

RECHERCHE EN PSYCHOSOMATIQUE

# *La psychomotricité relationnelle*

*Sous la direction de  
Anne Gatecel*

Sami-Ali

Anne Gatecel

Corinne Reignoux

Monique Déjardin

Manuel Cajal

Annie Masson

Nicole Autin

Maryse Weber



Extrait de la publica

EDITIONS MÉDICALES  
FORT SCIENTIFIQUES

**RECHERCHE EN  
PSYCHOSOMATIQUE**

**La psychomotricité  
relationnelle**

**This page intentionally left blank**

# RECHERCHE EN PSYCHOSOMATIQUE

# La psychomotricité relationnelle

*Sous la direction de*

Anne Gatecel

Psychomotricienne, Psychologue clinicienne,  
Enseignante à l'Institut de Formation en Psychomotricité,  
Université Pierre et Marie Curie, Site Pitié-Salpêtrière

Sami-Ali  
Anne Gatecel  
Corinne Reignoux  
Monique Déjardin  
Manuel Cajal  
Annie Masson  
Nicole Autin  
Maryse Weber



**Centre International de Psychosomatique**  
**Collection *Recherche en psychosomatique***  
**dirigée par Sylvie Cady**

*Dans la même collection*

Le cancer – novembre 2000

La dépression – février 2001

La dermatologie – mars 2001

La clinique de l'impasse – octobre 2002

Identité et psychosomatique – octobre 2003

Rythme et pathologie organique – février 2004

Psychosomatique : nouvelles perspectives – avril 2004

Médecine et psychosomatique – septembre 2005

Le lien psychosomatique. De l'affect au rythme corporel – février 2007

Soigner l'enfant psychosomatique – février 2008

Affect refoulé, affect libéré – mars 2008

Entre l'âme et le corps, les pathologies humaines – octobre 2008

Handicap, traumatisme et impasse – janvier 2009

Soigner l'allergie en psychosomatique – octobre 2009

Entre l'âme et le corps, douleur et maladie – août 2011

Psychosomatique de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte – janvier 2012

Éditions EDK

25, rue Daviel

75013 Paris, France

Tél. : 01 58 10 19 05

Fax : 01 43 29 32 62

edk@edk.fr

www.edk.fr

© Éditions EDK, 2012

ISBN : 978-2-8425-4166-8

Il est interdit de reproduire intégralement ou partiellement le présent ouvrage – loi du 11 mars 1957 – sans autorisation de l'éditeur ou du Centre Français d'Exploitation du Droit de Copie (CFC), 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris.

# Introduction

## Une théorie psychosomatique de la psychomotricité

Sami-Ali

Les rapports de la psychanalyse et de la psychomotricité sont susceptibles d'une double définition : *négative*, qui s'emploie à montrer pourquoi une théorie psychosomatique de la psychomotricité n'a pas été possible jusqu'ici ; *positive*, qui explicite les conditions qui rendent possible une telle théorie. Celle-ci doit cependant s'ouvrir pour inclure la pathologie organique s'inscrivant dans la relation et relevant d'une conception plus compréhensive de la psychosomatique.

### I

D'emblée, s'impose une réflexion multiple qui se situe successivement aux niveaux historique, clinique et théorique.

#### *Le niveau historique*

En tant que *praxis*, la psychomotricité met en œuvre un ensemble de concepts qui dérivent exclusivement de la neuro-psychiatrie infantile et de la psychologie génétique. Son champ spécifique, que

délimite au départ la notion de trouble fonctionnel, se précise dans chaque cas par référence au bilan psychomoteur dont la conception se conforme à la nosographie neuropsychiatrique. Les techniques de « rééducation » qui en découlent, se plaçant sur le plan de la manipulation effective du corps *réel*, tendent à réduire les écarts entre une évolution individuelle et une norme statistiquement établie. Les insuffisances de structuration du schéma corporel, perceptibles dans une organisation défailante de l'espace et du temps, les dysharmonies tonicomotrices et les retards de maturation, résument ici les principales indications.

Tant par son inspiration que par les buts qu'elle se fixe, la psychomotricité s'est constituée en dehors du domaine propre de la psychanalyse. Hormis les contingences historiques sur lesquelles il n'y a pas lieu de revenir, deux considérations fondamentales, inscrites dans la démarche psychanalytique elle-même, rendent compte de cet état de fait : d'une part, l'expérience du corps propre, prise dans son acceptation la plus vaste, ne forme pas pour la psychanalyse une région qu'on pourrait séparer du réseau d'échanges conscients et inconscients mettant aux prises le sujet incarné avec autrui (cf. Marty P., Fain M., 1955). D'autre part, cette même expérience élaborée sous l'angle génétique de l'image libidinale (et qu'est-ce que la théorie de la sexualité infantile sinon l'esquisse de l'émergence graduelle de l'image du corps ? – cf. Freud S., 1905, ch. II), se limite dans la conception classique à ce que Freud appelle les neuro-psychoses. Or, rien n'est moins sûr que les troubles psychomoteurs, même s'ils devaient traduire un conflit inconscient, puissent *tous* entrer dans cette dernière catégorie. (Ainsi, le sens *symbolique* de la droite et de la gauche n'épuise pas, tant s'en faut, une latéralité qui doit d'abord s'instaurer au niveau du corps *réel*).

