

L'image du corps : monolithique ou composite¹ ?

Body image : monolithic or composite ?

Eric W. PIREYRE
Psychomotricien, DEA de psychologie
Service du Dr Chardeau
Hôpital T. Roussel
1, rue P. Mithouard
78360 Montesson cedex
eric.pireyre@libertysurf.fr

Résumé : Face à la complexité des relations schéma corporel/image du corps, et grâce aux balises laissées par F. Dolto dans sa définition de l'image du corps, il est proposé de considérer ce concept comme composite. Des éléments divers la constitueraient : la sensation de continuité d'existence, l'identité, l'identité sexuée, la peau physique et psychique, la sensibilité somato-viscérale, la représentation de l'intérieur du corps, les angoisses corporelles archaïques et les mécanismes de défense corporels. Ces concepts ne sont pas nouveaux et ont été mis en évidence par les psychanalystes et les neurophysiologistes. L'image composite du corps se développerait dans les tous premiers temps de la vie, au cours de la période dite de « l'archaïque ».

Mots-clés : sous-composants de l'image du corps ; sensibilité somato-viscérale ; psychomotricité ; archaïque.

Abstract : Studying the relationship between neurophysiological perception of the body and body image is very complex. To improve this, it is suggested to consider body image as « composite ». It means « made of various elements » : internal conviction of a lasting life, identity, sexual identity, physical and psychic skin, sensoriality and representation of the inside of the body, archaic body anxieties and mechanisms of defense. These are well-known arguments that psychoanalysts and neurophysiologists have been talking about a long time before. Composite body image would appear in the beginning of life, within the archaic period.

Key words : Composite body image ; sensoriality ; psychomotor therapy ; archaic period

INTRODUCTION

De nombreux auteurs ont étudié ce qu'on a coutume d'appeler l'image du corps. Des définitions diverses en ont été proposées. Ce concept a évolué au fil du temps et des

1 Composite : constitué d'éléments divers.

courants qui animaient les théoriciens et les chercheurs.

Cet article n'a pas pour but d'en réaliser une synthèse. Il n'a pas de motivation épistémologique, bien qu'un tel travail s'avèrerait des plus pertinents. L'objectif n'est pas non plus de discuter les définitions antérieures, mais plutôt de s'appuyer sur elles. Cette réflexion se veut le fruit du travail d'un psychomotricien confronté longtemps au corps et à sa représentation, que ce soit auprès d'enfants prématurés ou psychotiques voire autistes, mais aussi en tant qu'enseignant en psychomotricité.

Le point de vue du dictionnaire

L'imago en latin, c'est tout à la fois le portrait, en particulier le portrait en cire des ancêtres, l'ombre d'un mort, l'écho, la copie d'un personnage, l'image des objets, la parabole, la reproduction et la représentation par la pensée (GAFFIOT, 1934).

Pour le "Robert" (2002), l'image évoque la reproduction visuelle, réelle ou inversée, d'un objet, la reproduction par l'intermédiaire d'un système optique, la représentation analogique d'une chose, la reproduction mentale d'une perception antérieure ainsi que le produit de l'imagination et du rêve.

Dans l'étymologie et dans la langue française, le concept est polysémique. A sa base même, le concept d'image est complexe. On est à la fois dans le concret et l'abstrait, dans le matériel et l'immatériel.

Le point de vue du psychomotricien

Les enfants qui souffrent d'affections psychiatriques graves parlent, à leur façon, des relations particulières qu'ils entretiennent avec leur corps. Ils ne font même *presque* que cela. Les observer et les écouter nous renseigne précieusement. Leurs thèmes de prédilection sont pluriels. Leurs questionnements, leurs expérimentations, leurs vérifications, leurs défenses et leurs angoisses tournent souvent autour du corps. En fonctionnant dans l'archaïque, ils nous éclairent sur les relations qu'ils semblent entretenir avec leur corps. C'est, là, le positionnement stratégique du psychomotricien. Car le corps est, bien sûr, omniprésent. Sa représentation est étonnamment accessible quand on se contente d'écouter les patients. Evidemment, ces derniers sont loin d'être conscients de leurs dires ou même de trouver la formulation adéquate à leur vécu. Même si l'on n'est pas psychanalyste, c'est en écoutant l'archaïque, ce qui existe chez le bébé avant la survenue du langage, qui perdure chez l'autiste ou le psychotique et qui réapparaît par exemple chez l'étudiant en relaxation, que l'on peut le mieux appréhender les relations inconscientes que nous entretenons avec notre corps.

La conception monolithique de l'image du corps qui prévaut actuellement ne nous apporte qu'un faible soutien clinique, assaillis que nous sommes par des pathologies qui défient nos capacités de compréhension. GUILLERAULT (1996), inspiré par les travaux fondamentaux de DOLTO (1984), a prolongé le débat en pensant les relations entre schéma corporel et image du corps ainsi qu'en aspirant à une théorisation plus précise de l'image du corps. En effet, les discussions étaient jusqu'alors placées sur le terrain des relations schéma/image. Sauf peut-être en ce qui concerne la psychosomatique, cet angle d'attaque nous enferme plutôt qu'il ne nous aide. Il donne lieu à une multitude de définitions de l'image du corps. Il oppose deux concepts qu'il cherche simultanément à séparer et à réunir. Il donne, parfois implicitement, une

définition en négatif de l'image du corps : l'image est ce que n'est pas le schéma... mais l'image est indissociable du schéma. Les difficultés principales dans ce débat trouvent peut-être leur origine dans le caractère inconscient, selon DOLTO, de l'image du corps ainsi que dans le rattachement à la neurophysiologie du schéma corporel. Comment comprendre ces concepts facilement s'ils échappent en grande partie à une appréhension naturelle ? La complexité s'accroît encore si l'on envisage une théorisation univoque de L'Image du Corps.

DOLTO et GUILLERAULT vont accompagner l'argumentation développée ici. DOLTO a conçu une théorie psychanalytique d'un concept pourtant inauguré par les neurologues du XIXème siècle. Son génie fut d'inclure dans la conceptualisation psychanalytique de son époque la prise en compte d'une certaine forme de représentation du corps, comme on dit encore parfois de façon un peu imprécise. Elle développa un concept, l'affina et nous le transmit. GUILLERAULT dit qu'elle nous a laissé... *avec* l'image du corps. Il considère, avec humour, à quel point l'héritage est pesant et combien est lourde la tâche d'en assumer les développements.

