de décharge productrice du plaisir [...] l'autre en direction de l'objet qui vectorise un message vers celui-ci», de telle façon que la satisfaction ne comporte pas que la décharge «mais aussi un mode de réception et de partage par l'objet du plaisir ainsi impliqué» (Roussillon, 2002, p. 1831).

chisme précoce, à travers la médiation de l'autre. Ces voies incluent la sensorialité, le toucher, la cénesthésie, la kinesthésie. Nous savons que la zone sensorielle deviendra une zone érogène à partir de la rencontre avec la mère et de la décharge de signifiants suscitée par elle. Piera Aulagnier (1985) dit que «l'éprouvé chez la mère d'un plaisir psychique avec ses composantes érotisées est nécessaire pour que l'*infans* puisse ressentir pleinement ses propres expériences de plaisir», et au début «l'objet n'existe psychiquement que par son unique pouvoir de modifier la réponse sensorielle (et donc somatique) et, par cette voie, agir sur l'éprouvé psychique». La présence désirante de la mère d'une part, et son absence, avec la frustration du désir, d'autre part, créent une trace dans le corps ; un corps tout à fait impliqué dans l'expérience avec l'objet (dans sa double dimension représentationnelle et réelle), qui puisse préparer l'avènement d'une perte et susciter la symbolisation. Plusieurs auteurs (Stern, 1989 ; Parat, 1995) signalent l'importance du fait que les affects et les émotions soient partagés, et aussi métabolisés (Bion, 1991) par l'objet, pour achever leur différenciation et leur appropriation subjective.

D'autre part, D. Anzieu (1990) décrit l'origine des signifiants archaïques d'après les registres corporels les plus primitifs. Ces «signifiants formels» sont constitués par des images tactiles, proprioceptives, cénesthésiques, kinesthésiques, posturales de l'équilibre et non par des images visuelles ou sonores. La représentation du moi corporel primitif, qu'il appelle le moi-peau, est en correspondance avec les formes d'enveloppes psychiques et se constitue grâce au contact avec le corps de la mère au niveau des sensations cutanées, de l'entourage sonore et olfactif, qui sont des éléments discriminatoires donnant lieu aux sentiments de limite. Il s'agit d'une double enveloppe, il y a une couche plus superficielle, qui reçoit les excitations et qui sert de filtre, et une autre couche, surface de l'appareil psychique, surface d'inscription, où se projeteront les signaux sensoriels et les forces pulsionnelles.

Dans les débuts de la psychanalyse de l'enfant, on a privilégié l'intervention verbale en réduisant au minimum le contact physique, en accord avec les préceptes de l'analyse d'adulte, tels que la neutralité et l'abstinence de l'agir. Cependant, les patients les plus gravement atteints ont incité au développement d'importantes modifications techniques. Dans les dernières années, les psychanalystes d'enfants ont convenu, grâce à la pensée de Winnicott et à ses propres expériences, de l'importance de jouer avec le patient. Françoise Dolto (1986) disait que «celui qui s'occupe du corps de l'enfant ne peut pas prendre en charge sa psychothérapie, mais il est probable que l'un des thérapeutes puisse compter sur le soutien de l'autre». La psychomotricité est née pour prendre en charge la pathologie à travers la voie corporelle, un champ clé qui n'est pas suffisamment pris en compte par la psychanalyse.

### *Le corps et la parole dans la thérapie psychomotrice<sup>1</sup>*

Par le biais du préfixe «psycho», le concept de psychomotricité rend compte de la relation indissociable entre le psychisme et la motricité. Le psychomotricien travaille à partir du corps réel – le corps de la sensibilité, de la sensorialité, de la motricité – en tenant toujours compte des rapports de l'enfant avec son propre corps, avec celui des autres, avec l'espace, avec les objets, dans un contexte spatio-temporel. D'après Sami-Ali (1979), il s'agit d'une discipline qui, malgré sa référence au corps réel, est elle-même ancrée dans l'intersubjectivité. Le but de la thérapie psychomotrice consiste à favoriser et à développer l'expressivité motrice et la symbolisation, donnant sa place au corps comme lieu de plaisir, de connaissance et de communication avec l'autre.

H. Wallon (1965) considérait que tout ce qui peut être objet de témoignage de la vie psychique est dans le mouvement, qui la traduit dans

---

1. Cette section du travail est issue d'une communication personnelle avec la psychomotricienne Claudia Ravera.

toute son intégrité, au moins jusqu'à l'apparition de la parole. Ces expressions tonico-émotionnelles continueront d'être l'assise de toute communication humaine. La spécificité du psychomotricien réside dans sa capacité à dialoguer avec les niveaux archaïques où le rôle des émotions exprimées par le tonus est essentiel. L'expressivité tonico-émotionnelle rend compte de l'histoire de l'enfant, de ses rencontres et de ses séparations d'avec l'autre et d'avec son monde imaginaire. L'écoute de ces indices va permettre de saisir son degré de tolérance à la proximité de l'autre, sa demande ou son refus d'être porté, manipulé, etc.