Il semble donc que la psychanalyse ne puisse ni isoler la motricité du contexte relationnel pour en faire une discipline *suis generis*, ni l'intégrer dans une conception de l'image du corps où l'accent se trouve mis sur le processus de symbolisation.

Face à cette situation, deux attitudes sont possibles : ou bien continuer à penser la psychomotricité sans tenir compte de la psychanalyse, ou bien penser à la fois l'une et l'autre en ramenant leurs divergences au moment historique de leur élaboration respective. Si l'on adopte cette dernière attitude, dans laquelle sont contenus les germes de futurs développements, on est amené à approfondir

une théorie psychosomatique de l'image du corps de manière à fonder sur des bases nouvelles une discipline qui, pour s'adresser au corps réel, n'en reste pas moins ancrée dans l'inter-subjectivité. Et comment soutenir, au nom d'une douteuse division de travail, que le geste n'est pas relationnel ou qu'il est détachable du discours qui l'accompagne et le commente tout ensemble ?

### ***Le niveau clinique***

C'est surtout sur le plan de l'action thérapeutique que la psychomotricité est en mesure de s'approcher des données fondamentales de la psychosomatique. Peu à peu, à travers maintes hésitations, elle apprend à découvrir une redoutable évidence, à savoir que l'application d'une technique s'opère dans une situation où deux subjectivités communiquent et s'affrontent. Le terme, neutre à souhait, de *relation*, subrepticement introduit pour rendre compte de cette découverte, risque en fait de bouleverser l'énoncé même du problème. Désormais, on s'efforce d'établir entre psychosomatique et psychomotricité un lien qui, bon gré mal gré, se noue autour du concept central de relation.

Là aussi, deux attitudes sont possibles : ou bien tenir la relation pour un facteur de trouble (ce qu'il est en réalité) et s'ingénier, suivant la démarche préconisée par la psychologie expérimentale, de neutraliser (refouler) ses incidences en standardisant à l'extrême la technique à appliquer. Solution méthodologiquement valable qui, chez le praticien, peut convenir à certains types de caractère mais qui, dans l'absolu, comporte l'inconvénient majeur de mécaniser la relation et d'interdire la compréhension, précisément au moyen du relationnel, de ce qui se passe *hic et nunc*. Ou bien, au contraire, aller jusqu'au bout de l'approfondissement du relationnel dont la reproduction, régie par l'automatisme de répétition, permet de saisir sur le vif, en même temps que la dynamique relationnelle, ce qu'on nomme l'inconscient. On se rendra compte alors que, paradoxalement, ce qui se passe dans le corps (symptôme pourvu ou dépourvu d'une valeur symbolique en soi) ne se passe pas dans le corps mais dans une relation implicite à l'autre.

Le développement systématique de ce dernier point de vue, applicable tant à la psychomotricité qu'aux autres techniques du corps, culmine dans ce que j'appelle une théorie générale de la situation thérapeutique.

## Le niveau théorique

L'étude conjuguée du relationnel et de l'image du corps, à travers laquelle le passé s'actualise dans le présent, suffit à cerner la dynamique de l'action psychomotrice.

Invariablement, cette dynamique se déroule autour de la problématique œdipienne, laquelle, de proche en proche, détermine les coordonnées inconscientes de la situation thérapeutique. Ici comme ailleurs, ce qui se trouve relationné, loin d'être un affect ou un comportement isolé, s'insère dans un ensemble structuré à partir d'une réalité historique. Le relationnel est toujours relation d'une *situation* inconsciente intériorisée.

Encore faut-il nuancer cette affirmation : tout comportement n'est pas forcément lié à l'imaginaire, pas plus que tout relationnel ne se situe aussitôt au niveau d'une organisation œdipienne. Celle-ci doit au contraire s'effectuer graduellement suivant un rythme qui n'exclut ni les traumatismes, ni les points de fixation, ni le retour en arrière. Aussi, ce qui est observable chez le sujet à un moment donné, peut-il le mieux être exprimé en termes de processus évolutif aboutissant, dans la meilleure des hypothèses, à cette intégration instinctuelle particulière désignée par le complexe d'Œdipe. En tout état de cause, le choix de la *problématique* œdipienne comme cadre de référence présente l'immense avantage de permettre d'emblée une vue d'ensemble sur les vicissitudes identificatoires du sujet. Or il est amplement prouvé qu'il faut partir du tout pour retrouver les éléments et non l'inverse.

