

LES
CAR
NETS
DDB

**Suzanne
Robert-Ouvray**

Psychomotricité du bébé

La construction
des liens corps-esprit



DESCLÉE DE BROUWER

Psychomotricité du bébé

Première édition :
2002, et 2004 pour l'édition révisée,
sous le titre *Intégration motrice et développement psychique.*
Une théorie de la psychomotricité.

Pour la présente édition :
© **2020, Groupe Elidia**
Éditions Desclée de Brouwer
10, rue Mercœur - 75011 Paris
k9, espace Méditerranée - 66000 Perpignan

www.editionsddb.fr

ISBN : 978-2-220-09684-1
EAN Epub : 9782220097091

**Suzanne
Robert-Ouvray**

Psychomotricite du bebe

La construction des liens corps-esprit



DESCLÉE DE BROUWER

SOMMAIRE

Avertissement à la deuxième édition

Avant-propos

I. L'ORGANISATION MOTRICE

1 – La motricité organisée

L'histoire de notre motricité

La genèse des idées

Notre corps sous tension dans l'espace

Les homologues psychomotrices

2 – La psychomotricité narcissique du nourrisson

Le projet psychomoteur

Le tonus et ses afférences

Les poussées toniques

L'enroulement fondamental et la préoccupation de soi

La coordination motrice

Le mouvement d'axialité

L'étape du sixième mois

II. L'INTÉGRATION PSYCHOMOTRICE

3 – Les hiatus psychomoteurs

L'expérience préliminaire

Les lombalgies névrotiques

La somatisation motrice

4 – Le système d'intégration

Les états toniques primaires

— Le niveau tonique

— Le niveau sensoriel

— Le niveau affectif

— Le niveau représentatif

Le rythme intégratif

L'intégration du corps organisé

5 – L'analyse sensorielle

Le dialogue tonique comme instrument de réponse intégrative

Le travail perceptif du Moi

La géométrie corporelle

L'imaginaire corporel

Conclusion

III. LE HOLDING PSYCHOMOTEUR

6 – La mère, agent d'intégration

L'autre, auteur du manque

Les niveaux intégrés de la mère

7 – Les signaux moteurs

Les dualités relationnelles

Le holding moteur

De la pulsion propriotactile à la communication

La ritualisation des signaux moteurs : le couple holding-handling

8 – L'ajustement tonico-affectif mère-enfant

Les exigences rituelles

Les effets de l'ajustement tonico-affectif

Les articulations corporelles et le langage

Le jeu des contraires et l'espace de la symbolisation

IV. Hypertonicité et hypotonicité

9 – L'hypertonicité et la projection

La fonction d'autoconservation

La fonction de pare-excitation

La fonction d'appétence

La fonction normative

La fonction de communication

La fonction d'enveloppe tonique

10 – L'hypotonie axiale et l'introjection

L'activité-passivité

De la mère-rachidienne au père-rachis

La création du père

11 – La paroi tonique

L'installation de la paroi tonique

La peur comme agent de rupture du rythme intégrateur

Les conséquences psychomotrices

— *L'organisation et la coordination motrice*

— *La dialectique de base*

Hypertonie, persécution et envie

Le syndrome hyperkinétique

12 – Chloé, l'enfant pseudopode

V – LA PATHOLOGIE DE L'ÉTAYAGE

13 – L'étayage

Définition

L'échec de l'étayage : l'autisme

14 – La sidération hypertonique de la psychose

La bipolarité inopérante

L'identité mise en échec

L'analyse sensorielle squelettique

La coordination motrice chaotique

L'absence de l'échange symbolique

15 – L'enfant du clivage

Le tout ou rien

Le surinvestissement des limites

L'idéalisation et la dévalorisation

L'analyse sensorielle narcissique

Le piétinement symbolique

16 – Avantages et inconvénients de la théorie de l'étayage psychomoteur

Les avantages

Les inconvénients

Conséquences pratiques d'une théorie de l'étayage

Conclusions

Glossaire

Bibliographie

Avertissement à la deuxième édition

LA BIPOLARITÉ PSYCHOCORPORELLE INNÉE

Je voudrais dans cet avertissement faire quelques rectifications et éclaircir certains concepts. Dans la première édition d'*Intégration motrice et développement psychique*, j'ai employé le terme de clivage pour qualifier l'état tonique du bébé au début de sa vie. J'ai ainsi introduit à tort l'idée d'une séparation complète entre deux formes neurophysiologiques gérant l'organisme du bébé à la naissance : l'hypertonie périphérique et l'hypotonie axiale.

Les réflexions et les avis de certains de mes collègues, ainsi que l'avancement de ma pensée, m'amènent à ne plus utiliser le terme de clivage dans le sens de la normalité mais à le réserver pour décrire des fonctionnements pathologiques. L'état psychocorporel normal d'un bébé est un état dynamique bipolaire qui parcourt toute une gamme de tensions et de détente entre deux extrêmes.

Ce que j'ai avancé pour décrire les états psychocorporels du bébé, c'est que l'immaturation neuromotrice précoce entraîne des états de crispation et de tétanie musculaires ainsi que des états de détente et d'hypotonie intenses qui sont les supports physiologiques d'états d'angoisses mortifères et d'états de plaisir et de béatitude. Ces vécus corporels extrêmes sont des limites subjectives et dépendent à la fois du matériel héréditaire du bébé et de la qualité des réponses de l'environnement aux diverses situations. Normalement, ces polarités psychocorporelles perdent de leur intensité avec la maturation du système nerveux central qui tend à une diminution de l'hypertonie périphérique et à une augmentation de l'hypotonie axiale. Progressivement, le tonus des différents muscles du corps s'équilibre et accompagne le jeu musculaire entre agonistes et antagonistes. C'est autour du sixième mois que se produit cette première forme d'ambivalence tonique

qui soutient l'ambivalence affective du bébé. En même temps que l'enfant accède à la préhension des objets, ce qui suppose un tonus axial suffisant, il accède à la notion d'un Moi global et d'un objet global.

Nous ne connaissons plus jamais ces sensations extrêmes de tension et de détente qui ont marqué les débuts de notre vie, mais nous pouvons en garder certains reliquats sensoriels, affectifs et représentatifs : « J'ai dormi comme un bébé. » « J'ai failli exploser de rage. » Cependant, dans certaines souffrances psychocorporelles comme la spasmophilie, les personnes peuvent vivre des tétanies musculaires accompagnées d'angoisses de mort.

Si les bébés entrent dans des états de rage, de détresse et dans des états de détentes et de bonheurs profonds qui sont les extrêmes vitaux, ils ressentent également tous les états intermédiaires qui relient ces deux polarités psychocorporelles. L'entourage joue un rôle fondamental d'aide à la baisse tonique du bébé par des actions de satisfaction des besoins, et d'aide à l'éveil tonique de l'enfant par des conduites d'accompagnement. Il participe ainsi à l'action maturative du système nerveux central qui tend à équilibrer l'univers physiologique du petit humain. C'est dans une alternance rythmée entre satisfactions et frustrations inévitables que l'enfant cadre et construit son espace psychique. La relation d'amour qui accompagne cette dialectique est garante d'une intégration psychocorporelle satisfaisante.

L'intégration des extrêmes est donc fondamentale pour assurer des limites aux espaces corporel et psychique de l'enfant.

D'autre part, la bipolarité innée est un moyen mis à la disposition de l'enfant pour différencier, dès le début de sa vie, ce qui est bon et agréable pour lui de ce qui est mauvais et désagréable pour lui. C'est un élément qui permet au Moi de prendre forme et de se construire. L'angoisse et l'extase sont donc des états inhérents à la condition humaine. Ils ne sont pas là comme systèmes de défense mais comme réponses psychocorporelles liées à des états de satisfaction et d'insatisfaction des besoins.

Il ne m'est donc pas possible de soutenir l'hypothèse de Mélanie Klein concernant un clivage originel, dont le Moi se servirait comme défenses contre « l'angoisse primordiale¹ ». Si le clivage existe et s'il se retrouve dans la complexité psychique d'un individu, c'est en terme de stase du processus intégratif du Moi que je le qualifierais. Le système de défense devient alors un état déficitaire du Moi. Si clivage il y a, c'est forcé et contraint que le sujet le ressent. Tout le travail intégratif et constitutif du

Moi sera d'éviter le clivage qui signe l'arrêt de la dialectique bipolaire afin de réaliser le potentiel d'unité psychocorporelle que possède chaque enfant à la naissance. Ma position théorique m'entraîne à toute une révision de la psychopathologie telle qu'elle est définie par certains psychanalystes. C'est un travail que je poursuis actuellement et qui ne peut avoir sa place dans cet avertissement.

Il est donc important de comprendre que toute douleur corporelle du bébé est une souffrance psychique. J'ai voulu montrer également que la construction du psychisme du bébé était inévitablement liée à son organisation neuromotrice et que nous sommes par essence des êtres psychomoteurs.

Je voudrais également être plus claire dans la présentation de l'organisation motrice de l'être humain. Certaines notions sont difficiles à saisir car nous devons entrer dans le domaine très complexe de l'anatomie humaine. Nous ne sommes pas préparés, à travers les études et les théories de la psychogénèse de l'enfant, à considérer le corps organisé dans l'espace comme partie prenante de l'organisation psychique de l'être humain. Cependant, toute la pathologie psychomotrice de l'enfant nous montre qu'un enfant qui ne construit pas sa motricité dans le sens de l'enroulement-déroulement présente de graves problèmes pour structurer son espace psychique et affectif. Même si la communication émotionnelle est présente dès la naissance, la construction des affects et des représentations reste déficiente.

Notre corps est organisé dans l'espace comme un volume global, formé lui-même de petits volumes coordonnés les uns avec les autres. Ces petits volumes ont tous la même structure : c'est un assemblage savant d'os, d'articulations et de muscles qui permet des mouvements dans les trois plans de l'espace.

Un principe de base anime ces petites unités motrices et met en jeu trois articulations : les deux articulations proximale et distale opposent leur rotation grâce à une articulation tierce intermédiaire et à l'action de certains muscles structurants. L'orientation principale de ces unités motrices est l'enroulement vers le centre du corps. Il y a cinq unités motrices organisées sur le même modèle tridimensionnel : quatre identiques deux par deux aux membres supérieurs et inférieurs et une unité principale qui est le tronc. Celle-ci est beaucoup plus complexe mais la structure de base reste la

même. Au niveau de l'unité motrice du membre supérieur, la main s'enroule sur l'avant-bras qui s'enroule sur le bras qui s'enroule sur le tronc ; au niveau du membre inférieur, le pied se fléchit sur la jambe qui se fléchit sur la cuisse qui se replie sur le bassin ; au niveau du tronc, le bassin et la tête s'enroulent l'un vers l'autre. Au début de la vie, comme le jeu agonistesantagonistes n'est pas encore présent, seuls les enroulements sont possibles, soutenus par l'hypertonie des fléchisseurs. À cette époque précoce, toute attitude d'extension signera un état pathologique. Puis avec la maturation neuromotrice, le bébé découvre les mouvements d'extension et d'ouverture des unités motrices. Dans le même temps les petits volumes se coordonnent entre eux et globalisent le corps.

L'importance de cette organisation motrice réside dans le principe de base qui définit l'intégration motrice : c'est la mise en rapport et la dialectisation de deux parties opposées du corps. Je pourrais, en d'autres termes, avancer que ce principe intégratif est une dynamique au sens métapsychologique avec conflit, oppositions de forces et stratégies. Nous retrouvons ce principe de base à de nombreux niveaux d'organisation de l'humain, notamment au niveau sensoriel, affectif et représentatif. Comme au niveau de la transmission de l'influx nerveux, c'est la différence de potentiel entre les deux pôles opposés qui est générateur d'un courant orienté.

C'est la différence qui existe entre mon désir et celui d'autrui qui est génératrice d'une communication et d'une relation humaine.

Il est donc possible de penser les rapports corps psyché en termes d'étayage et non plus en termes de transformation, de substitution, de subordination ou d'équivalence.

C'est dans ce sens que j'ai apporté quelques remaniements à mon premier texte.

Suzanne ROBERT-OUVRAY, août 1996

1. Mélanie Klein, *Envie et gratitude*, 1957.

AVANT-PROPOS

Ce livre propose une théorie de la psychomotricité.

Issue du domaine de la psychiatrie, la psychomotricité s'occupe des troubles de l'espace-temps, des difficultés de structuration du schéma corporel, des dysharmonies tonico-affectives. Son champ d'action se trouve ainsi dans une pluri-spatialité qui allie la neuromotricité, l'affectivité et la sphère cognitive. Elle ne vise pas l'efficacité motrice mais tente de restructurer l'ensemble de la personnalité en réactivant les processus de dialectisation entre le sujet et son corps et entre le sujet et son environnement. Les modes d'approche sont nombreux, ils vont de la directivité à la non-directivité, du jeu à l'apprentissage mais restent néanmoins toujours basés sur l'approche corporelle.

Ainsi classiquement définie par ses visées et ses méthodes thérapeutiques, la psychomotricité n'est toujours pas dotée d'une théorie qui permettrait de comprendre la genèse, le développement et les vicissitudes des liens psychomoteurs.

C'est à partir d'une expérience professionnelle de kinésithérapeute avec des nourrissons et des jeunes enfants, que j'ai remarqué une forme d'interaction qui s'établit entre le champ moteur et le champ de la psyché pendant les séances de rééducation : j'ai constaté que l'enfant participe très précocement et très activement à la relation thérapeutique en guidant l'action du soignant par ses signaux émotionnels et moteurs qui vont du plaisir au déplaisir. Le plus surprenant apparaît quand cette orientation donnée par le bébé se révèle être conforme au sens physiologique de la partie corporelle traitée.

D'autres expériences dans le domaine de la kinésithérapie m'ont convaincue que le jeune enfant possède une connaissance innée, en général de ce qui est bon pour lui, en particulier de son organisation motrice et qu'il nous fait part de son savoir dans la relation.

Les intérêts que j'ai portés à ce savoir inné du corps organisé et à cette communication infraverbale basée sur des réactions motrices, toniques et affectives, m'ont incitée à élargir mes connaissances en complétant ma

formation de kinésithérapeute par celle de psychomotricienne et dans le même temps, par celle de psychologue clinicienne.

Cette triple formation et expérience professionnelle m'a permis d'observer et de travailler d'une façon multiréférentielle les rapports qui s'établissent entre les soins corporels, basés sur le toucher et sur une réorganisation du corps dans l'espace et le temps, et les dimensions affectives qui s'inscrivent dans la relation.

C'est donc dans un aller-retour constant entre le corps et la psyché que peu à peu mes hypothèses ont pris forme.

Dans la première partie consacrée aux aspects mécanique et physiologique du corps en mouvement, cet ouvrage s'appuie sur les travaux de Suzanne Piret et de Marie-Madeleine Béziers. Dans leur livre *La coordination motrice* (1971), les auteurs nous proposent de comprendre, d'une façon nouvelle et plus précise, l'intégration motrice comme un système d'enroulements résultant d'antagonismes musculaires. Ce système coordonne, organise et met sous tension le corps dans l'espace et le temps. Toute atteinte neurologique qui contrarie ce mouvement fondamental centripète entraîne de graves perturbations motrices et psychiques.

La compréhension du corps qui s'enroule sur lui-même par petites unités coordonnées dans le but de s'unifier, permet, d'une part de considérer le sens centripète de l'organisation motrice de l'homme comme le sens référent de toute action motrice de l'individu, et d'autre part, d'explorer des homologies de structure et de fonctions entre la dynamique motrice centripète et la dynamique psychique narcissique du nourrisson.

L'idée essentielle qui résulte de cette vision d'une intégration motrice concomitante au développement psychique peut se définir ainsi : les liens psychomoteurs ne sont pas issus d'une transformation d'éléments physiques en éléments psychiques, mais ils se différencient, s'organisent et se coordonnent à partir d'une unité primale sensori-motrice, grâce à un processus d'intégration basé sur des rapports d'antagonismes à différents niveaux d'organisation.

Ce système de mise en rapport et de dialectisation de pôles opposés permettrait d'une part, une intégration de l'organisation motrice, et d'autre part l'intégration par le psychisme de celle-ci pour assurer notre identité psychomotrice.

C'est cette perspective que je développerai dans ce livre.

À ma connaissance, personne n'a soulevé le problème de l'aspect structural de l'organisation motrice dans le développement de l'enfant et son éventuelle participation aux processus visant l'unité psychosomatique.

Il faut comprendre cette absence, d'une part comme le fait que l'anatomie appartient au domaine de la médecine physique et des professions de soins du mouvement. Elle est exclue d'avance du champ de recherche en psychologie qui est censé s'intéresser à la psyché et à son fonctionnement. D'autre part, ce manque peut se lire comme la conséquence du long règne drastique de la dichotomie philosophique puis religieuse entre corps et psyché. Il serait dommage que cette dichotomie traditionnelle soit remplacée par un clivage entre le pulsionnel et le fonctionnel. Ce qui reviendrait à mécaniser et à déshabiter le corps fonctionnel et à isoler de son contexte réel le corps pulsionnel et vivant du sujet.

À partir d'observations et de connaissances du développement neuropsychologique du nourrisson, j'ai choisi de cibler la théorie sur les six premiers mois de la vie. En effet, à la fin du premier semestre, du point de vue moteur l'enfant conquiert la position verticale d'une façon active en s'enroulant en avant et en s'asseyant, et il acquiert des conduites de « lâcher », « jeter » qui prévalent sur les conduites de « prendre » et d'« adhérer à l'objet ». Du point de vue psychique, le bébé montre des signes de reconnaissance d'un tiers relationnel, il présente un attachement différencié et il devient un partenaire social actif.

Ces deux phénomènes moteur et psychique ont comme dénominateur commun la découverte d'une troisième dimension liée à une différenciation des rapports à l'objet.

L'introduction et l'effectivité d'un tiers dans la vie psychomotrice de l'enfant nous permettent de penser que la période du narcissisme primaire basé sur des relations binaires laisse la place à une organisation psychique différente basée sur la triangulation relationnelle.

Ce qui m'intéresse donc au premier chef, c'est le processus de base qui assure le narcissisme primaire du sujet et qui lui permet de passer à un niveau d'organisation psychique plus élaboré.

Du fait de la précocité de l'établissement des rapports psychomoteurs, le toucher et le holding seront au centre du problème, non seulement comme

une source de satisfaction primaire mais comme le support et l'agent actif de l'intégration psychomotrice et de la communication émotionnelle.

La reprise de la notion d'étayage s'est alors imposée en dehors du contexte psychanalytique classique. Dans ce livre l'étayage sera redéfini en tenant compte du corps réel physiologique et des réactions de celui-ci à la relation.

Issue d'une théorie qui s'appuie sur les rapports entre les niveaux moteur et psychique, la pratique tiendra également compte de ces deux niveaux et c'est la dimension fantasmatique des ressentis corporels qui sera au centre de la lecture intégrative de la souffrance du sujet.

La première partie du livre présente l'organisation de notre motricité et notre projet psychomoteur inné. J'aborderai les aspects spécifiques de la motricité du nourrisson qui participent d'une manière fondamentale au développement de son psychisme.

La deuxième partie est consacrée à l'analyse du processus d'intégration et au remaniement du concept d'étayage qui prend en compte le corps réel. Dans la troisième partie, la notion de holding dans la relation précoce mère-enfant sera réexaminée à partir de la compréhension de l'organisation motrice du bébé, de l'analyse des signaux moteurs et de la communication émotionnelle.

La quatrième partie permettra d'éclairer les fonctions psychomotrices de l'hypertonie et de l'hypotonie.

Et enfin la cinquième partie étudiera d'un point de vue psychopathologique les vicissitudes de notre organisation précoce psychomotrice.

Je suis très reconnaissante au Professeur Max Pagès, qui m'a encouragée à écrire ce livre et qui m'a soutenue de son intérêt et de son propre travail théorique.

Je remercie le Professeur Sami-Ali dont les interventions concernant les fondements de ce livre m'ont incitée à réinterroger certains concepts du champ psychosomatique et à rester dans une ouverture d'idées.

Remerciements à Philippe, Sylvie, Martine, Pascal, Chantal, Christian, Marie-Jo, Philippe, Marc, Igor, Joëlle.

I

L'ORGANISATION MOTRICE

La mémoire motrice stocke sous forme spatiale ce qui est une succession d'actes et inversement lors de sa reproduction, l'espace s'actualise en séquences temporelles.

Lashley, 1960

LA MOTRICITÉ ORGANISÉE

L'histoire de notre motricité

L'ensemble des études de la motricité jusqu'à la fin du XIX^e siècle se définit comme la somme des connaissances anatomiques et neurologiques et des aspects mécaniques et cinétiques du mouvement visant des fins orthopédiques, hygiéniques et sportives. Sous cet angle, c'est l'intégrité neuromotrice et l'économie des fonctions motrices qui sont les principaux centres d'intérêt. Ce n'est qu'après le premier quart du XX^e siècle que la motricité est associée étroitement au caractère organisé et structuré des conduites (H.M. Halverson, 1931 — M.B. Mac Graw, 1943 — Arnold Gesell, 1949).

Avant cette période, la psychanalyse avait considéré les relations psychomotrices d'un point de vue économique et réduit la motricité à un système de contention et d'évacuation du psychisme. Sans que ce soit vraiment formulé, la tension musculaire avait déjà le statut ambigu de l'élément physiologique qui sert le psychisme. Par la suite, les théoriciens du développement psychomoteur de l'enfant (Wallon, 1925, 1949 — Ajuriaguerra, 1950, 1971) ont exploré d'une manière novatrice et passionnante la question du tonus et l'ont identifié comme support de communication.

L'avancée théorique de W. Reich (1971) met en rapport direct la rigidité mentale et la rigidité corporelle par l'intermédiaire d'une « cuirasse musculaire ». Cependant la superposition opérée entre le symptôme moteur et le symptôme psychique ne permet pas de mettre à jour un espace possible pour la dialectisation des deux champs.

Les premiers éthologues (Harlow, 1958 — Bowlby, 1958, 1969 — Zazzo, coll., 1974 — Brazelton, 1983a) associent les compétences motrices du bébé à une pulsion sociale qui oriente ses comportements et ses mouvements vers l'autre. Depuis cette ouverture sur la relation, la motricité en tant que vecteur de communication et d'interaction entre la mère et son bébé a suscité de nombreux travaux (R. Campan, 1985 —

J. Cosnier, 1986 — J. Le Camus, 1988a, 1988b).

Malgré tous ces précédents théoriques, la question de la structure et de l'organisation de la motricité n'est ni soulevée, ni prise en compte dans la compréhension des liens psychomoteurs.

La genèse des idées

C'est en travaillant avec Suzanne Piret (1972- 1973) dans un centre d'enfants souffrant de troubles de l'espace-temps, de difficultés d'adaptation à la réalité et d'inhibition cognitive, que l'hypothèse d'une articulation entre l'organisation motrice et l'organisation psychique a pris forme dans mon esprit.

Dans ce centre, nous avions une fonction de kinésithérapeute et nous nous occupions des enfants présentant des troubles statiques importants : scoliose, hyperlordose (courbure lombaire accentuée), cyphose (dos rond). Par ailleurs, ces enfants étaient pris en charge par des orthophonistes, psychomotriciennes, institutrices spécialisées. Nous pensions que ces enfants avaient perdu à un moment donné de leur vie les sensations et les images de leur coordination motrice innée. Leur intégration motrice avait été soit défailante dès la naissance, soit altérée par des causes qui nous étaient inconnues.

Un fait attirait cependant notre attention : le docteur Denis Wallon, avec qui Suzanne Piret était en étroite collaboration, notait que la plupart des enfants avaient présenté dans la première année de leur vie, et parfois présentaient encore des déséquilibres métaboliques qui entraînaient des hypertensions musculaires.

Nous pouvions poser l'hypothèse que les troubles précoces de l'hypertonie physiologique et naturelle du nourrisson étaient à l'origine de l'incoordination motrice qui avait provoqué les troubles statiques des enfants.

La tonicité et ses fonctions psychomotrices chez le nouveau-né et le petit enfant devenaient les points centraux de mes interrogations cliniques face aux diverses déstructurations spatiotemporelles.

Notre but thérapeutique était de redonner à ces enfants des sensations « justes » et des images adéquates de leur organisation motrice innée. Nous pratiquions de deux manières : soit un travail passif pendant lequel nous manipulions l'enfant dans le sens de la coordination, en répétant plusieurs fois les mouvements des schèmes de base ; soit un travail actif, dans lequel nous demandions à l'enfant d'expérimenter seul les mouvements, d'être près de ses sensations, de sentir la tension de structure du schème bien organisé et de visualiser les images proprioceptives des mouvements.

Prenons l'exemple d'un travail actif du schème de la jambe (cf. Figure n° 1).

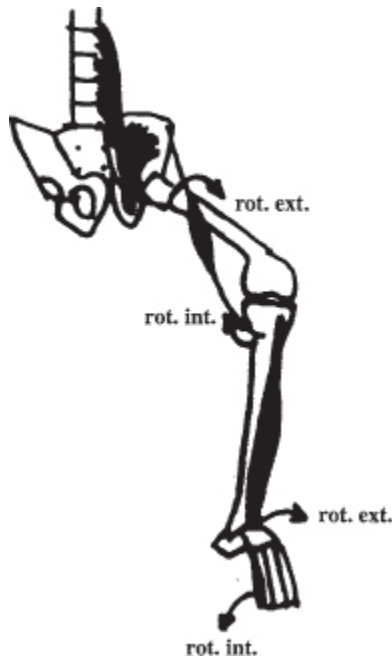
Pour prendre conscience des sensations de ce schème de base, l'enfant est assis au sol, ses jambes sont écartées et pliées en grenouille ; il tient un bâton devant lui des deux mains et prend appui sur lui ; il pose la plante d'un pied sur le bâton, puis remonte le pied le long de celui-ci.

Toute la chaîne musculaire coordonnée est alors en action ; on demande à l'enfant de contrôler et de vérifier ce mouvement en visualisant la corde du jambier antérieur sur le dessus de son pied. L'enfant monte et descend ainsi son pied le long du bâton ; ensuite, nous lui demandons de reproduire la tension ressentie dans l'exercice, le pied au sol.

Le résultat de la rééducation était très net : l'enfant pouvait se corriger seul à partir d'un travail sensoriel très conscient. Nous espérions qu'il pourrait ainsi suffisamment intégrer les sensations et images des mouvements, pour se mouvoir dans l'espace en gardant sa coordination motrice retrouvée.

Bien que l'aspect mécanique soit dominant, la dimension psychologique, non étudiée, était cependant présente. Chaque enfant avait une relation privilégiée avec une kinésithérapeute et si celle-ci était absente, l'enfant n'avait pas sa séance individuelle ; il pouvait cependant venir faire seul des exercices.

Figure n° 1



Au fur et à mesure des rééducations, certains éléments retenaient mon attention : au bout de quelques semaines, les enfants que nous suivions présentaient des modifications de leur comportement général, modifications non repérables chez les autres enfants du centre : leurs interactions relationnelles se diversifiaient, ils exprimaient plus facilement leurs états intérieurs, les handicaps liés aux troubles de l'espace-temps se réduisaient considérablement.

Nous étions témoins journallement de leur participation de plus en plus consciente et appliquée pour leur rééducation, ce qui venait contredire les critères d'instabilité, d'immotivation et de non-connaissance de leur corps qui les caractérisaient.

Un processus de réorientation et de coordination psychomotrice s'amorçait et permettait à l'enfant de se situer davantage comme sujet de communication et de désir.

Toutes ces transformations de l'enfant m'ont conduite à faire l'hypothèse d'un processus d'élargissement des capacités du Moi : l'augmentation des compromis possibles entre la réalité extérieure et les activités pulsionnelles, une meilleure tolérance à la frustration, une augmentation de l'espace imaginaire, une meilleure articulation entre les ressentis émotionnels et affectifs et leurs expressions.

Le problème des rapports existant entre une réorganisation et une réorientation corporelles et une maturation du Moi se posaient ainsi :

— d'une part, si la motricité est au service des fonctions moïques dans la prise en compte de la réalité extérieure, dans l'effectuation des gestes adaptés à cette réalité, dans sa fonction sensorimotrice comme espace-temps de passage d'une extériorité vers une intériorité et vice versa, et comme lieu et moyen d'expression ;

— d'autre part, si l'intervention thérapeutique au niveau de la structure du mouvement modifie certains aspects et fonctions du Moi ;

— alors il est possible de supposer que cette structure participe au processus d'intégration des informations sensorielles nécessaires au développement psychique du sujet dans le sens d'un élargissement du Moi.

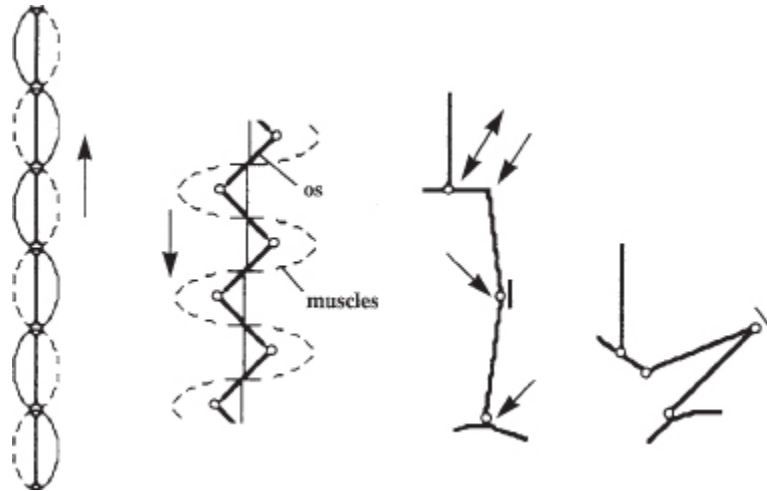
C'est en étudiant la structure ostéomusculaire de l'homme et l'organisation du corps dans l'espace et le temps, que nous avons pu donner des réponses à quelques-unes de nos questions.

Notre corps sous tension dans l'espace

Le squelette est composé de 206 morceaux et il s'est construit de telle façon que sous l'effet de la pesanteur les axes osseux se plient successivement en avant, puis en arrière en zig-zag. Les Incas avaient bien saisi ce sens de la pliure. Le squelette s'est organisé en subissant l'action de la pesanteur (cf. Figure n° 2).

Cependant, il est haubanné, animé, dynamisé par une organisation musculaire qui lui permet de se redresser dans l'espace. Nous possédons pour cela 637 muscles dont 100 aux membres supérieurs, 104 aux membres inférieurs, 176 à la tête et au cou et 51 pour les appareils et organes (langue, pharynx, larynx, urètre, anus, cordon spermatique). La plupart des muscles sont pairs et symétriquement disposés par rapport à l'axe vertébral et ils fonctionnent dans un rapport constant d'antagonismes.

Figure n° 2

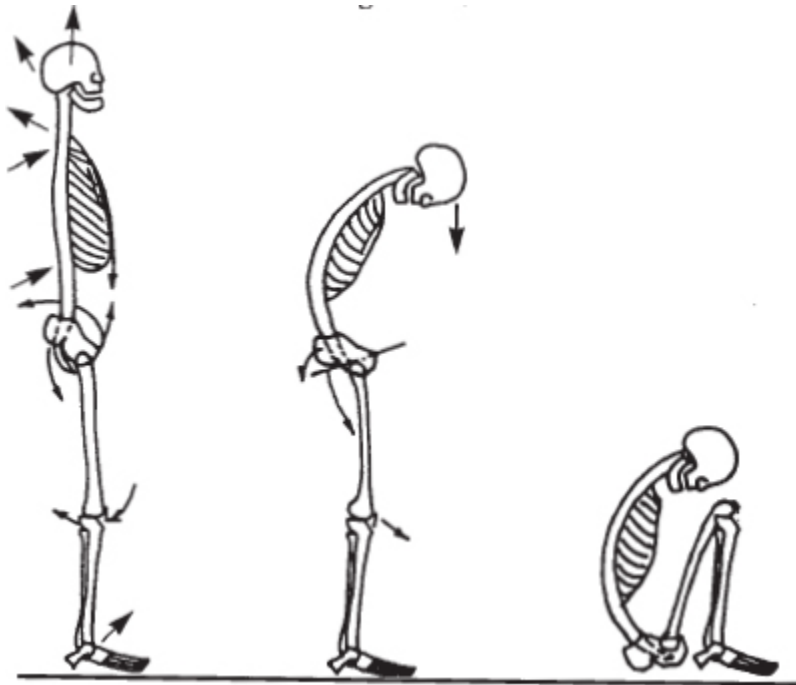


Nos muscles sont donc dans un rapport d'antagonisme avec notre squelette : le squelette s'effondre et se replie sur lui-même alors que les muscles le poussent et le redressent vers le haut. Cette dialectique permet à l'homme de s'enrouler sur lui-même ou de se redresser sur ses pieds selon ses besoins et ses désirs. Le mouvement d'enroulement-redressement est un mouvement fondamentalement humain (cf. Figure n° 3).

Si nous examinons de plus près notre organisation motrice, nous trouvons à la base de celle-ci des ensembles musculaires particuliers qui ont pour fonction principale de conduire les mouvements et pour effet de donner au corps sa forme dans l'espace. Sur les 637 muscles de notre corps, nous possédons des muscles impairs (ex : l'orbiculaire des lèvres, le diaphragme, le sphincter externe de l'anus), des muscles pairs mono-articulaires qui animent les axes osseux dans deux plans de l'espace et des muscles pairs pluri-articulaires qui animent les axes osseux dans les trois plans de l'espace.

Ce sont ces derniers qui fondent l'histoire de l'organisation du corps dans l'espace. Suzanne Piret (1971) a su, d'une façon très claire et très précise, décrire et analyser l'action des muscles « conducteurs » et structurants du corps. Ce sont des chefs moteurs qui reçoivent, transmettent et organisent le mouvement à partir de leur propre tension. Sans eux, nous ne pourrions ni nous redresser, ni marcher.

Figure n° 3



Leur contraction a deux effets segmentaires et un et global :

1. du côté de l'insertion proximale (près du corps) le entraîne d'abord un déplacement de la partie du corps dans les trois dimensions de l'espace : dans le plan frontal, une abduction (éloignement de l'axe du corps) ou une adduction (rapprochement de l'axe du corps), dans le plan sagittal, une flexion ou une extension, dans le plan horizontal, une rotation interne ou externe ;

2. du côté de l'insertion distale (loin du corps), il y a une inversion des mouvements initiaux grâce à un mécanisme de flexion intermédiaire : la flexion succède à l'extension, l'abduction à l'adduction, la rotation interne à la rotation externe ;

3. l'opposition des deux mouvements a un effet global très dynamique : une tension se crée et la partie distale se rapproche de la partie proximale. L'intermédiaire de flexion qui est une articulation est constituée de telle sorte que les deux mouvements ne se superposent pas mais s'inscrivent dans une triangulation spatiale.

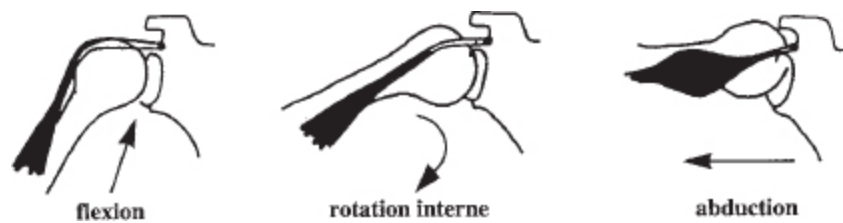
Pour faciliter la compréhension de ce mécanisme princeps, à la base du fonctionnement de notre corps dans l'espace, je reprendrai la métaphore proposée par Suzanne Piret dans son livre : deux personnes tiennent un drap tendu, chacune à une extrémité; puis elles tournent leur bout chacune dans

le sens inverse de l'autre ; une tension se crée dans le drap qui se tord sur lui-même en se repliant.

Le conflit rotatoire a engendré une tension qui provoque une flexion.

Prenons l'exemple du mouvement conduit par le muscle conducteur du membre supérieur, le biceps brachial, dont l'antagoniste est le long triceps : il s'insère sur une partie de l'omoplate de telle façon que sa tension entraîne d'abord la tête de l'humérus dans une rotation interne ; si l'action continue, l'humérus s'écarte du corps en abduction et si elle se poursuit encore, l'humérus est tiré en avant en flexion. En fait la tête sphérique de l'humérus roule dans sa cavité articulaire et les trois dimensions de l'espace sont visitées (cf. Figure n° 4).

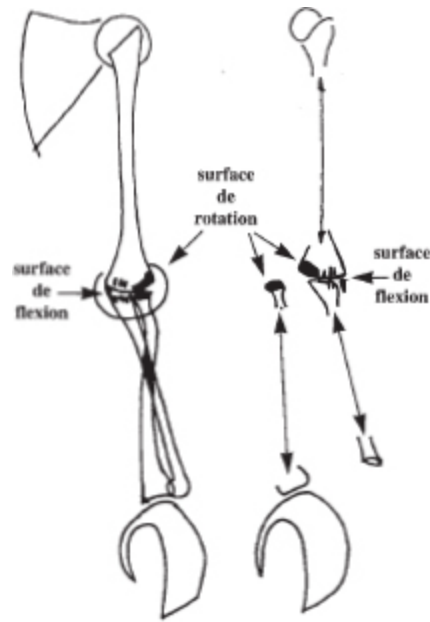
Figure n° 4



L'expérience motrice et sensorielle de ce début mouvement est celle-ci : quand nous avons les deux mains embarrassées par un objet et le nez qui nous gratte, nous nous frottons celui-ci sur le bras que nous portons à hauteur de visage.

L'insertion finale du long biceps se trouve sur la partie supérieure et interne du radius après l'articulation du coude. Aussi, le biceps, qui était rotateur interne de l'épaule devient rotateur externe et adducteur de l'avant-bras (cf. Figure n° 5).

Figure n° 5



Le mouvement s'inverse alors et provoque la flexion de l'avant-bras sur le bras grâce à l'articulation cubitus-humérus. C'est le mouvement principal, mais la rotation et l'abduction-adduction de l'articulation radius-humérus permettent l'ouverture d'un angle de 20° environ entre le bras et l'avant-bras ; déviée d'un rapport en miroir avec l'épaule grâce à l'angle ainsi formé, la main se porte naturellement à la bouche.

Contrairement à ce que pensait Piaget (1937), bébé ne tète pas son pouce « fortuitement », il ne découvre pas la relation main-bouche par hasard, mais il possède une programmation innée de ce mouvement psychomoteur fondateur de l'oralité.

Je nommerai *schème de base* cet ensemble moteur coordonné qui se retrouve également au niveau des membres inférieurs et du tronc d'une façon plus complexe (Piret, 1971). L'association des trois dimensions spatiales nous permet de le considérer comme un mouvement d'enroulement partiel.

Par la loi de la transmission musculaire, les différents schèmes de base se coordonnent entre eux par l'intermédiaire du tronc, regroupent le corps dans une unité et lui donnent sa forme dans l'espace. L'agent fédérateur et synthétiseur de ce rassemblement corporel est la *tension de structure* issue du conflit rotatoire. Elle se propage de la tête aux pieds et oriente le corps vers son centre. Elle met le corps sous tension, le globalise et lui donne sa forme dans l'espace.

Le schème de base est le paradigme de tous les mouvements du corps. C'est la plus petite unité motrice structurée de notre organisation motrice. Ce sont des unités élémentaires motrices qui appartiennent au répertoire moteur de notre espèce et il n'est pas possible de les associer et de les combiner de façon différente.

La seule dimension variable de cet ensemble articulé humain est la tension de structure engendrée par le conflit rotatoire ; un excès ou une faiblesse de cette tension conflictuelle favorisent les pieds et les mains plates ou creuses, les déviations vertébrales, les douleurs musculaires et articulaires. La mécanique n'est alors plus seule en cause et il faudra tenir compte dans l'analyse de ces phénomènes moteurs de la dimension physiologique de la tension du schème.

Nous pouvons maintenant définir l'*intégration motrice* comme la *mise en rapport et la dialectisation de deux parties opposées du corps : main-épaule, têtebassin, pied-hanche,*

et le *schème de base* comme *l'effet partiel de cette intégration*, l'effet général étant l'enroulement et la structure globale du corps dans l'espace.

L'intégration motrice est la cause des schèmes de base et en même temps, le processus qui les produit. On ne peut donc pas lire une forme motrice sans se référer au processus de base qui l'a produite.

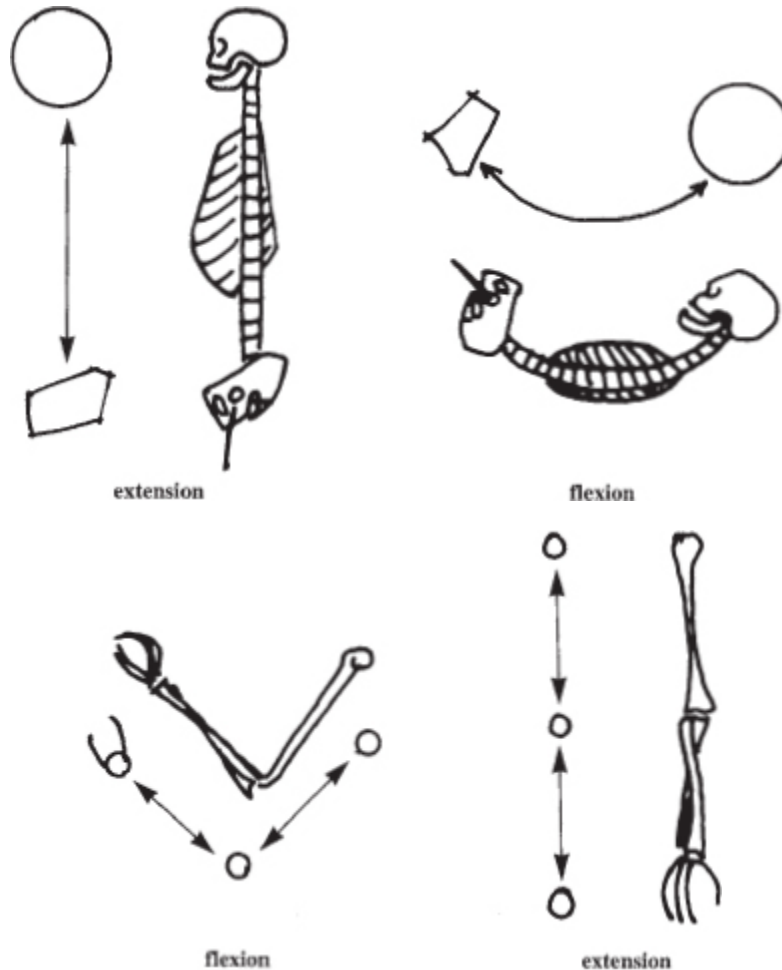
Le schéma corporel résultera de l'intégration de l'organisation entre elles des unités de base tridimensionnelles.

Les homologues psychomotrices

Nous venons de décrire l'organisation motrice de base de l'être humain telle qu'elle devrait être si nous étions de pures mécaniques. Nous aurions tous la même structure corporelle dans l'espace, une même manière de marcher et de saisir les objets. Mais nous avons vu que le seul élément variant de cette organisation motrice est la tension de structure qui fédère les différentes parties du corps entre elles. Cet élément dynamique s'appuie sur ses composantes physiologiques, le tonus, qui n'est pas donné d'emblée à l'enfant qui naît dans la forme que nous lui connaissons chez l'adulte. En effet, le tonus des muscles est un élément physiologique dépendant de la

maturation neuromotrice. Il varie tout au long de la vie fœtale et néonatale et de son évolution dépendra la bonne coordination des muscles entre eux et la possibilité pour le sujet de s'ériger sous l'effet de la pesanteur.

Figure n° 6



À la naissance, les schèmes de base de l'enfant ne sont pas coordonnés entre eux, car la maturation neurologique des centres supérieurs est loin d'être achevée. Chaque schème agit pour son propre compte comme une unité motrice isolée et il ne s'associera avec les autres schèmes qu'avec la maturation neuromotrice et une relation maternelle satisfaisante.

Cependant, dans l'expérimentation fragmentaire des schèmes de base, le principe intégratif à la base de la mécanique motrice donne déjà à l'enfant la possibilité de mettre en rapport et de dialectiser des parties du corps opposées.

Au début de sa vie, l'enfant va donc découvrir et intégrer son corps de façon très partielle pour atteindre progressivement la première forme

d'unité motrice autour du sixième mois.

L'organisation motrice est un modèle de construction d'un volume dans l'espace. Grâce à la structure et à la dynamique des schèmes de base, l'enfant a une connaissance innée et proprioceptive des trois plans spatiaux et une connaissance sensorielle de l'organisation d'une relation à trois termes : les deux rotations et la flexion, à la fois intermédiaire et résultante de l'opposition des deux autres. En s'appuyant sur cette connaissance innée du jeu et de la dynamique relationnels, l'enfant va pouvoir mettre en rapport son niveau moteur avec d'autres niveaux de son organisation psychomotrice. Nous obtenons ainsi des homologues, c'est-à-dire des « ressemblances de positions de connexions, de structure et probablement d'origine » (*Larousse*) entre la motricité comme organe différent du psychisme et cependant lié à lui d'une façon particulière.

L'enfant a la connaissance proprioceptive de l'opposition de la rotation interne avec la rotation externe et de l'effet de rapprochement des deux parties de son corps :

— il appréhende ainsi la relation constructive qui résultera de l'opposition de son désir avec celui d'autrui.

L'enfant expérimente sensoriellement que le conflit musculaire de son membre supérieur entraîne sa main à sa bouche dans un mouvement triangulaire, et non dans un mouvement de miroir main-épaule :

— cela soutient l'image du mouvement relationnel triangulaire, qui évite la relation duelle mortifère et garantit une place différente pour chacun des sujets.

Il sent que son coude est un système intermédiaire tiers qui permet à la fois la différenciation des deux mouvements de rotation et leur rapprochement :

— il peut ainsi appréhender dès sa naissance, qu'un élément tiers existe, qui présentifie les différences entre lui et autrui et qui garantit son identité, tout en favorisant la relation triangulaire.

L'enfant sait proprioceptivement que la rotation prend son sens (externe ou interne) par rapport à son rachis qui est l'axe corporel référent de la spatialité :

— il en retire une préconnaissance corporelle de l'existence d'un axe psychique qui fait loi dans l'organisation et l'orientation des données relationnelles.

Il ressent que les réactions toniques d'une partie de son corps sont issues, soit de l'action des chaînes musculaires sous ou sus-jacentes, soit du contact avec des objets du monde extérieur :

— il a ainsi une connaissance psychique précoce du mouvement de va-et-vient du dedans vers le dehors, et du dehors vers le dedans.

Bien que cette liste des homologues psychomotrices demande à être complétée et approfondie, je peux, dès maintenant, poser l'hypothèse que la triangulation relationnelle œdipienne trouve son modèle dans la structure et l'organisation de l'élément de base spatiotemporel de la motricité humaine.

C'est une hypothèse passionnante et féconde de penser que la trame de notre organisation affective et relationnelle s'est construite grâce à des mises en rapports précoces entre notre organisation motrice et notre psychisme naissant. Cela assure la cohésion et la cohérence de notre identité psychomotrice.

Cependant, la similitude de la structure à trois termes du champ moteur et du champ psychique ne suffit pas à prouver que l'organisation motrice est le modèle de l'organisation psychique et à expliquer toutes les richesses affectives et représentatives de l'être humain.

Pour aborder la partie suivante et mieux comprendre comment l'organisation motrice de base est le modèle et le passage obligé du psychisme pour se construire, je prendrai un exemple appartenant au monde des Beaux-Arts².

Dans le monde grec, est apparue entre 650 et 320 avant Jésus-Christ la statue de l'homme athlète, celui qui avait vaincu trois fois à Olympie. La fonction de la statue grecque était éthique : la statue n'est pas faite pour la vue, ni pour la décomposition, mais pour l'identification projective tactile, dermique, proprioceptive. Représentant une figure de Zeus, elle est un modèle, elle est l'idéal pour celui qui tourne autour et la regarde.

La vision, pour les Grecs, est une forme subtile du tact.

Beaucoup plus tard, entre 1303-1306, Giotto crée la peinture et la valeur plastique d'une figure en inventant le clair-obscur sur la couleur locale.

Giotto a transformé le volume en un volume plastique, avec le clair qui avance et le foncé qui recule.

Devant un tableau, on est immobile. Si c'est la statue grecque qui déterminait le sujet, devant une œuvre de Giotto, le sujet est immobile et

c'est l'œil qui est l'organe entier de la peinture. On a l'illusion que le volume est palpable. C'est l'œil qui perçoit.

Le tact, la palpation, la proprioceptivité directe deviennent les instruments de la vue.

Chacune des deux périodes est déterminée par une hiérarchie des organes sensoriels et par une sensibilité particulière.

Quand un enfant naît, il s'identifie à autrui d'abord par le tact, sur le support sensoriel proprioceptif de la tonicité de sa mère et dans la réciprocité tonique et sensorielle.

Il fait connaissance de son volume corporel dans l'espace, de ses dimensions de perspective, de sa structure tridimensionnelle par une connaissance proprioceptive innée et par une identification projective au volume et à la figure maternels.

Autrui est pour l'enfant ce qu'était la statue pour le Grec des années 650-310. L'identification est globale, immédiate, sans compromis et... inaccessible.

Puis, progressivement, l'identification adhésive et projective va laisser la place à une forme d'identification moins vibratoire, plus nuancée, moins directement nécessiteuse du tact et du holding.

L'enfant prend de la distance, il acquiert une valeur plastique et une identité propre. Sa structure psychomotrice tridimensionnelle et la perspective de son corps et de sa psyché, qui ont des données communes à tous les humains, vont se singulariser.

La différenciation subjective se fera dans la gestion d'un clair-obscur affectif.

Pour exister lui-même et faire exister l'autre en tant que volumes plastiques, l'enfant possède, dès la naissance, un instrument spécifiquement humain, son système tonique qui est fondé sur un couple d'opposés physiologiques : l'hypertonie segmentaire et périphérique qui « avance » et projette, et l'hypotonie rachidienne et axiale qui « recule » et introjecte.

C'est cette idée d'intégration subjective des dimensions spatiales de la structure motrice et de son organisation que nous allons développer. Nous allons alors préciser comment le système tonique du nourrisson peut être un élément d'analyse et de plasticité de son psychisme.

2. Cours de M. Podgorny, Professeur à la Sorbonne.

LA PSYCHOMOTRICITÉ NARCISSIQUE DU NOURRISSON

Le projet psychomoteur

Lors d'une rééducation kinésithérapeutique, quand le bébé « exige » par ses signaux émotionnels et moteurs que son pied soit manipulé dans le bon sens, celui des chaînes musculaires de la jambe, et par extension du corps entier, ainsi que dans une relation, nous sommes devant ses besoins innés physique et psychique d'être reconnu et considéré comme un sujet dans une globalité psychomotrice en évolution. Le besoin d'être entier, être « complet » disent enfants, ne correspond pas uniquement à la mulation d'une angoisse de castration, 'une peur du manque et de l'incomplétude, mais il signe également un besoin subjectif de se créer comme une unité psychosomatique.

Le projet de la mécanique motrice du bébé est une amélioration progressive du contrôle postural contre la pesanteur grâce à une organisation motrice qui va dans le sens de l'érection du corps dans l'espace. Cette amélioration se fera en fonction de la diminution de la réflexivité, de la descente tonique et de son équilibration, donc de la maturation du système nerveux central.

Le projet psychique de l'être humain est l'acquisition progressive et l'établissement d'un jeu fondamental entre deux positions primaires : rester dans le même, dans la sécurité du connu, dans le déjà ressenti / aller vers le dehors, le différent, l'inconnu. Pour se complexifier et être fécond, ce jeu primaire du vivant, subordonné aux relations à l'environnement, exige qu'une position n'exclue pas l'autre et que l'unité du sujet qui en résulte soit enrichie par le nombre des positions intermédiaires. Le mouvement de

vie se conçoit, d'un point de vue psychomoteur, comme un mouvement dynamique qui tend à accorder le processus de différenciation des éléments constituant l'humain à la force de création qui tente de les réunir en une subjectivité.

Nous poserons l'hypothèse que le jeu psychomoteur qui identifie le sujet et qui lui permet de gérer des positions contraires est le substrat même de l'unité psychosomatique. Cette prise de position théorique s'appuie sur le fait qu'un élément issu du domaine somatique et dépendant de la relation est toujours mis en cause dans les liens psychomoteurs, la tonicité. Celle-ci donne son unité au corps moteur et sert d'outil relationnel, elle affecte toutes les parties et tous les organes du corps par l'intermédiaire des fascias (membranes conjonctives qui entourent chaque organe et partie du corps). Ainsi chaque variation tonique a un effet sur l'ensemble des organes et les vicissitudes toniques mettent en cause l'unité psychosomatique du sujet.

Le tonus et ses afférences

La tension de structure est un effet mécanique de la structure spatiale du schème de base, mais elle ne peut exister sans le tonus qui est son substrat physiologique. Le tonus existe d'une façon autonome comme le signe de la vie du muscle : pour résumer, c'est la sensibilité du muscle à son propre étirement. Son mécanisme est explicable par ses organes récepteurs (organes de Golgi, fuseaux neuromusculaires, motoneurones) et par l'action de ses centres nerveux supramédullaires (formations réticulaires et noyau rouge). La réaction tonique d'un muscle est d'abord la preuve que le système nerveux fonctionne.

Le tonus a d'abord été lié à la posture, aux mouvements, aux mimiques avant de prendre sa place comme système intermédiaire dans la communication émotionnelle.

Selon Wallon (1945), « les émotions sont une formation d'origine posturale et elles ont pour étoffe le tonus musculaire ».

Selon Ajuriaguerra (1976-1981) « le rôle de l'état tonique est extrêmement important dans l'organisation de la personnalité ».

L'émotion est la preuve que la relation existe, nous dit Max Pagès (1986), et elle « a cette propriété curieuse de lier entre eux des appareils

divers, affect, mimique, posture, modifications hormonales ».

Dans le champ de la psychomotricité du bébé, l'articulation du système émotionnel et de l'organisation motrice et tonique va se retrouver dans le « signal émotionnel » (*ibid.*) qui soutiendra la compréhension que la mère aura de l'expression motrice de son bébé.

En effet, le tonus nous propose une forme sensorielle de communication à travers une réalité visuelle et tactile. Les attitudes, la forme du corps dans l'espace nous imposent d'emblée une vision de l'état tonique de l'autre et nous met dans un état affectif particulier. Autrui a une allure dynamique, molle, avachie ou rigide.

La tonicité d'autrui se voit et se sent : les mains molles que nous serrons de temps à autre nous affectent différemment d'une main tonique ou d'une main raide ou d'une main qui écrase.

La tonicité est directement liée à l'affect par l'intermédiaire de la sensation, et ces trois éléments participent à la fonction « sémiotique » du système émotionnel. Ce système lie deux fonctions, « une fonction d'orientation » par rapport au corps propre et une « fonction sociale de communication » par rapport à l'autre (*ibid.*).

Tout comme « le système émotionnel... devient le système directeur de la conduite » relationnelle (*ibid.*), la tonicité est le système directeur de l'organisation motrice.

À partir de ses composantes physiologique (le tonus), mécanique (la structure de tension) et psychologique (l'émotion et l'affect), la *tonicité* se définit comme l'ensemble vibratoire corporel qui met le sujet en rapport avec son espace interne et avec l'espace externe. C'est un élément limite entre l'espace corporel et l'espace psychique de l'être humain.

L'étude de notre programme moteur inné servi par des schèmes de base et une tension de structure qui en dépend donne à notre corps une organisation spécifiquement humaine qui nous identifie dans le monde du vivant. Nous sommes les seuls mammifères à pouvoir, à partir du décubitus dorsal (couché sur le dos), nous rassembler, nous enrouler en avant, et sur cet appui primaire nous redresser.

Cette particularité humaine devient la métaphore du projet subjectif et prend toute son importance quand on s'aperçoit qu'elle est un potentiel à développer, qu'elle est dépendante des facteurs relationnels et que son

inaccessibilité reste le problème fondamental des sujets qui souffrent de troubles narcissiques.

Le projet humain d'individualisation psychomoteur dépend fondamentalement de la dynamique tonique à l'œuvre dès la vie intra-utérine.

Les poussées toniques

Dans le ventre de sa mère, l'enfant est mou, ballotté comme un bateau à l'ancre par les mouvements corporels et par les états affectifs de celle-ci.

Puis vers la trentième semaine de son séjour intravental, ses hanches commencent à se fléchir sur son bassin. Deux semaines plus tard, il sent que la tension de ses jambes augmente régulièrement. Il peut les plier et lancer des coups de pieds vers la paroi douce et protectrice. Il a sept mois de vie intra-utérine et une attitude de petit batracien. Deux semaines encore et cette tension gagne le haut de son corps. Ses bras se replient également, ses mains se ferment et il porte naturellement sa main à sa bouche. Le voilà qui tête et s'enroule.

La poussée tonique s'est faite du bas vers le haut. Puis un jour l'enfant sort de l'univers liquide. Son corps répond aux stimulations par des réactions réflexes et incoordonnées. Tous les mouvements sont gérés par une tonicité périphérique forte qui contraste avec une hypotonie des muscles de la colonne vertébrale. L'hypertension des fléchisseurs des membres associée à l'hypotension du rachis l'enroule comme un arc tendu.

Une descente tonique se produit alors dans le sens inverse de la poussée tonique de la vie intra-utérine. Dans les premiers jours de la vie, le bébé est enroulé sur lui-même ; ses bras sont pliés sur le tronc et ses mains sont fermées, ses cuisses et ses jambes sont ramenées sur le bassin. Puis, petit à petit, le haut du corps devient moins tonique, les bras se détendent et les mains s'ouvrent, l'enfant peut saisir un objet. Ses jambes sont encore repliées sur son ventre.

Le courant de détente tonique progresse dans les membres inférieurs, l'enfant peut allonger ses cuisses et il y prend beaucoup de plaisir. Dans le même temps, la tonicité du rachis augmente. Quand on assoit un bébé d'un mois, il tient sa tête un court instant, puis vers trois mois, sa tête reste dans l'axe du rachis.

L'intégration du schéma corporel s'effectue suivant cette descente tonique qui organise le corps du haut vers le bas. Les dessins des enfants nous montrent qu'ils ont une acquisition plus franche et plus solide du haut de leur corps, parce que première dans la hiérarchie de l'intégration motrice. Avant d'avoir un corps, les bonshommes ont une grosse tête, des yeux, une bouche et parfois des bras qui partent de cette tête.

L'être humain a besoin de contrôler sa tête avant ses jambes car son état d'être psychomoteur l'entraîne à penser les actions avant de les mettre en place. Pour manipuler, gazouiller, jouer, marcher, créer, il faut qu'il y ait désir donc anticipation de l'action.

Toute la maturation neuromotrice vise la réduction du terrain réflexe, la diminution de la bipolarité tonique et la coordination des mouvements entre eux par rapport à l'axe vertébral. Les deux pôles toniques opposés s'orientent vers une ambivalence et un premier état d'équilibre. L'axe corporel se solidifie et la périphérie se détend.

Nous pouvons nous demander quel est l'effet moteur de la descente tonique et de l'équilibration des tensions ? Et quelle peut être son incidence sur le développement psychique du bébé ?

Pour répondre à ces deux questions, nous nous appuyerons sur deux phénomènes d'ordres différents, des phénomènes moteurs objectivables et des phénomènes psychiques hypothétiques.

L'enroulement fondamental et la préoccupation de soi

Dès les premiers jours de sa vie, l'enfant est fondamentalement préoccupé par les mouvements centripètes de ses schèmes de base. Bien qu'il installe très vite des comportements relationnels avec son environnement, il montre peu d'intérêt pour le monde extérieur.