Pour sa part, l'auteur de ces lignes n'a pour modeste ambition que de décrire les phénomènes cliniques auxquels il est confronté, espérant simplement lancer un débat dans la communauté de ceux qui s'occupent du corps et de l'esprit en souffrance.

DOLTO nous a laissés avec l'image du corps, mais elle nous a laissé quelques balises. La plus significative peut-être, c'est l'idée que l'image du corps a à voir avec l'avant. L'avant des phénomènes suivants:

- de l'arrivée du langage parlé ;
- de ce qu'elle a appelé la castration oedipienne ;
- de la différenciation symbolique, entre mère et bébé, entre sujet et objet, entre imaginaire et symbolique : l'avant de la subjectivité ;
- de la différenciation des instances psychiques de la seconde topique freudienne (ça, moi et surmoi) ;
- du stade du miroir, décrit par Lacan².

Autrement dit, nous constatons avec GUILLERAULT que " le domaine d'application électif de l'image du corps aura donc trait à l'archaïque ". L'image du corps " traitera aussi de tout ce que la subjectivité doit au corps ".

" Ce que j'ai essayé d'étudier, dit DOLTO, c'est avant que le corps ne soit rendu conscient à l'individu humain, sujet se sachant dans un corps de garçon ou de fille, promu dans sa croissance à devenir homme ou femme. "

Sur le plan clinique, les questions posées par les enfants de pédopsychiatrie concernent :

- La sensation de continuité d'existence
- L'identité
- L'identité sexuée
- La peau physique et psychique
- La sensibilité somato-viscérale
- La représentation de l'intérieur du corps

2 Ces balises ne surviennent pas toutes simultanément dans le développement de l'enfant. Cela renforce la conception de l'image composite du corps.

- Les angoisses corporelles archaïques
- Les mécanismes de défense corporels.

C'est donc sur ce socle à huit composantes que nous allons développer une décomposition, qu'on pourrait appeler *analytique*, de l'image du corps.

Sensation/sentiment de continuité d'existence

« Marcher est comme une drogue, ça permet d'établir un rythme de base, juste être en vie », dit cette patiente adulte de BOUBLI (2002).

Observation : Ce phénomène s'observe fréquemment chez les autistes qui consacrent un temps et une énergie très importante à s'autostimuler par des mouvements répétitifs. Ces stéréotypies sont bien connues, il s'agit par exemple de balancements, rythmiques, recherche de sensations auditives, visuelles ou tactiles etc.

Hypothèses : Ne disposant pas d'un sentiment de continuité d'existence, les enfants recourent à des stimulations sensorielles qui, en entretenant artificiellement, un accrochage illusoire et fragile à des éléments extérieurs ou intérieurs, les rassurent. De notre côté, nous les sentons parfois au bord de quelque chose qui les terrorise.

Cette sensation de continuité d'existence a été proposée en premier par WINNICOTT (1975) quand il parle des notions de holding et de préoccupation maternelle primaire entre autre, et reprise par HAAG (1995). Dans son article, celle-ci emploie le terme de sensation/sentiment de continuité d'existence. Ce phénomène représente l'une des premières étapes, certainement parmi les plus archaïques, que doit traverser le bébé. Il s'agit là de l'une des premières capacités de base.

L'identité et le processus d'individuation

« Il n'est pas automatique de posséder un corps qui nous appartienne personnellement ». (Gauthier, 2001).

Observation : Certains enfants à graves troubles de la personnalité "adoptent", transitoirement mais régulièrement, l'identité d'un autre (de préférence adulte, mais éventuellement aussi enfant). Au quotidien, ils subtilisent certains objets qui caractérisent fortement l'adulte : ses clés, son sac, ses lunettes, etc. Cela peut déclencher, en partie, des réactions en retour du soignant, réactions parfois spontanées ou défensives. Le mimétisme peut être poussé assez loin puisque certains de ces enfants sont dotés d'une étonnante capacité d'imitation. Ils sont capables de reproduire parfaitement les cris d'autres enfants, voire leurs tics verbaux ou physiques ainsi que les gestes de l'adulte.

La maman de N., 11 ans, lui reconnaissait une capacité étonnante "d'imitateur" et cela "depuis tout petit".

La psychologue, dont la respiration était altérée, avait l'impression que M., 13 ans, était *une autre elle-même* tant les deux respirations étaient semblables et simultanées.

Hypothèses : - Ne disposant pas d'une "identité forte et stable", ces malades en viennent à s'approprier plus ou moins provisoirement celle d'un autre. Le rappel de leur identité ("tu t'appelles untel") rassure et atténue éventuellement la crise.

- Souffrant de graves troubles psychiques et fixés à un stade de l'existence où prime une sensorialité archaïque, ils nous montrent les liens entre la représentation corporelle et le processus d'individuation.

Remarque : En psychiatrie adulte, le phénomène peut s'observer aussi par les délires identitaires d'appropriation de l'identité de personnages célèbres.

les psychanalystes parleraient du processus de subjectivation ou d'individuation. L'identité, c'est la faculté, dont nous disposons normalement, à savoir qui nous sommes. C'est disposer d'une identité. Chez l'adulte ou l'enfant tout venant, cette faculté est tellement naturelle, tellement enracinée, que nous n'y prêtons plus aucune attention.

Les auteurs consultés décrivent tous le rôle de la sensorialité et du dialogue tonique dans l'individuation.

BULLINGER (2004), plus particulièrement, évoque la coordination entre la sensibilité profonde et les flux sensoriels de surface dans l'actualisation de la limite entre l'intérieur et l'extérieur du corps. Tout se passe comme s'il y avait une limite corporelle à double feuillet : un feuillet interne représenté par la proprioception musculaire et articulaire et consolidé par les modulations toniques ; un feuillet externe, représenté par les organes sensoriels et où le milieu extérieur (physique et humain) viendrait prendre sens.