La thérapie psychomotrice, du fait qu'elle a affaire directement au corps, semble particulièrement bien placée pour suivre la genèse des fonctions psychosomatiques, lesquelles prenant appui sur la sensori-motricité, s'élaborent peu à peu à travers un processus de projection englobant le rêve et ses équivalents et faisant un avec la dimension de l'imaginaire. Processus auquel, originellement, incombe la tâche de créer un dedans et un dehors en séparant ce qui appartient au sujet de ce qui lui est étranger. J'ai déjà montré, en introduisant le concept de projection sensorielle, comment l'expérience perceptive s'agence en fonction de la vision binoculaire pour donner naissance à l'objet, à l'espace tri-dimensionnel et au corps propre identique à lui-même, et comment d'autre part, la nécessité de fonctionner conformément aux règles se traduit par la mise en œuvre de « trucs » (Sami-Ali, 1974, p. 195), ou de « cadres » (*Id.* 1980, p. 115) destinés à combler les lacunes de

l'organisation spatio-temporelle. Qu'un refoulement réussi du rêve et de ce qui en tient lieu modifie durablement la structure caractérielle, qui par ailleurs est responsable de ce même refoulement, et on se trouve en présence d'un fonctionnement psychosomatique particulier, désigné par le concept de « pathologie de l'adaptation ». Ici, le réel, en tant que norme adaptative s'inscrivant dans un univers de règles, vient occuper la place laissée par l'imaginaire qui se retire. La pathologie, quand elle fait son apparition sur ce fond caractériel, ne peut être qu'organique, non médiatisée par un imaginaire que le refoulement continue à mettre hors d'atteinte. On est aux antipodes de la conversion hystérique où, précisément, le refoulement de l'imaginaire échoue, cet échec coïncidant avec la formation d'un symptôme fonctionnel dans un corps imaginaire, homologue de celui qui sous-tend le rêve et s'objective en lui (voir *Ibid.*).

Seule, une conception de l'image du corps, élargie aux dimensions de la psychosomatique, est à même de définir en quoi consiste la spécificité de la pratique psychomotrice, tout en évitant une dispersion, toujours possible, qui découlerait de la multiplication d'interventions thérapeutiques partielles et simultanées (*infra*, p. 89).

## II

Au lieu de survoler le champ entier de la psychomotricité, je restreindrai à l'extrême la perspective théorique dans laquelle j'entends me placer pour traiter des fondements d'une *praxis* dont la particularité est qu'elle s'adresse au corps. Plutôt que de présenter un savoir systématique, j'introduirai d'emblée ce qui me semble constituer l'interrogation essentielle de la psychomotricité. Car il est urgent de dégager ce qui, dans cette discipline aux origines mêlées, est réellement enjeu.

Rééducation ou thérapie, l'hésitation entre ces deux visées étant en soi révélatrice, la psychomotricité a bien affaire au corps. Mais de quel corps s'agit-il ? Dans certaines conditions, plus fréquentes qu'on serait tenté de le croire, le corps est précisément absence du corps. Et pour peu qu'on y prête attention, on peut entendre des propos comme ceux-ci qui, dans l'épaisseur de l'être, cernent un vide central : « Je n'existe pas, je ne suis qu'une image virtuelle, je suis l'évanouissement des choses ». En revanche, la réalité corporelle

a beau s'imposer au sujet par une présence trop forte, elle ne cesse pas pour autant d'être proprement fantastique. C'est alors que les orifices du corps deviennent des bouches ou des anus, et que la peau, zone érogène par excellence, se couvre d'yeux qui, à la place des pores, essaient miraculeusement. De même que l'utérus, selon l'ancienne conception de l'hystérie (Zilboorg G., 1941, p. 130-2), est capable de pérégrinations à l'intérieur du corps livré aux plus étranges des convulsions. Et comme tout peut être sexualisé, le corps entier se change en phallus afin de nier l'absence du phallus. Enfin les voix qui, au cours d'un délire des plus organisés, parlent au Président Schreber, s'aperçoivent avec frayeur que son corps a subitement proliféré : « Au nom du ciel, s'écrient-elles, un homme à plusieurs têtes ! » (Schreber D.P., 1903, p. 74). Qu'est-ce à dire sinon que dans cette suite de phénomènes dont le rêve demeure le prototype, le sujet est aux prises avec un corps qui se confond avec l'essence même de l'imaginaire ? Ici, le corps imaginaire n'est pas seulement l'image projetée sur une surface, il est aussi la surface que révèle un moment crucial d'une histoire énigmatique. Et il coïncide parfaitement avec la série inachevée de ses apparences qui se nomment images du corps.

Le problème fondamental que soulève la psychomotricité, *comme d'ailleurs toutes les techniques du corps*, peut dès lors se formuler ainsi : comment définir le corps dans sa double appartenance au réel et à l'imaginaire ? Ou encore : quel est le statut métapsychologique de la réalité corporelle dans une discipline où la parole ne constitue pas l'unique voie d'accès à l'autre ? Je tâcherai d'y répondre en reprenant une ligne théorique que j'ai eu l'occasion de développer à propos de l'espace imaginaire.

