La relaxation thérapeutique chez l'enfant

Corps, langage, sujet

Méthode Jean Bergès

CHEZ LE MÊME ÉDITEUR

Dans la même collection :

ADAPTATION SCOLAIRE. UN ENJEU POUR LES PSYCHOLOGUES, par S. GUILLARD et coll. 2007, 296 pages.

LE PSYCHOLOGUE EN SERVICE DE MÉDECINE, par C. DOUCET et coll. 2008, 184 pages.

MANUEL DE PSYCHOLOGIE ET DE PSYCHOPATHOLOGIE CLINIQUE GÉNÉRALE, par R. ROUSSILLON et coll. 2007, 720 pages.

TRAUMATISMES PSYCHIQUES. PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE DES VICTIMES, par L. CROCQ et coll. 2007, 328 pages.

TROUBLES DE L'ATTENTION CHEZ L'ENFANT. PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE, par J. THOMAS, C. VAZ-CERNIGLIA, G. WILLEMS. 2007, 264 pages.

Dans la collection Les Âges de la vie :

ENFANCE ET PSYCHOPATHOLOGIE, par D. MARCELLI, D. COHEN. 2006, 7e édition, 672 pages.

INTRODUCTION À LA PSYCHOPATHOLOGIE, par A. BRACONNIER, E. CORBOBESSE, F. DESCHAMPS et coll. 2006, 352 pages.

L'ATTACHEMENT. CONCEPTS ET APPLICATIONS, par N. GUEDENEY, A. GUEDENEY. 2006, 2e édition, 256 pages.

PSYCHOPATHOLOGIE DE LA SCOLARITÉ. DE LA MATERNELLE À L'UNIVERSITÉ, par N. CATHELINE. 2007, 2e édition, 352 pages.

PSYCHOPATHOLOGIE DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT, par P. MAZET, S. STOLERU. 2003, 3e édition, 448 pages.

Dans d'autres collections :

LE DÉVELOPPEMENT AFFECTIF ET INTELLECTUEL DE L'ENFANT, par B. GOLSE. *Collection Médecine et Psychothérapie.* 2008, 4e édition, 400 pages.

L'ENFANT ET LA PSYCHANALYSE, par J. BERGÈS, G. BALBO. *Collection Ouvertures Psy.* 2000, 2e édition, 224 pages.

SOIGNER PAR L'HYPNOSE, par G. SALEM. *Collection Pratiques en Psychothérapie.* 2007, 4e édition, 344 pages.

La relaxation thérapeutique chez l'enfant

Corps, langage, sujet

Méthode Jean Bergès

Marika Bergès-Bounes
Christine Bonnet
Geneviève Ginoux
Anne-Marie Pecarelo
Corinne Sironneau-Bernardeau

ELSEVIER
MASSON

Ce logo a pour objet d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, tout particulièrement dans le domaine universitaire, le développement massif du « photocopillage ». Cette pratique qui s'est généralisée, notamment dans les établissements d'enseignement, provoque une baisse brutale des achats de livres, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que la reproduction et la vente sans autorisation, ainsi que le recel, sont passibles de poursuites. Les demandes d'autorisation de photocopier doivent être adressées à l'éditeur ou au Centre français d'exploitation du droit de copie : 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris. Tél. : 01 44 07 47 70.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle par quelque procédé que ce soit des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective, et d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (art. L. 122-4, L. 122-5 et L. 335-2 du Code de la propriété intellectuelle).

© 2008 Elsevier-Masson SAS. Tous droits réservés.

ISBN : 978-2-294-08287-0

ELSEVIER-MASSON SAS – 62, rue Camille-Desmoulins, 92442 Issy-les-Moulineaux cedex

Préface

Originalité de la relaxation thérapeutique

Quel est l'apport spécifique de la relaxation thérapeutique ? En quoi se distingue-t-elle des autres interventions thérapeutiques en pédopsychiatrie (psychothérapie, remédiations) ?

Le terme même de « relaxation » – qui prévaut malgré son inadéquation – est équivoque car il renvoie immédiatement à une idée d'hédonisme, de massage, de bain chaud, de *farniente* ; nous lui préférons celui de « relaxation thérapeutique » qui met tout de suite l'accent sur le soin et la psychopathologie, ce qui indique *ipso facto* la nécessité d'une formation sérieuse pour les praticiens qui utilisent cette technique.

Cette relaxation – dite « thérapeutique » pour la différencier des techniques de détente et de confort – ne constitue pas un maternage ou la recherche d'une régression qui serait censée faire revivre à l'enfant les étapes manquées de son développement ; elle n'a pas davantage une visée rééducative ou cognitive qui supposerait à la fois un modèle à imiter et un renforcement du moi et de l'adaptation sociale et scolaire.

Le risque pourrait être aussi de « chosifier » le corps, comme s'il était un objet acquis, sur lequel le sujet pourrait « mettre la main » une fois pour toutes ; or le corps est insaisissable, il nous échappe sans cesse, nous n'en avons conscience que de manière fugace et lorsque nous le parlons. Il change insensiblement, tout simplement parce qu'il vit et qu'il meurt. La relaxation permet d'en prendre conscience dans cette fragilité et cette précarité mêmes.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Pour nous, la relaxation est un travail sur le corps, une expérience subjective du corps que l'enfant vient faire, en groupe, chaque semaine, dans la relation au thérapeute. Celui-ci suggère des images mentales, touche et mobilise le corps de l'enfant et il en nomme les différentes parties. La relaxation thérapeutique est donc une technique originale qui allie une concentration mentale à une décontraction musculaire en présence du thérapeute qui utilise toucher et nomination.

La relation thérapeute-enfant se noue par conséquent autour de la relaxation. Le transfert dans la relaxation a la particularité de s'établir dans un état posturomoteur modifié, dans un lieu qui est celui de l'expérience subjective du corps. L'introduction du corps dans la relaxation, aussi bien celui de l'enfant que celui du thérapeute ou encore celui des autres enfants en séance, entraîne une relation thérapeute-enfant autre que celle qui existe dans une thérapie verbale.

Le corps engagé dans le transfert en relaxation pose de façon originale la question des rapports entre l'imitation, la reconnaissance, l'individuation et l'identification, et amène progressivement l'enfant à une certaine conquête d'autonomie.

C'est dire que loin d'être une technique instrumentale, la relaxation thérapeutique est une méthode qui prend en compte tout le champ clinique. Elle suppose donc une écoute globale des différents domaines de la vie de l'enfant et de ses difficultés, et pas seulement ce qui s'exprime dans les diverses manifestations corporelles symptomatiques ayant suscité la consultation.

Avant-propos

Trente ans après l'édition du livre de J. Bergès sur la relaxation thérapeutique chez l'enfant, et trois ans après sa disparition, nous avons souhaité publier un nouveau livre, appuyé en partie sur son travail mais aussi largement complété et mis à jour.

La relaxation thérapeutique, née à l'hôpital Sainte-Anne, n'a jamais cessé d'être utilisée dans l'Unité de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent (UPPEA)[1]. Mise au point par Julián de Ajuriaguerra, puis développée par Jean Bergès qui en a toujours soutenu l'intérêt et enrichi ses applications théoriques et cliniques dans ses nombreux travaux sur le corps, cette pratique a été encouragée ensuite par Lionel Bailly et par Évelyne Lenoble, actuellement responsable de cette Unité.

La relaxation thérapeutique a aussi contribué à la réflexion et aux nombreux travaux et recherches concernant la difficile question et les enjeux multiples autour du corps de l'enfant. Elle constitue une méthode fondée sur l'expérience clinique, sans cesse interrogée, enrichie d'hypothèses et d'apports nouveaux, pour aller toujours plus loin dans la réflexion sur ses fondements scientifiques.

Nous reprenons en partie l'ouvrage initial, et, dans les prolongements et nouvelles perspectives, nous nous inspirons largement des travaux de J. Bergès regroupés dans son livre *Le Corps dans la neurologie et dans la psychanalyse* (Érès, 2005).

Le présent texte est aussi le fruit de notre expérience clinique journalière avec les enfants et leurs familles dans un « centre référent pour les troubles spécifiques d'apprentissage du langage oral et écrit » et CMPP.

1. L'UPPEA, dont le médecin responsable est E. Lenoble, fait partie des structures hospitalières du service de psychiatrie et de psychologie de l'enfant et de l'adolescent, dirigé au sein de l'hôpital Sainte-Anne d'abord par le Dr Y. du Pasquier, puis actuellement par le Dr M.-O. Pérouse de Montclos, l'un et l'autre fort attentifs à cette pratique thérapeutique.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

C'est ainsi que nous aborderons les troubles psychomoteurs (hyperactivité, dyspraxie), les troubles des apprentissages, les troubles à expression somatique (migraines, sommeil), les troubles à expression psychique, les troubles somatiques (oncologie, neurologie) et les troubles réactionnels (traumatismes).

Si cette méthode thérapeutique était initialement mal connue et peu employée ailleurs qu'à Sainte-Anne, elle a essaimé dans des services de pédopsychiatrie et dans divers centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) ; elle est aussi maintenant utilisée dans des services spécialisés et pour des pathologies spécifiques dont il sera question dans cet ouvrage.

Nous remercions tout particulièrement le Dr Fournier-Charrière du CHU de Bicêtre et le Dr Annequin de l'hôpital Trousseau pour leur contribution à l'application de la méthode dans les cas de douleurs et de migraines, et le Dr Oppenheim de l'Institut Gustave-Roussy à Villejuif dans les cas de cancers chez l'enfant (oncologie).

Une association a été créée il y a trois ans : Association pour la relaxation thérapeutique chez l'enfant et l'adulte (ARTEA) pour maintenir la rigueur, la qualité et la transmission dans la conception de la relaxation thérapeutique qui est la nôtre.

Cette méthode thérapeutique est également utilisée chez l'adulte dans diverses indications ; tel est le cas depuis longtemps, d'abord dans le service de psychiatrie du Pr Widlöcher, actuellement celui du Pr Allilaire, à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière à Paris.

Liste des auteurs

Marika Bergès-Bounes : psychologue, psychanalyste, UPPEA (Unité de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent), responsable de la relaxation des adultes à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière (service du Pr. J.-F. Allilaire), Paris.

Christine Bonnet : psychomotricienne, ancienne formatrice et thérapeute, Centre de la migraine, hôpital d'enfants Armand-Trousseau, Paris.

Geneviève Ginoux : psychanalyste, UPPEA, Paris.

Anne-Marie Pecarelo : psychologue, psychanalyste, UPPEA, Paris.

Corinne Sironneau-Bernardeau : psychologue, psychothérapeute, UPPEA, Association DEEP, Paris.

Liste des co-auteurs

Daniel Annequin : anesthésiste et psychiatre, Centre de la migraine de l'enfant, hôpital d'enfants Armand-Trousseau, Paris.

Lionel Bailly : psychiatre, psychanalyste, Unité de psychanalyse, University College London, Londres.

Élisabeth Fournier-Charrière : pédiatre, Unité de prise en charge de la douleur et des soins palliatifs de l'adulte et de l'enfant, CHU Bicêtre, Assistance Publique–Hôpitaux de Paris.

Évelyne Lenoble : pédopsychiatre, psychanalyste, Unité de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent (UPPEA), Centre référent pour les troubles spécifiques d'apprentissage du langage oral et écrit, hôpital Sainte-Anne, Paris.

Daniel Oppenheim : psychiatre et psychanalyste, Département de pédiatrie et Unité de psycho-oncologie, Institut Gustave-Roussy, Villejuif.

Marie-Alice Du Pasquier : psychologue, psychanalyste, SPP-IPA, Paris.

Michèle Schnaidt : psychologue, psychanalyste, UPPEA, hôpital Sainte-Anne, Paris.

Autres collaborateurs

Marie-Claude Devaux : orthophoniste, UPPEA, hôpital Sainte-Anne, Paris.

Dominique Durazzi : psychiatre, psychanalyste, UPPEA, hôpital Sainte-Anne, Paris.

Catherine Ferron : psychologue, psychanalyste, UPPEA, hôpital Sainte-Anne, Paris.

Anne Le Bouar-d'Artigues : psychomotricienne, département de pédiatrie, Institut Gustave-Roussy, Villejuif.

Claude Meljac : docteur en psychologie, psychologue, UPPEA, hôpital Sainte-Anne, Association DEEP, Paris.

Luce Monier : psychologue, psychanalyste, UPPEA, hôpital Sainte-Anne, Paris.

Chapitre 1
La demande

On connaît la difficulté qu'il y a, en pédopsychiatrie, et parfois en pédiatrie, à décider de tel ou tel abord thérapeutique devant une symptomatologie définie. Dans une certaine mesure, on peut avancer que la question de la décision concernant le choix d'un type d'aide constitue l'une des phases les plus difficiles à aborder dans les consultations, et qu'elle fait l'objet du plus grand nombre de discussions dans les réunions de synthèse ; enfin, que c'est à ce sujet que les positions théoriques ou idéologiques se trouvent les plus tranchées, mises en jeu qu'elles sont par la réalité d'une décision à prendre. Notamment, il est extrêmement fréquent que la question se pose entre l'opportunité d'un abord des troubles « instrumentaux » par le biais d'une rééducation, qui vise à les corriger, les compenser, les contourner, à réparer les conditions qui leur ont donné naissance, ou l'opportunité d'un abord plus global, soit d'ordre chimiothérapique, soit institutionnel, soit psychothérapeutique.

Même lorsque les positions théoriques sont souples et éclectiques, le choix de l'abord thérapeutique dépend aussi des possibilités offertes, de la diversité de l'équipement et des places disponibles, ainsi évidemment que de l'urgence qu'il y aurait à intervenir. Mais un facteur non négligeable nous paraît être représenté par la position de la famille vis-à-vis de cette conduite thérapeutique. En effet, il est fréquent, et tout spécialement après les premières consultations, que la famille se situe d'emblée comme demandant une aide aussi proche que possible d'une application de son idéologie, que celle-ci soit défensive ou liée à l'éthique, à l'éducation, à l'esprit de classe de ladite famille. La rééducation peut être écartée comme trop primaire, trop proche de l'idée d'un déficit, la psychothérapie récusée comme ne tenant pas compte du symptôme, et source de peur ou d'inquiétude vis-à-vis de tout ce qui est « psychique ». Il en est de même, d'ailleurs, et de façon très fréquente, de la position très

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

arrêtée de certains milieux scolaires, rigoureusement hostiles à tel abord ; il est aussi habituel de se heurter à une position de principe de la part du médecin pédiatre ou du médecin de famille. Tenir compte de la demande de « l'envoyeur » est tout aussi indispensable que prendre en compte celle de l'enfant et de sa famille, car souvent c'est ce premier consultant qui continue à suivre la famille, à surveiller l'évolution de l'enfant à travers la cure de relaxation elle-même. En vérité, le transfert de la famille – pas nécessairement celui de l'enfant – reste lié à celui qui a adressé l'enfant en relaxation, le thérapeute en relaxation ne représentant parfois pour les parents qu'un maillon temporaire dans un système d'investissements beaucoup plus large.

Alors comment proposer la relaxation ? Et comment la présenter pour qu'elle puisse être investie par l'enfant et sa famille, afin que de la demande puisse se dire ? Il nous semble qu'elle a un rôle à jouer, d'une part parce qu'elle passe par le corps, champ et mode d'expression privilégiés du symptôme, en proposant une autre manière de l'habiter, une alternative à l'état de gêne, de tension ou à la douleur ; d'autre part parce qu'elle ouvre une voie à l'imaginaire, à l'hypothèse, à la mobilité mentale. Tous les enfants qui ont des difficultés dans ces deux domaines – et ils sont légion dans les consultations – nous paraissent pouvoir être concernés par la relaxation, à la condition qu'ils soient d'accord pour s'y engager, ce qui est indispensable.

Irons-nous jusqu'à dire qu'il n'existe pas de « bonne indication » ou de « contre-indication » en relaxation, à partir du moment où l'enfant est décidé à faire ce travail sur l'expérience subjective du corps, soutenu par le même désir du côté de la famille ?

Comment un traitement par la relaxation thérapeutique est-il proposé à un enfant et comment le demande-t-il ?

Les enfants et leur famille sont généralement adressés par l'école, le pédiatre, le généraliste, l'orthophoniste, un médecin spécialiste. Habituellement, en pédopsychiatrie, l'enfant ne se plaint de rien, ne demande rien, et, assez souvent, la famille ne se représente pas bien ce qu'elle demande non plus. D'autant qu'entre la demande manifeste et la demande latente, existe toujours une différence, voire une contradiction : « Ce n'est jamais ce que je demande que je demande » disait régulièrement J. Lacan. Les parents téléphonent donc pour prendre rendez-vous, sans bien savoir ce qui va résulter de cette démarche et l'enfant sait rarement ce qui l'amène. J. Bergès et G. Balbo (1994, p. 26) parlent même de « non-demande » de l'enfant dans ces premiers rendez-vous :

> l'enfant ne formule à l'analyste aucune demande et se rend souvent auprès de lui contre son gré, ignorant tout des buts d'une cure mais tenant à sa souffrance dont il tire jouissance pour renforcer son sentiment de toute puissance ; l'enfant est le maître de la jouissance.

Donc, celui qui demande est le plus souvent absent de la première consultation car situé en amont, et l'enfant est le lieu de pressions scolaires, de projections parentales, qui le dépassent et le mettent dans une position d'objet. En même temps, par ses symptômes, c'est lui qui « mène la danse » et amène la famille à consulter. Cet apparent paradoxe est précisément la place que Freud donne au symptôme, celle d'un « compromis ».

À cette demande des parents, laborieuse, honteuse, balbutiante ou agacée, nous répondons le plus vite possible par ce que nous appelons la « préconsultation ». L'un des consultants va recevoir les parents – sans l'enfant – et entendre leur discours sur eux-mêmes, leur place de parents, leur enfant, sa place dans la famille, la lignée, son symptôme ; comment leur enfant « est-il parlé », a-t-il été parlé depuis bien avant sa naissance ? Il ne s'agit pas de « faire une anamnèse » qui serait une énumération de fonctionnements sans parole, ni seulement de replacer l'enfant dans une génétique du développement, mais d'être présent au discours des parents, à leurs inquiétudes, à leurs lapsus, à ce que leur enfant représente pour chacun d'eux de blessure, d'échec, d'idéal raté. Et aussi, à l'inverse, de promesse, d'ambition, d'exigence de dépassement de leur condition sociale, d'image de perfection.

Cette préconsultation, premier maillon de la demande familiale, « fait le lit » du transfert déjà amorcé au premier coup de téléphone et se poursuivra en entretiens avec la famille aussi longtemps et souvent qu'elle le souhaitera. C'est ce premier interlocuteur également qui sera le référent, avec l'école, le médecin, les correspondants en tout genre.

Ce transfert initial des parents sur le préconsultant va « précipiter » leur demande et ainsi provoquer celle de l'enfant qui sera vu dans une seconde entrevue. C'est avec l'enfant ensuite que se fait un entretien sur ses problèmes, ses interrogations, ses projets, sa demande : veut-il être aidé et comment ? Ce n'est que lorsqu'il sera d'accord sur cette proposition qu'il pourra s'engager dans un travail de relaxation.

L'expérience montre que, quels que soient le symptôme ou les symptômes initiaux, c'est l'élaboration de la demande qui va ouvrir des pistes, permettre des décalages de points de vue, des changements, c'est elle, et elle seule, qui déverrouille des situations paralysées. D'autant que le travail de relaxation ne vise pas la disparition ou l'atténuation du symptôme d'appel, mais prend en

compte l'ensemble du corps de l'enfant et la place toujours bancale ou douloureuse que ce corps occupe dans la famille, l'école, le monde en somme. La question est bien : qu'est-ce que l'expérience de relaxation va changer dans cette économie corporelle, mais plus largement personnelle ? L'exemple de Louis en donne une idée.

Cas clinique

Louis, 11 ans, consulte pour une énurésie primaire et des tics de plus en plus gênants. Le neurologue qui le suit depuis 6 mois a prescrit du Temesta® matin et soir ainsi que de la Béclamide® trois fois par jour. En même temps, et parce que les tics persistent, il a conseillé aux parents de consulter pour une relaxation thérapeutique dont il connaît bien et la méthode et les effets bénéfiques sur ces différents symptômes.

Mère et fils sont présents lors du premier entretien : Louis est le deuxième d'une fratrie de deux, né comme l'aîné par césarienne. Il a été élevé par une nourrice jusqu'à l'âge de 8 mois, puis la famille a déménagé : c'est à ce moment-là que des troubles du sommeil et surtout d'endormissement (qui, dit la mère, persistent aujourd'hui) sont apparus. Malgré la distance, il va voir régulièrement cette nourrice à laquelle il est très attaché.

Il a parlé à l'âge de 3 ans (entrée à la maternelle) et la mère décrit ainsi son fils : « Il est trop possessif, le cordon ombilical est très difficile à couper… Il est trop affectueux… D'ailleurs, il n'admet pas que son frère ait la même mère ! » Les tics sont apparus à l'entrée au CP ; ils se manifestent essentiellement à l'école, à la maison seulement quand il est très fatigué. Ce sont des grimaces incessantes, accompagnées de haussements d'épaule et de mouvements oculaires très impressionnants. Les copains se moquent de lui, dit-il. La mère a souffert elle-même de tics lorsqu'elle était enfant, on la disait également très possessive (elle est la deuxième de la fratrie, comme son fils), mais elle ajoute : « Les liens du sang, je n'y crois pas, j'ai eu deux césariennes, je les ai pas vus arriver. »

À ce moment de l'entretien, Louis demande à sortir du bureau pour aller aux toilettes… La mère poursuit alors l'inventaire des difficultés de son fils : il n'a pas de copains, il est très lent, son professeur principal ne le supporte pas et le met à la porte de son cours quand « il fait ses tics ». En mathématiques, il ne sait pas raisonner et il est nul en expression écrite. Les seules choses qui l'intéressent, ce sont l'histoire et le dessin (copier des dessins). À la maison, elle décrit un enfant capricieux.

– « Et avec son père ?