La sensorialité

Tout se joue au niveau des surfaces de rencontre entre le corps et les objets du monde extérieur. Les sensorialités déterminent les contours de la personne. Plutôt que la perception elle-même, c'est ressentir l'expérience de la perception qui pourrait apporter le sentiment d'identité (BOUBLI).

La peau permet de tracer les contours, les limites du corps et donc la différence entre dedans et dehors. La subjectivation, c'est l'appropriation de ce qui est à la limite, à la frontière entre soi et l'autre. Pour WINNICOTT (1975), le processus de personnalisation revient à assumer, accepter et faire sien des processus de nature somatique et les partager avec le monde extérieur.

Le dialogue tonique

Lors des trois premiers mois, les traces sensorielles, toniques, motrices, affectives et émotionnelles sont indissociablement liées dans le mode relationnel mère/bébé. Elles seront le point d'ancrage des processus de différenciation et de structuration.

Durant le second trimestre, les relations corps à corps et peau à peau s'animent. C'est la pleine mesure du dialogue tonique. BULLINGER (1999) et GAUBERTI (1993) parlent du dialogue tonique comme vecteur de sens pour les états toniques. Les rythmes des échanges, les décalages temporels, les défauts de synchronisation impliquent et modifient le tonus.

De forme alors expressive, et additionné du langage, il permet la distinction sensorielle dedans/dehors. L'intégration, par la répétition, de cette distinction permet la reconnaissance visuelle de la mère en dehors du contact corps à corps et peau à peau. Il y a prise de distance par rapport au corps de la mère. *Grâce à l'adjonction de l'attachement affectif, il y a là un prémisses au processus de d'individuation.*

La préhension, en permettant la pénétration de l'espace, le contrôle du geste et la maîtrise de l'objet (6-12 mois) et la locomotion (10-18 mois), en déclenchant la fuite

jubilatoire devant la mère qui appelle, permettent aussi l'assomption de l'individualité. On n'oubliera pas non plus le choix du prénom par les parents, ainsi que la dénomination des premiers temps de la vie (" papa ", " maman ", " bébé ", " prénom ") Le processus d'individuation et son résultat, l'identité, sont donc très ancrés dans le corps. A ce titre, il semble justifié d'envisager cette conceptualisation comme rattachée à, voire incluse dans l'image du corps.

L'identité sexuée

" On ne naît pas femme, on le devient " (S. De Beauvoir).

" Tu seras un homme, mon fils ! "

" La confusion peut avoir trait au sexe " (Ajuriaguerra, 1974).

Observation : Certains enfants psychotiques utilisent à mauvais escient les pronoms. Ils confondent régulièrement le féminin et le masculin. Ceux dont le fonctionnement psychique est plus structuré peuvent facilement faire des lapsus. Si les soignants les laissaient faire, ces enfants s'habilleraient parfois en contradiction avec leur sexe. Anne, 13 ans, fille, demande régulièrement : " *pourquoi je suis une fille, moi ?* ". Si on leur demande à quel sexe ils appartiennent, ils répondent pourtant correctement.

Hypothèses : - Ils ne savent pas s'ils appartiennent au sexe masculin ou féminin ;
- Ils savent quel type de réponse nous attendons à nos questions en ce domaine et se conforment, superficiellement, à nos attentes.

Les psychanalystes sont d'accord pour estimer qu'il s'agit d'un concept qui s'acquiert, qui se construit. Masculine ou féminine, notre identité sexuée ne nous est pas donnée à la naissance. L'assignation du sexe est un processus lent et qui commence bien avant la naissance, dans l'inconscient des parents. L'identité sexuée semble donc s'acquérir au cours du développement de l'enfant.

La psychologie génétique, avec par exemple Le Maner-Idrissi (1997), considère que le processus commence dès la naissance et qu'il suit certaines étapes jusqu'à l'adolescence. On sait que les bébés peuvent différencier hommes et femmes avant même de pouvoir verbaliser la distinction. L'enfant, toutefois, pense d'abord que le sexe est déterminé socialement, en fonction de comportements sociaux, d'attitudes et d'apparences que la société attribue à chaque sexe. Il faut attendre l'âge de 5 à 7 ans pour que la détermination biologique ainsi que la constance des genres soient comprises. Entre 7 et 12 ans, les enfants acceptent mieux la variabilité individuelle relative aux conventions sociales. Les transformations/pubertaires rigidifient ensuite les rôles sexuels. Le choix du partenaire sexuel se fait aussi en fonction des perceptions de soi en tant qu'homme ou femme.

La psychanalyse, par la voix de Chiland (1999), évoque l'identité sexuée comme " le sentiment intime que chacun a d'appartenir à l'un des deux sexes que la biologie et la culture distinguent ". Il ne s'agit pas d'une connaissance mais d'une croyance qui découle du sexe d'assignation et de la manière dont l'enfant est élevé/e. Elle se constitue dès les deux premières années et s'achèverait vers 6 ans. " Notre identité

sexuée est d'abord dans la tête de nos parents et de ceux qui nous entourent ”.

L'assignation du sexe est faite par le regard des parents, par l'accoucheur et par le choix du prénom et en fonction de trois organisateurs : les fantasmes parentaux (dès la conception et après la naissance), la scène primitive et l'Œdipe.

Le sexe doit être assigné avec “ continuité, cohérence et adaptation ” aux besoins de l'enfant.

En cas de conflit entre sexe d'assignation et sexe biologique, 100 sujets sur 105 ont le sentiment d'appartenir au sexe d'assignation (étude citée par Chiland).

Dans la mesure où le sexe est biologique mais doit être conforté par l'autre, la référence au corps, au-delà d'une composante liée au langage, est évidente. L'angoisse de morcellement de la zone génitale du psychotique attaque fantasmatiquement l'identité sexuée (“ *plus zizi, alors fille* ” dit L., adolescent de 13 ans).

Il faut, dès lors, considérer l'identité sexuée comme composante de l'image du corps.