Le terrain réflexe de sa motricité et l'hypertonie périphérique le contraignent à effectuer tous ses mouvements dans le sens centripète d'enroulements partiels. Sa motricité le ramène sans cesse à un retour sur soi.

C'est avec l'intégration des schèmes de base agissant pour leur propre compte, que l'enfant commence à intégrer son schéma corporel. Les

schèmes de base fonctionnent comme des îlots moteurs et donnent à l'enfant des représentations de lui et de l'objet fragmentées.

Sans extension active possible des doigts et sans ouverture de la main, l'enfant rencontre son corps propre et les objets extérieurs à partir des dimensions proprioceptives du schème d'enroulement. Toutes connaissances et détermination de l'objet se feront sur ce mode spatial centripète et selon les états de tension qui le génère.

Il nous arrive souvent, dans les thérapies d'adultes, d'entendre des personnes dire au bout de quelques mois :

« Je deviens égoïste. J'ai l'impression de m'enfermer sur moi-même. Je suis moins intéressé par les autres... Est-ce que c'est normal ? »

Souvent, ces personnes prendront conscience et diront que cette période d'« enroulement sur elles-mêmes » était un passage nécessaire pour « se retrouver ». La reprise d'un mouvement primaire narcissique de préoccupation fondamentale de soi s'accompagne souvent d'un sentiment d'anxiété car ces personnes ont toujours été beaucoup plus préoccupées par les autres et le dehors afin d'obtenir l'amour qui leur manquait, que par leur propre développement. Nous retrouvons de nombreuses blessures et manques narcissiques à la source de ce manque de sécurité et de confiance en soi.

L'enroulement partiel des schèmes de base préfigure l'enroulement global du corps qui se fera progressivement suivant la maturation neurologique et la descente tonique et dans une dialectique avec l'extension. C'est une étape fondamentale que l'enfant doit vivre selon son propre rythme dans un environnement affectif suffisamment stable afin que soit assurée la base du narcissisme primaire. C'est sur cette base de sécurité corporelle et psychique que l'ouverture du corps vers l'extension et l'ouverture de la psyché vers le dehors relationnel s'étayeront.

Le rassemblement des schèmes entre eux dans une globalité fonctionnelle devient l'expérience motrice finale de cette période : l'enfant s'enroule en avant à partir du décubitus dorsal. À ce moment, libéré d'autrui pour expérimenter la dimension verticale, le bébé connaît le plaisir d'un premier soi psychomoteur unifié.

Photo n° 1



La coordination motrice

En même temps que les schèmes de base se coordonnent entre eux et se rassemblent en une unité motrice autour du sixième mois, les parties fragmentées du Moi s'assemblent en une première unité psychique. L'unification du corps et sa coordination va permettre au moi du bébé de passer d'un état d'objet partiel et fragmenté à un objet entier et unitaire qui soutient le rassemblement psychique.

Les tensions issues de chaque îlot moteur transmettent les informations vibratoires variant d'une partie du corps à une autre partie. Les schèmes s'organisent entre eux et proposent à la psyché un exemple sensoriel et spatial d'une association d'unités qui prennent sens dans leur articulation même.

Quand je demande à Jérôme, sept ans, de mimer dans l'espace l'oiseau qu'il a dessiné, il écarte ses bras, les remue, tend la tête en avant, émet des bruits et court en sautillant. Il peut passer d'une représentation mentale à une représentation graphique et à une exhibition motrice parce qu'il possède, dans l'organisation même de sa motricité, tous les éléments de figuration, de coordination et de synthèse qui font de son corps le support, l'étai des autres niveaux d'organisation.

Le mouvement réflexe, explosif, isolé du début de la vie devient, grâce à la maturation neuromotrice et à la relation satisfaisante, un geste prolongé, inscrit dans une ininteruption musculaire et tonique. Le passage de la

fragmentation schématique à l'extension corporelle assure ainsi au psychisme un sentiment de continuité de vivre.

D'autres niveaux de l'organisation psychomotrice narcissique du nourrisson bénéficient de l'effet du rassemblement et de coordination. Les périodes du sommeil s'allongent et l'enfant va progressivement vers l'opposition jour-nuit. Le sommeil calme (absence de motilité, absence de mouvements oculaires et régularité du rythme cardiaque), qui est un état très organisé, uniquement perturbé par des pathologies graves, augmente progressivement pendant le premier semestre par rapport au sommeil paradoxal (mouvements corporels, mouvements oculaires, irrégularité du rythme cardiaque) (Navelet, coll., 1982 — Fagioli, 1982) plus variable, plus fragile et subordonné aux situations environnementales (Salzarulo, 1989).

Si le rythme circadien de la veille et du sommeil est d'abord le résultat d'une maturation physiologique (Ponthas, 1989), une synchronisation graduelle entre mère et enfant est nécessaire et aboutit à un accordage entre rythmes endogènes et rythmes externes (Davis, 1981).

Dans une composition qui accorde les rythmes physiologiques de l'enfant et les rythmes relationnels, la veille se différencie du sommeil, le dehors se différencie du dedans, le soi se différencie d'autrui, dans le même temps que se crée une réorganisation subjective de ces éléments entre eux. La souplesse des échanges, la fluidité des passages, l'élasticité de la communication entre ces différents éléments ancrent le sentiment de continuité de vivre dans le corps et dans le psychisme de l'enfant.

Le mouvement d'axialité

La dynamique générale de rassemblement et de coordination se double d'une dynamique d'axialité

et de symétrie qui sert la création de l'image de soi. Pour s'orienter et se repérer dans l'espace et le temps par rapport aux objets et aux personnes, l'enfant dispose d'un axe vertébral, le rachis, qui se propose comme l'élément référent qui met de l'ordre dans le corps (rassemblement et axialité) et fonde la loi corporelle (devant-derrrière, droite-gauche).

Le schéma corporel s'inscrit dans cette axialité. Les dessins d'enfants nous montrent ces bonshommes faits d'un bâton vertical (la colonne vertébrale) et d'un bâton horizontal (les bras). Le tronc des arbres et les

tiges des fleurs sont également des axes permettant la disposition symétrique des autres éléments de la représentation mentale que l'enfant tente de transcrire par le mouvement du crayon sur le papier.

Photo n° 2



Au cours de son développement, l'enfant saisit d'abord ses mains et les amène devant ses yeux, puis il se regroupe davantage, s'enroule en symétrie et prend son pied dans ses mains. La symétrie et l'axialité sont sources de plaisir (cf. Photo n° 2).

Le langage populaire a su s'emparer de l'expression « prendre son pied », pour métaphoriser l'accès au plaisir narcissique, plaisir d'enroulement, de rassemblement et d'unité.

À partir d'observations de nourrissons, G. Haag (1985) souligne que « la manière dont un bébé "se prend", "se tient" en rassemblant ses mains et ses pieds, semblait avoir affaire avec la qualité de l'interrelation que l'on pouvait observer en présence de la mère ou d'une puéricultrice. D'autre part, ce qui se joue entre le côté droit et le côté gauche d'un bébé pendant le nourrissage et d'autres moments de forte relation, peut donner quelques idées sur cet axe des intégrations, qui aurait sans doute à voir ensuite avec les phénomènes de symétrie et d'asymétrie de la relation spéculaire »

Dans le même espace-temps que se définit la première forme de symétrie gauche-droite, l'axe vertébral a un rôle à jouer dans la différenciation du haut et du bas du corps. Le diaphragme est un muscle inspireur et sa contraction provoque une pression intra-abdominale qui déclenche alors l'action des muscles abdominaux expirateurs. Chez certains

adultes, nous avons noté que la respiration diaphragme-abdominaux n'était pas coordonnée et que, fantasmatiquement, le diaphragme avait Photo n° 3



une fonction de séparation entre le haut du corps une fonction d'arrêt des messages provenant de tête vers le bassin. Sans pouvoir aller plus loin pour le moment dans l'explication de ce constat clinique, nous pouvons cependant dire que ce clivage horizontal semble toujours lié à des difficultés de coordination respiratoire qui aurait altéré l'image de soi, fortement dépendante de la fonction respiratoire.

L'accès à la symétrie prépare l'accès à la torsion qui advient après le sixième mois. La torsion du tronc permet de regarder autour de soi, derrière soi, de regarder son dos dans une glace. C'est un mouvement qui s'appuie sur la flexion et qui met en relation motrice des parties opposées du corps, bras gauche-jambe droite par l'intermédiaire du tronc. La torsion est un mouvement de socialisation qui allie un mouvement d'enroulement et un mouvement de rotation.

Photo n° 4



Après avoir proposé des homologues entre la structure tridimensionnelle du schème de base et organisation d'une relation psychique à trois termes, nous pouvons donc faire les homologues suivantes :

— le bébé est dans un état de préoccupation fondamentale de soi. Toute l'orientation des schèmes de base se fait sur le modèle de l'enroulement et vers le centre du corps. Les différentes parties du Moi et de l'objet se regroupent entre elles pour constituer le noyau narcissique fondamental de soi ;

— l'axage des relations d'objets et la construction de l'image de soi s'étaye sur le mouvement de symétrie corporelle engendré par la prise de position du rachis comme axe du corps. L'enfant est en quête d'une image de soi ;

— la coordination motrice des différents éléments du corps donne à la psyché un soutien sensorimoteur qui assure le rassemblement et la coordination des différentes parties du Moi et de l'objet. Sur cet étayage s'ancre le sentiment de continuité de vivre.

L'étape du sixième mois

Quand ces mouvements fondamentaux psychomoteurs s'intègrent normalement, l'enfant parvient au stade du sixième mois, qui est l'étape de la première différenciation observable entre le champ moteur et le champ psychique, et une étape d'unification de chacun de ces deux champs.

Cette première forme de synthèse tonique, motrice et psychique de l'enfant reste cependant très aléatoire et il est probable que « la plupart des processus qui prennent naissance au premier âge ne sont jamais complètement établis et la croissance qui se poursuit tout au long de l'enfance au cours de la vie adulte et même de la vieillesse, continue à les fortifier » (Winnicott, 1965).

Tous les psychologues et chercheurs qui s'intéressent au développement du bébé s'accordent pour considérer la fin du premier semestre de vie comme une première étape de rassemblement et d'unité sensorielle, motrice et psychique.

Vers le sixième mois, l'enfant nous montre dans ses jeux qu'il comprend qu'il y a un « dedans » et que les choses viennent du « dehors » nous dit Winnicott (1954).

Il peut jouer à « prendre et à donner » (J. S. Bruner, 1983), alors qu'auparavant il ne pouvait que « prendre ». De la pronation (tournées en dedans), ses mains s'ouvrent en supination (tournées vers le dehors) ; l'enfant nous montre ainsi qu'il attend quelque chose d'autrui et qu'il peut également donner à autrui. Il devient un partenaire actif de la relation.

Pour Lebovici et Soulé (1970) : « L'enfant est doué à la naissance de la capacité de répondre à certains stimuli élémentaires, comme le sein et le regard ; il parvient peu à peu à reconnaître des fragments du monde ; il les soude entre eux vers six mois. »

Selon C. Koupernik et R. Dailly (1968), « La signification de la position assise pleinement assumée est considérable. Elle va permettre... l'appréhension du monde extérieur. »

Pour Piaget (1935), c'est le stade des « réactions circulaires secondaires et des procédés destinés à faire durer les spectacles intéressants ». L'enfant n'est plus seulement dans des situations de réflexe aux stimulations mais dans des « situations de présence » (*ibid.*).

Selon B. Cyrulnik (1989), le père, comme élément différent de l'enfant, « ne dispose, pour venir en tête de l'enfant, que d'une période sensible, du sixième au huitième mois. Si un accident fait rater ce moment biologique, le père ne se met pas en place ».

De 0 à 6 mois, tout le développement psychique de l'enfant prend son sens par rapport à l'architecture, l'organisation motrice et tonique du corps propre et toute la communication des états internes passe par les signaux

moteurs et émotionnels. Le bébé est contraint et soumis aux règles physiologiques et biologiques ainsi qu'aux réactions musculaires et viscérales de son corps propre.

Après cette période, l'enfant vit une ouverture sur les autres. Il devient plus actif dans les interactions et peut les régler selon ses besoins et désirs, il s'inscrit dans l'espace social avec la découverte du troisième terme corporel et psychique. Les modèles de son psychisme ne sont plus principalement imposés par la structure et l'organisation du corps mais ils se diversifient.

À cette étape du développement psychomoteur, si tout se passe bien, l'enfant aura l'accès à l'équilibration des tensions et à l'ambivalence objectale et subjective, à la sensation d'une unité tonique et motrice et à la notion d'objet total, à la différenciation des sphères motrices et psychiques et à la position dépressive (M. Klein, 1934, 1957 — Winnicott, 1954-1955).

Reprenons l'hypothèse d'une différenciation progressive du champ moteur et du champ psychique à partir d'une unité primale psychomotrice dont la seule appréhension que nous pouvons avoir est celle du corps moteur et émotionnel du bébé.

C'est à partir d'un corps tonique bipolaire s'exprimant sur un mode fragmentaire, qu'un processus, dépendant à la fois de la maturation neuromotrice et de la relation, permet la dialectique des extrêmes toniques et l'accès à une unité motrice ; sur ces extrêmes toniques s'étaient des niveaux d'organisation différents et supérieurs qui suivent la même dynamique de rassemblement et qui donnent ainsi à l'enfant une ambivalence affective et représentative.

Le mouvement d'intégration est un mouvement d'ouverture : d'une unité psychomotrice issue d'un modèle universel, l'enfant différencie les éléments moteurs des éléments sensoriels, affectifs et représentatifs, puis il les relie subjectivement pour une création singulière.

La pathologie neuromotrice nous montre que l'entrave ou l'arrêt des processus d'intégration motrice par atteinte du système tonique pourront entraîner soit une différenciation anarchique ou incomplète des deux champs moteur et psychique, soit une reconstruction hasardeuse et difficile à gérer dans le futur, soit une dissociation précoce des deux systèmes, comme dans l'autisme.

Le risque de démantèlement psychique trouve son correspondant moteur dans le risque de la non-coordination des parties du corps propre

entre elles. L'enfant et l'adulte seront alors amenés à vivre différentes angoisses de démantèlement, de liquéfaction, d'effondrement, de non conscience de soi, de clivages entre les différentes parties du Moi et entre le soi et autrui.

La tonicité, agent de fédération des schèmes du corps a donc un rôle particulièrement important à jouer dans le développement psychomoteur de l'enfant. Si nous posons l'hypothèse de la tonicité comme élément-limite entre le corps et la psyché, nous sommes amenés à réfléchir sur la notion d'immatricité neuromotrice du bébé.

L'expérience de la « motricité libérée » faite par Grenier et Amiel-Tison (1985) permet de nous éclairer : le comportement neuromoteur du bébé jusqu'à trois mois est entièrement dépendant de l'impotence de la nuque. Si on supprime celle-ci, en maintenant la tête du bébé, on anticipe sur le contrôle de celle-ci. L'enfant présente alors une motricité et une attitude affective communicationnelle d'enfant plus âgé. Par cette expérience, on sollicite chez l'enfant ses aptitudes sensorielles et son potentiel d'interaction ; il est dans un état de communication intense avec l'examineur et il peut saisir intentionnellement un objet.

Le système tonique « immature » du bébé a donc une fonction de « camouflage » d'une motricité coordonnée et d'une capacité communicationnelle précoce. Pourquoi ?

Nous avancerons quelques éléments de réponse :

— l'immatricité néonatale et la lenteur de la maturation neuromotrice sont une nécessité phylogénétique afin que l'être humain puisse établir très tôt des rapports étroits entre son développement moteur et son développement psychique ;

— l'universalité des souffrances et des joies humaines nous pousse à poser l'hypothèse d'un modèle de base pour la psyché commun à tous les hommes ; la plasticité du psychisme humain est à la fois le garant de notre richesse et le plus grand des dangers, car nous nous construisons par identifications multiples. Il est donc nécessaire que l'architecture psychique de base soit assurée par un modèle commun à tous, emprunté à la motricité, afin que nous puissions au minimum nous rencontrer et communiquer. Si cette base commune n'existait pas, nous pouvons imaginer qu'un bébé s'identifierait sans limites, au papier peint de ses murs, au nounours qui

reste dans son lit, au visage de la nourrice, à la lampe qui éclaire sa chambre ;

— c'est grâce à ce passage obligé par le corps que l'enfant pourra communiquer, c'est-à-dire, donner à l'autre au-dehors des indications de ce qui se passe en soi au-dedans ;

— afin que le langage de l'homme soit un langage affecté, il est donc nécessaire que les niveaux de la motricité et des affects soit en interactions précoces et constantes. L'immaturation neuromotrice est garante de ce développement concomitant des deux champs moteurs et affectifs.

L'intégrité du système nerveux central chez le nourrisson se traduit par les normes toniques des réflexes archaïques. Les variations et asymétries toniques sont toujours recherchées comme signes d'une pathologie transitoire ou définitive. L'hypothèse de la tonicité comme élément-limite se précise, mais un travail psychothérapeutique à médiation corporelle m'a permis de l'étayer davantage.

II

L'INTÉGRATION PSYCHOMOTRICE

Comme faculté cognitive productrice, l'imagination est douée d'une grande puissance pour créer en quelque sorte une autre nature avec la matière que la nature réelle lui fournit.

E. Kant, *Critique du jugement*, § 49

Dans cette deuxième partie, nous allons aborder le problème de la somatisation motrice en relation avec le processus de l'intégration psychomotrice.

L'idée de mettre à l'épreuve d'une pratique psychothérapeutique les intuitions et les réflexions de mes expériences kinésithérapeutiques s'est concrétisée dans une forme de psychothérapie à médiation corporelle qui suivait les principes directeurs de l'organisation de la motricité.

Dès le début de ce travail, deux catégories de plaintes corporelles ont pu être définies :

— *la personne se plaint d'une douleur fixe ou récidivante du rachis sans lésion radiologique probante, souvent très ancienne, dont la date d'apparition reste floue. La tension généralisée du corps, le « mal-être dans sa peau » sont des éléments qui accompagnent souvent le discours des sujets ;*

— *la personne a investi une zone de son corps d'une façon phobique. Tous les problèmes et souffrances psychiques viennent de cette partie du*

corps qu'elle ne

« peut pas voir », qui est « laide », « grosse », « gênante », « tendue » et dont le patient voudrait oublier l'existence. Les membres sont le plus souvent cités, surtout les cuisses et les mollets. Le tronc n'est généralement pas ressenti en totalité, il est souvent séparé en deux zones, le haut et le bas dans un clivage horizontal.

De quelle nature est la somatisation motrice ? En dehors de la réalité physiologique des tensions musculaires, quelle est la place de l'imaginaire et de la symbolisation dans la somatisation motrice ? Que comprendre de l'investissement particulier du rachis ?

LES HIATUS PSYCHOMOTEURS

L'expérience préliminaire

Pour tenter de répondre à ces questions, j'ai mis point un travail psychothérapeutique à médiation corporelle dans lequel les exercices de coordination et le massage orienté dans le sens physiologique des muscles étaient les deux principaux vecteurs.

Le massage du corps se faisait avec de l'huile du talc et sur ce support sensoriel, les personnes évoquaient les images, fantaisies, associations qui leur venaient. L'analyse des ressentis et des représentations pouvait être faite immédiatement ou après le massage dans un temps de parole donné.

La spécificité de ce travail par rapport à d'autres méthodes de massage thérapeutique est le respect des orientations musculaires et articulaires et des mouvements fondamentaux, la « rééducation sensorielle » introduite par la reconnaissance des schèmes structurants, la mise en rapport des différentes parties du corps entre elles dans leur coordination. Autant d'éléments orientés qui assurent la pérennité

de la tonicité à un niveau économique et dynamique. L'action du massage sur les fascias participe activement à cette fluidification. Entre ces fascias circule tout un réseau de liquides organiques comme le sang, la lymphe, le liquide céphalorachidien. Le massage de la peau agit sur les muscles en passant par les fascias et entraîne ainsi une réaction liquidienne, une fluidification des transmissions aponévrotiques.

Ce modèle de psychothérapie à médiation corporelle présente deux enjeux dont le premier est la restauration du schéma corporel structurant le corps réel et en relation avec le corps imaginaire.

Le point de vue économique de ce travail qui vise l'éducation de la motricité est important et il permet de redonner au cortex un rôle prédominant dans le contrôle des automatismes, ce qui multiplie les possibilités d'apprentissage, procure une économie énergétique importante, et un abaissement du seuil tonique par une répartition harmonieuse des tensions. Dans ces conditions, la restauration du schéma corporel qui s'ensuit n'est pas une course à un idéal moteur, mais un remplacement du corps dans un réel fonctionnel, tout en prenant en compte toute la fantasmagorie qui a contribué aux déplacements et aux désinvestissements de certaines parties du corps. Nous donnons alors au schéma corporel un rôle plus étendu que celui d'une simple preuve d'une bonne intégrité neurologique.

Il s'agit, dans cette perspective, de redistribuer les cartes et d'acquiescer un changement de niveau de conscience. Le changement de niveau tonique s'accompagne d'un changement de niveau de conscience qui permet au sujet de ne plus entrer dans une attitude culturelle ou dans un réseau de désirs parentaux, mais de revenir à une mémoire plus naturelle et plus archaïque de la capacité interne à se ressentir, à se connaître. Un travail d'élaboration accompagne toute résurgence d'émotions et d'affects générée par les mouvements sensoriels, qu'ils soient tactiles, musculaires et/ou articulaires et organiques. En retrouvant les sensations propres aux schèmes primitifs et structurants, le sujet a accès directement à des préreprésentations archaïques. Ceci lui permet de reconquiescer le moyen primaire légitime de décharge de tensions et d'expression des émotions, de réactiver la réintégration narcissique rassurante et consolidante, et de communiquer différemment avec soi-même et avec les autres.

Le deuxième enjeu cherche à favoriser la résurgence et la conception d'images, de pensées, d'affects d'une époque où seul le corps avait la parole et la mise à jour d'une fantasmagorie corporelle identifiant le corps imaginaire.

Si l'hypothèse de base est que la souffrance vient en partie d'un rétrécissement du champ psychomoteur et de la représentation que le sujet en a, étendre cet espace imaginaire revient à élargir ses propres horizons internes et ses possibilités d'accroître le bien-être. Devant la précocité de certains événements, dont le sujet n'a qu'une mémoire sensorielle, seule l'émergence de l'émotion peut faire le lien entre une sensation et une image.

C'est un travail de création, la personne parle et se surprend à recréer son histoire tonico-affective. Le travail allie les sensations corporelles, les images et l'émotion dans les fantasmes du corps tonique. Ainsi, dans le passage entre le ressenti et le symbolique s'effectue le passage de la sensorimotricité à la psychomotricité.

C'est un travail d'identification spatiotemporelle du corps propre et d'identification interindividuelle au niveau psychique, où le « je sens » équivaut au « je suis ».

Le Je acquiert sa fonction de « dire » les choses et les événements, de les nommer et de se situer par rapport à eux.

Si à un niveau fonctionnel, cette forme de travail est une thérapie du sens de la motricité, d'un point de vue psychomoteur, c'est une thérapie du sens que la personne a donné à sa motricité, c'est-à-dire les charges affectives et les significations symboliques investies dans les tendances créatives et relationnelles inhérentes à la motricité humaine. La récupération des fonctions corporelles et imaginaires s'accompagne d'une plus grande aptitude au bien-être.

Pour certains, ce travail psychocorporel est apparu comme une préparation sensorielle à une psychothérapie verbale plus classique, car il crée un sentiment de sécurité à plusieurs niveaux :

— *au niveau du ressenti* : la verbalisation ultérieure se trouve améliorée dans la mesure où la personne se fait confiance quand elle ressent ce qui se passe à l'intérieur d'elle-même. Elle peut alors parler de ses sensations comme lui appartenant vraiment. Son sentiment d'identité se trouve renforcé ;

— *au niveau émotionnel* : l'accès aux émotions se fait plus facilement et plus en sécurité car le sujet sait que ce qu'il va découvrir de lui a un correspondant corporel, une assise réductrice de tensions ; la crainte de l'effondrement émotionnel est alors moins grande ;

— *au niveau affectif* : le sujet entre en possession de son corps et de son désir d'unité psychosomatique. Les tensions qu'il découvre par ce travail lui permettent d'identifier certaines parties de son corps comme les lieux privilégiés de ses investissements psychomoteurs. La connaissance de soi au niveau psychomoteur élargit sa vision du monde.

Au fur et à mesure que ce travail se poursuivait, les constats étaient les suivants :

— chaque personne a des références corporelles propres liées à des événements affectifs, mais la colonne vertébrale est la partie du corps la plus douloureuse musculairement et la plus investie affectivement.

Si le massage d'un bras n'évoque rien et que les sensations génèrent peu d'images, le massage du rachis entraîne des productions imaginaires étonnantes dont certains thèmes reviennent plus fréquemment : route, pont, rivière, arbre ;

— au cours du travail corporel, les personnes qui évoquaient leurs sensations en pôles d'opposition, agréable/désagréable, noir/blanc, dur/mou, creux/vide, bien-être/mal-être, froid/chaud, avaient des capacités d'élaboration moins étendues que les personnes chez lesquelles des sensations corporelles plus riches, plus diversifiées, généraient des associations, des souvenirs et des élaborations porteuses de sens. La richesse des ressentis allait avec la capacité d'élaboration et de symbolisation ;

— dans la partie verbale de la thérapie (après la séance de massage), si dans l'évocation des affects, certaines personnes ne peuvent pas dépasser le « c'est pas bien, c'est pas agréable » ou « c'est bien, c'est agréable », sans pouvoir diversifier de la masse affective le sentiment du moment, ces mêmes personnes, dans le travail corporel, ne peuvent traduire leurs sensations corporelles qu'en termes de « c'est tendu, c'est détendu », mais elles ne pourront guère aller au-delà, dans un premier temps.

Des rapports d'analogie se sont établis ainsi d'une part entre la richesse affective et la richesse sensorielle, d'autre part entre la capacité à exprimer ses affects et la capacité à ressentir son corps, et enfin entre l'affect et la tension du corps. Quand le massage découvre un point douloureux, l'association des idées s'arrête immédiatement. Les sensations douloureuses s'associent avec des impressions de « vide », de « noir », de « dur ». L'arrêt sur image, sans élaboration, semble faire référence à une période très précoce de la vie, quand les sensations s'intègrent en contraires de base (Tustin, 1984) : vide/plein, blanc/noir, dur/mou.

Ces impressions sensorielles ne sont pas les analogons des blocages associatifs qui se produisent dans une thérapie verbale. Elles ne visent pas l'évitement de l'émergence d'une représentation ou d'un affect douloureux. C'est une matière primaire qui n'a jamais été saisie et élaborée

psychiquement. À partir de ses richesses psychiques du moment, la personne aura à travailler les sensations de « dur » ou de « noir », par contiguïté, par analogie, par correspondance, par équivalence. La synthèse des deux niveaux sensoriels et représentatifs ne se fera qu'avec la survenue de l'émotion qui est le courant continu alimentant le processus de réintégration.

L'hypothèse d'une corrélation entre la rupture du courant émotionnel entre la mère et son enfant et l'interruption du processus développemental a toujours été présente dans ma pratique. Le plus souvent cette corrélation est apparue en négatif : c'est en recontactant certaines émotions que la personne pouvait réamorcer son projet intégratif et se réengager dans des conflits structurants. Au niveau du corps propre, l'émergence de l'émotion vient non pas dissoudre une tension corporelle, mais favoriser le processus intégrateur et permettre la symbolisation du corps en attente.

La somatisation motrice est liée à la rupture du courant émotionnel mère-enfant et c'est dans ce sens que je l'ai nommée *hiatus psychomoteur*.

PATRICK est un homme de vingt-huit ans. Après avoir fait des études brillantes, il a des difficultés à trouver du travail parce qu'il ne veut pas « lutter ». Toute entreprise lui semble inutile du moment qu'il sait qu'il peut le faire.

Dans cette optique idéalisée de ses capacités, Patrick reste immobile. Sa demande est de l'aider à ne plus « être trop gentil », ce qui le conduit à « faire tout le contraire » de ce qu'il veut.

Quand Patrick a commencé sa psychothérapie avec moi, il ne désirait pas de travail corporel. Il « sentait que cela ne serait pas agréable », mais il ne pouvait pas aller plus loin dans ses fantasmes. Il transpirait énormément à l'idée que je puisse « le toucher ». Dans un mouvement projectif de sueur, Patrick me disait toutes ses craintes d'un contact-intrusion de ma part.

Quelques mois plus tard, il vient à sa séance en se plaignant d'une « barre » au niveau des vertèbres lombaires. C'est une sensation de lourdeur et de gêne que Patrick connaît bien, qui apparaît et disparaît d'une façon énigmatique. Il ne s'est jamais posé de questions à ce sujet. « Je vis avec ! » dit-il. Il n'y a aucune trace radiologique correspondant à cette douleur (hormis les altérations normales des disques vertébraux) et jusqu'à présent, Patrick attribuait cette « barre » à des efforts ou à de mauvaises positions.

Ce jour-là, Patrick arrive en me disant qu'il a fait un « lien entre son mal de dos et sa mère » et qu'il veut bien « essayer » un travail corporel.

Il s'est aperçu que sa douleur lombaire s'intensifie de façon sensible après chaque week-end passé chez ses parents où des disputes fréquentes l'opposent à sa mère.

« En fait », précise Patrick en parlant de sa mère, « je dois toujours lui donner raison, sinon elle s'écroule et déprime ». Il dit en avoir assez mais il ne peut pas vraiment l'affronter.

Au niveau de son identité, Patrick oscille entre deux positions engendrées par les états affectifs de sa mère : ou il est l'enfant « bon », idéal et merveilleux, ou il devient l'enfant « mauvais » de son père (lui-même fortement dénigré).

Nous avons commencé le travail corporel en limitant le massage à la région lombaire, respectant ainsi les craintes qu'éprouvait Patrick face au contact. Il s'est cependant laissé porté par les sensations et l'image d'un rectangle de plastique translucide a émergé. Puis elle s'est transformée en un carreau d'une fenêtre. L'association imaginaire s'est poursuivie et Patrick a pu replacer cette fenêtre dans la chambre de ses parents alors qu'il devait avoir trois ou quatre ans. Dans le lit, il voit sa mère et un homme qui n'est pas son père.

Patrick se sent exclu et abandonné.

Le massage continue, la masse musculaire se détend en profondeur et dans le même cheminement de détente, Patrick descend dans son histoire affective et accède à un niveau préœdipien. L'image change. Il est toujours dans la chambre de ses parents, plus petit, il regarde par la fenêtre les marronniers dans la cour en s'appuyant sur la barre de la fenêtre. Il se penche, et soudain sent qu'on le saisit par la taille et qu'on le projette dans le vide. Il se cambre, arque ses vertèbres lombaires pour se redresser.

Puis il se sent tiré vers l'intérieur de la pièce et entend sa mère qui lui dit : « Tu vois ce qu'il peut t'arriver si tu te penches trop ? Tu peux tomber ! »

Patrick revit sensoriellement et affectivement le choc de cette intervention brutale. Il dit ressentir encore plus violemment la douleur au niveau de ses vertèbres lombaires. Il a eu très peur mais surtout n'a pas compris l'attitude de sa mère : c'est sa mère, qui à la fois le met en danger en le précipitant dans le vide et à la fois est le sauveur. Patrick revit

l'attitude paradoxale et incohérente de sa mère dans une désorientation affective.

En retrouvant sensoriellement et émotionnellement ce premier souvenir lié à la « barre » lombaire et en exprimant les affects de peur et de colère qu'il ressent, Patrick a pu faire émerger d'autres vécus d'incohérence affective et surtout des peurs liées à des réactions imprévisibles de la part de sa mère.

« On ne sait jamais comment elle va réagir. Elle peut passer du rire aux larmes, comme ça ! »

Ce que nous avons retrouvé ensemble, que ce soit en retravaillant corporellement ou uniquement au niveau verbal, c'est la façon dont sa mère l'attache affectivement à elle et le rend dépendant.

C'est une mère « double », à la fois étouffante et absente, qui passe d'une façon imprévisible d'une attitude affective à une autre. Aussi, Patrick est-il toujours dans un état de vigilance, en attente, terrifié par autrui et par la dépendance qu'entraîne la relation à l'autre.

Il donne une image de lui souriante et assurée mais en réalité il ne bouge pas, évite les conflits, est inquiet du moindre mouvement émotionnel qu'il pourrait percevoir chez l'autre et en lui. Il est dans un attachement tonico-affectif primitif avec sa mère.

Deux éléments importants ressortent de cet épisode et donnent au hiatus psychomoteur une autre dimension que la simple conversion somatique d'un conflit psychique.

— la mère de Patrick a eu une façon bien particulière de jouer son rôle de pare-excitation pour son enfant, face aux réalités extérieures. Sa grande sollicitude anxieuse la pousse dans un souci de prévenir tous les dangers, à se rendre elle-même dangereuse pour l'enfant.

Elle ne lui a jamais laissé le temps de faire des expériences qu'elle estimait dangereuses, mais elle les a toujours devancées. De nombreux épisodes analogues à celui de la fenêtre ont profondément troublé Patrick, notamment quand sa mère lui a « légèrement » brûlé la main à la cuisinière pour le prévenir de ce danger, quand elle l'a « à peine » piqué avec une aiguille pour « lui montrer qu'il ne fallait pas toucher ».

L'anxiété de la mère de Patrick, exprimée sur un mode sadique, est venue remplacer la fonction sécurisante du pare-excitation. Patrick « se méfie » de sa mère. C'est un adulte qui n'ose toujours rien dans la vie et pour qui l'expression d'un désir ou d'un choix est une torture.

— Par son incohérence et sa versatilité affective, la mère désoriente Patrick et l’immobilise. Elle crée l’illusion qu’elle seule sait ce qui est bien pour son enfant et ce qui peut lui arriver. Idéalisée, elle se pose ainsi en maîtresse absolue de la sécurité et de la vie de son enfant. Privé de ses repères personnels, Patrick perd confiance en lui, et tout en la sentant indispensable à sa survie, il perd confiance en sa mère.

À travers cet exemple clinique, un processus relationnel entre la mère et son enfant peut être mis en relief : la non-dialectisation des positions affectives de la mère entraîne chez l’enfant l’impossibilité de s’orienter par rapport à l’autre et par rapport à lui-même et entrave le processus de détachement.

Cette désorientation affective engendre un climat d’insécurité qui empêche l’enfant d’expérimenter ses tendances naturelles à la curiosité, à la découverte et au contact avec les objets et sujets environnants. À certains niveaux d’organisation, Patrick semble avoir « hérité » de cette absence de dialectique et tiraillé entre des pôles opposés, il reste immobile.

La fiabilité du thérapeute, le respect du rythme de la personne, ainsi que le rythme relationnel basé sur les échanges affectifs permettra la coordination entre eux des aspects relationnels, des sensations corporelles et des représentations. Cette série de coordinations entraîne la création d’un point d’unité psychomotrice et la « disparition par intégration » du hiatus psychomoteur.

Les lombalgies névrotiques

Boris Dolto, dans son livre *Le corps entre les mains* (1976) s’est penché sur le problème des « lombalgies psychosomatiques », maux de dos récalcitrants considérés comme des maux psychiques devant l’échec de la thérapie manuelle. Ils s’inscrivent dans une dynamique névrotique particulière qu’il nomme la « névrose lombalgique ». Cette névrose commence, chez le sujet, dès le premier accident lombo-sacré, qui peut s’oublier vite, mais qui se cristallise secondairement dès la deuxième apparition de « la » douleur, unique pour chacun et « subordonnée à la structure du Moi ».

Le sujet est alors en état d'alerte, il adopte une politique d'évitement et s'ingénie « à éviter toute sollicitation de la région lombo-sacrée ». La plupart du temps, les lombalgiques souffrent aussi, d'une façon moins importante, de cervicalgies et de dorsalgies.

Ces patients ralentissent leur rythme de vie sociale, réduisent leur activité génitale, souffrent d'un état dépressif, d'une anxiété et d'une hyperémotivité. Leur respiration est toujours paradoxale (comme les nouveau-nés), et ils ont des représentations mentales de leur rachis « cassé », « arrêté ». Ils sont très sensibles aux frustrations et se sentent visés par le destin. Ils ont une connaissance introspective de leur mal et le vivent comme une atteinte globale du Moi.

« C'est bien là, probablement la cause première de ces manifestations anxieuses, de ces angoisses, qu'on retrouve de façon si fréquente chez les lombalgiques » souligne Boris Dolto.

Ils ne manifestent pas leur colère dans leurs activités motrices, qui sont très retenues, mais les « transforment en tension... carapaces, armures ».

Devant ce genre de lombalgies, B. Dolto a l'« impression » que c'est la rotation qui est la première fonction atteinte. Rappelons-nous que la torsion est un mouvement qui s'appuie sur l'enroulement et que l'enfant n'y parvient qu'après le sixième mois. D'un point de vue psychomoteur, la torsion qui s'appuie sur l'enroulement narcissique fondamental suffisamment intégré est un mouvement d'ouverture du corps et de sociabilisation.

Le facteur relationnel est mis en avant et Boris Dolto préconise de faire baisser le tonus par des manipulations passives afin que le sujet sente le « repos actif », ce qui correspond à une hypotonie relationnelle.

Le kinésithérapeute a donc une fonction de bon objet de détente, de communication et de relance intégrative par la baisse de tension opérée. Sa fonction thérapeutique s'arrête là, celle du psychothérapeute serait de permettre d'aider la personne à faire émerger et à élaborer ses conflits internes.

Quels constats peut-on faire face à cette forme de somatisation motrice ?

Plusieurs éléments attirent notre attention : la structure du Moi est mise en cause ; la fonction respiratoire est mal intégrée et paradoxale ; la rotation vertébrale qui permet l'ouverture vers les autres et le différent est atteinte ; la grande sensibilité aux frustrations et l'anxiété signent un terrain phobique

; les tensions se transforment en carapace ; la détente induite par la relation et la communication sont thérapeutiques.

Il me semble que nous sommes, dans le cas de la somatisation motrice, en présence d'une forme d'expression stagnante et répétitive de besoins fondamentaux de reconnaissance et de sécurité, qui, une fois satisfaits, permettent au sujet de sortir de l'axe imaginaire maternel pour aller vers l'axe symbolique paternel.

Nous ne pouvons pas affirmer que les personnes qui ne souffrent pas du dos n'ont eu aucun problème relationnel précoce. Nous ne pouvons qu'observer que les hiatus psychomoteurs mettent toujours en scène ce genre de problématique relationnelle.

Tous ces éléments mettent en cause les processus fondamentaux de structuration du Moi et des relations objectales qui prennent en compte le corps réel du bébé dans son fonctionnement physiologique et relationnel avec autrui.

Le hiatus psychomoteur peut se concevoir comme une somatisation motrice :

1. en relation avec les vicissitudes communicationnelles motrices et émotionnelles précoces mère-enfant ;
2. en relation avec un problème identitaire ;
3. en relation avec un arrêt de la symbolisation du corps propre notamment au niveau du rachis.

Ces trois axes, problème communicationnel, signe d'une faille identitaire, et symptôme du raté de la symbolisation caractérisent d'une façon singulière chaque hiatus psychomoteur.

La somatisation motrice

La douleur physique a des causes palpables. Le tissu conjonctif (les fascias) atteint dans les douleurs musculaires signe la perte d'élasticité due aux contraintes d'origine physique et psycho-émotionnelle. La perte de cette élasticité est difficile à objectiver car elle se produit le plus souvent hors du champ de conscience du sujet, mais elle peut se traiter par des manipulations, des massages, des exercices de détente qui réactivent les circulations souterraines.

Le corps propre est donc toujours présent dans les hiatus psychomoteurs, alors que dans la conversion hystérique freudienne, qui signe la transgression d'une convention langagière, le champ physiologique n'est pas réellement perturbé.

Comme le dit justement Sami-Ali (1987) : « Il y a sans doute plusieurs niveaux de somatisation allant du figuré au littéral, du littéral au neutre et révélant le corps dans sa double appartenance au narcissisme et à l'en deçà du narcissisme. » Comprendre la somatisation motrice exige alors que nous nous placions devant l'ensemble du processus intégratif qui traite dans le même espace-temps tous les niveaux d'organisation du sujet.

Dans sa théorie des cuirasses musculaire et caractérielle, W. Reich (1970) conçoit une forme d'interaction entre le niveau de la somatisation motrice et le niveau du psychisme :

« Toute rigidité musculaire contient l'histoire et la signification de son origine. Il n'est donc pas nécessaire de retrouver, grâce aux rêves et aux associations, la manière dont la cuirasse se développe. La cuirasse elle-même est la forme sous laquelle l'expérience infantile continue d'exister comme agent nocif. »

Mais en assimilant ainsi le symptôme corporel au conflit psychique, il ne laisse pas d'espace pour la dimension de l'imaginaire. La vision de l'hypertonie comme moyen privilégié du refoulement de l'énergie sexuelle nous semble restrictive et ne nous permet pas d'avancer dans la compréhension d'un processus intégratif développemental.

Max Pagès (1986) propose de voir, à la source des tensions corporelles, la conjugaison « d'une part des manifestations émotives correspondant à un certain type d'images et d'affects, d'autre part, l'inhibition (le blocage) de ces mêmes émotions ».

Ce modèle de la genèse des tensions pourrait se retrouver dans les premiers mois de la vie de l'enfant, quand, dans les moments émotionnellement chargés, le bébé se trouve devant un trio traumatisant « Imago irreprésentable, affect inéprouvable, émotion inexprimable ». L'angoisse ressentie alors entraînerait « l'inhibition émotive et la suppression de l'affect » (*ibid.*).

L'idée d'inhibition émotive aide à comprendre la genèse des hiatus psychomoteurs. Dans les cas cliniques de Patrick et de Jay, c'est l'advenue de l'émotion qui délivre de la somatisation.

Dans les hiatus psychomoteurs, la tension musculaire est certes liée à une expérience infantile traumatisante, non pas comme le signe d'un conflit psychique mais comme celui d'une interruption du processus psychomoteur qui permet l'accès aux conflits psychiques structurants. Le succès de l'entreprise intégrative dépend de la sécurité émotionnelle qui s'installe entre le bébé et son environnement et c'est la rupture de ce courant de communication qui entraîne une rupture du processus intégratif.

La question de la symbolisation du corps se pose comme une évidence et je n'ai pas la prétention d'y répondre, mais nous pouvons l'aborder d'une manière particulière à travers la compréhension des hiatus psychomoteurs.

Si la symbolisation correspond au besoin qu'a le sujet de se détacher d'un corps sensorimoteur pour se le représenter, pourquoi a-t-il ce besoin ?

Si la symbolisation c'est le passage d'un lieu personnel à un autre lieu partageable avec autrui, que symbolise-t-on dans le corps ? Tout le corps ou certaines parties plus prégnantes structurellement et affectivement ?

Si symboliser, c'est renoncer à une toute-puissance sensorielle qui est une preuve vivante de ce que l'on est et qui veut se manifester sans effort, pourquoi tenter sans cesse de surmonter cette difficulté ?

Si symboliser, c'est accepter la différence et la formuler, c'est accepter l'autre comme personne différente de soi qui peut entendre du soi, alors quelles sont les deux parties différentes qu'on réunit pour n'en faire plus qu'une et qui prend un sens partageable par tous ?

Qu'est-ce qui appartient au sujet en propre et qui devient chose de tous ?

Une réponse globale serait le besoin phylogénétique de l'homme d'assurer une cohérence et une cohésion entre les sphères motrice et psychique.

Devant une tension corporelle, nous ne sommes pas devant un conflit psychique dans lequel s'opposent des exigences internes contraires, ni devant un conflit purement musculaire. Nous faisons face à un conflit entre les exigences du corps moteur qui demande à être intégré dans la sphère de la psyché et les exigences de la psyché qui demande à être élaborée en étayage sur un terrain tonique adéquat, c'est-à-dire ni sous-stimulé, ni sur-stimulé.

Le conflit se situe donc entre deux exigences intégratives concomitantes et interdépendantes. Devant ce conflit psychomoteur qui ne peut être traité,

le sujet adopte une politique d'attente d'une reprise du processus d'intégration psychomotrice et il patiente (*passio* = souffrance).

Si le conflit névrotique s'exprime par l'alternance « a ou non-a » et l'impasse par « a ou non-a et ni-a ni-non-a » (Sami-Ali, 1990), la somatisation motrice nous plonge dans la genèse même de ces deux propositions. Avant même que les positions extrêmes s'opposent ou s'annulent, c'est-à-dire aient eu le temps d'une intégration suffisante pour s'identifier mutuellement, la demande interne intégrative qui ne peut se passer de la dialectisation des positions opposées, s'énonce par « a et non-a ».

L'interruption du processus intégratif favorise la stase et l'amalgame tonico-affectif. Ces deux aspects de rupture et d'amalgame définissent les dysfonctionnements psychomoteurs.

LYDIA a trente-huit ans. Elle désire faire un travail psychocorporel pour faire disparaître une douleur chronique à la nuque qui s'est installée depuis des années.

Quand je masse cette partie, Lydia dit « C'est tout noir ».

« C'est comme la nuit, je n'y vois rien. J'ai toujours eu mal au cou depuis... je ne sais plus. J'ai l'impression qu'elle est là depuis longtemps. »

Elle se laisse dire tout ce qui, dans sa sphère mentale et corporelle, se réfère au noir : « Dès que j'ai mal... je fais beaucoup de rêves en ce moment... je revois ma maison quand j'étais petite... je me relevais plusieurs fois pour vérifier que le gaz était fermé, j'ai toujours eu peur du gaz... le noir, c'est lié à la peur. »

Elle évoque d'autres souvenirs, d'autres terreurs enfantines. Elle pleure et se sent soulagée.

La séance suivante, nous reprenons le travail sur la même partie corporelle. Le thème de la solitude apparaît.

Elle se laisse imaginer : « C'est dans un pays froid. Il y a une maison et un homme qui montre la maison. J'ai peur, je suis toute petite. L'homme a une toque de fourrure. J'entre dans la salle, elle est vide, tout le monde est ailleurs. »

Lydia se sent seule. Elle pleure et dit qu'en ce moment, elle ressent une grande solitude.

La séance suivante, Lydia m'annonce qu'elle « n'a presque pas eu mal au cou cette semaine », et qu'elle sent que « ça va disparaître ». Nous reprenons le travail de massage.

Cette fois-ci la douleur est représentée par un « crochet ». « C'est un crochet qui attache une barque sur le bord de l'eau. Je monte dans le bateau. Devant moi, il y a une masse noire qui me fait peur... Elle tombe à l'eau et essaie de s'accrocher au bord... »

Lydia me dit qu'elle panique. Elle pleure, puis reprend : « Je détache le crochet et la forme disparaît... Je suis sur la rive maintenant mais la masse est toujours dans l'eau. C'est comme un animal avec des grandes ailes noires... »

Lydia s'arrête à nouveau. Je lui demande ce qu'elle a envie de faire dans cette situation.

Elle reprend : « Je peux la mettre dans un panier à salade où elle sera prisonnière. C'est mieux, mais je me sens quand même en danger... Je ne vois plus la même chose, maintenant c'est une étoffe qui ressemble au manteau d'un de mes profs de maths qui me faisait la cour. Je me souviens, ça me faisait peur. »

Le massage s'arrête et la séance se poursuit sur un mode plus verbal.

Quand Lydia revient la semaine suivante, la douleur avait totalement disparu.

Cette séquence met en évidence le passage d'une sensation brute à la représentation dans le processus thérapeutique :

— de l'équivalence sensorielle primaire douleur = noir = nuit, Lydia passe à l'expression d'un affect douleur = noir = nuit = peur = froid = solitude puis à une représentation de la douleur = le crochet, et ensuite à la mise en scène plus élaborée = la masse noire qui devient un animal puis un tissu et enfin le manteau d'un homme séducteur.

Il semble que quatre niveaux soient mis en cause dans cette évolution des images et fantasmes : le niveau tonique, le niveau sensoriel, le niveau affectif et le niveau représentatif.

Ces deux cas cliniques nous montrent également :

— que la compréhension de la douleur musculaire tonique, le hiatus psychomoteur, peut s'aborder à partir du niveau représentatif, qui est le niveau le plus élaboré psychiquement, ou de la sensation tonique qui est le niveau le plus primaire ;

— que la peur semble être un élément prédisposant à l'arrêt du processus intégratif ;

— que les attitudes maternelles paradoxales ou angoissantes de la mère (Lydia évoquera également une mère alternativement gaie puis dépressive) ont un rôle à jouer dans l'intégration psychomotrice de l'enfant.

Dans toutes les situations de travail corporel basées sur les massages, les tensions corporelles se retrouvent liées à des sensations de dur, de froid, de désagréable, de gêne ou d'anesthésie. Le terrain sensoriel dur et tendu est souvent lié à un sentiment de solitude, de tristesse, de confusion affective.

Les images issues de massages de parties corporelles contracturées sont souvent évoquées ainsi :

« Ma jambe droite est comme du bois » ; « On dirait qu'il y a une barre métallique à l'intérieur de ma cuisse » ; « C'est une partie froide de moi » ; « La partie gauche de mon corps est sombre, la partie droite est lumineuse. »

Par contre quand la détente corporelle et psychique peut être ressentie et acceptée, il est alors question de chaleur, de luminosité, de douceur, de sensations agréables, de représentations agréables, de relâchement voire d'endormissement.

Quand le travail thérapeutique se fait verbalement sans support sensoriel tactile, la dimension fantasmatique des états toniques est prédominante.

Les représentations sont typiques : « Je sens que je deviens dur comme de la pierre » ; « J'ai un mur autour de moi » ; « Je ne sens plus rien, je suis en béton » ; « Ça y est, je suis en train de me blinder » ; « Quand on me fait ça, je me raidis intérieurement et c'est fini, plus rien ne rentre ni ne sort » ; « Tout s'est vidé dans ma tête » ; « Je m'enferme ».

C'est essentiellement la dimension fantasmatique de la tonicité dure qui est évoquée. Les fantasmes concernant la douceur de l'hypotonie ne sont abordables qu'après un long processus thérapeutique. Les deux états de tension et de détente qui s'accompagnent de plaisir et de déplaisir sont les deux principaux points de repère élémentaires à partir desquels les personnes s'orientent corporellement et affectivement. La suite du processus thérapeutique est venue confirmer que ces deux états de tension-dureté et détente-douceur étaient des états-repères primitifs qui pouvaient étayer d'autres niveaux psychiques, s'élaborer, se complexifier en s'associant à des souvenirs.

Une correspondance s'est imposée alors entre ces états-repères et les états toniques primaires du bébé, l'hypertonie périphérique dure et

l'hypotonie centrale molle. Était-ce là que se jouait le processus d'intégration psychomoteur ?

Une pratique de l'aïkido et du rolfing, dont les dimensions du mouvement et de la sensation sont fondamentales, m'ont aidée à compléter cette expérience psychocorporelle qui a été le support pratique et sensoriel de mon élaboration intellectuelle. Devant des difficultés inhérentes à mon propre processus de développement et un besoin de distanciation qui s'imposait pour passer à l'écriture, j'ai arrêté momentanément cette forme de travail psychocorporel et l'ai poursuivi d'une manière discursive. À partir de cette période, mon attention s'est portée sur la fantasmatisation des sensations toniques et sur l'évocation de la dynamique des pôles d'opposition que la personne présentait.

Avant de poursuivre l'élaboration théorique du processus d'intégration, une synthèse des précédents chapitres s'impose sous cette forme :

— pour assurer notre identité d'être psychomoteur, nous avons dès la naissance à intégrer toute la structure et la dynamique de notre organisation motrice à partir de la mise en rapport et de la dialectisation des positions toniques primaires, — c'est parce que la tonicité est un élément limite psychocorporel que le système d'intégration moteur sert la construction du psychisme.

LE SYSTÈME D'INTÉGRATION

Les états toniques primaires

À la naissance du bébé, l'immatunité neuromotrice qui sert le projet phylogénétique psychomoteur se présente sous la forme d'une bipolarité tonique : l'hypertonie des membres et l'hypotonie des muscles de la colonne vertébrale. De ce fait, le bébé ne tient pas sa tête dans l'axe de sa colonne vertébrale ni ne s'assied. La maturation neurologique entraîne, si l'intégrité du système nerveux est respectée, la diminution de l'hyperflexion des membres vers deux mois, la tenue correcte de la tête vers le troisième mois et une équilibration globale des deux pôles toniques autour du sixième mois. L'automatisme et le bon équilibre dans la marche ne s'acquièrent que vers deux à trois ans, puis vers sept ans la marche atteint la maturité adulte.

Doté de ce système tonique, l'enfant, pendant les premières semaines de sa vie, répond aux stimulations internes et externes par une réaction motrice réflexe qui se réalise sur un terrain hypertonique.

L'effervescence motrice du bébé est la preuve de sa vie affective et nous pouvons en déduire que la réaction corporelle et la réaction affective sont amalgamées.

Quand on calme un bébé en le prenant dans les bras, c'est la satisfaction de ses besoins fondamentaux (nourriture, relation, amour) qui fait chuter l'hypertonie. L'hypotonie vécue par l'enfant est ressentie dans le passage d'une position tonique contracturante à une autre position tonique moins active. L'enfant vit la perte d'une sensation désagréable et l'advenue d'une sensation agréable qui se lie à la relation.

À cette première forme de dualité corporelle tendu-détendu associée à la relation, s'ajoute la dualité physiologique des deux éléments internes au corps propre, l'hypertonie périphérique et de l'hypotonie axiale.

Ces deux axes physiologique et relationnel se cumulent en quelque sorte et sont indissociables dans les réactions affecti-vomotrices du bébé. Dans toutes les réactions aux stimulations, l'hypertonie de besoin se trouve amalgamée à l'hypertonie physiologique et de même, l'hypotonie de détente est amalgamée à l'hypotonie rachidienne.

Deux grands champs toniques se constituent d'emblée, une périphérie hypertendue née de tensions internes (besoins) et externes (stimulations) et un intérieur détendu lié à la satisfaction des besoins et à l'hypotension du rachis.

Le nourrisson évolue ainsi entre un extérieur tendu et dur et un intérieur détendu et mou. Ce sont les deux états toniques primaires qui organisent la vie du bébé dans les premières semaines de sa vie.

Tout le processus intégratif visera la différenciation des deux champs moteur et affectif puis leur alliance nouvelle subjective dans des liens psychomoteurs singuliers.

Nous pouvons donc dès maintenant raisonner en systèmes d'intégration et distinguer quatre niveaux d'organisation qui mettent en rapport et en dialectique des pôles opposés : le niveau tonique, le niveau sensoriel, le niveau affectif et le niveau représentatif. Un cinquième palier, qui est celui du langage s'étayera sur ces quatre premiers niveaux de connaissance de soi et d'autrui.

— *Le niveau tonique*

La sphère motrice peut être décrite comme un ensemble de dynamiques qui met en rapport des positions opposées : la dialectique des dynamiques inversées du squelette et de l'action musculaire ; celle des couples agonistes-antagonistes qui assure l'efficacité des mouvements ; la dialectique des rotations au sein du schème de base qui assure la structure et la spatiotemporalité des praxies fondamentales.

Cet ensemble de jeux relationnels entre instruments corporels est géré, chez le nourrisson, par le couple d'opposition tonique fondamental : l'hypertonie des membres et l'hypotonie du rachis.

Hormis les sensations intéroceptives qui ne sont pas au centre de la théorie de la psychomotricité, les premières sensations qui inondent l'enfant qui se meut dans l'espace, sont issues du système proprioceptif. La tonicité qui conduit les réponses de l'ensemble musculotendineux à toute

stimulation, peut être considérée comme le premier palier du système intégratif.

Face à ses besoins et stimulations internes et externes, la seule voie d'expression du bébé passera par des actes moteurs, comme des mouvements, des pleurs, des cris et des signaux émotionnels. L'enfant est alors à un niveau hypertonique que la présence de la mère et la satisfaction des besoins feront chuter. Il passera ainsi d'un pôle hypertonique lié affectivement à l'absence d'autrui à un pôle hypotonique lié à sa présence.

Le premier niveau tonique oscille donc entre deux couples tendu-détendu qui se croisent et s'associent :

- l'hypertonicité périphérique + l'hypertonicité d'absence de la mère ;
- l'hypotonicité axiale + l'hypotonicité de présence de la mère.

L'enfant vit l'alternance des deux pôles toniques et intègre le rythme relationnel.

Chez de nombreux enfants qui viennent consulter, les difficultés d'endormissement sont importantes. Certains parents racontent qu'ils « se réveillent au moment de se coucher », qu'ils trouvent toutes les astuces pour se relever « dix, quinze, vingt fois pour boire, faire pipi, ouvrir la porte plus ou moins grande, tirer les rideaux, placer un objet dans la pièce » ; ils ne peuvent s'endormir que sur le canapé du salon, devant la télévision, ou dans la pièce occupée par les autres membres de la famille. Ces enfants expriment par ce comportement les vicissitudes de cet apprentissage du rythme primaire tension-détente psychocorporelle lié à la présence-absence d'autrui.

Les difficultés autour du sommeil, pôle de détente physiologique opposé au plaisir, pôle de détente relationnel, sont choisies par l'enfant pour signifier à autrui ses difficultés d'intégration des pôles opposés du niveau tonique et des attributs relationnels qui leur sont liés.

L'expression par l'enfant de ses représentations phobiques et l'expression par la mère de certaines de ses difficultés communicationnelles par rapport à son enfant dans ces moments précis, permettent la plupart du temps, la réinstallation de l'enfant dans son lit.

Entre le niveau tonique et le niveau de la représentation de la présence-absence, existe le niveau de la sensation qui s'étaye sur la dualité tonique.

— *Le niveau sensoriel*

C'est parce que la motricité est mise en jeu dans tous les autres systèmes sensoriels que nous pouvons considérer le couple d'opposition tonique comme le niveau de base du système intégratif. La contraction d'un muscle entraîne son durcissement et son raccourcissement, alors que la détente apporte allongement et mollesse. Suivant ses états toniques, l'enfant passe de l'hypertonie dure et désagréable à l'hypotonie molle et agréable.

Les sensations toniques donnent la tonalité vibratoire à toutes les expériences sensorielles que vit l'enfant. Prenons la tétée qui est un moment important de la vie de l'enfant : si les conditions affectives et environnementales sont satisfaisantes, l'enfant sera détendu et le lait sera bu dans un état d'hypotonie ; le lait chaud s'associera à la détente, au calme, au mou, au chaud. La famille du mou va ainsi se constituer à partir de sensations agréables : clair, chaud, doux, moelleux, lumineux, sonorités douces, etc.

Si l'enfant tète alors qu'il a attendu trop longtemps et qu'il a dépassé son seuil de tolérance à la frustration, si l'ambiance affective qui accompagne ce moment relationnel est perturbé (bruits, une mère dépressive qui ne regarde pas son enfant, ou une mère en difficultés psychiques qui le nourrit en même temps de son angoisse, une mère qui parle à quelqu'un d'autre et s'occupe de l'enfant mécaniquement...), le lait sera bu sur le mode de la tension dure corporelle.

La famille sensorielle sera celle du dur, du désagréable, du froid, du noir, du rugueux, de l'amer, etc.

La tétée est un exemple de situation particulièrement propre à l'intégration des sensations, mais il en sera de même à chaque moment de la vie du bébé. Sur l'appui tonique tendu-détendu des premiers moments de la vie, se déterminent les deux grandes familles sensorielles dur-mou, dont la trame de base reste toujours conditionnée par l'opposition plaisir-déplaisir : dur-mou, fort-doux, froid-chaud, amer-sucré, mouillé-sec, sombre-lumineux, rugueux-lisse, noir-blanc.