– Ils se heurtent, il a peur de lui car il a une grosse voix. »

Seul, Louis évoque d'emblée sa souffrance par rapport à ses cauchemars, cauchemars qui persistent quand il est éveillé. C'est pourquoi il a peur de s'endormir : « Une grande paire de ciseaux qui s'approche de moi, s'écarte, puis revient. »

Aucun tic pendant ce premier entretien.
Le père vient à la seconde rencontre : en présence de son fils, il montre beaucoup d'agacement en même temps qu'il banalise les symptômes et les met sur le compte de caprices. Il reconnaît que sa femme s'occupe trop de Louis, mais ne propose pas pour autant de participer davantage à son éducation : « Je n'ai pas de temps, j'ai trop de travail. » Il soupçonne Louis de « faire ses tics exprès pour embêter les professeurs ». Il accepte cependant l'idée d'un suivi pour stopper la prise de médicaments et parce que le neurologue leur a conseillé de venir.
Les premières séances sont pour Louis une véritable découverte, il se montre très intéressé par la nomination, le toucher, la mobilisation des membres, il met beaucoup de temps à faire sa reprise, garde les yeux grands ouverts, sans aucun tic – il semble au contraire très calme. La relaxation, investie grâce au transfert au neurologue qui l'adresse, permet assez vite à Louis d'assouplir le lien fusionnel à sa mère, lien avec lequel il se débat longtemps. Les tics à l'entrée au CP semblaient effectivement adressés à la maîtresse : celle-ci était l'objet d'un conflit impossible à résoudre pour lui, parce que ne pouvant être que la rivale de la mère et donc désinvestie de sa mission de transmettre un savoir. Chaque année, le même scénario se reproduisait, les tics venant ponctuer ce mal-être, le père restant à l'écart du conflit scolaire mère–maîtresse.
Dès les premières séances, Louis parle de ses cauchemars : « Je les fais toujours, mais maintenant je ne les vois plus quand je me réveille. »
Arrive plus tard le séjour de ski avec sa classe, auquel il avait renoncé à cause de son énurésie et parce qu'il ne s'était jamais séparé de sa mère. Il décide d'y aller (sa mère s'empresse de prévenir tous les responsables de l'énurésie de son fils). À son retour, il dit n'avoir pas eu le temps de faire des séances de relaxation pendant la durée du séjour, mais il est très content car l'énurésie ne s'est pas manifestée. Il vient seul maintenant à ses séances de relaxation.
Louis parle très peu de lui ; en revanche, il est de plus en plus à l'aise dans sa posture, dans son attitude vis-à-vis des autres enfants ; les troubles du sommeil ont totalement disparu au moment de la respiration ; quant aux tics, il ne les a jamais ni évoqués, ni montrés. Le neurologue nous a fait savoir qu'il avait considérablement diminué les doses de médicaments et, sur le plan scolaire, le passage en cinquième est programmé.

L'expérience de Louis montre la complexité des enjeux aboutissant à une demande de relaxation, les aménagements ainsi que les décalages que permet le déroulement d'une cure, et l'importance du transfert initial, ici au neurologue, qui a fait d'emblée l'hypothèse que cet enfant ne souffrait pas de troubles neurologiques, mais pouvait bénéficier d'une relaxation thérapeutique.

Chapitre 2
Dynamique de la méthode

1. Suggestion

Qu'est-ce qui sert de levier au transfert dans la relaxation qui implique le corps ? La suggestion, qui joue sur plusieurs plans. Cette suggestion du thérapeute, qui, dans notre technique, est aussi neutre et légère que possible pour éviter une érotisation de la situation et une dépendance interminable de l'enfant à l'adulte, se fait sur trois niveaux sans cesse enchevêtrés : le toucher, la nomination des parties du corps, les images.

Contrairement à J.H. Schultz qui ne touchait pas ses patients et à la règle de la psychanalyse qui interdit le toucher, la relaxation thérapeutique donne une large place au fait de toucher :

– un toucher de repérage d'abord, lorsque l'enfant s'allonge sur le divan, pour qu'il perçoive la place que son corps occupe ;

– un toucher qui accompagne chaque nomination de chaque partie du corps ;

– le toucher des mobilisations qui permet à l'enfant de sentir ce qui est détendu dans son corps et ce qui ne l'est pas.

Ce toucher du thérapeute est toujours lié à sa parole qui nomme les parties du corps (« l'épaule, le bras, le coude, l'avant-bras, le poignet, la main ») et propose des images (« le corps est bercé par la respiration comme une barque est bercée par la vague dans le port »). Les trois registres sont sans cesse sollicités en même temps, de manière répétitive, la plus neutre possible : nous ne changeons pas de mots ni d'images, c'est l'enfant qui, peu à peu, trouvera les siennes, utilisera ses propres mots, au fur et à mesure qu'il deviendra moins dépendant de la relation à son thérapeute. La suggestion s'apparente davantage pour nous à une induction : c'est une

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

proposition de détente faite par le thérapeute à l'enfant. Mais elle constitue un élément dynamique de la relaxation car elle crée une distance, un contraste entre ce qui est suggéré par le thérapeute et ce qui est éprouvé par l'enfant, entre ce qui est dit par le thérapeute et ce qui est imaginé par l'enfant, et elle se réfère sans cesse au corps de la réalité, celui du thérapeute vu et présent et celui de l'enfant touché, nommé et mobilisé. Elle joue à la charnière entre l'illustration, la représentation et la réalité concrète, palpable et esthésique du corps, et c'est grâce à elle que l'enfant va pouvoir éprouver son identité, à travers la reconnaissance par le thérapeute de son autonomie et de sa place de sujet.

2. Verbalisation

La verbalisation de l'enfant dans la technique de relaxation diffère évidemment de ce qui se passe dans une psychothérapie où elle est le pivot de la cure. Dès la première séance, nous indiquons à l'enfant qu'il peut parler, s'il le souhaite – il n'y a aucune obligation –, avant la séance et que nous nous quitterons sur ce qu'il a senti et non sur ce qu'il a dit. Il s'agit de garder à la relaxation son originalité, son terrain de manœuvres qui est le corps ; d'éviter aussi qu'elle devienne nécessairement une psychothérapie ; d'éviter également que l'enfant ne passe sa séance de relaxation à chercher ce qui pourrait bien intéresser le thérapeute afin de le lui restituer, au lieu d'être présent à ce qui se passe en lui pendant la séance.

L'expérience montre que les enfants en groupe de relaxation se saisissent peu de cette proposition de verbalisation, surtout en début de cure (peut-être tout simplement parce que la relaxation leur avait été proposée justement parce qu'ils ne pouvaient guère associer à partir de leurs embarras corporels).

En fin de cure, le plus souvent, ils deviennent capables de parler d'eux, de leurs transformations et de leurs désirs.

Même si le temps de parole n'est pas utilisé par l'enfant, il ne sera remplacé par aucune autre activité : ni jeu, ni dessin, ni pâte à modeler pour « remplir le temps », mais simplement ce que nous avons l'habitude d'appeler une relaxation « pure et dure » : l'expérience corporelle que fait l'enfant à cette occasion n'a besoin d'aucun accompagnement, d'aucun divertissement. La séance elle-même n'a pas besoin, non plus, de support musical, comme on nous en fait souvent la demande. Ce qui se passe dans le corps de l'enfant dans le groupe et avec son thérapeute suffit.

3. Évaluation

Comment évaluer les effets de la relaxation thérapeutique sur un enfant ? Peut-on mesurer scientifiquement un avant et un après, et par quels moyens ? Cette question de la validation de la méthode nous est souvent posée.

La mesure supposerait que des phénomènes physiologiques objectivables se produisent dans le corps grâce à la relaxation, ce qui est exact, mais ce qui rend l'état de détente obligatoire ; alors que, pour nous, c'est l'expérience que le patient fait dans son corps, ses tensions, ses douleurs, ses symptômes, qui est essentielle.

L'évaluation de la relaxation, à notre avis, ne peut être que qualitative et non quantitative, car elle prend en compte l'ensemble des facteurs en jeu dans la relation ; le transfert pourrait-il être chiffré ?

Nous croyons davantage à l'évaluation clinique qu'à la pseudoscience du chiffre et pensons que, comme dans les psychothérapies ou la psychanalyse, l'expérience subjective ne peut s'évaluer qu'à l'aune de l'autre et de ce qui lui est dit.

Il nous apparaît donc que l'évaluation peut se faire non par des moyens techniques, mais à partir de ce que l'enfant d'une part et la famille d'autre part vont dire dans le cadre d'un entretien clinique.

Nous n'avons accès au corps et à l'activité de pensée de l'autre qu'à travers ce qu'il en perçoit lui-même, ce qu'il peut en accepter, mettre en mots, et surtout ce qu'il veut bien nous en dire – ce qui situe sa parole dans la relation, dans l'adresse, avec toutes les implications du champ de la parole et du langage.

Chapitre 3
Description de la méthode

Comme bon nombre de méthodes de relaxation, la relaxation thérapeutique de J. Bergès est issue du training autogène de J.H. Schultz. Elle a été adaptée aux enfants dans l'Unité de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent de Sainte-Anne et suit, dans les grandes lignes, la progression élaborée et expérimentée par J.H. Schultz (1968).

1. Déroulement habituel d'une cure de relaxation d'après J.H. Schultz

Nous décrirons le déroulement habituel d'une relaxation, ce qui pourrait correspondre à la formulation de la « cure type », si cette expression ne comportait pas une contradiction interne, liée au caractère très personnel de chaque expérience de relaxation. Cependant, elle fait allusion à ce en quoi les diverses cures suivent un schéma évolutif général, véritable progression de la méthode, qui a été remarquablement inventée et décrite par J.H. Schultz (1968). Ainsi est-ce davantage la conduite à tenir pendant chaque phase de la technique chez les patients que nous nous proposons de préciser.

Comme on le sait depuis les études initiales de cet auteur, la progression de la cure de relaxation qu'il a proposée chez l'adulte se fait sur un mode évolutif assez stéréotypé, qui correspond, d'après lui, à la progression spontanée de la relaxation dans le cas où il s'agirait d'auto-entraînement. Et J.H. Schultz de rappeler qu'il existe un parallélisme, au moins une analogie, entre ce qui se passe dans l'évolution d'une relaxation et ce qui se produisait dans une séance d'hypnose, puisque c'est précisément cette gradation topographique générale et intéressant finalement toutes les fonctions de l'organisme qui a pour lui constitué le premier modèle de son training autogène. Il existerait donc, pour cet auteur,

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

une distribution progressive des zones organo-fonctionnelles de l'organisme qui serait propre à l'envahissement de la relaxation, de même qu'il existe une gradation des effets physiologiques de cette relaxation, son intensité allant croissant et se traduisant d'abord par une sensation de calme, de lourdeur, puis de chaleur. Le corps, une fois gagné dans son ensemble par ces phénomènes (les bras, les jambes, les muscles fessiers, le dos, les épaules et le cou qui forment une unité, la « généralisation »), constitue l'achèvement du premier stade pour J.H. Schultz. Ensuite vont se succéder les étapes respiratoire et abdominale, entraînant la contribution des fonctions végétatives, et constituant le deuxième stade, preuve des effets « organismiques » décrits par J.H. Schultz : il indique par là la réalité d'une participation de l'organisme tout entier à la relaxation, et en particulier du système neurovégétatif. Cette participation a été fort étudiée, dans ses aspects fonctionnels systématisés aussi bien cardiovasculaire, respiratoire que gastro-intestinal, par l'école de J.H. Schultz et surtout par ses élèves directs de Strasbourg (Durand de Bousingen et Geissmann, 1968). C'est dire que le déroulement de la relaxation se fait sur un mode général correspondant à une succession dont on connaît mal la signification neurophysiologique exacte, mais qui n'est pas explicable seulement par une gradation déterminée par la suggestion du thérapeute. Un effort a également été tenté par de nombreux auteurs pour étudier les correspondances électro-encéphalographiques dans l'état de relaxation en rapport avec les mécanismes de la vigilance et ceux qui présideraient à la mise en jeu de l'activité intellectuelle.

La dernière phase de la relaxation concerne la détente du visage, des yeux et celle du front, qui, pour J.H. Schultz, marquait le début des associations libres, donc d'une psychothérapie verbale.

Nous ne faisons pas la distinction entre ces deux niveaux : celui qui concernerait la détente du corps, et celui qui s'attacherait à l'image et à la pensée, un peu comme s'il existait une hiérarchie entre deux étages. Pour nous, le travail sur le corps et le travail sur l'image sont associés dès la première séance et l'expérience de relaxation se fait précisément, tout au long de la cure, dans le va-et-vient entre ces deux registres.

Malgré la proposition toujours identique, faite par le thérapeute, de cette progression de la relaxation à chaque enfant, le déroulement d'une cure n'est en rien celui d'une rivière dont on connaît chaque méandre. Les détours inattendus, les stagnations, les raccourcis sont en effet extrêmement fréquents, et ces accidents, par leur nombre, leur importance et leur caractère quasi habituel,

doivent être décrits, nous forçant à établir avec précision les déviations les plus communes à la progression type.

2. Préliminaires techniques

2.1. Techniques de relaxation individuelle et en groupe

La relaxation thérapeutique nous paraît pouvoir être appliquée selon deux modalités qui ne diffèrent pas fondamentalement : technique de relaxation individuelle, technique de relaxation en groupe.

Nous avons au départ employé le plus souvent la technique individuelle, aussi bien dans la pratique privée qu'à l'hôpital, en Centre médico-psychologique (CMP), ou en Centre médico-psycho-pédagogique (CMPP). Cette préférence découlait, semble-t-il, du fait que notre pratique avait commencé en l'utilisant chez l'adulte. Mais nous est assez rapidement apparu l'intérêt de suivre les enfants en groupe de six ou moins, et d'appliquer à chacun la méthode individuellement, dans une salle suffisamment grande pour que cette relaxation individuelle soit pratiquement possible en groupe.

Dans cette cure de relaxation en groupe ouvert, avec thérapeute individuel, certains points nous paraissent devoir être précisés.

La modalité technique en cause n'est pas à proprement parler une « technique de groupe » puisque les enfants ne commencent pas la cure au même moment. En effet, l'enfant fait sa relaxation dans une grande salle où sont placés six à huit divans ou matelas et où se trouvent plusieurs thérapeutes ; il rentre quand une place se libère. Il n'est habituellement pas du même « niveau » que ceux qui sont dans la salle avec lui : il n'y a donc aucune consigne commune, et les différentes indications dites par le thérapeute ne le sont pas de façon collective, mais individuellement, à voix basse. À chaque patient est dévolu un thérapeute qui reste le même pendant la durée de la cure. Ce thérapeute – cela nous paraît un point de grande importance – n'est pas « réservé » à un seul sujet dans la salle : il s'occupe en effet de deux, parfois trois patients, et va de l'un à l'autre selon les nécessités des séances. Ainsi la relation est-elle préservée, mais elle est objectivement partagée pendant la cure. Le groupe est constitué de façon hétérogène, aucune spécificité ne préside à sa composition : le « tout venant » le compose. En particulier, l'âge et le symptôme ne nous paraissent en aucune façon devoir dicter telle ou telle organisation. C'est ainsi que nous proposons des groupes d'enfants de tous âges, à l'exception des grands

adolescents, que nous recevons soit en individuel, soit dans des groupes d'adolescents, soit dans des groupes d'adultes. L'intérêt est d'entreprendre et de mener une expérience dans laquelle les enfants savent qu'ils sont impliqués avec des plus grands ou des plus petits qui « font la même chose qu'eux ». C'est aussi l'occasion d'observer l'importance des relations qui s'établissent entre les enfants dans les salles d'attente et de relaxation, relations très vites imprégnées de qualités propres à des phénomènes de groupe où le rôle, les jeux de miroir, les possibilités d'imitation et d'identification, les dialogues et les échanges entre enfants, la question de la séparation, par exemple, prennent une importance qui va croissant tandis que la cure évolue.

Un autre intérêt de cette technique de groupe d'enfants en relaxation – que nous privilégions – nous paraît résider dans la richesse des renseignements de tout ordre que l'on peut recueillir avant, pendant et après la séance : il s'agit là d'une véritable « observation » de l'enfant. En particulier, dans les cas de grande anxiété, cette technique permet à l'enfant de franchir le cap difficile des premières séances. Accompagné du thérapeute, ou d'un autre enfant, il rentre dans la pièce, dont il peut sortir pour revenir lors d'une nouvelle invite. Il s'habitue à la salle, voit les enfants allongés et qui font leur séance. Tandis qu'on lui explique comment va se dérouler la première séance, il observe lui-même les enfants du groupe en relaxation. Il est à noter que même un enfant très agité ou bruyant se trouve généralement rassuré par le silence et le calme postural de ceux qu'il a regardés et dont l'un deux lui laissera un peu plus tard « sa place » sur un matelas, place progressivement découverte, et finalement trouvée et prise.

La technique de groupe soulève quelques questions de détails concernant l'organisation de la salle, et aussi celle de la situation dans cette salle du ou des thérapeutes. La formule qui nous paraît être la meilleure est la suivante : le nombre de patients par thérapeute ne peut excéder trois ou quatre. Il nous semble qu'un chiffre total de huit patients en relaxation simultanément peut difficilement être dépassé. Encore ces chiffres s'entendent-ils dans le cas d'une équipe bien entraînée, habituée à ces conditions de travail et expérimentée. Cela suppose l'utilisation de grandes salles. La disposition la plus favorable nous semble être celle en fer à cheval ou en U, l'ouverture correspondant à la porte d'entrée et aux diverses tables nécessaires pour les dossiers, les portemanteaux, et constituant ainsi un « espace vide » où peuvent être accueillis les nouveaux arrivants, ou les patients qui désirent s'entretenir avec

l'un ou l'autre avant la séance. Nous tenons tout particulièrement à cette zone suffisamment vaste pour que la distance permette aux patients de s'exprimer, d'hésiter, de choisir, éventuellement de reculer, avec toute liberté de manœuvre.

Par ailleurs, la technique de groupe avec thérapeute personnel implique un certain écartement entre chaque divan : celui de la place d'une chaise entre chaque matelas. Quant aux thérapeutes, ils sont tantôt assis, tantôt dans la place inscrite entre les branches du U, espace central, dans lequel s'expriment et s'articulent diverses considérations intéressant les relaxations en cours et se discutent à voix basse diverses questions posées par les membres de l'équipe, ou divers stagiaires en formation. À cette mise en question de la séance pendant qu'elle se déroule, fait écho une discussion qui nous paraît revêtir la plus grande importance : elle a pour théâtre la salle d'attente avant la séance. Les échanges de vue doivent pouvoir se faire librement, et il nous semble que doit être prévue, attenante à la salle de relaxation, une pièce qui ne soit pas, dans le cas des enfants, celle où attendent les parents, pour que les espaces parents et enfants ne soient pas confondus.

Nous insistons auprès de l'enfant sur le fait qu'il s'agit là d'une entreprise à deux, enfant et thérapeute, et qu'il n'a de « comptes à rendre » à personne de sa famille. C'est dans cet esprit évidemment que nous n'acceptons pas la présence de la mère ou du père pendant les séances. Ces faits ne sont pas, à l'évidence, propres aux thérapies de relaxation, mais il nous semble que, par sa nature même qui est de faire du corps le centre du débat, la relaxation est une technique où ils sont, peut-être plus qu'ailleurs, mis en question.

Dans les cas de relaxation individuelle, la pièce où se déroule la séance ne nous paraît pas devoir être aménagée de façon particulière : le bureau de consultation paraît tout à fait convenir. Nous ne trouvons aucun avantage, quant à nous, à réserver un local spécial pour la relaxation.

Il nous est apparu souhaitable, dans la technique individuelle, d'installer un divan dans le bureau même du thérapeute : les objets familiers, un certain arrangement de la pièce contribuent à la qualité de la relation qui s'établit au fil du traitement. Dans le même ordre d'idée, les pièces par trop exiguës nous semblent une mauvaise solution, confinant le patient et le thérapeute dans un contact proximal et un effet de cage, de placard ou de bonbonnière dont chacun a hâte de se défaire. Il est bon que le thérapeute puisse marcher, s'éloigner du divan, permettant au patient d'ouvrir les yeux, de le voir et de le regarder.

2.2. La lumière

La question de la lumière pose un problème qui, nous semble-t-il, ne saurait être résolu par la négative. Classiquement en effet, les divers auteurs qui ont abordé les techniques de relaxation ont insisté sur l'indication qu'il y aurait à faire l'obscurité dans la pièce où la séance se déroule, obscurité permettant d'annuler les afférences visuelles et concourant ainsi à désafférenter les stimuli. Il nous semble que cette obscurité n'est pas souhaitable et nous préférons faire simplement en sorte que le sujet ne soit pas face à la source de lumière, que nous situons derrière lui. De même, nous conseillons, dans les séances à la maison, un éclairage indirect, mais jamais le noir. Il nous paraît essentiel de réunir les conditions propres à faciliter une désafférentation tonique et posturale au sens clinique, mais la fermeture des paupières nous paraît centrale dans cette perspective, dans ses difficultés, ses phases d'occlusion, de relâchement, et d'interruption. En effet, et en particulier dans la phase initiale de la relaxation, il nous apparaît beaucoup plus important de permettre au patient de faire l'expérience de regarder ou de ne pas regarder, plutôt que de tenter de lui faire oublier ses yeux en le plongeant dans l'obscurité.

2.3. Le bruit

On insiste habituellement, dans les diverses techniques concernant la relaxation, sur le silence, l'isolement phonique et le calme. Sur ce sujet comme sur celui de la lumière, nous ne sommes pas intransigeants : les bruits de la rue, du service hospitalier ne nous paraissent pas des obstacles insurmontables, et font plutôt partie de l'existence quotidienne, rendant la séance moins « à part ». Cependant, deux points doivent être précisés : d'une part, on s'efforcera d'obtenir que des bruits franchement gênants ne viennent pas interférer pendant la séance ; d'autre part, nous proscrivons radicalement les « accompagnements musicaux » que certains proposent et qui nous semblent relever davantage du folklore que de la médecine. En ce qui concerne les bruits pendant la séance, il apparaît nécessaire de préciser que les enfants attachent la plus grande importance aux allers et venues du thérapeute, à ses occupations diverses, pris qu'ils sont immédiatement dans le transfert. Ces points sont plus complexes et nombreux encore dans la technique en groupe, où les bruits, chuchotements et conversations éventuels prennent un relief, une signification et aussi souvent un volume plus importants. Le silence très complet,

notamment dans certaines pièces isolées à des heures où la circulation est rare, est mal supporté par les patients, et peut-être davantage encore par les adolescents. La présence d'une simple pendule ou d'un réveil permet, par leur bruit régulier et discret, de modifier ces conditions.

2.4. Où proposer aux patients de s'allonger ?

Quelques impératifs nous paraissent devoir être pris en considération : un divan de 90 cm nous paraît un minimum, les dimensions inférieures ne permettent pas un bon appui des bras, pour peu que le sujet ne s'allonge pas au milieu du matelas. Idéalement, une hauteur de l'ordre de 40 cm, au moins, permet au thérapeute de n'être pas dans l'obligation de s'accroupir et de se baisser exagérément pendant les séances. Mais un matelas simplement posé par terre peut très bien faire l'affaire. Un point important est de pouvoir circuler autour du divan, un passage doit être prévu aussi bien de chaque côté qu'à la tête et aux pieds du lit. Les coussins ne sont pas indispensables : chez les enfants, l'apport de coussins ou de traversins peut générer des débordements difficilement contrôlables, qui perturbent la séance : la prudence est donc de mise. À côté de la tête du divan, nous avons l'habitude de placer un siège pour le thérapeute. Il ne constitue en aucune façon un point d'attache immuable ni un lieu réservé (puisque aussi bien le patient y place souvent un vêtement, un objet quelconque, un jouet), mais il permet à certaines phases de la cure d'être à la fois proche et pas trop « écrasant » pour le patient, le thérapeute debout près du divan d'un enfant prenant toujours relativement des dimensions démesurées, voire inquiétantes. L'enfant peut aussi, en ouvrant les yeux, s'assurer de l'absence ou de la présence du thérapeute, et l'observer sans avoir à échanger des regards avec lui. Enfin, ce siège rend possibles des phases d'immobilité de la part du thérapeute, phases souvent très utiles au cours du traitement ; or il est difficile, debout, de rester immobile sans que le patient ait le sentiment, ou la crainte, qu'il s'agit d'un poste de guet, d'une attitude de surveillance.