La difficulté majeure à laquelle derechef on se heurte provient de l'optique particulière qui préside à l'élaboration de la réponse. En effet, ce que j'appelle corps propre n'est ni le corps que je possède en tant que sujet conscient et dont je peux prendre davantage conscience à la faveur d'une technique appropriée, ni le corps que je peux saisir chez moi et chez les autres en tant qu'objet. Par conséquent, ni sujet, ni objet. Comment comprendre pareil paradoxe ?

C'est que le corps, en dépit d'une persistante illusion qui remonte à la psychologie d'introspection, n'est pas saisissable en soi. L'accent mis par la littérature spécialisée sur le « vécu corporel » risque de couper le corps propre du réseau de communication dont il est à la fois le centre et la périphérie. Et il cache à coup sûr la dimension épistémologique de l'expérience corporelle.

Car le fait d'avoir un corps pris d'emblée dans un ensemble de relations identificatoires, se traduit immédiatement par la création d'un espace où l'on distingue un dedans et un dehors. Cette distinction signifie deux choses complémentaires : que le corps se ferme sur lui-même tout en s'ouvrant sur un espace qu'il délimite et par quoi il est délimité. Espace qui a ceci de remarquable qu'il reproduit sur le plan de la perception externe la réalité corporelle dont il est précisément la négation. Tout se passe comme si le corps était doublement représenté au-dedans et au-dehors, ou comme si les choses, dans l'équivoque de leur être, étaient perceptibles sur le corps. Aussi l'espace de l'expérience perceptive commence-t-il par se réduire aux coordonnées du corps propre : il est par essence un espace corporel. De sorte que le corps se trouve inclus dans un espace qu'il inclut à son tour et inversement. À cette structure concentrique primordiale, qui ne va pas sans évoquer les poupées russes s'emboîtant les unes dans les autres, j'ai donné le nom d'espace d'inclusions réciproques.

On peut en dire autant des objets qui se mettent à émerger à mesure que le corps exerce une motricité qui découpe des formes et noue des relations. Situés sur le prolongement même des perceptions corporelles, ces objets semblent reproduire en raccourci une infinité de gestes possibles et impossibles, ébauchés, suspendus, recommencés. Non pas qu'ils symbolisent le corps ou des parties du corps, ce qui suppose accomplie une activité de symbolisation qui cherche et se cherche mais qu'ils continuent les lignes de force dont le corps est traversé. Ce sont à la lettre des objets-images du corps.

Ainsi, tant dans la genèse de l'espace que de celle des objets, le corps, appréhendé par le biais de son pouvoir structurant, n'est perceptible que parce qu'il crée un dedans et un dehors et qu'il façonne des objets qui font partie de lui. Il est ce *pouvoir originel de projection* implicite dans la séparation du sujet et de l'objet et qu'il faut déduire à partir des traces laissées sur l'écran du réel.

Dans ce contexte, où le problème de genèse renvoie sans cesse à cet *X* qui est à l'origine de la représentation, le processus de projection dépasse de loin sa fonction défensive sur laquelle Freud met de préférence l'accent (cf. Sami-Ali, 1970). Ce dépassement ouvre, tant à la psychosomatique qu'à la psychomotricité, un champ de recherches entièrement nouveau. Car ce que je désigne par projection sensorielle, concept destiné à définir le rôle du corps propre dans la genèse du sensible, nous pourvoit d'une articulation, qui fait défaut dans la théorie psychanalytique classique, entre perception

et élaboration fantasmatique. Et il nous permet de constater que, si dans l'œuvre de Piaget toute référence théorique à la projection est exclue, l'observation directe, maintes fois évoquées, butte sur des phénomènes de projection qui n'osent pas dire leur nom (Sami-Ali, 1974).

Dans cette optique, le corps propre médiatise le passage de l'activité perceptive à celle qui trouve dans le rêve son expression la plus adéquate. Médiation qui ne signifie pas qu'on quitte le réel pour accéder à l'imaginaire, mais qu'une seule et même structure spatiale préside partout à l'élaboration de la représentation. Dans ce jeu complexe, le corps ne cesse de fonctionner, au niveau inconscient qui caractérise toute projection, comme schéma de représentation auquel est impartie une activité de synthèse absolument originale. J'en donnerai un exemple où je résumerai deux séances espacées de la psychothérapie d'une jeune femme dont le défaut de convergence oculaire s'inscrit dans une structure caractérielle particulièrement rigide. Rigidité physique autant que morale se traduisant par une fixation aux normes austères d'un milieu familial replié sur lui-même et par une hypertonicité musculaire qui confère à la démarche une raideur saccadée. Le souvenir de la mère, morte après une longue maladie, est brutalement ravivé par une relation des plus positives.