Les études des compétences et des performances du nouveau-né témoignent de sa sensibilité phylogénétique à percevoir les extrêmes sensoriels. Il montre plus d'intérêt pour un objet blanc et noir que pour un carton gris (Appleton, 1975).

Frances Tustin (1984, 1989) dans ses travaux sur l'autisme psychogénétique met en évidence le stade élémentaire du premier couple d'analyse sensorielle, dur-mou sur lequel vivent ces enfants. Ils restent ainsi bloqués dans leur processus de développement en adéquation vitale avec des objets durs et des formes molles. La dualité physiologique innée ne s'est pas associée avec la dualité relationnelle, et ces enfants n'ont pas pu bénéficier des effets intégratifs, tels que le passage d'un niveau à un autre, l'apparition des tendances et des valeurs intermédiaires, la création de l'imaginaire, la symbolisation et la communication. De l'unité psychocorporelle du début de la vie, les deux paliers toniques et sensoriels ont pu émerger mais le processus semble s'être altéré ou interrompu dans l'étayage du palier suivant qui est le palier affectif.

— *Le niveau affectif*

Quand un bébé est dans un état d'irritation, il bouge, se tend, se détend, puis il commence à gémir, à pousser des petits cris, il entame des pleurs, puis s'engage entièrement dans des cris d'appel qui se transformeront en hurlements de rage, de souffrance. Dans ces moments-là, l'enfant a une connaissance tonique du muscle tendu voire tétanisé, une connaissance sensorielle de la dureté de son corps et il vit des états affectifs de déplaisir plus ou moins angoissants.

La détente corporelle survient avec la présence et s'accompagne de satisfaction.

Nous sommes en présence du couple affectif d'opposition satisfaisant-insatisfaisant qui s'accompagne de plaisir ou de déplaisir.

L'étayage du palier affectif sur les paliers précédents et son émergence active peuvent apporter quelques éléments de compréhension de la rupture du processus intégratif de l'autisme.

Pour que les deux premiers paliers tonique et sensoriel puissent étayer le palier de l'affect, la présence d'autrui est impérative. Le passage du niveau sensoritonique au niveau affectif est un passage d'un état de précommunication à un état de communication.

Le scénario de ce passage ressemble à celui-ci : le nourrisson pleure, la mère alertée arrive, elle parle à son enfant, souvent avant même de le prendre, puis le porte et entame un dialogue basé sur le courant vibratoire

issu des intonations de voix et de gestes ; elle lui dit ce qui s'est passé pour elle et pour lui :

« Là, allons, mon bébé, calme-toi, je suis là... Tu vois dans quel état tu te mets... J'étais occupée, je ne t'ai pas entendu tout de suite, alors tu es en colère, etc. » À son niveau, le bébé répond à sa mère en sanglotant, puis en arrêtant de pleurer, en remuant. Chacun des deux partenaires participe à la transformation de la réaction tonicosensorielle de l'enfant-l'intervention de la mère en un système de communication. Ceci est un exemple et il vous est possible d'en trouver mille autres.

Ce qui me paraît très important dans cette situation de passage d'un palier à un autre, c'est le fait que la mère *nomme l'état affectif* de son enfant « tu es en colère », et *son propre état* « occupée ».

L'enfant perçoit les vibrations sonores douces qui veulent détendre et apaiser, et sur cet appui vibratoire, l'enfant va pouvoir intégrer la réponse de celle-ci. La mère et l'enfant sont dans un courant émotionnel qui a permis la communication.

Les variations toniques et sensorielles prennent une valeur affective et communicationnelle. La cohésion et la cohérence psychosomatique s'enracinent sur ces paliers d'étayage.

L'affect n'est pas donné d'emblée à l'enfant ; il en a seulement une préconnaissance tonique et sensorielle. C'est la mère qui parle l'affect du bébé : « Je sens que tu es en colère » ; elle s'appuie sur ses propres ressentis pour introduire l'enfant dans l'espace de la communication. C'est la mère, qui à partir de ses propres niveaux intégrés peut introduire l'enfant dans le monde du signifiant en lui permettant d'étayer sur ses paliers corporels ses paliers psychiques.

Les personnes qui vivent des difficultés d'étayage entre le palier tonicosensoriel et le palier affectif expriment des difficultés communicationnelles importantes avec leur entourage et antérieurement avec leurs parents.

« Ma mère n'était contente que quand on mangeait » dit Armelle, « sinon, je ne savais pas ce qu'elle pensait. Elle n'exprimait jamais ses sentiments ! Je n'ai jamais su si elle était heureuse ou pas ». Armelle est elle-même dans ses relations quotidiennes devant des blocages d'expression affective importants. Sa seule façon de « dire » si elle va mal est de se précipiter sur la nourriture.

« Je n'arrive pas à exprimer ce que je ressens. Je ressens tout très fort, ça me rend malade... je crois que je voudrais que les gens devinent ce qui se passe en moi, ça m'aiderait. Moi, je n'arrive pas à parler. » Serge est ce que sa famille nomme « un grand émotif ». Il rougit, transpire et tremble devant des situations qui paraissent anodines. L'expression affective simple de ses ressentis est quasiment impossible. Son corps tonique et sensoriel s'exprime d'une façon exagérée alors que les mots libérateurs n'émergent pas. Serge n'a pas été « affecté » à la communication, introduit et nommé par sa mère qui était très dépressive et en difficultés d'expression de sa propre souffrance. Les carences intégratives de sa mère n'ont pas permis que l'apprentissage de ses affects se fasse dans un courant émotionnel vibrant. L'accès de l'enfant au palier affectif n'est possible que si la mère est suffisamment disponible psychiquement et physiquement pour maintenir un courant émotionnel entre elle et son bébé. Les propres niveaux intégrés de la mère sont mis en jeu. Sur le niveau affectif communicationnel, satisfaisant-insatisfaisant, s'étaye le niveau des représentations.

— *Le niveau représentatif*

C'est souvent à partir d'une clinique d'états non intégrés ou peu intégrés, comme les états psychotiques, que nous supposons ce que peuvent être les premières ébauches des représentations que se fait le bébé du monde extérieur et de son monde interne. Les terreurs des enfants nous permettent de comprendre que les monstres, les volcans qui explosent, le sang qui coule partout sont des représentations effrayantes, noires et dures de certains éléments de la vie. Par contre les représentations agréables et satisfaisantes, douces et molles semblent plus difficiles à exprimer que ce soit chez les enfants ou chez les adultes. Elles sont traduites plutôt par un climat sensoriel ou des évocations de « bons » souvenirs et de paysages.

Nous ne connaissons pas la qualité des représentations que se fait le bébé de son soi et d'autrui et à partir de quel moment il a des représentations claires. Est-ce au moment de l'acquisition du langage, dès qu'il peut nommer les choses ? Faut-il un objet complet pour qu'il y ait représentation ?

Devant ces questions, nous choisissons de parler de préreprésentations. Elles apparaissent dès la naissance dans l'amalgame primaire créé par la stimulation interne et externe.

Le bébé a donc des préreprésentations amalgamées de soi et de l'objet. Mais très vite, dès les premiers jours de la vie, le processus d'intégration fondé sur la dualité tonique, va séparer l'objet et le soi en deux : une bonne partie, une mauvaise partie. Grâce à la dialectique des deux extrêmes, des positions intermédiaires vont naître et l'objet entier, ambivalent pourra exister dans le psychisme de l'enfant.

C'est Mélanie Klein (1935-1946) qui a décrit les modalités des relations d'objet spécifiques aux quatre premiers mois de la vie : l'objet est d'une part un objet partiel et d'autre part il est d'emblée clivé entre le « bon » et le « mauvais ».

Sur le modèle de l'organisation motrice qui offre un morcellement du corps en schèmes de base unitaires, l'objet et le soi sont partiels. La bipolarité psychique est immédiate, elle s'étaye sur la dualité tonique et intéresse le Moi et l'objet. Aussi, des expériences pénibles pour le bébé donneront des représentations dures, noires, insatisfaisantes et mauvaises du Moi et de l'objet. À l'opposé, des expériences agréables généreront des représentations du Moi et de l'objet douces, agréables, bonnes et satisfaisantes.

La mère « occupée » dans une autre pièce est un mauvais objet qui frustre, fait attendre, durcit le corps de l'enfant. La mère présente et satisfaisante devient à l'opposé un bon objet qui gratifie, qui soulage et qui se ressent dans le mou et la détente tonique.

La mère est pour l'enfant immédiatement gratifiante et frustrante. Elle n'est pas encore un objet total dans la mesure où la dialectique des positions extrêmes n'est pas active. C'est une mère amalgamée à deux niveaux : selon le niveau hyper-hypobonne-mauvaise et selon le niveau TSAR (tension, sensation, affect, représentation). La dynamique intégrative permettra le jeu entre hyper et hypo et le jeu entre les quatre paliers de préreprésentations.

Je propose donc de donner au clivage psychique étudié par M. Klein des racines corporelles innées basées sur une dualité tonique à la fois physiologique et relationnelle.

AURÉLIEN, dix ans, « manque de confiance en lui » disent ses parents. « Il fait bien tous ses devoirs et apprend ses leçons à la maison, mais dès qu'il est à l'école, c'est fini. » Aurélien a déjà redoublé deux fois et son échec scolaire le laisse très éprouvé. Il parle peu mais s'exprime d'une façon

précise. Je le sens très retenu avec une forte compression interne. Il veut être pompier plus tard et pense réussir. Le choix de sa profession est assez explicite dans le contexte actuel.

« Pour moi, la vie c'est dur », dit-il. Quand je lui demande quel sentiment il peut associer à cette dureté, il répond « c'est douloureux » et la représentation de ces niveaux est « j'ai envie de partir ». Il ajoute : « Des fois, j'ai envie de mourir pour savoir ce qu'il y a après »... « par curiosité », s'empresse-t-il de dire, « ça doit être blanc ».

Sur des sensations corporelles dures se sont étayés le sentiment « douloureux » et les représentations de départ et de mort. Les représentations de la vie et de la mort s'opposent dans le sens de l'histoire d'Aurélien : à la vie noire et dure s'oppose la mort blanche et la libération de sa douleur.

À chaque niveau, un pôle est ainsi identifiant pour l'autre et régulateur de la position de l'autre.

L'intégration des extrêmes se pose donc comme une nécessité et comme un processus d'identification primaire qui permettra l'établissement des limites à tous les niveaux d'organisation.

Les quatre paliers, s'ils sont suffisamment assurés, s'étayent progressivement les uns sur les autres dans une continuité temporelle. Chaque stimulation interne ou externe sera intégrée à partir de ces paliers analytiques et constituera des unités événementielles pour l'enfant et des épisodes cohérents d'une expérience.

L'élément essentiel de cette intégration est la relation avec autrui afin que naisse le désir qui identifie le sujet.

Le rythme intégratif

Si la bipolarité est innée et immédiate, l'intégration des deux positions extrêmes, c'est-à-dire leur mise en rapport et leur dialectisation qui donnent accès à l'ambivalence est dépendante d'un rythme relationnel satisfaisant.

Le terrain réflexe physiologique, les réactions en tout ou rien, ainsi que la dualité des tensions permettent à l'enfant de ressentir clairement, d'une façon innée, les deux pôles opposés. Un fond intégratif est ainsi assuré physiologiquement par les pôles toniques extrêmes dur périphérique et mou central et il se complète de la dualité hyper-hypo-relationnel.

Il est donc nécessaire qu'un enfant pleure, sente son corps se tendre et se durcir dans l'hypertonie

extrême de colère et de rage liée à la frustration pour assurer le pôle extrême dur. Il est également nécessaire que l'enfant vive des moments de détente extrême et de satisfaction comme dans la tétée, moment de détente à la fois physiologique et relationnelle.

Entre ces deux extrêmes, entre la souffrance et le plaisir, l'enfant se constitue en tant que sujet.

Comme l'écrit D. Meltzer (1967), « c'est au sein de l'expérience rythmique répétée de destruction et de réparation, de désespoir et d'espoir, de douleurs et de joies psychiques, que prend naissance l'expérience de la gratitude, à partir de laquelle se forge le lien d'amour et de sollicitude envers les bons objets ».

La sécurité émotionnelle qui assure la réussite du processus intégratif repose sur les rythmes organiques du cœur, de la respiration (Bloch, 1972, 1986), du péristaltisme, et sur les rythmes relationnels qui engagent la présence d'autrui.

Si la rythmicité organique fonctionne dès la naissance, celle qui est fondée sur les relations demande souvent un apprentissage de part et d'autre : le bébé peut mettre trois ou quatre jours avant d'établir son rythme de succion alimentaire. Quels qu'ils soient, les rythmes biologiques et relationnels sont dotés d'une qualité de plaisir, lequel s'enracine dans la disposition symétrique, la périodicité et l'organisation dans le temps qui assurent un sentiment de continuité de vie.

Quand le rythme relationnel absence-présence de la mère s'accorde aux capacités de contention des stimulations de l'enfant, une sécurité intégrative est assurée. La mère suffisamment bonne, et pourrait-on ajouter suffisamment mauvaise, ne laissera pas son enfant dépasser un certain seuil de manifestations émotionnelles et ne comblera pas l'enfant de son propre désir.

L'enfant qui a été satisfait veut retrouver cette satisfaction. Le besoin et le désir sont impérieux au début de la vie. Puis, l'intégration rythmée de la présence-détente de la mère permet au bébé de se réveiller et d'attendre dans son berceau de longues minutes avant de pleurer son besoin. Il sait que sa mère va venir le satisfaire. En la voyant arriver, l'enfant tremble de plaisir et de désir.

Le dur primaire, exigeant, lié aux besoins prend d'autres dimensions tonique, sensorielle, affective et représentative que le dur du corps tendu par le désir. Le besoin lié au pôle dur-physiologique se différencie du désir lié au pôle dur-relationnel. C'est le début de la différenciation entre soi et autrui.

Nous pourrions dire, d'une façon un peu schématique, qu'une mère qui survient à tous les besoins de son enfant avant même qu'il ait pu en exprimer la tension, engage son enfant dans des positions identitaires mal définies par intégration insuffisante des extrêmes. Une mère qui laisse son enfant dépasser son seuil de tolérance à la stimulation, l'entraîne à vivre l'intégration unilatérale du pôle dur et le déséquilibre complet des autres paliers d'intégration. Une mère qui passe trop rapidement de la frustration à la satisfaction engage l'enfant à vivre une instabilité émotionnelle et des intégrations anarchiques.

Séverine, trente ans, vit dans un état d'inquiétude permanent. Elle ne sait jamais si ce qu'elle fait est

« bien ». Elle se culpabilise sans cesse et se remet en question, tourne en rond et ne trouve aucune solution à ses problèmes. Elle « prend » pour elle toutes les réflexions des personnes qui l'entourent. Séverine me rencontre et me demande de l'aider à ne plus vivre dans cette ambiance persécutrice.

« Mes parents ne m'ont jamais mis ni freins, ni limites. Je mélange tout, le rêve et la réalité. Je doute de tout ce que je ressens. Je ne peux m'accrocher à rien, qu'aux sensations... c'est mon seul point de repère !... Je voudrais les vivre fort. Mon seul refuge est le sommeil. »

Le père de Séverine est très dépressif et sous traitement médicamenteux depuis des années. Quant à sa mère, elle s'occupe fébrilement et maternellement de son mari et de sa vieille mère sans vraiment s'intéresser aux vécus affectifs de sa fille.

Si nous comprenons la souffrance de Séverine du point de vue intégratif, les extrêmes sensoriels ne semblent pas suffisamment intégrés et un défaut des limites s'inscrit dans la vie de la jeune femme. Il a manqué à Séverine la parole de la mère qui nomme les états affectifs et met ainsi des limites, des formes aux ressentis sensoritoniques et à la matière.

MARIE vit des relations amoureuses très difficiles avec un homme depuis de nombreuses années.

« Avec T. c'est magique ou sordide. C'est un homme adorable, fantasque, imprévisible, surprenant... ou alors c'est le dernier des c... ! Je ne me suis jamais ennuyée avec lui, mais j'ai vécu dans la peur. »

Marie fonctionne également en « tout ou rien ». Elle peut changer d'état d'humeur très vite sans en connaître la raison : « Je passe du tout au rien !... Je crois que ça sert à baisser la tension... L'un chasse l'autre ! »

Les deux pôles primaires ne se sont intégrés dans un rythme satisfaisant. L'inversion brusque des toniques a entraîné une bascule des autres paliers affectifs et représentatifs.

Marie parle de la « peur » dans laquelle elle vit ses relations amoureuses ; la peur est la conséquence du passage brusque entre deux attitudes affectives de son ami mais elle est également l'élément qui a favorisé le dérythmage du processus d'intégration. Nous en parlerons plus longuement dans le chapitre 12.

CORINNE passe sans cesse de l'amour à la haine.

« Des fois, j'arrive à un point d'une haine si terrible que j'ai peur et puis après je bascule dans l'autre sens et mon mari m'apparaît complètement différent ! Le moindre petit truc qu'il me fera et je rebasculerai... » Les états toniques primaires n'entrent pas dans une dialectique qui permettrait les états intermédiaires, les ajustements affectifs des deux personnes et l'ambivalence des sentiments.

Les vicissitudes de la dynamique intégrative sont nombreuses et entraînent des conduites et conflits affectifs compliqués qui se complexifient encore davantage avec les relations parents-enfants et les autres expériences de la vie.

Chez certains sujets l'enchevêtrement des positions affectives est tel, qu'un travail de catégorisation est nécessaire pour que les deux pôles primaires apparaissent et se posent comme limites extrêmes. La reprise du processus intégratif se fera à partir de la mise en rapport des ces pôles.

Les personnes qui ont souffert de relations précoces destructrices ont souvent une compréhension de la vie à partir du pôle hypertonique, dur, noir, sans plaisir. Ce pôle peut devenir un élément d'identification : « C'est par la souffrance que je suis. Là, je sens que j'existe ! » « Je ne peux pas tenir l'amour ! Je ne suis pas fait pour ça ! »

Le rythme intégratif permet qu'un pôle identifie l'autre. Le dérythmage provoque une causalité entre les deux pôles, et le pôle dur devient la conséquence du pôle mou au lieu d'entrer avec lui dans une dialectique féconde.

Certaines formes de morale favorisent cet accident intégratif : après le plaisir, la punition est la souffrance.

ISABELLE est très inhibée à de nombreux niveaux d'organisation de sa personnalité. Elle raconte : « Si on rit, il va arriver un malheur, disait ma mère. » Isabelle n'a pas de plaisir, elle est donc une femme « honnête » pour sa mère.

Ce faux sens du jeu plaisir/souffrance peint la vie en noir. Il réduit les capacités d'exploration et de découverte du monde environnant.

L'intégration du corps organisé

Les extrêmes sensoriels permettent l'intégration des coordonnées géométriques et spatiales de toutes les parties du corps, en fonction des situations émotionnelles du moment.

Au niveau même de la structure du schème de base, nous avons vu que la main s'oppose à la tête, la tête s'oppose au bassin, le pied s'oppose au bassin. La coordination des schèmes de base entre eux permet le croisement des couples entre eux : le couple d'opposés main-tête croise le couple pied-bassin, le couple tête-bassin croise le couple main-tête.

Chaque partie du corps prend ainsi son identité topologique et topographique par rapport à une ou plusieurs autres parties : dans les dessins d'enfants, les pieds sont toujours plus bas que la tête, la tête est plus grosse que les mains, etc.

La sphère de la tête s'oriente par rapport à la sphère du bassin ; l'ouverture de la bouche s'identifie dans son rapport avec l'ouverture des sphincters ; la sphère de la tête se situe par rapport à la sphère de la main ; l'ouverture de la bouche se situe par rapport à l'ouverture et fermeture de la main (la main-bouche, — F. Dolto, 1987) ; la sphère du bassin se situe par rapport à la sphère du pied ; l'ouverture des orifices se situe par rapport à la fermeture et ouverture du pied.

Si tout se passe bien dans la relation, ce sont des rapports topographiques et topologiques élémentaires qui vont se complexifier en

fonction de la coordination motrice et des relations affectives.

Le *schéma corporel*, dépendant de l'intégrité neuromotrice, va se construire et se définit comme la connaissance affectée que chacun a de son organisation motrice dans l'espace et le temps.

Dans une relation mère-enfant dysharmonique, dérythmée, les rapports topologiques et topographiques corporels vont subir des variations plus ou moins génératrices de représentations de soi et d'autrui discordantes. Les représentations qui s'étaient sur les paliers sensoriels suivent la même alternance rapide que les autres paliers d'intégration. Dans un aller-retour trop rapide tension/ détente, les rapports main/bouche, bouche/anus peuvent s'inverser, s'annuler, s'amalgamer.

Ferenczi (1907), pour qui « le rapport entre les pôles opposés du corps s'établit dès la première enfance », relève que fréquemment les névrosés présentent une identification inconsciente des fonctions de nutrition et de sécrétion aux fonctions génitales (coït et accouchement). Il pense que les enfants non informés des processus de reproduction par les parents élaboreraient leurs propres théories et identifieraient « naïvement l'absorption alimentaire avec la fécondation et l'élimination avec l'accouchement ».

Nous pensons différemment, que ces fantasmes trouvent leurs racines dans une intégration dysharmonique du schéma corporel du bébé qui vit des états toniques et affectifs dérythmés.

La dynamique d'intégration produit des effets de différenciation et de réorganisation à tous les niveaux de développement psychomoteur de l'enfant. Ces effets prennent un sens spatiotemporel parce qu'ils sont orientés vers le centre du corps par l'organisation centripète de la motricité et vers l'extérieur par les mouvements de redressement. Le sens que l'enfant va donner aux objets extérieurs et à son propre corps dépendra du sens affectif selon lequel il aura intégré la coordination et l'orientation de son organisation motrice.

En psychothérapie, quand une personne donne un sens à une souffrance, quand elle prend conscience de certains conflits, quand elle psychise des sensations, elle ne recoordonne pas son corps pour autant. Si au début de la vie, l'intégration de la coordination motrice a étayé la coordination des représentations de soi et d'autrui pour parvenir à une unité de soi et de l'objet, le mouvement contraire n'est pas vrai. La période sensible de la

différenciation des deux champs moteur et psychique est terminée depuis longtemps, et le corps et la psyché sont dans une autonomie relative (Pagès, 1986).

Marie dit : « Je voudrais que les choses de la vie se fassent plus simplement. Tout est compliqué pour moi, chiant, difficile. Je n'arrive pas à être bien avec moi. Je ne sais pas m'organiser. »

Les déséquilibres des tensions primaires ont provoqué des difficultés de la coordination motrice de l'enfant, notamment une centration corporelle incertaine ; sur cette coordination motrice perturbée se sont étayés les paliers affectifs et représentatifs. Marie n'arrive pas à donner du sens à ce qu'elle vit. C'est à la fois une signification psychique des expériences de vie que la jeune femme réclame mais également une orientation de sa vie.

L'orientation psychique, le sens des choses, les significations s'étayent sur la coordination narcissique du premier semestre de la vie. Cette orientation n'est pas seulement physiologique et motrice, elle est également relationnelle et elle ne peut prendre un sens que portée par les paroles, le désir de la mère et de l'entourage.

Les angoisses de décoordination tonico-affectives sont terribles et se rencontrent chez les personnes souffrant de troubles des limites : « Je ne sais pas où je vais. Il n'y a pas de sens à ma vie. Je ne sais pas où j'en suis. Je ne sais pas ce que je veux. » « J'arrive pas à trouver de sens aux choses. Je ne suis bien que dans mon lit. Là, j'ai chaud, j'ai pas d'effort à faire, je suis tranquille. »

Tous ces exemples montrent que l'intégration psychomotrice est un système de transpositions et de figurations des tensions. Il s'appuie sur le corps tonique du bébé, affecté par la relation et il lui permet d'analyser et de se représenter son corps propre et les éléments du monde extérieur à différents niveaux.

L'ANALYSE SENSORIELLE

Le dialogue tonique comme instrument de réponse intégrative

La notion d'analyse sensorielle de Claude Bonnet (1984) se situe au niveau de la psychophysiologie de la perception du mouvement et nous permet de voir la perception, non dans un processus de saisie directe de l'information contenue dans le stimulus, mais comme une élaboration reposant sur l'analyse des dimensions de la stimulation.

C'est en effet un travail de différenciation, d'organisation, de coordination, de combinaison des propriétés de la stimulation qu'effectuent chacun des organes récepteurs.

Pendant les premières semaines, la mère et enfant sont dans un système d'éprouvés toniques et sensoriels qui se transmettent sans cesse sur un mode infra-verbal et qui parcourent tous les paliers du système d'intégration.

L'enfant, poussé par son système moteur tonique éflexe, adhère aux variations tonico-affectives de sa mère et vit dans un système d'équations sensorielles non différenciées. Si la mère est nerveuse, l'enfant vit des vibrations toniques spécifiques à l'état d'énervement de la mère. La relation vibratoire qui s'établit entre les deux partenaires devient le support sur lequel le bébé va intégrer les informations qu'il reçoit, et sur lequel la mère va interpréter ce qu'elle ressent de son enfant. Les deux partenaires sont dans une adhésivité tonique et dans une complicité sensorielle et affective qui restent chez bien des adultes la relation idéale perdue :

STÉPHANIE : « J'aimerais tellement ne pas avoir à demander »... « Mais qu'on me donne sans que je réclame, qu'on devine ce que je veux. Moi, je

donne tout de moi et on ne me donne rien. »

Stéphanie se sent sans cesse lésée et déçue. Elle donne avant qu'on lui demande, cherche sans cesse à faire plaisir. Le plaisir d'autrui devient le sien. Mais elle reste dans une recherche continue d'une communication infra-verbale primitive où l'autre, sa mère, devinerait ses besoins, les nommerait en les satisfaisant. Ses difficultés de communication résultent d'une intégration insuffisante de ses paliers affectifs et par conséquent représentatifs.

Normalement, dans l'empathie tonique mutuelle de la mère et de son enfant, le dialogue tonique devient le support du processus de différenciation, d'organisation et de coordination des stimulations.

Le corps propre est, pour le bébé, le terrain favori de découverte de couples d'oppositions sensoriels.

Plus les extrêmes sensoriels auront été ressentis dans un rythme satisfaisant et sécurisant, plus les limites sensorielles seront claires et intégrées.

Plus les coordinations entre les couples d'opposés auront été nombreuses, plus les coordinations des schèmes se seront faites librement, plus l'enfant sera « riche » de combinaisons sensorielles qui préparent les représentations de soi et des autres, ainsi que les capacités d'entrer en relation et de communiquer.

Certaines expériences primordiales issues des besoins physiologiques et nécessitant la relation vont permettre à l'enfant de faire l'expérience progressive de la possibilité de l'existence de deux sensations opposées en même temps. Nous avons vu que l'intégration psychique des sensations nécessite qu'un couple d'opposition mette l'enfant en relation avec le monde extérieur, et que la mère représente l'agent externe d'intégration.

L'exemple de la tétée est complexe et très parlant : dans les bras durs de la mère repose l'enfant dont le dos est mou; il sent à la fois ses bras durs et ceux de sa mère, son dos mou et la poitrine molle de sa mère. L'intégration du contact dos dans le développement psychique est fondamental (G. Haag, 1987, 1988).

En alliant le mou physiologique du dos et la détente affective de la relation, l'enfant peut expérimenter ses pôles internes de dur et de mou physiologique avec les pôles externes de dur et de mou relationnel.

Alors l'intégration motrice des sensations sert le développement psychique et l'enfant introjecte les bonnes sensations de relation avec le bon

objet.

Dans la tétée, il y a aussi le mamelon dur et la langue dure dans une relation avec le lait chaud, liquide qui donne la satisfaction. Il y a également le mamelon dur dans la bouche molle ; il est possible que cette configuration primaire dur/mou étaye d'autres sensations d'opposés physiologiques comme fèces dures/anus mou, et relationnels comme pénis dur/vagin mou.

De plus, quand l'enfant tète, il sent le mamelon dans sa bouche en même temps qu'il voit le visage de sa mère. Le regard joint à l'expérience du dos mou dans les bras durs participe à la constitution de l'enveloppe tonique, prémisses du Moi-peau (D. Anzieu, 1985).

Il y a également le mou du rachis du bébé dans la relation avec le mou du ventre du parent qui le porte ; le dur de la main du bébé avec le mou de la lèvre maternelle qu'il tire ; le dur de sa main et le dur du nez paternel qu'il attrape. Le bébé, en découvrant son corps, va sentir le dur de sa main dans le mou et chaud de sa bouche, le dur de sa main sur le mou de son ventre et de ses parties génitales.

Toutes les parties dures et molles de l'enfant sont mises en rapport avec les parties dures et molles de la mère. Des liaisons toniques et affectives s'établissent entre la mère et son enfant. Les couples sensoriels de base se forment, se complexifient, s'échangent, et se construisent en intégrant d'autres canaux sensoriels comme la vision, l'ouïe, le goût.

L'enfant vit des variations et des diversités toniques et sensorielles qui s'entrecroisent et participent à la complexification de l'enveloppe tonique de communication.

Toutes ces expériences sensorielles dans la relation préparent l'enfant à analyser les stimulations externes et internes et à construire une intériorité et une extériorité.

La capacité de la mère à réagir et à répondre par ses propres variations toniques et affectives à celles de son bébé, devient une des conditions de l'intégration psychomotrice du nourrisson. Chacun des affects de l'enfant et de sa mère a sa propre dimension tonique, son propre spectre vibratoire. L'enfant dans les bras de sa mère va ressentir et intégrer des vibrations différentes, selon que sa mère est fatiguée, heureuse, angoissée, énervée, joyeuse. Il va répondre à ces vibrations par ses propres variations toniques qui étayent les autres paliers de représentation de la situation qu'il vit.

La notion de dialogue tonique s'enrichit ainsi d'une fonction d'intégration qui devient complémentaire de sa fonction de communication.

Pour certains bébés, le passage du mamelon du sein, chaud, réactif, granuleux et paysagé à la tétine du biberon froide, inerte, lisse et uniforme peut être vécu comme une catastrophe, un « trou noir » (Tustin, 1989), une « agonie » (Winnicott, 1975), si l'accompagnement émotionnel de ce sevrage est insuffisant. L'analyse sensorielle de ce passage doit être suffisamment assurée dans la relation pour éviter à l'enfant de le vivre comme une perte d'une partie de soi.

La dialectique des contraires permet à l'enfant d'intégrer les spécificités sensorielles des objets à partir de leurs dimensions primaires, et d'avoir la possibilité d'élargir cette connaissance par étayages successifs. Cette base d'analyse sensorimotrice assure une logique d'évolution et de développement des différents paliers intégratifs.

La logique intégrative serait de considérer qu'une sensation tonique dure étaye un sentiment douloureux et une représentation éprouvante. Cependant, il nous arrive de rencontrer des gens pour qui le plaisir est lié à la souffrance et à des représentations effrayantes. Sans entrer dans les détails de la psychopathologie, il nous est possible de comprendre ces distorsions comme un défaut intégratif. Si le rythme relationnel est absent, les deux pôles extrêmes peuvent osciller rapidement, ne jamais s'intégrer clairement, rester sans cesse dans un flou intermédiaire (qui n'est pas l'intermédiaire de l'ambivalence qui demande une intégration des extrêmes). Le bon et le mauvais primitifs restent ainsi amalgamés ou dans une équation d'identité bon = mauvais. Les représentations qui s'étayent alors suivent le même chemin hasardeux et se construisent d'une façon anarchique.

Avant d'accéder à la fonction de discrimination perceptivo-représentative, le Moi du bébé, en formation sur le mode perceptif, aura d'abord à assurer l'analyse sensorielle des stimulations externes et internes. Il traite celles-ci en utilisant le couple primaire d'analyse tension-plaisir/détente-déplaisir, et apprend ce qui est bon pour lui et ce qui est mauvais.

Le travail perceptif du Moi

Pendant les premières semaines de vie qui suivent la naissance, l'objet est fractionné dans ses dimensions sensorielles et le corps est fractionné dans ses schèmes de base. Le bébé n'identifie l'objet que dans les analyses sensorielles successives des différents endroits qu'il occupe, et il ne connaît de son corps que des ensembles partiels, main-bouche, mains ensemble, objet-main, objet-bouche, pied-mains de la mère, etc.

Mais aussi dissociés que puissent être les schèmes au début de la vie, aussi fragmenté que puisse paraître le Moi du nourrisson, un processus de coordination et une fonction synthétique de la motricité et de la psyché œuvrent avec une force toujours croissante.

Après cinq mois, l'objet prend une identité stable malgré ses déplacements (Bower, 1967). Cette observation confirme l'hypothèse du rassemblement tonique des schèmes moteurs en une globalité fonctionnelle et tonique au sixième mois, sur lequel s'étaye la première unité psychique du bébé.

L'accès à l'objet total est un travail de cohésion et de cohérence psychomotrices à long terme, et si nous pouvons par observations supposer que l'enfant a atteint une première forme d'unité de soi et d'autrui, le travail perceptif du Moi, en vue de cette unité, perdure toute la vie.

Pour toute sensation qui pénètre dans le corps de l'enfant, un travail de mise en formes, de métabolisation et d'intégration s'opère en fonction du niveau de développement du Moi psychomoteur du moment, de ses paliers intégrés et de la maturité neuromotrice.

Toute stimulation externe met en jeu l'activité musculaire et parvient jusqu'au système nerveux central dotée des qualités spatiotemporelles des schèmes de base et de leur valeur « praxique ». L'intégration orientée des sensations confère à celles-ci leur nature spatiale, et dès le troisième mois, l'enfant nous informera par ses réponses, qu'il distingue une gestalt à trois dimensions de la projection de la même gestalt en deux dimensions (Spitz, 1968).

Les enfants sont dès la naissance « en possession de l'équipement sensoriel nécessaire, moteur et neurologique, qui fait qu'il est possible pour eux de répondre d'une manière appropriée aux objets réels dans un monde à trois dimensions... » (J. Newson-E. Newson, 1979).

Cette capacité innée s'appuie sur les systèmes sensoriels extérocepteurs (vue, ouïe, goût, tact, odorat), sur les systèmes sensoriels intérocepteurs qui analysent les événements par les états de pression et de tension, et sur le

système proprioceptif moteur. Contrairement aux autres systèmes sensoriels qui peuvent être absents de notre organisme, la proprioceptivité comme sens kinesthésique ou « sens moteur », ainsi que le tact, sont des systèmes sensoriels constants. Ils constituent la base sensorielle du sentiment de continuité de vivre, et c'est sur eux que s'étaye l'investissement de l'activité de représentation et de l'image ; les activités de représentations des enfants aveugles (Bullinger, 1977) en sont la preuve.

L'enfant est équipé d'outils préstructurés pour réaliser des coordinations transmodales d'informations et pour établir une correspondance entre les différents systèmes sensoriels et entre les différents rythmes. Le Moi utilise tous ces outils neuromoteurs pour séparer, différencier, regrouper, donner forme et coordonner les stimulations qui lui parviennent. Ce sont les rythmes organiques, moteurs et biologiques ainsi que les éléments de l'organisation motrice qui se proposent comme analyseurs internes. Leur association avec le rythme fondamental tensionabsence/détente-présence assure le processus intégratif.

C'est parce que l'enfant différenciera dans un rythme alternatif, l'organique du moteur, le mou du dur, l'action de la sensation, l'activité de la passivité, qu'il pourra différencier le dedans du dehors, et étayer sur ses enveloppes corporelles, ses enveloppes psychiques.

L'objet est ainsi identifié en premier lieu, en fonction des rythmes internes et externes.

L'analyse sensorielle du Moi est favorisée par la pulsion d'attachement. Le bébé serré dans les bras de sa mère est au contact des nombreuses vibrations toniques et sonores du corps de celle-ci. L'analyse sensorielle qu'il peut faire des rythmes cardiaques, respiratoires, toniques et vocaux de sa mère, dans une ambiance émotionnelle équilibrée, l'aide à intégrer une mère fiable à l'intérieur de lui.

La réciprocité des réponses intégratives garantit la vérité sensorielle du Moi de l'enfant et est un préalable à l'analyse multisensorielle de l'objet.

Le courant émotionnel s'inscrit comme une forme rythmée de cette analyse continue. C'est l'ensemble des patterns de réactions qui se construit dans la relation de la mère et de l'enfant et qui s'appuie sur tous les dispositifs moteurs que possède l'enfant. Il est donc dépendant de la tonicité de l'enfant et des réponses toniques intégrées de la mère.

Avant le sixième mois, l'émotion et la cognition sont étroitement liées. Les structures de contrôle des émotions et des activités cognitives sont les

mêmes. Les bébés oublient tout ce qu'il ont appris, si après la séance d'apprentissage, ils pleurent ; par contre les enfants qui n'ont pas pleuré ont acquis l'apprentissage proposé (J. Fagen, coll., 1988). Après le cinquième mois, il est plus difficile de soutenir l'hypothèse d'une symbiose originale entre émotion et cognition (Lawson, Ruff, 1988).

L'exemple de cette liaison puis déliaison entre l'émotion et la cognition vient appuyer l'hypothèse de la fonction intégrative émotionnelle, et par conséquent, de la possibilité pour un sujet d'obtenir, par une analyse de ses émotions, un effet psychothérapeutique.

Un des dangers pour le Moi naissant est la perte de la spontanéité motrice et émotionnelle, synonyme d'ouverture et d'expansion. Cette perte se traduit au niveau moteur par une enveloppe tonique trop stimulée et trop réactive, par une réduction de l'analyse sensorielle et par la simplification de la coordination des analyseurs.

Le fonctionnement d'analyse sensorielle peut alors être limité à un seul mode de perception, comme la vue ou l'ouïe ou le goût ; nous retrouvons ce fonctionnement simplifié dans le comportement des enfants autistes. De nombreux exemples sont cités dans le livre de D. Meltzer *Explorations dans le monde de l'autisme* (1975). Tous les objets sont analysés avec un même sens qui s'accompagne de la qualité de dur ou de mou ; cette qualification tonique vient du surinvestissement défensif ou du désinvestissement de la tonicité comme analyseur relationnel des objets. Dans une thérapie avec ces enfants, les progrès s'annoncent à ce niveau, quand le sujet arrive à construire, à partir du sens analyseur privilégié, le premier couple sensoriel qui va servir de base à de nouveaux couples sensoriels, qui pourront se combiner entre eux et se complexifier, enrichissant le self de l'enfant.

Le Moi psychomoteur du nourrisson utilise pour appréhender le monde, les rythmes organiques et neuromoteurs, ainsi que les éléments architecturaux du corps propre.

La géométrie corporelle

Notre aménagement moteur nous propose, dès la naissance, une géométrie corporelle à la fois topologique et topographique, constituée par

des éléments de référence et une organisation complexe propre à l'homme : les os, les muscles et les organes d'une part, la tridimensionalité spatiale des schèmes, la dynamique rythmée entre antagonistes et agonistes, et la coordination centripète des praxies d'autre part. Certains auteurs ont déjà pensé aux figures géométriques comme extraites de mouvements corporels :

« Le cercle, sorte de courbe revenant sur elle-même, est la première figure à être extraite des mouvements initiaux » (Sami-Ali, 1974). En éclairant le domaine de l'organisation motrice du corps, nous considérons certains items moteurs comme les référents internes de la réalité externe.

La géométrie humaine est composée d'éléments appartenant au corps moteur qui peut être décrit comme un ensemble d'axes, les os, un ensemble de sphères pleines ou creuses, les surfaces articulaires, et un ensemble d'orifices qui s'ouvrent et se ferment, la bouche, les narines, l'anus, les orifices génitaux.

Axe, ouvertures et sphère sont les trois items architecturaux de base.

Le corps moteur couvre le corps organique qui est composé d'organes creux, le cœur, les intestins, la vessie, les poumons qui se vident et se remplissent selon un rythme dépendant des conditions internes, environnantes et affectives.

Le corps moteur et le corps organique sont intimement liés entre eux par des membranes plus ou moins fines et souples qui s'appellent des fascias. Ainsi, par ces intermédiaires, toute souffrance organique alertera le corps moteur et tonique, et toute tension musculaire excessive, constante et répétitive se répercutera sur les organes internes.

C'est ainsi que des douleurs lombaires peuvent être des répercussions ostéomusculaires d'états de souffrance intestinale, et vice versa ; des troubles de la vue peuvent résulter de tensions musculaires cervicales ; certaines douleurs ovariennes sont à mettre en rapport avec les articulations propres au sacrum. Organes et motricité sont dans une interdépendance permanente.

Par expérimentation, l'enfant va se rendre compte qu'il peut agir sur les formes motrices, mais il ne pourra que ressentir les formes organiques par pressions et par tensions. À partir de ces sensations organiques, il aura pourtant à « connaître » les formes de ses organes internes pour se construire comme un tout psychosomatique cohérent.

La « connaissance » des organes internes se fait par des analyses sensorielles continues qui s'intègrent au fur et à mesure des expériences de

la vie. Quand le bébé respire, il vit une intégration des poumons en tant qu'organes et une intégration de la respiration en tant que fonction. Toutes les parties du corps sont ainsi intégrées, d'une part, comme élément du corps, d'autre part comme élément qui fonctionne, et enfin, comme élément fonctionnant dans une globalité somatique.

Pour analyser ses organes et leurs fonctions, sa motricité et ses fonctions, ainsi que les formes de son corps dans l'espace qui varient au fur et à mesure des expériences affectives, l'enfant possède les instruments de sa géométrie motrice. Les lignes, les traits et les ronds sont les premiers éléments projectifs que l'enfant dessine sur le papier quand il veut exprimer quelque chose de son monde imaginaire interne. Ce sont les référents de base à toute construction graphique et à toute représentation de soi dans l'espace.

Chaque élément du corps moteur servira d'analyseur sensoriel pour un organe ou une autre partie du corps, dans une circulation d'éléments opposés. Par exemple, les os comme axes et lignes seront les analyseurs des surfaces articulaires sphériques et des organes creux, et dans un rapport inverse, les organes creux seront les analyseurs des surfaces plates et des axes. L'élargissement des rapports entre ces deux couples se fera par exemple, avec l'analyse des ouvertures par les axes et réciproquement.

L'analyse sensorielle s'organise par comparaisons qui s'étayent sur des pôles d'opposition d'images sensorielles ou de sensations : dur-mou, plein-vider, rond-creux, long-court. Puis les analyseurs vont entrecroiser leurs caractéristiques analytiques. La coordination des couples entre eux entraînent des combinaisons de plus en plus complexes : rond-plein-dur, long-creux-mou, vide-creux-mou, plein-durlong, etc. jusqu'à ce que chaque partie du corps ait pris son identité perceptive proprioceptive, identité qui permettra une représentation psychique de l'intérieur du corps, par étayages successifs.

Tout organe ou groupe d'organes identifié par analyse sensorielle deviendra à son tour analyseur pour une autre partie du corps, par comparaison, affiliation, différenciation, opposition, ressemblance. Par comparaison sensorielle interne et par association de sensations, le bébé fera des synthèses de formes, de lignes, de courbes, de volumes qu'il pourra adapter aux objets externes.

Selon Bower (1974), le bébé de moins de trois semaines effectue davantage de mouvements de préhension face à un objet solide

tridimensionnel que face à des images bidimensionnelles de cet objet. L'association des formes innées avec des objets tridimensionnels favorise la formation des percepts et des concepts. C'est le fondement du développement cognitif.

Chaque objet sera analysé, métabolisé, intégré selon le modèle spatiotemporel de base et les éléments géométriques du corps propre, et selon les états toniques et affectifs précoces qui accompagnent la découverte de l'objet. Le jeu des différenciations des caractéristiques des objets et des analogies qui s'ensuivent préparent les capacités de jeu de l'enfant. Le jeu sensoriel étaye également les possibilités futures de se servir d'une chose pour en représenter une autre.

L'analyse sensorielle correspond à la fonction de reconstruction, de création subjective du processus intégratif. Elle se présente donc comme un classement que le bébé va effectuer entre les différentes informations qu'il recevra. Ce classement se fera à partir des items architecturaux de base, axes, sphères et ouvertures, et à partir des rythmes toniques liés au rythme présence-absence de l'objet satisfaisant, la mère. Tout classement, toute analyse aura donc un versant figuratif et un versant affectif et émotionnel. L'enfant qui vit une relation satisfaisante et qui éprouve un minimum de plaisir, pourra adapter et articuler son classement avec celui d'autrui. Il acceptera d'en faire un ensemble partageable et s'engagera peu à peu dans ses activités de pensée et de symbolisation.

C'est ainsi que l'enfant se forge un imaginaire corporel sur lequel il s'appuie sensoriellement pour inventer, créer, et accroître ses connaissances.

L'imaginaire corporel

Pour passer de la géométrie au mouvement créatif, le corps tonique analyseur est le médiateur, le « schéma de représentation » (Sami-Ali, 1977). Il permet la projection d'une dynamique et la création de l'imaginaire.

Le propre de l'imaginaire, c'est la possibilité du sujet de construire en pensée des événements et des expériences qui n'ont pas été effectivement expérimentées et senties, mais qu'il peut comprendre par associations parallèles, analogiques, opposées, à partir de son potentiel inné.

L'imaginaire corporel est l'ensemble des représentations du corps, des organes et des parties du corps, que l'enfant se crée au cours de ses expériences tonico-affectives.

Cet imaginaire se fonde sur l'équilibre qui s'établit entre, d'une part, les analyseurs géométriques qui donnent des repères objectifs spatiotemporels et un code corporel commun, et d'autre part, sur les analyseurs entièrement subjectifs de pression et de tension des organes internes qui sont liés aux états affectifs et émotionnels.

Tout élément, qui sera analysé selon les deux dimensions géométrique et affective, appartiendra à l'imaginaire corporel du sujet.

Il arrive cependant que l'enfant n'intègre pas les informations reçues, parce qu'il y trouve un déplaisir trop important qui dépasse son seuil de tolérance aux stimulations. Si un enfant pleure longtemps, la musculature entière va être engagée ainsi que le cœur dans une accélération rythmique : le cœur et les poumons vont se remplir et se vider plus rapidement, les muscles vont se contracter par salves successives.

L'enfant aura à mettre en rapport :

- les images linéaires et rondes et les ouvertures corporelles liées à l'appareil moteur avec les images de plein et de vide des organes internes,
- les images de pression organique et de tension musculaire avec l'éprouvé de déplaisir et les différents rythmes inhérents à l'activité motrice et organique, pour donner un sens à l'expression motrice et psychique de son vécu émotionnel.

Si la mère se présente dans ces moments de tension et calme son bébé, le rythme tension-insatisfaction détente-satisfaction s'établit, et l'enfant peut intégrer l'effervescence de ses organes et de sa musculature sous forme de représentations. L'enfant comparera les réponses physiologiques de son corps propre aux stimulations provoquées par la relation. L'élaboration psychique des états physiques est possible.

La variété des situations relationnelles garantit une grande diversité de positions affectives du bébé, et une complexification de plus en plus importante des analyses sensorielles. L'enfant enrichit ainsi son imaginaire corporel et ses capacités de fantasmatisation.

Par contre, les relations précoces traumatisantes conduisent à des carences rythmiques qui entravent les processus intégrateurs. Si autrui est absent trop longtemps pendant les moments de tension extrême, et si l'enfant ne peut pas vivre l'alternance de la tension et de la détente, un

déséquilibre se crée. L'ensemble tension-insatisfaction séparé de son deuxième pôle détente-satisfaction ne peut plus jouer son rôle d'intégrateur.

La communication émotionnelle n'étant plus active comme courant souterrain, l'enfant souffrant ne peut plus recevoir de l'extérieur un élément émotionnel « bon » et réconfortant.

L'exemple le plus frappant est celui de l'enfant qui, dans un état de rage et de désespoir, ne reconnaît ni le visage de sa mère, ni le goût du lait, ni le rythme qui berce. Quand nous portons un bébé dans cet état dépassé, nous ne sommes plus en communication avec lui. Plus rien ne nous donne d'indications sur ce qui serait apaisant pour lui. Le plus souvent désorientée par l'état émotionnel de son bébé, la mère le recouche et le laisse « chuter » dans le sommeil.

Si ces états se répètent trop souvent pendant la petite enfance, et/ou s'ils s'inscrivent dans une forme éducative familiale (ça leur fait les poumons, ils se fortifient, c'est du caprice, etc.) le sommeil en tant qu'hypotension physiologique peut s'inscrire comme le seul recours qu'aura le sujet pour calmer ses angoisses et gommer les difficultés de la vie.

La dépression est à cet égard un exemple de souffrance psychique qui privilégie la recherche de sommeil comme agent d'anesthésie.

Bousculé dans son équilibre affectif précaire, désorienté et angoissé par les attitudes incohérentes, trop frustrantes ou trop anxieuses de l'environnement, l'enfant se crispe, et passe la crise émotionnelle « sans avoir eu le temps » d'analyser et d'intégrer les organes et les fonctions mis en cause dans la relation.

Des « plages sensorielles » primitives sont ainsi oubliées, hors du temps et de l'espace de l'alliance émotionnelle et sensorielle qui se poursuit tout au long de la vie. S'installent alors des failles temporelles qui accompagnent de niveaux peu et/ou mal intégrés.

À ce moment précis de la crise émotionnelle, l'organe n'existe, pour la psyché, que sous une forme figurative. L'organe reste dans le littéral. Privé de l'action de l'analyseur tonique relationnel, l'enfant n'a pas de représentation affective de son ou de ses organes. L'organe reste analysé à un niveau géométrique, et il est exclu de l'imaginaire corporel.

Au lieu de former des petits groupements d'éléments communs, l'enfant fera des catégories trop larges par manque de repères dans le temps et dans l'espace ; des difficultés s'établiront dans la reconnaissance de la différence des sexes, de génération, des lieux du corps.

Je pose l'hypothèse que la somatisation motrice, telle qu'elle se présente dans les hiatus psychomoteurs, trouve son lit dans ces épisodes traumatiques du début de la vie, quand la différenciation entre moteur et psychique est entravée par une rupture du courant émotionnel, et que des amalgames tonicoaffectifs restent en attente d'intégration.

Pour certains adultes que deviendront ces enfants mal analysés sensoriellement, l'organe restera un organe anatomique, rien de plus. Il ne peut être mentalisé qu'en dehors de son contexte corporel.

Une personne me disait : « Quand vous me demandez de “voir” mon foie, je vois les planches d'anatomie du lycée. Rien d'autre. »

Les images évoquées sont désaffectées. Le lien qui soude l'image de l'organe et sa représentation affective qui l'identifie semble détruit.

Il faut noter que les analyses sensorielles des parties externes du corps se font plus facilement que les organes, non visibles et peu palpables. L'enfant est aidé dans son analyse sensorielle des parties externes par le regard de la mère qui vient confirmer leur existence : aussi, les représentations du corps externe sont très souvent semblables chez la plupart des sujets.

Par contre, les représentations des organes internes, analysés essentiellement par des pressions et de tensions, hors du soutien de la vue, restent dans un domaine plus singulier.

Jay est une femme de quarante ans, fine, musclée, très attentive au vieillissement et à tous les dérangements de son corps. Elle est toujours en mouvement, vit mal de nombreuses préoccupations obsessionnelles, et sa demande est de trouver une certaine détente. Elle me parle un jour d'un point douloureux sur le flanc droit, près d'une côte.

« C'est par là, ah, c'est là, c'est vague, mais je ne me suis pas cognée, ça m'inquiète. J'ai peut-être quelque chose. » À la palpation, la partie douloureuse me semble correspondre à une insertion costale du diaphragme.

Je lui propose de fermer les yeux, de respirer lentement et de « voir », c'est-à-dire de mettre des images sur les mouvements respiratoires de son diaphragme.

« Je n'y connais rien, dit-elle... C'est comme une paroi horizontale qui sépare le foie et l'estomac des intestins. Il ne sert à rien, qu'à séparer les intestins du reste. »

Jay a des images de sa spatialité intérieure en correspondance avec son fonctionnement obsessionnel. Les intestins, associés à l'analité, sont séparés des autres organes. Dans la réalité physiologique, le diaphragme sépare les poumons des organes digestifs.

Je l'invite à continuer son voyage imaginaire.

« Quand j'inspire, il remonte un peu et quand je souffle il redescend et redevient horizontal. »

Il faut noter ici que Jay a des images de la fonction diaphragmatique d'un nouveau-né.

Le nouveau-né doit apprendre à respirer de haut en bas, c'est-à-dire dans le sens de l'entrée de l'air dans son corps : il doit élargir ses côtes thoraciques puis gonfler son ventre. À la naissance, il « n'a pas encore appris à inverser son diaphragme » (B. This, 1972), et il s'en sert maladroitement.

Ce sont les soins corporels, le holding, les caresses sur le front et les fontanelles, l'équilibre émotionnel offert par l'entourage qui vont diminuer les tensions anxigènes et aider l'enfant à établir une coordination entre son diaphragme et ses muscles thoraciques et abdominaux.

Chez l'enfant plus grand et l'adulte, le diaphragme descend à l'inspiration, pousse sur les organes internes et agrandit la cage thoracique ; à l'expiration, il remonte en coupole et resserre les côtes, participant ainsi à l'action de vider les poumons.

Après la description imagée de son diaphragme et de sa fonction corporelle, Jay reste silencieuse. Puis elle associe sur ses sensations et laisse venir des images.

« Je vois une visière de casquette en plastique translucide, bleue... Je vois maintenant un vélo... Quelqu'un sur le vélo, il a une visière sur la tête. C'est un homme jeune et blond... » Sa voix se fait enfantine et anxieuse, et je me laisse porter par ce qu'elle me transmet émotionnellement.

Je lui demande :

« Quel âge as-tu quand tu regardes cet homme ? » « Je suis très petite, oui, très petite... » Puis elle se tait.

Depuis le début du travail de Jay, je masse la partie douloureuse selon le sens des fibres musculaires des muscles intercostaux et des muscles abdominaux. Je redonne ainsi des sensations qui s'inscrivent dans un ordre physiologique et fonctionnel.

Sa respiration se fait plus rapide.

« Je suis tout en haut, je vois la visière d'en haut... Je suis sur ses épaules mais je voudrais descendre. Il y a de l'eau autour de nous ! Oui, de l'eau ! », reprendelle sur un ton anxieux.

Je suggère : « Que peux-tu faire pour descendre ? » « Je ne peux pas, je suis trop petite... Je peux lui donner des coups de pied. » « Oui, où peux-tu lui donner des coups de pied ? »

Elle porte sa main sur son flanc droit, là où elle a mal.

« Là... » Sa voix s'effrite. Je l'encourage.

« Il me serre, il me tient, tout s'efface. » Jay se met à sangloter doucement.

En lui demandant de respirer lentement, sur le rythme de ses mouvements, je lui ai redonné une juste interprétation de la position spatiotemporelle et de la fonction de son diaphragme dans son corps réel. Ses sanglots m'indiquent un état de grande tristesse.

Bien qu'elle me dise « qu'elle n'a rien compris à ce qui lui arrivait », cette étape a été pour Jay le début d'une rencontre avec son corps émotionnellement tendu.

Quand elle sera de nouveau disponible, Jay me parlera de ses phobies d'enfant, de ses relations avec son frère aîné et des peurs qui l'envahissent régulièrement, sans aucune raison apparente.

Nous avons pu travailler ensuite sur les pertes de repère qu'elle éprouvait, sur sa recherche constante de sécurité, et sur sa tendance à s'accrocher à ce qui lui paraît sûr, les objets, les horaires, les fonctions.

Ce qui me semble intéressant dans cette séquence, c'est le développement singulier de l'analyse sensorielle qui a donné à Jay un imaginaire corporel opposé à une réalité physiologique.

À partir des souvenirs et des représentations ultérieures que Jay a laissé émerger, nous avons pu reconstituer son histoire précoce tonico-affective. Dans un climat émotionnellement perturbé par des difficultés familiales et une mère dépressive, le bébé-Jay n'a pas pu installer des repères corporels stables, issus d'une bonne coordination motrice.

Dérythmée, Jay est restée bloquée dans l'analyse sensorielle des caractéristiques néo-natales de son diaphragme. Les respirations paradoxales se retrouvent chez la plupart des enfants qui ont vécu une première année de vie difficile : « Il pleurait sans arrêt » ; « Impossible de le calmer » ; « On ne pouvait pas l'approcher », etc.

L'imaginaire corporel de Jay nous met face à la coupure du lien émotionnel qui s'établit entre l'aspect figuratif issu de la géométrie corporelle et le versant affectif issu du jeu tonique. Ma clinique m'a montré que plus les représentations corporelles sont absentes ou simples, plus les ruptures du courant émotionnel ont été précoces.

La somatisation « motrice » de Jay vient signaler qu'il y a eu interruption du lien émotionnel entre le corps réel et le corps imaginaire. En rééprouvant émotionnellement ses sensations de tension, et en les associant à une production imaginaire, Jay réintègre sa partie corporelle dans son histoire psychomotrice. Entre les tensions musculaires, les affects et les représentations, existe un « lien circulaire » (Pagès, 1986) qui coordonne et unifie les expériences du sujet.

Après ce travail émotionnel, la douleur de Jay a disparu et nous avons pu aborder par la suite d'autres problèmes.

Conclusion

Le regroupement narcissique unitaire du corps et de l'objet étaye l'établissement des liens logiques entre les catégories. La formation d'ensembles est alors possible, et l'enfant acquiert la capacité de créer les objets et son corps par le rassemblement des différents éléments. L'analyse sensorielle favorisera la formation des concepts par repérage des éléments communs classifiables.

L'analyse sensorielle est un processus psychomoteur, dans la mesure où elle associe deux séries de couples d'opposition dans son activité : des couples sensoriels de base, chaud-froid, blanc-noir, rond-pointu... et des couples relationnels tension-détente, satisfaction-insatisfaction.

En tant que processus sensoriel à la base de l'intégration motrice et du développement psychique, elle agit en continu, se complexifie au fur et à mesure du développement du sujet.

Elle préside à la construction simultanée d'un espace interne et d'une vision subjective du monde extérieur. L'analyse sensorielle se présente donc comme un instrument de réponse intégrative aux stimulations internes et externes.

Grâce au jeu relationnel qui s'établit entre la mère et l'enfant au travers du holding moteur, l'enfant pourra percevoir et interpréter sensoriellement

les variations de son corps propre et celles de l'environnement.

III

LE HOLDING PSYCHOMOTEUR

C'est à partir d'une dynamique fondée sur la gestion de couples d'opposition que la mère et l'enfant vont grandir tous les deux et arriver à se séparer. La mère offre à l'enfant, à travers ses paroles et ses réponses tactiles, ses émotions et ses micro-mouvements, un ensemble vibratoire de sa motricité ; l'enfant offre à sa mère un corps moteur réflexe et une sensibilité émotionnelle réactionnelle ; l'enfant est immature à tous les niveaux, la mère a une maturité chargée de désirs et de fantasmes ; la mère s'engage dans un processus de régression pour rencontrer son bébé, et celui-ci réalise son potentiel de vie en sortant de l'état fœtal ; la mère a des désirs pour son enfant et l'enfant ne sait pas que l'autre existe différencié de lui.

Le corps donné de l'enfant fait face au corps coordonné tonico-affectivement de la mère. L'enfant est introduit dans la famille par la parole, avant même de naître. Il est porté fantasmatiquement par sa mère et son entourage avant même d'exister.

Cependant au-delà de tous ces couples d'oppositions, le bébé et sa mère vont trouver une identité de fonctionnement et communiquer. Les relations corporelles qui s'établissent dès la naissance entre l'enfant et sa mère sont au premier plan, et sous des formes sensorielles multiples, activent le processus intégratif et communicationnel.

Dans cette partie, je vais m'intéresser aux facteurs favorisant l'intégration des sensations et des autres paliers psychomoteurs en réélaborant la notion de holding.