2.5. Les vêtements

Chez l'enfant, la mère attire souvent l'attention sur ce sujet : « Faut-il qu'il mette des habits de gymnastique ? Ou faut-il l'habiller de façon particulière ? », etc. De son côté, l'enfant est souvent troublé sur le fait de savoir s'il faut se déshabiller, enlever ses

chaussures, son manteau, par exemple. Nous proposons à l'enfant de « se mettre à l'aise », mais nous ne rentrons pas dans les détails. Nous avons en effet depuis longtemps été frappés par la fréquence avec laquelle les habits, et en particulier les plus « couvrants », tels que la capuche, la casquette chez les adolescents, servaient d'écran rassurant, d'armure, ou au contraire étaient l'objet d'un désir de s'en débarrasser plus ou moins coupable selon l'importance qu'y attache la mère. De plus, en particulier chez les garçons, le contenu des poches a une vertu très rassurante, et ce serait assurément une grave erreur que de les en priver, ou même de poser explicitement le fait qu'il existe et pourrait « gêner ». Il en est de même de nombreux attirails tels que les téléphones portables, les baladeurs, dont la fonction est d'autant plus précieuse que l'on s'approche du début de la séance de relaxation. Il suffit de constater combien est parfois élevé le nombre de séances nécessaires pour que le sujet puisse enfin sortir son pistolet de la poche qu'il gonfle depuis longtemps, et puisse tirer à bout portant sur le thérapeute, pour saisir combien il eut été dommage de le désarmer à la première séance.

Chapitre 4
Déroulement de la cure de relaxation

1. L'entretien initial

L'entretien précédant la première séance va se dérouler en tête-à-tête.

« La relaxation est une technique que tu viendras apprendre ici une fois par semaine et à laquelle tu pourras t'entraîner seul chez toi tous les jours. Évidemment, c'est toi que cet entraînement concerne et si tu ne t'entraînes pas, personne ne le fera à ta place. Il s'agit d'une technique qui permettra d'établir peu à peu de nouveaux liens entre ce que tu penses et ce que tu sens dans ton corps, c'est-à-dire de répondre différemment à la contrariété ou à l'émotion par exemple. La relaxation sert à faire l'expérience que l'on peut sentir son corps sans le remuer ou sans qu'il soit tendu ou douloureux. Cela ne veut pas dire que tu vas être détendu du jour au lendemain ou que ton état de tension va disparaître d'un seul coup, mais tu vas peu à peu sentir ton corps autrement. »

« Ce qui est proposé, ce n'est pas d'obtenir à tout prix une "bonne" relaxation, mais d'être présent à ce qui se passe en toi pendant que tu te détends. »

« Pendant les séances ici, je viendrai te mobiliser ; ce n'est pas un contrôle mais c'est pour te permettre de sentir quelles sont les parties tendues et celles qui ne le sont plus.

Pratiquement, la séance évolue en trois phases : une concentration sur une image de calme, une décontraction musculaire d'une partie du corps, et à la fin, la "reprise" qui consiste à remettre les muscles dans leur état d'activité habituel. »

« Les premières séances doivent être très courtes : 7 minutes environ. Chez toi, tu t'installes sur un lit, un divan, un tapis, dans une pièce tranquille et tu organises un dispositif qui te prévient lorsque ces 7 minutes sont passées : un réveil, un compte-minutes ou

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

quelqu'un qui vient frapper à la porte. Peu à peu, au fur et à mesure que le corps sera intéressé dans son entier, les séances deviendront plus longues, aussi longues que tu le désires, mais tu n'as pas trop intérêt à faire durer les premières. As-tu des questions à poser ? »

On demande ensuite à l'enfant s'il a compris et on lui précise que, dorénavant, la séance commencera par un entretien avec lui, s'il le souhaite, où il pourra parler de ses séances de relaxation, de ce qu'elles apportent de difficultés, d'étonnement, ou dire ce qu'il veut. Nous insistons sur ce fait qu'il n'y a aucune obligation à s'exprimer, mais que ce qu'il dira ne sera pas répété et précédera la séance elle-même, et que nous nous quitterons sur ce qu'il aura senti dans son corps pendant sa séance. Il s'agit ainsi de laisser à la relaxation son travail original sur le corps et ne pas le mettre du côté d'une thérapie verbale. Cet espace de parole est peu utilisé par les enfants, surtout en groupe, mais est toujours maintenu comme un possible et l'enfant sait qu'il peut s'en emparer quand bon lui semble.

La première séance de relaxation peut donc commencer. Elle est importante car elle est en somme le modèle, ou la préfiguration des suivantes : elle marque le début d'un processus de longue haleine, constitue un point de départ qui ne prend son sens que dans la mesure où est indiquée la direction générale, l'existence d'un processus dynamique progressif. Cette première séance n'est pas présentée au patient comme une fin en soi, mais au contraire comme un commencement impliquant un projet, aussi bien de sa part que de celle du thérapeute. Cependant, il y aurait erreur à la considérer comme irremplaçable et à lui attribuer abusivement une signification décisive. Il faut savoir en effet qu'il est fréquent, chez l'enfant surtout, qu'elle soit en quelque sorte oubliée, ou presque ; son caractère inattendu, inhabituel, nouveau, a parfois un effet de sidération véritable et l'on est frappé de constater que, lors de la deuxième séance, tout ce qui a été fait précédemment est annulé, perdu de vue, « comme s'il ne s'était rien passé ». De sorte que, bien souvent, lors de la deuxième séance, doit être repris tout ce qui a été dit à la première.

2. La première séance

2.1. L'entrée dans la salle de relaxation

Après les explications initiales, l'enfant est invité à entrer dans la pièce où se déroule la relaxation avec les autres enfants du groupe pour faire sa première séance.

La durée de cette première séance n'est pas immuable : elle change en fonction des comportements des enfants. Nous considérons qu'elle doit être environ de 10 minutes, mais il arrive que ce temps soit écourté ou allongé. En effet, dans le cas d'enfants hyperactifs ou très anxieux, redoutant la position allongée, nous préférons faire une séance très courte (5 minutes) suivie d'un entretien permettant d'exprimer l'inquiétude et les difficultés, entretien qui parfois peut se terminer par une nouvelle séance très courte où le patient est plus disponible, plus présent à ce qui se passe en lui. Au contraire chez certains enfants et surtout chez les adolescents, il arrive que la première séance soit plus longue.

Aux enfants très phobiques et angoissés, nous proposons, lors de la séance initiale, de faire acte de présence, d'assister en spectateur à la séance de ceux qui sont plus avancés dans la cure. Il arrive même, dans certains cas, que les premières séances consistent simplement dans le fait que l'enfant vienne dans la salle de relaxation pour s'en aller au bout de quelques minutes, parfois même vienne faire une reconnaissance, regarder la pièce et ce qui s'y déroule et reparte aussitôt, car la position allongée et immobile, pour un enfant, est facilement synonyme de mort : « Ils sont tous morts ici ! » avait ainsi dit un enfant de 8 ans en entrant dans la salle de relaxation. Et ce n'est que lors de la deuxième ou troisième séance qu'il avait pu s'allonger.

La période de préparation est en effet parfois riche en événements (installation laborieuse sur le lit, soupirs, paroles, position assise soudaine, etc.) et nous laissons alors à l'enfant le temps de se calmer avant d'aborder la séance proprement dite. Il est rare que les enfants – de même d'ailleurs que les adultes – soient à l'aise à ce moment-là. Ils regardent autour d'eux si les autres patients ont enlevé leurs chaussures, où elles sont posées, comment ils sont placés sur le lit, etc. Souvent, ils s'assoient et attendent que les « directives » leur soient données ; ou bien ils s'allongent, les yeux inquiets, les jambes et les bras croisés, ou les bras ramenés sous la tête. C'est à ce moment que le thérapeute palpe bras et jambes du patient, lui proposant de dénouer ses jambes et de mettre ses bras le long de son corps. Cette palpation a, dans la grande majorité des cas, un rôle très rassurant, et calme le patient inquiet. La présence du thérapeute tout près de lui est, comme nous l'avons déjà dit, à ce moment-là indispensable.

Il arrive que les palpations du thérapeute ne puissent avoir ce caractère rassurant : on voit parfois des patients se défendre en sursautant ou en se contractant au fur et à mesure qu'ils sont

touchés. Mais cela est très rare, le toucher du thérapeute levant le plus souvent l'inquiétude et rendant possible un début de détente.

Si certains enfants écoutent les explications préliminaires sagement et entrent dans la salle de relaxation dans un silence parfait, en rasant les murs et les matelas pour être aussi discrets que possible, il en est qui, pendant cette première séance, développent des comportements théâtraux d'angoisse ou de contenance. Ils disent bonjour à la cantonade, s'approchent des enfants déjà installés pour les regarder, font de la lumière, parlent fort pendant la séance, ont des fous rires, des sortes de crises de tension, partent en claquant la porte… ou bien ont une crise de larmes. C'est ainsi qu'un enfant de 8 ans, après avoir écouté sans mot dire les instructions initiales, a pleuré en voyant la salle (la pénombre ?) et n'a pas pu y entrer ; cantonné dans la salle d'attente et pleurant chaque fois que la porte s'ouvrait, il refusait toujours d'entrer. La semaine suivante, il a pénétré dans la salle de relaxation avec le flot des enfants, et s'est installé sur un matelas, comme un habitué. Ces moments d'angoisse initiaux sont extrêmement fréquents, et avec les enfants comme avec les adultes, la vigilance et la prudence du thérapeute en relaxation doivent toujours être aiguisées.

2.2. Le déroulement de la première séance : le bras préférentiel

La première séance de relaxation concerne la détente d'un bras. Elle évolue schématiquement en trois phases :

– une phase de concentration mentale, de mobilisation de l'attention, sur une représentation mentale ;

– une phase de travail de décontraction de détente neuromusculaire d'un bras ;

– une phase de « reprise » enfin, qui constitue un retour actif à l'état habituel, un retour en arrière.

2.2.1. La phase de concentration avec représentation

C'est la première proposition du thérapeute. Elle s'accompagne d'une invite à « fermer tranquillement les yeux » et à « penser en dedans de soi », à regarder en dedans de soi une image, un tableau, un paysage, un souvenir, quelque chose de calme, de tranquille. C'est l'illustration de la phrase : « Je suis calme, je suis tranquille. » On demande au patient de tenter de penser seulement, pendant un temps très court, à ce calme, à cette image, et de « sentir combien il

est tranquille ici en ce moment ». Pendant cette phase d'induction, le thérapeute reste proche du patient, le regarde parfois et lui sourit s'il ouvre les yeux. À trois ou quatre reprises, les mots de calme, de tranquille, d'image, de représentation, la formule « Tu regardes dans la tête » ou « Tu penses dans ta tête », sont répétés, précédés d'une allusion au fait que les yeux sont fermés. Cette première phase dure à peu près 60 à 90 secondes.

Certains enfants, lors de la première séance et parfois pendant des semaines ou des mois, ne parviennent pas à fermer les yeux. Ils regardent autour d'eux les autres enfants allongés ou guettent chaque geste et chaque mimique du thérapeute, comme s'il existait un danger. Cette inquiétude manifestée par les yeux ouverts concerne aussi leur corps qu'ils regardent et dont ils vérifient la présence et la contenance. Nous les laissons explorer ainsi la pièce du regard, sans insister pour obtenir la fermeture des yeux. Simplement, au moment où nous demandons à l'enfant de se représenter son bras « souple » et puis « présent » (après la mobilisation), nous lui proposons de nouveau de fermer ses yeux pendant un petit moment, toujours sans insister s'il ne le fait pas. Il arrive fréquemment qu'il parvienne alors à le faire pendant quelques secondes.

Si pour les adultes cette représentation de calme est à la fois personnelle et indispensable à leur séance, il semble que les enfants aient des difficultés à l'imaginer. Certains la disent à haute voix la première fois – et il s'agit surtout, semble-t-il, de vacances au bord de la mer ou de maman –, mais la plupart soit n'en parlent jamais, soit n'y parviennent pas et il semble alors que la parole du thérapeute : « Je suis calme », accompagnée de palpations, suffise. La majorité ne dit pas grand-chose de cette « image de calme », certains même demandent de quoi il s'agit et comment il faut faire pour la regarder. De sorte que nous n'insistons guère et nous nous contentons de répéter à plusieurs reprises : « Je suis calme. »

Chez les enfants très tendus, incapables d'obtenir un début de relaxation pendant la première séance, nous utilisons l'effet rassurant de la respiration. Lorsque la paratonie du bras droit est « invincible » ou lorsque l'enfant est très instable, nous faisons intervenir la respiration, non pas sous forme de rythme, mais comme un guide à la décontraction. L'enfant sent alors que la détente musculaire se fait par paliers et devient plus nette et plus profonde à chaque expiration.

Cette respiration est par ailleurs, nous semble-t-il, une réalité, une activité à laquelle il peut « s'accrocher » : il y a là non pas une représentation mais quelque chose qui existe, qui est senti comme

vivant dans le corps, et qui constitue un élément présent, rassurant. Il faut noter qu'à partir du moment où la respiration est évoquée et où la main du thérapeute touche la région abdominale, l'inquiétude diminue. L'enfant très tendu peut abandonner momentanément une partie de sa contraction ; quant à l'enfant instable, il perçoit à l'intérieur de lui le début d'un noyau qui existe et sur lequel il peut se concentrer, souvent pour la première fois – au lieu de disperser et de dissoudre son énergie dans le monde extérieur. L'attention, comme en suspens, retenue, que les enfants manifestent pour leur respiration, lorsqu'il en est question, nous a souvent amenés à penser que c'était véritablement la première fois que l'enfant en prenait conscience, la découvrait et s'intéressait à ce qui se passait dans son corps : une activité tranquille. C'est d'ailleurs souvent à ce moment-là que celui qui avait les yeux ouverts depuis le début de la séance peut les fermer momentanément.

L'enfant, accroché à sa respiration, la rend présente par des mouvements exagérés d'abord, puis l'utilise en effet comme une activité rassurante venant se substituer à l'activité de l'instabilité.

2.2.2. La détente musculaire

Cette première séance va constituer le premier essai de l'expérience de relaxation dans le membre du corps réputé le mieux répondre à la volonté : le bras droit chez le droitier, le bras gauche chez le gaucher, en général. Le thérapeute demande au patient quel est le bras par lequel il préfère commencer, en lui signalant cependant qu'habituellement on débute par le bras qui est le mieux dirigé, auquel il préfère commander. Nous prendrons comme type de description le cas le plus fréquent, celui du bras droit chez un droitier.

Cette procédure initiale peut être tout à fait modifiée dans certains cas : notamment lorsque le bras en question est le théâtre d'une symptomatologie neurofonctionnelle ou douloureuse, que celle-ci constitue le symptôme pour lequel a été conseillée une relaxation, comme une crampe pendant l'écriture ou un tremblement par exemple, ou que cette symptomatologie (sans constituer l'indication) revête cependant une importance clinique, ou historique évidente. Dans ces cas, la technique aborde, pour commencer, un autre segment de membre que le bras dominant. On débutera par exemple la relaxation indiquée pour une « crampe de l'écrivain » par les membres inférieurs, jambe et cuisse du côté dominant.

Nous avons coutume de proposer, dans le cas où l'enfant ne se décide pas, de commencer par le côté avec lequel il écrit, ou dessine, quitte à revenir dans la séance suivante à l'autre solution. Dans

d'autres cas – et nous remarquons qu'il s'agit là d'une éventualité surtout fréquente chez l'adolescent –, c'est précisément le bras qui a été laissé en réserve qui se décontracte, dont il prend conscience. Il en marque le plus souvent un étonnement exprimé. Il est habituel que l'on trouve dans les antécédents soit une tentative plus ou moins réussie de « contrarier » la latéralité, soit, à l'examen neurofonctionnel, une contradiction entre la latéralité usuelle, qui a dicté le choix, et la latéralité gestuelle spontanée qui semble, à l'épreuve de la relaxation, manifester sa prévalence souvent inconsciente. Dans ces cas, nous faisons connaître qu'il est tout à fait licite d'abandonner le bras qui a fait l'objet du choix initial, pour commencer la détente du bras symétrique. C'est là parfois l'occasion, pour l'enfant, d'expliciter une situation de rival avec un membre de la fratrie, ou une opposition déclarée à la suggestion ou au projet de l'adulte.

La détente du bras est d'abord caractérisée par la conjonction d'une nomination et d'une palpation des segments du bras qui concourent à leur repérage topographique. Le thérapeute touche, en appuyant suffisamment avec la main pour que le patient ait une sensation nette, l'épaule, le bras, le coude, l'avant-bras, le poignet et la main. Et tandis qu'il procède à cette palpation, le thérapeute nomme, clairement et sans commentaire, chacun des segments. Il n'est pas rare que l'enfant fasse part de son étonnement de découvrir le nom de ces segments, et les répète pour lui-même, montrant ainsi l'intérêt qu'il y attache. Ce repérage somatognosique précisé, on induit à la fois l'idée de décontraction, de détente, de souplesse et une représentation de ces qualités : « L'épaule, le bras, le coude, l'avant-bras, le poignet et la main sont calmes, détendus, souples, comme un tissu épais. » Représentation renforcée par des caractéristiques négatives : « Le bras n'est pas en alerte, n'est pas sur le qui-vive, n'est pas contracté. »

Suit un silence au cours duquel le patient cherche, retrouve ou trouve son bras, découvre les parties du membre correspondant, avec les noms qui leur ont été donnés par le thérapeute. Cette visite du bras par le patient, cette investigation vont de pair avec les propositions évoquant la détente et le calme. Elles vont être renforcées par la mobilisation du thérapeute : « Je vais mobiliser, bouger doucement ton bras pour te permettre de repérer quelles sont les parties du bras qui sont encore tendues, et celles qui ne le sont plus, et pour te concentrer sur le fait que le bras n'aide pas et n'empêche pas ce mouvement. » Le thérapeute mobilise alors les articulations une à une, poignet, coude, épaule, de façon très lente et sans à-coups, en veillant à ce que chaque articulation joue séparément, et à ne pas surprendre le sujet par des mouvements trop amples.

C'est en posant, dès la fin de la mobilisation, le bras sur le plan du lit, que se situe l'induction suggestive de l'idée de poids, d'importance du bras, à laquelle est attachée une représentation. Le thérapeute repose le bras doucement sur le matelas : « Voilà ! Le bras est calme, souple, il prend du poids, de l'importance, il descend lourdement dans le lit, au fond, et tu te représentes ton bras complètement tranquille en train de s'enfoncer calmement. » Cette phase de la séance peut être répétée.

On se heurte souvent à des difficultés lors de la mobilisation du bras ; schématiquement, dans deux ordres de cas. L'enfant n'a pas saisi le sens de cette mobilisation passive : soit il s'oppose activement à elle, la flexion du poignet, de l'avant-bras, de l'épaule se fait avec la plus grande difficulté, le thérapeute a à vaincre une énorme paratonie parfois doublée d'une contraction active ; soit, au contraire, il aide, prévient le mouvement, veut « bien faire », et fait une série de mouvements de flexions-extensions, qui revient à annuler entièrement le caractère passif de cette mobilisation.

Dans tous ces cas, il nous semble pertinent de répéter ce qu'il en est du sens de cette manœuvre, et en particulier des renseignements qu'elle est chargée de fournir au sujet : « Je viens te mobiliser, c'est pour que tu puisses vérifier toi-même quels sont les endroits tendus et ceux qui ne le sont plus. » L'accent est mis, à travers cette formule, sur l'absence de jugement du thérapeute à son égard et l'invite à l'autonomie : c'est l'enfant qui sait.

Dans le même ordre d'idée, il est assez fréquent de constater de la part de l'enfant des mouvements d'autocontrôle pendant la séance, exercices avec les bras, les mains ou les doigts. Il nous semble qu'ils doivent être respectés rigoureusement. Ils correspondent, au plan de la sensibilité, à l'ouverture des yeux évoquée plus haut : ils ont pour but de repérer les segments en cause, de se rassurer sur leur présence et sur l'intégrité de la fonction motrice.

L'image du bras, les sensations cutanées, musculaires et articulaires sont en cause dans cette situation où l'attention se porte sur le bras, zone privilégiée par ce que dit le thérapeute, par sa palpation, sa mobilisation, et aussi par les images suggérées par lui. Cette association de désafférentation visuelle, d'immobilité du bras sur lequel convergent les représentations

> et les images ainsi que les afférences provenant de l'action du thérapeute crée assez fréquemment des modifications du schéma corporel (bras qui grandit, qui grossit, main qui change de place, de position, membre coloré, arraché, absent, comme en feu, aérien, engin énorme, etc.), établissant des rapports étroits avec l'activité fantasmatique. Ils sont souvent exprimés chez l'adulte, plus souvent avec étonnement qu'avec angoisse. L'enfant l'exprime plus rarement mais peut s'agiter ; le fait qu'ils ne soient pas exprimés ne signifie pas qu'ils n'existent pas et nous devons tenir compte de cette réalité. Ces phénomènes disparaissent lorsque le bras est mobilisé, palpé. Cela nous paraît un argument complémentaire pour insister sur le caractère très bref des premières séances et sur la présence permanente nécessaire du thérapeute près de l'enfant pendant les premières séances.

2.2.3. La « reprise »

C'est le troisième et le dernier temps de la séance.

On propose : « Maintenant tu vas faire la reprise, c'est-à-dire que tu vas faire revenir ton bras droit comme il est habituellement. » Cette reprise se fait en trois temps distincts. Il y a tout d'abord un temps de déconcentration : on propose au patient de laisser vagabonder son esprit, d'abandonner l'image sur laquelle il fixait son attention, ou la sensation qu'il éprouvait dans son bras. Dans un deuxième temps, il s'agit de contracter fortement les muscles qui jusque-là étaient détendus. On demande au sujet de serrer le poing avec énergie, puis de plier l'avant-bras sur le bras avec force « comme pour soulever un poids très lourd », autant de fois qu'il est nécessaire pour qu'il sente son bras comme à l'ordinaire. Dans un troisième temps, on propose au patient de respirer à fond à deux ou trois reprises. Enfin, d'ouvrir les yeux. Ici, trois éléments nous paraissent entrer en jeu : d'abord, un retour à une situation tonique habituelle, par la contraction active de ce qui était auparavant détendu, signifiant en somme la « fin » de la séance et de l'expérience ; ensuite, l'expérience éprouvée, pendant ces contractions, des muscles et des segments fonctionnels du bras en train de jouer, de passer à un nouvel état, celui de tension. Cette nouvelle esthésie, non seulement permet de découvrir l'état de contraction, mais aussi, en contrastant avec la précédente, elle permet un contrôle a posteriori de ce qui s'était passé dans la période de détente et de décontraction. Enfin, la succession de ces

mouvements de la reprise inscrit dans l'action et dans le passage d'un état tonique à un autre une véritable intégration temporelle, une succession temporelle, une scansion, voire un véritable processus de structuration temporelle.