La première séance débute par le récit d'un rêve où, avec la douloureuse expression de quelqu'un qui se sait perdu, la mère souffrante ouvre les yeux pour regarder sa fille. Vient ensuite l'évocation circonstanciée d'une expérience d'intoxication au LSD au bord d'une immense plage de la côte californienne. La patiente, assise à l'écart sur le sable, crispée à l'extrême et l'estomac noué, attend que la drogue agisse. Soudain l'angoisse sourde et, tel un puzzle qui se défait, le ciel se découpe lentement en morceaux irréguliers. Un vide apparaît où tout va sombrer, les montagnes, la mer, la nature. Mais pour le moment, quoique sans consistance, l'être encore.

Or, que signifie cette brusque altération de l'expérience perceptive sinon que le relâchement musculaire que la drogue procure n'est pas perçu dans le corps propre mais d'emblée projeté sur le monde extérieur ? Celui-ci est devenu un espace corporel fascinant par sa terrible proximité. Mais la patiente n'en est pas moins secouée de frissons qui annoncent la délivrance. Un ami, alerté, lui recommande de se laisser aller. L'angoisse cède, et un sentiment d'harmonie cosmique se fait jour. Elle se sent enveloppée de toutes parts,

en résonance avec tout ce qui l'entoure. Longtemps, dans l'ivresse elle se promène au bord de l'eau pour jouir du vent, du crissement du sable, du battement des flots. « Je ne suis plus seule », se dit-elle. Quand elle se regarde dans une glace, elle se découvre le visage qu'elle avait enfant. Heureusement entourée d'un corps maternel auquel l'espace tout entier est assimilé, rien ne peut l'atteindre. Aussi n'hésite-t-elle guère à écraser des « araignées » qu'elle hallucine sur le sable et qui autrement l'auraient glacée d'horreur.

Ainsi, aux deux temps de la secousse enivrante, le monde qu'on perçoit devient le corps propre, se comprimant et se dilatant outre mesure. Double mouvement d'une énergie musculaire se figeant et s'écoulant tour à tour et qui se retrouve dans l'image de l'araignée, thème de la deuxième séance qu'un travail analytique de plus d'un an sépare de la première.

Un blocage moteur général s'avère, en effet, comme le moyen d'annuler une agressivité visant la mère et dont parfois les rêves donnent une saisissante expression (la patiente découvrant par exemple avec étonnement de gigantesques statues aux gestes pétrifiés). Peu à peu, elle vient à prendre conscience qu'une force terrible l'habite dont elle redoute l'éclatement. Aussi se sent-elle tournée vers l'intérieur et douloureusement « immobilisée », comme si tout son être n'était qu'un spasme infini. Et d'évoquer l'image de l'araignée qui la fascine et la terrifie parce que, être des ténèbres au milieu des fils invisibles, elle s'immobilise le temps de se jeter à l'improviste sur sa proie. Un fil peut alors se détacher et, comble d'horreur, vient coller à votre visage. C'est la même paralysie que connaît l'insecte pris dans une toile d'araignée.

Ainsi, une seule et même tension musculaire effleurant la conscience et s'y dérochant tout ensemble détermine, jusqu'au moindre de leurs détails, une série de perceptions où se capte et se condense une énergie que le corps ne cesse de répandre. Ce sont des projections pourvues d'une structure identique que le corps crée à son image.

À la question de savoir quel est le statut métapsychologique du corps, on peut maintenant répondre : qu'à la limite du dedans et du dehors, de la perception et du fantasme, le corps est un schéma de représentation qui se charge de structurer l'expérience du monde aux niveaux conscient, préconscient et inconscient.

Le corps est ainsi une fonction de synthèse dont la projection ponctue les moments essentiels. Or, prise sous l'angle de la genèse de la représentation, la projection est d'abord sensorielle : en effet,

les premières relations objectales aidant, lentement et patiemment se déploie, à travers toute la sensorimotricité et notamment la vision binoculaire, un processus projectif qui découpe un dedans et un dehors, avant d'introduire la troisième dimension, et des objets-images du corps, avant d'accéder à l'objectivité. C'est à partir de ces acquisitions initiales, permettant au corps de se constituer sur le plan neurophysiologique, que prend naissance, dans la meilleure des hypothèses, la projection tournée vers un imaginaire en parfaite harmonie avec l'expérience du corps. Expérience qu'aucun « truc » répondant au souci de s'adapter, ne vient interrompre dans son libre déploiement.

Le champ qu'explore la psychomotricité aura, en conséquence, pour limite inférieure la projection sensorielle et pour limite supérieure la projection fantasmatique. Toute la finesse de l'art du thérapeute, une fois établi un diagnostic exact, consiste à œuvrer sur cette frontière où se joue le destin de l'être humain, à travers l'opposition du corps réel et du corps imaginaire, rendant compte, du même coup, de la présence éventuelle de la pathologie organique.