Bien qu'on travaille aux niveaux préverbaux, les expériences vécues dans le traitement sont inscrites dans la communication verbale entre l'enfant et le psychomotricien, et celui-ci oriente l'évolution de la séance à l'aide de ses verbalisations. Le travail du psychomotricien ne se réduit pas au niveau tonico-émotionnel mais favorise également la consolidation des niveaux de représentation de plus en plus élaborés. Pour cela, il a recours aux techniques corporelles d'impression et d'expression, tels le dessin, le jeu, l'imitation et la parole. Les techniques d'impression corporelle donnent à l'enfant une information sur la position de son corps et des parties de son corps dans l'espace, sur l'ampleur, la vitesse, la force des mouvements globaux ou partiels. Cela est possible par le biais de massages, de pressions, de déplacements, de positions dans lesquelles le sujet est dans une attitude plutôt passive, alors que le psychomotricien exécute des actions pour éveiller des sensations corporelles, pour créer des expériences, tactiles, proprioceptives et kinesthésiques : les premières sont possibles grâce au contact de toute la surface de la peau avec des objets de volume et de consistance différents ; les deuxièmes renseignent sur la position du corps dans l'espace et sont en rapport avec l'équilibre ; les dernières concernent le mouvement, en permettant de stimuler les récepteurs de la sensibilité profonde et articulaire. Dans toutes les techniques, l'ensemble de

la sensorialité (odorat, audition et vision) est mis en jeu. Les techniques d'expression corporelle favorisent la libération émotionnelle. On a recours à la mimique, aux gestes et à la voix afin d'encourager chez l'enfant l'expressivité psychomotrice et la communication à tous les niveaux.

### *Le corps et la parole dans la technique conjointe proposée*

Nous avons déjà exposé l'idée que la place donnée au corps sur le plan technique et le maniement des expressions corporelles sont différents dans les deux disciplines. Si, dans une prise en charge conjointe, chacun des thérapeutes privilégie la modalité d'intervention spécifique à sa technique, l'analyste privilégiera surtout l'interprétation verbale, et le psychomotricien les interventions sur la dimension réelle du corps. Ainsi, à eux deux, ils prendront en compte à la fois le langage et le corps. Sinon, aucune intégration vraie ne pourra avoir lieu chez le patient, car elle est le résultat d'une prise en charge inédite qui potentialise les effets du travail analytique et corporel.

Nous proposons donc un cadre de travail où les voies d'accès sensorielles telles que le contact physique ou les expériences cénesthésiques mettent en valeur la signification de la parole puisqu'elles sont placées dans un contexte affectif plus large qui met en jeu tous les éléments constitutifs de l'expérience de structuration précoce. Cela ne veut pas dire que nous cherchions à recréer la rencontre originaire avec l'objet, nous voulons provoquer une expérience différente, une nouvelle rencontre, qui permette de redonner un sens au vécu.

Par l'intermédiaire du corps sensoriel, on privilégie aussi la lecture de l'image du corps dans le sens des activités représentationnelles non linguistiques, élargissant la communication avec le patient. En reprenant l'idée d'un seul corps avec de multiples dimensions, le travail a pour but d'intégrer le plus possible la dimension réelle du corps avec la dimension représentationnelle, articulée dans le psychisme. Cela se fait



à travers le travail de symbolisation dans le transfert, qui comprend des expériences de perte et d'appropriation de l'objet et du corps propre. Les deux dimensions du corps, réelle et représentationnelle, sont intégrées dans la névrose, mais il y a des zones de déconnexion dans d'autres pathologies.

Tout au long de ma formation analytique, j'ai pu constater les possibilités de rapprochement entre le psychomotricien et l'analyste d'enfants : tous deux hiérarchisent la construction du lien en reliant l'engagement libidinal avec le travail de symbolisation, en employant le parler, le jouer et tous les moyens d'expression utilisés par l'enfant pour communiquer. Cependant, parmi les divergences, que nous n'aborderons pas dans cet article, on trouve le maniement du corps et la technique correspondante. Toujours attentif à l'évolution du jeu et des messages tonicomoteurs, le psychomotricien introduit activement des propositions, dont le balancement, le «traînage», les tours, les sauts, le fait de grimper et autres jeux sensorimoteurs. À certains moments et à la lecture des signes corporels, il instaure dans le jeu différents types de contacts, dont la pression, les caresses, des jeux de tension-distension pour favoriser la mobilisation des émotions. Bien que les analystes puissent aussi employer certains de ces moyens techniques, il est évident que notre formation ne nous conduit pas, ni ne nous apprend à utiliser les expériences corporelles au cours de la séance.