La reprise faite, le thérapeute demande, à l'issue de cette première séance, si le patient a quelque chose à demander ou à dire. Il l'assure d'ailleurs de ce qu'il peut s'exprimer quand il le juge souhaitable, et que le thérapeute n'est pas là pour juger si la relaxation est bonne ou mauvaise, la séance réussie ou pas, mais au contraire pour permettre au patient de se rendre compte lui-même de ce qui se passe pendant sa séance : « L'important au début n'est pas d'obtenir la relaxation du bras, mais d'être présent à ce qui se passe dans ton bras quand tu décides de le décontracter. »

D'ailleurs, on rappelle que, jusqu'à la prochaine rencontre, c'est le patient lui-même qui va s'entraîner, pour lui-même juger des résultats et apprécier les aléas de son expérience. En effet, il pourra faire chez lui, dans une pièce où il sera seul, des séances d'entraînement. À cette occasion, on rappelle brièvement les diverses phases de la séance : « Concentration sur une image de calme, travail de décontraction du bras droit, et lorsque le temps de 7 à 8 minutes est passé, la reprise. »

Nous avons l'habitude de terminer cette première séance par un entretien très rapide avec la personne qui accompagne l'enfant, en sa présence : paroles d'encouragement à l'usage de l'adulte et de l'enfant. Il s'agit aussi d'une mise au point publique et non ambiguë sur le fait que la relaxation est l'affaire de l'enfant, qu'il est souhaitable qu'on « fasse penser » une fois dans la journée à faire son entraînement, mais qu'il ne doit y avoir aucun contrôle, a fortiori aucune rétorsion ou menace devant le refus ; seulement un renvoi de l'enfant à lui-même : « C'est toi que ça regarde. » En effet, il est très fréquent que la mère ou les parents demandent à connaître la technique pour participer activement à l'entraînement de leur progéniture. Dans ces cas, il nous apparaît évident qu'une simple dénégation ou une interdiction plus ou moins voilée ne résout rien, et nous proposons une entrevue : il est nécessaire que les parents de l'enfant puissent dans un premier temps s'accommoder de leurs positions respectives vis-à-vis du traitement et de leurs places en général. Dans les cas où cet accommodement est difficile ou insatisfaisant, une entrevue en présence de l'enfant permet d'expliquer à nouveau le principe, la signification schématique et de donner un aperçu de la technique elle-même, mettant l'accent sur le fait que c'est l'expérience personnelle du sujet pendant la séance qui est primordiale, que chaque relaxation

est une découverte individuelle qui se fait au fil d'une évolution à peu près codifiée, objet de l'apprentissage et de l'entraînement.

En règle générale, et sauf indications particulières, un rythme d'une séance par semaine est proposé. Pratiquement, aussi bien à l'hôpital ou en institution qu'en exercice privé, il nous paraît souhaitable de réserver les jours de congé scolaire. Nous voyons, en effet, de façon très fréquente s'élever des conflits avec l'école à partir du moment où se pose la question de substituer à une matinée ou une après-midi de classe un traitement ou une remédiation quels qu'ils soient. Dans une attitude réaliste, il nous semble aller de soi qu'il est plus facile d'accommoder les activités des thérapeutes aux données de ce conflit que d'adopter une attitude d'indépendance à tout prix, dont l'enfant ou ses parents nous paraissent devoir toujours faire les frais. Dans la mesure où cela est possible, il nous semble qu'il n'y a pas intérêt, dans la grande majorité des cas, à ce que les thérapies interfèrent avec la pédagogie : chaque fois que cela est possible, il n'apparaît à nos yeux aucun avantage à ce que la relaxation de l'enfant devienne, d'une manière ou d'une autre, l'affaire de l'école ou des maîtres.

3. Les séances suivantes

3.1. Les bras

La deuxième séance va survenir dans un délai d'une semaine et va concerner la détente des deux bras. Elle revêt chez le patient une importance d'autant plus grande qu'il est plus jeune. Il est en effet possible que tout ce qui a été dit lors de la première expérience ait été tout à fait « oublié », et que cet oubli soit allé de pair avec celui de faire les séances d'entraînement dans la semaine. Il est quasi constant que l'enfant n'ait aucun souvenir de sa première séance et que nous répétions simplement la première séance à la seconde rencontre.

Cette deuxième séance concerne le repérage puis la détente de l'autre bras. Celui-ci est nommé dans ses diverses parties : épaule, bras, coude, avant-bras, poignet, main ; il est en même temps touché. Il est rendu présent : situé, repéré, senti, par lui-même ; et aussi par rapport ou par référence au bras choisi initialement, qui à son tour est éprouvé comme plus détendu, plus souple, plus pesant, plus important. Les deux sont donc concernés pendant cette seconde séance. Nous préférons franchir rapidement les premières étapes pour que la relaxation soit dynamique. En effet, elle sous-entend de mener de pair deux opérations apparemment

contradictoires : d'une part une concentration de l'attention sur les bras, d'autre part une décontraction neuromusculaire des mêmes bras. Il s'agit d'un échange permanent entre ce qui est représenté et ce qui est senti, d'un véritable va-et-vient entre l'image des bras en train de se décontracter et ce qui est éprouvé dans les bras dont la détente est déclenchée précisément par cette représentation, tandis que ce qui est éprouvé vient nourrir l'activité imageante. Mais ce va-et-vient, cet échange ne sont possibles que dans la mesure où le sujet devient capable de prendre une certaine distance par rapport à ses bras.

Nous suggérons donc au patient la relaxation de l'ensemble des bras. Dès lors, les bras sont nommés par nous, et les images suggérées comme un ensemble fonctionnel : « les bras » ; « de chaque côté du corps, les deux bras sont calmes détendus, importants ». Cette idée, ou image d'ensemble, est encore soulignée par la palpation et la mobilisation, qui se fait des deux bras simultanément. En somme, après avoir mis l'accent sur la relaxation de chaque segment, on aborde ainsi une relaxation fonctionnelle, rendant présent un ensemble instrumental, mais aussi une intégration des deux membres. Cette phase a son importance, dans la mesure où elle préfigure un des mouvements essentiels de la relaxation telle que nous la concevons : une découverte topographique segmentaire conduisant à une expérience d'intégration fonctionnelle, mouvement qui vient mettre à l'épreuve l'articulation de cette expérience et de l'image du corps.

3.2. Les jambes

Vient ensuite la relaxation des membres inférieurs et, pour commencer, celle de la jambe droite : « Les bras sont enfoncés calmement, de chaque côté du corps, tu les vois dans la tête en train de descendre tranquillement, ils ont du poids. Et maintenant, tu vas sentir à son tour ta jambe droite devenir calme et souple. » La cuisse, le genou, la jambe, la cheville et le pied sont à la fois palpés et nommés à deux reprises, et mobilisés par flexion du genou et de la cheville, et rotation de la cuisse.

L'accent est mis sur la détente, la décontraction et la souplesse de la jambe droite : « La jambe, tout à fait souple, s'enfonce, descend, bascule tranquillement dans le divan. Et tu te représentes ce poids en même temps que tu le sens. »

La reprise propose de plier fortement les deux bras et les deux jambes simultanément. Il est d'ailleurs intéressant de constater

combien la plupart des enfants prennent plaisir à cette « reprise », se mettant en boule avec beaucoup d'énergie et plusieurs fois. C'est aussi le moment où ils commencent à nommer eux-mêmes les divers segments de leurs membres supérieurs et inférieurs avec une évidente complaisance.

Lors de la séance suivante, la relaxation de la jambe gauche est en cause : elle fait donc l'objet du travail de décontraction et de représentation d'abord pour elle-même, puis la nomination des divers segments, le toucher et les mobilisations s'appliquent aux deux jambes.

Le moment de la cure lors duquel est obtenue la relaxation des quatre membres simultanément est très important et constitue, souvent, une phase riche en difficultés et en imprévus.

> Parmi les difficultés rencontrées à la relaxation des membres inférieurs, la plus fréquente manifestation est constituée par une contraction des quadriceps. En effet, lorsque, lors de la mobilisation, la main du thérapeute vient fléchir la cuisse sur le bassin par flexion du genou, la jambe « ne suit pas » ; le talon décolle du plan du lit et reste en suspens, bien que l'on ne le soutienne en rien, pas même le mollet. C'est en faisant rouler doucement la cuisse et la jambe sur le plan du lit que l'on fait bien sentir cette contraction, ainsi que celle des adducteurs, intéressée par la même manœuvre.

Quoi qu'il en soit de la forme sous laquelle se présentent les difficultés rencontrées aux membres inférieurs, il nous semble que celles-ci sont très liées aux interdits d'ordre sexuel, et en particulier masturbatoires, si prégnants chez l'enfant et l'adolescent. Il est très fréquent en effet, à cette phase de la cure, de constater des mouvements rythmés des cuisses, ou du bassin, accompagnés ou non de la participation des mains dans les poches ; cela se rencontre plus spécialement chez les enfants jeunes, entre 4 et 6 ou 7 ans. Chez les enfants plus âgés, il nous apparaît parfois indiqué soit de proposer à l'enfant de faire connaître ses difficultés au thérapeute, soit d'aborder avec lui, en dehors de la séance, la question, dans la perspective d'une banalisation et d'une dédramatisation de ces activités. Mais il faut savoir que cette véritable opposition à la relaxation rencontrée dans les membres inférieurs peut être de très longue durée, et risquerait de bloquer entièrement la cure si l'on désirait à tout prix la dépasser. Il est souvent indiqué de laisser cette phase technique en suspens, inachevée, et de passer au stade suivant.

3.3. Les muscles fessiers

La relaxation des muscles fessiers est abordée lors de l'étape suivante.

Le premier problème technique soulevé est celui du vocabulaire. En effet, les « muscles fessiers » n'évoquent rien pour la grande majorité des enfants. L'expression « les fesses » est plus connue, surtout à travers les fessées, et tout ce que cette région a à voir avec les fonctions sphinctériennes. Qu'il nous suffise d'évoquer à ce sujet la réflexion d'un enfant de 11 ans très dyspraxique, ayant un très bon niveau verbal à qui nous demandions à quel stade de sa relaxation il en était : « La dernière fois vous m'avez parlé du muscle fessal ! » C'est dire qu'il ne s'agit pas d'une simple hésitation de lexique, et qu'à l'évidence les obstacles ne sont pas seulement dans ce qui aura été entendu mais surtout dans ce qui aura été sous-entendu.

Deuxième aspect important de cette période : le fait que l'on aborde une partie du corps qui n'est pas connue par le regard, et que les enfants ont une grande difficulté à situer exactement, et à sentir, une fois allongés. Quoi qu'il en soit de la signification de ce qui, ainsi, vient à manquer, on connaît, par exemple dans les épreuves graphiques, le caractère très tardif de la représentation du bassin chez l'enfant, et encore davantage des muscles fessiers.

Aussi pensons-nous qu'il y a indication à préciser qu'il s'agit des muscles qui « continuent ceux des cuisses contre le lit », et à mobiliser le bassin à deux ou trois reprises en le faisant pivoter légèrement, les mains prenant les ailes iliaques au niveau de la ceinture et communiquant un mouvement de torsion discrète. De même, il n'est pas inutile, souvent, de montrer sur soi-même la région fessière et de répéter qu'il s'agit du prolongement des muscles des cuisses, en arrière.

Il est fréquent que les enfants eux-mêmes procèdent à des contractions volontaires. Chez certains enfants, l'expression « muscles fessiers » est abordée avec une grande satisfaction et ajoutée à la somme des connaissances. Chez d'autres – les plus nombreux –, il n'est pas retenu, et la région fessière n'existe pas comme une partie indépendante à détendre, mais comme la suite des cuisses et se détend au même moment qu'elles.

Ce qui vient d'être dit semble résumé par la question que posent certains sujets sur le fait de savoir s'ils doivent « se retourner le dos en l'air » (pour découvrir leurs fesses). Beaucoup d'enfants d'ailleurs, sans en parler, se retournent à ce moment-là sur le divan, et peuvent passer ainsi plusieurs séances.

3.4. Le dos

La première phase de la relaxation du dos consiste en un repérage de la partie concernée ; il est très difficile, en effet, étant donné l'absence complète de données permettant à l'enfant de le connaître, de le sentir, de se le représenter. C'est dans cet esprit que, quel que soit l'âge de l'enfant, le thérapeute explique en illustrant ce qui est dit par le geste, sur le dos même de l'enfant : le dos est constitué de muscles en longueur depuis la ceinture jusqu'aux épaules, et de muscles « en largeur », transversaux, de chaque côté de la colonne vertébrale, s'étendant latéralement. Cette explication est préalable à la séance où va être proposée la décontraction du dos, puis en fin de séance, on propose à l'enfant de découvrir et d'examiner le dos, de se le représenter : « Les muscles du dos font la jonction, ou réunissent, ou sont la suite entre les muscles des membres inférieurs et les bras, les épaules… Le dos, en se décontractant, calme et souple, s'élargit, s'étale en s'enfonçant ; et tu te représentes le dos en train de s'élargir, de s'aplatir en devenant plus large, comme s'il prenait toute la place. » Il s'agit ici d'aider à la décontraction des muscles transversaux du dos, aussi bien que longitudinaux.

Ce qui est frappant dans cette étape de la relaxation du dos, c'est la véritable contradiction que l'on peut constater entre son évolution chez l'adulte et chez l'enfant. Chez le premier, en effet, le dos est très fréquemment le lieu de douleurs, de gênes, de sensations pénibles de longue date, éventuellement réactualisées par le traitement lui-même. À ces phénomènes douloureux subjectifs s'associent souvent des attitudes particulières pendant la séance elle-même : asymétrie du tronc, déviation des épaules, bascule du bassin, incurvation du corps ; les difficultés toniques sont objectivées pendant la séance elle-même par des manifestations posturales visibles. Lors de l'entretien, sont évoqués des souvenirs plus ou moins anciens de lombalgies, rachialgies, « sciatiques », « maux de reins », véritable florilège algique de tout ce qui concerne le dos ou les épaules. En revanche, chez l'enfant tel que nous avons à le connaître jusqu'à l'adolescence, l'expérience nous montre que la relaxation du dos est avant tout une conquête de la découverte, de l'exploration de la région : sa place, sa position relative au reste du corps, ses limites, la mise en place des zones frontières avec le bassin, les membres, la partie antérieure du tronc. Au même titre que la région des fessiers, celle du dos est absente chez l'enfant et la première partie de la relaxation consiste, nous semble-t-il, à la rendre présente, dans l'échange incessant entre les données esthésiques et la représentation.

Une des premières difficultés rencontrées au moment de la relaxation du dos est évidemment, comme pour les muscles fessiers, le repérage sur le divan. L'enfant ne voit que rarement son propre dos, n'en connaît pas la musculature, et éprouve, en conséquence, des difficultés à le localiser et à différencier les deux directions des muscles, longitudinaux et transversaux. Cependant, il faut insister sur le plaisir évident qu'a l'enfant, lorsqu'on lui parle de son dos pour la première fois et lorsqu'on lui apprend comment il est fait en le palpant. Chez les adultes, les embarras sont fréquents : non seulement le dos n'est pas vu, mais il est en plus le lieu où sont éprouvés la crainte de l'inconnu, le danger qui vient par derrière. Dans le langage même, on reconnaît cette fonction de la région dorsale : « coup de poignard dans le dos », « tramer derrière mon dos » ; ou bien la peur : « avoir froid dans le dos », « tendre le dos » ; ou encore la peine, la douleur : « tomber sur le dos », « en avoir plein le dos », etc. Ainsi, en Chine, celui qui reçoit un hôte de marque lui donne la place de la pièce où il n'a ni porte, ni fenêtre dans le dos. C'est là une façon de rendre présent l'obstacle principal à la relaxation de cette région : la peur de perdre son état d'alerte, de devenir vulnérable. C'est d'ailleurs dans ce sens, croyons-nous, que l'on peut aborder la signification d'un « incident » assez fréquemment rencontré à cette période de la cure. L'enfant se plaint d'une sensation de coupure, de non-continuité entre les muscles fessiers et le dos, au niveau de la ceinture. Cette sensation est souvent exprimée, décrite de façon assez crue : « J'ai l'impression d'être coupé en deux » ; « C'est comme si j'étais en deux morceaux ».

L'enfant peut faire passer en quelque sorte dans sa posture, son attitude, cette réticence à envisager la relaxation de son dos ; il se met en position ventrale dès lors qu'il est question de détendre les muscles de son dos : ainsi, il expose à la vue et propose à la palpation ou à la mobilisation du thérapeute la région intéressée, signifiant par cette attitude à quel point il est incapable de la repérer, de la sentir par ses propres moyens.

De même, il faut être prudent lorsque l'on exprime l'image concernant le mouvement d'élargissement et d'aplatissement du dos. Celle-ci en effet est parfois interprétée comme une menace d'effraction ou d'appropriation de cette région : de l'élargissement, de l'évasement à la rupture dans le sens transversal, il n'y a qu'un pas, parfois franchi avec angoisse. La

prudence est de mise à cette période, d'autant que la palpation du dos, qui le rendrait présent, rassurant et homogène, ne peut être pratiquée, ou très difficilement. Aussi avons-nous l'habitude, dans ces cas, de palper la région du dos, dans le sens longitudinal et le sens transversal, avant la séance, pour bien montrer à l'enfant de quoi il s'agit et lui permettre ainsi de sentir cette région comme un continuum rassurant.

3.5. La nuque

Tout naturellement, la relaxation de la nuque fait suite à celle du dos. C'est précisément en insistant sur une telle continuité que l'on peut inaugurer cette nouvelle période. À la fin de la séance concernant le dos, nous proposons à l'enfant : « Le dos est souple, et pesant ; il est large. Tu vas te rendre compte que les muscles des épaules et ceux du dos se continuent, se prolongent, dans le cou : sur le divan, le cou, la nuque vont se détendre à leur tour, tu essayes de les sentir, ils sont calmes. »

Cette continuité est illustrée par la palpation sur l'enfant lui-même de la région interscapulaire, et des épaules, puis de la nuque. La mobilisation est très discrète, le thérapeute est placé derrière la tête du sujet et, ses deux mains situées de part et d'autre de la région occipitale, il communique à la tête des mouvements lents et de faible amplitude de rotation sur le plan du lit, ainsi que de flexion. Ces mobilisations doivent être très légères et surtout de faible amplitude : elles n'ont pas d'autre but que de permettre à l'enfant de contrôler lui-même la mise en action de ses muscles, le degré de rotation ou de flexion à partir duquel les réponses de défense, d'alerte, ou de blocage se produisent. De même, il est important, dans la compréhension de la signification de ces manœuvres, de tenir compte du fait que l'on aborde à ce moment la dernière partie du corps non intéressée par la relaxation, refuge habituel de nombreuses tensions, et que la région cervicale est très concernée par tout ce qui est vigilance, alerte. Aussi doit-on être très discret et laisser le sujet s'accommoder des difficultés qui se produisent régulièrement à cette phase de la cure. C'est seulement lorsque la relaxation du cou aura débuté, après une période plus ou moins longue d'adaptation, que l'on mentionnera la décontraction des muscles de la mâchoire inférieure. Tant que celle-ci n'est pas acquise en effet, les muscles latéraux du cou restent tendus. Nous suggérons cette décontraction de la façon suivante : « Les muscles des épaules et du dos se continuent dans le cou et la nuque. Le cou est détendu, il n'est pas en

alerte, il pèse sur le divan, il s'enfonce, faisant suite au dos et aux épaules. Tu vas sentir que la décontraction des muscles des côtés du cou est plus facile si tu décontractes aussi la mâchoire : les dents ne sont pas serrées, la bouche n'est pas ouverte non plus, la mâchoire est indifférente, calme, la nuque est libre. »

En tout état de cause, la relaxation du cou n'est véritablement acquise que lorsque celle de la mâchoire inférieure est possible. C'est seulement après plusieurs séances que la relaxation de la région cervicale est éprouvée par le patient comme réelle, dans la majorité des cas.

> Les difficultés de ce stade sont nombreuses. Il nous apparaît à ce moment utile de faire connaître combien ces muscles portent l'empreinte de certaines de leurs fonctions essentielles. Tout d'abord, ce qui correspond à ce que l'on peut appeler le port de la tête : reflet de l'affirmation de soi, de la capacité à explorer du regard, à se présenter, point névralgique des réactions de contenance ou des réactions de prestance, c'est dans le port de tête que se cristallisent les attitudes dignes, soumises, prudentes ou contrites. À ce niveau en effet, l'adulte demande à l'enfant de « regarder en face, et non ses pieds », ou de « baisser les yeux ». Il s'agit ensuite des muscles de l'affirmation ou de la négation, de l'acceptation ou du refus : concurremment au haussement d'épaules, l'opposition ou l'acceptation se marquent dans les muscles du cou, et les conflits à ce sujet sont reflétés bien souvent par l'incapacité à les laisser se détendre.
>
> Les difficultés rencontrées le plus souvent à la relaxation des muscles de la mâchoire inférieure peuvent être rapprochées des précédentes, mais elles ont par ailleurs une signification propre. En effet, « serrer les dents » ou « desserrer les lèvres », par exemple, sont des actions très chargées du désir de se contenir, d'agresser, de se taire, ou au contraire de « lâcher le morceau », de « laisser glisser », de recevoir, d'accepter ou de refuser. Mais un aspect plus original est aussi en cause, à savoir tout ce qui a trait à ce que représente la cavité buccale : en particulier, la déglutition, la salivation, qui jusque-là n'avaient le plus souvent posé aucun problème, deviennent envahissantes et empêchent la relaxation. L'enfant s'agite, a le sentiment d'étouffer, d'être gêné pour avaler sa salive trop abondante et il est parfois nécessaire, pour dépasser les aléas de cette phase, d'aborder avec lui le problème de la nourriture,

en particulier celui de périodes de boulimie ou d'anorexie, qui est assez fréquemment évoqué.

Un dernier point doit être signalé concernant les aléas de la relaxation des muscles du cou : c'est la relation qui existe entre eux et les troubles de la musculature oculaire. Il n'est pas inutile d'attirer l'attention du sujet sur la relation qui s'établit entre le fait de voir, de regarder et les mouvements du cou et de la nuque.

3.6. La généralisation

La généralisation est, à notre sens, l'une des plus importantes phases de la cure. Elle conclut la première période du traitement, celle qui intéresse la musculature et le contrôle du tonus. Elle vise à ce que l'enfant éprouve son corps comme un « ensemble », une « unité », expérience essentielle dans la plupart des indications de relaxation, et riche en corollaires théoriques et thérapeutiques pratiques. Elle est en somme sous-jacente dans la succession même des diverses étapes qui la précèdent et dans la forme que le thérapeute confère à certaines expressions, à certaines représentations suggérées. On peut dire que tout ce qui précède la généralisation ne fait que la préparer. En effet, de même qu'il y a un va-et-vient permanent entre ce qui est éprouvé et ce qui est représenté, notamment par le biais des images proposées (aussi neutres que possibles et toujours les mêmes du côté du thérapeute afin que l'enfant puisse créer les siennes), de même il existe un mouvement constant entre un processus de découverte et de reconnaissance de chaque segment et un processus qui tend à l'intégrer à un ensemble organo-fonctionnel. Il est enfin clair que la position du thérapeute dans cette période concourt à situer ces processus dynamiques dans une perspective relationnelle où l'importance du modèle, de la suggestion, de la distance s'instaure peu à peu ; elle est décisive dans la signification de ce qui se passe dans le corps.