La peau, physique et psychique

“ Me touche pas, je vais crever ! ”

Observations : Les occasions d'observer les relations des enfants à leur peau en pédopsychiatrie sont légion. La tendance à se déshabiller intempestivement n'est pas toujours reliée à la température corporelle. Le temps consacré à l'arrachage de l'écorce des arbres ou des bâtons ramassés dans le parc ainsi que la peur des blessures en témoignent encore. De même que l'attrait irrésistible qu'ils éprouvent parfois à gratter nos propres plaies plus ou moins cicatrisées, ou nos petits boutons. Dans les situations hétéro agressives leurs griffures sont différentes de celles qui nous arrivent par accident. Elles sont plus profondes, cicatrisent difficilement et sont plus douloureuses que celles que nous nous faisons par accident.

Hypothèses : La relation qu'ils entretiennent avec leur peau est entachée par l'archaïque. Leur peau est vécue comme ouverte. C'est le terme qu'ils peuvent employer. Ils n'évoquent que rarement l'idée de trous.

On fera référence à l'articulation des enveloppes physique et psychique. Les théorisations d'Anzieu, de Bick ou encore, plus récemment de Bullinger sont bien connues. Il s'agit de la problématique de la limite du dedans et du dehors, du passage possible du contenant physique au contenant psychique et de la construction d'un appareil à penser.

Le lieu n'est pas ici de revenir sur les théories d'ANZIEU ou de BICK sur l'élaboration de la peau psychique. On se référera toutefois à l'idée acceptée désormais d'une peau fœtale très perméable, in utero mais aussi encore dans les premiers temps de la vie aérienne. Autrement dit, du temps de l'archaïque, la peau physique n'est pas une barrière aussi étanche, si tant est qu'elle le soit chez l'adulte, que plus tard dans la vie. Inclure la peau dans une conception composite de l'image du corps, c'est aussi penser les orifices et particulièrement les sphincters. Sphincter au sens figuré pour la bouche, au sens premier pour l'anus et la vessie. On sait depuis longtemps l'investissement

libidinal de ces parties du corps. S'il y a là investissement libidinal, alors les orifices sont parties prenantes dans l'image du corps. Là s'y contrôlent, de plus, l'entrée et la sortie des fluides corporels. Leur mauvaise intégration dans l'image du corps se laisse deviner dans les fuites salivaires récurrentes ou l'énurésie et l'encoprésie.

La sensibilité somato-viscérale

Etre ou avoir un corps ?

Observation : Les enfants présentant des pathologies psychiatriques graves nous questionnent beaucoup, au sens propre, sur le fonctionnement corporel. Ils sont attirés par les instruments médicaux d'exploration interne du corps (stéthoscope ou otoscope). Ils viennent toujours volontiers quand l'infirmière les appelle pour la prise des constantes. Quand ils l'entendent, leur rythme cardiaque les angoisse ou les rassure. Ils se demandent comment est constitué l'intérieur du corps. Ils le voient parfois comme plein d'air et d'eau. Il y a, pour certains, la capacité d'envisager l'existence de " tuyaux " à l'intérieur qui conduisent l'air et l'eau. Pour la plupart, les os ne sont pas " intégrés ". Quand ils le sont, c'est sous la forme d'un seul os, qui peut se déplacer dans le corps. La " mobilité de l'os " est souvent " confirmée " par la toucher de la rotule. La notion d'articulation est rare. Si elle existe, elle est fragile. Le mouvement reste un mystère parfois. Pour le comprendre, les idées délirantes sont tentantes : C., 13 ans, nous demande s'il y a des petits bonshommes qui bougent son genou de l'intérieur. On ressent facilement qu'ils n'ont pas accès à la propriété de leur corps. Les limites, floues, sont éventuellement placées à l'extérieur et continuellement recherchées. La somatognosie peut être sommaire, mais pas obligatoirement.

Le recours à la vision périphérique donne l'impression qu'ils ne nous regardent pas.

La pédiatre est un personnage très bien repéré, contrairement à une foule d'autres personnes.

Hypothèse : - Leur corps n'est pas reconnu comme leur appartenant ;

- Les sensations sont indifférenciées et déliées les unes des autres, la perception fonctionne sous le signe du démantèlement décrit par Meltzer (1980) ;

- La sensorialité fonctionne dans le registre de l'archaïque comme l'a montré Bullinger.

La sensibilité somato-viscérale n'est pas totalement mature à la naissance. Le bébé doit à la fois se développer et s'approprier son corps, apprendre à l'utiliser, à le mouvoir, à traverser les étapes génétiques : il lui faut le reconnaître comme sien et le " maîtriser ", par exemple en développant sa motricité. C'est ce qui s'approche le plus de ce que l'on appelle classiquement schéma corporel

Les neurophysiologistes nous offrent, sur le plan structural, une conception opérante de la matérialité du corps et de la sensation. Ils différencient, comme Richard et Orsal (2001), les diverses structures responsables de la collecte et de la transmission au cortex des informations périphériques, internes ou externes. Il s'agit des sensibilités somatique et viscérale.

La sensibilité somatique fait référence à l'extéroception et à la somesthésie ; la sensibilité viscérale est aussi dénommée intéroception.

La sensibilité somatique est constituée des sensibilités superficielle et profonde.

- Superficielle, elle concerne les informations de pression, de toucher, de vibration, de température, de douleur, ainsi que les stimulations gustatives, auditives, visuelles et odorantes. Certains auteurs y ajoutent les informations labyrinthiques.

- Profonde, c'est la proprioception. Il s'agit du recueil des informations de position du corps (particulièrement les angles formés par chaque articulation), des mouvements - c'est la kinesthésie - (vitesse, amplitude et direction) et de la force.

La kinesthésie est une composante de la proprioception.

La sensibilité viscérale occupe les récepteurs des appareils digestif, cardiaque, pulmonaire et endocrinien.

Sur le plan fonctionnel, Richard et Orsal rapportent deux notions importantes :

- “ Le traitement des informations sensorielles au niveau des premiers relais sensoriels est souvent contrôlé par des fibres centrifuges provenant des aires corticales. Le rôle de ce contrôle centrifuge est variable d'un système sensoriel à l'autre et peut aller jusqu'à contrôler directement le fonctionnement des récepteurs sensoriels eux-mêmes ”. Autrement dit, le cortex cérébral peut aller jusqu'à contrôler tout ou partie de la sensation.