*Quelques hypothèses théoricocliniques à propos des troubles de la symbolisation chez les enfants et les stratégies techniques*

La structuration précoce du psychisme, de même que sa capacité à symboliser, se construit à partir du corps et du lien à l'autre. Les premières structures signifiantes vont être issues de cette rencontre entre le corps, son système perceptif et sensoriel et l'autre ; elles vont s'organiser par paires de contraires (plaisir/déplaisir, par exemple) pour s'agencer entre elles, parvenant ainsi à la formation des représentations mentales ulté-

rieures. B. Golse et d'autres auteurs (Golse, Mairesse, Bursztein, 1990) estiment que ces systèmes archaïques de signification appartiennent au champ extravébal, sans faire référence au signe linguistique.

Dans un travail précédent (1999), je considérais, à propos des origines de la symbolisation, que la plupart des auteurs s'appuyaient sur le corps. Les modalités les plus archaïques de représentation, préalables au langage verbal, sont ancrées dans la sensorialité et la motricité. En outre, le jeu de la présence et de l'absence maternelle va être le moteur de la symbolisation. Et, pour cette raison, il me semble que chez les patients qui ont eu des failles dans les étapes préverbales de la symbolisation, il s'avère fondamental d'habiliter un cadre de travail où la dimension réelle du corps soit pleinement mise en jeu, avec la présence attentive d'un autre prêt à signifier toutes les expressions du sujet, non seulement à travers la parole, mais aussi à travers l'agir, le geste, et même les affects et les émotions. La signification s'offre aussi par son propre corps : il y a une écoute et un dire corporels de la part des thérapeutes. En commençant par celles de Freud, des théories métapsychologiques ont tenté de comprendre la mise en marche de l'appareil psychique : des théories concernant les premières inscriptions, les représentations de mots et les représentations de choses, des débats à propos de la possibilité de l'absence d'inscription et de représentation. Les fonctionnements non névrotiques nous confrontent à divers questionnements autour de ces questions. En ce qui concerne la symbolisation, le corporel trouve différents types de représentations : visuelles, tactiles, auditives ou verbales. Tout ce qui est corporel s'inscrit dans un registre psychique (inscription, représentation) mais, qu'arrive-t-il lorsque cela n'a pas pu avoir lieu ? Lorsque nous sommes exposés à des expressions « directes » du corps, lorsque pensée et langage restent en dehors, et que nous n'avons pas d'indices d'une élaboration fantasmatique, nous nous demandons alors quelle est l'hypothèse la plus utile du point de vue clinique. Est-ce qu'il y a vraiment un manque de repré-

sensation ou peut-il s'agir d'une faille au niveau des liens entre affect et représentation ? Y a-t-il des inscriptions archaïques dont les codes demeurent inabordables ? Est-ce qu'ils pourraient être éventuellement transcrits ? Est-ce que tout ce qui est inscrit est aussi représentable ?

Les événements corporels se déroulent, en grande proportion, dans le registre de l'affect. Green (1975, 1996) parle d'un niveau de représentation de l'affect qui ne parvient pas au terme de représentation de la parole. «L'affect est une modalité de mémoire, un style de langage» (Donnet, Green, 1973). Il s'agirait d'un caractère non figuratif du vécu et du corporel lié aux sensations, à leur connotation émotionnelle et, en conséquence, lié à l'autre. Cette modalité de liaison pulsionnelle ne parvient pas à atteindre le registre de la représentation de mot. Lorsque la haine ou le refus de l'autre ont joué leur rôle, les inscriptions ou les investissements des traces font partiellement défaut, des effets de déliaison ont lieu en fonction d'un excès de pulsion de mort ou de l'effet dévastateur du non-désir, empêchant la subjectivation. Il est des liaisons qui ne seront reprises qu'à l'occasion d'un lien où l'autre habilite son évolution. De même, les expériences corporelles marquées par des affects traumatiques devront être reprises dans une nouvelle trame représentative, offerte dans le transfert, où elles pourront se procurer des niveaux plus évolués de représentativité psychique. Dans l'expérience thérapeutique, on essaie de transformer ce qui est agi, à travers la parole et le corps, dans un «jeu à deux» qui permette au patient de «ressentir» quelque chose de lui-même, donc de subjectiver et de symboliser.

R. Roussillon propose une «symbolisation primaire» qui «relie la première inscription [...] de la "matière première" [...] à la représentation de chose et une "symbolisation secondaire" qui relie une représentation de chose à une représentation de mot [...] et l'inscrit dans l'appareil de langage» (Roussillon, 1999, p. 218). Ce qui suppose d'intégrer le

langage verbal, le langage de l'affect, et le langage du corps et de l'acte (Roussillon, 2006)<sup>1</sup>.

Il faut absolument établir une différence entre ce qui est susceptible d'être verbalisé et des éprouvés qui s'exprimeront toujours par des codes non verbaux et dont l'approche doit se faire par des moyens non verbaux. Cependant, nous visons la connexion progressive des seconds avec les premiers qui ont des niveaux plus évolués de symbolisation ; nous proposons qu'ils puissent faire trame entre eux, sans que cela signifie la substitution des uns aux autres. Nous cherchons à parvenir, parmi les différents codes, aux zones d'intégration, là où il y avait des déconnexions (des clivages, des déliaisons entre affect et représentation de mot ou entre pulsion et représentation de chose). Cependant, quelque chose va demeurer à jamais irréductible.