### III

Cependant, le problème métapsychologique ne saurait se poser en dehors du contexte clinique qui en définit les variables et en détermine les modalités. Il s'agit donc de savoir comment peut concrètement se dégager la dimension épistémologique du corps propre.

Dans ce domaine, un postulat n'a cessé d'orienter ma démarche au point de vue méthodologique : de propos délibéré, je me suis abstenu de toute pratique de la psychomotricité comme de toute participation en qualité d'observateur. En l'occurrence, tout le matériel brut de mon savoir, je le dois à un groupe de rééducatrices qui, par goût de la recherche, sont venues me *parler* de leur expérience. Or la parole a ici l'insigne vertu de conférer un sens inconscient à des situations qu'on peut vouloir aussi neutres que possibles mais qui, bon gré mal gré, transparaissent à travers une sensibilité qui leur restitue une autre dimension. On s'aperçoit alors que, quel que soit l'effort fourni pour la mise en application des techniques standardisées, il se crée une situation éminemment relationnelle mettant aux prises deux subjectivités.

J'illustrerai d'abord mon propos par un exemple où la rigueur du contrôle, conçu sur le modèle de la psychophysiologie animale, confine à la mécanisation. Il est emprunté à Eysenck dont la thérapie du comportement vise à faire disparaître, au moyen de l'apprentissage réflexe, un conditionnement générateur de névrose.

« La méthode de désensibilisation, dit-il, repose sur l'idée que, chez le patient, les réponses de peur ont été conditionnées à un stimulus particulier (le chat, dans le cas de notre malade phobique). En conditionnant à ce stimulus des réponses nouvelles, non plus de peur mais au contraire de calme et de relaxation, on permet à ces nouvelles réponses de combattre l'anxiété, de la diminuer et même de la faire disparaître. »

« La méthode consiste à établir une hiérarchie des situations qui provoquent cette réaction de peur : cela va, par exemple, d'un chaton vu dans le lointain jusqu'à la présence d'un énorme chat en colère crachant à quelques pas de la patiente ! Par ailleurs, on lui apprend à se relaxer, c'est-à-dire à relâcher tous ses muscles : on ne peut être anxieux ou énervé si les muscles ne sont pas tendus. Quand la patiente est parfaitement relaxée, on lui demande d'imaginer la scène la moins effrayante de la hiérarchie antérieurement établie (par exemple, un chaton vu à bonne distance) ; dès qu'elle commence à se sentir anxieuse, elle doit le signaler au thérapeute qui interrompt immédiatement l'exercice pour reprendre les méthodes de relaxation. Peu à peu, la patiente est capable de maîtriser les diverses situations jusqu'à la plus effrayante de toutes, c'est-à-dire celle où elle doit pouvoir s'imaginer face à un chat en colère, sans éprouver aucune anxiété. Son comportement se modifie également dans la vie quotidienne : elle peut sortir, voir des chats et même supporter d'être enfermée dans une pièce avec eux. Dans ce cas précis, il n'a fallu que deux ou trois semaines pour guérir la malade de sa phobie, alors qu'elle avait subi toutes sortes de traitements depuis des années sans aucun résultat<sup>1</sup>. »

On vient de le voir : non seulement la névrose est ramenée au symptôme mais encore le symptôme lui-même est pris à la lettre par une démarche qui se place exclusivement sur le plan de la réalité. Le symptôme ne symbolisant rien, il s'agit de le faire disparaître en

---

1. Eysenck H.J., 1974, La thérapie du comportement, *La Recherche*, 5, n° 48 ; cf. Skinner B.F., 1972, *Cumulative Records*, Part IV, The Analysis and Management of Neurotic, Psychotic and Retarded Behavior.

manipulant le corps réel. Eysenck n'a pas peur d'appeler un chat un chat !

Toutefois, si on devient phobique au point de chercher de l'aide, c'est que, en bonne logique expérimentale, un chat n'est précisément pas un chat, pas plus que soi-même n'est soi-même. Alors, de quoi la patiente a-t-elle peur ? Sans doute d'être mangée comme une vulgaire souris ! On est en pleine psychologie fantastique restituant par le biais de l'imaginaire, un totémisme infantile perdu et retrouvé.

Aussi bien, l'expérimentateur se trouve-t-il promu au rang d'un objet maternel contre-phobique, auquel échoit la tâche de doser une angoisse dont on méconnaît, de part et d'autre, l'origine sexuelle. La guérison découle, ici, du renforcement du refoulement.

Cet exemple éclaire la pratique psychomotrice en faisant valoir que, quelle que soit la tentation rigoriste, on ne peut éluder cette vérité élémentaire, à savoir que le corps propre ne se réduit pas au réel parce qu'il médiatise tout un monde de l'imaginaire, se détachant au fur et à mesure sur un fond de relation.