La notion de holding, décrite par Winnicott (1962) comme le processus de maintien du psychisme naissant et du corps sensible du bébé, a pour fonction principale

« de réduire à un minimum les empiétements auxquels l'enfant doit réagir ».

Au-delà de ces fonctions de contenant et de pareexcitation, je confère au holding une fonction intégrative grâce au dialogue tonique qui s'établit entre la mère et son bébé, et une fonction de support de communication grâce à la réciprocité de lecture des signaux émotionnels et moteurs de chacun des partenaires.

Cette dimension de lecture du corps moteur et émotionnel est à la base d'une dialectique fondamentale, la dialectique holding/handling.

LA MÈRE, AGENT D'INTÉGRATION

L'autre, auteur du manque

À l'aube de toute pensée, le bébé est dans la sensation. Le seul mode de connaissance pendant les premières semaines de vie se fait sur le modèle de la perception sensorielle et plus précisément de la perception proprioceptive dont l'expérimentation corporelle passe par la tonicité.

Les premières perceptions que le bébé aura de sa intérieure et des relations avec le dehors seront tensions viscérales et musculaires qu'il ressentira que les premiers besoins physiques ou psychiques manifesteront. C'est en y répondant que la mère engendre chez l'enfant la connaissance du besoin de se nourrir physiologiquement et relationnellement. Ainsi, pour le bébé naissent dans le même temps, la première perception de soi ayant besoin et la première perception d'autrui pouvant le satisfaire. Soi et autrui sont dans une dialectique vivante depuis la nomination des parents par l'enfant et de l'enfant par les parents.

Dès la naissance, les sensations d'unité rythmique que le bébé a pu vivre dans le ventre de sa mère se cognent à la réalité de la présence-absence de l'autre. Qu'il se différencie puis se coordonne dans une unité psychomotrice, ou qu'il échoue plus ou moins complètement dans son projet de vie, le sujet est toujours dépendant d'autrui. La relation identifie l'humain. Dans les relations rythmées présence-absence d'autrui qu'il entretient avec son entourage, l'enfant découvre le temps d'attente et le plaisir de la satisfaction. Si un rythme supportable pour l'enfant s'établit entre ces deux items, le temps s'inscrita comme outil psychomoteur qui participe toute la vie à l'organisation du corps et de la psyché du sujet. Cependant, ceci n'exclut pas l'angoisse qui vient signifier une interruption dans le continu des expériences vitales.

Quand l'enfant peut vivre l'absence, autrui est coupable de ce manque, mais il apporte aussi la satisfaction. Progressivement, un lien s'établira entre le bon et le mauvais objet, entre le sujet et autrui et le compromis pourra s'exercer. Le désir alors émerge comme preuve de la présence d'autrui et permet à l'enfant de sortir de sa motricité autogérée propriotactile pour aller vers l'autre chercher l'objet de la satisfaction.

Pour cela, l'enfant doit d'abord se différencier de sa mère donc la quitter, puis se recréer en une unité singulière dans la relation, donc la rencontrer. Des vicissitudes de cette dynamique « quitter pour se retrouver », dépendront les investissements narcissiques et objectaux du sujet.

Le manque est une blessure narcissique que chacun peut accepter à condition qu'elle soit compensée, réparée par autrui et qu'elle prenne un sens pour celui qui la vit. Pour l'enfant, dans un premier temps, réparer c'est soulager une souffrance, c'est passer de la tension à la détente, de l'insatisfaction à la satisfaction. C'est expérimenter, d'une façon régulière et rythmée, le couple d'opposition tension-détente sur lequel s'étaient les autres paliers d'intégration.

La mère et l'entourage ont pour fonction de permettre à l'enfant de se réparer, de vivre l'alternance des périodes où il manque, souffre et se sent dévalorisé par cette souffrance, et des périodes où il reçoit, éprouve la satisfaction et la détente et augmente l'estime de soi. Le rythme primaire qui s'établit dans la relation assure au bébé une sécurité émotionnelle et le sentiment de continuité physique et psychique. La sécurité émotionnelle et la réussite de la mise en rapport et du dialogue des contraires deviennent alors subordonnées aux états intégrés de la mère.

Les niveaux intégrés de la mère

La dynamique de la dyade mère-enfant ne va pas seulement dans le sens d'une prise de distance et d'une autonomisation du bébé par rapport à sa mère. La mère, après les périodes régressives de grossesse et post-natale, doit, elle aussi, retrouver une autonomie qui est totalement différente de celle qu'elle vivait avant la naissance de son enfant. Le développement psychique du bébé dépend des transformations corporelles et affectives de la mère dans la période de « maternalité » (C. Revault d'Alonnes, 1984). Si la mère a la fonction capitale d'assumer la fonction « d'appareil à penser

pour son enfant » (Mac Dougall, 1989), elle assume également la fonction d'appareil à sentir et à éprouver les relations tonico-émotionnelles infra-verbales.

C'est elle qui parle à l'enfant de ce qu'il vit, de ce qu'elle ressent de lui, et c'est elle qui met des mots sur les affects potentiels du bébé : « Je vois que tu es contente » ; « Non, tu n'es pas heureux aujourd'hui » ; « Tu as faim, tu es gourmand », etc.

La mère a une fonction d'appel à l'intégration.

Elle a une fonction d'appel du dedans vers le dehors. Elle aide son enfant à faire surgir ses potentialités. Elle appelle à soi son enfant et le nomme à travers son discours et l'interprétation de ses signaux moteurs et émotionnels. Par sa parole, elle participe au rassemblement du corps et au rassemblement psychique de son enfant ainsi qu'à son insertion dans la communauté sociale.

Toutes ces fonctions d'appel à l'intégration sont des fonctions de communication.

La mère donne à l'enfant la vocation — *vocare* — appel par la voix — d'être social. La vocation n'est pas un mouvement de l'intérieur. On appelle quelqu'un à un poste. L'enfant est appelé par sa mère au poste de sujet social. La vocation dans ce sens devient la capacité de la mère à appeler son enfant et celle de l'enfant à répondre à cet appel.

Il y a réciprocité dans ce processus communicationnel de base. Si la mère permet à l'enfant de se créer comme sujet, l'enfant crée sa mère en naissant et en répondant à ses interprétations.

La mère a pour mission de percevoir, sentir et répondre d'une façon adéquate aux stimulations émises par son bébé. Aidée de son propre potentiel de niveaux intégrés, la mère pourra ou non permettre à son enfant d'entrer en relation avec lui-même et avec les autres. Elle lui permettra d'éprouver tous les états émotionnels inhérents à l'humain, qu'ils soient agréables ou désagréables, la rage, la colère, la détente, la joie, la satisfaction, la tristesse, le désespoir, l'excitation, la solitude, la dépression. C'est la reconnaissance et l'acceptation par la mère des différents états affectifs de son bébé qui permettra à celui-ci de se reconnaître, de s'accepter et de réparer ses blessures narcissiques.

Les états affectifs du bébé consentis par la mère (consentis, sentis ensemble) sont garants d'un développement psychique équilibré et

enrichissant pour tous les deux.

MADAME T. prend contact avec moi pour résoudre un problème particulier : elle supporte tout ce qui lui arrive puis explose dans des crises qu'elle juge « de folie ». Son expression verbale affective et émotionnelle est pauvre, par contre son corps réagit fortement ; elle souffre de maux de tête, de douleurs dans la nuque, de lourdeurs dans tout le corps. Dans sa famille, la manifestation et l'évocation des sentiments dits négatifs, colère, peur, tristesse, chagrin, agressivité étaient évités et presque « interdits ».

« On ne se plaignait jamais chez moi », dit Mme T.

« Quand j'allais mal, ma mère ne le voyait pas... D'ailleurs elle ne voyait même pas le reste... Elle n'a jamais compris que je souffrais... » Elle ajoute un peu plus loin : « Je n'ai jamais vu mes parents avoir un geste de tendresse l'un envers l'autre. D'ailleurs on ne se touchait pas, même entre mes frères et sœurs. »

Mme T. associe une problématique du toucher à celle d'une inhibition affective et communicationnelle. Elle semble avoir « hérité » de sa mère l'incapacité d'éprouver et d'énoncer des affects douloureux. Si Mme T. a pu surmonter le tabou du toucher parental et être tendre avec ses propres enfants, elle reste cependant devant la difficulté d'étayer sur ce comportement tonicosensoriel de base d'autres niveaux affectifs et représentatifs. La détresse de ses enfants est insupportable, elle ne sait pas comment réagir ; « Je ne peux que les prendre dans mes bras et les embrasser. Je ne sais pas quoi leur dire. Je suis aussi malheureuse qu'eux. »

Mme T. accumule les situations relationnelles sous formes de stimulations corporelles inélaborables et indicibles jusqu'à ce qu'elle se sente « comme une cocotte minute et qu'elle éclate ». Ce qu'elle dit alors ne la satisfait pas car elle se sent excessive, injuste et presque « folle ».

Le cas de Mme T. nous met face au problème de la qualité des niveaux intégrés des parents et à leur capacité d'aider l'enfant à émerger d'un corps sensorimoteur pour aller vers une unité psychomotrice dans lequel le discours a sa place.

Ce n'est qu'en rééprouvant certaines situations émotionnelles, qu'elle avait vécues face à l'incompréhension maternelle et enfouies en elle-même depuis sa petite enfance, que Mme T. a pu se réengager dans son processus intégratif de développement.

Le holding psychique met donc en jeu les capacités intégratives de la mère qui se trouvent intimement liées à ses propres conditions et possibilités d'introjection. L'intégration par la mère des bons éléments et sa réponse intégrative (ou réintrojection) développent chez le nourrisson le sentiment d'amour qui lui permettra de le reconnaître et de l'accepter chez autrui. À l'opposé, l'intégration et la réponse intégrative de la mère des mauvaises parties, donne au bébé la possibilité de les accepter, c'est-à-dire la capacité de tolérer chez soi et chez l'autre les sentiments violents sans être détruit soi-même.

Le lien vital qui s'établit entre le nourrisson et sa mère peut se rompre quand cette dernière se trouve dans l'impossibilité d'utiliser ce mécanisme, soit parce qu'elle ne peut pas intégrer les sentiments du bébé, par manque d'intégration personnelle, soit parce que l'enfant est à un niveau tonique communicationnel invalidant. L'enfant se trouve alors emprisonné par une hypertonicité périphérique qui est un ensemble amalgamé de parties mauvaises qu'il perçoit comme « une terreur sans nom » (Bion, 1962 a).

La projection centrifuge de l'amalgame tonicité affect de l'enfant non intégrable par la mère se transforme en tensions persécutrices pour le bébé; la mère vit souvent qu'elle est elle-même persécutée par son nourrisson qui pleure sans cesse, qui ne se calme pas, qui n'est jamais satisfait. Un cercle infernal peut se créer ainsi et laisser épuisés aussi bien l'enfant que sa mère.

Les difficultés intégratives des deux sujets transforment chez l'enfant l'enveloppe corporelle tonique en une *paroi* tonique douloureuse qui devient le lieu d'émergence des persécuteurs internes et des persécuteurs externes, et chez la mère ces mêmes difficultés réactivent ses éprouvés et ses fantasmes quant à sa propre enveloppe tonique.

Dans ces conditions, l'introjection des bonnes sensations identifiant une relation de confiance entre partenaires se fait péniblement pour l'enfant et la voie est prête pour un assèchement de son développement psychique.

Si l'intégration des différents paliers ne se faisait, pour le bébé, qu'en fonction des niveaux intégrés de ses parents et de l'environnement, nous assisterions à une succession interminable des mêmes problématiques d'une génération à l'autre. De plus ce serait une vision bien pessimiste des capacités évolutives de l'être humain. C'est l'alliance psychomotrice qui nous identifie dans le monde des vivants qui nous apporte une ouverture et des possibilités de dévier la fatalité « tel père, tel fils ».

Notre unité psychomotrice est tripartite : l'organisation de l'architecture corporelle, l'organisation de la tonicité et l'organisation de la psyché évoluent dans le même temps pendant une certaine période de notre vie. Ce sont les trois éléments unis et indispensables de notre identité qui constituent le sujet humain. Il n'est pas possible d'aborder l'être humain dans son développement sans tenir compte de ces trois aspects fondamentaux.

Aussi, hormis les niveaux intégrés de la mère, c'est-à-dire sa problématique personnelle, ses conflits et ses impasses, les jeux moteur et tonique du bébé sont des facteurs d'aide à l'intégration donc à la communication.

Ce sera donc en fonction de ses propres niveaux intégrés et en fonction des surprises et innovations sensorielles transmises par le jeu moteur de son bébé, que la mère pourra percevoir des informations vibratoires proprioceptives et sur leur étai, affecter et se représenter les signaux infra-verbales de son enfant.

LES SIGNAUX MOTEURS

Les dualités relationnelles

Les compétences du bébé sont très nombreuses variées, et il a une part très active à jouer dans premiers jours de la vie quand il s'agit de « faire naissance » avec sa mère.

Dans les premiers mois de la vie, et plus particulièrement durant le premier semestre après la naissance, le seul moyen pour le bébé de faire connaître ses besoins et ses tensions est l'expression motrice périphérique. Dès sa naissance, il est engagé dans un jeu moteur qui, jusqu'à l'apparition de la parole, est « l'unique expression » et le « premier instrument » du psychisme (Wallon, 1934).

L'enfant est remarquablement bien outillé pour venir un sujet social ; il naît « ... avec un degré surprenant de maturité neuromusculaire faciale... le mouvement des muscles du visage est partiellement intégré à la naissance dans des configurations reconnaissables qui, ultérieurement, deviendront des indications sociales significatives » (D. Stern, 1977).

Il a de plus des capacités à l'intégration des informations visuelles et proprioceptives (Field, 1982) et il reconnaît dans les signaux, des invariants des formes d'un visage liés à la tridimensionalité, quelle que soit l'expression (Bruyer, 1988). Il distingue les traits, les figures, la géométrie mais également le mouvement, qu'il perçoit par des variations toniques. Joëlle Rosenfeld (1992), à partir de films familiaux, a constaté qu'un bébé « qui ne peut discriminer les traits en mouvement ne peut discriminer les sentiments ».

Il a un pouvoir de discrimination notable des contrastes qui n'appartiennent pas à la langue de son environnement, capacités qui diminuent au cours des premiers mois de la vie (R. Werker, R.C. Tees,

1984). Il préfère les sons de la langue maternelle à celle des langues étrangères (J. Mehler, coll., 1987). Cet ensemble de capacités enfantines a pour dénominateur commun le vecteur tonique qui lie étroitement le monde physiologique au monde affectif.

De son côté, la mère coopère différemment. Pour certaines, la survenue de l'enfant sera une dure épreuve, et de multiples difficultés resurgissent.

Les résurgences fantasmatiques d'identification, la confrontation de l'enfant réel et de l'enfant imaginaire, les difficultés réelles, car de nombreuses jeunes mères n'ont jamais tenu un bébé dans leur bras, les difficultés relationnelles avec l'emprise de l'institution et la demande du père de « récupérer » la mère le plus rapidement possible, sont autant d'épreuves qui peuvent amener la parturiente à se refermer sur elle-même devant la multitude de difficultés, et emprisonner son enfant dans sa fantasmatique et ses désirs inconscients.

Cependant, à côté de ces difficultés qui peuvent provoquer une impossibilité à communiquer, la jeune mère passe par une étape de régression, qui lui permet une adaptation de l'activité perceptive aux signaux de l'enfant.

De nombreuses femmes sont transformées par la naissance et la présence de leur enfant. Elles trouvent dans leur relation avec leur bébé un ressourcement fantasmatique et tonique constant.

La mère, s'appuyant sur son corps coordonné tonico-affectivement, peut retrouver, dans le corps donné (à son interprétation) de son enfant, des images et des sensations qu'elle a éprouvées d'une certaine façon en étant nourrisson.

Grâce à la régression qui suit la période postnatale et qui a débuté bien avant cette étape, les mères activent leurs capacités potentielles pour une réponse cénesthésique. La relation infra-verbale fait appel à la mémoire inconsciente de la mère, comme elle fera appel à celle du psychothérapeute pendant les séances.

La mère établit également un langage particulier avec son bébé, avec une simplification des structures et des significations employées : elle parlera « bébé », en articulant lentement, ou au contraire, en jasant rapidement avec des sonorités aiguës. L'objectif de ces structures est d'introduire l'enfant dans le circuit de communication et de contrôler ses comportements non-verbaux et verbaux par la suite (E. Esperet, 1988).

Les activités de soins et de communication de la mère s'articulent avec les capacités du bébé à communiquer. Le holding devient le terrain favori des communications infra-verbales. Nous sommes en présence d'un holding psychomoteur, dans la mesure où il met en jeu tous les niveaux d'intégration de la mère, de la tonicité à la représentation, ainsi que ceux de l'enfant.

Le holding moteur

Le holding moteur peut se définir comme l'ensemble des situations relationnelles qui mettent les corps moteurs du bébé et de sa mère en jeu : le porter, l'asseoir, le coucher, le lever, lui donner le biberon, en tenant compte de l'organisation motrice précoce qui étaye le psychisme naissant.

Sur un plan affectif et fantasmatique, ces comportements s'accompagnent des intuitions et/ou des intentions que la mère met dans l'activation de la motricité de son bébé : lui donner du plaisir, de l'amour, de l'attention, le stimuler, désirer le voir grandir, forcer et s'épanouir, ou au contraire l'empêcher de bouger, de faire du bruit, de s'exprimer, de gêner, le rendre actif rapidement afin qu'il se débrouille et satisfasse seul ses besoins d'exploration de l'espace... ; sur le plan de la représentation, ce sont les interprétations que la mère projette sur l'exhibition motrice de son bébé : « On dirait qu'il veut me répondre » ; « Regarde, elle a souri » ; « Il veut se redresser » ; « Il n'en veut plus, enlève le biberon » ; « Il voudrait déjà marcher à quatre pattes », etc.

Le holding moteur met donc principalement en scène le système sensoriel de base propriotactile à travers les micro-mouvements, les vibrations, les tremblements, les balancements, les secousses, les saisies.

Prendre un enfant dans ses bras et lui offrir le maintien corporel dont il a besoin est une action beaucoup moins évidente qu'elle ne paraît. On ne jette pas un nourrisson dans son berceau mais on le dépose doucement, on ne balance pas un bébé qui vient de naître mais on le berce calmement, quand on change un enfant, on prête attention à ce qu'il repose entier sur une table, etc.

La plupart du temps, l'inné et le culturel se mêlent chez la mère, et celle-ci prend soin de son enfant d'une façon satisfaisante. Pourtant une observation plus poussée révèle que l'organisation motrice narcissique du

bébé et son exigence de rassemblement centripète est souvent mise de côté au profit de certaines idées, angouisses ou ignorances parentales.

Je voudrais, à travers deux exemples mettre l'accent sur l'importance du respect des dispositions motrices du bébé dans le holding moteur et de sa fonction d'étai du psychisme. À côté des violences corporelles et/ou affectives faites au bébé, se présente le cas des manipulations et des interventions déstructurantes de sa motricité, incompatibles avec un développement psychomoteur harmonieux.

Dans le domaine du maternage, le groupe social, largement influencé par les découvertes des capacités des nourrissons et de l'importance des relations précoces mère-enfant, est porteur de modes qui, bien que remises régulièrement en question, n'en sont pas moins conséquentes pour le développement psychoaffectif du bébé et de sa mère.

La plupart du temps, ces courants d'idées vont consciemment dans le sens d'une anticipation du développement du bébé, et inconsciemment ont des motivations moins libidinalisées.

À côté des connaissances renouvelées des efficiences infantiles, s'oppose l'éclatement des familles en petits noyaux filiaux qui ne permettent plus la transmission des informations d'une génération à l'autre, et les jeunes mères, tout en ayant des connaissances livresques, sont souvent démunies devant les attitudes à adopter et les soins à apporter à leur nourrisson.

Le holding moteur tient une place importante dans le courant social actuel concernant le bébé et sa mère. Durant les trois dernières décennies, un courant américain a prôné de coucher les bébés sur le ventre, d'une façon systématique. Cette mode américaine s'appuyait sur une réalité médicale qui est de permettre aux voies respiratoires un dégagement rapide en cas d'encombrement rhinopharyngé.

Mais examinons cette situation : le décubitus ventral détermine des stimulations sensorielles en extension contraires au mouvement psychomoteur narcissique des premiers mois de la vie. Le besoin psychomoteur du bébé d'être dans un mouvement d'enroulement qui étaye le rassemblement des pulsions et des parties du Moi n'est pas respecté.

Dans les premiers jours, le nourrisson couché sur le ventre est replié sur lui-même, ses genoux sont fléchis sous son ventre et son bassin émerge en hauteur. C'est une position normale d'enroulement fœtal et tout essai d'extension se soldera par un repli du corps sur lui-même. Puis lentement la

dynamique d'enroulement se met en rapport avec la poussée d'extension, et là, l'enfant a alors besoin de vivre l'alternance des positions : sur le dos, sur le côté, sur le ventre.

Un bébé qui dort *systématiquement* sur le ventre présente au réveil, une position corporelle caractéristique : les deux bras sont écartés dans la position du « haut les mains » ou du « pingouin », et ils restent dans une hypertonie notable quelques minutes.

Le recroquevillement des bras s'allie à une hypertension du dos, trop précocement stimulé, et la sensation corporelle que l'on ressent quand on les porte, est une sensation de raideur et d'extension. Ces bébés ont du mal à se mouler dans nos bras.

Durant les heures de sommeil et/ou de veille pendant lesquelles l'enfant a pu pleurer et crier de longs moments, le système nerveux central a enregistré des positions et des sensations corporelles qui vont à l'encontre des sensations centripètes structurantes.

L'organisation spatiale psychomotrice est compromise. La position ventrale imposée systématiquement à certains bébés empêche le rassemblement narcissique psychomoteur des membres sur la poitrine, et impose l'extension précoce de la tête.

Ces positions déstructurantes se présentent pour le bébé comme des obstacles à franchir, au moment où toute son énergie vise le rassemblement narcissique psychomoteur qui lui fournira le support interne pour appréhender le monde extérieur.

Des études sur la physiologie musculaire prouvent que des étirements passifs sur des muscles relâchés (les bras étirés vers le haut pendant le sommeil ventral), font chuter le niveau de vigilance, par diminution de l'excitabilité du neurone alpha; de plus, les os exercent une pression sur la face profonde de la peau et les récepteurs sensibles à la pression participent au codage du mouvement.

Par conséquent, quand le bébé se réveille, il est, d'une part, beaucoup moins apte à la relation, et d'autre part, la priorité du codage des mouvements s'est située dans le plan de l'extension, donc dans l'anti-mouvement structurant.

Quand l'enfant est couché sur le ventre, il n'a pas de contact visuel immédiat avec sa mère à son réveil, bien qu'il ressente sa présence par les sons et les odeurs.

On peut se demander si l'importance de la centration parallèle sur l'éprouvé auditif qui se retrouve fortement dans le courant social actuel, et qui correspond à un besoin primaire d'appréhender l'autre par l'ouïe, ne trouve pas en partie ses racines dans cette mode de holding relativement récente.

Dans le cas du couché-ventral, le regard de la mère ne vient pas cimenter le rassemblement moteur du bébé ; celui-ci ne peut tendre les bras vers elle et donner à sa dynamique motrice sa validité psychique de rassemblement des parties de soi et d'outil de communication. L'enfant est renvoyé au drap blanc et exclu du courant libidinal porté par le regard réciproque. Le regard n'assume plus sa fonction de pivot nécessaire à l'identification de soi et d'autrui, et c'est la tonicité qui prend cette fonction.

Lorsque l'enfant peut se mouvoir seul vers l'âge de trois mois et se retourner dans son lit, la position ventrale sera une expérimentation corporelle supplémentaire et enrichissante pour lui, et s'il choisit cette position pour se détendre dans le sommeil, il garde aussi la possibilité de se retourner. Il n'est plus prisonnier de ses répartitions toniques.

Cette mode a eu des raisons spécifiques d'exister. Dans le couché-ventral, l'adulte se sécurise car « le bébé ne peut pas s'étouffer s'il régurgite », « il pleure moins longtemps », « il pousse déjà sur ses bras à deux mois ! ». Que de manque à intégrer pour l'enfant, afin de satisfaire les besoins narcissiques du parent et/ou de calmer ses angoisses !

Le holding moteur irrespectueux de l'orientation psychomotrice entrave le processus d'intégration des sensations dont l'impératif est l'ordre centripète et la coordination. Cette vision du problème de l'organisation motrice du bébé dans l'ensemble du holding psychomoteur amène donc à poser l'hypothèse que certaines formes de holding moteur peuvent être à la source de problématiques narcissiques actuelles.

Une autre forme de holding moteur est intéressante à étudier. Prenons l'exemple des sucettes en caoutchouc ou « totottes » ou « totoches », ces tétines que le parent met, là encore, systématiquement dans la bouche du nourrisson, même si ce dernier ne pleure pas.

Le plus souvent, la sucette permet au parent de ne pas avoir à porter physiquement et psychiquement l'enfant. « Je lui donne sinon il faut que je le prenne à bras toute la journée », me disait une jeune maman. Il est en effet question, dans le holding psychomoteur précoce, de prendre « à bras-

le-corps » le bébé qui vient de naître, et qui a besoin de sentir la présence de l'autre et la sécurité à travers les sensations sur tout son corps, comme il les a expérimentées pendant la période intra-utérine.

Les manuels éducatifs de vulgarisation conduisent souvent les mères à confondre ce qui relève des désirs et besoins des enfants d'une part, et ce qui relève des leurs d'autre part.

Bien souvent, nous voyons des mères placer une tétine dans la bouche de leur bébé, car elles ont appris qu'il existait un besoin de succion; certaines ont le courage ou la naïveté d'ajouter qu'avec ça, « il se tient tranquille et ne pleure plus ».

Elles touchent alors le vrai problème de l'enfant qui est la demande d'attention, d'intérêt, d'amour qu'il réclame en pleurant, ou la douleur et l'insatisfaction qu'il ressent. Ces demandes gestuelles et sonores réactivent anxiété et angoisse chez certaines mères.

L'enfant, la bouche pleine, ne pouvant plus demander quoi que ce soit, devient dans le fantasme de la mère, un enfant comblé. Les mères n'ont alors plus à s'interroger sur les désirs de l'enfant et sur le renvoi à leur propre désir, l'objet-tétine faisant office de réponse quasi totale à toutes les manifestations de l'enfant.

Mal à l'aise, car le plus souvent apeurées et coupables de ne pas savoir interpréter ni répondre aux pleurs de l'enfant, les mères bloquent le passage de toute expression de demande à la source même, la bouche. Elles sont face à leurs propres failles intégratives.

L'enfant qui a la bouche occupée en permanence ne découvre pas les objets dans l'ordre du projet psychomoteur qui exige un croisement d'au moins deux axes et d'une relation à trois termes : le rapport main-bouche-yeux fondamental dans la construction de l'objet et du corps propre est amputé d'un terme qui est le lieu buccal comme endroit de découverte.

L'enfant est dans une relation sensorielle ternaire tronquée avec l'objet.

La triangulation spatiotemporelle main-yeuxbouche qui soutient toute formation symbolique dans les premiers mois de la vie, identifie l'objet dans une globalité hétérogène.

Normalement, l'enfant découvre les objets avec la bouche avant de les découvrir avec les yeux. Dans l'exemple de la « tototte », la triangulation structurale du schème de base n'est pas assurée, le rapport main-bouche est inexistant, car la main ne se porte pas à la bouche pour goûter l'objet.

L'enfant à tétine établit un lien direct mainsyeux sans découverte sensorielle buccale des données propres à l'objet. Cependant, il est dans un mouvement constant de succion qui devient alors une dimension fantasmée et non sentie de l'objet ; les sensations de la bouche pleine de la tétine deviennent l'équivalent constant des dimensions sensorielles de l'objet, quel qu'il soit.

Cet invariant sensoriel me laisse supposer que l'enfant à tétine ne s'enrichira pas au contact du monde extérieur de la même façon qu'un enfant qui aura « goûté » des objets durs, froids, mous, chauds, rugueux, etc.

L'appauvrissement de ses analyseurs sensoriels l'engagent sur des terrains troués sensoriellement. Le fantasme viendra boucher en quelque sorte ces trous, et des positions addictives pourraient s'installer.

Nous nous trouvons devant un désinvestissement de la pulsion épistémologique au niveau de la zone orale, et un surinvestissement narcissique de la dimension orale des objets, sans « preuve » sensorielle.

Nous pouvons alors nous interroger sur l'introduction de l'enfant à tétine dans la réalité, et sur ses capacités à supporter les frustrations, si les premiers objets extérieurs qu'il découvre sont, dans le défaut de triangulation sensorielle, matière à connaissance fantasmatique orale et à satisfaction buccale immédiate.

De nombreux autres exemples se trouvent dans le quotidien des relations mère-enfant : changer un enfant en le soulevant par un seul pied plutôt que d'assembler ses plantes de pied dans un mouvement axial ; coincer le bras du bébé du côté du corps de la mère pour faciliter la prise du sein ou du biberon ;

asseoir un bébé verticalement alors qu'il ne peut soutenir son dos, provoquant ainsi une hypertonie réflexe des muscles rachidiens ; le relever de la position couché-dorsal à la position debout sans passer par la position assise, ne lui permettant pas de sentir et d'intégrer que le redressement s'étaye sur l'enroulement bassin-tête.

Si la mère joue le rôle de pare-excitation pour son bébé, afin de lui éviter la survenue brutale d'affects et d'émotions intolérables, elle doit aussi assumer ce même rôle au niveau de son corps et de son organisation motrice, en lui évitant des stimulations proprioceptives trop intenses.

Il semble évident qu'un savoir doit être transmis aux mères dans les cliniques d'accouchement, les centres préet postnataux; déjà certaines

précautions sont prises en fonction de connaissances physiologiques : le massage plantaire chez l'enfant (et l'adulte) a une action décontracturante sur les cordons musculaires hypertoniques ; on met un appui sur les pieds des bébés pour éviter les rétractions et une hypertonicité ; de plus, un bébé se calme s'il peut pousser avec les pieds sur quelque chose de dur.

La notion de holding ainsi réexaminée n'est plus seulement une source de satisfaction primaire, mais c'est un support du processus d'intégration, et par là même, de la communication émotionnelle.

À travers le portage de l'enfant, à travers les micromouvements ressentis toniquement, l'enfant et la mère ajustent sans cesse leurs états tonico-affectifs pour communiquer sur le mode infra-verbal.

Si le holding psychique et le holding moteur peuvent s'étudier indépendamment l'un de l'autre, tout comme le système moteur et le système psychique, ils restent cependant articulés l'un à l'autre par la dimension visuelle et proprioceptive du regard de la mère sur le corps de l'enfant.

C'est la compréhension des signaux moteurs et émotionnels que la mère aura de son bébé, qui l'aidera à interpréter les états affectifs de celui-ci. Cette communication passe en partie par une connaissance innée propriotactile du corps dans l'espace.

De la pulsion propriotactile à la communication

Sur la scène relationnelle, l'enfant improvise d'une façon réflexe. Sa mère l'interprète à travers ses activités motrices et ses tensions toniques.

Nous avons vu que le corps du bébé est contraint dans ses mouvements par une hypertonie segmentaire et une hypotonie axiale, et que sur l'étaillage de cette oscillation primaire, il fonctionne en tout ou rien.

Au même titre qu'il est mû par la faim ou par la soif, le nourrisson a besoin d'être caressé, bercé, porté, remué pour satisfaire au besoin de mouvement. Il est mû par une pulsion motrice étayée par les systèmes sensoriels proprioceptif et tactile.

Bien que ces deux systèmes sensoriels soient distincts, ils entretiennent de telles interactions qu'il est difficile de ne pas les unir dans un travail sur la motricité. C'est pourquoi nous utiliserons le terme de pulsion

proprio-tactile pour caractériser le besoin de tout être humain d'éprouver des sensations motrices. La pulsion proprio-tactile se différencie de la pulsion d'emprise, car elle ne vise pas particulièrement la domination de « l'objet par la force » (Laplanche et Pontalis, 1967). Elle a pour buts de situer spatiotemporellement le sujet dans son corps, de provoquer et de gérer des rapports entre la motricité et le psychisme, et de transformer la motricité réflexe primaire en une motricité relationnelle et créatrice.

Le système proprio-tactile est le système sensoriel qui reçoit, conduit, oriente et coordonne toutes les stimulations. Il est l'instrument neuromoteur de base du processus d'intégration et assure le passage du pulsionnel au relationnel.

Si les pulsions partielles sont satisfaites par des objets particuliers et adéquats : la faim par la nourriture, la soif par du liquide, la tension des sphincters par l'émission de produits corporels, etc., la pulsion proprio-tactile se présente comme une pulsion globale qui nécessite la prise en compte de tous les niveaux du système psychomoteur, car son but est l'expression et la communication.

Dans notre vie d'adulte, nous savons satisfaire cette pulsion par les contacts sociaux, amicaux, amoureux, à travers toutes nos conduites de communication. Les possibilités que nous avons de communiquer avec autrui, de transmettre et de recevoir des informations sur un mode vibratoire tonique et émotionnel, sont la suite d'un apprentissage relationnel, qui a commencé dès notre naissance.

La pulsion proprio-tactile exige, pour se satisfaire, la création d'un contexte de communication, un sens donné aux sensations et une confirmation de leur ressenti affectif. Pour le nourrisson, tout ce travail de mise en forme et en sens, sera l'œuvre de sa mère et de l'environnement.

La parole de l'adulte, étayée sur ses propres niveaux tonique et sensoriel, est nécessaire pour introduire l'enfant dans le monde des affects identifiants et partageables. La mère interprète les exhibitions motrices de son bébé, leur donne une orientation affective et un sens communicationnel : « Je vois que tu es content, tu pédales » ; « Tu es en train de pousser, tu es fort » ; « Tu es en colère, tu fronces tes sourcils. »

La pulsion proprio-tactile trouve sa source dans les états de tension qui animent le corps de l'infans préprogrammé à la parole. Comme toutes les pulsions, la pulsion proprio-tactile est dans une dialectique : elle permet la relation en l'exigeant pour la satisfaire.

Le besoin exige la relation, le besoin permet la relation.

C'est en cela que les pulsions deviennent des éléments de communication et que nous sommes dans une globalité psychosomatique.

Cependant, contrairement aux autres pulsions d'autoconservation qui sont partielles, et qui ont besoin d'être apaisées régulièrement par un apport extérieur, la pulsion propriotactile engage le corps entier comme source à satisfaire, et elle a la particularité de pouvoir être satisfaite par le fonctionnement autonome du corps.

Dans le cas d'une pulsion orale à satisfaire, dès que le rythme présence-absence identifiant un autre, un ailleurs, un non-moi qui a le pouvoir de contenter et de détendre, aura pris place dans la vie psychique du bébé, celui-ci pourra attendre un certain temps et s'auto-apaiser en suçant son pouce. Par nécessité vitale, le bébé réintroduira régulièrement la relation apaisante par ses manifestations corporelles, ses pleurs et ses cris.

Mais il en va autrement de la pulsion propriotactile. Quand l'enfant a besoin d'être stimulé propriotactilement, quand il désire une relation tonico-affective avec sa mère, c'est le corps entier qui demande à être calmé, par le bercement, les caresses, le portage, les manipulations et les vibrations sonores. Le bébé, sans réponse rapide de la part de la mère, peut se satisfaire seul. Comme il peut sucer son pouce pour attendre, il se satisfait tout seul en pleurant, en criant, en se raidissant.

Il crée l'univers vibratoire dont il a besoin. Le paradoxe, c'est que pour se calmer seul, il utilise son système tonique, qui, poussé à l'excès, ne fait que l'exciter davantage.

Sa demande propriotactile et la forme narcissique autogérée de la satisfaction de sa demande se trouvent ainsi amalgamées.

Quand la mère vient suffisamment tôt, les variations de tension prennent une valeur relationnelle et l'enfant apprend à attendre et à demander. Il peut alors différencier peu à peu ce qui est de sa demande et ce qui est de la réponse de sa mère, ce qui est de son besoin et ce qu'il sentira être un désir. Sa pulsion propriotactile ouvre à la relation et à la communication, et prépare l'accès au langage.

Si à l'opposé, l'enfant n'est pas apaisé par la mère, s'il crie et pleure pendant des heures entières, le corps tendu par l'hypertonie constitutionnelle, des états de confusion entre demande et réponse s'installent. La différenciation des besoins et des états affectifs n'est plus

possible. L'enfant se prépare à des troubles de l'intégration, de la symbolisation et du langage.

L'excès d'hypertonie aura une autre conséquence : dans la recherche de l'autre qui apaise, l'enfant s'agrippe à sa tonicité comme à la source sensorielle identifiant un système de relation.

Il investit son hypertonie, non comme présence d'un autre qui se différencie peu à peu, ce qui nécessite le rythme présence-absence, mais comme une paroi tonique, qui à la fois lui donne l'illusion d'une satisfaction possible et le protège des frustrations.

Il confond protection et défense, et tout en cherchant la communication, il se coupe de toute relation.

Si l'enfant ne meurt pas biologiquement, il peut alors mourir à la relation.

Heureusement pour la mère et pour l'enfant, les exhibitions motrices de l'enfant ne sont pas des manifestations neuromusculaires incohérentes, mais elles s'inscrivent dans un code moteur phylogénétique d'expression et de communication.

La ritualisation des signaux moteurs : le couple holding-handling

L'expression motrice et émotionnelle du bébé peut être comprise par la mère, dans la mesure où les signaux moteurs font partie d'un bagage inné, propre à tous les humains. Les signaux moteurs sont inscrits dans des comportements dont la figure de fond est l'activité spatiotemporelle du schème de base, qui est en chaque humain le support figuratif du monde extérieur.

La connaissance innée qu'a la mère de son propre corps a été intégrée et remaniée d'une façon singulière tout au long de son histoire. La compréhension des signaux moteurs de l'enfant dépendra donc de ses états d'intégration psychique et moteur au moment de sa rencontre avec son enfant.

Lorsque le bébé expérimente son schème du bras d'une façon réflexe et l'associe ou non à des sonorités, la mère, devenue dans sa régression maternante hypersensible au niveau émotionnel et tonique de son bébé,

saura différencier si l'enfant tète son poing dans une expérimentation motrice, ou s'il est en train de « montrer » sa faim.

Si le bébé « pédale », la mère projettera un contentement ou une gêne selon les émissions vocales. S'il anime son schème du tronc qui débute au niveau de la lèvre supérieure, elle y verra le début d'un babil ou d'un sourire.

Quand une mère interprète la motricité de son enfant, elle analyse ce qu'elle ressent d'une façon particulière ; elle ne dit pas : « Tu as soulevé ton bras, puis tu as tourné ta main vers toi et mis ton pouce dans la bouche », mais elle dira : « Oh ! tu dois avoir faim, tu sucés ton pouce ! » ; elle ne dira pas : « Tu as soulevé tes sourcils, tu les as froncés, puis tu as ouvert la bouche et tu émetts des sons », mais elle interprétera : « Que se passe-t-il mon bébé, tu as mal ? J'ai l'impression que tu es malheureux. »

C'est à partir de son émotion qu'elle va déterminer l'affect qu'elle nommera à son enfant. L'émotion de la mère, activée par les stimulations toniques proprioceptives des signaux moteurs de l'enfant, l'aide à déterminer l'affect qu'elle projettera sur lui.

Dans ce sens, l'émotion devient le terrain nécessaire à toute analyse des situations par rapport à l'objet ; elle permet de donner un sens à l'événement. Le travail émotionnel du thérapeute, son contretransfert, se fait également dans le sens d'une reconnaissance d'autrui par l'analyse du ressenti puis par étayages successifs d'une représentation et d'une reconnaissance des affects mis en cause dans la relation.

Certains enfants naissent avec une hypertonie rachidienne (*opisthotonos*) réactionnelle ; quand la mère prend son enfant dans ses bras, par réaction proprioceptive, il se cambre et se durcit ; les stimulations toniques que la mère perçoit sont angoissantes et désorientantes ; la mère « passe » l'enfant à une autre personne ou le recouche en interprétant qu'il ne veut pas être avec elle ; peu à peu, la relation s'appauvrit. Il semblerait que de nombreuses mères d'enfants autistes aient vécu des épisodes de ce style dès le début de la vie de leur enfant. Nous pouvons dire que les signaux moteurs du bébé organisent les affects et les représentations de la mère. Toute communication entre deux êtres humains a pour fondement ce niveau tonicomoteur infraverbal. L'empathie et l'intuition, les prémonitions et les pressentiments, sont des états affectifs non pas régressifs mais primaires que certains peuvent avoir conservé ou travaillé selon leurs possibilités et leurs désirs.

Les implications spéculaires sont très importantes dans l'interprétation que la mère fait de la motricité de l'enfant, et dans ce que l'enfant reçoit comme informations la concernant.

Le plaisir et le déplaisir restent les référents immédiats de la communication infra-verbale. Quand un bébé tète, il montre son plaisir en écartant ses orteils qu'il fléchit et étend (les doigts de pied en éventail). La mère, sollicitée à son niveau proprioceptif, est attentive à ces signaux. Elle participe émotionnellement au plaisir et à la satisfaction de son bébé. Les vibrations toniques sont analysées par l'enfant et par la mère, une intégration se fait de part et d'autre, et la communication entre les deux personnes s'élargit.

Un enfant mou, hypotonique, apathique ne suscitera pas les mêmes affects chez la mère qu'un enfant hypertonique, vif, remuant, voire « braillard ». De même une mère dépressive, molle, hypotonique n'éveillera pas chez l'enfant les mêmes affects qu'une mère souriante et dynamique ou une mère nerveuse, vibrante, mal à l'aise.

De son côté, l'enfant s'identifie aux formes corporelles, aux mouvements et aux vibrations de sa mère. Le processus d'identification des formes corporelles est une des premières étapes d'identification primaire. Freud (1923) y voyait « ... la forme la plus originaire du lien affectif à un objet », et il attribuait aux effets des premières identifications « un caractère général et durable ».

Ce sont les messages continus, latents de la structure des mouvements qui assurent à l'enfant et à la mère qu'ils sont bien en face, l'un et l'autre, d'un être humain. Une enveloppe tonique sécurisée, qui assure et affermit les frontières entre soi et l'objet, permet à l'enfant de se « réapprovisionner et s'affirmer au travers de la perception de signes, que son soi est un soi familier, qui ne lui est pas étranger » (Sandler, 1977).

Accepter l'idée d'une interprétation des signaux moteurs du bébé comme prémisses du langage, c'est valider la communication émotionnelle qui est attachée à la musculature et à la tonicité.

L'enfant réajuste son comportement en fonction de l'intensité des stimulations, et la mère doit, pour rester « intéressante » aux yeux de son enfant, « modifier ses gestes » précise D. Stern (1977).

Mère et enfant agissent ensemble dans une sphère de co-attention et de codisponibilité (Fivaz-Depeursinge, 1987). La reconnaissance par la mère de la valeur communicationnelle et affective de la motricité du bébé

appartient au holding. L'apprentissage par l'enfant de la valeur communicationnelle et affective de la gestuelle de la mère appartient au handling.

Nous sommes face à un couple d'opposition qui constitue le processus de fond de la relation précoce infra-verbale, et qui confirme et renforce le sentiment d'identité de chacun des partenaires. En ce sens, la dialectique qui s'établit dès la venue de l'enfant, entre le holding et le handling, s'impose comme un processus de ritualisation.

La ritualisation est un concept fondamental de l'éthologie : c'est le processus par lequel un comportement se transforme en un signal capable d'être émis et compris par tous les représentants d'une espèce animale particulière. La ritualisation transforme un acte à finalité biologique naturelle en un signal agissant comme déclencheur, et elle complexifie les interactions entre congénères. Le langage symbolique représente l'aboutissement maximal de ce processus car, en lui, le signifiant se substitue intégralement au signifié.

Les schèmes de base qui structurent la motricité du nourrisson sont ritualisés en signaux moteurs qui jouent un rôle dans le déclenchement du comportement émotionnel et gestuel de la mère. La ritualisation se fait donc dans une réciprocité d'actions, et elle exige un certain accordage entre les signaux émis par le bébé et ceux émis par la mère.

L'AJUSTEMENT TONICOAFFECTIF MÈRE-ENFANT

Les exigences rituelles

Dans un premier temps, même si l'enfant a des capacités autonomes de régulation des stimulations (détourner le regard, s'endormir, cesser d'être actif), jusqu'à six mois, c'est le parent qui organise les échanges, qui place l'enfant en face de lui, qui assure son maintien.

À partir du deuxième semestre après la naissance, enfant deviendra « partenaire symétrique » de l'interaction, et « initiateur de échange » (Stern, 1988).

Mais avant d'avoir cette activité, le bébé a besoin la rythmicité de l'interaction avec sa mère pour soutenir le processus d'intégration qui le construit. Quand ce rythme disparaît, l'enfant recherche la relation par ses états toniques et émotionnels. S'il n'y parvient pas, il détourne la tête et peut se replier sur lui-même.

L'expression motrice et émotionnelle du bébé n'est donc pas simplement une conduite de recherche de satisfactions primaires, mais également une conduite d'appel à la communication.

Dans leur forme d'expression, la mère et l'enfant présentent chacun un ensemble gestuel et langagier, le « totexte » (Cosnier, 1988) qui est composé « du texte verbal et du contexte vocal et gestuel ». Ce totexte est dépendant chez l'enfant de ses pulsions d'autoconservation et des réactions aux stimulations externes.

Pour assurer son développement, l'enfant aura besoin d'une régulation de la stimulation, d'une synchronie avec sa mère et d'une réciprocité. Ces besoins représentent les schèmes organisateurs du système interactif mère-

enfant. Dans ces conditions, un ajustement se fera entre les deux totextes et la communication s'établira.

Tout système de communication a des contraintes, des « exigences rituelles » (Goffman, 1987) qui inscrivent les deux locuteurs dans un contexte de non-folie, et qui tend à vérifier que la parole n'est pas un délire.

Dans les communications précoces entre la mère et l'enfant, existent les mêmes exigences, mais l'échange « rituel » se fera à deux niveaux différents : les exhibitions motrices du bébé et les réponses verbales et corporelles de la mère tonico-affective.

Le support figuratif de la motricité (l'organisation spatiotemporelle du schème de base) entre dans le cadre des « exigences rituelles » de la communication entre la mère et l'enfant ; ainsi, mère et enfant sont inscrits tous deux dans un espace garant d'une non-folie interprétative de la part de la mère — ce qui protège l'enfant d'une « compréhension » trop personnelle, par la mère, de ses exhibitions motrices — et d'une « normalité » gestuelle de l'enfant — ce qui permettra à la mère de reconnaître les signaux moteurs et émotionnels de son enfant.

Les comportements moteurs répétitifs ont un effet « organisateur » (Lourie, 1948) des interactions, et entrent également dans le cadre d'une protection de la communication. Entre les jeux moteurs de l'enfant, ses expressions émotionnelles et les réactions de la mère, s'installent des réactions de coordination circulaires qui s'ajustent petit à petit. Des « routines interactives » (Deleau, 1985) se dessinent et font l'objet de nombreuses répétitions, qui peuvent, pendant plusieurs mois, faire partie de l'ensemble des interactions entre l'enfant, ses parents et son entourage. Chaque routine est composée de conduites kinésiques et de conduites vocales et sonores (Stern, 1977).

Voici un exemple d'une routine interactive que j'ai observée chez des proches, qui peut commencer dès la naissance du bébé et qui peut se poursuivre jusqu'à l'âge de deux ans et plus, avec les variantes qui accompagnent l'évolution de la relation mère-enfant : la maman embrasse son nourrisson, lui parle doucement, le couche dans son lit en l'enroulant, lui cale le dos avec un rouleau de tissu, le couvre, met près de lui un objet doux qui deviendra son objet de lit, lui dit « dors bien, je vais mettre ta musique », met en route la boîte à musique, lui caresse la tête en lui disant bonne nuit, sort de la pièce en éteignant la lumière.

Quand l'enfant a quatre, cinq mois, la routine tient compte de la participation plus active du bébé : la maman fait un câlin à son bébé, elle cherche des réactions phonatoires, le couche sur le côté, il se retourne aussitôt sur le dos, la maman lui présente son objet doux, l'enfant tend les bras, l'attrape et le serre contre lui, la maman lui dit qu'elle va mettre la musique, il tourne son regard vers la boîte à musique, la maman lui explique qu'il va dormir, etc. et elle sort en éteignant la lumière.

À un an, avant d'accepter de se coucher, l'enfant peut s'asseoir, se relever, il faut tenir compte de cette forme de communication; la mère lui demande où est son « doudou » (ou un autre nom pour l'objet doux), l'enfant cherche, le trouve et le serre contre lui, la maman partage ce plaisir de contact et d'odeur, l'enfant peut montrer la boîte à musique, et parfois la mettre seul en route, la maman l'embrasse et lui dit bonne nuit, elle sort et éteint la lumière alors que l'enfant peut s'être de nouveau relevé ; l'enfant peut relancer sa mère et le schéma de la routine peut se reproduire d'une façon plus réduite.

Ceci est un exemple de routine interactive au niveau du coucher, mais chaque parent les établit en fonction des activités de la journée et en fonction de sa personnalité. Les relations qui s'installent entre l'enfant et chacun des membres de son environnement seront donc particulières. Les routines interactives favorisent la stabilité des relations et la fiabilité émotionnelle.

La disponibilité émotionnelle fait partie des exigences rituelles, et « l'harmonisation affective » (Emde, 1980) oriente et assure le continu des expériences et des relations.

Les manifestations pulsionnelles propriotactiles sont des souhaits de relation qui doivent être compris par un partenaire émotionnellement disponible.

Un psychothérapeute est une personne émotionnellement disponible pour la personne dont il s'occupe : il est capable de ressentir, d'être empathique, d'intégrer, d'être avec la personne tout en restant séparé. Il est dans un ajustement tonicoaffectif : à partir de son propre ressenti, il peut aider autrui à analyser ses états émotionnels qui adviennent pendant la séance, et amener la personne à leur donner un sens.

Cette capacité, qui demande de longues années de travail personnel au psychothérapeute, est « donnée » à la mère dans sa régression post-partum qui s'accompagne d'une grande acuité sensorielle : elle est hypersensible

aux signaux de l'enfant ; elle a le « privilège » d'entendre pleurer son bébé à l'autre bout de la maison, elle a le « privilège » de se réveiller la nuit au moindre bruit, celui de comprendre rapidement ce que réclame son bébé, de remarquer la rougeur, la pâleur, les mimiques inquiétantes, etc. Elle a des possibilités de calmer et de comprendre son enfant qui surprennent parfois. Ces capacités permettent à la mère d'avoir un effet relationnel fondamental, l'ajustement tonico-affectif qui permet de donner un sens psychique à un ensemble vibratoire corporel.

Ajuriaguerra (1960) écrit à propos du dialogue tonique : « Le dialogue tonique qui s'instaure entre le patient et le thérapeute au moment de la cure doit être compris pour une part, du moins, comme une reviviscence structurante du dialogue corporel, de contact et à distance, qui a été vécue entre l'enfant et sa mère dans les premiers mois de la vie. »

La protection de la communication infra-verbale évite l'installation d'un lien toxique entre la pulsion d'attachement de l'enfant et la pulsion d'emprise de la mère.

Ce lien vient troubler le rythme relationnel. Des distorsions dans les articulations entre les regards de l'enfant et de sa mère peuvent se produire : la mère peut être dans une recherche intrusive du regard de l'enfant, qui tente alors de fuir ; elle l'excite ou le délaisse suivant ses propres états affectifs ; elle n'attend pas qu'il réagisse et intègre une expérience, que déjà elle le restimule ; elle peut se sentir rejetée si l'enfant cherche à couper les interactions, et elle peut réagir négativement à ce sentiment.

Le regard de la mère peut être absent, froid, hostile, ce qui provoque un sentiment d'effroi et un retrait du corps chez le bébé. Dans toutes ces circonstances, l'enfant se trouve alors dénué de tout apport d'amour : il est sous l'emprise corporelle et psychique de sa mère qui satisfait ses besoins narcissiques, ou face à l'absence du désir maternel à son égard.

Entre le vide de la relation et l'étouffement, l'enfant pris dans une enveloppe tonique sur-stimulée, perd les repères émotionnels et affectifs qu'il puise dans le regard de sa mère, dans les variations tonicomotrices du visage de celle-ci et dans ses propres variations toniques. Le terrain tonique réactif de l'enfant se dérègle inévitablement et l'établissement de son self est en danger.

La communication infra-verbale est donc un système d'ajustement tonico-affectif entre la mère et l'enfant. Il met en jeu les conditions

fonctionnelles des deux partenaires ainsi que leurs niveaux intégrés. Un enfant qui est vécu par sa mère comme un simple ensemble de fonctions motrices sans que le mouvement soit signifié par le geste se dirigera dangereusement vers des états psychotiques. Le germe de la psychose se trouve dans la confusion entre besoin et désir.

L'ajustement tonico-affectif mère-enfant devient le système de pare-excitation de la dyade primaire.

Les effets de l'ajustement tonico-affectif

MARTIN dit : « Je ne tombe jamais pile avec quelqu'un. Quand j'aime c'est trop. Je suis passionné et exigeant... J'ai besoin qu'on soit d'accord avec moi, complètement d'accord, dévoué... Évidemment, ça fait peur et la fille s'en va ! »

Martin exprime un besoin fondamental d'accordage affectif avec une personne qui lui serait entièrement « dévouée ». Il dit n'avoir jamais vécu cette situation et encore maintenant sa mère « ne comprend rien ! Ou elle me torture ou il n'y a pas de relation ».

Dans ses relations amoureuses, Martin demande aux femmes de lui donner le sentiment d'être compris et deviné. L'accordage affectif qu'il réclame s'appuie originellement sur un ajustement des réponses toniques et affectives de la mère aux signaux moteurs et émotionnels de l'enfant.

C'est une fonction de réglage entre les deux registres de communication à la fois semblables et différents de la mère et de l'enfant, et elle implique « l'ajustement de la convertibilité des deux systèmes » (M. Pagès, 1987).

Quand la mère interprète affectivement la motricité de son bébé, elle fait passer des sensations d'un niveau tonique au niveau de l'affect et à celui des représentations ; si l'enfant remue dans son lit en souriant, elle peut dire : « Tu bouges comme un vermisseau, tellement tu es content » ; tous les niveaux d'intégration de la mère sont présents : le niveau tonique proprioceptif, avec la vision des mouvements vermiculaires ; le niveau sensoriel avec l'intensité « tellement » ; le niveau affectif, « tu es content » ; et le niveau représentatif avec le « vermisseau ».

Dans cette interprétation, la mère a la sensation d'avoir compris le niveau affectif de son enfant « content » et son association motrice. La représentation est issue de son histoire personnelle et lui appartient en

propre, mais d'une certaine façon, elle le transmet à son enfant. L'enfant intègre ces informations, et répond à l'espace vibratoire créé par sa mère, en augmentant ses mouvements, en émettant des sons, en souriant, par exemple.

Les deux partenaires tentent ainsi de trouver un certain accord avec chacun des systèmes d'expression de l'autre, et dans le même temps, établissent une première forme de communication. L'ajustement qui s'opère entre les paliers amalgamés du bébé et les paliers étayés d'une façon singulière de la mère entrent dans le cadre de l'accordage tel que le décrit Stern (1975). Cet auteur précise qu'« il est quasi évident que les accordages surviennent largement hors de la conscience et presque automatiquement » (Stern, 1983).

Dans l'ajustement tonico-affectif, le niveau tonique propriotactile des deux partenaires est sollicité d'une façon inconsciente et étaye les autres paliers intégratifs d'organisation du sujet. L'accordage des signaux moteurs et émotionnels se couple donc d'un « accordage affectif » (Stern, 1977) qui favorise le processus intégratif. L'ajustement tonico-affectif s'identifie comme un système nécessaire à la liaison des quatre paliers intégratifs.

Quand Mme T. se plaint de se sentir comme « une cocotte minute sous pression », elle nous dit qu'une tension corporelle trop intense l'envahit et qu'elle ne peut rien en faire, sinon « exploser » avec l'angoisse de devenir « folle ». Ce qu'elle vit de sa relation à sa mère montre qu'il n'y a jamais eu d'ajustement satisfaisant entre ses états tonicoaffectifs du début de sa vie (même après) et les états intégrés de sa mère. Sa tension corporelle reste un ensemble amalgamé douloureux qui ne peut se différencier en divers niveaux d'organisation et qui l'handicapent dans sa vie relationnelle.

En mettant des mots affectés sur les états toniques de son bébé, la mère lui signifie que ceux-ci ne sont pas destructeurs. La mère accepte, voire aide à l'expression des sentiments d'agressivité, de rage, de colère, d'amour, de tendresse qui appartiennent à l'enfant et qui sont constitutifs de son Moi naissant. Elle le prépare à être un sujet entier et ouvert, dans une relation constante avec son corps et avec l'autre. Basé sur la compréhension et l'acceptation par la mère, des expressions motrices et émotionnelles de son bébé, ce processus est précurseur de l'empathie, des sentiments d'amour et de la sociabilisation des interrelations humaines.

Sous une autre forme, C. exprime la souffrance de ne pas avoir été interprétée « justement » par sa mère :

« Je ne veux pas de conflit. J'ai horreur de ça et ça me rend malade. Je ne veux pas lutter. Il faut que les gens se rendent compte avec le temps que j'ai raison ! »

C. supporte tout, « encaisse » et souffre de tensions corporelles diverses. Elle cherche à travers des positions passives et masochistes à amener l'autre à dire comme elle et lui donner raison, à s'ajuster à ce qu'elle ressent et pense. Sa demande primaire d'ajustement tonico-affectif est distordu par les événements de la vie et les façons qu'elle a eu d'y répondre. Cependant il s'agit bien là d'un besoin fondamental. Dans la relation thérapeutique, elle a pu rééprouver sa rage et sa détresse de nouveau-né. L'émergence de ces émotions ont permis la relance du processus intégratif, et C. a abandonné progressivement cette quête infantile dans la vie réelle pour mettre en place des stratégies de communication plus économiques.

Nous avons vu que l'accès aux affects et aux représentations n'est pas donné à l'enfant : c'est un travail de différenciation et d'élaboration qui ne peut se faire sans la relation à autrui.

Les transpositions des tensions en affects et en figurations s'effectuent dans l'accordage et se comprennent comme :

1. Un effet de séparation et de différenciation entre les différents niveaux. De l'amalgame primaire TSAR, vont émerger les quatre niveaux d'intégration psychique : chacun des paliers va se complexifier, s'élaborer d'une façon particulière, et tout en conservant un fonctionnement qui lui est propre, rester dans une réciprocité d'effets avec les autres niveaux. Il y a passage de l'amalgame tonicoaffectif à l'articulation des différents paliers.

Il s'agit de passer d'une équation simple tonicité = affect comme tendu = déplaisir, à une activité séparée et multiple de chacun des deux termes : la tension étayera les sensations des affects d'attente, de plaisir, d'attention, d'excitation, etc.

L'affect de déplaisir, associé d'une façon primaire au noir, au piquant, au bruyant, étayera des représentations liées à des situations de vie difficiles, douloureuses, persécutrices, liées à la déception.

Un des effets essentiels de l'ajustement tonicoaffectif mère-enfant est la différenciation du besoin et du désir de l'enfant. Mû par son hypertonicité, le bébé est dans une identification adhésive tonique à sa mère. Il ressent ce

que sa mère ressent et désire, comme ce qu'il désire lui-même : il va alors le demander et l'attendre. Si la mère ne sait pas différencier ses propres besoins de ceux de son enfant, si elle n'a pas de désir pour lui de le voir devenir sujet autonome, le désir de la mère devient le besoin de l'enfant et capture l'enfant.