### **L'interdisciplinarité est-elle possible dans la pratique clinique ?**

Dès sa création, chaque discipline construit un bagage de concepts et d'expériences, mais quand elle arrive à un âge mûr, buter contre les limites du paradigme dont elle est issue se révèle inévitable. Les disciplines contemporaines peuvent partager un paradigme, mais il y aura toujours des glissements, causés par leurs différences d'objet et de

---

1. «Les expériences précoces peuvent être sans lien les unes avec les autres, non par le fait d'un clivage, mais par manque d'intégration d'ensemble, elles peuvent être "partielles" et être enregistrées avec cette caractéristique [...] elles ne sont pas remémorables, elles ne peuvent se constituer en souvenirs [...] sont réactivées comme une présentation (*Darstellung*)» (Roussillon, 2006). Roussillon ajoute à la pensée de Freud de 1937 l'hypothèse «d'un mode de retour perceptif des traces aux "sensations corporelles", au "senti", aux perceptions traumatiques d'états corporels, dont la nature hallucinatoire va être masquée par la difficulté d'y opérer une quelconque épreuve de réalité ou épreuve d'actualité» (Roussillon, 1999, p. 138).

méthodes. Dans l'état actuel de nos connaissances, l'interdisciplinarité s'avère donc indispensable<sup>1</sup>. À propos de l'interdisciplinarité, M. Dogan (1997) pense qu'en réalité on ne fait qu'accorder des fragments des disciplines et des spécialisations, mais pas les disciplines complètes, et il appelle ce fait «hybridation». Pour lui, dans les sciences sociales, de même que dans les sciences naturelles, le progrès scientifique se fait surtout au niveau des interfaces, aux interstices des disciplines. Les innovations les plus originales et les plus fécondes se produisent à la suite d'arrangements de spécialités logées sur les points de confluence de plusieurs disciplines, même pas nécessairement contiguës.

Je ne pense pas à la création d'un domaine interdisciplinaire en termes d'intégration des différentes perspectives dans une totalité embrassante mais, au contraire, comme l'émergence de lignes nouvelles de connaissance. Tout en considérant la complexité clinique d'aujourd'hui, l'interdisciplinarité et le travail d'équipe deviennent une réponse indispensable au moment de penser le diagnostic et les stratégies thérapeutiques (1998).

Actuellement, il est très fréquent de discuter de l'interdisciplinarité, mais cela se passe au niveau des théories. L'idée d'une intersection entre deux disciplines au sein de la pratique clinique est une proposition qui vient se heurter à nos modèles actuels de travail et qui ouvre un espace de questionnement et de réflexion.

### **Le cas Éric : lorsque le miroir fait mal**

Cette expérience avec la psychomotricienne Mme Claudia Ravera et le cas que je vais présenter ont commencé en 1991 (Ponce de León,

---

1. Sur ce point, nous renvoyons le lecteur au travail de la psychanalyste Gisèle de M'Uzan (1981), «Relaxation et psychanalyse», *RFP*, 2.

Ravera, 2000)<sup>1</sup>. Le choix du premier cas, qui a donné naissance à ce cadre de travail, a été motivé par le fait, d'une part, que pendant presque trois ans de travail thérapeutique conjoint nous avons constaté des évolutions considérables pour le patient, surtout au niveau de son adaptation sociale, d'autre part que cette expérience a été pour nous, les thérapeutes, d'une grande richesse.

Éric était porteur d'une multiple malformation congénitale qui rendait son visage assez particulier. Il présentait d'importantes failles dans sa structuration psychique, en raison d'une histoire de frustration au niveau du lien précoce avec sa mère. Les irrptions d'un fonctionnement psychotique, sur la base d'une pseudo-adaptation, impliquaient le corps et le langage. Il présentait des stéréotypies gestuelles et vocales, des cris, des moments d'un parler «robotique», une coprolalie et quelques néologismes. Sa présentation faisait penser à un enfant déficitaire. Sa mère l'avait nettement rejeté lors de sa naissance, moment où elle avait souffert d'un état dépressif contre lequel elle luttait encore.

Éric avait d'abord bénéficié d'une prise en charge psychomotrice à laquelle il participait avec plaisir mais l'on constatait une stagnation dans son évolution. Il se réfugiait dans un monde d'objets et il ne jouait vraiment pas. Il avait des difficultés à éprouver un plaisir sensorimoteur, hormis dans les balancements. Nous avons suggéré aux parents de commencer simultanément une psychothérapie, mais ils ont décidé d'arrêter la prise en charge psychomotrice.

---

1. Dans la Clínica del Niño – Centro del Adolescente, nous avons confronté à différentes reprises trois équipes comprenant un psychomotricien et un psychanalyste. Ces expériences ont été menées par la psychanalyste Margarita Ungo, la psychomotricienne Claudia Ravera et la psychologue Sandra Queirolo ainsi que le psychomotricien Juan Mila. Elles ont été rassemblées dans un document (Ponce de León, Queirolo, Ravera, Ungo, 2001).