Les étapes précédant la généralisation sont celles de la découverte et de l'intégration progressive de ce qui est vécu et de ce qui est représenté, de ce qui est fantasmé aussi ; elles sont un moment essentiel de la cure. En effet, la phase de généralisation n'est pas tant un aboutissement, une conclusion, un parachèvement qu'une révélation ; on pourrait presque dire une « surprise », une libération inattendue. Ces quelques réflexions font présager combien le thérapeute doit être prudent dans cette phase du traitement.

Le thérapeute récapitule ce qui a fait l'objet des séances précédentes : « Les bras, les jambes, les muscles fessiers et ceux du dos, les épaules et le cou sont calmes, souples. Ils ont pris du poids et de l'importance. Peu à peu, ils se fondent dans un ensemble calme ; tout ce qui touche le divan forme une unité, un tout, une masse. Je sens mon corps partout calme, souple et présent. »

Le thérapeute va donc insister sur cette fusion, cette intégration des divers segments aboutissant à un tout. Nous suggérons diverses représentations à ce moment : « un ensemble cohérent, homogène, solide, fort et cette force de cohésion intérieure est précisément rendue présente dans la sensation de calme et de poids » ; ou bien, par exemple : « un ensemble, le corps, présent ici en ce moment : je sens mon corps ici, moi-même, calme, tranquille, présent et fort » ; et enfin : « mon corps est présent ».

Ainsi, dans un premier temps, la technique vise-t-elle à rappeler la place des divers segments jusque-là considérés et leur intégration à une masse, à un ensemble qui est un champ de forces et un lieu précis et bien réel ; éprouvés comme tels, représentés comme tels.

Dans un deuxième temps, lorsque la généralisation a en effet été éprouvée, va se dérouler une évolution que nous pouvons peut-être illustrer par la formulation : « Je suis moi-même », suggérée à l'enfant à ce moment : prise de conscience de la présence du corps, de son actualité, et qui se fait comme une véritable révélation, comme une découverte décisive, dépassant de loin par sa force et sa densité les découvertes fragmentaires qui ont caractérisé les séances précédentes.

Dans un troisième temps, nous soulignons ce qui est éprouvé et vécu par la suggestion d'une image, d'une représentation du corps lui-même dans son ensemble. Nous reprenons ici une phase qui nous paraît essentielle dans la technique de J.H. Schultz et qui est celle de la visualisation du corps « à distance ». Nous employons habituellement la formulation : « Tu te représentes ou bien tu regardes ton corps tout entier, comme s'il était loin de toi. »

Il s'agit là d'un moment important, celui où la présence du corps, sa cohésion sont confondues dans la sphère esthésique et la représentation visuelle, par le biais de ce qui est suggéré par le thérapeute. Outre que se trouve ainsi rendue possible une extériorisation, une décentration, il s'agit ici d'un renforcement de la conquête de l'autonomie. C'est d'un mouvement actif vers la représentation de cette unité qu'il est question, sous-tendu et en somme objectivé par ce qui est éprouvé. Ce qui est signifié dans la parole du thérapeute est authentifié et actualisé dans la représentation imagée et dans l'éprouvé du corps.

La généralisation est l'un des stades de la relaxation où les enfants disent éprouver le moins de difficultés et, de fait, c'est souvent à ce moment-là qu'ils disent se sentir mieux et que les parents viennent nous trouver pour exprimer leur contentement.

On constate fréquemment de l'étonnement devant le fait que le corps n'est plus envisagé segment par segment, mais comme un tout.

Une certaine nostalgie peut être exprimée, directement ou déguisée, des mobilisations. En effet, à partir de la généralisation, les mobilisations par le thérapeute sont moins fréquentes, moins complètes et cessent d'intéresser tous les segments d'un membre. Certains patients semblent trouver ce sevrage prématuré et réclament des mobilisations – qui sont alors à interpréter plus comme une demande d'aide ou un maternage du thérapeute que comme un apport de renseignements arthro-esthésiques supplémentaires concernant leur corps.

Un autre point à signaler est la présence, à cette période, de sortes de « crises tonico-émotionnelles » : l'enfant se contracte en entier, comme pour rassembler ses muscles ; « faire un tout » a pour lui le sens de contracter, serrer. Cela montre la difficulté de certains à exister autrement que tendus : faire l'expérience de leur corps souple et tranquille n'est pas pour eux chose aisée, et ils reprennent leur ancien mode de réponse. Les enfants instables en usent et en abusent.

Mais l'expérience montre que, aussi bien dans leurs postures (agitation, changements de positions) que, dans leur discours, et malgré la satisfaction évidente que les enfants ont à tenter de « se rassembler », ils savent, plus ou moins confusément, que cette « unité » corporelle tient de l'illusion et que le corps n'est pas un objet sur lequel on pourrait « mettre la main » une fois pour toutes, mais qu'il en manque toujours. Jusqu'au moment de la généralisation, en effet, tout entraîne l'enfant à considérer qu'il reste encore beaucoup de parties de son corps à retrouver durant la cure : le thorax, le visage, le cœur, etc. Il y a beaucoup encore à faire, beaucoup de temps encore à passer avec le thérapeute. Or, la généralisation vient apporter un démenti à cet avenir « maternant ».

Puisque c'est maintenant d'un ensemble dont il est question, c'est donc qu'il va en manquer. En somme, on passe d'une perspective du plus un à une constatation de moins un. L'affrontement à ce manque vient illustrer l'incomplétude ; il est constaté que cette unité espérée et soulignée par la progression de la cure vient révéler qu'au moins une unité, une partie, une fonction, va faire défaut. La difficulté de concevoir l'opération de la soustraction, ou celle rencontrée dans le

calcul des fractions vient souvent se présenter à l'esprit des enfants lors de cette phase. C'est pourquoi il est fréquent de constater que, devant cette surprise, ce retournement, nombre d'enfants abandonnent leur symptôme, et parfois le traitement.

3.7. La respiration

Une certaine prudence s'impose avant d'aborder l'étape suivante qui est celle de la respiration : « Dans cet ensemble, calme, présent et solide, tu vas te rendre compte que la respiration est tranquille, légère, elle passe librement quand tu respires. » Cette légèreté, cette liberté de la circulation de l'air nous paraissent devoir être suggérées non seulement pour bien marquer le fait respiratoire, mais aussi pour contrecarrer la si fréquente sensation de poids et de gêne qui accompagne l'évocation de la respiration.

Le thérapeute, après en avoir averti l'enfant, vient poser sa main sur le creux épigastrique et la région abdominale, lui communiquant une très légère pression au temps expiratoire, tandis qu'il la soulève pendant l'inspiration. Cette manœuvre nous paraît apte à rendre la respiration plus présente, et à permettre de découvrir plus sûrement les qualités motrices de cette respiration. Par ailleurs, elle facilite le repérage du caractère abdominal de la respiration. En effet, la participation diaphragmatique de la respiration devient de moins en moins prévalente, étant donné la relaxation des muscles intercostaux et respiratoires accessoires.

Dans les séances ultérieures, ce n'est plus le mouvement respiratoire qui est évoqué, mais le rythme qu'il crée, et la représentation des qualités de ce rythme. De fait, c'est le thérapeute qui suggère un rythme calme et régulier : « La respiration est calme et régulière, comme une vague qui va et vient sur la plage. » Le thérapeute peut appliquer sur la région abdominale la main droite de l'enfant qu'il recouvre de sa propre main, pour permettre à l'enfant de sentir lui-même ce rythme. En somme, à cette phase, la difficulté essentielle est de faire passer le sujet de la perception du mouvement de sa respiration à celle du rythme respiratoire pour l'ensemble du corps. La représentation suggérée dans ce sens, et que nous avons reprise de J.H. Schultz, permet en effet d'allier le mouvement au rythme respiratoire, en le communiquant au corps dans son entier : « Le corps est animé, ou est bercé, par la respiration, comme un canot ou une barque soulevés par la vague dans le port, calmement et régulièrement : peu à peu les bras, les jambes, le corps respirent. »

Progressivement, on suggère au sujet la généralisation de cette respiration : « Les bras, les jambes, le dos, la nuque, tout respire, tout est bercé calmement. » Le rythme respiratoire accentue l'unité du corps. Cette unité, cet ensemble jusque-là purement spatial, devient le siège d'une structure rythmique, d'un flux et d'un reflux dynamiques créés par la respiration. La mise en jeu d'un facteur temporel apparaît ici comme essentiel dans le processus mis en marche dans la généralisation. C'est à cette phase bien souvent que sont exprimés des faits témoignant d'une amélioration, d'une assurance, d'une certitude concernant l'intégrité du corps. Le passage de ce qui est exprimé dans le domaine de l'avoir à ce qui l'est dans le domaine de l'être est ici très fréquemment tout à fait explicite et conscient ; cela est sanctionné par cette formule suggestive employée par J.H. Schultz et qui nous paraît très importante : « Je suis tout respiration. »

Le rythme respiratoire, à ce moment, se ralentit ; ce ralentissement est d'ailleurs très souvent signalé par l'enfant spontanément. Le plus souvent avec satisfaction et comme marque de calme, d'apaisement et de plaisir ; beaucoup plus rarement comme une source d'inquiétude, d'angoisse, ou vécu comme dangereux et mauvais.

> La première difficulté rencontrée dans la phase de la respiration est très liée à la demande qui est faite au sujet de se concentrer non sur un mouvement respiratoire, mais sur un rythme. Cette contradiction se traduit plus particulièrement par le fait qu'à partir du moment où l'on attire l'attention sur la respiration, la réponse à cette invite est souvent de la rendre plus ample, plus bruyante, plus profonde. L'on assiste à une sorte d'hyperpnée, l'enfant faisant des efforts pour que ses mouvements respiratoires deviennent perceptibles à lui-même et au thérapeute. Cette exagération du mouvement peut provoquer une véritable dysharmonie respiratoire. D'autant que cette respiration, à partir du moment où elle est perçue par le sujet, devient problématique et évoque ou suggère du même coup tout ce qu'elle a à voir avec l'angoisse, l'anxiété, la peur d'étouffer, de manquer d'air, etc.
>
> Cela est évidemment particulièrement net dans les cas où ont existé dans les antécédents soit des crises d'asthme, soit des spasmes du sanglot. Dans un registre moins psychosomatique, le sujet peut aussi revivre certains épisodes émotionnels dans lesquels la respiration est très impliquée, en particulier les colères, les crises de pleurs incoercibles, les sanglots résiduels

à ces phases critiques. L'évocation de ces moments, de ces modalités de réactions, celle de la culpabilité qui s'y attache souvent, est parfois nécessaire pour permettre de dépasser ces contradictions si fréquentes.

Il semble qu'une attention particulière doive être portée aux difficultés respiratoires chez les bègues. En effet, on constate chez eux une véritable anarchie des mouvements diaphragmatiques et respiratoires. La main qui palpe et tente de guider les mouvements est ainsi le témoin de véritables fibrillations ou à-coups, de grandes pauses suivies de secousses, tandis que l'inspection permet de se rendre compte à quel point il y a discordance entre les mouvements de la cage thoracique et ceux de l'abdomen. C'est indubitablement chez eux que l'on saisit le mieux à quel point il existe un manque d'harmonie dans le rythme respiratoire – dont l'anarchie, le caractère haché et contradictoire persistent en dehors de toute émission de parole – qui permet de saisir combien le bégaiement fait partie intégrante d'une dysharmonie temporelle dans laquelle le corps est engagé. Dans ces cas, la suggestion concernant la liberté de la respiration, de son « passage libre », est aussi importante que celle de la régularité et du calme de cette fonction. C'est aussi ici que le thérapeute doit insister sur le fait que l'on peut se servir de la relaxation de l'ensemble du corps pour obtenir une détente, une libération de la respiration : « L'air circule d'autant plus librement qu'il anime un corps plus calme et plus cohérent. »

À ce sujet, il y a parfois certains inconvénients à proposer dans la représentation du corps animé par la respiration une image dans laquelle intervient la notion d'eau, ou de mer. En effet, chez certains enfants, toute référence aquatique déclenche une inquiétude, voire une angoisse ou des mécanismes de défense de type phobique. Il arrive assez fréquemment que ce soit cette crainte qui s'oppose véritablement à la progression de la phase de la respiration, et il est souhaitable dès lors de faire appel à des comparaisons d'un ordre tout à fait différent, par exemple « un balancier de pendule », ou « le corps est bercé par la respiration comme par une danse ».

D'ailleurs, il arrive souvent que ce rythme communiqué au corps, véritable bercement, facilite la survenue de bâillements et d'un endormissement. Parallèlement, certains enfants, à l'occasion

de l'endormissement en cours de séance, prennent conscience de la fonction de symptôme de certains moments de « fatigue » et de « relâchement de l'attention », dans la mesure où ils peuvent prendre acte que le sommeil leur permet de ne pas faire leur séance, d'opposer une résistance passive à la continuation de la cure. L'explicitation de cette implication de leur sommeil dans la séance permet très fréquemment de voir disparaître les phases au cours desquelles ils « décrochent », phases liées probablement aux difficultés anciennes à instaurer les accords nécessaires entre leurs rythmes biologiques et les rythmes imposés du dehors, en particulier ceux de la mère.

C'est dans ce sens, croyons-nous, qu'il faut interpréter les très fréquentes déviations qui se font jour dans la relation du sujet avec le thérapeute à l'occasion de la palpation de la région diaphragmatique alors que la main du thérapeute vient en quelque sorte accompagner le rythme respiratoire. Il est en effet très fréquent de constater de véritables appels de la part de l'enfant. Soit qu'il prenne la main avec la sienne comme pour la conserver, soit qu'il augmente l'amplitude de sa respiration, comme s'il craignait que le contact soit rompu, soit enfin qu'il rie, sourie ou ouvre les yeux et attire ainsi l'attention du thérapeute dès que ce dernier retire sa main, comme si ce geste avait quelque chose de très précieux, très significatif en même temps que très érotisé. En tenant compte de ces divers points, il nous paraît essentiel de permettre à l'enfant de prendre lui-même le relais en lui proposant de suivre avec sa propre main le rythme de sa respiration abdominale.

> Deux enfants qui arrivaient toujours très habillés, le manteau fermé, avec un cache-nez, etc. ont ouvert pour la première fois leur manteau le jour où la découverte de la respiration leur a été proposée, l'un après avoir souri à son évocation, l'autre après avoir ri tout haut. Et lorsque le thérapeute cessa de guider la respiration avec sa main, ils prirent eux-mêmes le relais, posant leur propre main, l'un sur son chandail, l'autre sur sa peau ; ce qui en disait long sur leur habillement défensif du début.

Il est évident que les problèmes posés par la respiration font écho aux activités rythmées plus ou moins répétitives de l'enfance, en particulier aux « rythmies » d'endormissement ou de balancement, qui apparaissent dans l'ontogenèse du rythme comme le prélude à une autocommunication, et peuvent être considérées comme significatives des premières phases de l'autoérotisme. D'ailleurs, l'enfant peut téter sa langue de façon répétitive pendant la durée de cette phase respiratoire de la séance de relaxation.

Aussi n'éprouvons-nous pas de surprise excessive à constater très fréquemment, à ce moment de la relaxation, des activités masturbatoires chez les enfants : érection, mouvements d'adductions rythmées des cuisses, extension alternant avec des flexions des membres inférieurs et du tronc, ou bien masturbations effectives sont très fréquents, à cette période de la cure, surtout chez les enfants petits et chez les adolescents. Nous n'intervenons pas dans cette occurrence, et ne faisons aucune allusion après la séance, dont l'éventuelle visée « déculpabilisatrice » manquerait sans doute son but.

3.8. Le plexus solaire

La phase suivante propose à l'enfant de constater que cette respiration abdominale prend naissance, prend sa source, dans la région du plexus solaire. Signalée et palpée, cette région va être repérée et nommée : « Dans cet ensemble calme, lourd et rythmé, tu vas remarquer la région où semble naître la respiration, au creux de l'estomac à la hauteur de la ceinture : le plexus solaire. » Cette phase est caractérisée par la mise en jeu de la relaxation dans une sphère du corps dont les implications sont végétatives, viscérales et ne dépendent plus, même partiellement, comme c'était le cas pour la respiration, de la volonté.

Une explication est souvent sollicitée concernant le terme même de plexus solaire. Nous répondons qu'il s'agit d'un ensemble de nerfs et de vaisseaux sanguins qui sont ceux qui commandent et irriguent la région de la respiration, de l'estomac, du ventre. Nous faisons appel à la fois au vécu et au vocabulaire du sujet en lui signalant que c'est de cela qu'il s'agit quand on dit : « Ça me serre là, ça m'a donné un coup dans l'estomac, j'ai une boule au creux de l'estomac, etc. »

Lorsque la généralisation de la respiration est atteinte, nous demandons donc au sujet de se concentrer sur cette région du plexus : « La respiration décontracte le creux de l'estomac, le desserre, le détend. Et dans ta tête, tu te représentes cette partie de ton corps en train de se dénouer ; elle perd son état de tension, elle n'est pas douloureuse, elle se desserre comme une main qui s'ouvre. »

C'est lorsque cette région est bien repérée et que le travail de décontraction et de détente en est perceptible que nous suggérons une sensation de chaleur : « En se décontractant, le plexus solaire devient chaud. Cette chaleur est vive, elle rayonne dans toute la région. » C'est ici, pour la première fois depuis le début de la cure, que nous introduisons le mot « chaleur » dans ce qui est suggéré à l'enfant. Il nous

semble nécessaire de nous arrêter un instant et de préciser à ce sujet quelques points. En effet, dans la méthode décrite par J.H. Schultz, la sensation de chaleur est suggérée dès la première séance : « Le bras est lourd et chaud. » Nous n'avons pas, quant à nous, cru devoir suivre le maître allemand sur cette voie : il nous semble que la chaleur, lorsqu'elle survient, atteste la grande profondeur de la relaxation, elle n'est pas spontanément signalée par le sujet. Cette chaleur – difficile à obtenir le plus souvent – manifeste que le corps est bien vivant.

En outre, il s'agit d'une intervention qui, venant de la part du thérapeute à peine connu, et avec qui les manifestations transférentielles sont très violentes dans cette phase initiale, comporte à l'évidence, à travers le mot de chaleur, une très importante érotisation de la relation. À ce stade, nous avons dit combien il nous paraissait essentiel, pour le déroulement positif de la première phase de la relaxation, de faire intervenir à la fois la voix qui dénomme, la représentation suggérée qui détend et décontracte, et la palpation qui précise, localise et apporte des renseignements cénesthésiques. Il nous semble que la chaleur, par ses qualités de sensation diffuse, est incapable de permettre une différenciation topographique, et ne devrait pas être suggérée avant qu'elle puisse être intégrée dans une relaxation qui a abouti à l'élaboration d'un éprouvé où le corps est devenu un critère de frontière et de limite.

> La première des difficultés exprimée par les enfants au moment de la relaxation du plexus solaire, outre celle de l'ignorance du terme et de la demande d'explications le concernant, est celle du repérage de cette région. Plusieurs séances se déroulent parfois sans que l'enfant sente quoi que ce soit et le dise. Assez souvent, c'est le moment – comme on le voit d'ailleurs chez les adultes – où il va chercher dans son livre de sciences naturelles comment son ventre « est fait ». Et c'est alors pour lui l'occasion de demander des explications sur tel ou tel organe à son entourage ou au thérapeute.
>
> Ce qui frappe chez les enfants au moment de la décontraction du plexus solaire, c'est l'intérêt qu'ils vont porter à l'intérieur du corps tel qu'il est, comme s'ils le découvraient véritablement pour la première fois. Ils s'intéressent à la connaissance et à l'organisation de leur « intérieur », tentent de le sentir, mais ont très peu de fantasmes concernant cette région. À l'opposé de ce qui se passe chez les adultes chez lesquels cette même

phase donne lieu à des représentations très personnelles, riches en significations profondes (« ça me fait comme la terre qui se soulève et qui vient avec la touffe d'herbe qu'on arrache » ; ou « un nénuphar qui s'ouvre et se ferme » ; ou encore « une meringue qui monte »), cette période pour les enfants fournit l'occasion surtout d'oser « voir » ce qui vit au-dedans d'eux et ils s'arrêtent le plus souvent à cette connaissance.

La deuxième difficulté rencontrée à ce stade est liée à la chaleur : d'une part les enfants en parlent très peu, d'autre part plusieurs séances sont nécessaires pour que certains la sentent. Plus ou moins vive, elle est souvent exprimée en terme de bien-être et c'est pourquoi ce stade de la cure est presque toujours un moment très agréable, qu'ils ne demandent pas à dépasser rapidement.

Chez les adolescents, la décontraction du plexus solaire et surtout la chaleur qui l'accompagne entraînent aussi le désir de mieux connaître l'intérieur de leur corps, son fonctionnement, et, très souvent, une érotisation de la situation : c'est à ce moment-là que la main du thérapeute palpant la région du plexus entraîne sursauts, respiration plus rapide, émotion, ou que l'on peut voir se produire des érections chez les garçons.

Dans d'autres cas, il s'agit de manifestions surtout digestives : très fréquents gargouillis intestinaux, entraînant des réactions de prestance, parfois envies d'uriner (certains enfants même se lèvent, vont aux toilettes puis reviennent s'installer sur le lit), ou d'aller à la selle. La sensation de chaleur suggérée peut être assimilée dans certains cas à la levée d'un contrôle sphinctérien, souvent à l'origine d'un malaise, ou d'instabilité posturale. Il semble souhaitable dans ces cas de ne pas intervenir et de garder une attitude permissive pour tout ce qu'il en est de la région abdominale.

Enfin, il est des cas où la relaxation du plexus solaire se heurte à un obstacle infranchissable, et l'enfant constate son échec, soit qu'il ne soit jamais parvenu à repérer la région, soit qu'il ne puisse vaincre la sensation de tension, de boule, qui la caractérise. Il semble peu réaliste de persévérer au-delà de 5 à 6 séances. Il nous paraît préférable de commencer alors la phase suivante, et de mettre en sommeil temporairement cette phase de la technique.

3.9. Le visage

Le stade suivant est celui de la relaxation du visage. Il est marqué d'abord par un repérage topographique aidé par la palpation : « Le corps est calme, détendu, présent, rythmé ou bercé par la respiration, centré par la chaleur du plexus solaire. Le visage, lui, va devenir détendu, disponible, le visage n'est pas figé, n'est pas contracté, il est libre. Les lèvres, les joues, les côtés du nez, les tempes, les sourcils se décontractent, deviennent calmes et souples, non figés. » À l'évocation de chacune de ces régions, le thérapeute les palpe, bilatéralement avec ses deux mains, délicatement. Nous insistons sur des représentations non pas de lourdeur ou de masque, mais sur la liberté, la souplesse, la disponibilité du visage détendu.