L'ajustement permet d'agir sur cet amalgame mère-enfant. L'effet identificatoire qui naît de la différenciation entre besoin et désir permet que l'enfant reste acteur et auteur de ses ressentis.

2. le deuxième effet de l'ajustement tonicoaffectif est l'autonomie relative (Pagès, 1987) des différents paliers d'intégration par rapport au courant émotionnel sous-jacent, et leur interaction constante. Le courant émotionnel reste le terrain analyseur disponible à chaque instant, pour toute expérience de vie.

Par exemple, l'effet de l'ajustement tonico-affectif qui favorise l'intégration des stimulations est la disparition de la liaison intime entre émotion et cognition, autour du sixième mois.

Certaines personnes restent prisonnières de cette liaison archaïque : toute stimulation les plonge dans un état émotionnel tel, qu'elles ne peuvent ni penser, ni réfléchir, ni analyser la situation qu'elles vivent. De nombreux enfants, au moment de l'apprentissage de la lecture et de l'écriture, laissent apparaître cette liaison emprisonnante : ils pleurent au moment de lire, ne peuvent rien apprendre, « savent tout, et oublient dès qu'ils sont à l'école » ; si les connaissances peuvent être acquises à un niveau cognitif, elles disparaissent dès qu'il s'agit de les montrer à autrui, dès que la relation et l'émotion apparaissent. L'ajustement tonico-affectif favorise l'activité fantasmatique de l'enfant et l'« interaction fantasmatique » (Kreisler, 1987 — Cramer, 1982 — Lebovici, 1983).

L'hypotonicité va sortir de la relation binaire mère-enfant éprouvée comme entièrement molle et bonne, et se socialiser, donc supporter des frustrations. La plupart du temps, si les relations précoces insatisfaisantes n'ont pas été réparées et conflictualisées par la suite, l'adulte fantasmera ses sensations hypotoniques de relâchement comme quelque chose de dangereux, ses sensations de mou comme quelque chose d'écœurant. Tous les comportements autour du relâchement auront une teinte particulière : « Je ne peux jamais me détendre » ; « Je ne sais pas ce que c'est de se laisser aller » ; « Je n'ai confiance en personne » ; « Si je me relâche, je meurs, je ne me tiens plus. »

L'hypertonie par contre va être fantasmée comme une activité sociale organisée dans le temps et l'espace extérieur. C'est le dynamisme, la compétitivité qui vont être évoqués. Fantasmée à partir d'une enveloppe tonique trop stimulée et douloureuse, nous trouverons dans le discours des personnes, des images de blindage, de carapace, d'armure, d'enceinte, de forteresse.

Le Moi qui va naître de cet ajustement et de la dynamique psychomotrice est un Moi de liaison, liaison entre les différents niveaux d'organisation, entre le dedans et le dehors, liaison entre soi et l'autre. Les passages du couple à la dualité tonique, de la bipolarité à l'ambivalence, du morcellement à l'unité pulsionnelle seront toujours dépendants des modalités de relations tonico-affectives de la période sensible du premier semestre de vie.

Le holding psychomoteur, au-delà du processus de satisfactions primaires, s'identifie comme un processus d'élargissement et de complexification de coordinations circulaires entre la mère et son bébé, comme un processus de communication. Ces coordinations sont des assemblages rythmiques qui se créent entre deux pôles d'opposition : présence-absence, vu-entendu, senti-goûté, senti-nommé, passivité-activité, etc., et qui préparent le psychisme à la différenciation, à la dialectique entre deux termes, au conflit créateur de relations et à la symbolisation.

Les articulations corporelles et le langage

C'est à partir d'une combinaison entre des pôles d'opposition, qui doit pouvoir se traduire en problématique de quitter, d'exister sans exclusion de l'autre, d'acquérir une identité dans un dialogue constant tonico-affectif avec autrui, que se construit le langage.

C'est parce que le niveau le plus primaire de l'organisation psychomotrice se trouve dans des rapports d'homologie avec le niveau le plus complexe de cette même organisation, le langage, que l'organisation motrice et tonique s'identifie comme structure d'étalement.

En effet, comme la motricité organisée, comme le dialogue tonique, le langage est un système d'opposition de termes et de triangulation qui donne du sens : beau n'existe que parce que laid existe mais aussi parce qu'il s'oppose à vert. Cette notion qui associe articulations corporelles et langage

a été explicitée par Max Pagès dans son livre, *Le système émotionnel* (1986) et pendant les travaux du groupe de recherche qu'il anime à Paris VII, « La complexité clinique : théories et pratiques ».

Comme le langage, le schème de base est fondé sur une opposition de termes : la rotation externe existe par rapport à la rotation interne, mais aussi parce qu'elle s'oppose également à la flexion. Nous retrouvons la même composition triangulaire identificatoire au niveau de l'intégration : le dur segmentaire existe parce que le mou interne existe, mais également parce que le dur relationnel existe.

La reconnaissance des différences par oppositions multiples donne accès à des règles qui ne sont pas encore des lois. Dans les couples d'opposition sensoriels tels que chaud-froid ou dur-mou, la quantité et la qualité des sensations intermédiaires sont dépendantes de la richesse de la dynamique du processus d'intégration. Mais le tiède n'est pas pour autant le troisième terme qui permet la dialectique sensorielle de chaud-froid. C'est la conséquence du mouvement conflictuel entre les deux positions opposées.

Le troisième terme sera un autre différent : entre le chaud et le froid, le différent pourra être le dur, le lumineux, le salé, etc. C'est dans la reconnaissance d'un terme différent extérieur au couple, que le chaud et le froid prennent leur identité.

Si la langue, comme un code commun à tous, s'oppose au langage, la parole étant propre à chacun (Saussure, 1964), les schèmes de base sont un code moteur spatiotemporel commun à tous les humains, mais chacun l'affectera d'une façon singulière.

De la même façon, la diachronie, qui est la description de l'évolution de la langue à travers le temps, s'oppose à la synchronie qui est la description de l'état de la langue à une époque donnée. Au niveau moteur, l'aspect diachronique s'étudie dans les processus d'évolution de la psychomotricité primaire à la motricité « adulte » équilibrée toniquement et il s'oppose à l'aspect synchronique qui représente l'état moteur et tonique du sujet à un moment de sa vie (comme le hiatus psychomoteur).

Enfin, si le signe linguistique devient l'association du signifié et du signifiant, au niveau corporel, le signe moteur est l'alliance de l'action d'un schème de base et de l'image tonico-affectée du mouvement dans la relation.

Le langage, construit sur un système de dialectique et de mise en rapport de termes opposée entre eux, devient le cinquième palier du système d'intégration.

Le jeu des contraires et l'espace de la symbolisation

C'est dans la communication prélangagière avec sa mère que l'enfant prépare la symbolisation de son corps. C'est le culte de la mère comme figure identificatoire tonico-affective adhésive dans le holding qui prépare à la subjectivation des items moteurs. L'incarnation de l'architecture corporelle c'est la symbolisation du corps. L'enfant rend psychique les éléments de son corps. Il passe ainsi d'un corps sensorimoteur à un corps psychomoteur. Les éléments premiers objectivables changent de registre ; l'identification tonique première, globale et adhésive devient l'identification symbolisée dans la subjectivité.

Ce changement de registre identificatoire est une question d'étayage d'un champ de références sur un autre champ dont le processus intégratif est le moteur.

Notre identification subjective est une longue suite de remaniements affectifs, émotionnels, fantasmatiques, représentatifs, corporels qui se situent dans l'espace de notre attente d'autrui, et de ce qu'il veut et peut nous donner, et dans l'espace de ce qu'il nous propose, et de ce que nous pouvons et voulons accepter de lui.

Au début de la vie, ces espaces de jeu entre soi et autrui sont liés par des systèmes de communication primaire émotionnelle et tonique, et de leurs articulations dépendra le jeu de la symbolisation qui s'étaye sur le jeu des contraires.

Toute notre vie nous aurons affaire avec des termes opposés, la nuit-le jour, avaler-expulser, inspirer-expirer, projeter-introjecter, prendredonner, moi-toi, oui-non, pour-contre.

Nous pouvons là encore poser des rapports d'homologie entre la dynamique motrice issue de la mise en rapport de termes opposés et la symbolisation décrite par Bion (1952) comme « la possibilité d'appréhender les objets totaux... l'abandon de la position paranoïde-schizoïde et de l'utilisation correspondante du clivage... la réunification des parties clivées

et l'entrée dans la position dépressive ». Du point de vue de la théorie de l'intégration, la première nécessité décrite par Bion se retrouve dans le rassemblement et la coordination des schèmes; le corps acquiert ses premières formes d'unités tonique et spatiotemporelle. La deuxième correspond à la disparition de la motricité réflexe et à celle du clivage tonique inné. La troisième homologie se retrouve dans l'harmonisation des tensions hyper et hypo qui soutient l'unité psychomotrice du sujet.

Les trois positions s'articulent de telle sorte que l'enfant pourra accepter de ne pas avoir (reconnaître les différences) pour être (donner sens aux différences).

Symboliser, c'est créer une unité avec quelque chose qui est autre. C'est à partir de deux réalités différentes, n'en faire plus qu'une. Nous sommes là devant la même combinaison que celle qui anime les liens psychomoteurs grâce au système d'intégration. D'une part, à partir de la différenciation primaire motricité-affect, l'enfant devra recréer une unité psychosomatique, et d'autre part, à partir d'une relation fusionnelle précoce mère-enfant, chacun des deux partenaires devront recréer une relation à l'autre unique et singulière.

La symbolisation soutient la relation, et c'est en y accédant que le bébé fait réellement naître l'autre. Nous savons que pour penser, élaborer et s'identifier, il faut qu'un écart soit créé entre soi et l'autre. C'est une condition nécessaire mais non suffisante. Il faut également que le sujet se représente ce qui est différent, ce qui n'est pas, et ce qui n'est plus, car « le manque est au départ de la symbolisation » (Pelsser, 1990).

Le bébé ne sait rien de tout cela. Il va l'apprendre lentement au fur et à mesure des expériences de frustrations qu'il vivra sur le rythme absence-présence de sa mère. Pour que le bébé puisse acquérir ce processus identifiant et communicationnel, il faut que cette absence s'intègre lentement, sans que ses seuils de tolérance à la frustration aient été dépassés. Au fur et à mesure des expérimentations tonicoaffectives, les analyses sensorielles des objets deviennent des étayages de nouvelles acquisitions, et permettent à l'enfant de multiplier ses moyens et ses champs d'évaluation.

Le terrain des activités mentales de liaisons, de distanciation et de déplacements identificatoires se prépare dans les premières expériences de vie. L'intégration psychomotrice peut se voir alors, comme un processus qui va suivre le chemin de la métabolisation des sensations-affects jusqu'à la

représentation, qui sera dite par le Je, dont le travail est de forger une image de la réalité du monde qui soit cohérente avec la structure dont il est issu.

Le processus de symbolisation est donc étroitement lié à l'aspect héréditaire de l'organisation sensorimotrice du bébé et à la qualité des relations précoces avec son environnement. Pour sentir la différence dans la fusion et maintenir l'altérité dans la différence, le bébé a besoin de vivre un minimum de plaisir à ressentir les stimulations et à en jouer.

IV

HYPERTONICITÉ ET HYPOTONICITÉ

Dans cette partie, je vais définir la fonction de chacune des tonicités du nourrisson.

Puis j'aborderai la pathologie de ces fonctions. Je ne traiterai pas de l'hypertonie inscrite dans une étiologie neurologique, qui se définit la plupart du temps par un retard de maturation du système pyramidal.

J'axe mon travail sur la tonicité comme élément limite entre le soma et la psyché, élément physiologique qui répond à des contraintes relationnelles.

Cependant, il faut noter que quelle que soit l'étiologie, l'hypertonie, ou plus exactement l'absence de jeu tonique, entraîne les mêmes troubles moteurs avec des degrés différents : anomalies du tonus, troubles de la coordination, réflexes anormaux, maladresse.

Nous savons que l'organisation motrice propose comme étaie à l'organisation de notre psychisme, une bipolarité innée des positions toniques par nécessité d'assurer une première différenciation entre les sensations, les affects et les représentations de base de soi et de l'objet. La bipolarité s'identifie comme un mouvement psychique naturel qui s'étaye sur une réalité neuromotrice. Il permet au Moi naissant de supporter ce qui est contradictoire (Klein, 1932, 1952), cependant il ne correspond pas à une stratégie moïque consécutive à ce besoin psychique, mais il est l'étai originel de la capacité du Moi à se protéger.

La bipolarité tonique utile au développement psychique de l'enfant est un mouvement continu d'alternance dans le temps : le pôle entièrement dur succède au pôle entièrement mou, qui laisse la place au pôle moins dur, puis au pôle moins mou, etc.

C'est d'abord un mouvement primaire en tout ou rien qui tend à acquérir des positions intermédiaires de plus en plus nombreuses et de plus en plus variées. À partir de cette dynamique bipolaire, les enveloppes psychiques et corporelles vont se constituer et aider à la différenciation du dedans et du dehors, ainsi que de soi et de l'autre.

La fonction psychique de la bipolarité tonique est donc intimement dépendante de la qualité de ses deux pôles primaires, l'hypotonicité et l'hypertonicité. Cependant l'hypertonicité prend une place prépondérante dans cette dualité, dans la mesure où son inflation conditionne les capacités de communication et d'introjection du dehors vers le dedans.

L'HYPERTONICITÉ ET LA PROJECTION La projection est une opération qui permet de faire passer un objet d'un point à un autre plus en avant. Dans la théorie psychanalytique, c'est un mécanisme de défense archaïque qui permet au sujet d'expulser de soi et de localiser dans l'autre, personne ou chose, des qualités, des sentiments, des désirs que le sujet méconnaît ou refuse en lui.

Au niveau physiologique, l'hypertonie primaire entraîne l'enfant à vivre sur un mode sensorimoteur périphérique toutes les stimulations qu'il percevra, qu'elles viennent de l'intérieur ou de l'extérieur de lui. Elle assure, par intégration, des fonctions essentielles dans l'organisation motrice du bébé en participant à l'expérimentation centripète des schèmes de base et dans l'organisation de la psyché naissante en étayant le rassemblement des pulsions et des parties du Moi.

La fonction d'autoconservation

Certains réflexes archaïques comme le réflexe de Moro nous montrent la fonction d'autoconservation de la tonicité primaire, à la fois réactive et clivée.

Le réflexe de Moro, dont la présence valide une bonne intégrité neuromotrice à la naissance, est l'exemple d'une réponse motrice à une surstimulation sensorielle : si on frappe violemment sur le coussin sur lequel est posé le nourrisson (l'aspect auditif est écarté au profit de l'aspect proprioceptif de la stimulation), l'enfant écarte les bras symétriquement dans un premier temps puis les rejoint en cercle. Moro, intrigué par la deuxième phase de ce réflexe avait proposé le nom de « réflexe d'embrassement ».

Dans un premier temps, le sursaut tonico-affectif consécutif à la surstimulation fait perdre à l'enfant son mouvement centripète inné, puis dans un deuxième temps le bébé le récupère. En le nommant « réflexe d'embrassement », Moro situait l'élément important de la normalité de l'épreuve : c'est la présence du retour réflexe et hypertonique des membres vers le centre du corps qui est essentielle.

La perte du sens moteur et sa récupération signe la possibilité chez l'enfant de se restructurer, de se réparer après une surstimulation dangereuse. C'est à la fois la preuve de son intégrité neurologique et celle de sa capacité moïque à réparer certains traumatismes précoces.

L'absence de la deuxième phase de ce réflexe ainsi que la persistance du réflexe au-delà de sept à huit mois, comme la plupart des réflexes dits archaïques, signent une anomalie cérébrale (Koupernik, Dailly, 1968). Le développement psychomoteur du bébé sera alors déficient.

Les réponses réflexes à des stimulus extérieurs sont les exhibitions motrices d'une précoordination des schèmes de base qui ne demande que la maturation neurologique pour s'exercer volontairement. Le grasping reflex de la main et des orteils est un réflexe « tonique des fléchisseurs » (André-Thomas, Sainte-Anne-Dargassies, 1952) qui met en jeu le système sensoriel proprioceptif : il étaye le mouvement d'enroulement de la main et du pied sur lui-même qui participe au mouvement psychomoteur centripète.

Le réflexe de fouissement ou rooting reflex est un réflexe d'orientation de l'enfant au sein : il prépare au mouvement de rotation du rachis qui est un mouvement de communication, de socialisation et d'ouverture vers autrui.

La pression d'une des paumes des mains entraîne la rotation latérale de la tête et le caractère précoce de la coordination main-bouche est ainsi mise en évidence (Babkine, in Peiper, 1962.).

Les schèmes de base sont préinscrits dans le bagage génétique du bébé, l'enfant ne les invente pas mais il les expérimente, les développe et les fait siens. Le terrain réflexe et hypertonique oblige donc l'enfant à orienter ses mouvements dans le sens centripète et à donner un sens spatiotemporel aux sensations propres à la construction du schéma corporel.

La tonicité concourt ainsi à garantir aux schèmes leur statut de praxies fondamentales, définies par le passage d'une action sensorimotrice à un mouvement symbolique.

C'est ainsi que les « mouvements spontanés » des bébés décrits par Stambak et Bergeron (1968), loin d'être des mouvements sans aucune « fonction extérofective » sont non seulement des mouvements auto-érotiques mais également des mouvements pris dans un processus de centration narcissique garant de l'établissement d'un Moi permanent.

Ce sont des praxies fondamentales qui servent le développement psychomoteur et je propose de voir leur disparition comme la marque d'une organisation, d'une coordination et d'une globalisation des schèmes qui s'effectuent grâce à une régulation tonique neuromotrice.

Nous avons vu que la disparition progressive du terrain réflexe est concomitante à l'équilibration tonique. Autour du sixième mois de la vie, l'enfant a acquis la base motrice qui lui permettra de se redresser et de se relever en respectant sa coordination et son orientation motrices.

Peut-être avez-vous vu des enfants faire le mouvement contraire : se cambrer en arrière dès qu'on veut les asseoir et les enrrouler en avant. Ces enfants semblent avoir perdu le sens inné de leur enrroulement moteur et ils fonctionnent en opposition tonique. Plusieurs éléments peuvent être à la base de cette inversion tonique : troubles métaboliques du calcium qui entraîne des hypertonies, climat émotionnel angoissant, couché ventral qui favorise l'extension précoce du rachis, stimulations environnementales trop fortes qui mettent le bébé en maîtrise précoce hypertonique et en hypertonie de vigilance.

J'ai eu plusieurs fois l'occasion d'aider des nourrissons hospitalisés ou non à reconquérir leur « centre » en les enrroulant sur eux-mêmes dans mes bras et en leur parlant doucement. L'enroulement associé à l'enveloppement verbal favorise l'établissement de l'enveloppe tonique et psychique.

L'équilibration tonique du sixième mois libère les membres supérieurs de l'adduction (bras serrés contre le tronc) et autorise l'exploration par la main des autres parties du corps. « La descente » de la main (Ajuriaguerra, 1960) vers le ventre et vers les parties génitales permettra leur exploration. Un certain ordre psychomoteur apparaît ainsi : après l'intégration suffisante du rapport main-bouche qui garantit la fonction première auto-érotique de succion, la diminution de la réflexivité et de l'hypertonie permet l'intégration du rapport main-parties génitales qui soutient la fonction auto-érotique génitale.

L'hypertonie réflexe assure ainsi l'autoconservation des étapes fondamentales du développement du bébé et des zones érogènes du corps.

La fonction de pare-excitation

Le concept de pare-excitation utilisé par Freud (1920, 1925, 1926) désigne une fonction qui consiste à protéger l'organisme contre les excitations provenant du monde extérieur.

D'un point de vue relationnel, c'est la mère qui assure cette fonction vitale. Mais comme le bébé est un être psychomoteur, il possède un outil homologue au niveau de son corps propre, son hypertonie qui vient doubler l'action pareexcitatrice de la mère.

Chez le nouveau-né, comme chez tous les humains, toute stimulation entraîne une réaction corporelle globale plus ou moins importante qui met le corps entier dans un certain état de tension, puis cet effet disparaît et le sujet retrouve une tonicité silencieuse.

Cependant, le bébé vit une particularité au niveau de sa tonicité : à l'état éveillé, il est en permanence dans « un état d'alarme » (Ajuriaguerra, 1962) tonique qui lui permet de réagir totalement à tout stimulus externe. Il se trouve pris ainsi continuellement dans une gaine tonique réactive que je nomme *l'enveloppe tonique*.

Le bébé répond aux stimulations internes et externes par une augmentation de la tension de son enveloppe tonique. Le système hypertonique de pare-excitation est un système d'inflation, faire plus dur que le dur, que l'enfant subit d'une façon réflexe et involontaire.

Quand les sensations désagréables viennent du dedans, le nourrisson se sert ainsi du canal hypertonique pour exclure des informations trop

douloureuses. L'enveloppe tonique devient une zone de projection par rapport à l'intérieur.

Quand les stimulations douloureuses viennent du dehors, le durcissement tonique de l'enveloppe arrête les stimulations nocives. L'enveloppe tonique devient une zone de protection par rapport à l'extérieur. Le système de pare-excitation est un « régulateur » des stimulations (P. Gutton, 1983).

Ainsi dans un premier temps, défense et protection sont intimement liées. Ces deux fonctions psychomotrices auront à se différencier et à participer à la mise en place des limites.

La fonction de pare-excitation tonique physiologique double la fonction maternelle relationnelle ; de leur dialectique naissent les capacités de l'enfant à dire non, à se protéger et à s'opposer à autrui, à s'identifier et à avoir un désir propre.

Au fur et à mesure de la différenciation des systèmes moteurs et psychiques, les systèmes de défense se complexifient et l'enveloppe tonique n'exerce plus d'une façon aussi primordiale son rôle de pare-excitation. Elle reste cependant inscrite à des degrés divers de réflexivité dans notre motricité d'adulte, comme mode archaïque défensif et anesthésique du Moi non différencié, et nous pouvons la repérer dans nos réactions de contraction musculaire face à un danger ou à la suite d'un coup : si on se cogne la tête contre un meuble, le corps entier se contracte dans un mouvement de rassemblement sur lui-même.

La fonction d'appétence

Le bébé possède la faculté d'être attentif, vigilant en l'absence d'une motivation précise. C'est le résultat de l'automatisme endogène du système nerveux central.

Dans cette période fondamentale de la vie où la psyché s'organise, la tonicité met l'enfant dans un état de réceptivité extrême qui favorise l'intégration sensorielle. Soutenu par un terrain tonique à seuil vibratoire élevé, l'enveloppe tonique, le bébé est dans un état d'appétence face aux découvertes de soi, de l'autre et du monde extérieur.

Cette sensibilisation motrice est à lier avec la fonction moïque d'attention qui rassemble les éléments du Moi. Elle prévient un

démantèlement précoce et un écroulement du psychisme. C'est une période sensible, au sens éthologique du terme, où un maximum de stimuli pourra déterminer l'enfant et l'inscrire dans la vie, mais également un temps où des processus de destruction peuvent être irréversibles.

Par sa fonction d'appétence, la tonicité du bébé participe à la constance du processus intégratif et contribue à assurer le sentiment de continuité de vivre.

Certains bébés sous-stimulés s'appuient sur cette fonction innée pour poursuivre leur processus fondamental d'intégration des sensations et leur sentiment d'être inscrit dans le temps. L'autostimulation procurée par la tonicité permet à l'enfant d'exercer et de maintenir la dynamique de rassemblement centripète et le processus d'intégration. Malgré leur soutien tonique, les enfants insuffisamment stimulés tombent dans des états d'hypotonie et de dépression graves qui les conduisent à la mort (Spitz, 1968).

La fonction d'appétence soutient la curiosité du bébé pour le monde extérieur et facilite ses stratégies et actions pour y pénétrer.

La fonction normative

La tonicité primaire du bébé assure une fonction normative qui garantit la sécurité des processus d'identification et de communication entre la mère et son enfant.

À partir de son terrain réflexe et de ses mouvements en hypertonie, l'enfant réintroduit toniquement et fantasmatiquement des éléments de son corps dans celui de sa mère à partir de la sensibilité visuelle et proprioceptive (Butterworth, 1977 ; Jouen, 1982). Il ravive chez elle les schèmes de base phylogénétiques qui l'ont structurée et déterminée dans l'espace et dont elle n'a plus conscience.

Aidé par sa tonicité qui organise ses mouvements dans l'espace, l'enfant insiste pour entrer dans un code commun, dans une norme humaine. L'interprétation des signaux moteurs par la mère est ainsi limitée par une organisation spatiale référente d'un sens commun.

Chaque interprétation, par la mère, des expressions corporelles du bébé, est colorée par les sphères affective et fantasmatique de celle-ci. Si le nourrisson n'avait pas une motricité partageable dans ses signaux moteurs

et émotionnels avec autrui, sa gestuelle primaire tonico-émotionnelle pourrait entraîner des interprétations « sauvages » issues des propres désirs et fantasmes de sa mère et de son entourage.

Nous serions choqués d'entendre une mère interpréter le comportement de son bébé qui tête frénétiquement ses poings en gémissant, comme un signe de contentement. Nous ne pourrions que nous interroger sur les fantasmes et la santé qui animent le psychisme de la mère, et sur ce que vit le bébé en contradiction sensorielle et émotionnelle dans la relation.

Il me semble tout aussi « fou » de penser et de dire qu'un bébé qui hurle « se fait les poumons » ou « se consolide » ou « fait un caprice ».

C'est à cause de telles interprétations que l'enfant, dans des états émotionnels inélaborables, rejette les tensions et les affects douloureux sur son enveloppe tonique qui se durcit et perd ses qualités de souplesse d'échanges.

La fonction normative de la tonicité qui organise le corps, épargne en partie le bébé d'une telle aberration maternelle.

Si la « violence » de l'interprétation (P. Aulagnier, 1975) est inévitable et nécessaire au développement psychique de l'enfant, il lui faut cependant des limites. Il se peut également qu'à l'inverse des exemples cités, il ne soit pas possible pour la mère d'interpréter la motricité de l'enfant, comme c'est le cas dans l'autisme, quand la désorganisation psychomotrice a eu lieu avant même que les signaux moteurs ne soient entrés dans la sphère affective mère-enfant. Dans ce cas, le programme inné du corps poursuit son développement mais la plupart des fonctions psychomotrices seront altérées. Un clivage s'opérera entre les niveaux tonicosensoriels et les niveaux affectivoreprésentatifs. La tonicité n'assure plus ses fonctions de communication et d'identification. Les enveloppes psychiques elles-mêmes sont menacées.

La fonction de communication

Dans des relations satisfaisantes, le bébé sent et comprend vite que sa tonicité est un système de communication avec autrui : il associe la tension avec la satisfaction qui arrive, puis avec l'autre et il en fait un moyen d'échange et de contact.

La tonicité « acquiert aussi une fonction secondaire d'une extrême importance, celle de la compréhension mutuelle » (Freud, 1895).

La fonction de communication de la tonicité sert à l'identification mutuelle de chacun des partenaires dans la relation. Au début de sa vie, le bébé est dans une perméabilité primitive aux états tonico-affectifs de sa mère. Son enveloppe tonique lui sert à la fois de récepteur aux informations provenant de l'extérieur et des états affectifs de sa mère, ainsi que de récepteur de ses propres états affectifs et émotionnels.

Quand la mère est absente, l'enveloppe tonique dans une augmentation de tension d'attente représente sensoriellement l'autre manquant.

Quand la mère arrive et calme l'enfant, l'enveloppe tonique ressentie dans la détente témoignera de la présence de l'autre.

Dans cette alternance des ressentis de l'enveloppe tendue-absence ou détendue-présence, se créent une respiration et un rythme qui participent à l'installation d'un espace psychique et des limites entre soi et autrui et entre dedans et dehors.

L'enveloppe tonique est donc une des premières formes de représentations archaïques que le bébé peut avoir de lui et d'autrui.

Les échanges relationnels entre la mère et son bébé se font de peau à peau, de tonicité à tonicité, dans un amalgame entre les diverses sensations et dans une complicité tonique agréable, si la relation est satisfaisante. L'enveloppe tonique varie et répond d'une façon réflexe à toutes les stimulations externes et internes induites par les relations. Elle entraîne un processus identificatoire primitif qui est une « identification adhésive » (Meltzer, 1975).

Du fait de cette adhésivité tonique, l'enfant se sent acteur de tout ce qu'il ressent ; il est à la fois celui qui fait souffrir et celui qui souffre, celui qui fait du bien et celui qui reçoit le bon.

Il est sur deux canaux de connaissance et de construction de soi. Il a une connaissance innée de soi comme globalité spatiotemporelle et une connaissance amalgamée de soi en relation avec autrui.

La communication tonique primaire reste à la base de la capacité de l'humain à être empathique avec autrui, c'est-à-dire « se mettre à la place de l'autre ». Cette capacité reste basée sur la même sensibilité vibratoire émotionnelle du bébé que nous avons été.

P. est une petite fille de cinq ans. Sa maman, très anxieuse, la trouve trop timide et voudrait que je la rassure pour l'année scolaire qui va suivre quand elle va entrer au CP. Pendant le premier entretien, P. se conduit comme un gros bébé sur les genoux de sa mère. Elle est un peu molle, enroule le cou de sa mère de ses bras ronds, se frotte la tête contre son menton, lui fait des petits sourires câlins. La mère se laisse faire et semble y prendre un certain plaisir. Quand je pose une question à l'enfant, sa mère répond à sa place et si elle marque un temps d'arrêt, la fillette regarde sa mère. Est-ce pour lui demander une autorisation ou pour lui laisser la place ? Peut-être les deux.

Je propose à P. de venir faire un dessin. Elle se lève sans difficulté et semble vouloir participer. Sa mère l'accompagne de ses paroles légèrement bêtifiantes. Quand la petite fille est installée à mon bureau, la maman me dit qu'en fait elle ne voulait pas de fille, parce que chez elle, les filles « avaient le droit de rien faire » par rapport aux garçons. « Je ne me suis attachée à ma fille que vers le neuvième mois. Là une histoire a commencé avec elle. Je l'embrasse beaucoup, on se touche beaucoup, on se fait des câlins... on se touche surtout. »

Dans les séances qui ont suivi, le jeu avec les poupées était très pauvre : P. ne leur parle pas mais tente d'introduire un biberon dans leur bouche. Je prends une poupée dans mes bras, lui parle, la console. P. me regarde et dit « la mienne, elle ne veut que manger ! ».

Un jour, P. décide de faire un dessin « qui parle ». C'est une formule que je donne à certains enfants qui ont tendance à faire le dessin du jour de l'école, parce que les parents disent : « Tu vas aller chez une dame et tu travailleras mieux à l'école ». J'essaie d'introduire ainsi une différence entre la maîtresse, l'orthophoniste et la psychomotricienne. Un dessin « qui parle », c'est un dessin où les éléments et personnages s'expriment.

P. dessine alors une maison puis une petite fille très décorée. « C'est P. », dit-elle en souriant, puis une dame pleine de colliers et de bagues, un soleil, une lune et un ciel bleu sous forme de nuage.

Le dessin parle : « Le soleil trouve que la maison est bien décorée ; la maison dit que le soleil est bien décoré ; la dame dit que la dame est très belle et elle va l'inviter chez elle ; et la dame dit que P. est belle et elle va l'inviter chez elle ; la lune va dire que le ciel bleu est beau. » P. raconte son dessin d'un seul trait d'une façon répétitive presque monocorde.

Je lui propose de donner un nom à son dessin.

P. réfléchit un moment et me dit « l'histoire du chaperon rouge ». Je lui demande de me raconter cette histoire : « Le loup, il disait qu'il était la grandmère pour manger le petit chaperon rouge ! »

P. exprime à travers ce dessin où tout le monde fait et dit la même chose, une angoisse profonde de dévoration. Dans la mêmeté d'identité sensorielle et tonique que sa mère, P. se construit sans pouvoir se différencier vraiment d'elle. Sa terreur est de se faire dévorer par la mauvaise mère « le loup » qui aurait pris la peau de la bonne mère « la grand-mère ». L'enveloppe tonique, surstimulée par l'angoisse issue d'une relation précoce carencielle, n'assure plus ses fonctions de communication et d'identification. Les possibilités qu'a P. de pouvoir enfin exprimer ses fantasmes de dévoration la libère d'un amalgame tonico-affectif primaire qui la laissait prisonnière des désirs de sa mère. P. devient une petite fille plus active, plus opposante aussi mais tellement plus vivante.

D. est une jeune femme de vingt-cinq ans. Elle souffre de ne pas pouvoir entrer en contact avec les autres. « En fait, dit-elle, pour entrer en contact, je deviens l'autre. Si je ne le fais pas, je suis exclue et j'ai l'impression de rien faire, de pas exister. »

Entre l'adhésivité de l'enveloppe tonique primaire non différenciée et le sentiment d'exclusion, il y a peu de place pour D. sujet.

La fonction d'enveloppe tonique

Par toutes les fonctions qu'elle assure, l'enveloppe tonique s'identifie comme le prototype moteur d'une première enveloppe psychique, d'un « contenant » psychique (container) tel que l'a théorisé Bion (1962 b) et du soutien moteur du « Moi-peau » tel qu'Anzieu (1985) le définit :

« Par Moi-peau, je désigne une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps. »

L'enveloppe tonique est le résultat de la coordination des schèmes de base entre eux. La synthèse tonique et structurale rassemble les différentes parties du corps entre elles, et sur cet étayage s'effectue la synthèse des différentes parties du Moi. Le Moi devient un objet total. Si la coordination

des schèmes entre eux est perturbée dans un dérythme tonique, l'enveloppe psychique qui s'étaye sur ce déséquilibre tonique présentera des trous et des faiblesses.

La première enveloppe psychique unifiée est donc une enveloppe psychomotrice indifférenciée qui amalgame les quatre niveaux d'organisation, tonique, sensoriel, affectif et représentatif.

L'intégration de l'hypertonie pose les limites corporelles et les limites psychiques. L'hypertonie bien vécue est un moteur pour l'enfant. Elle permet l'opposition nécessaire à la détermination de l'identité. Par contre, l'hypertonie forte tétanise le muscle et bloque le mouvement. Elle étaye alors des blocages affectifs et représentatifs :

« L'opposition me laisse sur place », « Je ne peux pas affronter des conflits », « Je ne peux pas dire non ».

Pour assurer toutes ses fonctions vitales, l'hypertonie comme élément psychomoteur doit entrer dans un rapport et dans une dialectique avec son pôle opposé, l'hypotonie.

Nous ne pouvons comprendre l'établissement d'une enveloppe tonico-affective sur laquelle s'étayeront les enveloppes psychiques plus élaborées, sans tenir compte de l'hypotonie qui est le vecteur de l'introjection. L'enveloppe tonique est en corrélation avec l'introjection.

Les vicissitudes de l'intégration de l'enveloppe tonique détermineront les vicissitudes de l'introjection d'un axe interne. Le dedans se forme avec le dehors. Il n'y a pas de présence de la projection sur l'introjection.

L'HYPOTONICITÉ AXIALE ET
L'INTROJECTION Dans la théorie
psychanalytique, l'introjection permet de
faire passer « du dehors vers le dedans
des objets et des qualités inhérentes à ces
objets » (Laplanche et Pontalis, 1968).
L'introjection est donc liée à l'objet par
une relation de plaisir et par une
identification narcissique.

Elle permet que la relation persiste en l'absence de l'objet, et une fois introjecté, le bon objet satisfaisant ne peut plus être perdu. Il fait partie du Moi psychomoteur et devient une sécurité interne de base qui donnera à l'enfant la possibilité de sortir de la dyade primaire et de découvrir d'autres objets d'amour. L'introjection permet l'« extension du Moi » (Ferenczi, 1908) et sert le développement de l'individu.

Au niveau physiologique, si l'hypotonicité du rachis est le pôle opposé à l'hypertonie segmentaire, elle n'est pas pour autant son contraire. Il n'y a pas d'équivalence physiologique exacte entre la force de la tension périphérique et la faiblesse de la tonicité axiale, mais un corrélat clinique.

Dans une dialectique semblable, la projection n'est pas le contraire de l'introjection. Ce sont des mouvements complémentaires qui assurent une

activité continuelle intégrative et un passage labile entre le dedans et le dehors.

L'enfant a besoin de son enveloppe hypertonique sensible et réactive pour recueillir le maximum d'informations provenant du dehors. L'introjection ne peut se faire sans cet apport de données extérieures liées au plaisir de la relation.

La seule intégration de l'hypotonie physiologique permet au sujet de se replier sur lui-même mais dans un mouvement non rebondissant, non productif, non partageable. C'est une stase narcissique invalidante.

L'activité-passivité

L'hypertonie est le pôle tonique qui étaye les enveloppes psychiques, les premières définitions des limites entre un dedans et un dehors. Elle permet le contact avec le dehors : l'enfant peut agripper le doigt de sa mère, pédaler avec les jambes, réagir au contact des objets.

L'hypotonie du rachis par contre n'autorise pas les mouvements du tronc dans l'espace tridimensionnel. Le bébé est soumis à la pesanteur et au bon vouloir d'autrui qui le portera dans ses bras ou le laissera allongé dans son lit. D'emblée, les notions d'activité et de passivité viennent se corréliser avec le couple hypertonie/hypotonie.

Porté dans les bras de sa mère, l'enfant découvre la position verticale d'une façon passive ; il a le dos collé au ventre de son parent et soutenu par la colonne vertébrale de celui-ci, il appréhende d'une façon passive ce que sera pour lui l'érection de son corps dans l'espace.

Tout son développement neuromoteur l'entraîne à la maturation et à l'autonomie de ce mouvement fondamentalement humain de redressement dans l'espace.

L'intégration neurologique du rachis s'effectue vers une augmentation tonique de celui-ci et le rachis qui se durcit devient l'axe et le support du corps du bébé. Vers le sixième mois, il pourra expérimenter le redressement d'une façon active et il se tiendra pour la première fois seul érigé dans l'espace physique sans sa mère. À la même époque, il vivra une première expérience psychique d'exister seul dans son espace psychique. Il passe de la passivité à l'activité.

Une fois cette étape atteinte, l'enfant aura besoin d'un rythme alterné de positions passives et de positions actives dans les deux espaces physique et psychique.

Il aura besoin d'être encore enroulé dans les bras de sa mère, son rachis mou et détendu dans la relation. Il aura besoin de vivre régulièrement des moments de dépendance psychique et affective antérieures. Seul le rythme activité-passivité assuré et protégé par sa mère lui permettra une intégration de son rachis comme axe corporel étayant son axe psychique. D'une façon plus générale, l'enfant aura longtemps besoin de vivre alternativement des périodes de passivité et d'activité pour évoluer le plus pleinement possible. On dit souvent qu'il a besoin de régresser.

Un exemple de cassure de rythme de base se voit fréquemment quand le petit enfant commence à marcher : « Tu sais marcher maintenant, je ne vais plus te porter » ; « Arrête ta comédie, tu peux marcher tout seul » ; « Il sait marcher tout seul, mais il veut toujours qu'on le porte. Il est fainéant ! » Et nous voyons des parents avancer à grands pas en tirant des enfants de dix-huit mois qui évitent le déséquilibre plutôt qu'ils ne marchent.

La dimension psychique de la marche qui englobe le désir d'aller de l'avant, de découvrir, d'avancer, d'entreprendre est mise en péril si l'enfant n'éprouve pas de plaisir actif à faire ce qu'il connaissait comme un plaisir passif. La fonction phorique (Tournier, *Le Roi des Aulnes*) du parent est fondamentale et participe à l'intégration psychique des variations toniques de l'axe corporel qui étayent l'introjection du bon objet.

De la mère-rachidienne au père-rachis

Dans le système intégratif, par opposition à l'hypertonie qui étaye le dur, l'insatisfaction, le désagréable et le mauvais objet, l'hypotonie du rachis étaye le mou, l'agréable, la quiétude, le clair, la lumière, la douceur, la chaleur, l'objet d'amour.

Grâce à son équipement physiologique, l'enfant a une connaissance sensorielle innée de ce qui peut être mou, bon et sans tension. Le rachis se trouve ainsi être dans un premier temps le lieu corporel d'une intégration possible du bon objet. Les muscles du rachis hypotonique ne font pas mal, ils sont « mous ». L'enfant ressent également une autre forme de mollesse, avec le mou du ventre. À côté de ces deux sortes de sensations de mou

moteur et de mou organique, existe le mou de la relation qui est en fait une réduction des tensions quand l'enfant connaît la relation apaisante.

L'hypotonie du rachis, pendant les premières semaines de la vie est liée au plaisir et à la détente dans les bras de la mère.

L'hypotonie passive se différencie sensoriellement de l'hypotonie active de la relation par opposition à l'activité hypertonique des membres, mais également par opposition aux sensations du mou du ventre et du dedans. C'est parce que les sensations du « mou » du dos s'opposent à celles du « mou » du ventre ainsi qu'au « mou » de la relation que l'intégration des différences participera au processus de différenciation du couple organique-musculaire et du couple passivité-activité.

L'hypotonie comme vecteur fantasmatique sera toujours liée au relâchement, à la confiance en soi et en l'autre, à la relation. Être détendu, c'est être dans la confiance avec la mère, c'est s'abandonner, se laisser porter. C'est vivre un intérieur et un extérieur sécurisants et apaisants. Quand la mère accepte la relation tendre avec son bébé, elle lui permet d'introjecter, d'intégrer ses sensations de relation satisfaisantes avec les sensations de mou et de détente du rachis.

Ces deux états de détente seront analysés dans leur différence comme une perception de l'intérieur et une perception de l'extérieur qui s'associent à la figure maternante. Le bon objet est le résultat d'une détente introjectée comme présence de la bonne mère qui s'étaye sur le rachis mou. L'intégration des différents paliers détendu-mou-satisfaisant-bon objet sert l'introjection du bon objet que je nomme la *mère-rachidienne*.

L'introjection trouve donc ses racines dans l'intégration sensorimotrice d'une relation de détente qui allie les niveaux physiologiques et psychiques. Entre le bon objet externe (la mère) et le bon objet interne (la mère-rachidienne), l'enfant assure son narcissisme de base et ses possibilités d'entrer en relation avec autrui en sécurité.

Différents auteurs se sont intéressés au soutien physique du dos comme « l'arrière-plan de sécurité » (Sandler, 1960), « l'objet d'arrière-plan d'identification primaire » (Grotstein, 1981), le « contactdos » (Haag, 1987, 1988). Sur cette base primaire d'intégration des sensations rachidiennes et relationnelles, l'enfant va effectuer toutes les opérations possibles qui lui permettront d'aller vers le dehors et le monde extérieur.

L'intégration de la bonne mère-rachidienne interne sécurisante permet les transformations des identifications primaires en identifications secondaires.

Sur la maturation neuromotrice qui entraîne l'évolution tonique et conduit le rachis à perdre progressivement son « mou », l'introjection conduit l'enfant à abandonner l'objet externe qui gratifie.

La diminution de l'hypertonie est une suite de variations toniques du plus dur au moins dur, d'affects durs et insatisfaisants à des affects plus tolérables et plus acceptables, de représentations d'objet de moins en moins persécuteur. Les réactions réflexes et défensives diminuent devant les stimulations. L'enfant accepte d'abandonner son système de défense physiologique hypertonique devant la réalité externe et mentalise de plus en plus les situations.

À l'opposé, l'augmentation de la tonicité du rachis peut être considérée comme une variation du plus mou au moins mou, du plus satisfaisant au moins satisfaisant, de représentations d'objets entièrement bons à des représentations d'objets moins entièrement bons. Les variations toniques externes et internes s'inversent et entrent progressivement dans une dialectique qui va mener l'enfant au stade de l'ambivalence. Le rachis devient ainsi progressivement le lieu corporel d'une intégration psychique possible des variations toniques de plus en plus dures comme l'acceptation de plus en plus croissante des frustrations et de la réalité.

L'introjection du bon objet est une assise narcissique pour l'enfant, un signe de croissance, une acceptation de la réalité extérieure, le commencement de la pensée symbolique. Le changement tonique du rachis, son érection et sa position axiale le détermine comme lieu du corps qui régit la loi corporelle, sépare la droite de la gauche et sert de référence à toutes les activités spatiales. Le passage du mou au dur, de l'hypotonie du rachis à l'hypertonie, de la passivité à l'activité, de l'horizontalité à la verticalité, rend possible le processus d'accès à la symbolisation. L'intégration de l'axe vertébral préfigure l'axe psychique qui entérine l'accès aux différences, puis ordonne la loi des relations et organise les différentes expériences psychiques. Symboliquement, je peux dire que l'enfant étayera sur le « dos mou-mère »

sécurisant, le « dos dur-père » soutenant.

Vue sous cet angle psychomoteur, l'introjection n'est pas le processus réservé uniquement à l'installation d'un bon objet à l'intérieur d'un sujet.

C'est un processus qui permet l'échange symbolique entre les identifications primaires maternelles et les identifications secondaires paternelles.

Des modalités de l'installation d'une bonne mère rachidienne primaire dépendront les modalités de l'installation d'un père rachis et des identifications paternelles secondaires.

M. Klein (1968) soulignait que « le mode selon lequel le premier objet est abandonné au profit d'un second, le père, est d'une importance capitale ».

Le rachis, désiré comme futur érectile dans la sécurité émotionnelle, permettra d'affronter le monde externe, de pénétrer dans des espaces inconnus, de donner à autrui une part de soi sans pour autant se perdre. Il permettra de sortir de la dyade primaire et de découvrir d'autres objets d'amour.

L'introjection va ainsi du maternel au paternel, de l'imaginaire au symbolique, des images de soi en relation avec la mère à soi en relation avec les autres. Les deux systèmes physiologique d'hyperhypotonie et psychique de projection-introjection sont régis par leurs propres lois de variations, mais ils sont fondamentalement liés entre eux sans aucune préséance de l'un sur l'autre.

La qualité de l'introjection est dépendante de la souplesse et de la perméabilité de l'enveloppe tonique. Aussi, plus l'enfant vivra des états hypertoniques douloureux, moins il pourra introjecter des états de détente satisfaisante.

La « réussite » de l'introjection se repérera ultérieurement, dans la souplesse des échanges d'objets et de satisfactions, dans l'équilibre des relations affectives stables, dans la clarté des identifications, dans les capacités à désirer et à aboutir dans les entreprises.

La création du père

La dialectique qui s'établit entre la projection et l'introjection trouve une première forme d'unité psychique vers la fin du premier semestre, classiquement décrite comme une période où l'enfant développe une peur, une inquiétude vis-à-vis de l'étranger et en même temps une curiosité et une fascination pour le nouveau.

Le système moteur visuel atteint un stade supérieur de développement. L'enfant peut fixer et soutenir le regard de sa mère. Les yeux peuvent s'agrandir et devenir plus brillants. La mère a l'impression que son enfant la regarde vraiment dans les yeux. Un lien s'est établi.

C'est la période pendant laquelle l'enfant différencie le connu de l'inconnu (Spitz, 1953), c'est le stade du miroir (Lacan, 1949), et si on sépare brusquement l'enfant âgé de six à dix-huit mois de sa mère, il périclité. Pinol-Douriez (1984) souligne que c'est une « période de construction des objets sociaux et physiques » et selon Stern (1977), les six premiers mois de la vie représentent « la première phase de l'apprentissage de la "vie humaine" ».

C'est l'époque à laquelle un enfant peut intérioriser et symboliser. La fin du premier semestre signe donc l'accès à une première forme d'organisation de soi et des relations avec autrui.

Dans le même temps que l'enfant sort de sa motricité bidimensionnelle active (le bébé remue dans son lit, se retourne, mais ne se relève pas) et qu'il découvre la troisième dimension de l'espace qui est la verticalité, il émerge de la relation de réciprocité psychoaffective avec sa mère et découvre la troisième dimension psychique, que je nommerai « père ».

Ce terme ne doit pas prêter à confusion. Dans le domaine de la psychomotricité primaire et du narcissisme fondamental, nous sommes dans la genèse des processus de symbolisation.

Dès sa conception, le sujet humain est inséré dans un ordre préétabli, de nature symbolique, et comme il aura besoin d'un corps axé et orienté afin de donner un sens spatial à ses actions, il aura également besoin d'un axe interne psychique, d'une instance qui désigne la loi et qui le situe comme un sujet social unique et unifié. Nous serons alors en présence du père symbolique, qui représente pour la mère, l'enfant et le père réel, l'ordre symbolique qui « assigne à chacun sa place définie et impose une limite à leur jouissance » (Nasio, 1988).

Joël Dor (1992) précise : « Avant tout le père est une fonction qui, à la fois, institue et régule la dimension complexe de l'œdipe, laquelle n'est autre qu'une variante imaginaire du point d'ancrage de l'enfant dans la dynamique symbolique. »

La période œdipienne viendra entériner la présence et l'utilité de l'écart entre deux êtres afin qu'ils deviennent des sujets inscrits dans la différence

des sexes et des générations.

Dans ce travail, nous sommes dans l'espace des avant-projets de l'identité du sujet. Le « père », avant d'être la loi, est la somme des différences que l'enfant perçoit, appréhende dans sa relation à la mère et à l'environnement, c'est le non-moi, « ... celui en qui et par qui advient la différence » (Rosolato, 1969). C'est l'autre et les autres, l'environnement, le social, l'étranger, l'inconnu, ce qui est difficile, ce qui demande d'oser et d'avancer, c'est l'espace du risque.

Il naît du processus d'intégration qui met en rapport et en dialectique des pôles opposés. C'est l'intermédiaire, qui sera donc quelque chose d'autre qui apparaît et qui est d'une autre nature.

Les premières représentations que l'enfant aura de l'intermédiaire qui prépare à la différence s'étaient sur le ressenti des variations toniques physiologiques liées aux variations toniques relationnelles.

Si l'environnement-mère est satisfaisant, l'enfant acceptera les variations de la tonicité comme des variations affectives dans la relation. Les frustrations seront ainsi acceptées lentement au rythme de l'intégration tonico-affective. Les limites se poseront et l'enfant les acceptera. Il entrera dans un code commun de conduites familiales et sociales.

Dans le même temps que la différenciation des stimulations s'effectue, l'enfant crée du soi et de l'autrui. Il regroupe des informations et constitue des noyaux d'identification. Il réorganise rythmiquement, en fonction du plaisir qu'il a à vivre et à être en relation, les éléments qui se définissent au cours de ses expériences.

La découverte par l'enfant d'une différence entre lui et sa mère, donc d'une absence, se double de la découverte d'un autre, donc d'une présence. Quand le « père » prend forme pour l'enfant, à travers la reconnaissance d'autres bébés à la crèche, à travers la reconnaissance du frère, du père, des objets, des sensations différentes, etc., il devient la création de l'enfant.

Le « père » aura alors le double statut de l'enfant qui naît pour sa mère : il est celui par qui le manque advient et il est celui par qui le manque peut se réparer et se dire.

Le désir de s'accomplir à travers le langage, les activités motrices et mentales, les créations émergent de la réorganisation qui suit la différenciation rythmée.

Le « père » est ainsi un premier espace socioaffectif que l'enfant découvre en s'appuyant sur une réalité organique. Dans cette optique, le

père réel sera la première personne que l'enfant découvre. Il viendra symboliser tout ce qui différencie et distingue la mère de l'enfant et a fortiori ce qui les sépare. Aussi, le père n'est pas tant celui qui vient couper le lien imaginaire entre la mère et l'enfant que celui qui introduit une dimension sensorielle différente dans les liens sensoriels primaires mère-enfant.

Les identifications secondaires sont donc subordonnées aux identifications toniques primaires qui fondent le narcissisme primaire fondamental. La transformation psychomotrice qui préside à l'advenue du « père » nécessite que le « mou » du dos ait été suffisamment intégré dans la sécurité émotionnelle, dépendante du respect du seuil de tolérance aux stimulations du bébé.

LA PAROI TONIQUE En 1914, dans *Pour introduire le narcissisme*, Freud soulevait le problème des « perturbations auxquelles est exposé le narcissisme originaire de l'enfant, ses réactions de défense contre ces perturbations, les voies dans lesquelles il est de ce fait forcé de s'engager ». Il laisse volontairement ce problème de côté, tout en précisant que c'est « une matière qui attend encore qu'on s'occupe de la travailler ».

Je me propose dans cette partie de traiter le problème des désordres du narcissisme primaire à l'aide de l'éclairage de la théorie de l'étayage.

La théorie de l'étayage psychomoteur conduit à penser l'ensemble du développement de la personne sous l'angle d'un double rapport d'étayage, celui de la mère pour l'enfant et celui du corps pour la psyché, étayage qui exige une articulation entre les deux axes pour valider son action psychique et la constitution du sujet.

Si dans la théorie psychanalytique classique, la pathologie est envisagée comme une conséquence directe d'une surcharge d'excitation somatique qui parvient à la vie psychique en forçant les barrières « des conceptions nerveuses », la vision de la pathologie proposée dans ce livre repose sur les vicissitudes du processus d'intégration motrice et s'identifie comme une pathologie de l'étaillage.

L'idée de surcharge d'excitation somatique reste présente, cependant l'hypertonie ne devient pathogène que dans la mesure où elle ne peut pas se coupler et s'intégrer rythmiquement avec l'hypotonie de détente. Ce sont donc les défaillances rythmiques somatiques et relationnelles qui génèrent les dysfonctionnements psychomoteurs : de la qualité de l'intégration des extrêmes toniques dépend l'étaillage de tous les autres paliers d'organisation du sujet.

Cette conception psychomotrice de la pathologie psychique remet en cause la notion d'affect, qui n'est plus, dès lors, une simple poussée d'excitation, mais le palier médiateur entre la sensation et la représentation.

Par conséquent, la dynamique affective du sujet pourra être abordée par les deux « bouts » sensoriel et représentatif de la chaîne subjective : le corps réel prouvé par autrui à travers les signaux moteurs et émotionnels et le corps imaginaire éprouvé affectivement dans la relation.

L'installation de la paroi tonique

Toutes les attitudes maternelles incohérentes, gratifiantes puis frustrantes dans un rythme non intégrateur, parsemées d'expériences d'abandon, toutes modalités sensorielles brutales et discordantes, tous comportements autoritaires et importuns de la part de la mère (Stern, 1977) constituent les causes les plus communes d'une stimulation excessive qui transforme l'enveloppe tonique en une *paroi tonique*.

La froideur émotionnelle de la mère ou son état d'angoisse permanent, l'absence de contacts réguliers, son retrait devant son bébé, le manque de reconnaissance et d'admiration devant ses exhibitions motrices, conduisent l'enfant à se mettre dans une position de vigilance, d'attente et de recherche anxieuses de gratifications et de satisfactions.

L'inflation tonique et l'augmentation de l'angoisse deviennent des éléments pathogènes qui conditionnent tout le développement personnel et

relationnel du sujet par le déséquilibre intégratif qu'elles provoquent.

En 1934, Wallon posait déjà l'hypothèse du traumatisme du surinvestissement tonique et de la sidération de l'enfant, en écrivant :

« L'extrême limitation de l'accommodation perceptive à un objet exclusif favorise la prépondérance croissante de l'accommodation posturale pour elle-même, ou de l'attitude sur l'objet, elle aboutit à l'accaparement total du sujet par les réactions sensoritoniques [...] et à une sorte d'union avec l'objet qui fait s'évanouir l'objet dans l'acte d'attention. »

En surtension corporelle, l'enfant cesse toute activité motrice ; il présente un comportement d'« attention forcée » (Stechler, Latz, 1966). Il semble accroché à son enveloppe tonique et nous pouvons même penser que cet emprisonnement sidérant pourrait aller jusqu'à la mort par arrêt du processus intégrateur rythmé (mort subite du nourrisson).

L'hypertonie excessive du premier trimestre a attiré l'attention de psychanalystes (Gutton, 1983) qui lui trouvent des déterminants divers, notamment l'« anxiété maternelle ».

Spitz (1947) interprète de la même façon les coliques des trois premiers mois, comme une rencontre entre l'hypertonie du bébé et une réaction exagérée de « sollicitude anxieuse primaire » de la mère. Cette hypertonie diminuerait autour du troisième mois quand la mère est habituée à son bébé, quand elle interprète mieux ses demandes et quand sa culpabilité diminue.

Cette situation relativement courante confirme le lien d'interaction qui s'établit dès la naissance, et sans doute avant, entre les états affectifs de la mère et les états toniques psychocorporels du bébé.

Les coliques du premier trimestre représentent le modèle d'une situation affective qui peut sécréter une *paroi tonique*, c'est-à-dire une tonicité en hyperstasie, accompagnée de sensations douloureuses multiples, d'affects négatifs et de préreprésentations d'un objet torturant et d'un soi dévalorisé.

La peur comme agent de rupture du rythme intégrateur

Pour avoir droit à une existence séparée et à une pensée indépendante, les états de tension que l'enfant ressent liés aux affects et à l'angoisse originelle, doivent être intégrés par la mère, c'est-à-dire disparaître momentanément et réapparaître sous forme de réponse adaptée.

L'intégration des stimulations par le bébé dépend donc des niveaux intégrés de sa mère et de l'ajustement tonico-affectif qui se produit dans les relations.

Une mère suffisamment bonne est une mère vivante, qui joue de ses capacités et de ses failles pour s'accorder avec son bébé. Elle n'est pas toujours présente et attentive, et l'enfant vivra des moments émotionnels forts qui l'amèneront à ressentir, par moments, une dureté extrême de son enveloppe tonique. Les ressentis de détente relationnelle et de satisfaction qui suivront les moments de paroxysme viendront rythmer les états tonico-affectifs éprouvants, donner du sens à la tension psychocorporelle et permettre à l'enfant de sortir de l'hypertension excessive.

La surcharge tonique momentanée de l'enveloppe tonique n'est donc pas forcément préjudiciable pour l'enfant ; si elle alterne dans un rythme avec l'hypotension, les extrêmes toniques sur lesquels s'étaient les autres paliers d'organisation, s'intégreront comme les fondements des limites corporelles et psychiques.

Nous avons vu que le terrain tonique réflexe de l'enfant l'entraîne à réagir immédiatement aux excitations : le bébé vit alors une expérience complexe dans laquelle tous les paliers sont indifférenciés : ses muscles se tendent, les sensations sont dures, c'est une expérience affective insatisfaisante et les représentations de soi et de l'objet ne sont pas bonnes.

L'enfant vit pleinement le pôle dur de son organisation psychomotrice. Avec la présence de la mère et la détente qui lui est subordonnée, l'enfant expérimentera les différents paliers du pôle mou, et la différenciation des deux extrêmes s'organisera petit à petit.

Un environnement relativement sécurisant permet à l'enfant de faire l'expérience de l'alternance et de développer son intelligence et sa connaissance. Cependant, le bien-être d'un bébé est lié à la notion de seuil de stimulation et de seuil de tolérance à la frustration et à l'angoisse. Une stimulation trop intense provoque chez l'enfant un sursaut tonicoaffectif : il tressaille, reste un instant silencieux et immobile, puis il se contracte, se crispe puis pleure. Le sursaut psychomoteur primaire restera toute notre vie la réaction motrice qui accompagne le sentiment de surprise et de peur. Ces deux sentiments restent d'ailleurs souvent confondus dans la lecture des signaux émotionnels.

Le sentiment de peur s'étaye sur un passage trop rapide entre deux positions sensorielles, et donc sur une contraction du temps réel qui ne se

synchronise pas au temps organique. Le processus d'intégration qui assure le sentiment de continuité de vivre est alors interrompu, et de cette brisure temporelle naissent l'angoisse et la peur.

La reprise du processus intégratif dépendra de l'intensité des stimulations sensorimotrices et du temps qui sépare la souffrance de la consolation.