Au début de son analyse, Éric était âgé de 10 ans. Il présentait des difficultés dans le déploiement fantasmatique et des résistances pour venir aux séances. Il n'y jouait pas, il n'y dessinait que des voitures d'une manière stéréotypée en récusant les interventions verbales de l'analyste, il se plaignait toujours de s'ennuyer et, en conséquence, il voulait s'en aller. Comme de temps en temps il faisait allusion à la psychomotricienne, j'ai essayé de travailler les possibles rémanents transférentiels. Quelques mois se sont passés ainsi et les ressources pour parvenir à un travail analytique productif se sont peu à peu épuisées. J'ai eu alors une idée : qu'est-ce qui nous empêche de retourner au cadre du traitement psychomoteur où l'enfant avait la possibilité d'engager son corps et d'essayer ainsi un travail analytique avec les deux thérapeutes ? Il s'agissait d'une idée assez audacieuse, puisque, dans notre milieu analytique, personne ne menait ce type de traitement et que nous n'en avons pas non plus de références bibliographiques. Il s'agissait d'une aventure créative et de la constitution d'un cadre dont plusieurs variables restaient inconnues. Cependant nous, les deux thérapeutes, étions inspirées par le désir d'aider ce patient, par notre passion pour la recherche et par la découverte, toujours présentes dans la tâche clinique.

Nous décrivons une séance du début du traitement. Nous l'avons choisie en raison de son effet de rupture du fonctionnement en faux self, qui avait empêché une évolution positive dans les cadres précédents. Une dynamique nouvelle a surgi, la réponse du patient nous a surprises. Peut-être ne s'agit-il pas du meilleur exemple des bienfaits apportés par la présence du psychomotricien dans ce cadre. Ces moyens ont été déployés tout au long du traitement, pour favoriser la disparition des symptômes somatiques assez difficiles, comme les stéréotypies gestuelles et les tics. Éric a pu littéralement faire usage de la présence de la psychomotricienne comme miroir, en jouant des scènes avec une partenaire engagée sur le plan corporel. Lors de ces moments d'indistinction, l'analyste restait à distance, ayant ainsi une meilleure capacité à

penser. Cela lui permettait de faire une intervention juste, en accédant à la symbolisation à partir de niveaux où elle était très précaire, voire inexistante. Cet aspect du travail mériterait qu'à l'avenir une réflexion plus approfondie soit menée sur la cothérapie.

**Lors de la première séance**, nous remarquons deux aspects. Tout d'abord Éric a besoin de placer un tiers dans une fonction limitante, il assigne à l'analyste le rôle d'arbitre dans un match de volley-ball avec la psychomotricienne. Il s'agit de la mise en scène d'un rapport spéculaire duquel il est délivré par le tiers, dont la présence réelle est en concordance avec la précaire triangulation du patient.

Deuxièmement, le *refus* de son image dans le miroir. La rencontre avec le miroir de la salle va permettre dorénavant l'apparition d'un matériel très riche. Quand Éric s'y voit, il dit : «Je vais le briser ce miroir, merde ! Je vais le briser d'un sacré coup de revolver.» La haine et le désir de mort projetés sur sa propre image expriment le refus avec lequel il est regardé. Il faut se rappeler que le stade du miroir théorisé par Lacan est un paradigme de la constitution du moi : l'autre a la fonction de miroir permettant l'identification primaire.

**Lors de la deuxième séance**, après un début similaire à la séance précédente, Éric met en scène un match de football où l'analyste doit jouer le rôle d'arbitre. Il demande ensuite à se faire bercer par la psychomotricienne : «Il faut que je sois une machine.» Tandis qu'il y prend du plaisir et qu'il crie, il dit : «Fais-moi la toile», en référence à un hamac en toile qu'il a connu dans son traitement antérieur. Il prend une attitude assez tyrannique et exigeante auprès de la psychomotricienne, qui joue le rôle d'une mère complaisante, il la tape même avec un chiffon et il cherche à lui marcher dessus.

À un moment où l'analyste lui parle et reconnaît un accomplissement de sa part, Éric la prend par les épaules, l'embrasse et, instantanément, lui jette au visage un morceau de latex.



Analyste : – Toi, tu éprouves de la tendresse et après il faut que tu t'écartes en attaquant.

Il grimpe dans le hamac et l'ambiance de la séance devient alors tranquille, agréable. La psychomotricienne lui apporte une corde grâce à laquelle il peut se balancer tout seul, lui permettant en même temps un contact et une communication à distance qu'il est capable de tolérer. Blotti dans le hamac, il ressemble à un bébé dans le ventre maternel. L'analyste met cette idée en paroles. Éric répond : «Mais non, ne dites pas ça !» Cependant, il commence aussi à mettre en paroles des éléments essentiels de sa fantasmatique, suscitant un climat transférentiel très intense et assez singulier, partagé par les deux thérapeutes et le patient.