- “ Des voies sensorielles provenant de territoires voisins sont réciproquement inhibitrices l'une sur l'autre. Ce phénomène général à tous les systèmes sensoriels, et qualifié d'inhibition latérale, a pour effet de limiter l'espace sensoriel pour lequel une cellule est activée. Il permet donc de renforcer le contraste entre les stimulations de deux zones voisines et augmente la précision de la localisation d'un stimulus ”. Autrement dit, les récepteurs sensoriels peuvent s'inhiber réciproquement.

De ces deux notions découle l'idée majeure d'une infiltration de la sensation corporelle, par des processus supérieurs ou encore par la périphérie elle-même.

Les auteurs qui se sont intéressés à la représentation du corps ont toujours considéré les relations entre la neurophysiologie et le psychisme. Il n'est pas dans notre propos de revenir sur ces débats. La pathologie psychiatrique nous enseigne que le fonctionnement physiologique périphérique, lui-même, peut s'avérer influencé par une certaine forme de contrôle cortical et par l'inhibition latérale, mais aussi par des processus cognitivo-affectifs. En ce sens, il est légitime d'impliquer, sans préjuger de la nature de cette relation, cet aspect de l'organicité dans une conception composite de l'image du corps.

On remarquera, au passage, que Richard et Orsal n'utilisent pas le terme de schéma corporel. Ils préfèrent apparemment un "nom de baptême" en relation avec une approche descriptive, et plutôt en terme de fonctionnalité (la "sensibilité somato-viscérale"). Cela n'est pas permis par le recours au terme de schéma corporel qui ne permet pas, en soi, de comprendre de quoi l'on parle. Sur un plan sémantique, le terme de schéma ne renvoie pas directement à la fonctionnalité qu'il est censé recouvrir. Utilise-t-on un synonyme ou une terminologie approchante pour parler de la respiration ou de la digestion ?

Conséquences théorico-cliniques pour la psychomotricité

Les médiations utilisées en psychomotricité sont nombreuses et variées. Elles trouvent leur pertinence dans le cadre d'un travail "sur" l'image et la prise de conscience du corps.

La prise de conscience du corps s'origine dans l'équipement neurophysiologique et sensoriel. Prendre conscience de son corps, c'est, pour le système nerveux central, recenser et analyser des afférences sensorielles de la périphérie ou de l'intérieur du corps, c'est donc se confronter à la réalité corporelle vécue.

Mais la prise de conscience du corps est possible aussi au niveau psychique :

Prendre conscience de son corps, par exemple en relaxation (situation de relative minimisation des afférences sensorielles), c'est porter son attention vers certaines zones corporelles ou vers la globalité du corps. L'expérience sensorielle se révélant alors limitée, la prise de conscience repose alors principalement sur l'expérience mémorisée de l'investissement, dès les débuts de la vie, par le psychisme et le corps des parents, dans leur conscient et leur inconscient, des différentes zones corporelles ainsi que de leur globalité.

Il est difficile d'imaginer des situations dans lesquelles la prise de conscience du corps par la sensorialité serait totalement "coupée" de la prise de conscience du corps par le psychisme.

C'est là l'essence de la psychomotricité : accompagner la prise de conscience du corps au moyen de médiations adaptées faisant appel :

- 1 au mouvement (coordinations dynamiques générales, équilibre...)
 - 2 au toucher (enveloppement, eau, toucher thérapeutique...)
 - 3 à la température (packs, relaxation...)
 - 4 aux quatre autres sens : vision (regard, mémoire visuelle), audition (rythme), olfaction et gustation.
- Le cas de la douleur est évidemment particulier car éthiquement impossible à provoquer.

Les techniques utilisées par les psychomotriciens dans leurs prises en charge thérapeutiques, mobilisent tous les aspects de la corporéité. Les vécus des patients, psychotiques ou non, renvoient très souvent à l'archaïque. En ce sens, on pourra dire que l'approche corporelle est une voie princière pour atteindre l'archaïque, donc l'image du corps.

La représentation de l'intérieur du corps

"Ils ne connaissent que des surfaces" dit TUSTIN (1986) en parlant des autistes les plus en difficulté.

Observation :

P, 7 ans, n'est pas aussi gravement malade que ce que rapporte TUSTIN. Il répond volontiers à ma question sur le contenu du corps. Cela montre qu'il y a déjà pour lui un contenant. "Ben, de l'eau et de l'air". Il ajoutera une autre fois, alors que je veux le toucher : "je vais crever". C, 13 ans, évoque, pour sa part, la présence de tuyaux

qui conduisent l'eau du corps. Certains évoquent la présence du bol fécal. Ainsi, D, 12 ans, parle de ses "*diarrhées*". S., 13 ans, s'inquiète de la présence de son intestin dans le ventre et trouve rassurante la palpation abdominale par le médecin : "*le docteur vérifie que mon intestin est bien là*".

Les os sont bien souvent absents, semble-t-il, de l'image du corps de ces enfants. Ainsi, L., 12 ans, marche continuellement le dos ployé et se cale souvent contre la gouttière verticale du pavillon, peut-être comme s'il s'agissait d'une sorte de "prothèse" de colonne vertébrale.

Hypothèses : Certains enfants, qui acceptent de parler ou de dessiner, probablement pas les plus en difficulté, ne se représentent pas correctement le contenu de leur corps. Quand il y a pour eux un contenant, le contenu est incertain, plutôt liquide ou gazeux, et n'inclut pas l'os ni le muscle. Gaz et liquide sont susceptibles, le cas échéant, de s'échapper par les ouvertures d'une peau insuffisamment "construite".

On trouve peu de littérature sur la représentation de l'intérieur de leur corps par les malades psychiatriques. TUSTIN évoque souvent les angoisses autistiques autour de l'abdomen, zone décrite par ces patients comme "molle" et fermée par un "bouton" (l'ombilic). Mais la clinique psychomotrice nous confronte aussi à la relation de l'enfant autiste ou psychotique à l'os. Il est rare que les enfants les plus en difficulté "connaissent" la présence des os à l'intérieur de leur corps.