Je pense que de nombreux terrains phobiques trouvent leur source dans des dépassements répétitifs du seuil de tolérance du bébé à certaines situations émotionnelles. Mais il nous faut être précis : ce n'est pas le sursaut en lui-même qui prépare le terrain phobique, mais les conséquences de ce sursaut : c'est-à-dire la rupture du rythme intégratif si la mère ne vient pas consoler l'enfant, et resituer le courant émotionnel sécurisant.

C'est donc l'enfant livré solitairement à ses expériences psychocorporelles, sans ressenti de réparation dans un rythme relationnel, qui subit la préparation d'un terrain phobique. Qu'elle soit provoquée par une hypersensibilité tonique héréditaire ou par des conditions de sécurité émotionnelle insuffisantes, toute inflation tonique persistante transformera l'enveloppe périphérique souple et vibrante en une paroi tonique rigide et imperméable.

Les conséquences psychomotrices

Les conséquences psychomotrices de l'installation de la paroi tonique se retrouvent à tous les niveaux de l'organisation du sujet gérée par le système d'intégration : la coordination motrice, la dialectique de base, l'analyse sensorielle, la symbolisation.

— L'organisation et la coordination motrice

La polarisation obligée de l'hypertonie s'accompagne d'une irritation qui désorganise les « rythmes sensorimoteurs » et entraîne « une perte des ébauches de coordination selon l'âge » (Gutton, 1983) : l'enfant présente « une bouche constamment ouverte, formant une sorte de O », alors qu'il n'ouvre pas spontanément la bouche avant d'avoir quatre ou cinq mois (R. S. Illingworth, 1960).

Cette ouverture signe un trouble de la coordination du schème du tronc qui débute par la tension de la lèvre supérieure et se termine par la nutation du bassin (enroulement). Sur ce terrain hypertonique se préparent des troubles de toute la chaîne animée par les muscles de la coordination du tronc : des difficultés de passage de la déglutition primaire à la déglutition secondaire, des troubles de l'articulation, des troubles respiratoires, des troubles de l'enroulement du bassin.

Les vicissitudes de l'expérimentation du schème du tronc entraveront le repli narcissique du corps sur lui-même.

Contrairement à ce que l'on pourrait penser, l'augmentation traumatique de l'hypertonicité périphérique ne va pas dans le sens du mouvement centripète de rassemblement et de coordination des schèmes de base ; bien au contraire, l'effet centripète est annulé et remplacé par un effet centrifuge qui laisse les muscles tétanisés, et le corps ouvert et rejeté en arrière. Cet effet s'explique par un trouble du tonus assimilable à une paratonie, c'est-à-dire une hypertonie présente à l'état de repos.

La détente n'est plus possible en dehors du sommeil, qui lui seul permet un relâchement normal des muscles. L'enfant demeure dans un état tonique permanent et dans une vigilance affective qui ne s'associe plus avec les sensations de l'hypotonie physiologique et de la détente relationnelle.

Cet arrêt rythmique est un obstacle à l'intégration du schéma corporel qui s'effectue à partir de l'analyse rythmée (tension/ insatisfaction-détente/satisfaction) des segments corporels et de leur topologie.

Le bébé construit normalement son schéma corporel dans une spatiotemporalité déterminée, chaque partie de son corps s'inscrivant imaginativement le plus près possible de l'espace topographique et fonctionnel, afin de rester dans des relations psychosomatiques cohérentes ; les différentes parties du corps, sphères, axes et ouvertures s'orientent et prennent leurs coordonnées les unes par rapport aux autres. La dynamique tridimensionnelle des schèmes de base est intégrée comme modèle corporel d'une relation triangulaire que l'enfant apprend à expérimenter dès le début de sa vie. La coordination des schèmes entre eux dans un projet d'unité motrice s'effectue sur la base d'un accordage des tensions musculaires.

Dans le cas du bébé soumis à des excès d'excitation, les parties corporelles et les repères sensoriels afférents se déplacent selon les tensions. Les orientations et les références spatiales nécessaires à la sensation d'avoir un centre corporel et au sentiment d'avoir un noyau du Moi disparaissent

dans la turbulence des réactions hypertoniques. Les schèmes de base seront intégrés séparément comme des îlots moteurs, entraînant un sentiment de fragmentation et de discontinuité.

Plus tard, au niveau moteur, cette discontinuité pourra se traduire par des gestes bizarres, des incoordinations, des stéréotypies gestuelles, des brusqueries toniques, et au niveau psychique, par des représentations de soi et d'autrui morcelées, et avec peu ou pas de liens entre ces représentations. Dans des positions pathogènes extrêmes, comme dans la psychose, la fragmentation a été intégrée si précocement que les sensations proprioceptives de la triangulation spatiale d'un schème de base peuvent étayer à elles seules des représentations du corps entier.

La paroi tonique rigide et morcelante remplace l'enveloppe tonique du sixième mois dans la réalisation spatiale de sa fonction de fédérateur et de coordinateur des schèmes de base. Elle camoufle une non-intégration psychique de la coordination motrice. Les enveloppes psychiques se trouvent ainsi trouées, fragiles, poreuses, peu contenant. Elles pourront éclater rapidement, brusquement au moment de l'adolescence, entraînant des problèmes d'effraction à plusieurs niveaux d'organisation, y compris la sexualité vécue comme effraction par l'autre du corps et de la psyché.

Les fonctions synthétiques du Moi s'effectuent au hasard des situations affectives que vit l'enfant. On trouve ainsi chez un même sujet des parties du Moi cohérentes et cohésives et des parties dites « psychotiques » errantes et à l'abandon.

L'étayage sur l'organisation motrice des futures notions de composition, de coordination, de logique, de triangulation, de rapports topologiques et topographiques, de spatialisation et de géométrie, aura à souffrir d'une hypertonicité prévalente dans la vie affective d'un bébé.

Nous trouverons plus tard des troubles de la formation des concepts par incapacité à repérer les éléments classifiables, des difficultés de synthèse, des difficultés à établir des liens logiques entre les catégories avec des classements ou trop larges ou trop étroits.

Nombre de dyslexies et de dyscalculies trouvent leur source dans des intégrations bizarres et hasardeuses des parties du corps avant la synthèse du sixième mois.

Un des effets pathogènes d'une surstimulation tonique sera le dérèglement de la fonction respiratoire.

Nous avons vu que le bébé naissait avec un bagage moteur peu coordonné. Son diaphragme n'est pas encore en relation avec son antagoniste, les abdominaux. Ce sont les caresses de la mère, le holding, toute la dimension du toucher qui vont aider l'enfant à acquérir une action rythmée des muscles inspireurs.

Le mouvement de dialectique abdominaux-diaphragme s'inscrit dans l'ensemble de la coordination motrice du premier semestre de la vie. Celle-ci se fait dans le sens centripète et selon l'axe vertical du rachis. C'est ainsi que se déterminera la séparation corporelle verticale entre la droite et la gauche, le devant et le derrière, les différentes parties du corps restant toujours dans une dynamique d'interaction.

Le blocage respiratoire, que l'on trouve dans tous les états de surtension et de sursauts tonico-émotionnels du premier semestre de vie, ne permet pas l'établissement de la synchronisation respiratoire. La respiration paradoxale postnatale n'évolue pas et l'imaginaire corporel laisse apparaître un clivage horizontal non structurant. Le diaphragme sépare le corps en deux parties en exerçant la fonction d'arrêt de certaines informations vers le bas.

— *La dialectique de base*

La surtension corporelle met en péril la dialectique de base qui anime notre intégration psychomotrice.

Tout en conservant à minima ses fonctions d'autoconservation des éléments du soi qui est liée au rassemblement et à la coordination des schèmes de base, la paroi tonique peut conduire jusqu'à l'emprisonnement du sujet dans une motricité autogérée, comme dans l'autisme.

La fonction de pare-excitation se transforme en une fonction défensive et offensive. Les états paranoïaques trouvent leur racines premières dans l'installation précoce d'une paroi tonique.

La fonction d'appétence liée à l'aspect vibratoire demeure dans une recherche plus ou moins intense de stimulations et se transforme en accrochage sensoriel avide ; le sujet sera toujours à la recherche de preuves sensorielles, sans pour autant intérioriser les aspects positifs des expériences de vie.

La fonction de communication sera présente mais sous des formes éphémères, labiles, peu stables. La paroi interdit le passage des

informations du dehors vers le dedans et du dedans vers le dehors et prive la personne de ses possibilités d'empathie.

La fonction normative qui inscrit le sujet dans un réseau humain s'enfouit sous la réduction des signaux moteurs et dans une fausse neutralité émotionnelle. La fonction d'enveloppe psychique reste active mais entraîne des confusions plus ou moins précoces entre le sujet et autrui, et les conflits futurs reposeront sur ces confusions entre les différents pôles d'identification, à tous les niveaux d'organisation. Les représentations primaires de la mère qui contient le « père » sont amalgamées.

La paroi tonique procure la base physiologique de l'identification projective : les enfants s'identifient toniquement à la tension de leur mère ; ils deviennent à la fois ceux qui souffrent et ceux qui font souffrir.

Le jeu tonique est perturbé.

En insécurité émotionnelle, l'enfant fait l'expérience quasi continue de la frustration, donc de la réalité, sur un mode hypertonique dur de souffrance. Un déséquilibre se crée entre le temps vécu de la tension et le temps vécu de la détente; la prédominance de temps tensionnel engage l'enfant à vivre la détente comme le précurseur de la tension et non comme son réparateur et son alter ego nécessaire au développement.

La détente sera vécue et fantasmée comme une prétension, comme un signal de danger, voire un danger. Nous retrouvons très souvent cet élément dans le discours des patients, pour qui se laisser aller et se relaxer sont équivalents de prémisses de la mort. Ainsi naissent la méfiance, le manque de confiance dans l'autre, l'impossibilité de projeter le bon après le mauvais.

La détente relationnelle sera peu ou pas possible, seule la détente physiologique du sommeil garantira un retrait narcissique. Le plus souvent, élément de fuite devant la dureté de la vie, le sommeil est peu réparateur.

L'étanchéité de la paroi tonique ne permet plus la respiration psychomotrice et l'introjection de bons éléments à l'intérieur du sujet et sa permanence : le pôle hypotonique relationnel restera l'entièrement bon objet et il se trouvera toujours à l'extérieur, dans un idéal inaccessible.

Rien de bon ne sera possible et acceptable à l'intérieur, ou alors d'une façon transitoire. Le rythme de base n'ayant pas pu s'établir, la permanence de l'objet, lié au sentiment de continuité de vivre n'existe pas. La personne a sans cesse besoin d'être réactivée, rassurée, d'avoir des preuves de son existence et de celle d'autrui.

L'introjection échoue et donne lieu à une incorporation qui est un leurre, qui fait de l'objet incorporé une simple possession. C'est un objet qui n'appartient pas vraiment à l'enfant, qui n'est pas intégré dans le self, et qui une fois perdu, est perdu pour toujours.

Des plages entières de dimensions relationnelles restent ainsi vacantes pour certaines personnes, qui restent affamées dans la non-satisfaction de leurs besoins physiques et psychiques fondamentaux.

Dans l'incorporation, qui signe l'échec de la dialectique projection-introjection, l'enfant est projeté-collé à sa mère par son hypertonie-affective, il est « greffé » sur sa mère dans une identification adhésive ; de la même façon, non intégré donc non acquis, le bon objet n'assure pas sa fonction narcissique d'assurance et de confiance et il a valeur de greffe pour l'enfant. Il peut se produire un rejet de « greffe » à l'occasion d'un événement traumatique, notamment au moment de périodes de remaniement affectif et sensoriel comme l'adolescence, l'accouchement, l'allaitement, un deuil.

Le sujet sans appui interne désinvestira tous ses liens objectaux dans un repli narcissique plus ou moins mortifère.

La paroi tonique anesthésie le sujet qui ne se sent plus compris. Pris entre une paroi étanche qui lui interdit l'échange et continue à fonctionner sur un mode réflexe, et entre un intérieur pauvre et désolé, le sujet ne peut accéder ni à l'ambivalence, ni à la période dépressive. Il sera incapable de vivre la solitude.

Les enfants hypertoniques atteignent tardivement l'hypotonie et ne la conservent que peu de temps. Ils ont une station debout et une marche précoces ainsi que des stéréotypies violentes (Stambak, 1968). L'installation précoce d'une paroi tonique pourrait être la matrice de la « seconde peau musculaire », que E. Bick (1968) décrit comme une maîtrise musculaire prématurée qui mène vers une pseudo-indépendance.

L'absence de jeu rythmique entraîne l'effacement des limites et altère le processus de symbolisation qui se crée sur le jeu rythmé des contraires. Le sujet se prépare à se définir et à agir, de préférence avec une expression motrice et sensorielle de son vécu et en passant à l'acte. La verbalisation des affects et des représentations reste douloureuse et peut être vécu comme un « arrachement » corporel.

L'installation de la paroi tonique s'inscrit dans un contexte relationnel qui met en situation un enfant sensible et une mère paradoxale, imprévisible, incohérente.

« Je ne suis jamais tranquille avec ma mère » dit Léa. « Elle va bien et deux minutes après, on sait pas pourquoi, son visage change, elle va mal... Je suis presque rassurée quand elle éclate. Là, au moins je sais où j'en suis, je n'ai plus peur ! »

Pour Léa, le calme ne peut jamais être vécu d'une façon satisfaisante. Il annonce la tempête. La détente relationnelle est devenue l'équivalent d'une menace, d'un danger. De la même façon, Léa ne sait pas se détendre car la relaxation représente pour elle un « vertige », un « trou sans fond », « l'impression que plus rien ne tient ».

Dans le jeu tonique perturbé, pour se défendre d'une dépendance trop grande à l'égard de l'objet externe, l'enfant fait « une fuite vers l'objet interne » (Klein, 1968) et investit narcissiquement l'hypotonie de son rachis non comme futur érectile qui permettra d'affronter le monde extérieur mais comme un retrait face à la dureté du dehors.

L'enfant voudra rester dans le seul « mou » et « tendre » qu'il connaît, son « mou » hypotonique du dos, qui ne fait pas mal. Le piétinement et le retrait frileux de l'enfant sur son hypotonie physiologique, garant phylogénétique du détendu, du mou, du bon et du bon objet, emprisonnent l'enfant dans une stase narcissique.

Les enfants que j'ai pu rencontrer présentent toujours un fond phobique qui peut être masqué et compensé par une hyperactivité corporelle sans orientation : « Il fait n'importe quoi, il bouge pour bouger » disent les parents. L'agitation de leur enfant n'a aucun sens pour eux. L'incompréhension et les difficultés de communication ne font qu'augmenter entre parent et enfant.

L'enfant peut également présenter une attitude réservée, voire inhibée. Quand ils arrivent à s'ouvrir un petit peu, les représentations de leurs ressentis toniques exacerbés se traduisent par des fantasmes terrifiants de guerre, de morts, d'explosion, de tremblement de terre, de monstres.

L'introjection du bon objet relationnel sécurisant qui demande une intégration d'éléments positifs provenant du dehors échoue. Alors s'installe une équation symbolique simple : le rachis mou = pas de manque.

Le rapport d'équivalence fige la dynamique psychomotrice du sujet et son développement.

Si l'un peut être exactement l'autre, l'échange ne vaut plus la peine d'être fait, car rien ne sera jamais aussi satisfaisant. Le passage des identifications primaires maternelles aux identifications secondaires « paternelles » sera plein d'obstacles. L'écart, la différence, le changement, le « père », la création sont pressentis comme impossibles.

Pour beaucoup d'enfants, l'apprentissage de la lecture et de l'écriture qui demandent l'acceptation de l'étranger à l'intérieur de soi est difficile.

Dans les situations traumatiques à répétition, sans alternance rythmée, le bon et le mauvais vont s'amalgamer dans le même moment : la tension de la douleur et celle de la présence d'autrui n'est plus qu'une seule et même sensation. Tout se passe à la périphérie. Les sujets sont « suspendus » à leur hypertonicité dans une recherche frénétique de toute stimulation qui donnera sens à leur vie et prouvera leur identité. Ils se trouvent ainsi enferrés dans une extrême dépendance face à toutes les stimulations externes et face aux poussées pulsionnelles.

Les plaintes des dysfonctionnements toniques se repèrent au niveau des symptômes et des plaintes corporelles énoncés : difficultés à dormir, à se concentrer, à se calmer, à supporter les frustrations, à ne pas passer à l'acte, à se détendre.

Les personnes peuvent exprimer leurs sensations toniques et leur vision des pôles toniques : « Je ne peux vivre que sur le qui-vive », « Je suis toujours tendu », « Je ne sais pas m'arrêter, me détendre », « Il "faut" que je bouge », « Si je m'arrête, je m'écroule », « Je me sens blindée », « Je suis dans une forteresse », « J'ai mis un mur autour de moi ».

L'hypertonie est devenue le moyen de se sentir exister et vivre et de se rassurer à partir des sensations primaires.

Les personnes expriment des états affectifs dans lesquels l'hypervigilance est toujours présente comme si le monde extérieur était un danger permanent. Les images qu'ils associent à leurs états affectifs sont des images liées à la qualité « dure » de l'hypertonicité.

L'hypotonie devient la marque d'une faiblesse et est dévalorisée. La relation apaisante avec autrui perd sa validité. « J'ai horreur des gens mous », « La mollesse me dégoûte », « Personne ne peut rien pour moi ».

SYLVIANE est une jeune femme de trente ans. Elle a été fortement dépressive, ne pouvant plus quitter son lit. Après une hospitalisation et une prise en charge psychiatrique, elle a repris une vie professionnelle. Cependant, elle ne se sent pas enracinée. Elle a la sensation de ne pas toucher le sol. Ses parents ne la stimulaient pas et acceptaient les choses qui se passaient sans intervenir. Ils ne lui mettaient aucune limite, et tout ce qu'elle voulait faire était accepté, à partir du moment où elle réussissait. Il ne fallait pas d'échec.

Le manque de confiance en elle dont souffre Sylviane se traduit par ses fantasmes autour du relâchement :

« Si je me laisse aller, j'ai peur de perdre mon contrôle. Ma tension me sert à me réassurer que je suis là, présente, que j'existe... Le problème, c'est que je m'assure et je me fais peur en même temps... Je me sens comme un "lapin affolé pris dans les phares" ».

La peur du laisser-aller liée à une introjection insuffisante va de pair avec l'hypertonie ressentie comme le seul système d'identification. Sylviane n'a pas vraiment de points de repères internes. Son moyen d'orientation a toujours été son système sensoriel et particulièrement son système tonique. Elle ne se sent exister que quand il y a des sensations fortes. L'hypotonie acceptée et recherchée est le sommeil. C'est le seul refuge de la jeune femme face à la réalité.

Sylviane présente un fond phobique important et un fonctionnement affectif en tout ou rien.

« Je veux toujours le contraire de ce qu'il y a. S'il fait chaud, je voudrais qu'il fasse froid, s'il fait froid, je voudrais du chaud... Je me sens plutôt dans le pôle froid et pour passer au pôle chaud, il faudrait que je dépasse mes peurs. »

Cet exemple clinique nous montre la corrélation négative qui s'est installée entre la paroi tonique engendrée par l'angoisse de Sylviane face aux carences parentales de structuration psychique et entre une bonne mère-rachidienne interne peu vivante. La dialectique de base est absente. La jeune femme ne peut pas faire confiance aux gens qui l'entourent et encore moins aux hommes. Il faut ajouter que le discours de la mère porte une dévalorisation et un mépris constants du genre masculin. Ce discours est sans doute venu se surajouter à la problématique maternelle transmise à la fille par des niveaux intégrés non achevés ou altérés.

Le fonctionnement en tout ou rien correspond à un défaut rythmique primaire. La peur que Sylviane expose sera pendant de longs mois le terrain de travail psychothérapeutique privilégié.

Un autre exemple clinique dépeint la désorientation qui peut s'installer chez le sujet adulte qui a eu à vivre des situations précoces anxiogènes et l'installation d'une paroi tonique invalidante pour la dialectique de base.

Marie est désorientée. Sa vie n'a pas de sens. Elle n'arrive pas à entreprendre, elle ne fait que rêver et souhaiter les situations. Pour Marie, l'hypertonie est liée à la souffrance et au sentiment d'exister. « Quand je souffre, je sens que j'existe » dit-elle. « Je passe d'un état d'excitation à une chute dans la mollesse et le goût de rien. » Au niveau affectif, Marie fonctionne en tout ou rien : ou elle est en contagion affective avec l'autre, elle souffre pour et avec autrui, ou elle est complètement indifférente, anesthésiée.

Projetée sur sa paroi tonique, Marie perd son identité dans un amalgame tonico-affectif avec l'autre ou elle perd ses repères affectifs et ne peut plus se situer sensoriellement.

Aussi, elle ne peut jamais entrer dans un conflit structurant et constructeur ; certaines parties de son self continuent à fonctionner avec des couples d'opposés primaires. Marie reste en attente d'une reprise de son processus intégrateur.

Le bébé hypertonique est un bébé dépressif qui vit des états de désespoir intenses. L'accrochage sensoriel dans lequel il se trouve et qu'il subit signe la vaine attente qu'il a des relations satisfaisantes. Il est dans un arrêt de communication émotionnelle avec sa mère. Il ne peut plus échanger, et les sensations d'étouffement que vivent tant de personnes quand elles parlent de leur relation avec leur mère, pourraient être une forme sensorielle de cet arrêt de la respiration émotionnelle primaire.

L'adulte qu'il deviendra ne pourra rien attendre d'autrui, il cherchera à se débrouiller seul ; la dépendance devient le danger le plus important, non seulement parce qu'elle a été source d'échecs et de déceptions répétées, mais parce qu'elle induit une menace de mort ou de non exister.

Les états affectifs inélaborables, inintégrables qui installent la paroi tonique sont vécus par l'enfant comme une menace pour sa propre vie.

L'enfant entrerait alors dans un état de confusion, et il ne pourrait plus « distinguer la réalité de sa mort d'une simple possibilité » (M. Pagès, 1986).

Si la paroi tonique protège l'enfant du dehors et interdit les échanges du dehors vers le dedans, elle coupe également les émissions pulsionnelles. Elle met ainsi l'enfant à distance d'autrui, en même temps qu'elle empêche l'extériorisation des pulsions. Plus tard, le sujet adulte présentera un contrôle sévère sur les pulsions et sur tous les objets, donnant l'impression qu'il est dans un système d'abrasion complet de tout ce qui bouge. Cette conduite psychique caractérise les personnes qui souffrent d'altérations de leur narcissisme primaire.

L'analyse sensorielle des stimulations internes et externes se trouve dégradée. D'une part l'hypertonie anesthésie, donc s'oppose à la pénétration des informations sensorielles et à la dynamique dedans-dehors, et d'autre part le jeu de la projection/ introjection qui soutient la constitution du sujet est brouillé.

La pauvreté sensorielle s'accompagne d'un imaginaire corporel réduit et peut contraindre le bébé à une simple adaptation au réel et au fonctionnel, préparant des dysfonctionnements psychosomatiques. La rupture du processus intégrateur entraîne la rupture de la chaîne du sens et la réduction du jeu des contraires qui génère la symbolisation et le langage.

Quand l'infans sans parole est interprété par sa mère à travers ses signaux moteurs et émotionnels, il se vit comme deviné, compris par sa mère. C'est un sentiment qui correspond à un besoin fondamental de reconnaissance et qui étaye le sentiment d'empathie.

L'enfant a besoin que sa mère reconnaisse ses états affectifs et les interprète pour accéder à l'affect et au langage. Si ce besoin est suffisamment nourri dans la petite enfance, le sujet acceptera plus tard de passer par la parole, par le symbolique, pour exprimer ses besoins et ses désirs. Il acceptera la castration de la parole, son incomplétude et forcera sa création personnelle de mots et de choses pour exprimer son être au monde.

Mais si le besoin n'a pas été satisfait, comme c'est le cas pour les enfants qui vivent une paroi tonique, ce besoin reste vivant au fond d'eux-mêmes ; plus tard, ils mettront en scène des situations où ils revivront l'incompréhension de la mère et la frustrations qu'ils ont vécues, non pour souffrir mais dans une tentative constante de poursuivre leur chemin de vie, là où il s'est arrêté.

J'ai rencontré de nombreuses personnes, au cours de mon activité de psychothérapeute, qui n'avaient pas été interprétées par leur entourage et qui me faisaient la demande (plus ou moins consciente) de les deviner, de savoir à leur place ce qui était bon pour eux, de dire dans quels états affectifs ils étaient et ce qu'il fallait en penser.

Ils poursuivent ainsi leur demande archaïque d'être interprétés par leur mère-thérapeute et d'accéder au niveau affectif et représentatif. Quand le besoin fondamental de reconnaissance des personnes a été suffisamment nourri par l'empathie du thérapeute, le processus de symbolisation se remet en route.

Un enfant que je suivais depuis quelques mois m'a un jour fait comprendre ses difficultés identitaires à travers un jeu qu'il inventa dans la séance.

Karim est un petit garçon de sept ans, très gentil, très sage, très « tout ». Mais il ne travaille pas bien à l'école et surtout, se plaignent les parents, « il n'a pas de personnalité » ! Karim écoute attentivement ses parents énoncer ses « qualités » puis le nier violemment. Je crois que c'est la violence de cette attitude paradoxale qui m'a donné envie de m'occuper de Karim.

Pendant que je m'entretenais avec ses parents, Karim dessinait. Il m'apporte son dessin : papa, maman et moi, dit-il. Tous dans une grande bulle.

Je lui demande pourquoi. « Parce que papa est gentil, maman est gentille et moi je suis gentil. » Son ton mignard m'a irritée mais au-delà Karim me disait toute l'inhibition qui l'empêchait d'exprimer sa vie.

Quelque temps plus tard, Karim vient à sa séance après l'école. Il s'assoit et me raconte que dans la cour de récréation, tout à l'heure, un garçon méchant a donné un coup de pied à une fille dans la figure et qu'il y avait du sang partout. Il était très ému et apeuré par cette violence physique. Il n'aime pas la violence, ne se bagarre jamais et se fait traiter quelquefois de « fille ».

Karim se lève alors et mime le coup de pied en tapant sur un coussin en forme de boudin. Il commente l'événement tout en jouant avec le coussin. Il donne une impulsion au coussin de telle façon qu'il roule vers lui et au moment d'être touché, il saute sur le divan et échappe au coussin qui avance. Il refait cette expérience plusieurs fois puis demande à jouer avec moi. Je dis que je suis d'accord si on pose les règles du jeu auparavant.

Karim énonce : « Tu lances le coussin par terre, il roule, moi je me sauve. Si tu me touches, je viens à ta place et c'est moi qui lance le rouleau. »

Voici ce que j'ai compris de ce jeu : quand l'autre le touche, il y a une forme adhésive d'identification, il perd son identité et prend la place de celui qui l'a touché.

Dans le contexte de la séance, Karim m'exprime son angoisse de disparaître et que l'autre prenne sa place quand il est dans une situation où il y a de la violence. Je pense que c'est le point central de son inhibition. Il a peur de perdre son identité s'il y a conflit, aussi tout le monde est gentil, tout le monde est beau. Il exprime une angoisse fondamentale et primaire de ne plus exister pour soi quand l'enveloppe tonique se transforme en paroi tonique dans des relations anxigènes. Dans les temps précoces, celui qui est touché est le même que celui qui touche. La maman de Karim m'expliquera dans une séance particulière sans l'enfant que le début de grossesse a été très pénible et qu'elle était très angoissée à la naissance de son enfant.

Hypertonie, persécution et envie

Quand un enfant attend la satisfaction d'un besoin vital ou d'un besoin psychique, et s'il ne reçoit pas ce dont il a besoin ou s'il attend trop longtemps, il s'engage dans une réaction réflexe contre la souffrance et dans une demande tendue de satisfaction. Il se sent trahi.

Ses besoins et ses défenses se trouvent ainsi indissociés. L'enfant est alors dans une angoisse persécutive, et il se vit dans le même temps, victime et persécuteur.

L'enfant qui vit a connu au moins une fois la satisfaction de ses besoins. Poussé par ses pulsions d'attachement, il fait connaissance d'autrui à travers ses états de tension et de détente. Il a la connaissance sensorielle de la détente relationnelle. Il sait qu'un autrui possède ce dont il a besoin et qu'il ne peut plus se passer de cet autrui. Un sujet ne deviendra envieux que si ces deux connaissances innées sont démenties par les attitudes persécutrices de l'environnement.

L'envie naît de besoins fondamentaux non satisfaits. C'est la marque d'un désir impérieux et insatiable vécu comme une torture corporelle. Elle

entraîne une apparition précoce de la culpabilité, car en projetant ses tensions sur son enveloppe tonique, l'enfant est pris dans une double action : il est en attente d'autrui qui va détendre et il est dans son système physiologique de pare-excitation, il recherche l'autre et le détruit en même temps. Le drame de l'enfant qui connaît l'envie trop tôt est de ne pas pouvoir réparer cette destruction fantasmatique.

Seule la rythmicité relationnelle pourrait permettre de désamalgamer besoin et désir, soi et autrui, attaque et réparation.

Cette vision intégrative de l'envie s'oppose à celle de M. Klein (1968) qui soutient l'hypothèse d'une envie « constitutionnelle ». C'est le système hypertonique primaire qui est constitutionnel et non l'envie. L'envie est le palier affectif étayé sur une inflation physiologique ou relationnelle de l'hypertonie. Il est donc probable que plus un enfant aura été insatisfait dans ses besoins fondamentaux, plus l'envie sera un affect intense et douloureux à vivre pour lui.

L'envie étayée sur l'excès de tension contribue à rendre difficile l'élaboration du bon objet. L'enviehypertonie projetée vers la périphérie revient vers l'enfant comme une force hostile dont il doit se protéger. Pour le sujet qui a subi cette centrifugation hypertonique précoce, toute la vie sera vécue comme dure, insatisfaisante, sans grand intérêt et surtout sans possibilité de réparations et de consolations.

Les sentiments positifs seront difficiles à exprimer et à vivre. L'analyse des situations et objets sera négativisée. Dans cette position affective où règne le mauvais, le bon est de moins en moins réconfortant et nourrissant. L'analyse sensorielle déséquilibrée pousse l'enfant à fuir devant l'hostilité des objets. L'insuffisance de l'introjection du bon objet corollée à l'inflation de la projection tonico-affective sert à maintenir le clivage inopérant entre le bon et le mauvais objet.

La tonicité déviée de ses fonctions d'étayage et de ses fonctions d'équilibration psychomotrice passe d'une fonction de pare-excitation à une fonction défensive-offensive, d'une fonction de communication à une fonction d'isolation sensorielle, d'une fonction d'identification souple et autonome à une fonction d'identification réactive et adhésive.

Les vicissitudes intégratives provoquées par des surstimulations précoces vont suivre l'évolution du sujet du stade de nourrisson jusqu'à l'âge adulte. C'est dire que les rencontres et les expériences multiples que le sujet vivra feront varier le « projet » induit par des souffrances précoces : la

présence d'une grand-mère, la rencontre avec une institutrice chaleureuse, etc., permettront à l'enfant de réparer certaines blessures narcissiques.

Le syndrome hyperkinétique

Le « syndrome hyperkinétique » représente le trouble psychomoteur le plus couramment traité dans le domaine de la psychomotricité.

Les enfants souffrant de ce syndrome présentent des styles moteurs, affectifs et cognitifs tout à fait singuliers :

— ils sont dans une sorte de bipolarité entre la réflexion et l'impulsivité et sont incapables de choisir parmi des items, celui qui représente la réponse la plus satisfaisante ;

— ils sont dans une grande dépendance à l'égard du champ perceptif et fonctionnent dans une sorte d'adhésivité ;

— devant des signaux contradictoires, ils sont désorientés et ne peuvent pas inhiber une réponse incorrecte ;

— ils ont des difficultés à atteindre un niveau de réponse rapide quand la tâche exige une certaine automatisation. De plus, leur tolérance à la frustration est médiocre et ils présentent des troubles de l'attention avec hyperactivité.

Avec des acquisitions cognitives et praxiques plus évoluées, ces enfants présentent une motricité dont les modalités sont bien proches de celles de la motricité primaire en voie d'intégration : ils sont en position réflexe et dans une certaine forme d'adhésivité par rapport aux stimuli, et dans un aller-retour entre des pôles opposés sans possibilité de dialectique.

Leur affectivité se présente en tout ou rien : ils peuvent passer du plus grand calme et de la léthargie la plus désespérante à des explosions les plus violentes. La continuité temporelle leur fait défaut et ils passent de la plus grande indépendance à une dépendance archaïque tyrannique. Ils ont de nombreuses réactions d'angoisse et une perpétuelle insatisfaction qui entraînent une humeur dépressive.

Ces enfants s'opposent au contact cutané et ne se blottissent pas, ce qui nécessiterait qu'ils aient intégré le pôle hypotonique relationnel pour se laisser aller.

La dialectique tonique n'a pas eu lieu et ces enfants hyperkinétiques sont également des enfants hypertoniques. Le trouble central du syndrome

hyperkinétique est une faiblesse de l'attention sélective, c'est-à-dire de la discrimination des stimulations.

Tous ces éléments me font poser l'hypothèse de vicissitudes précoces dans le processus d'intégration psychomoteur qui prépare à la différenciation des différents champs moteur, affectif et cognitif et qui exige une articulation entre ces différentes positions. Au niveau de l'étiologie, les études montrent que les mères d'enfants hyperkinétiques exerceraient des pressions qui dépasseraient le seuil de tolérance des enfants. Paradoxalement, alors que c'est un excitant chez l'adulte, les amphétamines améliorent l'état de ces enfants (Douglass, 1972).

L'hypothèse serait que ces enfants utiliseraient l'hyperactivité pour maintenir l'éveil à un niveau optimum afin de garder une certaine stimulation. C'est donc pour assurer le minimum vital de stimulation que les enfants s'auto-excitent : ils en font plus pour arriver au moins. Quand les amphétamines (excitant) viennent donner un minimum vital, alors les enfants n'ont plus besoin de s'auto-exciter et leur hyperkinésie disparaît. La relation se restaure alors.

Dans ce trouble psychomoteur, nous pouvons repérer certaines origines et conséquences d'une mauvaise intégration psychomotrice :

- une mère paradoxale qui hyperstimule ou au contraire sous-stimule, ce qui entraîne l'enfant à le faire lui-même ;

- des pôles d'opposition tonique, affectif et cognitif qui ne peuvent entrer dans une dialectique ;

- et par voie de conséquence des carences dans le processus d'analyse sensorielle, des difficultés pour l'enfant de se repérer dans l'espace et le temps, des difficultés de choisir et de supporter les frustrations ; l'enfant n'a pas pu bénéficier des possibilités et garanties offertes par le processus d'intégration psychomoteur, telles que l'intermédiaire, l'ambivalence, l'objet entier, la sécurité.

Le « syndrome hyperkinétique » comme trouble psychomoteur trouve bien sa source dans l'échec plus ou moins partiel du processus d'intégration du début de la vie.

Le niveau biologique peut être également mis en cause. Des expérimentations animales montrent que les lésions des structures centrales des systèmes régulateurs de l'activité motrice septo-diencéphalomésencéphalique produisent un syndrome particulier : une

hyperactivité motrice, un comportement d'hypo-exploration, une baisse de la vigilance, la disparition de certains comportements propres au groupe animal (comme amasser de la nourriture pour les rongeurs).

Sans pratiquer une extension simpliste du comportement animal sur le comportement humain, l'éthologie nous montre qu'il est intéressant de penser que les systèmes régulateurs des animaux fournissent des modèles au comportement humain. Dans le syndrome hyperkinétique, nous retrouvons les mêmes caractéristiques : une paroi tonique avec hypertonicité, une baisse de la relation et de l'exploration vers le dehors, un blocage sensoriel sur le dur, un défaut d'introjection d'éléments relationnels sécurisants.

Dans ma pratique de psychothérapeute, je ne rencontre pas d'enfants hyperkinétiques. La majorité des enfants dont je m'occupe est envoyée par les orthophonistes avec qui je travaille, quand celles-ci ont repéré un comportement « anormal », inquiétant, qui ne relève plus entièrement de leur pratique. Les symptômes moteurs ne sont pas les plus importants, bien qu'une certaine instabilité motrice soit souvent repérable.

La plupart du temps, les parents se plaignent du comportement affectif en tout ou rien de leur enfant, de ses difficultés à accepter les frustrations et souvent de l'attachement particulier qui les lie à lui.

CHLOÉ, L'ENFANT PSEUDOPODE Le développement psychomoteur de l'enfant passe par des mouvements toniques qui vont de bas en haut puis de haut en bas et du dehors vers le dedans et du dedans vers le dehors. Ces deux mouvements psychomoteurs vertical et horizontal permettent le passage de l'enveloppe dure et du rachis mou à l'enveloppe molle et au rachis dur.

L'intégration de cette dynamique de base dépend des niveaux intégrés de la mère et des personnes qui s'occupent de l'enfant. Sur ses variations toniques qui étayent les représentations d'un objet de moins en moins entièrement mou et bon, l'enfant crée du différent et se prépare à la triangulation relationnelle. La mère l'aide dans ce processus de détachement. Pour cela, elle-même a intégré ses propres variations toniques comme le ressenti progressif et continu de l'échange de l'objet entièrement bon vers ses substituts symboliques.

Cependant, certaines mères vivent dans un état de non-castration, parce qu'elles-mêmes n'ont pas eu la possibilité dans leurs relations précoces

d'accepter le manque, c'est-à-dire de vivre dans une sécurité

émotionnelle, l'introjection d'une bonne mère rachidienne sur laquelle s'étaye le père rachis. Leurs attitudes affectives en tout ou rien, leur incohérence, leur grande anxiété génèrent des états hypertendus chez l'enfant.

Dans certains cas, dans un souci de réparer leurs propres blessures narcissiques, elles utilisent leur enfant comme des objets substitutifs ou contraphobiques et comme des parties de leur propre corps, comme leur complément narcissique imaginaire et réel.

Les enfants deviennent alors les « pseudopodes » de leur mère, qui n'a jamais vécu le plaisir psychomoteur de l'enroulement qui permet « la prise de pied » du sixième mois.

Mû par une pulsion de s'autonomiser et d'exister comme un et indépendant, l'enfant se heurte à la fantasmagorie maternelle, à la demande narcissique inconsciente « impossible » (Mac Dougall, 1982) d'être son complément.

Si la demande de l'enfant d'être comblé par sa mère est légitime, celle de la mère est de l'ordre du meurtre d'enfant. Un enfant aimé comme il en a besoin, qui veut retourner vers le sein est pris dans un mouvement narcissique rassemblant et vivifiant. Il puise des forces dans ce mouvement régressif pour mieux se réassurer de l'amour de la mère et repartir. L'enfant pseudopode se trouve dans un « arrêt sur image » identificatoire.

Les enfants pseudopodes dans une identification adhésive tonique à leur mère sont exigeants, à l'image de l'exigence inconsciente de la mère. Ils sont coléreux, tyranniques et paradoxalement adorables, tendres et séducteurs. Un cercle infernal de persécution réciproque s'installe et pervertit le lien d'attachement qui les unit, dans le sens d'une « régression à une fixation antérieure de la libido » (Laplanche et Pontalis, 1967).

Dans l'attente de l'amour dont il a besoin pour vivre, l'enfant pseudopode, enfant-bouchon de sa mère, sera toujours dans le désir de la satisfaire. Il se construit un faux « self » qui satisfait sa mère, et qui vient protéger le vrai « self » qu'il n'a pas pu laisser se développer (Winnicott, 1960).

L'incohérence des positions affectives de la mère, la transgression du « double interdit du toucher » (Anzieu, 1984 a, 1985), son défaut de refoulement qui rend hyperprésente l'enveloppe protectrice externe et absente la mère-rachidienne interne précurseur du père-rachis, «

hyperprésente, étouffante et absente en même temps » disent les patients, sont autant d'éléments qui entravent les processus d'identification et d'investissement du corps propre et les processus de symbolisation du corps.

Le discours de la mère est donc à la fois conscient et inconscient, corporel et langagier, émotionnel et représentatif.

Le sentiment d'abandon naît précocement d'une introjection insuffisante. Devant les tentatives répétées et mises en échec par une mère extérieure carencielle et dans la crainte de perdre sa mère intérieure à jamais, l'enfant se réfugie dans son dos-mou support physiologique de la mère-rachidienne, comme présence illusoire de l'autre.

Nous pouvons voir, dans cette stagnation dans le mou « obligée », les racines des problèmes d'attachement et d'addiction à de nombreux niveaux d'organisation, tels l'alcoolisme, la toxicomanie et peut-être même certaines racines de l'homosexualité.

CHLOÉ.

Quand Mme U. m'a téléphoné pour prendre rendez-vous, nous avons eu du mal à nous entendre car un bébé hurlait de colère près de son appareil. Comme je lui faisais répéter le prénom de son enfant, elle me dit : « Elle s'appelle Chloé, c'est elle justement qui pleure, elle me fait encore un caprice ! » Quelle ne fut pas ma surprise quand, à ma demande, la maman me répondit que Chloé avait six ans. Il y avait un décalage surprenant entre la sonorité de la voix, l'intensité de la rage que je ressentais à l'autre bout du fil et l'âge annoncé de la fillette.

Lors du premier rendez-vous, la maman est habillée très simplement, presque humblement, avec un jean et un pull large alors que Chloé est dans une robe à frou-frou. J'éprouve une sensation désagréable dans ce décalage vestimentaire. Est-ce que l'enfant est une poupée pour la mère ? Est-ce que la mère se sacrifie pour son enfant ? En habillant sa fille de cette manière que veut-elle me dire et dire à l'environnement ?

Le problème du statut de l'enfant pour la mère se pose à moi immédiatement.

Chloé est souriante, elle a de ravissants yeux noisette et joue de sa séduction. Pendant le premier entretien, elle se coule sur le corps de sa mère, lui parle en se tortillant, minaude, me regarde du coin de l'œil.

La demande que la mère m'adresse est de « faire quelque chose » parce que sa fille « se bloque avec la lecture ».

« Elle ne veut lire avec personne... même pas avec moi ! » Elle semble étonnée, presque abasourdie de constater que sa fille ne veuille pas faire quelque chose avec elle.

« Pourtant, ajoute-t-elle, elle est toujours avec moi, elle me colle, elle ne veut pas que je m'habille pour sortir avec mon mari, elle ne veut pas que je me maquille, elle voudrait tout faire comme moi ! »

Elle ajoute : « C'est mon bébé. Mon mari me dit toujours que je la prends trop, mais c'est normal d'aimer ses enfants ?... »

La mère parle de la place qu'elle attribue à sa fille : elle est son « bébé » collé, qui « veut tout faire » comme elle.

Chloé parle comme un petit enfant de deux-trois ans, elle zozote, place des « crrr » et des « grr » dans chacune de ses phrases. Elle est suivie par une orthophoniste depuis son entrée au CP.

Sur ma demande d'un dessin libre, elle gribouille et écrit « pipi » « caca » ; elle me le montre mais semble gênée devant sa maman. Je lui dis que ce dessin lui appartient et qu'elle peut en faire ce qu'elle veut. Elle l'expose aussitôt sous le nez de sa mère, qui toussote et se sent obligée de me faire remarquer, tout en s'adressant à Chloé : « Quand même tu sais dessiner mieux que ça, hein ? Allez, sois gentille, va faire quelque chose de beau ! »

À travers son dessin, Chloé me dit qu'elle se perçoit comme un gros bébé-caca-pipi sans limites et sans formes précises qui se vit dans une certaine ambiance de gêne honteuse qui va se confirmer au cours des séances.

Sa mère m'apprend qu'elle-même est la dernière de neuf enfants, qu'elle n'a jamais manqué de rien, puisqu'il y avait toujours une sœur pour s'occuper d'elle quand sa mère était partie aux champs. Elle me dit n'avoir pas souffert de cette situation, mais précise qu'elle n'a voulu que deux enfants pour être avec eux et s'en occuper.

Elle a été très anxieuse dans les premiers mois de la vie de Chloé : « Je ne savais pas m'occuper d'un bébé. Pourtant ça avait été avec mon fils. » Le frère aîné a quatre ans de plus que Chloé. Les difficultés précoces causées par la présence de ce « bébé » fille nous renvoient au vécu affectif de la mère, à sa problématique identitaire, à la place qu'elle occupe en tant que fille et à celle qu'elle peut donner à sa propre fille.

Chloé a été gardée par une dame âgée jusqu'à l'âge de deux ans et demi. La maman m'apprend que cette nourrice était sourde, qu'elle criait beaucoup et qu'elle a décidé de lui retirer Chloé quand elle a appris que la vieille dame enfermait l'enfant dans les toilettes, le temps d'aller chercher le grand frère à l'école.

« Moi aussi, je crie beaucoup » ajoute-t-elle avec un sourire confus.

Pendant que la maman me racontait ces épisodes traumatisants, Chloé avait abandonné le dessin et jouait avec une poupée. Au moment où sa mère me dit sur un ton irrité en parlant de la vieille dame :

« Quand même, là, j'ai trouvé que ça faisait trop ! », Chloé ajoute : « Elle me courait toujours après et elle me criait. Elle voulait même pas que je lise sur son canapé ! »

La surprise a été totale pour la mère de Chloé qui n'avait jamais entendu parler de cette interdiction.

En quelques séances, Chloé a pu parler de « l'orage » et des « éclairs » qui représentaient pour elle les cris de sa nourrice et de sa mère. Libérée en partie de ses peurs, elle s'est « débloquée » au niveau de la lecture et s'est réengagée dans le processus d'apprentissage.

Cependant restait le problème de la position régressive qu'elle adoptait avec sa maman. Mme U. m'a demandé de continuer les séances, même si sa fille lisait maintenant, parce que les « leçons lui avaient fait du bien » et que « si elle pouvait travailler encore mieux à l'école ce serait bien ».

Mme U. investit beaucoup les études de ses enfants, elle-même a travaillé très tôt et elle regrette de « ne pas avoir étudié ».

À deux reprises, j'ai tenté un entretien avec la maman seule pour comprendre ce qu'elle vivait dans les relations avec sa fille, et comment je pouvais l'aider à participer à son évolution et à sa maturation.

« Oh, tout va bien, répondit-elle, il n'y a pas de problème... sauf la lecture. Elle est gentille, mais elle me fait crier... avec son frère surtout. »

La parole libre n'ira jamais au-delà de cet accrochage à la réalité. La maman a un sourire timide sur les lèvres, un tortillement du corps dès qu'elle parle, des grands yeux qui me fixent comme pour se soutenir. Elle me semble être dans un accrochage sensoriel important par rapport à moi. Son discours est pauvre et haché. À une question plus précise de ma part sur le mode relationnel criard qu'elle a établi avec ses enfants, elle s'effondre émotionnellement.

L'insécurité émotionnelle dans laquelle la maman se trouve me laisse hypothéquer que l'intégration de ses expériences a été et reste encore difficile.

Je décide de ne pas aller plus loin au risque de la fragiliser encore davantage et j'accepte donc de continuer les séances avec Chloé.

Après quelques semaines pendant lesquelles Chloé a parlé et dessiné beaucoup de caca-pipi, nous avons passé une longue période, à travers des jeux, à réparer des relations précoces, dans lesquelles la mère jetait régulièrement son bébé à la poubelle quand il ne voulait pas manger.

« On ne te demande pas ton avis », criait-elle à son enfant imaginaire. Mes réactions de patience face à cette poupée qui ne voulait rien avaler éclairaient son visage. À la vue de petits personnages en pâte à modeler fabriqués par d'autres petits enfants en thérapie avec moi, elle m'a interrogée sur mes propres enfants et une relation de confiance s'est établie peu à peu.

Je vais relater deux séances, au cours desquelles Chloé exprime les relations tonico-affectives qu'elle vit avec sa mère, les représentations qu'elle a d'elle-même et les fantasmes concernant son enveloppe tonique.

Dans la première de ces séances, Chloé prend plusieurs morceaux de pâte à modeler et les mélange. Elle me demande : « Ça ne te gêne pas que je fasse ça ? » Après ma réponse négative, elle se met à parler « bébé » d'une façon inhabituelle, elle mélange alors toutes les pâtes à modeler ensemble.

Elle fait des gâteaux, me les donne et me dit :

« Comme ça vous ne mourrez pas de faim ! »

Je ne sais pas encore à qui elle m'associe dans ce « vous ». Puis elle fait un drapeau et dit : « C'est un piège, en fait. » Elle manipule le drapeau et crie :

« Maman !... et la petite fille reçoit de l'électricité. » Je la laisse continuer.

« Si quelqu'un s'approche de lui, il devient une sirène... Après on risque de perdre sa maman. »

Pendant cette expression manuelle et orale, Chloé est assise tranquillement sur son siège. Elle semble spectatrice de son histoire. Elle me raconte, tout simplement.

Cette séquence peut être analysée à deux niveaux, le niveau œdipien où Chloé exprime les craintes qu'elle a de perdre sa mère si elle change d'objet d'amour, la crainte de sa vengeance et le niveau archaïque des relations

précoces et du vécu tonique primaire. C'est ce deuxième niveau qui nous intéresse.

Physiquement, les vicissitudes intégratives de Chloé ne sont pas explicites. Elle bouge beaucoup à la maison, mais est relativement calme avec moi. Elle est adroite de ses mains, n'a pas de tics. Je la sens à l'aise sur sa chaise. Elle évolue aisément dans l'espace. C'est donc le côté fantasmatique de la tonicité que je vais analyser.

En mélangeant les pâtes à modeler, Chloé met en scène la confusion de ses positions identitaires. Elle est faite de la « même pâte », des mêmes sensations toniques que sa mère. Cette confusion extrême générée par l'installation probable d'une paroi tonique s'exprime par la fabrication des « gâteaux » sucrés et bons qui servent à « nourrir » sa mère. Elle me fait savoir qu'elle satisfait ainsi un besoin narcissique maternel : elle devient un bébégâteau bon à manger, un enfant pseudopode de sa maman.

Dans la relation transférentielle, je deviens aussi une mère, et Chloé nous nourrit afin que nous n'ayons « pas faim ». Il ne fait pas de doute qu'une fois nourries, quand nous n'aurons « plus faim », nous serons des mères moins dangereuses.

Le lien entre la pulsion d'attachement de l'enfant et la pulsion d'emprise de la mère est devenu toxique, et emprisonne Chloé dans un double mouvement contradictoire qui ne peut que la figer sur place et empêcher son évolution.

— Elle ressent que sa mère veut la garder et elle fantasme qu'elle pourrait être « mangée ». Elle doit donc se défendre de cette prise de possession que la mère elle-même reconnaît au niveau du réel :

« Mon mari dit que je la prends trop souvent. »

— En même temps, comme tout enfant, elle désire être aimée de sa mère et cherche à lui donner des satisfactions. Elle va ainsi faire des « gâteaux », « quelque chose de beau » pour la satisfaire.

Chloé est alors prise entre satisfaire sa mère et se faire manger ou exister et risquer « de perdre sa maman »...

Si la mère mange le « bébé », Chloé-sujet peut se sauver. Elle a sans doute établi un faux self-bébé pour satisfaire sa mère et enfoui son vrai self quelque part.

Le premier constat est donc l'extrême confusion identitaire dans laquelle elle se trouve et contre laquelle elle se bat. Elle est dans une identification adhésive tonique à sa mère, « elle fait tout comme elle ».

Elle fait d'abord un « drapeau », qui la représente, c'est un axe et un tissu, qui signale quelque chose et qui attire l'attention.

« Mais c'est un piège » dit-elle, car si la petite fille remue le drapeau et appelle « maman », elle « reçoit de l'électricité ».

La naissance de la petite fille a réactivé chez la mère des manques et des souffrances ; celle-ci reconnaît avoir eu des difficultés relationnelles avec son bébé.

Le « piège » dont nous parle Chloé est à mettre en rapport avec ces relations précoces insatisfaisantes et avec ce qui se passe actuellement. La mère répond d'une façon inadéquate aux besoins de son enfant : angoisse, anxiété au début de sa vie, cris et violences aujourd'hui.

C'est un « piège » pour Chloé qui attend de la détente et qui ne reçoit que de « l'électricité » dans la réponse maternelle. La sensation d'« électricité » que Chloé ressent est à mettre en rapport avec l'excitation musculaire de l'hypertonie de frustration.

De nombreux enfants représentent leurs tensions musculaires par des sensations électriques.

Quand sa mère provoque « comme de l'électricité », Chloé « devient une sirène ».

La réponse surstimulante et inadéquate de la mère empêche la dialectique des pôles opposés qui préparent la prise de position identitaire suivant un axe vertical : aussi, Chloé se transforme en « sirène », qui est un personnage bisexué.

La sirène présente un clivage identitaire horizontal qui nie la différence des genres et des sexes : c'est un humain en haut et un animal en bas ; « elle » est sexuée femme en haut, et « il » est sexué avec une « queue » de poisson en bas.

Or cette « queue » de poisson, cette queue de mer est tout aussi bien une « queue » de mère, le piège dans lequel Chloé se sent emprisonnée. Selon le désir inconscient de sa mère et liée à cette dernière par une paroi tonique qui amalgame les identités, Chloé se vit comme la « queue » de sa mère. Enfant comblant, enfant pseudopode muni de tous les attributs.

Rappelons que normalement dans une intégration rythmée, les différenciations d'identités sexuelles se font selon une frontière verticale, selon l'axe du rachis qui fait loi dans l'espace.

L'hypertension archaïque, qui n'a pas permis la différenciation des parties du corps, a laissé l'enfant dans une croyance de « sirène », qui a tous

les attributs sexuels. Chloé et sa mère sont non différenciées et bisexuées.

La mère, insuffisamment intégrée, satisfait ses propres besoins primaires d'être maternée, de s'assurer un axe interne, à partir de sa relation avec sa fille. Chloé devient la partie manquante de la mère. Chloé est piégée dans la relation.

Les relations précoces « électriques » ont conduit Chloé, sur le terrain inné de la bipolarité tonique, à rester « accrochée » au pôle hypertonique. Cet accrochage sensoriel empêche l'intégration des extrêmes qui sert la fonction des limites et subordonne le passage dedans-dehors et entre soi et autrui.

L'accrochage sensoriel hypertonique ne permet pas l'intégration du rachis mou comme mère-rachidienne sécurisante qui permettra d'aller vers le différent, le surprenant et y faire face.

Pour le moment, les représentations que Chloé a de soi se sont étayées sur le modèle des pôles d'opposition sans se coordonner et n'entrent pas dans une dialectique féconde qui offre à tout homme des aspects féminins et à toute femme des aspects masculins, ce qui leur permettra un jour par identification de se rencontrer et de se reconnaître.

Nous savons que les sirènes deviennent des femmes quand elles sont aimées par un homme, autre différent, et qu'elles montent sur la terre. Il leur faut quitter la mer et rencontrer un être différent qui permet l'élargissement de l'identité primaire. Ainsi est assuré le passage d'identifications primaires maternelles aux identifications secondaires paternelles.

Le thème de la sirène est couramment abordé par Chloé, et représente son espace fantasmatique en références avec ses difficultés identificatoires. C'est un terrain de travail fertile, mais Chloé s'en sert aussi dans les moments d'angoisse pour abraser les limites et se confondre dans l'autre. Elle exprime ainsi un fantasme de « retour au sein », à une antériorité en voie d'intégration.

Continuons à analyser ce qui se passe pour Chloé. Dans la confusion des identités, le drapeau pourrait également être l'objet interne rassurant, la mère-rachidienne que Chloé pressent et sur lequel elle peut s'appuyer en l'absence de l'objet d'amour. Mais cette mère intérieure est un « piège ». Chloé a fait de sa paroi tonique un paratonnerre, qui reçoit et absorbe « l'électricité » des relations avec sa mère. Elle a dû suppléer aux défaillances de parexcitation de sa mère en surinvestissant son système de pare-

excitation inné. Le drapeau interne n'existe pas. L'introjection du bon objet est défaillante.

La sirène est aussi une alarme. Chloé me parle d'elle en me disant qu'elle est en danger dans la relation maternelle. Le « quelqu'un s'approche » peut tout aussi bien être Chloé qui s'approcherait de l'axe-drapeau paternel, et là, le risque « de perdre sa maman » est grand.

Le petit silence anxieux qui a précédé « ... après on risque de perdre sa maman », met l'accent sur le danger que Chloé encourt si elle cherche à se sortir de la position régressée dans laquelle elle se trouve. Dans son fantasme, vouloir aller vers la différence, vers l'autre sexe, c'est « perdre sa maman », c'est vivre l'abandon.

Dans la réalité et symboliquement, la lecture est une forme « d'aller vers l'autre », c'est accepter de lire ce qu'autrui a écrit, c'est accepter la différence des générations et des sexes, c'est accéder au différent, à l'autre. Dans l'intrication identitaire dans laquelle Chloé se trouve, lire devient alors un risque de perdre sa maman.

Chloé a repris son processus d'apprentissage assez rapidement, mais le déchiffrage n'est pas la lecture. Je n'ai pas pu me rendre compte de l'évolution de Chloé au niveau de la lecture, car sa maman n'en dit rien, et la maîtresse précise qu'elle « déchiffre mieux ». Cependant les liens qui se sont établis entre les difficultés identitaires et l'accès au symbolisme étayent l'hypothèse d'un préalable dedans-dehors mal défini, et je suppose que Chloé ne sait pas encore réellement lire.

Dans cette séance, Chloé avait exprimé ses ressentis des relations « électriques » avec sa mère, les sensations désagréables qu'elles provoquent. Mais comment avait-elle fantasmé sa paroi tonique ?

Des petites vacances scolaires ont interrompu la relation thérapeutique pendant quinze jours.

À son retour, elle me regarde du coin de l'œil et me demande : « Je peux faire un dessin libre ? » J'acquiesce.

Elle dessine alors le contour de plusieurs quadrilatères d'une couleur, qu'elle remplit d'une autre couleur.

Elle dit : « C'est un grrrôle de bonhomme qui a de grrrôles de yeux et un grrrôle de nez et une grrrôle de bouche et des grrrôle de cheveux. »

Les « grrr » de Chloé n'avaient jamais été aussi accentués, et j'ai senti qu'elle pouvait s'engager sur un terrain à la fois agressif et défensif, dans lequel je pourrais l'aider à différencier les deux positions affectives : l'agression et la défense, le plus souvent amalgamées dans la paroi tonique.

La séance continue.

Je lui demande d'où vient son drôle de bonhomme.

« Il vient d'une planète, de la galaxie. C'est une galaxie qui vit avec lui. »

Se serait-elle satellisée dans un « ailleurs » ?

Elle continue. « Il habite dans une terre très bizarre. C'est une planète où il neige toujours. »

Puis elle taille des crayons et fait tomber sur ses dessins les rognures des crayons. Les poudres de toutes les couleurs se superposent et se mélangent.

Chloé parle : « La neige blanche, elle est chaude, elle ne pourra jamais se fondre. Quand il y a une tempête, ses cheveux y volent. » Elle prend un crayon noir. Puis sans s'arrêter elle continue :

« C'est une neige noire, elle est froide. Quand ça neige noir, il fond. Après la neige, elle s'en va et se met dans un autre coin... Maintenant la neige verte, elle est tiède. Il fond... La neige très bouillante (elle taille en même temps un crayon jaune), il va fondre en mille morceaux. » Sa mimique était très concentrée, un peu dramatique.

Je dois dire qu'un moment j'ai été perdue, puis j'ai réalisé que Chloé me parlait d'une « douche écossaise », où le chaud et le froid, le bouillant et le tiède se mêlaient dans une « tempête où les cheveux s'envolent ».

Je lui demande alors : « Que dit-il quand il reçoit cette neige ? »

Sa réponse me laisse coite : « Il est content », répond-elle.

J'insiste : « Même s'il fond en mille morceaux ? ».