Éric : – Ici, il y a des guêpes, des araignées... je suis coincé.

Analyste : – Tu te sens coincé dans quelque chose qui te fait peur, peut-être veux-tu t'en sortir...

Éric : – Non, je ne veux pas m'en sortir. (*Il s'enveloppe davantage dans la toile du hamac de sorte qu'on ne voit plus ni son visage, ni son corps ; il n'y a que ses pieds qui dépassent.*)

Psychomotricienne : – Tu ne veux pas que je te regarde, tu veux seulement que je t'écoute, que je voie tes pieds.

Éric : – Il y a un couteau.

En même temps, la psychomotricienne est en train de toucher son dos et sa tête à travers la toile, elle le balance.

Éric : – Je ne peux pas m'en sortir, je suis mort... je ne suis pas vraiment mort, on m'a enfoncé un couteau.

Analyste : – Où ?

Éric : – Dans le dos.

À la fin de la séance, Éric ne veut pas s'en aller, il dit qu'il s'est enfoncé un couteau dans le pied, il manifeste sa douleur par des hurlements.

Analyste : – Tu nous as montré que tu te sens blessé, que tu as mal à l'âme et au corps... mais, toi aussi, tu as pu compter sur notre écoute et c'est pour cela que se quitter fait autant de mal qu'un couteau.

### *L'analyse de la séance*

De même qu'au cours de la première séance, le patient continue de placer les deux thérapeutes dans des positions différentes et aussi de leur adresser des demandes différentes. La psychomotricienne reste dans une fonction maternelle et l'analyste dans une fonction tierce, censée marquer la loi (l'arbitrage). Cependant, il établit également avec les deux un rapport amour/haine qui constitue la modalité objectale essentielle du patient. Le champ transférentiel devient plus complexe avec la création d'une trame inédite des liens, qui serait en concordance avec l'espace construit préalablement pour lui par le couple parental, cela suppose un intense investissement libidinal du côté de l'enfant.

Le fait d'interpréter les sentiments mis en jeu (amour/haine) produit un mouvement d'intégration : il se plonge dans le hamac et il y reste tranquillement. La psychomotricienne encourage la récréation d'une scène régressive par le biais du balancement et de l'utilisation de la corde. Il s'agit d'un stimulus au niveau de la sensibilité proprioceptive et extéroceptive, aidant à la distension musculaire. Éric a pu s'étayer sur la contenance du hamac et sur la contenance affective.

Dans ce transfert étayant, dans le cadre d'une enveloppe verbale, de cette toile-peau, du toucher-bercer, Éric peut exprimer des demandes, «Fais-moi la toile», des gestes d'amour agressif (battre, embrasser, jeter des objets, grimper sur). Le fait de parler des sentiments facilite le «faire-semblant» et la possibilité d'exprimer par des mots les représentations avec un contenu persécuteur au lieu de la persécution par les actes.

Éric a dit : «Je ne veux pas m'en sortir.» S'agit-il d'un désir de «ne

pas être», de ne pas naître, de l'enfermement dans un lien mortifère, ou n'est-il pas reconnu en tant que sujet ? Il cache son visage, il ne laisse à voir que ses mains et ses pieds. Des massages corporels que la psychomotricienne met en mots, en leur assignant un sens signifiant pour l'autre : être écouté et être accepté grâce à ses parties saines. Tout cela semble provoquer chez Éric l'évocation de l'image d'un objet tranchant, qui mutile : son corps coupé, non intégré. La psychomotricienne répond en touchant, à travers la toile les parties cachées du corps, qui sont associées avec ce qui est abîmé, tandis qu'elle continue à le bercer, ce qui est une reconnaissance autre que visuelle. Tout cela est censé procurer une présence contenante et unificatrice au niveau de la peau, de même qu'un soutien psychique, récepteur de tous ces contenus déchiquetés.

Éric parle de ses éprouvés concernant la mort psychique, le mal qui a eu lieu dans le ventre de la mère, en faisant des liens avec des signifiants tels que «ne pas pouvoir s'en sortir», «être mort», «avoir été poignardé». Peut-être s'agit-il d'un moment transférentiel privilégié étant donné la construction d'un fantasme à une place où il n'y avait que des inscriptions (sensorielles ?) en rapport avec les situations traumatiques ? Des inscriptions qui appartenaient aux registres corporel et affectif, mais qui n'avaient pas encore accès aux représentations de mot. Le dos, qui a été signifié comme un endroit blessé, avait été caressé par la psychomotricienne et cela nous fait penser aux investissements primaires où le plaisir et la douleur sont mélangés et où la présence actuelle resignifie la douleur de l'absence. Le dos est une des parties du corps le plus touchée par la mère pendant la vie intra-utérine. Et c'est aussi le point d'appui privilégié pour le nouveau-né, en particulier lors de l'allaitement.