> Les aléas de la relaxation du visage se sont habituellement déjà manifestés lors de la décontraction de la mâchoire inférieure. Il est nécessaire de tenir compte du fait que le visage constitue l'une des rares parties découvertes du corps, et d'un lieu où s'inscrivent, malgré les tentatives de les cacher et de les masquer, les mimiques émotionnelles, liées au plaisir ou à la frustration. En particulier, le fait de rougir et surtout de pleurer constitue un véritable danger, face à l'adulte supposé épier et tout savoir. C'est souvent par un sourire irrépressible, parfois par un fou rire, que le sujet manifeste tout ce que son visage représente de gêne et d'efforts de « camouflage ».
>
> Il nous paraît dans ces occasions souhaitable de nous éloigner un peu, tout en parlant, le regard de l'autre étant habituellement redouté à ce moment. Nous n'intervenons pas, nous sommes simplement témoins de ces mimiques. Il semble que tout ce qui est reflété dans le visage, tout ce qu'il exprime, est, dans la situation de relaxation, marqué d'une certaine fragilité, et doit être préservé de toute intervention, sinon peut-être de tout regard. On connaît les nuances, les sous-entendus, les appels muets ou douloureux dont la motricité faciale est capable.
>
> Bien que nous prévenions toujours les enfants avant de toucher et de nommer les différentes parties du visage, la très fréquente ouverture des yeux à ce moment-là marque la surprise d'être palpé dans cette région du corps réservée davantage à la caresse ou à la punition, mais jamais indifférente. Elle vient justement « à la rescousse » de la découverte du visage, à l'évidence

inefficace pour préciser ce que justement les yeux ne peuvent pas voir ; en revanche, cette ouverture aide à se repérer dans le visage du thérapeute, ou parfois celui d'un enfant qui fait sa séance à côté de lui.

3.10. Les yeux

Lorsque la relaxation du visage est ainsi obtenue, nous abordons la relaxation des yeux comme faisant partie intégrante de celle-là : « Dans le visage calme et souple et libre, les yeux, au lieu d'être tendus vers l'avant, comme pour regarder, reposent calmement, s'apaisent. » Ce qui paraît important dans la phase intéressant le visage, c'est surtout la compétence à éprouver l'état de tension des muscles oculomoteurs, liée à l'intention de regarder, la mise en jeu de ces muscles alors même qu'il n'y a pas de mouvements oculaires sensibles. Il apparaît nécessaire de borner notre action à l'expérience de la tension oculaire. Il est ici question du tonus oculaire, et non de la motricité oculaire. Ce qui nous paraît devoir être abordé à ce moment est lié à la problématique de la vision binoculaire et à ses relations avec le tonus de l'axe du corps : la posture, l'attitude inscrites dans les jeux toniques du tronc et du cou préparent les conditions toniques de la vision.

Souvent, les sujets répugnent à parler des yeux qui sont parfois assimilés, même chez l'adolescent, aux paupières ; l'on connaît la fréquence, en particulier dans les incontrôles tonicomoteurs et les états d'hyperémotivité, des frémissements palpébraux. Voir et être vu engage le désir ou la peur, jamais l'indifférence.

À l'évidence, les difficultés sont monnaie courante dans tous les cas où se pose un problème d'ordre ophtalmologique. Le fait que le sujet porte des lunettes ou, chez certains adolescents, des lentilles de contact pose la question de les abandonner pendant la séance. Nous n'avons pas d'avis à donner sur ce point et laissons l'enfant décider. En revanche, la mère a souvent une opinion assez arrêtée ! Il est assez fréquent que des difficultés plus discrètes, en particulier concernant la fusion des images, viennent faire obstacle, parfois de façon bruyante, à la relaxation des yeux. En effet, ce sont toutes les attitudes compensatoires, aussi bien du tronc, des épaules et du cou, qui sont mises alors en question. On est frappé de la richesse des relations qui s'établissent à cette occasion dans la séance, aussi bien en ce qui concerne les rôles respectifs de

ces régions aux plans tonique et moteur que de ce qui ressort et revient à l'historique même de ces rôles fonctionnels. Les sensations de déséquilibre, de torsion de l'axe, les douleurs vertébrales, nucales viennent très fréquemment émailler le cours de cette phase de relaxation des yeux. Il n'est pas jusqu'à certaines crampes fonctionnelles siégeant en particulier dans la région des épaules qui ne puissent alors apparaître.

3.11. Le front

La dernière phase de la cure est celle qui concerne la relaxation de la région du front. Pour J.H. Schultz, elle était le prélude à une phase proprement psychothérapique, comportant une libre association des idées et des images mentales ; la relaxation du front vise à obtenir les conditions de cette libre association en rendant « la tête libre ». Dans les cas où nous abordons cette dernière étape de la cure, il nous paraît opportun d'insister, dans la représentation que nous suggérons à l'enfant, sur l'opposition qui s'établit entre le reste du corps et le front. Cette opposition va s'établir entre les sensations de poids, de masse, de rythme et de chaleur, et le front « plus élevé, léger, agréablement frais ». C'est dans la mesure où il nous paraît incontestable que l'enfant peut, à ce moment, prendre une certaine distance vis-à-vis de ce corps, précisément dans la mesure où il est présent et rassurant, que la phase de la relaxation du front se justifie. Le front, avec ce qu'il représente de la « tête », c'est-à-dire la pensée, l'idée, le lieu des images, etc., vient donc, en quelque sorte, être le point d'où l'on peut voir, observer à distance, sentir, apprécier, modifier, agir, projeter, anticiper, fantasmer, enfin, ce corps. Dans cette perspective du front « point de vue », « poste d'observation », nous suggérons : « En contraste, en opposition avec l'ensemble du corps calme, lourd, rythmé et chaud, enfoncé dans le lit, et solide, cohérent, le front est plus haut, dégagé, agréablement frais. » Nous effleurons le front de nos mains, en partant de la ligne médiane vers les tempes. Nous répétons dans des termes identiques ou très voisins les images suggérant ce contraste entre corps et front ; nous y ajoutons des formules préconisées par J.H. Schultz, en particulier celle qui compare ce contraste à une montagne, dont la base est le corps et le sommet est le front. Enfin, nous terminons les séances par la suggestion : « J'ai la tête libre. »

Tous les enfants ne parviennent pas à ce stade de la relaxation du front, soit qu'ils cessent de venir sans rien dire, soit qu'ils décident d'arrêter bien avant.

Si les adultes, très rapidement, réclament la permission et le moyen de « laisser se détendre la tête », « se libérer l'esprit », « arrêter les idées qui tournent », les enfants, eux, paraissent beaucoup plus intéressés par les phases précédentes (surtout la généralisation, la respiration, le plexus) que par celle du front. Il est rare qu'ils demandent une intervention à ce niveau et, lorsqu'ils s'inquiètent de « ce qu'il y a après les yeux », c'est plutôt par curiosité ou envie d'en finir que par besoin, comme les adultes, de « calmer leur esprit ». De sorte qu'ils verbalisent fort peu cette dernière phase, sauf pour en dire que « c'est agréable » dans la quasi-totalité des cas.

En fait, cette phase semble correspondre à une mobilité accrue ou devenue possible des images mentales, et c'est en effet souvent le moment où une psychothérapie peut être envisagée. Mais comme nous l'avons déjà dit, dans notre méthode, le jeu avec les images mentales est proposé dès la première séance, en parallèle de ce qui est éprouvé dans le corps, de sorte que l'accès aux représentations et la liberté associative sont beaucoup plus précoces dans la majorité des cas.

4. Les modalités d'arrêt de la cure

Lorsqu'un enfant commence à venir en relaxation, lors de la première séance, nous lui faisons connaître que c'est lui qui exprimera son désir d'en finir. De fait, le plus souvent, c'est lui qui, au bout d'un certain nombre de mois, vient nous trouver et nous dire qu'il ne viendra plus (parce qu'il se sent bien, parce qu'il préfère utiliser ce temps à autre chose, etc.). Certaines fois, l'enfant n'ose pas venir nous parler et c'est la mère qui nous avertit de son « mieux-être », de sa lassitude concernant la relaxation, ou de son désir d'utiliser l'heure de la séance à une autre activité.

À l'opposé, certains patients sont très attachés à la relaxation et à ce qu'elle représente pour eux. Lorsque tous les stades de la cure ont été présentés au patient et expérimentés par lui, et souvent à l'approche des vacances, nous avons un entretien avec lui pour juger des effets de la cure et connaître ce qu'ils en attendent. Nous pouvons alors proposer un espacement progressif des séances, en prenant cependant soin de ne pas faire ce « sevrage » trop rapidement. En effet, nous voyons fréquemment des patients avec qui avait été décidé une interruption, au moins temporaire, ou un plus grand espacement des séances revenir de façon très fidèle à chaque séance. Dans ces cas, il nous paraît indiqué de laisser le patient faire sa séance comme il le désire, mais nous ne lui apportons rien d'autre que notre présence : nous ne lui proposons plus les images, nous ne

le manipulons plus. Il est à noter en revanche que nous facilitons les moments d'expression verbale du patient dans la perspective d'une explication de son exigence ou de sa demande auprès de nous. C'est ainsi qu'une petite tiqueuse vivement intelligente de 8 ans nous dit en fin d'année : « Je continuerai la relaxation tant que j'aurai des tics. » C'est sur cet aveu exprimé des bénéfices actuels qu'avait pu s'articuler une parole concernant les difficultés à franchir le pas de l'autonomie par rapport à sa mère, elle-même phobique et sujette à des tics de paupières.

4.1. La durée du traitement et devenir du symptôme

La « cure type » de relaxation, à raison d'une séance par semaine, s'étend le plus souvent sur une durée de 6 à 9 mois, un an, pouvant atteindre deux années scolaires dans quelques rares cas. Les vacances scolaires sont l'occasion de nombreux arrêts, ou de quelques reprises (en particulier l'approche des périodes d'examen, ou au contraire la perspective d'une rentrée difficile chez l'enfant).

Il existe à l'évidence un lien non négligeable entre le moment d'interruption de la cure et le devenir des symptômes qui ont entraîné l'indication. Nous essayons de rendre cette relation la moins étroite possible, en expliquant, dès le départ, comme nous l'avons vu, que la relaxation ne se propose pas de « faire disparaître le symptôme », mais concerne le corps tout entier. Il est à noter que deux ordres de cas peuvent se présenter :

– d'une part, la disparition du symptôme survient « précocement », et constitue un prétexte à interrompre le traitement ; d'autre part, au contraire, c'est la non-sédation rapide de ce symptôme qui constitue le motif d'arrêt du traitement, jugé trop long, ou simplement inefficace ;

– dans un ordre de faits opposés, c'est au contraire la persistance du symptôme qui fait poser la question de la nécessité de poursuivre le traitement au-delà des limites habituelles.

4.2. Les difficultés particulières

Ces modalités soulèvent des questions difficiles à résoudre, et il nous semble que l'on doive en relever deux particulièrement.

– Existe-t-il des cas où, quoi qu'il en soit de la brièveté du traitement, et du point très initial où la technique de la relaxation en est arrivée, on doit décider d'arrêter devant la sédation rapide du symptôme ? Les cas dans lesquels cette question s'est posée à nous

chez l'enfant sont assez rares (contrairement à ce que nous voyons chez l'adulte). Il s'agissait presque toujours d'une symptomatologie très réactionnelle à l'attitude parentale, en particulier des troubles psychomoteurs, d'instabilité, ou de dysgraphie de fraîche date. Dans d'autres cas, beaucoup plus complexes, il s'agissait de la disparition de certaines formes de tics. Il nous a semblé que la relaxation avait eu un double rôle : d'abord de rassurer les parents, qui se sentaient moins seuls devant leur responsabilité et diminuaient leur niveau d'exigence, et secondairement celui de donner à l'enfant la possibilité de déplacer, sur la personne du thérapeute et non des parents ou du maître, le désir d'obéir ou de s'opposer à leur exigence.

– Quelle stratégie adopter lorsque la cure vient à son terme et que le symptôme est toujours présent ? Il est bien évident que, dans ce cas, les patients sont inquiets et peuvent venir nous demander ce qu'il y a lieu de faire. N'importe quel symptôme peut posséder ce caractère persistant, mais nous l'avons peut-être remarqué plus fréquemment dans le cas de bégaiement. Nous remplaçons alors une ou plusieurs des prochaines séances par un dialogue avec le patient, destiné à laisser apparaître l'anxiété, les conflits, les résistances. Ces entretiens permettent au thérapeute de « faire le point », mais surtout au patient de se demander ce qu'il désire, jusqu'où il souhaite aller dans un début d'analyse de ses difficultés. Ce peut être précisément le début d'une thérapie, ou d'un arrêt de toute recherche.

Schématiquement, trois cas se présentent chez l'enfant.

– Le symptôme apparaît comme appartenant à la famille tout entière et utilisé par elle ; de sorte que la famille ne parvient pas à l'abandonner et c'est cette résistance-là que l'enfant montre dans sa relaxation. Après avoir vu la famille, on décide qu'il est trop tôt pour arrêter la relaxation et la cure continue.

– La non-sédation du symptôme permet aux parents – qui jusque-là ne s'étaient pas sentis concernés par le symptôme de leur enfant – de s'exprimer sur leurs propres difficultés. Sont ainsi réunies les conditions qui les amènent à décider eux-mêmes ce qu'ils avaient jusque-là souvent refusé : des entretiens avec un analyste. La relaxation de l'enfant continue ou s'arrête.

– L'évolution de l'enfant remet en question l'indication initiale, soit que celle-ci ait été erronée, soit que le moment soit venu pour l'enfant, grâce aux effets thérapeutiques de la relaxation, d'aborder ses difficultés dans un traitement psychothérapique qui ne pouvait être valablement envisagé jusque-là.

5. Les parents

Qu'il s'agisse de relaxation individuelle ou de relaxation en groupe, le problème de la demande des parents concernés par la relaxation de leur enfant est évidemment important. Cela n'est pas propre à la relaxation, et ceux qui sont habitués aux traitements des enfants vont sûrement retrouver ici des éléments bien connus d'eux.

Cependant, les problèmes avec les parents sont fréquents, il faut les attendre et s'organiser pour pouvoir y répondre.

Dans la plupart des cas, compte tenu de ce que nous disons aux parents et aux enfants, lors de la première séance de relaxation, à savoir que la cure est l'affaire de l'enfant, la majorité des parents accompagnent l'enfant et l'attendent dans la salle d'attente. Dans la relaxation en groupe, le nombre très important de parents, pendant le laps de temps du traitement, provoque bien évidemment des phénomènes de groupe, c'est-à-dire des discussions entre eux, des comparaisons, des amitiés, etc. De sorte que, lorsque le déroulement du traitement est sans histoire, les parents respectent l'autonomie de l'enfant dans sa relaxation et ne font appel au thérapeute qu'au moment d'arrêter la cure.

Pour d'autres parents, il est difficile d'admettre le non-contrôle de l'entraînement de leur enfant chez lui par exemple, ou de ce qui se passe entre leur enfant et le thérapeute, et leurs sollicitations sont plus nombreuses pour le rencontrer. Il nous semble important de dire à l'enfant qu'il doit assister à l'entrevue et de le laisser intervenir s'il le souhaite dans la discussion.

Le prétexte du rendez-vous demandé par ces parents est le plus souvent l'absence d'amélioration dans l'état de l'enfant et donc leur inquiétude, ou bien la phrase si souvent dite : « Vous savez, il ne fait pas ses exercices à la maison », sous-entendu : « Je me demande s'il est utile que nous continuions à venir ici » ; ou bien : « Quelle sanction adopter ? » Il semble d'ailleurs que cette pression des parents vis-à-vis de l'enfant consistant à menacer l'enfant de dire au thérapeute ou bien de venir réellement dire qu'il ne fait pas ses séances à la maison soit propre à la relaxation, qui se démarque ainsi par exemple d'une psychothérapie où les pressions parentales pour ou contre le psychothérapeute se font plutôt à travers sa personne.

Dans le même ordre d'idée, concernant la rivalité parents/thérapeute, on voit aussi parfois l'un des parents demander à l'enfant de lui montrer les mobilisations qu'effectue sur lui le thérapeute à l'hôpital, pour pouvoir à son tour le faire chez lui, l'« aider » ;

ou encore lui demander de lui apprendre la relaxation. Il semble en réalité que le désir des parents ou de l'un d'eux de rencontrer le thérapeute soit de laisser parler à la fois l'agressivité ou le rejet, autant que d'être rassurés de la crainte qu'ils ont qu'on leur « prenne » leur enfant – car il est fréquent que l'un des parents demande de nouveau : « Mais qu'est-ce que c'est que la relaxation ? Il ne veut pas me dire ce qui se passe avec vous. » Nous répondons à cette inquiétude – exprimée le plus souvent par la mère –, mais nous ne lui donnons évidemment pas les renseignements que l'enfant lui refuse à ce moment-là. Nous le répétons, la présence de l'enfant – s'il la souhaite – nous paraît indispensable pendant cette entrevue.

L'inquiétude concernant leur enfant n'est pas toujours verbalisée. Il nous revient en mémoire le souvenir d'une mère anxieuse.

Cas clinique

Pendant une longue période de la relaxation de son fils de 8 ans, la mère anxieuse n'a pu rester dans la salle d'attente avec les autres parents. Aucun rendez-vous avec le thérapeute n'a jamais été demandé avant la consultation finale, mais elle est restée « collée » à la vitre de la pièce où les enfants attendaient ensemble le moment où un lit se libérerait pour eux, regardant son fils non pas jouer ou parler avec les autres – il ne l'a jamais fait – mais se cacher sous les tables, s'enrouler dans les manteaux pendus, ramper sous les chaises, etc. Il faut dire que, jusqu'à la période de la décontraction des muscles fessiers, une fois entré dans la pièce de relaxation et installé sur son matelas, ce garçon, les yeux ouverts, le corps en position fœtale, ne pouvait pas dire à quel point de la technique il en était et présentait des alternances de tension et de détente, qui évoquaient des crises tonico-émotionnelles. A suivi une phase d'agitation et d'opposition extrême, rappelant le comportement qu'il venait d'avoir sous l'œil de sa mère. Il traînait les pieds en entrant dans la pièce, trébuchait, reniflait, baillait, descendait se cacher sous le lit dès que le thérapeute qui s'occupait de lui s'éloignait, écartait enfin le rideau pour faire la lumière dans la pièce. Seule la présence du thérapeute, ses mots et ses manipulations lui permettaient d'entrevoir pendant une brève période de calme ce qu'était la relaxation.

C'est à partir de la généralisation que l'agitation et la tension ont diminué. Quant à la respiration, elle a apporté un changement spectaculaire : la main sur son ventre, pour repérer le rythme respiratoire, l'enfant faisait pour la première fois des séances autonomes. C'est à ce moment-là que la présence de la mère derrière la vitre s'est fait moins pressante et qu'elle a pu nous dire, peu après, que les résultats scolaires s'amélioraient et que la phrase que son fils répétait sans cesse en face du travail scolaire : « Je suis

un bébé, je ne peux pas le faire » perdait de sa fréquence et sa fonction même, la réalité devenant tout autre.

Il est des parents qui ne se contentent pas de cette surveillance muette ou de « mises au point » épisodiques avec le thérapeute et chez lesquels l'anxiété est beaucoup plus vive encore et profonde : ceux qui, à chaque séance, demandent un entretien, montrant ainsi à l'évidence qu'il ne s'agit pas seulement de leur enfant.

Cas clinique

La mère d'un garçon, particulièrement instable et opposant, vient nous trouver, chaque semaine, pour réclamer des médicaments « calmants » : « Je n'en peux plus ! C'est surtout avec moi qu'il est impossible ! Ça commence le matin, il ne veut pas se lever, pas se laver, pas s'habiller, pas monter dans le métro... et c'est comme cela jusqu'au soir ! » Nous l'avons vue ainsi plusieurs fois, en présence de l'enfant. Nous n'avons pas accédé à sa demande de médicaments, qui était formulée comme une menace à l'égard de son fils et comme une critique à notre endroit. Nous lui avons expliqué que les calmants ne feraient rien d'autre qu'augmenter son instabilité liée à une lutte permanente contre une vigilance perturbée, une tendance à l'endormissement que les médicaments ne faisaient qu'accroître. Nous avons pu ainsi à la fois la rassurer et lui montrer la signification, de la relaxation.

Peut-être a-t-elle perçu aussi combien, ici précisément, les médicaments prescrits antérieurement avaient en effet été une véritable punition, dans la mesure où ils empêchaient l'enfant de se défendre. Ainsi, sa demande personnelle a pu se préciser ; assez rapidement, il lui est apparu qu'elle-même avait le désir et le besoin de parler d'elle-même avec un analyste.

Cas clinique

Les effets de la relaxation sur un garçon de 12 ans et demi insomniaque amènent son père, quelque temps après, à demander un traitement semblable pour lui.

Père et fils étaient, comme la mère le disait, « bourrés de médicaments », et la relaxation ayant permis à l'enfant – qui est toujours venu seul en cure – de supprimer tous ses médicaments, et de dormir, au fur et à mesure que ses angoisses (essentiellement nocturnes) diminuaient, le père a, lui aussi, exprimé le désir de ne plus être dépendant des médicaments.

Il nous semble également qu'il faut insister sur le rôle très important de l'accompagnateur ; grand-mère, grand-père, frère, sœur

aînée, ou voisine emmènent en effet les enfants à leur séance lorsque aucun des parents n'est disponible. Ce trajet prend rapidement une valeur agréable ou désagréable, favorisant ou non la suite du traitement.

Cas clinique

Une fillette de 9 ans avait des difficultés de concentration et ses parents commerçants n'étaient jamais libres pour l'accompagner. Elle ne supportait pas la voisine qu'on lui avait imposée pour le trajet jusqu'à l'hôpital, car elle lui faisait des remontrances sur sa tenue dans le métro, son absence de politesse, etc.

Très rapidement, la relaxation et tout ce qui s'y rattachait (enfants qui attendaient comme elle, avec lesquels elle n'a jamais communiqué, thérapeute féminine à laquelle elle ne parlait pas spontanément, grommelant lorsque cette dernière lui demandait ce qu'elle avait à dire) lui sont devenus pénibles et douloureux, de sorte que le traitement a dû être arrêté bien avant la fin, alors que le déroulement des séances, à la condition de se passer dans le silence, était de bonne qualité, et que malgré le rôle regrettable de l'accompagnatrice, les progrès en classe et dans la vie quotidienne devenaient sensibles, sauf à la maison !

La crainte des parents de « perdre » leur enfant, la demande personnelle masquée par le symptôme de l'enfant, l'échange pendant le trajet menant à l'hôpital ne sont évidemment pas propres à la cure de relaxation. S'il est vrai que celle-ci, la plupart du temps, est mieux supportée par les parents qu'une psychothérapie parce qu'elle entame moindrement l'équilibre familial – pensent-ils –, il n'en reste pas moins que les difficultés personnelles des parents s'expriment fréquemment et qu'il faut pouvoir y répondre. Une des répercussions les plus originales de la cure de relaxation d'un enfant est souvent faite de ce que l'enfant « prend corps » dans la famille. Son corps commence à exister parce qu'il est nommé, souvent pour la première fois, dans une consultation où il est question de relaxation. Les nombreuses références au corps de l'enfant associées aux notions de tension, de détente constituent en effet souvent pour les parents une véritable découverte du corps de leur enfant, qui était jusque-là indécis, problématique. Il en est de même de la fonction des séances à la maison, qu'elles aient lieu ou non ; elles évoquent, elles nomment le corps, « l'enfant-qui-a-un-corps ».

Un autre effet fréquent est le fait que le corps de l'enfant va se séparer de celui de la mère, notamment chez les enfants instables.