« Là, il est pas content », réplique-t-elle d'un air serein, inaffecté.

J'ai ressenti de la panique et de la désorientation devant l'incohérence sensorielle qui s'établissait entre l'angoisse de morcellement que Chloé me laissait entendre et voir, et l'expression émotionnelle de son visage : elle semblait sans expression. Pourtant, les affects qui passaient dans la tonalité de sa voix étaient en désaccord avec sa tonicité faciale et corporelle.

Je la laissais continuer.

Chloé, après ma question, rajoute de la « neige » vert clair. « Il va fondre... c'est froid... il fond pas... alors... » reprend-elle.

J'ai vécu sa réponse comme la reprise de la tempête, comme un désordre complet intérieur qu'elle me laissait voir et sentir.

La dualité qu'elle proposait et dans laquelle elle semblait se débattre était (1) la neige, (2) qui fait fondre, c'est-à-dire un couple d'opposition incohérent, qui ne peut pas entrer dans une dialectique intégratrice sans un troisième terme, un autre couple qui reprendrait au moins un des éléments cités.

Quelle était l'émotion de base qui aurait pu relier ses différents affects ?

Je lui demandais alors : « C'est une neige comme un soleil, qui fait fondre ? »

La notion de soleil, dans les dessins d'enfant, représente souvent (pas toujours) le père, la loi, l'ordre qui rythme le temps, sépare le jour de la nuit. La réponse de Chloé est immédiate, quelque chose se transforme : « Il peut pas fondre et les maisons vont se reconstruire. »

La reprise intégrative est rendue possible par le croisement des deux couples :

— soleil/qui fait fondre — neige/qui fait fondre.

L'intégration des éléments opposés se fait à ce moment.

Puis elle écrase la poudre de couleur : « Il peut pas fondre, celle-ci, elle est froide, il va pas fondre... Il est heureux *mais* il va fondre. »

Le « mais » me signale en effet que Chloé vit un conflit et que quelque chose de nouveau est possible.

Je reprends : « Tu veux dire qu'il se rend compte qu'il fond ? »

Aussitôt, sa réponse arrive comme un couperet :

« Maintenant, il peut plus écouter, il est en fer ! »

L'introduction d'un ordre intégrateur, d'une loi qu'elle peut intérioriser, ne serait-ce qu'un moment, lui a permis de « reconstruire » les maisons (son self), mais la reconnaissance que j'ai eue de son conflit et de son attitude affective de soumission et de passivité à l'agent destructeur extérieur, apparaît comme une effraction dans son enveloppe tonique réactive.

Elle est amenée à se protéger contre mon intervention qu'elle vit sans doute comme une intrusion. Elle s'entoure de sa paroi tonique fantasmée métallique. Ma compréhension de ses états affectifs, liée à la détente relationnelle, fait partie du domaine de l'étranger pour Chloé. C'est une version hypotonique qu'elle ne connaît pas et qui lui fait peur.

Dans un souci de ne pas la laisser s'enfermer dans le métallique, je lui demande ce qu'il faudrait pour qu'il ne soit plus « en fer ».

En lui demandant où sont ses besoins, à la fois je l'invite à entrer dans une relation maternelle réparatrice avec moi, et je l'engage à s'autonomiser.

« Une potion magique pour le rendre en humain », dit-elle avec un grand sourire. Sa demande d'un « bon lait » est très touchante. Je l'invite à fabriquer « la potion magique ».

Chloé prend de la pâte à modeler marron, « elle est marron la gamelle... dedans on met du rose et du blanc, comme ça il va devenir tout propre... du jaune pour devenir tout propre. Il faut qu'il soit tout beau tout propre pour toute la vie ».

Pendant les séances avec Chloé, pour la comprendre et l'aider, j'ai adopté son mode de fonctionnement en pôles d'opposition, et j'ai alterné mes interventions en passant d'une position de compréhension à son opposé.

Cependant, j'ai institué un rythme plus lent, plus intégratif, qui laissait à Chloé le temps de « se retourner », évitant ainsi de reproduire la « douche écossaise » affective qu'elle connaissait bien.

Je reprends dans ce sens la fin de chacune de ses phrases : « Tout propre pour toute la vie ? » Elle n'accroche pas à ma question. Alors je me situe au pôle opposé qu'elle ne peut pas exprimer.

« Qu'est-ce qui l'a rendu sale ? », demandé-je.

« C'est la neige qui a fait ça ! », répond Chloé immédiatement d'un ton brusque et en colère.

« Oui ? C'est la neige qui a fait ça ? » Pas de reprise.

Je m'appuie sur mon ressenti. « Est-il en colère contre la neige qui l'a sali ? » J'avais le sentiment de pousser un peu Chloé dans ses retranchements, mais en même temps, il me semblait qu'elle était en attente d'une stimulation constructive et d'un soutien à la fois ferme et rassurant.

Je ne m'étais pas trompée. Elle se met alors à parler en son nom propre et raconte :

« Non ! C'est bien que *je* suis toute sale, mais *je* ne pourrais pas me marier. »

Elle me regarde légèrement anxieuse et devant mon air interrogateur, elle reprend :

« Il faut être tout propre quand on se marie sinon il pue. Quand il aura bu la potion, il sera beau. Il aura plus les grrrôles de yeux et la bouche. Il sera tout beau, tout propre. »

Chloé fait avaler la potion magique à son dessin. Elle mélange toutes les pâtes, en fait une boule. Elle la met de côté en me disant qu'elle veut la garder.

Puis, elle retourne sa feuille de dessin et dessine un autre bonhomme... qui a des cils... et une robe... et qui n'a plus de formes géométriques.

Elle s'exclame : « Il s'est trompé ! Il devient une femme ! Il faut pas ! »

Chloé s'arrête, étonnée de ce qu'elle a dessiné.

Elle me regarde comme si elle avait dit et dessiné une énormité, mais en même temps, je la sens ravie de son action.

Je lui réponds par un sourire et une petite phrase :

« Il avait sans doute très envie d'être une femme », lui dis-je.

« Ben, oui ! », répond Chloé.

Elle semble me dire que c'est évident, et en même temps, je sens un peu de tristesse dans sa voix. Puis elle ne dit plus rien et range les pâtes à modeler.

Ce que nous dit Chloé peut, là encore, s'analyser à plusieurs niveaux d'organisation psychique, selon l'axe narcissique et l'axe œdipien. Le premier étayant le second.

Au niveau de l'organisation prégénitale, la confusion extrême entre les genres, les sexes et les positions identificatoires, est à lier avec la douche écossaise des positions affectives que Chloé m'a proposée de sentir en début de séance et qui signe la perte des repères identificatoires.

La nervosité de la mère, son anxiété et son amour dévorant ont sans doute provoqué des positions affectives en alternance rapides, incohérentes, que Chloé a vécues comme des passages rapides et alternés entre « chaud » et « froid », entre la « neige » et ce qui « fond ».

La douche écossaise affective, que la mère de Chloé lui a fait vivre bébé, a causé une confusion de toutes les positions affectives qui s'intègrent pendant cette période primaire selon les pôles de l'organisation tonique.

Les contraires de base n'ont pas été suffisamment intégrés et ne prennent pas leur place comme couple analyseur. « Chaud » et « froid », « gel » et « fond » sont confondus dans une tempête de sensations.

Chloé raconte ainsi comment sa mère, désorientée intérieurement, n'a pas pu jouer son rôle d'ajustement tonico-affectif. Elle est à la fois de la « neige » froide et « gelée » qui « fond », et de la « neige » « chaude ».

Chloé a tenté d'échapper à cette oscillation rapide, « qui fait voler les cheveux » et qui les fait dresser sur la tête, par un mouvement centrifuge vers sa « galaxie ». L'hypertonie a joué son rôle de pare-excitation avec une intensité excessive et la paroi tonique a pris ainsi place dans le système de représentation identitaire de Chloé.

Il me semble qu'elle me donne ainsi deux images d'elle-même. D'une part, elle est « en fer » quand elle doit se protéger, se défendre et quand les positions passives sont évoquées, et d'autre part, elle est d'un ailleurs : « il » habite dans « un pays très bizarre » dans une « galaxie » où il « neige toujours ».

L'isolement non formulé semble ici envahir la scène.

Nous pouvons interpréter cette double image comme l'expression du faux self et du vrai self de Chloé : elle donne à voir à sa mère un « bébé » qui vit dans la même « galaxie » qu'elle, dans une fusion où l'une et l'autre sont faites de la même pâte. C'est le faux self de Chloé. Elle est ainsi dans le désir de sa mère et ne risque pas de la perdre.

À l'intérieur du bonhomme qui devient « en fer », qui est la paroi tonique défensive et offensive, existe le vrai self de Chloé qui a dû se protéger pour survivre.

La mère « électrique » est dangereuse pour Chloé. Elle est « un piège » et Chloé peut « fondre en mille morceaux ». L'enfant exprime là une angoisse de morcellement, de « démantèlement » (Meltzer, 1972) devant les changements rapides des états affectifs de sa mère et des réponses inadéquates de sa mère face à ses besoins.

L'inflation des réactions toniques entravent la coordination des schèmes de base entre eux; ceux-ci sont alors ressentis comme autant de morceaux à l'intérieur du Moi. La tonicité non équilibrée favorise l'expérimentation parcellaire des parties du corps.

La souffrance psychique vient de l'impossibilité de lier les schèmes entre eux, d'intégrer psychiquement la dynamique de rassemblement. Le Moi ne peut pas se rassembler et l'intégration psychomotrice reste comme suspendue, laissant sur place des béances.

La mère n'est pas intégrée de façon stable dans le monde interne de Chloé. La mise en place de la paroi tonique est en corrélation négative avec la sécurité interne et l'introjection du bon objet.

Sous son habit « de fer », le rôle de bonhomme n'a pas de bon objet interne qui lui permettrait de se sentir en sécurité. Il a un « drapeau »

paratonnerre qui le protège des foudres de la mère mais qui n'est qu'un « piège ».

Les variations toniques qui étayent les variations sensorielles et affectives et la richesse des représentations n'a pas pu se faire. Le passif-mou-mère n'est pas intériorisé comme préalable à l'intériorisation de l'actif-dur-père.

Chloé reste une sirène, en attente du tiers différent qui favorisera la complexification des couples d'opposés, en attente de l'homme qu'elle va aimer et qui lui donnera son identité de femme.

Sans l'appui de l'intégration de la « bonne mère rachidienne interne », le « père », comme troisième terme différent, ne peut pas advenir.

Tant qu'elle restera le caca dans le ventre de sa mère, l'enfant-bouchon, Chloé ne pourra pas intégrer les deux pôles identitaires, mou et dur, et restera bisexuée sans accéder à son statut de sujet entier.

Le père réel n'est jamais disponible pour venir me rencontrer. À priori il n'assume pas son rôle d'agent structurant auprès de sa fille, il semble se contenter de dire à sa femme : « Tu la prends trop. » Nous pouvons nous demander quel bénéfice il tire de la dévoration de sa fille par sa femme.

La saleté dont parle Chloé est sans doute liée à la culpabilité de ses constructions œdipiennes, mais elle possède des racines plus archaïques.

C'est la « neige » mère qui a sali le « grrrôle de bonhomme ». Le sale pour les enfants, c'est ce qui est confus, mélangé. Sa mère l'a mélangée en ne lui permettant pas la différenciation des identités.

Le « sale » peut être compris également comme la valeur que Chloé se donne dans la relation à sa mère. Quand Chloé-bébé se tend vers sa mère pour entrer en relation et qu'elle obtient comme réponse une décharge « électrique », elle se vit en échec mais surtout comme ne plaisant pas à sa mère.

Les réponses « électrisées » de sa mère lui font sentir à la fois sa propre insatisfaction et le fait qu'elle ne satisfait pas sa mère. Chloé vit sans cesse une baisse de l'estime de soi. Poussée par l'angoisse de perdre l'objet d'amour, l'enfant reste objet du désir narcissique impossible de sa mère. Rien ne peut jamais satisfaire cette mère qu'il faut faire « manger ». Chloé ne peut jamais entrer dans un processus de réparation symbolique avec sa mère.

Elle est renvoyée à un « va faire quelque chose de beau » qu'elle reprend dans son identification adhésive comme « veut faire tout comme »

sa mère. Chloé s'accroche désespérément à ce qu'elle sent du désir de sa mère « être un bébé », pour ne pas « risquer de la perdre ».

La dernière séquence thérapeutique nous laisse entrevoir que Chloé est dans un processus de reconstruction de son identité de sujet.

Chloé a sept ans. Ses capacités d'expression par le dessin, la création et le discours sont en rapport avec son jeune âge et ses paliers intégratifs sont peu complexifiés et peu enchevêtrés. Les représentations qu'elle a des relations à sa mère, de son enveloppe tonique et de ses difficultés identitaires sont exprimées assez clairement. Un travail d'intégration sera profitable et l'aidera à se développer assez rapidement.

Il est évident que pour un adulte, les représentations des relations et des investissements toniques seront beaucoup plus secondarisés et liés à la complexité de leur vie affective et relationnelle. La lecture intégrative de leurs difficultés de vie se fera en fonction de cette complexification.

La forme motrice des difficultés intégratives est visuellement peu notable. Les instabilités motrices sont plus visibles chez l'enfant que chez l'adulte. Les déviations corporelles engendrées par des déséquilibres toniques font partie de la vie courante : il y a peu de gens qui se plaignent de leurs pieds plats, de leur lordose ou de leur cyphose, à moins que celles-ci n'entraînent un traitement kinésithérapeutique.

La plupart du temps, ce sont les formes fantasmées des difficultés de mise en rapport des pôles opposés à différents niveaux d'intégration, de la paroi tonique, de l'hypotonie de détente qui seront les points centraux de l'analyse intégrative de la souffrance des personnes.

V

LA PATHOLOGIE DE L'ÉTAYAGE

Le nourrisson réagit aux stimulations internes et externes par des réactions de défense globalisant les processus corporels et les processus psychiques. La première forme d'autonomie des systèmes somatique et psychique sera effective dès la fin du premier semestre : à ce moment, l'enfant n'utilisera plus de ses réflexes archaïques mais des réactions posturales de récupération d'équilibre qui signalent le début de l'autonomie du corps dans l'espace ; la différenciation qui s'effectue entre les réflexes archaïques et les réactions posturales se retrouve d'une façon analogique dans les systèmes de défense psychiques du bébé qui se diversifient et s'adaptent aux situations vitales.

La théorie de l'étayage psychomoteur nous propose donc de considérer les systèmes de défense dits psychotiques, ou narcissiques ou archaïques, comme le clivage et la projection comme des montages biologiques, moteurs et nerveux innés, qui sont d'abord, pour l'enfant, les éléments structurants de son psychisme, et qui, en principe, doivent se transformer en même temps que se développe le sujet.

Toute la pathologie psychique humaine trouve ses fondements dans les vicissitudes du processus narcissique d'intégration psychomotrice. Cependant, l'intensité de la souffrance psychique, la déstructuration de la personne et l'exacerbation des symptômes dépendront de la précocité de l'atteinte de la dynamique d'étayage et des circonstances de la vie du sujet.

L'ÉTAYAGE

Définition

Quand Freud (1905) introduit l'idée du choix d'objet « anaclitique (*Anlehnungstypus des Objektwahl*), traduit habituellement par « type de choix d'objet par étayage », c'est pour désigner une relation primitive des pulsions sexuelles aux pulsions d'autoconservation. Par la suite les pulsions sexuelles deviennent indépendantes.

Cette théorie générale de l'étayage de la libido sur une fonction physiologique n'a jamais été vraiment approfondie ni remise en question dans ses grandes lignes.

Depuis, la notion d'étayage s'est orientée plus particulièrement sur certains terrains de la sensorialité comme la peau.

Selon Piera Aulagnier (1975) : « C'est sur le récepteur sensoriel que s'étaye le pulsionnel. »

D. Anzieu (1985) propose une théorie du Moi-peau. La peau étaye la construction de l'enveloppe psychique, le Moi-peau, puis l'enveloppe psychique extérieure est introjectée et étaye la fonction contenante de la peau corporelle.

La chronologie de l'étayage du psychisme par la peau diffère pour E. Bick (1968) : la peau psychique naît de l'introjection d'un objet externe qui contient les parties du self « éprouvé comme capable de remplir cette fonction » ; l'enfant acquiert le sentiment d'être porté physiquement mais surtout psychiquement. Ce sentiment d'être porté et rassemblé permet l'identification de la peau corporelle à la peau psychique. À partir de ce moment, les espaces intérieurs et extérieurs s'identifient et le premier clivage du self et de l'objet s'opère.

C'est en tenant compte du corps réel et de la physiologie de l'organisation motrice que je réélaborerai la notion d'étayage. L'étayage est le résultat d'un processus d'intégration qui permet une différenciation entre la sphère motrice et la sphère psychique, puis l'installation de rapports entre ces deux sphères qui sont, dès le début de la vie, dans une autonomie relative (Pagès, 1986). La structure motrice est un invariant inné, car nous devons rester ressemblant à des humains. Seule la tonicité est un élément variant dans la mesure où elle est issue du domaine du physiologique mais dépendante de la relation dans ses variations.

Grâce au système d'intégration servi par le jeu tonique, chaque item moteur aura par étayage sa transposition aux autres niveaux de l'organisation du sujet :

- la bipolarité tonique étaye la différence du Moi et de l'objet ;
- l'hypertonie étaye la projection ;
- l'hypotonie étaye l'introjection ;
- la coordination des schèmes entre eux étayent le rassemblement des parties du Moi et de l'objet ;
- l'équilibre tonique du sixième mois étaye l'ambivalence affective, la notion d'objet total et de Moi total ;
- la structure du schème de base étaye l'organisation relationnelle triangulaire.

L'étayage est un système organisateur de la psyché à plusieurs niveaux d'organisation. Il explique l'universalité des structures psychiques primaires issues des structures motrices primaires : la projection, l'introjection, le clivage. Il est bien entendu que la complexification future de la psyché est soumise à des influences familiales, sociales, culturelles, climatiques.

Nous nous éloignons donc de la notion psychanalytique classique et reprenons cette notion en tenant compte des contingences physiques et des régulations physiologiques qui animent tout humain naissant qui devient sujet de désir.

L'échec de l'étayage : l'autisme

Pour illustrer cette redéfinition de la notion d'étayage, de la psyché sur le corps moteur, nous proposons de faire la lecture intégrative de l'autisme psychogénétique (Tustin, 1972, 1981, 1984, 1989), pathologie qui laisse

l'enfant devant un clivage précoce des deux sphères motrice et psychique, avant qu'aient pu s'installer des rapports psychomoteurs féconds.

Les enfants autistes présentent une motricité globale relativement adéquate dans l'espace, ils savent courir, sauter et sont parfois très agiles. Par contre leur dextérité est le plus souvent médiocre et des troubles de la coordination parasitent leurs expérimentations motrices fines. L'intégration motrice globale est donc déficiente sans pour autant marquer gravement ces enfants.

Cependant, l'intégration psychique en étayage sur l'intégration motrice a subi des altérations importantes. « Les schémas innés de comportement dont ils disposaient se sont mis à fonctionner de façon bizarre, échappant à toute influence de nourrissage », précise France Tustin (1981). Une rupture semble s'être faite entre les paliers toniques et sensoriels et les paliers affectifs et représentatifs.

L'organisation motrice n'est pas intégrée comme modèle d'une dynamique relationnelle triangulaire et elle n'a pris aucun sens relationnel, ni créatif. Ces enfants ont des mouvements autosensuels, répétitifs, idiosyncrasiques, non partageables, qui déroutent l'entourage et les soignants. Les schèmes de base sont restés des éléments de la structure et de l'organisation motrice qui n'ont pas acquis leur statut de praxies.

— F. Tustin (1972, 1977, 1981) pose l'hypothèse de perturbations précoces dans le processus d'intégration des sensations, qui auraient laissé l'enfant dans une hypersensibilité primaire devant la souffrance du contact entre le Moi et le non-Moi. L'enfant aurait ainsi classé ses sensations et les aurait « rangées » d'une façon complètement autarcique, sans références externes qui auraient pu l'engager dans le processus langagier.

La théorie de l'intégration psychomotrice permet de comprendre que la structuration du Moi se fait simultanément par différenciation et par association subjective des sphères motrice et psychique, et que la fonction essentielle de ce processus est la différenciation entre Moi et non-Moi.

Dans l'autisme, la dialectique intégrative des pôles extrêmes qui permet de poser les limites entre soi et autrui est donc bien mise en cause.

Dans le cas d'enfant à « carapace », l'hypertonie est hyper-présente et nous nous trouvons devant certains problèmes de coordination. L'hypertonie projective semble s'être intégrée psychiquement comme une « carapace » de protection face aux stimulations externes dangereuses sans pour autant être une limite entre le dedans et le dehors. Ces enfants

sont très réactifs au toucher, ils durcissent leur corps, ils manipulent des objets durs et prolongent ainsi leur corps dans l'espace ; il n'y a pas de limites entre soi et autrui.

Les niveaux TS ne semblent pas avoir étayé les niveaux AR dans la relation, donc ces enfants ont leurs propres représentations qu'ils ne partagent avec personne.

Les enfants de type « confusionnels » sont au contraire mous, très mal coordonnés et atones musculairement. Ils ne semblent pas avoir intégré

leur enveloppe tonique comme pare-excitation et comme limite entre le dedans et le dehors. Leur corps est mou, ils se moulent dans les bras de l'adulte. Ils semblent sans structure, sans consistance. La compréhension de leur souffrance est encore plus difficile.

Chez les enfants le plus gravement atteints, — G. Haag (1990) a remarqué une inexistence des relations main-bouche. L'enfant n'a pas intégré le déroulement spatiotemporel du schème primaire du bras pour étayer ses pulsions orales.

Une équipe (Bollea, Bonaminio, Carratelli, Di Renzo, 1983) a observé, dans le cadre d'une étude sur la relation autistique mère-enfant, le fonctionnement du couple mère-enfant suivant l'axe des stimulations et l'axe des réponses comportementales. Les chercheurs ont conclu que, dès les premières semaines de vie de l'enfant, une altération des premiers rythmes et patterns dans l'interaction peut être repérée à trois niveaux :

- des altérations du rythme sommeil-veille ;
- des difficultés de succion et une inhibition de la zone faciale (sourire, babil) ;
- un retard dans le regard face à face.

Quand l'enfant grandit, la communication apparaît en discordance avec le niveau verbal et « ne semble pas chargée d'une signification propre à la relation ». Les actions sont agies directement « en dehors d'une fonction psychique et filtre et/ou de retenue propre à la mère et/ou émergeant chez l'enfant ».

Une autre caractéristique du dysfonctionnement relationnel apparaît dans une bascule en tout ou rien entre des hyperstimulations et des stimulations insuffisantes ou incohérentes.

Nous pouvons remarquer que la caractéristique des interactions autistiques entre la mère et son enfant mettent en cause l'absence de rythme stable et d'ajustement entre les deux partenaires. À partir de cette étude et

de ma propre clinique avec des enfants autistes, nous pouvons émettre deux hypothèses :

— ou la mère n'a jamais pu entrer en relation avec son enfant parce qu'elle n'était pas disponible affectivement et au niveau de la communication. Ses propres niveaux intégrés sont alors mis en cause ;

— ou l'enfant présente dès la naissance un ensemble moteur et des signaux moteurs difficilement interprétables par sa mère et son entourage. Les paliers intégratifs de base du bébé sont alors mis en cause et notamment le palier tonique : hérédité, troubles neuromoteurs précoces, déséquilibres ioniques qui donnent une prévalence trop importante à l'hypertonie.

Quoi qu'il en soit, la communication émotionnelle basée sur les signaux moteurs du bébé et les réponses de la mère à ces signaux est altérée. Le hiatus du courant émotionnel empêche alors les niveaux affectifs et représentatifs de s'étayer sur les niveaux toniques et sensoriels.

La théorie de l'étayage permet de comprendre les fonctionnements affectifs à partir des troubles de l'articulation des pôles opposés, à quelque niveau qu'ils soient. Cette vision nous oblige à considérer que l'être humain ne s'est pas construit dans une linéarité parfaite, et nous pourrions rencontrer chez une même personne des différences intégratives à tous les niveaux d'organisation.

Cependant, les vicissitudes du processus intégratif originel se retrouvent dans le discours, les signaux moteurs et émotionnels des sujets :

— les difficultés à faire jouer ensemble, à certains niveaux d'organisation, deux ou plusieurs positions opposées, afin d'obtenir des positions intermédiaires : « Je ne supporte pas les compromis » ; « Avec moi, c'est tout ou rien » ; « Je suis entière, j'aime ou je n'aime pas » ; « J'ai horreur des demi-mesures » ; « Tout est noir, il n'y a rien de bien » ; « Je ne connais que l'angoisse » ;

— la souffrance quant à la perte des rythmes intimes, souvent traduite par : « Je ne fais jamais ce que je veux » ; « Je fais ce qu'elle veut » ; « Je ne peux rien décider seul » ; « Je suis toujours stressée » ; « J'aurais honte qu'on me voie me laisser aller » ; « Je n'arrive pas à me détendre » ; « Je sais ce que je ne veux pas, mais je ne sais pas ce que je veux » ; « Je ne suis jamais là où je voudrais » ; « On parle à ma place dans la tête » ; « On me donne des ordres » ;

— la corrélation entre une projection tonique excessive et une introjection insuffisante ; « Je n'ai confiance en personne » ; « Je n'ai pas

confiance en moi. Je ne sais jamais si je fais bien » ; « Je ne suis jamais en sécurité nulle part » ; « Je n'ai que du vide dedans » ;

— l'impossibilité plus ou moins grande de passer d'un palier à un autre, de mettre une représentation sur un affect ou une sensation et de symboliser.

Certains états pathologiques appelés « cas-limites » peuvent se comprendre comme une intégration insuffisante des extrêmes sensoriels, ce qui entraîne des limites non définies à tous les niveaux d'intégration et d'organisation et une organisation psychique « inconsistante ».

Je vais maintenant exposer deux cas de figures extrêmes de la pathologie de l'étayage :

— une bipolarité inopérante causée par une intégration et une fixation quasi exclusives de l'hypertonie. La psychose peut être un exemple de ce déséquilibre fondamental du processus d'intégration ;

— une bipolarité intégrée mais dont les pôles extrêmes restent dans une stase momifiante, sans possibilité d'accès à une dialectique interpolaire donc à une ambivalence. Nous retrouvons ce fonctionnement en « tout ou rien » dans les troubles narcissiques.

LA SIDÉRATION HYPERTONIQUE DE LA PSYCHOSE

La bipolarité inopérante

Les violences faites à l'enfant et qui provoquent une stase de l'hypertonie peuvent être de l'ordre des souffrances physiques, comme le laisser pleurer des heures, ne pas le nourrir, le battre, le secouer, le surstimuler, ou de l'ordre des souffrances psychiques, comme ne pas répondre à ses besoins d'attention, d'amour, de sécurité. D'autres attitudes moins violentes mais tout aussi déstabilisantes sont à la base d'une hypertonicité pathogène : la présence d'une mère paradoxale, absente et/ou étouffante, incohérente, elle-même en difficultés psychiques, l'absence du père, conduisent l'enfant à se mettre dans une position d'alerte psychocorporelle qui exerce une inflation tonique.

À côté des carences et traumatismes environnementaux, existent également des déséquilibres organiques qui génèrent des contractures et qui mettent l'enfant dans des ressentis corporels exacerbés. Devant le défaut de pare-excitations et d'ajustement de ses états tonico-affectifs, l'enfant n'a qu'un moyen de se protéger, c'est d'utiliser ce que la nature a mis à sa disposition, son système de défense inné, l'hypertonie corporelle.

La transformation de l'enveloppe tonique vibratoire souple et perméable en une paroi rigide et étanche est donc vécue par le bébé comme une expérience psychosensorielle qui lui est imposée et qu'il subit. L'enfant apprend à vivre avec sa paroi tonique et sa bipolarité plus ou moins rythmée et il va faire sien ce à quoi il a été contraint.

Face à un environnement traumatisant, le bébé en alerte, sans cesse « au bord d'une angoisse dont nous ne pouvons avoir l'idée » (Winnicott, 1965)

se trouve dans un accrochage sensoriel massif au pôle hypertonique qui ne permettra pas au clivage de fonctionner dans sa réalité psychique.

La prévalence de la fonction de défense et de pare-excitation de l'enveloppe tonique sur la fonction d'échange et de communication enferme l'enfant dans une prison corporelle et psychique. L'arrêt du mouvement de va-et-vient entre projection et introjection nécessaire à la vie psychique se solde par l'assèchement de l'intérieur et par un extérieur vécu comme douloureux et dangereux. C'est la « forteresse vide » décrite par Bettelheim. À l'extrême, le sujet psychotique se trouve entre deux alternatives mortifères : mourir de soif ou mourir empoisonné.

Le mouvement centrifuge réactif projette vers le dehors les tensions et les affects primitivement et naturellement liés entre eux, et les laisse amalgamés ; la force d'éjection les soude les uns aux autres, les emprisonne et au pire les annule, appauvrissant toutes les fonctions de l'hypertonicité constitutionnelle. L'installation précoce de la paroi tonique crée alors un paradoxe au niveau sensoriel : à la fois, elle bloque le passage des informations du dehors vers le dedans et du dedans vers le dehors, et elle met le sujet en état de tension permanente hyperréactive aux stimulations internes et externes. Aussi, toutes les stimulations seront ressenties dans la tension, analysées dans le dur et vécues sur le mode de la souffrance et de la persécution.

L'enfant va chercher à se délivrer de cette prison psychocorporelle et ce que nous pouvons deviner de cette lutte qu'il mène pour conquérir son unité psychomotrice se retrouve, à l'âge adulte, dans des conduites obsessives et une attirance vers la répétition qui s'installent d'une façon parfois morbide.

L'accrochage tonique dans lequel se trouve « coincé » l'enfant, prend deux formes fonctionnelles : fournir des sensations d'être tenu et ainsi échapper aux angoisses de tomber, et « faire rester » l'autre près de soi et ne pas sentir l'abandon. Ces deux fonctions sensorielles sont hélas illusoire et peu effectives car elles n'étaient aucun des autres paliers affectifs et représentatifs qui permettrait au sujet d'être soutenu de l'intérieur par des stimulations venant de l'objet externe.

Si le pôle hypertonique est omniprésent, la dialectique n'est cependant pas complètement absente de l'organisation psychique du sujet psychotique. Le croisement des axes physiologique et psychique se fait d'une façon bancale : l'hypotonicité relationnelle est absente mais reste l'hypotonicité physiologique qui dépend de l'intégrité du système nerveux central. Mais il

existe un décalage dans l'espace et le temps des différents niveaux d'organisation : l'hypertonie relationnelle s'ajoute à l'hypertonie physiologique accroissant les tensions externes, alors que l'hypotonie relationnelle quasi inexistante ne vient pas surenchériser le mou physiologique du rachis.

Sans la connaissance sensorielle de la détente relationnelle, l'enfant ne peut pas appréhender la frustration et le manque dus à l'absence d'autrui. Cette connaissance ne peut exister que dans la dialectique des contraires.

Nous pensons que certaines sensations de dédoublement de la personnalité pourraient venir s'inscrire dans ce jeu intégratif boiteux qui laissent les sujets passer d'un registre à un autre sans que les étayages soient opérants. Amputé du pôle hypotonique relationnel qui nourrit et active le pôle hypotonique physiologique, l'intégration des extrêmes qui valide la fonction des limites n'est pas assurée. Le processus identitaire est mis en échec.

L'identité mise en échec

La projection hypertonique de l'enfant et la non-intégration des extrêmes laisse l'enfant dans un état dépendant des affects et des tensions d'autrui et dans ce marécage tonico-affectif s'installent des confusions au niveau de l'identité corporelle et affective. L'autre pourra être appréhendé globalement sur un mode sensoriel mais peu défini mentalement ; il en sera de même pour les représentations de soi qui seront contaminées par les représentations de l'autre.

L'enfant fonctionne avec l'impossibilité de distinguer ses tensions et affects de ceux de sa mère. Les repères spatiotemporaux et affectifs sont perdus. Son soi reste greffé sur les tensions-affects maternels et ce qui est maternel reste soi.

L'enfant du « drame » de l'investissement hypertonique massif est prisonnier d'un « ni... ni... » : le recours à l'autre est la seule possibilité pour lui de s'identifier et en même temps, s'identifier à autrui, c'est ne pas exister. Il ne peut « ni » s'identifier, « ni » ne pas s'identifier.

Cette difficulté primaire étayera d'autres situations de vie, comme celle du choix : « Je suis pris entre des tenailles, je ne peux pas bouger. Je ne

peux ni la quitter, ni vivre avec elle », me disait une personne à propos d'une relation amoureuse à l'image de ses relations précoces.

Un fond obsessionnel se retrouve dans les pathologies de l'hypertonie.

Mû par sa dynamique intégrative physiorelationnelle, l'enfant cherche à mettre en rapport et dialectique les pôles opposés qu'il possède. L'emprisonnement tonico-affectif précoce l'amène à surinvestir le mou physiologique qu'il possède et son espace interne inné et à désinvestir le monde extérieur. Il intègre la mécanique et la dynamique motrice sur un mode narcissique physiologique et non sur un mode relationnel. La motricité est alors « d'autant plus impliquée dans un auto-érotisme que le capital narcissique constitué en réponse à l'investissement de la mère est faible. Cette implication va également à l'encontre du développement de la capacité hallucinatoire » (M. Fain, 1974).

Pour survivre, l'enfant s'accroche à la source tonique qui le fait vivre et lui donne un semblant de frontière avec l'autre, mais en fait, il reste dans un accrochage sensoriel topographique des parties et organes du corps ; ses repères sont essentiellement des repères spatiaux. Pour l'enfant de l'hypertonie massive, le monde interne se mécanise et se désertifie, le monde externe se brouille et se dilue.

« Les repères du psychotique sont essentiellement des repères spatiaux. La distanciation psychique est remplacée par une mise à distance spatiale ; les objets sont autant indispensables qu'interchangeables [...] dans une négation du temps et de la différence » (P. Jeammet, 1962).

Sans dynamique des contraires, le corps non symbolisé reste à un niveau de représentations anatomiques.

— C. Chabert (1988) souligne également que dans les protocoles du Rorschach des sujets schizophrènes ou psychotiques, « la persistance, jamais démentie, des réponses anatomiques et corporelles... nous conduit à penser, à la lumière des travaux de — D. Anzieu sur le Moi-peau qu'elles traduisent une figuration archaïque de l'appareil psychique par déplacement métonymique ».

La dynamique relationnelle sans laquelle l'intégration psychomotrice ne peut avoir lieu, met en avant les carences et défaillances psychiques de la mère, pour qui le manque n'existe pas. La problématique identitaire de la mère est mise en avant.

P.J. Racamier (1978) pose l'hypothèse d'une perversion de penser de l'enfant schizophrène, qui, capté par la séduction maternelle, aurait absorbé le penser de sa mère :

« Nul n'est jamais en face de personne, tout le monde est à tout instant abordable, les contradictions de fait ou de pensée ne comptent pas, étant sans cesse phagocytées... Chez certaines mères de schizophrènes, le déni des différences entre les êtres, les faits et les pensées est si naturel, si constant et si aisé qu'on doit bien penser qu'il ne demande aucun effort au Moi. »

L'accrochage massif au pôle hypertonique a pour conséquence un contrôle sévère sur les pulsions et sur les objets, donnant l'impression que les sujets sont dans un système d'abrasion complet de « tout ce qui bouge ». L'inhibition ne se porte pas exclusivement sur l'émergence des affects mais également sur les processus intellectuels qui sont subordonnés aux analyses sensorielles.

L'analyse sensorielle squelettique

De l'absence des limites précises, du flou des identifications, du terrain mouvant des repères spatio-temporaux, découlent des distorsions des rapports avec le réel et des difficultés relationnelles. Le seul espace qui appartient à l'enfant est alors son espace corporel.

« Je me sens comme un château de sable sur une plage. Dès que je me reconstruis, la mer le recouvre et l'effondre », dit Hervé.

Sans structure interne psychique libidinalisée, bloqué dans un réel sensoriel et moteur non fantasmé, l'enfant puis l'adulte vivront sur un mode de sidération. « Sous l'influence maligne de l'astre maternel », l'enfant de l'investissement massif est mis hors circuit de la vie.

Le déni vient inévitablement s'inscrire dans le mouvement centrifuge de l'hypertonie. L'enveloppe tonique surstimulée se tétanise et peut atteindre un niveau d'anesthésie sensorielle qui étayera le déni de certains aspects de la réalité interne et externe.

Le sujet « se vide » de toutes sensations et affects douloureux. Il ne sent plus rien. Tous les autres niveaux d'organisation qui devraient s'étayer sur ces paliers toniques ne prennent pas d'existence.

Des plages sensorielles entières qui auraient pu représenter la réalité extérieure seront absentes de la psyché de l'enfant qui peut se dissoudre jusqu'à un état d'hébétude. Le sujet devenu adulte continuera à fonctionner avec des parties de lui méconnues, que seul le déni viendra nous signaler en blanc.

Les confusions sensorielles, qu'entraîne le jeu intégratif boiteux, ne permettent pas à l'enfant de discriminer les catégories, les groupements, les analogies, les logiques des sensations et des étayages successifs. Des liens s'établissent d'une façon aventureuse entre des domaines qui ne sont pas limités. Plus tard, ces sujets abuseront de ces liens, quitte à se perdre dans leur propre labyrinthe.

La pauvreté des échanges avec le dehors va gêner la complexification et l'élargissement des analyseurs sensoriels, réduisant ainsi la complexité des pensées. La géométrie corporelle ne sera analysée qu'au travers des états de pressions et de tensions, elle sera pauvre et définira des processus intellectuels peu développés. La dimension perceptive des stimuli n'étant saisie qu'à partir de l'analyseur omniprésent, l'hypertonie, l'imaginaire corporel qui naît de la diversité des couples analyseurs de base se trouve réduit aux formes géométriques du corps, les lignes, les ronds, les ouvertures.

L'atteinte du système d'analyse sensorielle qui ne travaille plus dans le rythme des couples sensoriels de base fondamentaux provoque la déroute de toutes les différenciations de base.

MARTHE est une jeune femme de trente-cinq ans qui a déjà fait plusieurs séjours en hôpital psychiatrique pour des passages délirants importants. Elle ne peut parler d'elle qu'à partir des événements politiques et de certains faits historiques passés et présents. L'expression de ses ressentis et de ses affects n'est possible qu'au travers des exemples d'événements dans lesquels elle n'intervient pas directement. Les liens sont souvent surprenants et leur logique déroutante.

Marthe ne peut jamais dire « Je ». Le « on » qui émaille son discours me donne la sensation qu'entre elle et le cosmos, il n'existe aucune séparation, aucune limite ; tout semble organisé de la même façon à tous les niveaux ; elle est dans une continuité spatiale et temporelle avec l'univers.

Les chaînes associatives qui signent l'effectivité de l'étayage des différents paliers semblent rompues, et peut-être n'ont-elles jamais existé.

On est dans une superposition de structures et non dans une élaboration successive des paliers antérieurs. Les formes sont incluses les unes dans les autres et ne s'étayent pas les unes sur les autres.

La surstimulation de la peau et de l'enveloppe musculaire est érotisée pour assurer une vie psychique et elle peut s'inscrire dans une fantasmagorie sadomasochiste. La puissance et la jouissance sexuelles seront recherchées à partir de cette érotisation et des scénarios associant douleur (tension extrême physiologique et relationnelle) et détente (affect senti dans le seul moi interne) ; le sujet obligé d'être précocement dans cette tension douloureuse pour exister et désirer l'autre, et d'autre part pour se défendre et se dégager d'autrui, maîtrise maintenant par le fantasme sa paroi, et cherche à reproduire cette tension par des pratiques qui allient douleur et chute de l'excitation.

La coordination motrice chaotique

La surstimulation corporelle a un effet pathogène important sur l'organisation psychocorporelle du bébé. Rappelons que les schèmes de base se comportent dans un premier temps comme des îlots moteurs qui agissent isolément d'une façon réflexe puis qui s'organisent entre eux, et se coordonnent pour parvenir à l'unité tonique et motrice du sixième mois. Sur ce modèle moteur, les étayages successifs du système intégrateur permettent à l'enfant d'assembler et de coordonner les sensations, les affects et les représentations.

Sur le mode de la fragmentation des schèmes et de la bipolarité tonique, les mécanismes de pensée qui se construisent à partir des items du corps propre suivent le même chemin de morcellement. Plus tard, les conduites psychiques calquées sur cette intégration précoce parcellaire mèneront le sujet à une mobilité constante de la pensée, à des incohérences et à des dissociations mentales. Le sujet persévère, revient sans cesse sur les mêmes thèmes, sur les mêmes images. Il tourne en rond et piétine.

Si la régulation tonique physiologique finit par se faire dans le temps, des troubles moteurs à minima restent présents : maladresse, tics, marche sautillante, marche sur les pointes des pieds, troubles de la coordination.

Le mouvement mortifère de non-coordination des affects et des parties du Moi et le mouvement de centrifugation laissent l'enfant envahi par des

angoisses de morcellement. Le Moi aura intégré la fragmentation primaire des schèmes de base comme des représentations de soi et de l'autre éclatées, projetées vers le dehors. Une des souffrances profondes du sujet psychotique est le manque d'unité, de cohérence et de cohésion psychomotrices.

L'absence de l'échange symbolique

Le bébé, futur sujet psychotique, investit son corps « à son propre compte ». À la manière de l'enfant autiste, il met au point des abstractions qui lui sont personnelles et ne sont compréhensibles que par lui-même. Il n'est pas inscrit dans un ordre interne et il invente un symbolisme idiosyncrasique qui le coupe du monde extérieur.

Tout se passe à la surface. La confusion des limites provoquée par la projection centrifuge tonico-affective l'empêchent de faire la différence entre lui et sa mère, et entre sa mère et le dehors. La mère indistincte et confuse devient un « grand tout » dans un espace sans limites.

RICHARD exprime son sentiment d'exister et les représentations qu'il a de lui : « Je suis comme des sables mouvants. » La surface des sables mouvants semble offrir un appui, à condition de s'étaler, de devenir soi-même une surface parfaitement adaptée, sinon, c'est l'engloutissement, l'aspiration vers les profondeurs, avec la disparition de toutes traces d'existence.

Le surinvestissement hypertonique est en corrélation négative avec l'investissement de l'hypotonie bonne et rassurante. Le rachis n'est pas intégré comme bonne mère-rachidienne molle qui prépare au père-rachis dur.

Sans axe, pas de rassemblement ni de globalisation possible. Sans axe, il n'y a ni références spatiotemporelles, ni références psychiques.

Psychiquement, le « père » comme ensemble des différences est absent, alors que le sujet le perçoit sensoriellement ; il est pris dans « une sensibilité extrême à la loi du père » et il « tente par ses constructions délirantes, idéalisantes, d'en ériger un simulacre narcissique » (Rosolato, 1969).

Le sujet perçoit le « père » sans jamais y avoir accès ; il a une perception proprioceptive d'une triangulation, d'un troisième terme, d'un écart, d'un espacement entre deux éléments grâce à son organisation motrice, mais la fonction « paternelle » qui reste le passage d'une perception directe des sens en faveur de processus intellectuels et symboliques n'est pas intégrée.

L'hypotonie non fantasmée comme une bonne mère-rachidienne laisse l'enfant infirme psychiquement. Le manque est insupportable parce qu'il représente l'abandon et il n'est pas intégré dans une dialectique avec le retour de l'autre et de la satisfaction.

Pour les enfants de la sidération hypertonique, toute situation de perte d'objet est impossible à vivre car elle met à nu une blessure narcissique fondamentale, qui entraîne dans sa découverte la perte d'une partie de soi et révèle la dépendance par rapport à l'autre qui torture, qui rejette, qui n'aime pas.

L'angoisse qui résulte de cette perte est une angoisse « blanche » qui a les « couleurs du deuil : noir et blanc, noir comme la dépression grave, blanc comme les états de vide » (Green, 1983). Noir est la couleur sensorielle qui s'étaie sur le dur de la tonicité, blanc est la couleur du mou de l'hypotonie qui n'existe pas.

Le danger vient aussi bien du dehors que du dedans et l'indétermination de ces deux espaces correspond à la dissolution et à la confusion qui règne dans le magma tonico-affectif primitif.

Richard dit : « Pour moi, tout ce qui est inconnu est dangereux. » Il exprime ainsi la réduction de son travail interne d'analyse sensorielle réduit à sa plus simple expression, son self étant uniquement préoccupé à se protéger des effractions extérieures et à contenir les pulsions destructrices.

En contrôlant le vide de la relation par ses sensations, l'enfant hypertonique s'emprisonne et s'isole.

À côté de ce destin tragique qui isole l'enfant et lui interdit l'accès à une vie affective satisfaisante, nombre d'enfants vivront des ratés dans leur étayage psychomoteur sans pour autant connaître le désert psychotique.

Certains, qui auront connu les mêmes conditions environnementales déstabilisantes et désorientantes, auront cependant eu le temps de « sentir » et d'intégrer les deux pôles tension-insatisfaction, détente-satisfaction d'une façon partielle mais suffisante pour que le processus de bipolarité opère de

manière rudimentaire. Les deux pôles tonicoaffectifs sont intégrés mais sans dialectique.

L'ENFANT DU CLIVAGE

À la naissance, quand l'enfant est dans les bras de sa mère, les enveloppes motrices et psychiques sont une. La mère ne bouge pas sans son enfant, il ne bouge pas sans elle. Grâce au dialogue tonico-affectif qui s'instaure dans ces rapports privilégiés, l'enfant établit ses limites corporelles et psychiques. Satisfait par sa mère qui s'intègre comme un bon objet, il se ressent lui-même comme bon sujet. Il est l'auteur et l'acteur de cette satisfaction et de ce bien-être.

Nous disons qu'il se vit tout-puissant.

Dans les moments douloureux, tout se renverse, l'autre est le mauvais objet et lui-même est un mauvais sujet. Il devient l'auteur de son malaise. Se vit-il là aussi tout-puissant ?

À partir de cette dualité existentielle, entre l'« extase » et l'« angoisse » (G. Bataille, 1957), l'enfant va se créer une intériorité qui est l'« expérience du dedans » ou l'« expérience au dedans ».

Dans le même temps, par opposition intégrative, l'autre et le dehors prendront forme. Pour construire et vivre cette double expérience, l'enfant doit se départir de ses croyances sensorielles d'être à la fois donneur et receveur de tout.

Le narcissisme primaire correspond à cette période fondamentale d'intégration des positions extrêmes, qui étayeront les limites nécessaires à la différenciation de l'axe dedans-dehors : soi-autrui, actif-passif, prendre-donner, accepter-donner, et de l'axe interne dedans-dedans : estime de soi-dévalorisation de soi, amour de soi-haine de soi, soi objet-soi sujet.

Nous pouvons trouver des troubles narcissiques chez tous les humains dans la mesure où la mise en rapport et la dialectisation des pôles opposés s'inscrit dans une dynamique de réalisation de soi, et de ce fait, est le travail de toute une vie. Cependant, classiquement les systèmes de défense dits «

narcissiques » sont le clivage, le déni, l'identification projective et l'accrochage aux limites avec un rapport à la réalité relativement correct.

Le tout ou rien

La frustration est l'élément déclencheur de l'investissement narcissique des items moteurs et toniques, étayage des processus psychiques. Elle est nécessaire car elle est ce qui permet à l'enfant de se construire, d'une façon réactive et avec l'aide de sa mère, une enveloppe psychique contenant et identifiante.

Cependant, elle ne doit pas dépasser en intensité ce qu'un bébé est capable de supporter et d'élaborer. L'outrance appelle la souffrance.

La frustration qui se prolonge et s'accompagne d'un désespoir intense, qui est suivie d'un temps de satisfaction bref mais suffisant pour que l'enfant l'intègre, puis qui se manifeste de nouveau rapidement, oblige l'enfant à basculer d'un état émotionnel à un autre, sans nuances et sans dialectique possible entre les deux pôles.

Si le passage entre les deux pôles se fait de façon brutale, d'une manière incohérente, l'enfant vit une désorientation et il intègre alors les deux repères les plus distincts : l'hypertonie et l'hypotonie.

Entre les deux, le « no man's land » sensoriel et affectif.

L'enfant du clivage est un enfant déchiré qui souffre sans cesse : ou il souffre de ne pas avoir de satisfaction, ou il souffre parce qu'avoir de la satisfaction équivaut à la perdre tout de suite.

Sans qu'une proposition devienne complètement l'autre, elles sont suffisamment intriquées pour que le sujet cherche sans cesse à désirer ne plus désirer.

C'est le désir de ne pas avoir à désirer qui devient la quête des sujets qui souffrent de troubles graves du narcissisme primaire. Plus tard, la dépendance identifiée comme souffrance extrême dans la relation avec l'autre, ne pourra pas être vécue comme un lien humain vivant qui conduit vers la socialisation.

Le jeu des positions opposées n'existe pas. L'activité et la passivité, le dehors et le dedans, l'agir et le mentaliser, ne peuvent s'intégrer d'une façon équilibrée.

Romain s'est construit ses représentations de soi selon deux pôles opposés qui correspondent à un clivage drastique.

« Je n'existe que si je m'oppose à l'autre, sinon je ne suis rien. » Puis il précise : « Quand je ne m'oppose pas, j'ai l'impression de ne pas être subjectif. Je suis réactif. »

De ses relations précoces, Romain a gardé un mode de subjectivation en opposition. À l'image de la bipolarité précoce qui n'a jamais pu jouer l'intermédiaire, il doit garder une distance entre lui et autrui et rester en opposition, face à face. S'il ne s'oppose pas, il subit les tensions de l'autre et devient « réactif » ; il devient le même que l'autre et perd son identité.

Il décide d'arrêter son travail thérapeutique au bout de six mois en formulant :

« Je suis angoissé parce que je n'ai plus rien à vous dire... Il faut que je réduise la distance. »

Son implication plus forte dans la relation thérapeutique est insoutenable. Pour me « parler », il doit « réduire » la distance entre lui et moi. Cette nécessité réactive son angoisse de perdre sa subjectivité.

La communication nécessite qu'il y ait mise en rapport et dialectisation de termes opposés. La réduction de la bipolarité tonique, sensorielle, affective, représentative, permet l'accès au langage, à la symbolisation, à la communication.

À l'image de ce qu'ils ont vécu bébé, les sujets qui souffrent de troubles narcissiques voient leur vie rythmée en « tout va bien » ou « tout va mal » qui s'étaient sur des états toniques hyperexcités et des états toniques « à plat ». Ils présentent une oscillation rapide des éléments positifs et négatifs de soi et d'autrui.

Les pulsions internes continuent d'exister et poussent vers le dehors. C'est souvent un objet extérieur qui fait basculer le sujet dans des états affectifs opposés. Dans le discours l'autre est toujours responsable de tout. C'est ainsi que les bébés le vivent car ils sont entièrement dépendants des actions de leur entourage et c'est ainsi que les personnes adultes le formulent. Le seuil de tolérance à la frustration étant très faible, les personnes s'efforcent de nier leurs mouvements pulsionnels dans leurs relations. Ils s'anesthésient :

« Moi, je ne veux pas avoir de sentiments, je ne veux pas aimer, parce qu'après on souffre forcément. »

L'oscillation affective sans l'intervention directe de l'objet externe est signe de progrès dans la mesure où un mouvement interne se fait sentir. Cela signifie que la bascule d'un état à un autre s'est intériorisé et qu'une ambivalence commence à jouer.

Le surinvestissement des limites

Sans être complètement avalé et confondu dans le magma tonico-affectif de sa mère, comme dans la sidération tonique de la psychose, l'enfant du clivage est dans une relation spéculaire. Il est pris dans les rets de sa mère.

Collé fantasmatiquement à elle, il se conforme à son désir.

« Il devient l'extérieur qui est en lui, qui est lui et qui l'autorise à être » (Sami-Ali, 1987). Le bébé est régi par un « surmoi corporel ».

L'angoisse de disparaître psychiquement fige l'enfant sur place. Et c'est dans un face à face tonicoaffectif primaire, tragique et engourdissant entre lui et sa mère que se poursuit son aventure de sujet.

L'intégration des extrêmes est fortement assurée et entraîne l'enfant à surinvestir les limites, les formes extérieures, ce qui est vu, tout ce qui détermine et limite les contours. L'enveloppe tonique s'est transformée en une paroi qui empêche les intrusions et lutte contre les risques de confusion entre lui et sa mère.

Plus tard, l'adulte que deviendra l'enfant clivé évitera les situations relationnelles trop impliquantes qui le menaceraient de lui faire perdre ses repères identificatoires, et « la froideur, la distance, l'indifférence » deviendront « des boucliers efficaces contre les coups venus de l'objet » (A. Green, 1983).

L'idéalisation et la dévalorisation

Un enfant dont les limites à supporter les frustrations sont atteintes sans être dépassées est un enfant qui a connu la détente, l'apaisement et la satisfaction et qui va chercher à les retrouver. L'enfant est suspendu à son hypertonicité d'attente, qui devient un vecteur pour atteindre la mère. Sur ce

vecteur s'étayeront les représentations de la mère idéalisée et du soi grandiose (Kohut, 1974).

Sur la paroi tonique qui se durcit mais laisse s'infiltrer la maigre satisfaction torturante, le bébé projette son attente, ses désirs de l'autre, mais aussi sa rage, son désespoir, sa colère, sa haine. Tous ces affects sous-tendent l'idéalisation que vit l'enfant.

La satisfaction éphémère et la situation d'échecs répétitifs laissent le bébé dans un état d'épuisement. La déception répétée génère « d'autant plus aisément le mouvement dépressif que les deux objets (interne et externe) auront été désillusionnants de trop bonne heure, non fiables, trompeurs » (A. Green, 1983).

Le processus d'introjection du bon objet qui a besoin des informations concernant l'enveloppe psychique contenante s'en trouve altérée. L'hypotonicité et la détente empreintes de détresse deviennent des vecteurs dévalorisés, alors « apparaît un sentiment de vide et de futilité, une inquiétude et une lassitude permanente et une perte de la capacité normale de ressentir et de surmonter la solitude » (Kernberg, 1980).

Le vecteur tonique est dans une ambivalence douloureuse : il est à la fois porteur de l'objet entièrement bon qui satisfait et porteur du mauvais objet qui frustre.

Cette ambivalence soulève des tensions psychiques tellement insupportables qu'un deuxième clivage s'opère entre les deux axes hypohyper relationnel et physiologique.

— L'hypotonicité relationnelle n'est pas suffisamment nourrie par les satisfactions. Elle étaye les représentations de l'autre dévalorisées par les frustrations trop longues et par des satisfactions trop courtes. L'autre est toujours responsable de tout.

— l'hypotonicité interne physiologique porte les représentations de soi abîmées et dévalorisées. La frustration trop longue et douloureuse ainsi que la satisfaction trop courte et affamante entraînent une baisse de l'estime de soi. L'enfant se sent dégradé, abîmé, anormal, et ses sentiments dévalorisants seront projetés plus tard sur les malformations corporelles, sur les odeurs, sur le corps en général, ce corps d'avant la parole, qui n'a pas su lui faire obtenir ce dont le sujet avait besoin.

— l'hypertonycité relationnelle étaye les représentations de l'autre idéalisé, tant attendu, entièrement bon et entièrement comblant. Le bon est

toujours dehors mais jamais possible.

— le soi valorisé suit le même canal. L'enfant hypertendu dans l'attente de l'autre idéalisé vit son hypertonicité comme vecteur de son triomphe quand il accède à la relation.

Dans son identification projective, l'enfant se sent concerné par les tentatives et les échecs répétitifs. La réparation des vécus douloureux n'est jamais possible car la satisfaction elle-même ne peut pas être vécue complètement, ni dans le temps, ni dans la dialectique des couples intraet interpersonnels.

Winnicott (1963) précise que : « L'échec de la mère-objet à survivre ou de la mère-environnement à fournir des occasions de réparation conduit à une perte de la capacité de sollicitude et à son remplacement par des angoisses et des défenses non élaborées, comme le clivage et la désintégration. »

Dans un clivage drastique, les mouvements affectifs et les représentations sont figés. Le sujet reste sur place dans une abrasion affective, dans l'incapacité de se situer et d'exprimer ses ressentis. Il n'y a ni compromis possible, ni dialectique des positions opposées.

L'analyse sensorielle narcissique

L'enfant du clivage est un être dérythmé. Il se trouve projeté d'un pôle à son opposé sans possibilités de vivre l'intermédiaire. Il est sans cesse trahi par une mère qui le fait osciller d'une satisfaction éphémère à une insatisfaction prolongée. Calqué sur les états tonico-affectifs de sa mère, il acquiert les rythmes de celle-ci.

L'analyse sensorielle est un processus qui met en jeu les couples primaires détente-tension, plaisir-déplaisir dans toutes les situations à analyser. Elle s'appuie sur toute la sensorialité de l'enfant qu'elle soit intéroceptive, extéroceptive et proprioceptive.

Nous avons vu que la proprioceptivité était intimement liée à la vision. La mère est réactivée proprioceptivement par la vision du corps de son bébé et cela lui permet de l'interpréter. L'enfant s'identifie au corps de sa mère visuellement et dans un dialogue tonique. C'est la ritualisation holding-handling qui donne sens à l'exhibition motrice de l'enfant.

Dans une relation précoce perturbée par une mère paradoxale qui passe rapidement « du rire aux larmes », l'enfant oscille entre tenu/détendu au niveau proprioceptif, et visuellement il associe les signaux émotionnels changeants à l'oscillation tonique. L'enfant n'a pas le temps de synchroniser ses réactions organiques avec ses sensations toniques.

Les terrains phobiques naissent de cette désynchronisation.

Les sensations visuelles et proprioceptives des états émotionnels de la mère se conjuguent pour inscrire l'enfant dans un mode d'analyse sensorielle propre aux états « narcissiques » : l'hypertonie périphérique prévalente et l'accrochage visuel de l'enfant aux signaux émotionnels de sa mère favorise le surinvestissement des limites, des contours, des formes.

La vision reste chez l'adulte un élément essentiel d'analyse et un élément phobogène.

« J'ai un radar à la place des yeux, dit Alexandra, je repère immédiatement ceux qui vont me plaire et ceux qui ne me plairont pas. »

L'enfant est dans un face à face hypnotique avec le regard de la mère.

L'enfant clivé a atteint un certain degré de cohésion du soi. L'hypertonie a pu prendre sa valeur d'étai d'enveloppe psychique archaïque dans un rythme précaire de tension-détente. S'il n'est pas menacé de désintégration ou plus exactement de non-intégration comme dans la psychose, le sujet peut connaître des menaces de fragmentation, d'un retour à une coordination des schèmes mal assurée. Ces angoisses signent la fragilité des processus de cohésion et de cohérence psychomotrices précoces.

L'adaptation au réel est le plus souvent satisfaisante, car le bébé a connu l'alternance du dur et du mou, de la satisfaction et de l'insatisfaction et d'autres couples sensoriels portés par les dualités toniques primaires.

Dans le développement normal du bébé, l'hypertonie allonge le temps de contact avec l'objet, entraînant l'enfant à intégrer ses enveloppes toniques comme contour du corps et comme étai des enveloppes psychiques. Le rythme relationnel adapté permet que l'enfant intègre ses diverses positions toniques dures et molles.

Le temps est un facteur essentiel pour que les divers paliers s'étayent les uns sur les autres.

Dans le cas de l'enfant clivé, le passage d'un pôle à un autre est tellement rapide que l'enfant n'a pas le temps d'étayer sur ses paliers

toniques et sensoriels, ses paliers affectifs et représentatifs. Aussi, l'enfant analysera son corps et les objets en privilégiant le palier de la tonicité et de la sensation, avec une grande difficulté voire impossibilité, à utiliser les paliers affectifs et de la représentation.