Fond qui imperceptiblement décide des aléas d'une thérapie, trop souvent entreprise sans que soit explicité comment le trouble moteur s'articule à l'histoire inconsciente du sujet. Or, dans la pratique courante de la psychomotricité, à force de se concentrer sur le contenu manifeste du symptôme, tant au niveau du diagnostic que lors de la conduite effective de la cure, on se dissimule cet arrière-plan trouble et difficilement maîtrisable. J'ai déjà qualifié de refoulement cette démarche qui, à dessein, cherche à se détourner de l'évidence. J'ajouterai à présent qu'en tout état de cause le but recherché n'est pas atteint et que, par cet échec, se découvre brusquement la structure intersubjective sous-jacente. Fait alors surface quelque chose qui ressemble au retour du refoulé puisqu'on est derechef en butte à ce qu'on avait délibérément voulu oublier. Le cadre théorique fixé au départ, dans lequel est censé se dérouler l'action psychomotrice, se trouve alors continuellement envahi par des phénomènes imprévus et imprévisibles, qu'une scrupuleuse observation ne manque pas de consigner. « Fragilité du terrain » (Bucher H., 1970, p. 47) sur lequel s'exerce cette action, extrême sensibilité de l'enfant « au climat sécurisant des séances » (p. 62), allant de pair avec une forte « suggestibilité » (p. 49), une « recherche affective intense » (p. 59), une grande « susceptibilité » (p. 55), une demande insistante de « gratification » (p. 59). Partout les acquisitions techniques, étroitement liées aux « difficultés

psycho-affectives du moment » (p. 60), aux « variations émotionnelles » (p. 60), à la « charge affective qui les influence » (p. 62), restent « à la merci de l'émotivité et de l'inhibition » (p. 60) : elles dépendent « essentiellement » (p. 56) de « la relation » (p. 60), de « la structure psychopathologique » (p. 49), de l'« évolution du trouble de la personnalité » (p. 56). Dépendance qui rend compte du fait paradoxal qu'une intervention limitée puisse parfois avoir un effet bénéfique sur l'ensemble de la personnalité (p. 54), et que surgissent des résistances plus ou moins conscientes que rencontre la terminaison d'une rééducation « technique » achevée (p. 59).

Voici donc une situation qui commande négativement et positivement les acquisitions techniques et dans laquelle la motricité demeure inséparable d'une problématique s'actualisant par rapport à l'autre. Le reconnaître, pour fonder une *praxis* qui doit conserver sa spécificité, c'est se rendre maître d'une situation dont on ne possède pas d'emblée les véritables coordonnées<sup>2</sup>.

Si, toutefois, ce qui précède doit ouvrir à la psychomotricité une nouvelle perspective, c'est à la condition expresse de relier constamment mouvement et fantasme, mouvement et inconscient, mouvement et parole, au sein d'une réalité mouvante où se pose le problème de la pathologie psychosomatique à l'articulation du corps réel, du corps imaginaire et de la relation. Il importe de s'y attarder.

## IV

Toute pathologie, organique aussi bien que fonctionnelle, relève d'un processus psychosomatique destiné à fonder en théorie de troublantes coïncidences : qu'une maladie organique puisse apparaître en lieu et place d'une névrose ou d'une psychose « guérie », ou encore que les malades mentaux contractent rarement des maladies organiques, comme en témoigne, entre autres, le fait que des épidémies de grippe ou d'otite épargnent en général les hôpitaux de jour pour enfants psychotiques. De ce point de vue, aucun symptôme n'est pris en lui-même, et tout fonctionnement, fût-il tenu pour « normal », est déterminé relativement à l'opposition entre

---

2. Voir l'article de S. Cady (1976) qui s'inspire de cette théorie : « Le transfert en rééducation psychomotrice ».

corps réel et corps imaginaire. Ce qui relativise à la fin la notion de maladie comme celle de normalité, en même temps que se laisse poser la question de ce qui est psychique dans l'organique, organique dans le psychique. Question que la théorie de la psychosomatique développée ici formule autrement en stipulant que le psychique est relationnel et l'organique également relationnel.

Que le « pathologique » et le « normal » dépendent d'un processus psychosomatique où le psychique succède au psychique, le psychique à l'organique, l'organique au psychique, l'organique à l'organique, place déjà la pathologie sous le signe de la variabilité symptomatique.

Il faut maintenant montrer comment il est possible de définir la pathologie humaine en son ensemble.