La fin de la séance est une séparation qu'Éric vit comme un rejet et dont la douleur est exprimée par l'image du couteau au pied. Il ne sera

capable ni de marcher, ni de s'éloigner. Un changement s'est produit par rapport au circuit déployé dans la séance : amour-agression-séparation, où l'on constate la prédominance de la persécution, du fait qu'un éprouvé dépressif s'introduit par la douleur déchirante du corps. N. Marucco (2002) dit à ce propos que ce qui n'a pas fini de s'inscrire, en qualité de mémoire, est destiné à parcourir les chemins de l'acte, de la douleur au corps, de l'hallucination.

Je veux insister sur le fait que le climat de la séance s'inscrit dans une situation transférentielle très intense, où il y a un fort engagement libidinal chez les thérapeutes et une véritable articulation de l'intervention spécifique de chacune des disciplines. Cela éveille en moi la métaphore «d'un bain du corps dans les mots» qui rend la surface du corps plus poreuse pour permettre leur passage. Le corps est sollicité dans sa dimension sensorielle, kinesthésique et érogène par les stimulations proprioceptives et extéroceptives de la peau, réalisées par la psychomotricienne. La relaxation agréable, l'émergence d'images liées aux expériences corporelles sont en conjonction avec la parole de l'analyste, parole porteuse de sens permettant ainsi l'évolution des représentations et l'intégration du corporel et de l'affect. Au début de la séance, Éric dit : «Il faut que je sois une machine», et, à partir de ce moment-là, il commence à se rendre humain, à habiter son corps, en prenant contact avec son angoisse.

## Conclusion

J'ai souhaité partager cette expérience afin d'inciter l'approfondissement de questions aussi complexes que passionnantes. Il m'a semblé nécessaire de donner une place plus importante au corps dans l'analyse de certains patients, en instaurant un travail en parallèle avec d'autres disciplines ou dans un cadre inter ou transdisciplinaire, comme dans le cas ici présenté.

Il est à souligner qu'au cours de ces années nous n'avons utilisé cette

technique qu'avec certains patients, car elle exige la conjugaison d'une série de facteurs auxquels il faut méticuleusement penser pour chaque cas. Actuellement, l'équipe interdisciplinaire prend en compte cette technique pour formuler des stratégies à partir d'un cadre commun et d'une véritable entente entre les thérapeutes qui en font partie.

Dans les cas où la pathologie de l'enfant atteint ses processus de symbolisation, compromettant le corps dans son expression tonico-émotionnelle, j'ai noté que ce type d'approche favorisait l'évolution du patient ; elle encourage ses réussites en diminuant le temps nécessaire à l'amélioration. Les traitements conjoints font bouger les obstacles qui sont demeurés fixes au cours des traitements antérieurs, car ils aboutissent à un déploiement fantasmatique jamais atteint auparavant, à l'intégration des affects, à la symbolisation et à la mise en jeu du désir (Ponce de León, Ravera, 2001). Dans cet exposé, j'ai souligné l'importance qu'il y avait à inclure le corps et le psychomotricien dans ce travail. Cependant, d'autres questions se posent concernant les différents facteurs impliqués et leurs conséquences dans l'évolution du traitement.

Quels éléments cette modalité de travail a-t-elle apporté à ma réflexion ?

- **D'une part, la présence de deux thérapeutes.** Cet aspect mériterait un développement spécifique étant donné sa complexité. Je ne parlerai ici que des aspects déjà relevés dans des travaux précédents (Ponce de León, 2000, 2001). Le fait de proposer une scène triadique où le patient et les thérapeutes ont une place selon la fantasmatique déjà existante rend le champ transférentiel et l'intersubjectivité plus complexes, permettant ainsi l'utilisation des ressources techniques les plus variées : la dramatisation devant le tiers ; la mise en scène à deux ou à trois ; le dialogue entre les deux thérapeutes, où l'enfant est inclus dans le discours et se trouve « parlé par les autres ». Dans certaines circonstances, cela a des effets positifs sur le travail interprétatif.

La présence de l'analyste permet parfois au psychomotricien de s'insérer dans la régression avec l'enfant. La vitesse à laquelle on voit s'installer des jeux et des fantaisies régressives m'a fait penser au fait que, pour ces patients, la présence d'un tiers réel atténue les angoisses de la relation duelle, en établissant une forme plus nette du «faire-semblant», qui favorise les processus transférentiels et contre-transférentiels.

Cette modalité du cadre de travail vise à enrichir les interventions ayant un *effet simultané* sur les affects et les représentations avec la possibilité de créer de nouveaux liens signifiants. Chez les patients pour lesquels le processus analytique productif s'avère assez difficile, cette technique facilite et majore les possibilités d'intégration des éprouvés corporels et de l'activité représentationnelle, chez l'enfant et chez les thérapeutes.

• **D'autre part, la véritable entente entre les thérapeutes de l'équipe.** En ce qui concerne le psychomotricien, cette technique permet d'éprouver des expériences corporelles et des affects qui appartiennent aux stades préverbaux, où les failles de la symbolisation se sont produites. Cela est possible parce qu'il est très proche de la résonance corporelle du patient, assumant une place symbolique. Sa lecture très précise de certains indices tonico-émotionnels lui permet aussi de déceler des moments de rupture du registre symbolique. Dans une communication personnelle, R. Roussillon signale que, dans cette forme de travail, le psychomotricien serait plutôt un «clinicien du corps».