La sensibilité de l'enfant est exacerbée, hyperréactive à toutes les stimulations extrêmes, qu'elles entrent dans le domaine du dur, du noir, de la frustration ou dans le domaine du mou, du bon, de la satisfaction.

Dans les protocoles de Rorschach, le sujet clivé est très sensible à la couleur blanche qui réactive les premières sensations primaires de l'hypotonie associées au manque et à la carence affective.

Le traumatisme du corps hypertonique interdit une analyse sensorielle variée et « blanchit » sensoriellement et affectivement l'espace psychique du sujet. Le vide interne se fait lentement chez les bébés clivés et il apparaît comme « la modalité de base de leurs expériences subjectives à laquelle ils essaient d'échapper » tout au long de leur vie (Kernberg, 1980).

Tourbillonné dans un aller-retour trop rapide, l'enfant est surtendu et ressent plus la polarité tonique active du corps moteur que la polarité molle et passive des ressentis. La prévalence du pôle dur entraîne un étayage qui prépare la présence de l'agir sur la mentalisation.

Tendu entre une périphérie noire et douloureuse et un intérieur blanc et vide, l'enfant accède difficilement au jeu des contraires et à la symbolisation.

Le piétinement symbolique

Le souci de l'enfant du clivage, c'est d'être un et unique. Écartelé entre ses deux pôles extrêmes et empêtré dans les positions affectives de sa mère, il souffre d'être commun, d'appartenir à tous, d'être « sans plus d'ancêtre que de successeur » (A. Green, 1983).

Il n'est pas inscrit à part entière dans son histoire personnelle et sociale.

L'axe hypotonique dévalorisé ne permet pas l'étayage de l'axe psychique que le sujet recherche frénétiquement à divers niveaux d'organisation.

L'axe de symétrie, référent et grand ordonnancier des positions spatiotemporelles et affectives, devient l'objet d'une quête incessante de sécurité, d'assise, de référents. Les sujets adultes souffrent et se sentent

souvent « pas comme les autres », « différents », « hors normes », voire « anormaux ». L'expression de cette souffrance correspond au manque de soutien et de référent introjecté.

Le « père » n'est pas forclos, mais il est détérioré et insuffisant. Ce n'est pas une image identificatoire valable pour l'enfant, car elle est associée aux sensations de détresse, d'abandon et aux identifications primaires dévalorisées.

La frontière identitaire verticale semble être remplacée par un clivage identitaire horizontal : le beau est en haut, le laid en bas ; le féminin en haut, le masculin en bas. Le passage du haut vers le bas ne s'établit entre ces deux parties, dans la mesure où il est lié à la coordination respiratoire diaphragmeabdominaux qui n'a pas eu lieu, faute de sécurité émotionnelle.

La dualité, processus psychomoteur nécessaire, qui nous permet d'accepter qu'on nous refuse, demande une dynamique d'intégration des pulsions agressives. La fixation du fonctionnement psychique en deux pôles ne permet pas cette intégration, car s'opposer à la mère, c'est risquer de la perdre et de perdre une partie de soi.

L'enfant ne peut pas remodeler le discours de sa mère au risque de la tuer et de mourir. L'objet n'est pas métabolisable et une incorporation s'installe au lieu d'une introjection. Si la mère, dans sa non-intégration du manque, désire son enfant comme manque, alors celui-ci reste greffé sur elle. Le passage des identifications primaires maternelles aux identifications secondaires paternelles n'a pas lieu.

Les enfants du clivage ont une profonde tristesse et une grande détresse encapsulées au fond d'eux-mêmes. Les échecs successifs de leurs tentatives de relation et leur accrochage désespéré à leurs sensations corporelles extrêmes leur interdit une différenciation complète de leurs niveaux d'organisation.

Il n'accède pas à la dépression, qui dans le domaine de l'intégration correspond à un lent processus de changement : quitter progressivement quelque chose de connu et de continu et passer à quelque chose d'inconnu et de discontinu.

L'incapacité « obligée » d'intégrer les expériences dépressives des premiers mois de la vie se transformeront pour certains en conduite psychique et en une incapacité à éprouver des réactions dépressives, ce qui reste « un trait fondamental de leur personnalité » (Kernberg, 1975).

Ne pouvant accéder à la position dépressive, en insécurité constante, l'enfant s'inscrit avec difficulté dans le processus humain de réparation, qui permet de créer sans cesse pour remplacer ce qui manque originellement.

S'il existe des éléments de ses expériences sensorielles qui pourront être échangées symboliquement par des représentations, des mots, l'échange symbolique entre un appui primaire maternel et un appui symbolique « paternel » qui le conduit vers l'autonomie piétine.

L'enfant persécuté par l'objet qui donne et retire aussitôt, reste figé, paralysé par cette oscillation rapide et déstabilisante. Fasciné par l'objet tel un oiseau devant un serpent, l'enfant du clivage ne bouge pas, n'intègre pas les variations toniques comme possibilité d'échanges.

Dans l'angoisse constante d'être abandonné, l'enfant qui ne peut accepter de ne pas avoir pour être, reste dans le principe du narcissisme primaire :

« tout avoir, tout de suite et pour toujours ».

« Pas d'échange ! » pourrait dire le bébé narcissique. Nous pouvons l'entendre comme « pas d'abandon ! ».

Le vecteur hypotonique physiologique est peu nourri par le vecteur hypotonique relationnel. Celui-ci agit comme un souffle furtif sur des braises qui s'enflamment un moment puis à nouveau rougeoient dans l'attente d'un autre souffle de vie. Le sujet narcissique se prépare ainsi à avoir sans cesse besoin d'un mouvement de vie qui viendra du dehors, d'une excitation externe.

« J'attends sans cesse que les gens me secouent et là je suis partante, mais je ne peux jamais rien décider moi-même », dit Corinne. Elle est dans une quête incessante de sensations pour avancer.

« Parfois, je me sens comme un vampire. Je prends ce qu'il y a de bon chez les gens quand je suis en relation avec eux et après ils ne m'intéressent plus », raconte Sylvain. Il « mange » les sensations que les autres lui fournissent, dit-il.

« Il n'y a qu'une chose qui me fasse vraiment vibrer », dit Martine, « c'est quand je fais l'amour. Là, j'ai vraiment du plaisir à vivre. Mais je ne peux rien garder de ces moments de plaisir. Rien ne reste à l'intérieur de moi. » Une quête inlassable de sensations est présente avec une impossibilité d'en faire quelque chose.

L'insuffisance de l'introjection est illustrée par ces fragments de discours. Entre le besoin de garder le peu de bon qu'ils ont

(hypophysiologique) et la peur de le perdre, l'enfant se renferme et garde son trésor au fond de lui.

Les thèmes d'effraction, de vol, de salissure, se retrouvent régulièrement dans les dessins d'enfants clivés.

Quand quelque chose n'est pas nommé, c'est parce qu'il n'y a pas eu de lieu pour le nommer. Le lieu du corps référent d'un passage entre une hypotonie constitutionnelle et une hypertonie constitutionnelle, c'est le rachis. Le rachis c'est le lieu du corps où la différence advient naturellement, posant dans l'expérience corporelle une connaissance innée de la différence, du passage du passif à l'actif, du dedans vers le dehors.

Quand la prévalence est l'hypertonie, le rachis est peu nourri physiologiquement et psychiquement. Les difficultés intégratives laissent le rachis dans des réactions corporelles douloureuses et dans une quête permanente de réalisation symbolique.

Ces deux exemples de la psychopathologie de l'étayage que je viens d'analyser sont des cas de figure extrêmes et, comme tout essai théorique, ne sont qu'une tentative de compréhension d'une réalité subjective.

Ils soulèvent deux problèmes de fond qui constituent les deux axes de la constitution de l'être humain : le problème de la différenciation d'avec l'autre et celui de la création de soi. Le croisement de ces deux axes qui repose sur les systèmes de communication précoces, fournit les coordonnées de l'identité de l'enfant et permet le processus de symbolisation. Identité, communication et symbolisation sont liées dans la formation du sujet.

AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS DE LA THÉORIE DE L'ÉTAYAGE PSYCHOMOTEUR

Les avantages

C'est à partir de la somatisation motrice que nous avons pu comprendre les interactions qui se jouaient entre des appareils de régulation corporels et des appareils de régulation psychique. Le corps a mal parce qu'il ne peut pas être affecté, représenté, parlé. Le sujet reste à la fois dans une sidération douloureuse qui le fige, et dans le désir d'obtenir satisfaction et de poursuivre son projet de vie. Les hiatus psychomoteurs signent donc le travail du positif et une opposition à la menace du processus de désobjectalisation, de déliaison et de désinvestissement, liée à une insuffisance d'introjection d'un bon objet sécurisant. Naître, créer, symboliser, c'est accepter que l'unité psychocorporelle ne soit qu'un projet et qu'il faille s'investir, oser et faire des choix pour le défendre.

À côté des hiatus psychomoteurs douloureux et validants comme les rachialgies, liés à l'installation précoce d'une paroi défensive, et réactivés secondairement, d'autres tensions s'installent plus silencieusement et leurs manifestations sont spatiotemporelles : les scoliose, les cyphoses et les lordoses, les genu-valgum (genoux qui se touchent) et varum (jambes arquées), les pieds plats.

Peut-être ces déséquilibres toniques font-ils partie du processus spécifique humain de passage du sensorimoteur au psychomoteur, à des abandons corporels toniques pour acquérir du symbolique ?

La compréhension de la nature des liens psychomoteurs et de la symbolisation du corps propre demandera encore de nombreux travaux de recherche. Cependant, la théorie de l'étayage, qui n'en est qu'à ses débuts, présente des avantages que nous ne pouvons négliger.

— la théorie de l'étayage devient une théorie de la psychomotricité basée sur la cohérence et la cohésion entre les niveaux corporel et psychique. Notre identité psychomotrice se trouve ainsi assurée et reconnue en tant que telle. Nous avons là une possibilité d'échapper au dualisme corps-psyché.

— l'apport du corps réel dans la théorie du développement psychique du petit humain permet d'élargir la conceptualisation du clivage, de la projection et de l'introjection au niveau de leurs fonctions et de les doter d'une assise corporelle. La théorie perd ainsi sa caractéristique de pur imaginaire, tout en gardant son statut d'outil de penser.

— la notion d'étayage considère les mécanismes de défense, refoulement, projection, identification projective, clivage, déni, idéalisation à partir d'une problématique du holding et d'une intégration primaire carencielle. La structure du Moi est directement mise en cause dans ses fondements : les mécanismes de défense, tels qu'ils sont utilisés par le Moi pour se défendre, sont primitivement ses éléments structurants. C'est parce qu'ils n'ont pas pu poursuivre leur développement qui aboutit à la dialectique des pôles opposés et à leur ambivalence, qu'ils continuent à fonctionner tels quels. Dans cette optique, les mécanismes de défense seront toujours à comprendre dans leur rapport avec les niveaux d'organisation du Moi. Exemple : ce n'est pas le Moi qui se défend par le clivage mais la bipolarité primitive qui stagne et qui empêche le Moi de se développer.

La dissolution des mécanismes de défense par émergence et traitement des conflits se comprendra alors comme la reprise du processus intégratif par mise en rapport et dialectique des pôles d'opposition.

— Au niveau de la pratique thérapeutique, la notion d'étayage permet de comprendre et de traiter les altérations psychomotrices en fonction des degrés d'intégration des différents paliers du sujet. Aucun des paliers intégratifs ne pourra être considéré uniquement à son seul niveau d'organisation, mais il faudra tenir compte des interactions permanentes entre les différents niveaux.

Le sujet se trouve ainsi considéré comme une globalité.

Par exemple, un problème cognitif de l'enfant comme la difficulté à associer des groupes de lettres ne pourra plus se lire sans faire appel à la qualité

de la relation émotionnelle avec l'environnement, et/ou avec l'intégration du schéma corporel et de la coordination motrice.

Un travail pluridisciplinaire pourra alors être envisagé entre des psychothérapeutes, des orthophonistes, des psychopédagogues, des sociologues.

Les inconvénients

L'inconvénient majeur me semble résider dans le fait que j'éclaire essentiellement une structure primaire et que le paysage précoce du psychisme de l'enfant va changer en fonction de toutes les expériences corporelles et psychiques qu'il aura à vivre. Comment se poursuit l'étayage psychomoteur quand l'enfant a acquis sa première forme d'unité motrice et psychique au sixième mois ?

Que restera-t-il de lisible des premières expériences psychomotrices dans le discours et le corps du sujet, quand il aura vingt, trente ou quarante ans ?

Quelle est la nature de l'étayage du niveau œdipien ?

La question est évidemment de savoir comment on peut utiliser le matériel fantasmatique qui émerge dans tous les cas cliniques.

Dans une dialectique dynamique, cet inconvénient devient un atout dans la mesure où il permet la continuité de cette recherche, l'ouverture des hypothèses sur les champs de la physiologie, de la neurologie, de la psychologie du développement et de la psychanalyse.

Conséquences pratiques d'une théorie de l'étayage

Le travail thérapeutique s'oriente selon les processus liés à l'intégration psychomotrice : la dialectique des couples d'opposition, l'analyse sensorielle, le continu du courant émotionnel et la communication.

Aussi, la position émotionnelle du thérapeute sera au premier plan. C'est elle qui fournira au sujet le continu de la communication émotionnelle. La neutralité bienveillante n'est donc pas de mise. La personne a une autre personne en face d'elle, empathique, qui a les capacités de se mettre au même niveau émotionnel qu'elle.

L'aide clinique que nous pouvons apporter aux personnes a une visée de différenciation sensorielle et de réaménagement dynamique des couples d'opposition à différents niveaux d'organisation.

Dans un travail psychocorporel, le hiatus psychomoteur peut être traité à partir des deux paliers extrêmes ; celui de la tonicité et celui du langage et de la représentation. Ne porter intérêt qu'au langage serait favoriser la dichotomie entre le corps et la psyché et fractionner le corps moteur.

À tout moment du temps thérapeutique, l'analyse sensorielle des situations affectives est un élément de base : il s'agit d'aider les personnes à éprouver les différences sensorielles de leurs états durs : inquiètes, en attente, frustrées, « énervées », angoissées, relaxées, silencieuses, immobiles. Le temps de sentir devient plus important que celui de comprendre.

Puis sur ces sensations lier des affects et des représentations : représentations de la détente externe, relationnelle, représentation de la détente interne physiologique, du sommeil, représentations de l'absence. L'expression des fantasmes concernant la paroi tonique et l'intérieur du corps reste un élément important du processus thérapeutique. Le rêve éveillé est d'un apport considérable.

Le travail d'analyse sensorielle n'est pas un travail directif mais un travail inductif. Il peut aider les personnes qui sont dans une grande inhibition et dans une grande attitude défensive. Dans ces cas l'abord des conflits est rarement possible et le travail émotionnel peut permettre de retrouver une forme de communication primitive basée sur les variations toniques et sensorielles.

Le travail d'analyse sensorielle permet l'expression des affects et des représentations et nous remarquons qu'il est toujours plus facile de parler de la « carapace » qui protège, du « mur » qui entoure, et des difficultés relationnelles que cela entraîne, que d'exprimer directement les affects douloureux de non-reconnaissance, de non-communication, d'abandon. Il est plus aisé de parler de la présence que de l'absence.

C'est en fonction de ce que la personne apporte dans ses séances que cette analyse se fera.

Le travail de mise en rapport et de dialectisation des couples d'opposition permet de relancer la dynamique intégrative. Quand les pôles opposés ont pu être analysés émotionnellement, l'ambivalence tonique, sensorielle, affective et représentative permet l'élargissement de la conscience de la personne. C'est l'opposition qui fait sens, pas ce qui est mis en opposition.

La réorganisation des couples d'opposition est un travail de différenciation : en désamalgamant des affects primaires ou des représentations : tendresse/sexualité — donner/perdre — aimer/ dévorer — protection/défense, la personne désintoxique certains liens relationnels.

ISABELLE

« Si je parle d'une voix douce, je suis désarmée comme une boule de mousse, et les gens peuvent rentrer en moi. Si je suis dure, je suis comme un bout de bois, on ne pénètre pas. »

Je lui propose de laisser parler les sensations de dureté, je fais appel au niveau de la représentation :

« T'es rien, t'as pas de formes, t'es pas un être vivant, t'es qu'une planche de bois. Les jambes c'est des bouts de bois qu'on peut casser sur un genou. C'est affreusement triste. C'est tellement triste et désespéré que je pourrais m'évanouir. Mes bras crispés, c'est pour me retenir à moi... Je ne peux pas me laisser aller, ce serait mortel... »

Après l'évocation du pôle dur, Isabelle ressent l'autre pôle.

« Là, je me ramollis, je tourne. J'ai l'impression d'avoir un corps en C. Je passe doucement d'un état de tristesse profonde et d'angoisse mortelle à un ramollissement qui me fait monter une bouffée de tendresse. »

Isabelle évoque la tendresse qu'elle a pour son fils.

« Je me suis sentie toute petite quand j'ai senti ce soulagement. Mais aussitôt, ça se redurcit ! J'avais envie d'appeler ma mère mais elle ne voulait pas... »

Je reprends : « Elle ne voulait pas... ? » « Elle dit qu'elle n'est pas faite pour les câlins. Elle est sur terre pour être une présence pour tous les gens qui souffrent ou pour rien. »

Isabelle, les yeux fermés, entame un dialogue imaginaire avec sa mère :

« Et ma souffrance à moi, tu ne la vois pas ? Le mal que j'ai en moi, tu ne le vois pas ?

— le mal que tu as en toi, ma petite fille, c'est le même que le mien. On est pareilles toutes les deux ! » répond sa mère.

Isabelle est prise dans les rets de sa mère. Entre le dur qui peut casser et le mou qu'on peut pénétrer, Isabelle se débat dans son identité de sujet. Elle n'est jamais en sécurité. Le travail intégratif visera notamment la différenciation de sa souffrance et de celle de sa mère pour reconquérir ses propres affects et la réappropriation d'une enveloppe tonique protectrice et souple qui empêche l'intrusion et laisse passer les bons éléments.

Dans le travail d'intégration, il est important de repérer les besoins psychiques et physiques des personnes. Il sera souvent nécessaire de les nommer dans un premier temps, comme aurait dû le faire la mère quand la personne était un petit enfant. Le thérapeute fait passer la personne du niveau sensoriel au niveau de l'affect en analysant son contre-transfert et en lui disant. La personne blindée, tendue dans son armure ne « sent » rien. Il s'agit de transformer la frustration en besoin par la reconnaissance de celui-ci.

« Je ne suis pas du tout câline, dit Françoise. Ça ne me gêne pas. Ma mère ne nous a jamais embrassés, en tout cas j'en ai aucun souvenir. Moi je ne peux plus l'embrasser, quelque chose m'arrête, c'est presque du dégoût. On ne peut pas me toucher, j'ai horreur de ça. »

La problématique du toucher est au cœur de la théorie de l'étayage et le don émotionnel que peut faire le thérapeute, prendre les mains, tenir dans ses bras, permet à la personne de sentir que cette rencontre est bien celle dont elle avait besoin. L'émotion toujours présente dans les moments de reconnaissance d'un besoin primaire relance la dynamique intégrative.

Nous avons vu que dans le cas de Jay (chapitre 5) l'apport pédagogique pouvait être utile et nécessaire. La précision que je lui apporte sur la fonction physiologique réelle de son diaphragme fait émerger une émotion et participe à une réaffiliation de Jay dans son corps propre.

Apprendre à une personne la disposition spatiale d'un organe et sa fonction, redonner des sensations « justes » d'un mouvement, redonner des images justes à d'autres niveaux d'organisation, alors qu'elle n'en a qu'une connaissance fantasmagorique déroutante, c'est introduire du réel qui peut être le support d'une dialectique entre dedans et dehors, entre imaginaire et réalité.

Cet apport pédagogique sert à relier le cognitif à l'affectif et à créer une aire de plaisir à sentir son corps fonctionner dans son sens physiologique.

Faire entrer le cognitif dans le domaine de la psychothérapie, c'est admettre les liens et les interactions entre le corps réel, le corps imaginaire et le corps symbolique.

Quand il y a arrêt de la pensée, il est souvent nécessaire d'aider la personne à reprendre appui sur le corps tonique et sensoriel et de l'encourager à sentir quel est le point du corps le plus présent dans l'ici et le maintenant. Dans un va-et-vient continu, tout le champ sensoriel peut être parcouru et la mise en images ainsi que la métaphorisation participent à la cohésion et à la cohérence psychomotrice.

Le thérapeute n'est pas seulement dans la réparation. Il a pour mission d'aider à la reprise du processus intégratif qui provoque les conflits et la structuration du sujet. La respiration psychique projection-introjection repose sur son engagement émotionnel.

User de la reformulation aide à la différenciation et à l'étayage des différents paliers :

JACQUES dit : « Je voudrais partir dans un pays d'Afrique loin et recommencer quelque chose, mais j'ai peur des insectes et j'ai peur de ne pas être accueilli. Par contre, il y a la mer, le soleil, l'ambiance, l'argent, la facilité de vivre, le travail intéressant... Je n'arrive pas à choisir. »

Que nous dit Jacques ? Il présente un couple d'opposés relationnels : la relation avec les êtres vivants (insectes, personnes) qui se présente comme une épreuve, alors que la relation avec les choses (soleil, mer) ne pose pas de difficultés.

En reformulant cette compréhension que j'ai de son conflit entre animé et inanimé, j'agis comme le troisième terme différent et je permets à Jacques de poursuivre son processus d'intégration.

L'approche classique interprétative est différente du point de vue de la stratégie de la lecture intégrative du discours de la personne. En s'intéressant à l'état interne de la personne, à ses potentialités de communication, on prend en compte tous les niveaux d'organisation du sujet, du corps réel au corps fantasmé et corps symbolique.

Dans la thérapie émotionnelle, c'est la communication qui est visée. La finalité dernière de l'appareil psychique, au-delà de la recherche du plaisir et de la réalisation du fantasme, devient la recherche du lien à autrui dans

une relation extérieure. C'est l'extériorisation d'un lien interne avec l'objet, c'est la socialisation d'un lien interne.

La thérapie de l'intégration par différenciation des sensations et affects et par création d'une unité subjective aboutit à la mise en valeur des potentialités de la personne. Les buts sont le développement du Moi, la création de rapports nouveaux, l'élargissement de la conscience.

Il ne faut pas voir le travail de l'intégration uniquement comme un travail de régression à des modes de communication archaïques. Mais c'est un travail d'élaboration de la situation présente et de reprise de la dynamique intrapolaire et interpolaire. L'intégration psychomotrice reste un rapport du sujet à la souffrance et au plaisir et permet de comprendre comment le corps est impliqué dans la production de la pensée.

CONCLUSIONS

En interrogeant le corps propre à travers ses hiatus psychomoteurs, nous avons pu éclairer le processus d'intégration à l'œuvre dans l'installation des liens entre le champ moteur et le champ psychique.

La précocité de ce processus permet de reconsidérer la prématurité du bébé comme une nécessité vitale et phylogénétique : c'est parce que nous sommes des êtres psychomoteurs que la psyché a besoin du modèle corporel tridimensionnel pour se structurer et de temps pour l'intégrer. C'est le jeu tonique primaire qui permet cette intégration et qui régit la vie sensorielle, affective et représentative du bébé, le préparant ainsi au dernier palier intégratif qui est le langage.

L'apport novateur des travaux de Suzanne Piret nous a permis de comprendre l'organisation motrice de l'être humain comme un assemblage coordonné, dynamique et économique de petites unités motrices d'enroulement qui permet à l'être humain de se redresser dans l'espace grâce à un ensemble de jeux d'oppositions.

Le corps est en lui-même un vaste champ de systèmes d'intégration qui se coordonnent entre eux, se superposent, se croisent et donnent la forme au corps dans l'espace.

Les homologues séduisantes que nous avons pu relever entre la structure du schème de base et la structure de l'unité relationnelle, entre les phénomènes moteurs de rassemblement et les phénomènes psychiques hypothétiques du narcissisme primaire nous ont permis de reconsidérer la notion d'étayage comme un processus qui donne un appui physiologique, une incarnation à certains concepts et à certaines intuitions, le plus souvent issus du champ psychanalytique.

Le psychisme incarné du bébé le prépare à devenir un être de langage. La question est alors, quel langage ? Le sien ou celui de sa mère ?

L'étude de la paroi tonique nous aide à répondre à cette question en nous montrant les efforts constants du sujet pour défendre « sa peau ». Les fantasmes qui identifient les tensions corporelles de la personne sont une

façon de communiquer à autrui un état de souffrance d'avant le langage. C'est continuer à parler de soi, c'est rester un sujet vivant.

Le processus d'intégration est un processus qui perdure tant que le corps est vivant et tonique. Le corps tonique possède en lui-même ses propres capacités de reprise intégrative et de réparation.

L'aide que le thérapeute peut apporter aux personnes reposera sur la reprise de la communication émotionnelle qui met en jeu les niveaux intégrés des deux partenaires interactifs. Nous pouvons voir l'effet thérapeutique comme la capacité du thérapeute à provoquer la vocation (vocare = appeler) du sujet à entrer en communication avec nous. C'est sa réponse qui nous identifie comme thérapeute.

La théorie de l'étayage met au premier plan, à travers le couple holding/handling, les problématiques du toucher et de l'attachement.

Le holding, par le jeu sensoriel qu'il entraîne, est le support relationnel primaire de l'intégration psychomotrice. Il ne peut plus se définir comme une simple satisfaction de besoins primaires car son effet communicationnel le met au premier rang de l'acquisition du langage.

La notion d'ajustement tonico-affectif nous permet de comprendre comment les niveaux intégrés de la mère jouent leur rôle en faveur ou en défaveur de l'acceptation du manque par l'enfant.

L'étude de la tonicité et de ses représentations (la paroi tonique) nous ont permis de comprendre que les souffrances précoces de la tétanisation du corps entraînent un attachement toxique de l'enfant à sa mère par impossibilité de désamalgamer les positions toniques et affectives premières de l'un et de l'autre. L'augmentation actuelle des troubles narcissiques de la personnalité pourrait trouver ses racines dans les difficultés intégratives qu'aura à vivre le nourrisson dans le premier semestre de sa vie.

Le non-détachement par stase de l'attachement tonico-affectif nous a permis de poser l'hypothèse d'un « père » primitif, issu de l'intermédiaire, du différent, du surprenant, générateur de l'érection corporelle et psychique.

L'accès à l'ordre psychique puis à l'ordre social sera dépendant des possibilités de l'enfant de gérer le couple hypertonicité étayant les projections/hypotonicité étayant l'introjection.

Le passage des identifications maternelles (mèrerachidienne) aux identifications secondaires paternelles (père-rachis) ouvre le champ de recherche de la symbolisation du corps, comme effet de l'intégration psychomotrice. L'étude plus approfondie de la psychopathologie de

l'étayage sera d'un apport fécond pour la clinique des états limites et des troubles narcissiques actuels.

Ce travail a une visée préventive et pédagogique. D'un point de vue préventif, nous nous intéresserons aux bébés hospitalisés : ces bébés subissent souvent une surstimulation visuelle, car les salles de soins sont toujours éclairées, et une surstimulation auditive, car le travail des soignants ne peut se faire sans bruit. Le vecteur sensoriel proprioceptif est le plus souvent mis à l'écart.

Une gymnastique douce de coordination aiderait ces enfants alités des heures, voire des jours entiers dans des positions inhérentes aux soins qu'ils reçoivent, à lutter contre le processus de régression qu'entraînent l'alitement prolongé et l'absence parentale.

La possibilité de les activer dans leur processus de rassemblement et d'axage corporel permettrait d'éviter le désinvestissement quasi obligatoire des fonctions motrices intégratives par l'absence de stimulations sensorielles normales et les aiderait à poursuivre leur évolution psychique et motrice.

D'un point de vue pédagogique, nous pensons qu'une action d'informations peut être entreprise au niveau des maternités et des écoles de soignants d'enfants. Beaucoup de jeunes mamans sont en quête de conseils et d'aide pour comprendre et élever leurs enfants. Une compréhension simple et rationnelle du comportement moteur de l'enfant qui vient de naître me semble judicieuse, à une époque où l'éclatement des familles, l'absence journalière des deux parents ainsi que le courant social qui prône la singularité font perdre rapidement aux parents les connaissances qu'ils ont pu hériter et intégrer des générations précédentes.

L'homme présente la particularité de pouvoir lier dans un même tissu vivant, le temps et l'espace, le présent et le futur, l'amour et la haine, lui et autrui. Ces capacités émergent d'un processus d'intégration qui tisse dans le même temps, la différenciation des éléments et leur réorganisation.

La théorie de l'étayage est optimiste. Les processus d'intégration qui lient toute notre vie notre champ moteur et notre champ psychique ouvrent la connaissance et la clinique de l'homme à une pluri-disciplinarité, évitant ainsi la sclérose du champ psychologique et sa réduction à l'état de « peau de chagrin ».

GLOSSAIRE

Analyse sensorielle

Processus qui permet au bébé d'analyser et d'intégrer les données du monde extérieur et celles de son corps propre, à partir des items moteurs physiologiques et du rythme relationnel primaire.

Enveloppe tonique

Première enveloppe psychocorporelle du bébé issue de l'activité motrice, tonique et émotionnelle du bébé, sur laquelle vont s'étayer les enveloppes psychiques.

Étayage

Processus de base du développement psychique du bébé — il s'appuie sur les systèmes d'intégrations de données opposées à différents niveaux d'organisation.

Géométrie corporelle

Les axes des os, les sphères des articulations et les ouvertures des sphincters qui sont les premières formes corporelles projetables dans l'espace.

Hiatus psychomoteur

Somatisation motrice qui met en jeu les vicissitudes du processus d'intégration psychomoteur.

Holding psychomoteur

L'ensemble des rencontres vibratoires sensorielles que l'enfant expérimente dans la relation et qui nourrit le processus d'intégration. Il vise le maintien et le respect des appareils psychiques et physiques du bébé.

Hypertonie

Chez le bébé, constitutionnelle au niveau de la périphérie du corps — tonie plus forte des fléchisseurs sur les extenseurs.

Hypotonie

Chez le bébé, constitutionnelle au niveau de l'axe rachidien.

Imaginaire corporel

Ce sont les représentations que le bébé se forge de son corps propre à partir de ses items moteurs et de ses expériences émotionnelles.

Intégration motrice

Mise en rapport et dialectisation de deux parties du corps opposées par un jeu d'antagonismes de mouvements.

Intégration psychomotrice

Mise en rapport et dialectisation de deux éléments opposés à tous les niveaux d'organisation du sujet : tonique, sensoriel, affectif, représentatif, langagier.

Items moteurs

La géométrie corporelle, la dualité tonique et la tridimensionnalité des schèmes de base — tous ces éléments sont les référents que le bébé utilise pour appréhender le monde extérieur.

Mère-rachidienne

Les représentations tonique, sensorielle et affective primaires du rachis qui s'étayent sur les sensations molles et douces du rachis. Sa fonction psychomotrice est de donner la sécurité de base au corps et à la psyché.

Motricité libérée

Disponibilité sensorimotrice et relationnelle qu'acquiert un bébé par l'action simultanée de stimulations sensorielles et par la suppression temporaire de l'impotence de la nuque.

Muscles conducteurs

Muscles et chaîne musculaire qui conduisent tous les mouvements du corps et qui donnent à celui-ci sa forme dans l'espace.

Narcissisme primaire

Période de la vie de l'enfant qui se situe de 0 à 6 mois environ, qui correspond à une période intégrative intense — l'enfant identifie l'autre à partir des états de tension et de détente qu'il ressent.

Narcissisme secondaire

Période qui suit le narcissisme primaire : l'enfant passe par autrui reconnu pour acquérir la détente et la tension.

Organisation motrice

— De l'adulte : les schèmes de base sont des schèmes d'enroulement organisés et coordonnés entre eux et qui permettent au corps de se déplacer dans les trois dimensions de l'espace.

— Du bébé : à la naissance, le bébé a une motricité préorganisée et les schèmes de base agissent chacun pour leur propre compte; grâce à la maturation neuromotrice et à la relation, les schèmes se coordonnent et tendent à assurer l'unité corporelle adulte.

Organisation tonique

À la naissance, la tonicité du nourrisson est bipolaire : hypertonicité des membres, hypotonie du rachis — ces deux formes toniques fondent le processus d'intégration avec les tensions relationnelles ; elles atteignent une certaine forme d'équilibration et d'ambivalence vers la fin du premier semestre.

Paroi tonique

Enveloppe tonique en surtension qui transforme les fonctions toniques communicationnelles en fonctions d'isolement. Elle s'accompagne de sensations dures, d'affects désagréables et de représentations de mauvais objet et de mauvais sujet.

Père-rachis

Représentations toniques, sensorielles et affectives du rachis qui s'étaient sur les variations toniques de plus en plus dures du rachis. La fonction psychomotrice du père-rachis est le soutien du corps et de la psyché.

« Père »

Dans la théorie de l'intégration, c'est le support psychomoteur né de la dialectique des extrêmes qui prépare l'enfant d'abord à l'intermédiaire, au différent, au surprenant, au tiers puis à la loi.

Pulsion propriotactile

Pulsion vitale de communication prélangagière, qui, sur un mode vibratoire d'informations, conditionne toutes les autres pulsions, dans la mesure où la proprioceptivité est le vecteur de base de tous les autres systèmes sensoriels. Pour s'exprimer et prendre son sens communicationnel, elle exige non seulement le contact de peau à peau, de tonicité à tonicité, mais également la parole de la mère.

Schéma corporel

C'est la connaissance affectée et spatiale que chacun a de son organisation motrice spatiotemporelle.

Schème de base

La plus petite unité motrice structurante du corps — c'est un schème d'enroulement.

Tonicité

Ensemble corporel vibratoire physiologique dépendant de la relation à autrui et qui sert de terrain intégrateur aux stimulations. Elle possède trois racines : le tonus physiologique, le tonus émotionnel, la tension de structure.

BIBLIOGRAPHIE

- AINSWORTH M.D.S., 1972. « L'attachement de l'enfant à sa mère », in *La recherche en éthologie*, Paris, Seuil, 1979.
- , 1983. « L'attachement mère-enfant », *Enfance*.
- AJURIAGUERRA J. DE, 1960. « Tonus corporel et relation avec autrui. L'expérience tonique au cours de la relaxation », *Revue de médecine psychosomatique*, t. ii, n° 2.
- , 1962. « Le corps comme relation », *Revue suisse de Psychologie pure*.
- , 1971. « L'enfant et son corps », *Informations psychiatriques*, vol. 47, n° 5, p. 391-402.
- , 1975-1976. *Études des bases neurologiques, morphologiques et fonctionnelles des fonctionnements psychiques ; apport de l'environnement*. Résumé des cours de 1975-1976.
- , 1976-1977. « Premières organisations des fonctionnements neuropsychologiques », *Bulletin de Psychologie*, t. xliii, n° 391.
- AJURIAGUERRA J. DE, BONVALET-SOUBIRAN G. 1960. « Indications et techniques de rééducation psychomotrice en psychiatrie infantile », in *La psychiatrie de l'enfant*, t. II, p. 423, 494.
- APPLETON C., CLIFTON R., GOLDBERG S., 1975. « The Development of Behavioral Competence in Infancy », in Horowitz F.D., *Review of Child Development Research*, vol. 4, Chicago University Press, 1975.
- AMIEL-TISON C., GRENIER A., 1985. *La surveillance neurologique du nourrisson au cours de la première année de la vie*, Paris, Masson.
- ANDRÉ-THOMAS, SAINT-ANNE-DARGASSIES S., 1952. *Études neurologiques sur le nouveau-né et le jeune nourrisson*, Paris, Masson & Perrin.
- ANZIEU D., 1985. « Pour une psycholinguistique psychanalytique », in *Psychanalyse et langage*, Paris, Dunod.
- , 1985. *Le Moi-peau*, Paris, Dunod. Aulagnier P., 1975. *La violence de l'interprétation*, Paris, PUF, coll. « Le fil rouge ».
- AUZIAS M., AJURIAGUERRA J. DE, 1980.
« Évolution des points d'appui du corps en supination de quinze jours à sept mois », *Neuropsychiatrie de l'enfant*, n° 30, 4-5, p. 135-151.

- AUZIAS M., CASATI L., AJURIAGUERRA J. DE, 1986. « Alternances posturocinétiques chez le nourrisson de quatre jours à sept mois », *Neuropsychiatrie de l'enfant*, n° 34, 8-9, p. 347-369.
- BATAILLE G., 1957. *L'érotisme*, Paris, Éditions de Minuit, coll. « Arguments ».
- BERGERON M., 1947. *Les manifestations motrices spontanées chez l'enfant*, Étude psychobiologique. Conception d'ensemble sur la motricité de l'enfant en fonction de la maturation nerveuse, de la naissance à trois ans, Paris, Hermann.
- BERGES J., 1960. « Acquisition du schéma corporel chez l'enfant et rapports entre l'acquisition du schéma corporel, les praxies et les gnosies chez l'enfant », *La médecine infantile*, n° 6, p. 19-25.
- BERNSTEIN N., 1967. *The Co-ordination and Regulation of Movements*, New York, Pergamon Press.
- BICK E., 1968. « Further Considerations on the Functions of the Skin in Early Object Relations », in *British Journal of Psychotherapy*, n° 2, Londres, Artesian Books.
- BION W. R., 1952. « Le langage et le schizophrène », in *Psychanalyse et langage, du corps à la parole. Inconscient et culture*, Paris, Dunod, 1977.
- , 1962 a. *Aux sources de l'expérience*, Paris, PUF, 1979.
- , 1962 b. « Une théorie de l'activité de la pensée », in *Réflexion faite*, 1967, Paris, PUF, 1983.
- BLOCH S., 1972. « Training of Emotional "effection" in Humany : Significance of its Feedback on Subjectivity », in S. Bloch et R. Aneiros (eds), *Simfoso Latino-americano de Psicobiologia del Aprendizaje*, Chile, 1986. Bobath B., Bobath K., 1986. *Développement de la motricité des enfants*, IMC, Paris, Masson.
- BOIS D., 1986. *Fasciathérapie-Pulsologie*, Paris, SPEK.
- BONNET C., 1984. *Psychophysique de la perception visuelle du mouvement*, Thèse de doctorat d'État, juin 1984, t. 1, Paris VI.
- BOWER T.G.R., 1967. *The Development of Object Permanence Perception and Psychophysics*, 2.
- , 1974. *Development in Infancy*, San Francisco, Freeman and C°.
- BOWLBY J., 1958. « The Nature of the Child's Tie to his Mother », *International Journal of Psychoanalysis*, n° 39, p. 350-373.
- , 1969. *Attachment and Loss*, vol. 1, New York, Basic Books.

- BRAZELTON T.B., 1983 a. « Le bébé, partenaire dans l'interaction », in *La dynamique du nourrisson* (coll.), Paris, ESF.
- , 1983 b. « Échelle d'évaluation du comportement néonatal », *Neuropsychiatrie de l'enfant*, n° 31, 2-3, p. 61-96.
- , 1985. *Le bébé est une personne*, B. Martino, Paris, Balland.
- BRUNER J.S., 1983. *Le développement de l'enfant. Savoir faire, savoir dire*, Trad. par M. Deleau, Paris, PUF.
- BRUYER R., 1988. « La reconnaissance des visages », in *La recherche*, n° 200, p. 774-783. Bullinger A., 1977. « Orientation de la tête du nouveau-né en présence d'un stimulus visuel », *Année psychologique*, n° 77, p. 367-374.
- BUTTERWORTH G., HICKS L., 1977. « Visual Proprioception and Postural Stability in Infancy : a Developmental Study », in *Perception*, n° 6, p. 255-262.
- CAMPAN R., 1985. « Le développement du comportement », in *Dossiers de l'éducation*, n° 8.
- CELERIER M.C., 1991. *Corps et fantasmes*, Paris, Dunod.
- CICCONE A., LHOPITAL M., 1991. *Naissance à la vie psychique*, Paris, Dunod.
- COSNIER J., 1984. « Observation directe des interactions précoces ou les bases de l'épigenèse interactionnelle », in *Psychiatrie de l'enfant*, xxvii, 1.
- , 1986. « Ethology : a Transdisciplinary Discipline », in J. Le Camus et J. Cosnier (éd.), *Ethology and Psychology*, Toulouse, Privat.
- , 1988. « La psychologie face à la nouvelle communication », in *Actualités psychiatriques*, n° 4, avril 1988.
- CRAMER B., 1982. « La psychiatrie du bébé », in *La dynamique du nourrisson*, Paris, ESF. Cyrulnik B., 1989. *Sous le signe du lien*, Paris, Hachette.
- DAVIS F.C., 1981. « Ontogeny of Circadian Rhythms, in J. Aschoff (ed), *Handbook of Behavioral Neurobiology*, vol. 4, New York, Plenum Press.
- DELEAU M., 1985. « De l'interaction à la communication non verbale », in G. Noizet et al. (eds), *La communication*, Paris, PUF, p. 243-270.
- , 1988. « Interaction, imitation et communication non verbale du nourrisson », *Psychologie française*, n° 33, 1-2, p. 43.
- DOLTO B., 1976. *Le corps entre les mains*, Paris, Hermann.
- DOR J., 1992. « La haine et l'amour du père », in

Journal des psychologues, avril 1992, n° 26.

EMDE R., 1980. « Génétique des émotions. Développement terminé et interminable » in *Émotions et affects chez le bébé et ses partenaires*, 1992, Paris, Eshel.

ESPERET E., 1988. Adaptation du langage de l'entourage et développement linguistique de l'enfant ; la recherche des styles maternels interactifs, *Bulletin de Psychologie*, t. xlii, n° 388, nov.-déc. 1988.

FAGEN J.W. et coll., 1988. « Crying and Infant Forgetting », *Infant Behavior and Development*, n° 11.

FAGIOLI L., SALZARULO P., 1982. « Organisation temporelle des cycles de sommeil dans les 24 heures chez le nourrisson », in *Revue d'EEG et de neurophysiologie*, n° 12, p. 344-348.

FERENCZI S.

—, 1908. « Transfert et introjection », in *Œuvres complètes, t. 1, Sciences de l'homme*, Payot, 1968.

—, 1908-1912. « Le concept d'introjection », in *Œuvres complètes. Psychanalyse, t. 1, Sciences de l'homme*, Payot, 1968.

FIELD T., WOODSON R., GREENBERG R., COHEN D., 1982. « Discrimination and Imitation of Facial Expressions by Neonates », in *Science*, n° 218, p. 179-181.

FIVAZ-DEPEURSINGE E., 1987. *Alliances et mésalliances dans le dialogue adulte et bébé. La communication précoce dans la famille*, Paris, Delachaux et Niestlé.

FLAMENT F., 1988. « D'où procèdent les imitations perceptivomotrices du bébé ? », in *Psychologie Française*, n° 33, 1-2, juin 1988, p. 19-27.

FRAISSE P., PIAGET J., 1963. « Sensation et motricité », in *Traité de psychologie*, t. II, Paris, PUF.

FREUD S., 1914. « Pour introduire le narcissisme », in *La vie sexuelle*, Paris, PUF, 1969.

—, 1920. « Au-delà du principe de plaisir », in *Essais de Psychanalyse*, Paris, Payot, 1981.

—, 1923. « Le Moi et le Ça », in *Essais de Psychanalyse*, Paris, Payot, 1981.

—, 1926. *Inhibition, symptôme et angoisse*, Paris, PUF, 1981, 7^e édit.

GESELL A., ILLG F.-L., 1949. *Le jeune enfant dans la civilisation moderne*, Paris, PUF, éd. 1978.

—, 1953. *L'embryologie du comportement*, Paris, PUF, éd. 1953.

- GOFFMAN E., 1987. *Façons de parler*, Paris, Éditions de Minuit.
- GOLSTEIN K., 1951. *La structure de l'organisme*, Paris, Gallimard, éd. 1951.
- GREEN A., 1983. *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*, Paris, Éditions de Minuit.
- GROTSTEIN S., 1980. « Primitive Mental States », *Contemporary Psychoanalysis*, n° 16, p. 479-546, 1981.
- , 1981. *Splitting and Projective Identification*, New York, Jason Aronson.
- GUTTON P., 1983. *Le bébé du psychanalyste*, Paris, Païdos, Le Centurion.
- HAAG G., 1985. « La mère et le bébé dans les deux moitiés du corps », *Neuropsychiatrie de l'enfance*, n° 33.
- , 1987. « Réflexions théoriques et techniques à partir de l'expérience clinique avec des enfants autistes et psychotiques », in L. Vanek (sous la direction de), *L'enfant psychotique et son évolution*, Lyon, Césura Lyon Édition.
- , 1988. « Réflexions sur quelques fonctions psychotoniques et psychomotrices dans la première année de la vie », in *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 36^e année, n° 1, Paris, Expansion Scientifique Française.
- , 1990. Approche psychanalytique de l'autisme et des psychoses de l'enfant, in *Autisme et psychoses de l'enfant*, Paris, PUF.
- HALVERSON H.M., 1931. « An experimental study of prehension in infants », in *Genetic Psychology Monographs*, vol. X, n° 2-3.
- HARLOW H.F., 1958. « The Nature of Love », *American Psychologist*, n° 13.
- , 1971. *Learning to Love*, San Francisco, Albion.
- HECAEN H., JEANNEROD M., 1978. *Du contrôle moteur à l'organisation du geste*, Paris, Masson.
- HERBINET E., BUSNEL M.C., 1981. *L'aube des sens*, coll. Paris, Stock.
- HOFSTEN VON C., 1982. « Eye-hand Coordination in the Newborn », *Developmental Psychology*, n° 18, p. 450-476.
- INHELDER B., 1960. *Le développement des activités intellectuelles de l'enfant au niveau de la crèche*, Séminaire sur les crèches, Centre international de l'enfance.
- JOUEN F., 1982. « Le rôle des informations visuelles dans l'élaboration du comportement antigravitaire chez le nourrisson », in *Cahiers de Psychologie cognitive*, n° 4, 2, p. 341-356.
- , 1986. « Les réactions au mouvement visuel chez le nourrisson », in *La première année de la vie*, Paris, PUF, p. 129-136.

- KERNBERG O., 1975. *Les troubles limites de la personnalité*, Toulouse, Privat, 1979.
- , 1975. *La personnalité narcissique*, Toulouse, Privat, 1980.
- KLEIN M., 1932. *La psychanalyse des enfants*, tr. fr. 1959, Paris, PUF.
- , 1934. « Contribution à l'étude de la psychogenèse des états maniaco-dépressifs », in *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1972.
- , 1952. *Développements de la psychanalyse*, Paris, PUF, 1966.
- , 1957. *Envie et gratitude*, Paris, Gallimard, 1968.
- KOHUT H., 1971. *Le soi*, Paris, coll. « Le fil rouge », PUF, 1974.
- KOUPERNIK C., DAILLY R., 1968. *Développement neuropsychique du nourrisson*, Paris, PUF, 4^e éd., 1980.
- KREISLER L., 1987. *Le nouvel enfant du désordre psychosomatique*, Toulouse, Privat.
- LACAN J., 1949. « Le stade du miroir », in *Écrits*, Paris, Le Seuil, 1966.
- LAPLANCHE J., PONTALIS J.B., 1968. *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, PUF.
- LAPIERRE A., AUCOUTURIER B., 1982. *Le manque au corps*, Paris, Doin.
- , 1990. *L'unité psychosomatique en psychomotricité avec une visée psychosomatique*.
- LAWSON K., RUFF H., 1988. « Negative Emotionality and Attention », *Infant Behavior and Development*, n° 11.
- LE BOULCH J., 1982. *Vers une science du mouvement humain*, Paris, ESF.
- , 1981. Les différents aspects du contrôle tonique au cours du développement psychomoteur, in *Pratiques corporelles*, n° 66.
- LEBOVICI S., 1983. *Le nourrisson, la mère et le psychanalyste*, Paris, Le Centurion.
- LEBOVICI S., SOULÉ M., 1970. *La connaissance de l'enfant par la psychanalyse*, coll. « Le fil rouge », PUF.
- LE CAMUS J., 1984. *Pratiques psychomotrices*, Pierre Mardaga, Bruxelles.
- , 1988 a. *Les origines de la motricité chez l'enfant*, Paris, PUF.
- , 1988 b. *Les relations et les interactions du jeune enfant*, Paris, PUF.
- LEZINE I., STAMBAK M., 1959. « Quelques problèmes d'adaptation du jeune enfant en fonction de son type moteur et du régime éducatif », *Enfance*, 1959, n° 12, p. 95-115.
- LOURIE R.S., 1948-1949. « The Role of Rhythmic Patterns in Childhood », *American Journal of Psychiatry*, n° 105, p. 653-660.

- LUQUET P., 1962. « Les identifications précoces dans la structuration et la restructuration du Moi », *Rev. franç. Psychanal.*, 26, n° spécial.
- MAC DOUGALL J., 1982. *Corps et métaphore. Théâtre du je*, Paris, Gallimard.
- MAC GRAW M.B., 1943. *The Neuromuscular Maturation on the Human Infant*, New York, Columbia University.
- , 1960. « The Neuropsychology of Lashley », in *Selected papers of K.S. Lashley*.
- MARCELLI D., 1983. « La position autistique. Hypothèses psychopathologiques et ontogénétiques », in *La psychiatrie de l'enfant*, vol. xxiv, n° 1, Paris, PUF.
- MARTY P., 1980. *L'ordre psychosomatique*, Paris, Payot.
- MEHLER J., LAMBERT G., JUSCZYK P., AMIEL-TISON C., 1987. *Discrimination de la langue maternelle par le nouveau-né*, Compte rendu de l'Académie des Sciences de Paris, 303, III, 15.
- MELTZER D. et al., 1967. *Le processus psychanalytique*, Paris, Payot, 1971.
- , 1975. *Explorations in Autism*, Perth, Clinic Press.
- MELTZER D., BREMNER J., HOXTER S., WEDDELL D., WITTENBERG I., 1975. *Explorations dans le monde de l'autisme*, tr. fr., Paris, Payot, 1984.
- MEZIÈRES F., 1970. « Le réflexe antalgique a priori », in *Cahiers de la Méthode naturelle*, n° 44.
- , 1972. « Importance de la statique cervicale », in *Cahiers de la Méthode naturelle*, n° 51.
- NAVELET Y., BENOIT O., BOUARD G., 1982. « Nocturnal Sleep Organization during the first Months of the Life », *Electroenc. Clin. Neurophysiol.*, n° 54, p. 71-78.
- NEWSON J., 1979. « Intentional Behaviour in the young Infant », in J. Dunn, D. Schaffer (eds), *The first Year of Life*, New York, Wiley.
- PAGÈS M., 1977. *Le travail amoureux*, Paris, Dunod.
- , 1986. *Trace ou sens. Le système émotionnel*, Paris, H. & G. édit.
- , 1987 a. « Le système émotionnel, la transformation psychique », in *Bulletin de psychologie*, t. xl, n° 382, sept.-oct. 1987.
- , 1987 b. *Le présymbolique, vers une logique gradualiste de la transformation psychique*, Laboratoire de Psychologie Clinique de Paris VII, Ronéoté.
- PAILLARD J., 1976. « Tonus, posture et mouvement », in *Traité de physiologie*, Ch. Kaiser (éd), t. III, ch. 6, Paris, Flammarion.

- PEIPER A., 1962. « Réflexes de posture et de mouvements chez le nourrisson », in *Revue neuropsychiatrique infantile*, n° 11, p. 12.
- PELSSER R., 1989. « Qu'appelle-t-on symboliser. Une mise au point », in *Bulletin de Psychologie*, t. xlii, n° 392, p. 714-726.
- PIAGET J., 1935. (N.I.) *La naissance de l'intelligence chez l'enfant*, Neuchâtel et Paris, Delachaux & Niestlé (7^e éd.), 1970.
- , 1937. (C.R.) *La construction du réel chez l'enfant*, Neuchâtel et Paris, Delachaux & Niestlé.
- , 1937. (P.) « Les praxies chez l'enfant », in *Revue neurologique*, juin 1960, Paris, Masson, 1960, t. 102, n° 6, p. 551-565.
- , 1945. *La formation du symbole chez l'enfant*, Neuchâtel et Paris, Delachaux & Niestlé.
- , 1947. *Psychologie de l'intelligence*, Paris, coll. A. Colin.
- , 1948. *La représentation de l'espace chez l'enfant*, Paris, PUF.
- , 1954. « Les relations entre l'affectivité et l'intelligence dans le développement mental de l'enfant », in *Bulletin de psychologie du groupe d'études de psychologie de l'Université de Paris*.
- PIAGET, J. INHELDER B., 1948. *La représentation de l'espace chez l'enfant*, Paris, PUF.
1969. *L'image mentale chez l'enfant*, Paris, PUF.
- PINOL-DOURIEZ M., 1992. *Constructions d'affects et genèse des représentations mentales*, coll.
- « Émotions et affects chez le bébé et ses partenaires », Eshel.
- PONTHAS V., JACQUET A.Y., 1989. *Du nouveauté au nourrisson. « Adaptations chronobiologiques »*, Colloque Recherche et Pédiatrie, octobre 1989, PUF, 1991.
- PIRET S., BEZIERS M.M., 1971. *La coordination motrice. Aspect mécanique de l'organisation psychomotrice de l'homme*, Paris, Masson & Cie.
- RACAMIER P.J., 1978. « Les paradoxes des schizophrènes », in *Psychoses et états limites, Revue française de psychanalyse*, n° 42, 5-6, p. 877-971.
- REICH W., 1971. *L'analyse caractérielle*, Paris, Payot.
- REVAULT d'Alonnes C., 1984. *Le mal joli*, Paris. Robertson S.S., 1985. « Cyclic Motor Activity in the Human Fetus after Midgestation », in *Developmental Psychobiology*, 18, p. 411-419.
- ROBIN M., 1981. « Premiers regards, premiers échanges », in *L'aube des sens*, coll., Paris, Stock.

- ROSENFELD J., 1988. « Les dysfonctionnements interactifs précoces. Recherche sur le bébé », in *Médecine et Enfance*.
- , 1992. « Émotion ressentie, émotion transmise », in *Émotions et affects chez le bébé et ses partenaires*, Eshel, 1992.
- ROSOLATO G., 1969. *Essais sur le symbolisme*, Paris, Gallimard.
- SALZARULO P., 1989. *Les états de sommeil de la période fœtale à la fin de la première année*, Colloque 14 octobre 1989. *Du nouveau-né au nourrisson*, PUF, 1991.
- SAMI-Ali, 1970. *De la projection*, Paris, Payot.
- , 1977. *Corps réel, corps imaginaire, L'espace imaginaire*, Paris, Gallimard.
- , 1987. *Penser le somatique. Imaginaire et pathologie*, Paris, Dunod.
- , 1990. *Le corps, l'espace et le temps*, Paris, Dunod.
- SANDLER J., 1960. « The Background of Safety », in *The International Journal of Psychoanalysis*, vol. 41, Londres, Rontledge Journals, p. 352-356, 1983.
- SANDLER J. et A.M., 1977. « Beyond eightmonth Anxiety », *Int. J. Psycho. Anal.*, 58, 195.
1978. « À propos du développement des relations d'objets et des affects », p. 353-356, *Psychiatrie de l'enfant*, vol. xxi, 2/1978, PUF. Santibanez G., Bloch S., 1986. « A qualitative Analysis of Emotional Effector Patterns and their Feedback », *Pavlovian Journal of biological Sciences*, 21, p. 108-116.
- SAUSSURE de F., 1916. *Cours de linguistique générale*, Paris, Payot, 1968.
- SCHILDER P., 1968. *L'image du corps*, Paris, Gallimard, NRF, 1971.
- SEGAL H., 1987. *Délire et créativité*, Paris, Éd. des Femmes.
- SILBERNAGL S., Despopoulos A., 1985. *Atlas de poche de physiologie*, Paris, Flammarion.
- SINCLAIR H. et al., 1982. *Les bébés et les choses*, Paris, PUF.
- SOULÉ M., 1982. « L'enfant dans la tête, l'enfant imaginaire », in *La dynamique du nourrisson*, coll., Paris, ESF.
- SPITZ R., 1953. *La première année de la vie de l'enfant*, Paris, PUF.
- , 1968. *De la naissance à la parole*, Paris, PUF, 1974.
- STAMBAK M., 1963. *Tonus et psychomotricité dans la première enfance*, Neûchatel, Delachaux & Niestlé.
- STERN D., 1977 a. *Mère-enfant : les premières relations*, Bruxelles, Mardaga, 1981.

- , 1977 b. « The Infant's Stimulus World during Social Interaction : a Study of Caregiver Behaviour with particular References to Repetition and Timing », in H.R. Schaffer (ed), *Studies in Mother-Infant Interaction*, London, Academic Press, p. 177-202.
- , 1983. « The Early Development of Schemes of Self, Other and Self with Other », in J.D. Lichtenberg et S. Kaplan (eds), *Reflections on Self Psychology*, Hillsdale (N.J.), Analytic Press.
- TREVARTHEN C., 1979. « Instincts for Human Understanding and for Cultural Cooperation : their Development in Infancy », *Human Ethology : Claims and Limits of a New Discipline*, Cambridge, Cambridge University Press.
- TUSTIN F., 1977. *Autisme et psychose de l'enfant*, Paris, Seuil.
- , 1986. *Les états autistiques chez l'enfant*, Paris, Seuil.
- , 1989. *Le trou noir de la psyché*, Paris, Seuil. Vurpillot E., 1972. *Les perceptions du nourrisson*, PUF.
- WALLON H., 1925. *L'enfant turbulent*, Paris, Alcan.
- , 1934. O.C. *Les origines du caractère chez l'enfant*, Paris, PUF, 1973.
- , 1937. *Développement moteur et mental chez l'enfant*, Onzième congrès international de psychologie, Paris, juillet 1937.
- , 1942. *De l'acte à la pensée*, Paris, Flammarion.
- , 1945. *Les origines de la pensée chez l'enfant*, Paris, PUF.
- , 1959. K.I.V. « Kinesthésie et image visuelle du corps propre chez l'enfant », *Enfance*, n° 3-4, mai-oct. 1959, p. 235-263.
- WINNICOTT D., 1952. « Psychose et soins corporels », in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1980.
- , 1958. « La capacité d'être seul », in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot.
- , 1960. « Distorsion du Moi en fonction du vrai et du faux "self" », in *Processus de maturation chez l'enfant*, Paris, Payot, 1970.
- , 1962. « L'intégration du Moi chez l'enfant », in *Processus de maturation chez l'enfant*, Paris, Payot.
- , 1971. *Jeu et réalité*, Paris, NRF, Gallimard, 1975.
- , 1975. « La crainte de l'effondrement », in *Nouvelle revue de psychanalyse*, Paris, Gallimard, n° 11, printemps 1975.
- , 1989. *Lettres vives*, Paris, Gallimard.
- ZAZZO R., 1948. « Images du corps et conscience de soi », in *Enfance*, n° 1.

- , 1975. « Des jumeaux devant le miroir : questions de méthodes », in *Journal de Psychologie normale et pathologique*, n° 72, p. 389-413.
- , 1979. *L'attachement* (coll.), Neuchâtel, Delachaux & Niestlé.

Achévé d'imprimer par CPI,
en février 2020
N° d'imprimeur : xxxxxxxxx

Dépôt légal : mars 2020

Imprimé en France

zlibrary

Your gateway to knowledge and culture. Accessible for everyone.



z-library.se

singlelogin.re

go-to-zlibrary.se

single-login.ru



[Official Telegram channel](#)



[Z-Access](#)



<https://wikipedia.org/wiki/Z-Library>