On sent que l'approche psychomotrice, quand elle s'intéresse à la représentation de son corps par l'enfant psychotique, influence grandement celle-ci. Les médiations peuvent être le toucher (par les mains ou par l'eau par exemple) ou le mouvement. Mais aussi la relation que nous entretenons avec l'enfant lui permet de développer un ressenti de l'intérieur du corps. Dans les cas favorables, de façon presque concomitante à l'élaboration de la peau psychique, la prise de conscience du volume du corps survient. Au bout de longs mois de prise en charge, le questionnement des enfants change. Ils se touchent eux-mêmes différemment. Leur intérêt se porte sur les phalanges manuelles. J'en ai vu demander à jouer aux osselets. Ou s'intéresser aux momies (la peau et les os). Un autre conjugue la prise de conscience de l'os avec son angoisse de dévoration : "*Si un chien me voit, il va manger mon os*". Au passage, cet enfant verbalise la présence d'un os unique. "*Qui se déplace dans le corps*". Cette étape peut durer longtemps. Dans un cas très favorable, pour qui le suivi en psychomotricité avait facilité la prise de conscience du squelette, et qui avait ensuite démarré une psychothérapie, l'intérêt de l'enfant s'était porté sur les muscles.

Revenons sur l'os pour évoquer le bébé. Chez lui, à la naissance, les os sont relativement mous. On entend de temps en temps parler de ces bébés qui tombent du deuxième étage et sont totalement indemnes. L'explication avancée par les médecins est l'importante mollesse des os. L'incapacité à se tenir assis à la naissance, accompagnée de l'immaturation neurophysiologique, en témoigne aussi. On peut penser que le nouveau-né ne peut pas se représenter facilement son squelette.

Il y a loin entre disposer d'un squelette et, en particulier, d'une colonne vertébrale et les avoir intégrés dans la représentation du corps.

Les angoisses corporelles archaïques

Le nouveau né est un être immature "qui est tout le temps au bord d'une angoisse dont

nous ne pouvons avoir idée ” (Winnicott).

Observation : C., 12 ans, nous dit qu’il a toujours peur de perdre des morceaux de son corps. Dans ses moments d’angoisse débordante et destructurante, P., 7 ans, réclame des jeux de porter et de tirer qui lui permettent de se rassurer quant à l’unité de son corps. A., 7 ans, réclame toujours de monter l’escalier entre deux personnes. K., 12 ans, construit continuellement des parcours moteurs dans lesquels il finit toujours par tomber ou par exprimer sa crainte de tomber. L., 11 ans, regarde, effaré, l’eau qui coule sur sa main; on dirait qu’il craint qu’elle ne coule dans le lavabo avec l’eau. “ *Tu as des dents de vampire* ” dit W., 10 ans, à l’enfant qui se tient à côté de lui.

Hypothèse : Les enfants autistes et psychotiques sont envahis et débordés par des angoisses qui remontent aux premiers temps de la vie. Parce que ces angoisses étaient présentes avant l’apparition du langage, elles sont qualifiées par les psychanalystes d’archaïques.

L’immaturité psychique et physiologique, inhérente à l’espèce humaine à la naissance, emporte le bébé dans la conflictualité et l’angoisse. Faire face et surmonter au mieux en s’appuyant sur des images parentales suffisamment bonnes est un processus fondamental de la construction psychique. Quatre formes d’angoisses archaïques, nettement rattachées au corps ont été étudiées par Pireyre (2004) : le morcellement, la chute, la liquéfaction et la dévoration. Ces angoisses seraient observables chez le tout petit. Le morcellement et la liquéfaction seraient plus en lien avec l’immaturité neurophysiologique des premiers temps de la vie. Le morcellement, par exemple, peut se comprendre dans la motricité spontanée, réflexe, des premiers mois. L’immaturité, relative, en ce domaine témoigne d’une faible maîtrise des différents segments corporels. La chute pourrait renvoyer à une prise de conscience traumatique, car prématurée, de la séparation mère/bébé. La relation à la chute peut s’observer quand l’enfant recherche et participe, souvent de bon cœur mais parfois aussi avec anxiété, aux jeux corporels du type “ bateau sur l’eau ”. La dévoration relèverait plus du fantasme et serait plus élaborée. Elle se fait, éventuellement, sentir dans la propension de certains à mordre, par exemple les autres enfants. La crainte possible d’être embrassé fait aussi penser à ce type de phénomène.

Les adultes non psychotiques, en relaxation particulièrement, expriment plus ou moins explicitement ce type de crainte. Ne pas sentir une partie du corps, se sentir asymétrique ou même “ déformé ”, voire “ cassé ” peut renvoyer au morcellement. Sentir son corps qui “ coule ” aux quatre coins de la pièce ; être au bord de quelque chose et avoir peur de tomber ; percevoir l’un de ses côtés comme lourd et l’autre léger, avoir l’impression de s’enfoncer dans le sol ou d’en décoller ; toutes ces verbalisations, classiques à entendre pour qui anime régulièrement des séances de relaxation peuvent renvoyer à des “ remontées ”, plus ou moins anxiogènes de l’archaïque.

Il existe donc des angoisses corporelles très anciennes dans l’ontogénèse. Elles sont présentes chez le sujet psychiquement malade, mais peuvent aussi perdurer, à bas bruit, dans la population générale. Plutôt que leur existence, c’est leur intensité, les

conditions de leur survenue et l'affect généré en retour qui doivent attirer l'attention du thérapeute.

Elles peuvent être liées à l'immaturation neurophysiologique des premiers temps de la vie. Elles peuvent renvoyer au fantasme. A ces titres, elles peuvent être considérées comme partie intégrante de l'image du corps. Les psychanalystes les considèrent plutôt comme des mécanismes de défense.

Les mécanismes de défense corporels³

“ Pourquoi tu tires la langue quand tu plantes un clou, papa ?

Les anomalies et les troubles toniques, hors atteinte neurologique, sont d'une très grande fréquence.

L'hypertonie est l'augmentation de la résistance du muscle à son allongement. Elle se trouve chez le bébé en manque de pare-excitation au cours de la première année de la vie, ou pris dans une situation conflictuelle lors de la deuxième année (GAUBERTI).

L'hypotonie est une diminution de la résistance du muscle à son allongement passif. Elle se traduit par une augmentation du ballant et de l'extensibilité. Elle se rencontre chez des bébés parfois gravement déprimés et qui ont renoncé à appeler.