Tous ces éléments favorisent un meilleur travail analytique sur le plan archaïque, noyau central de certaines pathologies. Ils permettent la production de certains moments analytiques, précieux pour tous : quand la parole prend corps et touche le corps, quand le corps devient finalement parole. ■

---

## Bibliographie

- Acevedo de Mendilaharsu S. (2002), «Cuerpo y discurso en psicoanálisis», *Rev. Uruguaya de Psicoanálisis*, 95 : 14.
- Anzieu D. (1990), «Los significantes formales y el yo-piel», in D. Anzieu, *Las evoluciones psíquicas*, Buenos Aires, Amorrortu.
- Aulagnier P. (1991), «Nacimiento de un cuerpo, origen de una historia», *Cuerpo, historia, interpretación - Piera Aulagnier, de lo originario al proyecto identificador*, Buenos Aires, Paidós, p. 134 y 118.
- Bion, W. (1991), *Aprendiendo de la experiencia*, Buenos Aires, Paidós.
- Bonnevaux M., Ponce de León E., Ravera C. (1999), «Tratamiento interdisciplinario de tempranos que consultan por retraso significativo del lenguaje y/o psicomotor», *Rev. Uruguaya de Psicoanálisis*, 90.
- Casas de Pereda M. (2007), *Sujeto en escena - El significante psicoanalítico*, Montevideo, Isadora, p. 12, 18-23.
- Dogan M. (1997), «Interdisciplinas?», *Relaciones*, 157 : 16-18.
- Dolto F. (1986), *La imagen inconsciente del cuerpo*, Barcelona, Paidós.
- Donnet J.-L., Green A. (1973), *L'enfant de Ça. Psychanalyse d'un entretien : la psychose blanche*, Paris, Éditions de Minuit.
- Golse B., Mairesse A., Bursztejn C. (1990) «Un coup d'œil sur les commencements», in B. Golse, C. Bursztejn, *Penser, parler, représenter, émergences chez l'enfant*, Paris, Masson, p. 39.
- Green A. (1975), *La concepción psicoanalítica del afecto*, México, Siglo XXI Editores.
- Green A. (1996), *La metapsicología revisitada*, Buenos Aires, Eudeba.
- Marucco N. (2002), «Cuerpo, duelo y representación en el campo analítico», *El cuerpo en psicoanálisis : diálogos con la biología y la cultura*, Montevideo, APU, p. 209-215.
- Parat C. (1995), *l'Affect partagé*, Paris, PUF.
- Ponce de León E., Ravera C., Queirolo S., Bonnevaux M. (1994), «La psicomotricidad en el abordaje interdisciplinario de los trastornos del desarrollo del niño», *présenté au Premier Congreso Regional de Psicomotricidad y Estimulación Temprana*, inédit.
- Ponce de León E., Queirolo S., Ungo M. (1998), «Hacia un modelo terapéutico de la complejidad : el equipo interdisciplinario como abordaje de lo intersubjetivo», *Anales del XIII Congreso Latinoamericano de Psicoterapia Analítica de Grupo*, tomo II.

- Ponce de León E., Ravera C., (2000), «Un abordaje clínico conjunto: Psicomotricista y Psicoanalista en la sala», *présenté au Tercer Congreso Regional de Psicomotricidad y Atención Temprana, inédit.*
- Ponce de León E., Queirolo S., Ravera C., Ungo M. (2001), «Cuando la palabra toca el cuerpo», *présenté au Tercer Encuentro Internacional Montevideo et au Tercer Congreso Latinoamericano de Flapia, inédit.*
- Ponce de León E. (2008), «Equipo interdisciplinario y clínica psicoanalítica de niños», *Aperturas Psicoanalíticas Revista*, 28, [www.aperturas.org](http://www.aperturas.org)
- Roussillon R. (1999), *Agonie, clivage et symbolisation*, Paris, PUF.
- Roussillon R. (2002), «Ombre et transformation de l'objet», *Rev. franç. psychanal.*, 66, 5 : 1825-1835.
- Roussillon R. (2006), «Corps et actes messagers», *présentation au colloque Lyon-2 du CRPPC*, mars 2006.
- Sami-Ali (1979), «Cuerpo y movimiento», *Cuerpo real, cuerpo imaginario; para una epistemología psicoanalítica*, Buenos Aires, Amorrortu.
- Stern D. (1989), *le Monde interpersonnel du nourrisson*, Paris, PUF, 1995.
- Wallon H. (1965), *Fundamentos dialécticos de la psicología*, Buenos Aires, Proteo.
- Winnicott W.D. (1979), «Deformación del ego en términos de un ser verdadero y falso», *El proceso de maduración en el niño*, Barcelona, Laia.