Cette définition repose sur deux concepts, qui se rapportent au fonctionnement : l'imaginaire en tant que fonction, et le refoulement de la fonction de l'imaginaire. L'imaginaire, c'est le rêve et ses équivalents dans la vie éveillée. Le rêve, nous en avons tous l'expérience directe, à condition toutefois que la mémoire en garde la trace. Car le rêve dépend entièrement de son souvenir, de la possibilité de faire partie de la vie consciente, et cela ne va pas de soi. Quant aux équivalents du rêve, ils correspondent à une série de phénomènes qu'habituellement on ne met pas en relation les uns avec les autres, en se privant, du même coup, de la possibilité d'en saisir la profonde unité. Ce sont le fantasme, l'hallucination, le délire, le jeu, la croyance, la relation, le comportement magique, auxquels s'ajoute également l'affect<sup>3</sup> (Sami-Ali, 1997). Autant de formes imaginaires qui dérivent de l'activité onirique et qui représentent le rêve dans d'autres conditions que le sommeil. En elles s'opère différemment l'équilibre instable entre conscient, préconscient et inconscient, reproduisant la même possibilité de se projeter que le rêve actualise éminemment. Possibilité qui, d'ailleurs, se trouve biologiquement déterminée, à l'échelle humaine et au-delà, grâce à l'alternance du sommeil paradoxal et du sommeil lent, ce qui, en outre, exclut que le rêve soit uniquement explicable en termes de psychologie. Ce qui échappe à la psychologie, c'est précisément le rythme par quoi l'imaginaire s'inscrit dans le biologique, tout en s'ouvrant à la phylogenèse. Quoi qu'il en soit, faire la généalogie des phénomènes qui appartiennent tous à l'imaginaire permet

---

3. Voir Sami-Ali : *Le Rêve et l'affect. Une théorie du somatique*, Paris, Dunod, 1997.

d'avoir une vue d'ensemble du fonctionnement psychosomatique, et de préciser la part impartie au rêve dans la maladie et la guérison. La fonction de l'imaginaire désigne ainsi la double face nocturne et diurne de l'activité onirique, activité que régit la projection.

Or la pathologie se spécifie par rapport à la fonction de l'imaginaire pour autant que cette fonction subit un refoulement et que ce refoulement connaît des destins divers. Deux possibilités majeures se profilent, orientant différemment la pathologie. La première est celle que Freud a explorée et qui a donné lieu à ce que j'appelle la psychopathologie freudienne. Celle-ci, dans toute l'étendue de son champ spécifique qui va de la psychose la mieux organisée aux lapsus les plus évidents, postule en effet qu'un refoulement s'est opéré et qu'il a échoué. Refoulement d'un contenu imaginaire de l'ordre de la représentation, et qui laisse revenir dans le champ du conscient ce qui en fut d'abord éliminé : l'inconscient correspondant au refoulé redevient conscient. Et cela coïncide exactement avec la formation symptomatique, qu'elle soit durable ou passagère, sévère ou bénigne, formation où se décèle clairement la double présence du refoulé et de la force refoulante, à travers des phénomènes qui restent, par leur caractère énigmatique, dus notamment au déplacement et à la condensation, en dissonance avec soi-même. Dans cette conception, ce qui différencie une formation symptomatique d'une autre, c'est à la fois le mode de refoulement et les voies empruntées par un refoulé qui fait retour.

Cela cependant laisse apparaître une autre possibilité d'envisager la pathologie. Car la question se pose de savoir pourquoi le refoulement doit toujours échouer, et que peut-il advenir dans le cas contraire ? Question que Freud soulève tardivement, en 1918, pour répondre aussitôt qu'un refoulement qui se maintient ne sera accompagné d'aucune formation symptomatique de l'ordre de la névrose ou de la psychose, et, à ce titre, il échappera à l'investigation analytique.

C'est à cette question capitale que j'ai consacré un livre, *Le Banal* (Sami-Ali, 1980), dont le point de départ fut une constatation surprenante.

Appartenant à deux langues et à deux cultures, ayant pratiqué la psychanalyse en Égypte et en France, j'ai été frappé par l'importance inégale que, d'un pays à l'autre, on accorde à la vie onirique. Plus exactement, je n'ai jamais entendu dans le contexte égyptien quelqu'un affirmer, comme c'est fréquemment le cas ici, qu'il ne rêve pas ou qu'il ne s'en souvient jamais. Éventualité qui semble

**This page intentionally left blank**

## **Table des matières**

<b>Sami-Ali</b> .....	5
Introduction	
Une théorie psychosomatique de la psychomotricité	
<b>Anne Gatecel</b> .....	25
Aspect relationnel et formation en psychomotricité	
<b>Corinne Reignoux</b> .....	37
Créativité et relation	
<b>Monique Déjardin</b> .....	43
La psychomotricité relationnelle, support de mémoire	
<b>Manuel Cajal</b> .....	63
Psychomotricité et ethnopsychosomatique relationnelle	
<b>Annie Masson</b> .....	79
La place des parents dans l'accompagnement thérapeutique du jeune enfant	
<b>Nicole Autin</b> .....	103
Apport de la théorie relationnelle à la psychomotricité	
<b>Maryse Weber</b> .....	141
Le chien assistant en psychomotricité relationnelle	
<b>Bibliographie</b> .....	159