Hyper- et hypotonie sont localisées à un territoire corporel plus ou moins étendu. Elles peuvent être généralisées.

Nous portons tous des crispations involontaires et localisées, appelées **paratonies**. Il s'agit d'anomalies de la contraction musculaire dans laquelle le muscle, au lieu de se relâcher sous l'influence de la volonté, se contracte plus ou moins et entre dans un état de tension. Les **paratonies de fond** sont un état permanent de tension musculaire qui peut céder transitoirement sous l'effet de la volonté. Les **paratonies d'action** sont une contraction musculaire involontaire qui accompagne, mais aussi parasitent, le mouvement. Cela peut aller jusqu'à une sorte de paralysie passagère au cours de laquelle le mouvement devient impossible. Paratonies de fond et d'action sont irréductibles, sauf brièvement et sous l'effet de la volonté. Elles sont très fréquentes et très liées à notre histoire. Il s'agit de troubles du tonus qui persistent au-delà de l'enfance.

De plus, la répartition du tonus diffère entre les deux hémicorps, gauche et droit. L'un des deux côtés est généralement plus tonique. Cette différence est appelée **latéralité neurologique**. Le psychomotricien qui mène un bilan de latéralité va l'explorer minutieusement. La répartition du tonus joue un rôle dans l'établissement de la latéralité.

Les **syncinésies** se rencontrent de même chez tout un chacun. Il s'agit de mouvements involontaires qui s'effectuent dans une partie du corps au moment où ont lieu dans une autre partie des mouvements volontaires, automatiques ou réflexes. Elles se présentent sous deux formes :

Syncinésies de diffusion tonique : elles sont provoquées par l'exécution d'un mouvement quelconque et se matérialisent sous forme de contraction ou de

³ Ce paragraphe est appuyé sur Carric (2000).

raidissement à un ou plusieurs membres.

Syncinésies tonico-cinétiques : Elles sont provoquées par des mouvements de va et vient au niveau d'un ou plusieurs membres et l'on observe un mouvement identique, mais d'intensité variable du côté opposé. Ce sont des éléments recherchés lors de l'examen neurologique et qui témoigne de l'avancée de la maturation neurologique. Leur persistance à la sortie de l'enfance ne revêt pourtant pas de caractère neuropathologique.

Toutes ces anomalies du tonus, éventuellement invalidantes, sont les inscriptions corporelles des conflits intrapsychiques de la première enfance.

CONCLUSION

Les relations Schéma/Image

Ce travail s'est élaboré à partir de l'incroyable complexité de l'articulation schéma corporel/image du corps. Nous avons montré que cette articulation n'est pas opérante en terme d'efficacité thérapeutique. En remettant le schéma corporel à sa place (c'est-à-dire l'organicité) et le dénommant désormais "sensibilité somato-viscérale", nous le plaçons, dans notre conceptualisation, au même niveau que la peau ou le contenu du corps. La référence à la physiologie corporelle humaine est explicite, l'appareil psychique, même naissant, peut dès lors jouer son rôle d'investissement de l'organicité. Très tôt ("dès qu'il y a du corps, il y a du sujet", dit DOLTO), l'image du corps peut se développer. Autrement dit, en se construisant à partir du soma (sensorialité, enveloppe et contenu corporel), et en l'investissant, le psychisme peut se développer et arpenter le chemin de la subjectivation. Il franchira alors, si tout se déroule correctement, les étapes nécessaires à un développement relativement harmonieux.

L'aspect composite de l'image du corps

Les différentes composantes de l'image du corps présentées ici doivent être reliées au corps. On les regroupera pour la conclusion en deux ensembles :

Celles qui sont bien connues des psys... :

- La sensation/sentiment de continuité d'existence qui rend compte, sur un plan théorique, des stéréotypies.
- Le processus d'individuation qui s'ancre fortement dans la sensorialité et le dialogue tonique.
- L'identité sexuée qui renvoie au somatique et aussi au psycho-affectif.

...Et celles qui sont évidentes pour les psychomotriciens :

- La peau qui se trouve bien à l'articulation du physique et du psychique.
- Le contrôle probable de la sensorialité, par des structures corticales mais aussi par les récepteurs adjacents eux-mêmes, qui implique une infiltration psychique et cognitive du physiologique. Cela implique dès lors une conceptualisation particulière de la relation entre sensation et perception. La sensation est alors cantonnée à une

temporalité quasi nulle.

- Le vécu du contenu de l'intérieur du corps, souvent mystérieux et fantasmatique, qui trouve son origine possible dans un investissement particulier des orifices, mais aussi dans les ressentis corporels (intéroceptifs, bruits et tonicité).
- Les angoisses archaïques, corporelles, qui sont à comprendre en lien avec l'immaturation neurophysiologique originelle.
- Les mécanismes de défense corporels qui sont basés sur la tonicité et qui s'organisent autour des conflits des premiers temps de la vie.

Concevoir l'image du corps comme composite, c'est-à-dire constituée d'éléments variés et différents les uns des autres, n'entraîne pas forcément une remise en question des théorisations antérieures. C'est le choix qui a été fait ici.

Archaïque et image du corps

L'importance de l'archaïque dans la construction de l'image du corps étant démontrée, il est tout à fait légitime de prendre en compte les relations particulières que les psychotiques et les autistes entretiennent avec leur corps. Ils nous apportent à leur façon des témoignages sur le développement de l'image du corps. La représentation psychique de leur corps est colorée par l'archaïque, l'archaïque d'une peau considérée comme ouverte et dont les sphincters ne contrôlent pas forcément correctement entrées et sorties des fluides corporels, l'archaïque d'un intérieur corporel incomplet, fragile et fantasmatique et l'archaïque du système sensoriel.

Nous n'avons pas de raison de douter des conséquences particulières, en terme de vécu corporel, de l'immaturation neurophysiologique et sensorielle du bébé à la naissance. Le vécu d'un corps morcelé en est un exemple. Que le morcellement perdure, de façon plus ou moins prégnante dans un coin de notre inconscient signe que l'archaïque du bébé, le nôtre et celui de l'autiste ne sont pas si éloignés l'un de l'autre.