La relaxation vient faire coupure, tiers, donnant une place au corps de l'enfant, jusque-là pris dans le désir de la mère, « une place d'où il peut parler » (Bergès, 2005). L'exemple de Victor est intéressant à cet égard.

Cas clinique

Victor, 8 ans, adressé par l'école et son orthophoniste, perturbe la classe par ses pitreries et ne peut porter attention ni à la lecture ni à l'écriture. Comme souvent chez l'enfant hyperactif, la question de la mort est immédiatement présente dans le discours de la mère, dès la première rencontre : risque de mort de Victor au moment de l'accouchement prématuré (hémorragie rétroplacentaire à 7 mois de grossesse), 8 jours en réanimation et assistance respiratoire, puis 2 mois de couveuse. Trois ans après, jour pour jour, un second garçon meurt à la naissance (hémorragie rétroplacentaire) : « On fête chaque année, en même temps, l'anniversaire de Victor et la mort du bébé » dit la mère. Les médecins déconseillent fortement aux parents d'avoir un troisième enfant. Le grand-père paternel décède l'année suivante.

Pendant la consultation, Victor tient difficilement en place, demande à sa mère pourquoi elle pleure. Le père relate que Victor a réclamé plusieurs fois à aller sur la tombe de son frère.

À la suite de ces entretiens initiaux avec Victor et sa famille, sont proposées une relaxation en groupe et une psychothérapie, ce qu'ils acceptent. Le garçon supporte mal la séparation d'avec sa mère qu'il ne veut pas trahir dans la thérapie : « Je ne te dirai rien » répète-t-il systématiquement à sa thérapeute. Il esquive la parole et reste perpétuellement agité, comme au cours de la séance de relaxation : sous une casquette orange et derrière des lunettes de soleil, il s'érige comme le leader du groupe de relaxation, organisant des chahuts scatologiques et sexuels avec les traversins, comme s'il lui fallait à tout prix montrer qu'il est là, bien vivant, le point de mire tourbillonnant, le phare dont l'absence rendrait le groupe orphelin et insipide. Par moments, il suce son pouce, s'installe en position fœtale et déclare : « Je vais dormir », cessant de lutter contre le sommeil, en renonçant à son instabilité.

À la suite d'une séance de psychothérapie mouvementée, au cours de laquelle il a voulu faire le poirier sur le divan du bureau, il est hospitalisé en urgence dans la semaine, « bloqué, coincé », ce qui est un comble pour un enfant instable. « Il est allé voir comment est un hôpital, si on en sort vivant, comment on y meurt », nous dit la mère (le père sort lui-même d'une hospitalisation banale). À cette occasion, Victor a beaucoup parlé à sa mère de son frère mort, de son grand-père mort, de sa mort à lui et a demandé s'il aura un cercueil ou s'il sera dans celui de sa mère… À son admission à l'hôpital, quand sa mère déclare à la secrétaire qu'elle

n'a qu'un enfant, Victor rectifie : « Il ne faut pas écrire 0, mais 0 et entre parenthèses 1, puisqu'il y a eu un enfant mort. » Des entretiens sont alors proposés à la mère, qui les accepte. Psychothérapie et relaxation de Victor, entretiens avec la mère, pendant une année scolaire, ont permis un début d'élaboration du deuil, un début de séparation du corps de Victor d'avec celui de sa mère, de même que la possibilité d'acquérir une place autre que celle de l'enfant mort que le symptôme d'hyperactivité défendait et incarnait à la fois.

Le travail avec les parents nous est apparu de plus en plus nécessaire au fil des années, d'abord pour qu'eux-mêmes soient plus au clair avec ce que représente pour eux leur enfant, et ensuite pour que la cure de relaxation qui le concerne puisse aller jusqu'à son terme. En effet, à partir du moment où la relaxation permet à l'enfant de devenir moins dépendant du regard de la mère et des parents, ces derniers risquent de se sentir mutilés, dépossédés, ébranlés dans leur identité. C'est toujours au moment où leur enfant commence à changer qu'ils risquent d'interrompre la cure : l'équilibre familial s'en trouvant menacé et le commerce parents–enfant compromis.

Actuellement, nous proposons de façon systématique, et dès la première entrevue, une aide aux parents en parallèle, comme une évidence. En effet, il nous est apparu, peu à peu, que les parents ne pouvaient jouer qu'un rôle de frein dans la relaxation de leur enfant, à leur insu bien sûr, la plupart du temps. Rivalité avec le thérapeute en relaxation, positionnement d'eux-mêmes en place de l'enfant, apparition de symptômes équivalents à une demande d'amour, etc. De sorte que, au moment même où la relaxation est prévue pour l'enfant, il est proposé aux parents de venir parler, à la cadence qui leur conviendra (chaque mois ou chaque semaine) et certains parents saisissent cette occasion, en quelque sorte, pour venir parler très régulièrement, comme s'il avait existé une vraie attente, à un autre thérapeute que celui qui va suivre leur enfant en relaxation. La plupart du temps, c'est celui qui les a reçus la première fois en préconsultation et avec lequel les liens sont déjà établis. Ces entretiens avec les parents sont différents des « mises au point » qu'ils demandent à faire avec le thérapeute en relaxation de leur enfant, où la présence de l'enfant nous semble obligatoire et où les parents s'expriment « en parents », alors que les entretiens avec un autre thérapeute leur donnent la possibilité de s'exprimer autrement. Il arrive en effet que des demandes personnelles émergent et se continuent en psychothérapie ou en analyse pour eux.

Chapitre 5
Corps et tonus

1. Histoire des idées

C'est dans ses relations avec le mouvement et la fonction motrice que le tonus peut être d'abord spécifié : on sait combien sont éloignées les conceptions concernant le tonus des neurophysiologistes ou des cliniciens. Peut-être le seul point qui leur soit commun est-il justement que la fonction tonique se démarque fortement de la motricité ou de la contraction motrice ; en effet, le tonus apparaît comme un fond, une donnée de base, sur lesquels émergent la contraction, le mouvement. Il a fallu attendre les études d'André-Thomas (André-Thomas et Ajuriaguerra, 1949) pour pouvoir dépasser une évaluation purement quantitative des données de la clinique, à savoir l'hypotonie et l'hypertonie. En effet, André-Thomas établit la différence entre la passivité et l'extensibilité, spécifiant deux aspects originaux de la fonction tonique de fond, tandis qu'il leur opposait, sur un autre plan, le tonus d'action, mis en cause dans les mouvements associés ou syncinétiques. Par ailleurs, dépassant ainsi les limites concernant purement l'équipement neurophysiologique de base, J. de Ajuriaguerra (1974), avec son école, montra les éléments génétiques régissant ces divers aspects du tonus, en rapport avec l'âge pour une part, et une certaine typologie pour une autre part. Dans une perspective tout à fait différente, mais demeurant du domaine de la clinique, et très liée également à la fonction motrice, Dupré (1925), au début du siècle, fit connaître, parmi les signes cardinaux de la débilité motrice, les perturbations de la face négative du mouvement, à savoir la décontraction, la mise au repos du muscle. L'incapacité à cette résolution musculaire fut nommée par lui la paratonie, à laquelle il assortissait une particulière infirmité à exercer la volonté sur cette décontraction. Il inaugurait ainsi l'ère de la psychomotricité,

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

réunissant dans un même symptôme une incapacité volitionnelle et une perturbation de la fonction tonicomotrice.

Nous avons tenté, lors d'études portant notamment sur les troubles des enfants anciens prématurés et sur des groupes d'enfants présentant des syndromes psychomoteurs, de départager ce qui revient à une paratonie de fond, absence de souplesse tonique, gangue tonique très liée aux données de l'équipement, et ce qui revient à une paratonie d'action, véritable freinage tonique survenant à un certain degré d'amplitude d'un mouvement ou lors de la modification d'une posture provoquée face à l'autre ; laissant à la paratonie décrite par Dupré son caractère essentiel : celui d'une incapacité volitionnelle, précisément d'une incapacité à la relaxation.

Au cours de la cure, en effet, l'expérience proposée au sujet est d'abord, à chaque segment du corps, d'exercer et d'acquérir le relâchement musculaire, et de constater, dans l'état tonique lui-même, les aléas de réussite ou d'échec de ce projet. C'est donc à une différenciation entre les fonctions tonique et motrice que le sujet est invité, et c'est la recherche des seuils qui séparent la détente de la tension et de la contraction qui fait le moteur de cette expérience. L'intégration de ce qui est senti à chaque étape constitue le résultat esthésique de cette expérience tonicomotrice. Les manœuvres de mobilisation passive, de même que la phase terminale dite de « reprise » ne sont rien d'autre que des moyens d'aborder cette intégration, successivement passive et active.

On connaît, à ce sujet, les classiques expériences permettant d'établir en psychophysiologie les relations très étroites et de nécessité entre les données perceptives et les données motrices dans ce qu'il en est de l'intégration des coordonnées spatiales de l'action. L'espace, en effet, n'est reconnu et le trajet n'est mémorisé que dans la mesure où ils ont été réellement parcourus par le sujet de l'expérience, à l'aide de la marche ou de tout autre dispositif impliquant, de sa part, une participation motrice ; tandis que le sujet ne peut préciser la topographie des lieux si le trajet a été fait passivement sans autre participation que visuelle.

2. Résolution tonique

La relaxation, par l'expérience qu'elle permet du passage de l'état de contraction à l'état de résolution tonique, constitue une approche intéressante des perturbations de l'initiative motrice, à la jonction entre le fond tonique et l'émergence du mouvement. Elle permet de poser de façon originale les relations entre la perception et la

fonction motrice dans l'expérience de la relaxation. Ne s'agit-il pas ici de la naissance d'une véritable reconnaissance par le sujet d'un tremplin tonique vers l'action projetée ?

Le tonus dans la relaxation est reconnu et distingué de la contraction motrice, comme la préparation du mouvement l'est du déclenchement et le projet de ce même mouvement de son accomplissement. L'expérience de la résolution tonique constitue un événement majeur dans l'esthésie du sujet : événement en lui-même intéressant, car il instaure un état particulier, dont la conquête au fil des séances vient se substituer à la tension, la crispation. Le déroulement même de la cure confère un caractère de la plus haute importance à cette qualité reconnue et sentie de résolution tonique. Nous voulons parler de la localisation successive aux divers segments du corps (les membres, le tronc, le visage) de la révélation de cette qualité tonique. Il s'agit là d'une véritable localisation de la conquête de cette qualité par rapport au reste du corps qui n'en est pas le siège. C'est en contraste avec l'ensemble du corps, en effet, qu'un bras, puis l'autre, etc. sont le siège de cette sensation particulière de la relaxation. Au cours des séances, c'est au vécu même d'un de ces segments que se diversifie une zone, une région détendue, en regard des autres parties.

Il est essentiel que le patient puisse localiser, que se constituent, à sa découverte esthésique des lieux, des places limitées par la tension résiduelle environnante. Le fait que ces lieux s'agrandissent, que ces régions s'étendent permet l'ébauche d'une véritable topographie de la fonction tonique dans sa dynamique et crée un point de départ, en même temps qu'un point d'origine, d'où cette extension va se faire, d'où la relaxation va gagner. Une référence initiale à la répétition des diverses phases de la cure importe aussi – cela est particulièrement net chez l'enfant dans ses premières séances – : l'organisation temporelle des premières séances est ancrée dans l'esthésie initiale de la détente d'un lieu cerné par la tension environnante. Elle est guidée dans son déroulement par le chemin que fait cette relaxation, de lieux en lieux. Ceux-ci n'ont encore pas d'autres coordonnées que les rapports d'opposition esthésiques en relaxation et non la relaxation du reste du corps.

3. Fluctuations toniques

Les processus en cause au cours de la conquête relative de la détente pendant les séances de relaxation permettent d'aborder non seulement certains troubles de l'attention, mais aussi des perturbations fréquentes, notamment dans certains retards du

langage et dyspraxies temporelles portant sur la succession, l'avant et l'après, et l'organisation dans le temps d'une action qui se déroule. À ce sujet, on ne saurait trop insister sur l'importance de la relaxation comme moyen d'aborder ce qui concerne le problème de l'origine, qu'il s'agisse de l'échelle du temps ou de l'espace. De très fréquentes formes de perturbations de la structuration spatiale et de nombreuses aberrations, en particulier dans la genèse du nombre chez certains enfants dyscalculiques, constituent, à ce titre, des indications non négligeables des techniques de relaxation. En effet, les processus toniques en cause dans la cure ne sont pas seulement de l'ordre de ce qui sépare la contraction motrice de la détente tonique, ou un lieu de résolution tonique d'un tout en état d'alerte ; il s'agit aussi de processus engagés dans la temporalité. Comme H. Wallon (1925) l'a bien montré, la fonction tonique n'est pas seulement un fond plus ou moins lié à l'équipement neurophysiologique, elle est surtout le champ d'une fluctuation oscillant entre les états de tension et les états de détente. Cette fluctuation tonique est elle-même organiquement liée aux relations que l'enfant établit avec le monde extérieur, et avant tout avec la personne de sa mère. Les phases de tension extrême liées, en particulier, au besoin se caractérisent par les états de « crise tonico-émotionnelle », au cours desquels le nourrisson est la caricature de la tension : les poings serrés sur les pouces fléchis dans la paume, les bras repliés avec force, les jambes et les cuisses en extension forcée, rouge et la respiration bloquée, il hurle. À ce moment, aucune communication n'est possible, aucune exploration, aucune découverte ou activité. En revanche, dès que survient la satisfaction, la plénitude, voici la caricature de l'état de relaxation : les membres s'écartent du corps repu, la respiration devient profonde et calme, les activités exploratrices, motrices, d'orientation sensorielle, le gazouillis sont à leur maximum, puis l'enfant s'endort peu à peu. C'est dire à quel point ces phases de tension et de détente sont profondément ancrées dans l'organisme tout entier, en particulier son armature tonique, qui en porte l'empreinte. D'autant que ces alternances vont s'instaurer, se modifier, parvenir à un mode stable dans les rapports qui s'établiront entre d'une part les grands rythmes biologiques de l'enfant, essentiellement sommeil et alimentation, et d'autre part les rythmes de la mère et de l'extérieur.

Les processus, à travers la relaxation, qui concernent les fluctuations de la fonction tonique ne sont pas seulement spécifiés par l'organisation des accommodations des grands rythmes biologiques et de ceux du monde extérieur. Ils sont aussi très ancrés

dans l'organisation émotionnelle du sujet. La relaxation permet à l'enfant tout au long de la cure de redistribuer en quelque sorte les rôles sur la scène des orages et des accalmies toniques. La fonction tonique est peu à peu explorée, expérimentée, dans les conditions privilégiées de la thérapie de relaxation. L'enfant se familiarise avec les oscillations toniques, surprend l'éclosion d'états de tension localisés, assiste à leur résolution, sait peu à peu les reconnaître, et donc d'une certaine manière maîtriser les crises toniques qui ont, jusque-là, émaillé son histoire émotionnelle personnelle. Ces fluctuations perdent ainsi peu à peu leur signification angoissante, leur cortège habituel d'émotion, leur aura inquiétante.

Cette expérimentation de la fluctuation tonique, nous la voyons se faire au décours des séances de relaxation dans des circonstances particulièrement parlantes. C'est le cas notamment des phénomènes toniques qui sont liés à l'établissement, en cours de séance, d'une relation proche, immédiate avec le thérapeute ou l'environnement. J. de Ajuriaguerra et J. Badarraco (1953), puis J. de Ajuriaguerra et M. Cahen (1960), enfin J.G. Lemaire (1969) ont parfaitement montré l'importance, à leurs yeux décisive, des diverses phases de cette relation qui s'établit entre le sujet en relaxation et le thérapeute : ils ont décrit tous les aspects de ce « dialogue tonique » qui vient constituer à la fois la trame et le champ de déroulement de la cure dans ses aléas, ses facteurs d'évolution et ses implications thérapeutiques. Ils ont mis l'accent sur l'intérêt de considérer les aspects toniques de ce dialogue surtout à travers les phénomènes d'ordre proprement transférentiel, qui en constituent l'élément dynamique et thérapeutique essentiel.

Pour nous, c'est la fluctuation elle-même de la fonction tonique qui est sous la dépendance de la présence, des paroles, de la proximité, de l'éloignement du thérapeute. C'est la localisation de cette résolution tonique qui dépend de telle manipulation, mobilisation ou palpation. Ce va-et-vient, cet échange qui se produit entre l'action du thérapeute, sa présence, et l'état de la fonction tonique porte aussi bien sur des régions déterminées, localisées, plus ou moins susceptibles de répondre, que sur la modalité générale de réaction plus globale de l'organisme à cette présence, cette absence, cette intervention ou cette abstention du thérapeute. Nous retrouvons dans cette fluctuation tonique selon ces variations de la relation non seulement ce que nous venons de dire des rythmes généraux et de la sollicitation de la sphère émotionnelle, mais aussi cette modalité très primaire, très archaïque de la relation à travers ce que H. Wallon appelle la posture ; véritable appel de l'autre dans le

contact qu'est la mobilisation, et réponse à cet appel par une modification tonique. À travers la relaxation, est ainsi réexpérimentée la période où cette relation se fait de façon très globale, sous la forme d'une véritable aimantation motrice, d'un démarquage posturomoteur de l'attitude, dans ce qu'elle donne non pas à voir, mais à percevoir globalement au moyen des afférences cutanées et myoarthro-esthésiques. On conçoit que la relaxation puisse ici apparaître comme une voie d'abord privilégiée des défaillances motrices dans les premiers temps de la vie. C'est le cas chez certains enfants grands prématurés ou hypotoniques ou au cours de certaines immobilisations forcées précoces : toute mobilisation du nouveau-né est impossible et toute afférence cutanée ou articulaire rendue précaire de ce fait. Elle constitue, ainsi, une indication intéressante des fluctuations toniques dans les syndromes psychomoteurs et affectifs liés aux difficultés des soins du premier âge.

4. Tonus et langage

L'expérience tonique et ses fluctuations ne se cantonnent pas aux rapports avec la personne du thérapeute touchant, mobilisant et créant ainsi des décalages toniques ainsi que des contrastes tonicomoteurs. En effet, deux facteurs complémentaires interviennent ici : l'environnement et ce que dit le thérapeute au cours des séances. L'environnement, par le calme, la pénombre, les conditions toujours semblables, constitue un cadre de référence dépourvu d'agressivité, rassurant, facilitant la détente et contrastant avec le monde extérieur avec sa hâte, son bruit, ses contraintes. Mais aussi, en particulier dans les séances en groupe, cet environnement est fait de tout ce que la relation comporte de spécifique à la situation créée par les autres enfants : les entrées et sorties, les respirations forcées, les « reprises » bruyantes, les onomatopées diverses, les activités ludiques de certains. Celles-ci permettent à l'enfant de situer les modifications toniques dans un environnement actif et de faire l'expérience de l'effet sur cette expérience tonique de la présence et de l'action des autres. À d'autres occasions au contraire, il ressent la contamination de la présence des autres sur ce qu'il éprouve. Enfin, cet environnement est aussi fait des chuchotements de la parole des autres et de son thérapeute, qui l'entourent d'un bain sonore s'ajoutant aux afférences cutanées et motrices déjà décrites. D'autant que ce que dit le thérapeute concernant les effets de l'action sur la fonction tonique n'est pas indifférent. Effectivement, dans notre méthode, le thérapeute n'est pas seulement témoin d'une

modification vécue du tonus ; il suggère cette modification à travers des mots supports d'images répétées, accompagnant et facilitant la décontraction et la détente tonique.

Qu'il nous soit permis d'insister sur le fait que les images fournies à l'enfant ne sont pas là simplement pour induire ou précipiter les phénomènes toniques ; elles sont essentiellement là pour les nommer, les qualifier. Elles ne s'articulent sur aucune syntaxe relative ; elles sont dites sur un mode indicatif à un temps présent, elles constituent une formulation, une illustration d'une proposition qui tend à donner à ce vécu tonique un nom, un statut dans la parole. C'est dire que, au même titre que les manipulations, la parole rend présentes la fonction tonique et ses modifications. Elle suggère ainsi que les modalités d'action de la relaxation se jouent dans le sens d'une présence rassurante, d'une permission à la détente, d'une relation apaisante dans l'environnement constitué par la parole répétitive, simple, quasi litanique du thérapeute. Le raccord à la réalité se fait précisément par ce qui est perçu, senti, éprouvé par le sujet au lieu même du corps où se crée la relaxation, et dont la nomination par le thérapeute constitue une sorte d'authentification par l'autre que l'on ne peut pas ne pas rapprocher d'un processus d'identification. C'est le cas pour une fillette, consultant parce qu'elle ne « savait pas se défendre des autres à l'école ».

Cas clinique

Cette fillette de 8 ans est venue très régulièrement pendant toute une année, très souriante mais peu bavarde, très attentive aux autres filles du groupe, les regardant beaucoup, mais surtout en attente du regard de sa thérapeute. Elle la sollicitait, du regard précisément, pour être touchée, mobilisée, pour que cette dernière s'approche, lui parle, comme si ces interventions lui étaient nécessaires pour trouver une place à son corps dans la séance, et partant, une place à sa parole. Peu de discours mais quantité de regards interrogatifs, appelant le concours de l'autre dans une demande souriante et en même temps une sensibilité de plus en plus vive à la présence des autres enfants du groupe.

En fin d'année, dans les dernières séances, à la question : « Que deviens-tu ? », elle répond dans un grand sourire : « Grande ! », montrant par là qu'elle était sortie d'une position de dépendance à l'autre sur le mode infantile et masochique et qu'elle avait acquis une place de partenaire, une place d'où elle pouvait parler et répondre. D'ailleurs, elle mettra en avant, à la séance d'après, un corps sexué : « Avec la relaxation, je deviens une bonne élève parce qu'avant, j'étais tracassée, dans la lune… j'étais pas bien concentrée. On sait maintenant que j'ai des ovaires dans le ventre et

on va faire des piqûres une fois par trimestre. Je les ai trop tôt et après je risque de pas grandir... En maternelle, j'avais toujours mal au ventre, mais on savait pas que j'avais les ovaires. Mon père a dit que c'est lui qui ferait les piqûres. Moi je préfère mon père qu'une infirmière... Au début je croyais que c'était une maladie, maintenant je sais que c'est normal. Depuis que j'en ai parlé à la maîtresse, je suis soulagée parce qu'elle m'a dit que c'était pas dramatique. Mes copines, elles ont pas encore les ovaires. »

Quelle place la relaxation et le transfert à la thérapeute ont-ils joué dans la mise en place de ce corps sexué, dont elle parle ? Comment la physiologie vient-elle s'articuler à l'imaginaire du corps et à cette féminité précoce ?

5. Tonus et représentation

La cure permet d'expérimenter les devenirs de la qualité tonique au regard des fluctuations de la relaxation avec la phase de concentration mentale qui précède la décontraction et les aléas de l'attention de l'enfant. C'est par l'interaction qui s'établit entre la qualité de la concentration mentale et celle de la détente que l'expérience de l'enfant cerne et éprouve le véritable jeu d'aller et retour réciproque de ces deux effets. La concentration mentale sur l'image de calme ou sur la représentation de la décontraction d'un segment du corps se traduit par une modification tonique, qui elle-même, dans la mesure où elle est perçue et ressentie, vient susciter à son tour un sujet d'attention, un point où appliquer sa concentration mentale (résumée chez les plus petits par une simple répétition de la phrase proposée, qui se trouve ainsi remplie de ce qui est vécu, en même temps qu'elle le signifie).