Conséquences cliniques

Sur le plan de la dénomination des concepts, il serait plus pertinent de parler de sensibilité somato-viscérale à la place de schéma corporel et d'image composite du corps au lieu d'image du corps.

Sur un plan thérapeutique concret, les psychomotriciens peuvent, en conceptualisant une image composite du corps, occuper plus facilement ce pan de leur décret de compétences. Portés, touchés et mouvements, sans oublier la parole peuvent ainsi s'insérer pertinemment et efficacement dans les prises en charge corporelles. En toute légitimité.

BIBLIOGRAPHIE

Boubli, M., Konichekis, A., (2002). *Clinique psychanalytique de la sensorialité*. Paris : Dunod.

Bullinger, A., (1999). *Habiter son organisme ou la recherche de l'équilibre sensori-*

tonique. *Thérapie psychomotrice*, 117, pp. 62-69.

Bullinger, A., (2004). *Le développement sensorimoteur et ses avatars*. Paris : Erès.

Carric, J.C., (2000). *Lexique du psychomotricien*. Paris : Vernazobres.

Chiland, C., (1999). *Le sexe mène le monde*. Paris : Calmann-Lévy.

De Ajuriaguerra, J., (1974). *Manuel de psychiatrie de l'enfant*. Paris : Masson.

Dolto, F., (1984). *L'image inconsciente du corps*. Paris : Le Seuil.

Gaffiot, F., (1934). *Dictionnaire latin-français*. Paris : Hachette.

Gauberti, M. (1993). *Mère-enfant à corps et à vie*. Paris : Masson.

Gauthier, J.M., (2001). *L'enfant malade de sa peau*. Paris : Dunod.

Guillereault, G., (1996). *Les deux corps du Moi*. Paris : Gallimard.

Haag, G. (1995). Grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile traité. *Psychiatrie de l'enfant*, XXXVIII, 2, pp. 495-527.

Le Maner-Idrissi, G., (1997). *L'identité sexuée*. Paris : Dunod.

“ **Le Robert** ”, (2002). Paris : Editions “ France Loisirs ”.

Meltzer, D., (1980). *Explorations dans le monde de l'autisme*. Paris : Payot.

Pireyre, E., (2004). Les angoisses corporelles archaïques en psychomotricité. *Evolutions psychomotrices* ; 63 : pp. 3-11.

Richard, D. et Orsal, D., (2001). *Neurophysiologie*. Paris. Dunod.

Tustin, F. (1986). *Les états autistiques chez l'enfant*. Paris : Seuil.

Winnicott, D.W., (1975). La crainte de l'effondrement. *Nouvelle revue de psychanalyse*, 11, pp. 35-44.

Remerciements chaleureux à Françoise Giromini, Philippe G. Scialom, Michelle Ravisse et Laurence Aoues

ANNEXE : Grilles des indices positifs et négatifs d'observation de l'image composite du corps⁴

Sensation de continuité d'existence :

stéréotypies motrices
Phénomène d'accrochage sensoriel
Certains comportements masturbatoires
Recherche de sensations
Exigence d'immutabilité

⁴ Il n'est pas de propos ici de juger du caractère pathologique ou non de ces indices ni de leur présence chez tel ou tel type de population. Par ailleurs, cette grille représente un outil opérationnel pour un bilan psychomoteur de l'image du corps.

Identité

Connaissance imparfaite ou plaquée de son prénom et de son nom
Utilisation incorrecte ou inauthentique des pronoms personnels
Appropriation de l'identité d'autrui par imitation de ses caractéristiques
comportementales et/ou verbales
Écholalies - echopraxies - echomimies
Recherche de fusion avec le corps de l'autre

Identité sexuée

Utilisation incorrecte ou inauthentique des pronoms personnels (genre)
Recherche possible d'un habillement censé référer au sexe opposé

Peau physique et psychique

Comportement de recherche de limites : physiques, corporelles ou dans
l'environnement
Débordement au-delà des limites de la feuille de dessin
Évitement ou demandes fréquentes de toucher
Exploration du corps de l'autre
Essais plus ou moins « involontaires » d'érafler la peau de l'autre
Jeux portant sur la pellicule ou la membrane des objets et/ou des végétaux
Investissement particulier des orifices : contrôle imparfait, forte angoisse, énurésie,
encoprésie
Angoisse autour des blessures

Sensibilité somato-viscérale

Démantèlement : tendance à recourir à certains aspects de la sensorialité et à refuser le
recours à d'autres
Risques de crises clastiques si incitation trop forte.
Somatognosie
Utilisation des aspects les plus archaïques des systèmes sensoriels (ex : vision
périphérique)
Évitement ou recherche de jeux de tirers et/ou porters (demande proprioceptive)

Représentation de l'intérieur du corps

Tendance à l'expulsion incontrôlée ou intempestive d'air et de liquide du corps par les orifices
Difficulté à comprendre les contrastes sensoriels (dur/mou particulièrement)
Recherche d'appui dans les angles (« prothèse » de colonne vertébrale)
Angoisses de vidage : urine, menstruations, saignements
Attrait pour l'observation de l'écoulement de l'eau
Intérêt amplifié pour les constantes corporelles
Méconnaissance de la réalité anatomique interne du corps
Connaissance « intuitive » d'un mécanisme interne de conduction type « tuyauterie »
Méconnaissance, au niveau axial, de l'os et du muscle
Appréhension d'un corps bidimensionnel
Attaques contre la tridimensionnalité
Quête du sein
Envie de rentrer dans le corps de l'autre

Angoisses corporelles archaïques

Manifestations liées au morcellement, à la chute, à la dévoration et à la liquéfaction du corps
Recherche de l'horizontalité (longs temps d'allongement au sol)
Manifestations neurovégétatives concomitantes à l'angoisse
Recours à des objets autistiques
Recherche de l'appui du dos
Dessins de traits verticaux ou de spirales

Mécanismes de défense corporels

Paratonies de fond et d'action
Syncinésies de diffusion tonique et tonico-cinétiques
Hypertonie
Hypotonie
Dominance tonique nette et normale d'un hémicorps sur l'autre à partir de 5-6 ans
Qualité de la latéralité