Ce va-et-vient s'établit avec l'aide de la proposition du thérapeute, mais, dans les séances personnelles, c'est de son propre chef que l'enfant déclenche en quelque sorte la résolution tonique par une image qu'il se propose. C'est souvent à cette occasion que le sujet, pour la première fois, expérimente la liberté de cette autoproposition. Cette marque d'autonomie se colore de l'état de détente qu'elle détermine ; en particulier chez le grand enfant, il s'agit d'une véritable révélation pour lui que de pouvoir ainsi mettre un contenu sur les formules si souvent entendues et répétées « faire attention », « se concentrer ». Mais aussi et surtout, c'est l'inauguration de la possibilité d'établir un lien réel entre cet éveil, cette vigilance, cette présence et un état qui ne soit pas celui de l'alerte, d'être aux aguets, sur le qui-vive.

Chacun connaît combien il est difficile aux enfants, surtout jusqu'à 10–11 ans, de conformer leur attitude à la demande d'attention. On constate très fréquemment, surtout chez les enfants anxieux ou instables, et a fortiori chez ceux dont la vigilance est médiocre, un véritable abus de l'état de « garde-à-vous » : l'enfant serre les poings, étend les jambes, fait un haut-le-corps, redresse la tête, comme s'il manifestait à la fois la tension et la surprise devant cette attention ; ce corps en point d'exclamation est parfois même intégré à un véritable incontrôle tonico-émotionnel. C'est à l'installation des modalités de réponses analogues mais inverses que l'enfant s'entraîne dans la phase de concentration mentale pendant ses séances. Le renversement de sens de la réponse tonique est en quelque sorte renforcé par ce qui se passe au moment de la « reprise », puisque alors la contraction musculaire volontaire vient, mais sur un mode progressif et harmonieux, modifier l'état tonique.

En somme, la relation qui s'établit entre concentration mentale et détente tonique vient peu à peu se substituer à celle qui, dès la première heure de la vie, s'établit entre stimulus et réaction tonique, premières ébauches de la vie émotionnelle, à travers la posture et l'axe du corps. Les processus dynamiques concernant la fonction tonique sont à l'évidence en cause dans la cure de relaxation. Cette progression, cette conquête progressive de la résolution tonique constitue, en somme, une véritable exploration tonique du corps, une authentique pulsation, tout au long de chaque séance et de la cure elle-même, dans la relation au thérapeute qui parle, touche et mobilise.

Dans ce corps, depuis toujours traversé par le langage, l'aspect cognitif en cause dans la relaxation nous paraît être aussi d'ordre topographique ; en effet, la progression même de la technique intéresse les membres successivement, puis les divers segments du tronc, et enfin les épaules et le cou, ainsi que la mâchoire inférieure. Il s'agit d'abord d'un véritable repérage topographique, de l'établissement de rapports spatiaux entre les divers segments du corps. Ce repérage, ces rapports ne sont pas seulement le fait d'une modification tonique locale. Ils le sont aussi des changements de position, des afférences articulaires et musculaires, au cours des mobilisations ; en particulier par la mise en place des repères essentiels que sont les points articulaires. La peau n'est souvent perçue que sous forme de zone de contact assez floue et vaste, malgré la précision et la qualité de la sensibilité. Il s'agit plutôt de la mise en évidence progressive d'une frontière, à travers une sensation d'effleurement, de palpations, que de toucher. En revanche, le jeu articulaire délimite

les zones respectives de chaque segment, et précise en somme des points de repère à travers une sensibilité profonde très exercée dans la vie motrice quotidienne. Par ailleurs, ces articulations sont aussi des points d'attache, des jointures, qui permettent de montrer le jeu respectif des segments, et leurs connexions de proximité ou de continuité. Le rôle de ces sensibilités articulaires et musculaires apparaît tout à fait primordial dans l'acquisition de la connaissance des rapports topographiques et fonctionnels qui régissent les divers segments du corps entre eux. Les afférences purement toniques, ou cutanées, sont plus diffuses, plus quantitatives, et davantage chargées de signification relationnelle.

6. Nouage nomination–sensation–représentation

6.1. L'image de son corps, l'image du corps des autres

Au travail spatial fondé sur la sensibilité arthromusculaire, correspond un double processus qui contribuera à la connaissance du corps, à savoir la représentation et la nomination de chaque lieu du corps intéressé par la relaxation. Ces trois sources de connaissance sont, dans la technique que nous avons décrite, concurremment mises à contribution dès la première séance : c'est dire l'importance que nous croyons devoir attacher à cet aspect du processus dynamique de la cure, à ce nouage entre ce qui est senti, ce qui est représenté et ce qui est dit.

La représentation proposée, suggérée, n'est pas seulement essentielle dans la résolution du tonus : elle est centrale pour le sujet qui nous intéresse. Le jeu qui s'établit entre ce qui est ressenti et ce qui est représenté, ce qui est représenté et ce qui est dit, suggéré, est un facteur capital dans le travail que chaque patient accomplit avec son corps au fil des séances. La représentation fait appel à ce contrôle permanent entre le fantasme et la perception. Mais aussi, et peut-être surtout, à travers les images du thérapeute, cette représentation devient partie du champ des possibles, déborde les limites interdites, précise les points et les frontières en une anticipation contrôlée par la vue et les données de la sensibilité profonde. Nous paraît de la plus grande importance dans le même temps la conjonction de la mise en jeu de la fonction imageante du patient concernant les diverses parties de son corps qui s'organisent et des images suggérées par le thérapeute, qui visent en somme à intégrer ces images dans une découverte, une connaissance, enrichie de ce en quoi la présence et le personnage de ce thérapeute rendent possible de savoir

et désirer savoir. D'autant que le thérapeute est précisément là pour instaurer et mettre l'accent sur la concordance, la correspondance qui s'établissent entre le lieu du corps considéré, découvert, senti, représenté, et le nom qu'il lui donne. Le nom ainsi connu vient en somme à la fois authentifier, qualifier, et préciser cette découverte, cette cognition, dans un tissage permanent.

Nous sommes frappés tous les jours de voir combien les patients qui présentent des troubles psychomoteurs, au sens large, connaissent peu leur corps, trahissant ainsi la méconnaissance véritablement névrotique qui est la leur à ce sujet. Aussi la nomination constitue-t-elle autant de jalons, à chaque mot fourni, par rapport à quoi s'organise non seulement ce qui est ressenti du corps, mais aussi ce qui en est représenté. En quelque façon, on peut dire que cette nomination de chaque segment, de chaque articulation principale, de chaque fonction physiologique (la respiration notamment) concourt à une connaissance du vocabulaire, et vient aussi situer dans l'organisation du langage celle de la connaissance spatiale du corps. Il s'agit, ici, à proprement parler, d'un véritable travail sur le corps dans ce qu'il est convenu d'appeler « l'image du corps », précisée à travers des repères spatiaux, reconnue dans ses composantes par les mots du thérapeute, accordée à ce qui est senti profondément comme appartenance à un ensemble à travers la relaxation, ses effets toniques et transférentiels. Il est clair que les échanges dialectiques entre l'image du corps et l'action en général sont remis en chantier dans la cure ; en effet, la triple action de celle-ci, à savoir un travail de connaissance, une représentation et une nomination des différentes parties et rythmes du corps par le thérapeute, apporte la possibilité pour l'enfant d'expérimenter son corps autrement, tout en accédant à des capacités d'anticipation et de représentation mentale plus ouvertes.

L'importance des relations qui s'établissent entre la cognition du corps de l'enfant et le corps du thérapeute lui-même est à souligner : le transfert en relaxation se tisse dans un échange de regard, de mots, d'éprouvés corporels, d'images.

Dans les cas où la relaxation se fait en groupe, cette découverte devient aussi celle du corps des autres patients : dans l'attente de trouver une place, ou que l'on puisse s'occuper de lui, l'enfant regarde les autres, dans leur propre séance, repère leurs bras, leurs jambes, qui sont manipulés, leurs attitudes ; il participe du corps des autres, il va être des leurs, à partir du moment où il va prendre place, à la fois regardant autour de lui et regardé pendant sa séance.

À d'autres phases de la cure, le thérapeute montre sur lui-même les segments du corps considérés et intéressés par la séance. On est d'ailleurs frappé par la grande difficulté que rencontrent de nombreux enfants à établir cette correspondance par la vue et le toucher entre le corps du thérapeute et le leur ; quoi d'étonnant à cela puisque précisément de nombreux syndromes psychomoteurs sont très liés à une véritable méconnaissance corporelle. Parallèlement à cette difficulté à établir une telle relation, il apparaît nécessaire d'insister sur le caractère très maladroit, heurté, précipité ou très lent, et comme à regret, de la mobilisation du thérapeute par les enfants ; on perçoit à ce moment toute l'inadéquation de la force mise en œuvre, l'ignorance du devenir des segments dans leur mobilisation, des efforts étant faits, par exemple, pour faire jouer les articulations dans des directions impossibles. Dans certains cas, ces exploration et expérimentation du corps du thérapeute apparaissent comme une sorte de préalable à la reconnaissance du corps, à son acceptation même, pourrait-on dire.

Dans un ordre de faits un peu différent mais très comparable, c'est encore du corps du thérapeute qu'il est question dans le processus de la cognition du corps au moment de la phase respiratoire de la cure : c'est le souffle du thérapeute qui est en cause, rendu présent par le bruit de l'inspiration et de l'expiration, en même temps que la main montre la surélévation et l'abaissement de la paroi abdominale, sous la poussée diaphragmatique. À ce sujet, il nous paraît nécessaire d'indiquer combien cette participation du corps du thérapeute est précieuse dans l'évolution du déroulement de cette phase respiratoire. En effet, il s'établit une concordance, une harmonie de rythme entre, d'une part, le souffle du thérapeute et, d'autre part, la main de celui-ci qui, posée sur la région abdominale, communique en quelque sorte ce rythme à cette région : le sujet « se sent » respirer pendant qu'il « entend » respirer l'autre, et participe activement à la découverte, à travers la relaxation, du rythme de la respiration.

C'est à une découverte du même ordre que le patient procède aussi lorsque, par l'intermédiaire de cette même main posée par le thérapeute sur la région abdominale, il commence à en percevoir les frontières d'avec la région thoracique, comme si cette main la lui traçait, la délimitait par sa pression, et en référence à l'image proposée.

6.2. Imitation, représentation et suggestion

C'est dire combien le processus en cause de la connaissance du corps en relaxation passe par le corps de l'autre, et pourrait-on dire,

le corps des autres, dans ce processus d'aliénation à l'autre qui nous fonde avant même notre venue au monde. Ce processus se trouve intéressé, concerné, repris comme dans cette période du développement sensorimoteur et relationnel au cours de laquelle prend naissance la dynamique de l'imitation. Il est question d'une véritable imitation posturomotrice dans cette découverte progressive du corps à travers le toucher, la palpation, la mobilisation, les mots, mais aussi la vue du corps du thérapeute, et du corps des autres enfants en cure.

Ce dynamisme de l'imitation se trouve en quelque sorte repris dans la cure, sous-tendu par les expériences liées à la sensibilité profonde, musculaire, articulaire, tactile. Mais l'on sait que, dans notre méthode, il y a, concurremment, apport symbolique par deux voies principales. Il y a d'une part la nomination des parties du corps qui vient préciser le lieu du corps en cause et en même temps le garantir, le fonder dans la parole du thérapeute qui devient celle de l'enfant. En effet, cette imitation ne se borne pas à reconnaître le corps de l'autre ; elle concerne aussi le nom donné à ce corps, qui est alors reconnu par le thérapeute, ce qui permet à l'enfant de le connaître dans la répétition imitante qui est la sienne de la formule de dénomination ; ainsi le corps n'est-il pas seulement désigné, mais identifié. Il y a d'autre part l'introduction, dans le processus de la cure, d'images proposées par le thérapeute : ces images s'adressent au corps ainsi reconnu, accompagnent les sensations liées à la relaxation elle-même, qu'elle soit segmentaire ou globale ; ce sont elles qui permettent de passer de l'imitation à la représentation, à l'image mentale. Cet élan qu'elles communiquent au projet moteur ou à l'attitude, cette énergie qui fait se mouvoir les figures et établir des rapports entre elles, nous paraît pouvoir être, dans notre technique, du ressort à proprement parler de la suggestion. Cette suggestion, loin d'être négligeable ou gênante dans la cure, nous semble, au contraire, être essentielle. En effet, la clinique nous apprend que les enfants présentant en particulier des syndromes psychomoteurs sont caractérisés par leur manque de liberté motrice : la paratonie qui les englue, la maladresse qui les limite, la conservation des attitudes, la persévération du mouvement, le manque d'aisance, les réactions de contenance dans la relation constituent autant de témoins d'une suggestibilité motrice et d'attitude. Ce sont ces mêmes enfants qui manifestent une grande incapacité à mettre en relation, en rapport des objets ou des images entre elles. La suggestion par le thérapeute, sous forme d'images, à travers la résolution tonique du sujet, constitue un

appoint essentiel dans l'avènement, chez ces enfants qui manquent de liberté motrice et sont suggestibles, d'un projet moteur et d'une anticipation figurée qui vont précisément faciliter la fonction imageante.

La relaxation permet, pendant la séance, une véritable exploration du corps et de l'image mentale, « à condition que le toucher et la mobilisation s'accompagnent de signifiants qui n'ont rien à voir avec une pédagogie cognitive ou une description imaginaire mais avec une reconnaissance symbolique » (Bergès, 2005).

Chapitre 6
Corps, miroir, symbolique

1. Les trois niveaux somatique, imaginaire et symbolique

« Le corps est un réceptacle à quoi ? À la jouissance, au désir, à ce que Freud appelle Ich Lust c'est-à-dire le "moi-plaisir". Pour J. Lacan, ce qui est érotisé chez l'enfant, c'est l'activité motrice » (Bergès, 2005). On ne tient peut-être pas assez compte de ce plaisir de la motricité quand on parle du corps de l'enfant, de la fonction structurante du plaisir pour lui. Le geste, la gestualité dans les praxies, le tonus, les gnosies, le rythme engagé dans le corps sont certes intéressants à envisager dans la question du corps et participent largement au travail qui se fait dans une cure de relaxation. Mais le corps, c'est aussi l'autre, c'est-à-dire une affaire de miroir, et c'est aussi ce qui s'en dit, la symbolisation par le langage. Sans cesse, dans la relaxation, se nouent les esthésies corporelles, la réalité tonico-émotionnelle du corps, l'identification imaginaire au corps de l'autre et ce qui le constitue dans le langage :

> L'enfant est le réceptacle de la parole et du langage et c'est ce qui le spécifie comme petit de l'homme. C'est dans cette mesure que la parole du thérapeute, dans la relaxation, est essentielle. Dans la cure, et selon la progression segmentaire particulière à la relaxation chez l'enfant, le thérapeute vient fournir les signifiants qui viennent s'accrocher au corps, se nouer à lui, absolument pas dans une perspective cognitiviste ou dans une visée pédagogique ; mais plutôt en nouant cette nomination, ce signifiant apporté par le thérapeute et qui s'accroche au corps, au toucher qui localise – la mobilisation qui fait jouer le muscle et l'articulation de telle partie du corps – et au regard sur le corps du thérapeute ou des autres enfants du groupe. Il ne s'agit pas ici de chercher le sens ou de nommer dans le but de connaître, il s'agit d'aborder, à travers le transfert entre l'enfant et le thérapeute, ce qui fait que le corps est humain, à savoir qu'il est parlé. (Bergès, 2005)

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Les trois niveaux somatique, imaginaire et symbolique, sans cesse enchevêtrés, sont impossibles à isoler sans les réduire, mais nous allons d'abord, du côté du corps imaginaire surtout, envisager la phase du miroir, décrite par H. Wallon en 1934 et reprise par J. Lacan en 1966, ce moment autour de 8 à 16 mois au cours duquel l'enfant, tenu par sa mère ou la personne qui en tient lieu, reconnaît dans le miroir son image, identique à celle de l'autre. Cette reconnaissance est accompagnée, de la part de l'enfant, de plaisir, d'agitation des bras et des jambes, de tout le corps, de rires, de ce que J. Lacan nomme la « jubilation motrice » : la posture, la motricité, la gestualité sont en émoi, prises dans la capture du regard de la mère et sa propre motricité à elle, qui redouble celle de l'enfant, en boucle. Il n'y a donc pas que l'image dans ce stade du miroir ; l'anticipation est dans la jubilation, celle-ci anticipant la globalité de l'image dans cette motricité désordonnée et joyeuse. Pour J. Lacan (1966), c'est le moment structural du moi, l'avènement, la précipitation du « je » dans une anticipation fondatrice : « Le stade du miroir est un drame dont la poussée interne se précipite de l'insuffisance à l'anticipation. » En effet, cet enfant est encore, à ce moment-là, immature à tous les points de vue et totalement dépendant des soins de sa mère qui remplit toutes les fonctions pour lui. Toutefois, l'immaturation du nouveau-né à laquelle la mère se substitue entièrement dans les premiers mois pour qu'il puisse vivre n'exclut pas le fonctionnement de l'enfant ; ainsi, très tôt, dans l'anticipation visuomotrice, si le nouveau-né entend un bruit et que ce bruit s'arrête, il peut regarder dans la direction de ce qui ne se produit plus dans les oreilles : il anticipe donc, par sa posture, ce qui vient à manquer.

J. Bergès (2005) tourne autour de ce « débordement par le fonctionnement », ce fonctionnement de l'enfant, sensoriel notamment, compétent à fonctionner dès la naissance, qui déborde très tôt la mère, celle-ci tenant lieu, à ce moment-là, de fonction pour lui. J. Bergès donne souvent, pour l'illustrer, l'exemple d'une étudiante en médecine, préparant son internat, et qui, consultant pour les troubles du sommeil de son enfant de 2 mois et demi, explique : « Je vais vous dire ce qu'il me fait pour manger : je me mets sur le canapé, je le mets sur mes genoux, je lui donne le biberon et je lis ma question d'internat en même temps : eh bien ! Monsieur ne veut rien boire pendant que je lis ! » Cette mère, tenant pour son bébé la fonction de l'alimentation, est débordée par le fonctionnement – ou ici plutôt par le non-fonctionnement – de son bébé qui est déjà un « Monsieur », une tierce personne. Il n'est pas seulement un enfant réel, il est déjà symbolique ; cette mère, par cette nomination

de « Monsieur » et ses commentaires, lui fait le crédit qu'il est un sujet. Ce point du crédit fait à l'enfant d'être un sujet est évidemment central dans le stade du miroir ; il est important dans la clinique, où l'on connaît la valeur de s'adresser à l'enfant tout de suite comme à un autre, de lui demander son avis sur sa présence dans la première consultation (c'est-à-dire sa demande à lui, enfant), de solliciter ses hypothèses sur ses difficultés, d'écouter le fil de son discours, ses arrêts, ses hésitations, ses lapsus. L'importance de ce stade du miroir est décisive, notamment, au moment où l'enfant, se retournant vers celui ou celle qui le porte, est nommé par lui : « Mais c'est toi, c'est toi Pierre ! » L'enfant se trouve ainsi introduit au symbolique, par la voix et la nomination de la mère au moment même où l'image – dans la manœuvre de retournement – se perd et manque. D'où ce double mouvement anticipateur dans le stade du miroir, du côté de l'enfant et du côté de la mère :

> L'axe du corps est le réceptacle des manœuvres de la mère, de ses soins, de ses fantaisies érotiques, de ses interventions opportunes ou à contretemps, mais il est aussi l'instrument anticipateur premier, venant surprendre la mère par des changements de plans. (Bergès, 2005)

Mère qui vient aussi faire miroir pour lui.

Quelles sont les conditions nécessaires et suffisantes pour que la mère puisse faire « normalement » miroir ? On peut dire d'abord qu'il faut qu'elle ait un corps. La posturomotricité de la mère doit être à même de créer de l'anticipation, de la pensée chez l'enfant, ce qui va être important du côté du savoir et du désir de savoir chez ce dernier. La motricité et la posture de la mère doivent être interrogatives et pas simplement mécaniques, indicatives ou affirmatives. Le corps est entraîné à des positions, à des attitudes qui supposent que la mère anticipe la position, l'attitude, la gestualité, la façon d'appeler son enfant ; autrement dit, qu'elle ne soit ni une statue ni une mécanique automatique.

Cela suppose en somme que le geste soit articulé au désir de la mère. Cette façon d'utiliser la posture, la motricité, le regard, etc. concourt à rendre la mère capable d'être un miroir. Cette anticipation de la mère suscite de la demande de la part de l'enfant. C'est l'interrogation du mouvement qui suscite la demande :

> L'enfant accède au symbolique par l'anticipation que fait la mère. Ce qu'elle en envoie sous la forme interrogative, elle suppose qu'il est capable de l'entendre. Ce crédit qui va déborder la mère, c'est le projet de liberté de l'enfant. (Bergès, 2005)

2. Aliénation à l'autre

Les enfants que nous voyons en consultation sont-ils libres ? C'est précisément sur ce point que beaucoup des enfants suivis en relaxation nous semblent en panne : leur corps est celui de l'autre, cette double anticipation n'a pu jouer, laissant l'enfant et son corps en position d'objet de la mère. Si Lacan a fait de ce stade du miroir une expérience structurante, il a aussi insisté sur l'aliénation qu'elle représente puisqu'il nous attache définitivement à l'image de l'autre, de la mère essentiellement. Nous sommes rivés au corps de l'autre, à la demande de l'autre, à son désir ; les mots où notre corps est pris, nous les recevons de l'autre, cette aliénation à l'autre est même notre humanité.

Cas clinique

Adrien, 9 ans, est un enfant qui nous est adressé en relaxation pour « agitation ». En classe, il est lunaire et ne travaille qu'aux côtés de son institutrice. À l'écrit, c'est la copie blanche… En séance, Adrien est accroché au regard de sa thérapeute : il ne cesse de vérifier si elle le regarde, et fait le pitre dès qu'elle se détourne. Il passe des séances entières face au miroir, à tenter d'appréhender son visage, il joue avec son image, s'observe en train de parler, sa bouche, ses lèvres en train de remuer. Il est aussi pris dans des imitations en miroir avec un autre enfant du groupe, littéralement happé par la motricité de l'autre.

Adrien est un effet capté dans le regard de l'autre, enserré dans l'imaginaire de sa mère. Quelle est sa place symbolique ? Il ne peut advenir comme sujet singulier, sa mère ne peut absolument pas le lâcher. Elle a, en effet, perdu un enfant quelques années avant sa naissance, enfant dont elle n'a probablement pas encore fait le deuil. Adrien est ainsi coincé dans le regard de sa mère, qui imagine et redoute à tout instant sa mort et le surveille à la mesure de ses angoisses. L'agitation viendrait-elle ainsi répondre, en le montrant bien vivant, à ses fantasmes mortifères ? Les « copies blanches » sont-elles le reflet de la difficulté d'Adrien à s'engager en son nom dans un acte scolaire personnel ? Tant qu'Adrien se regarde avec les yeux endeuillés de sa mère, il se perçoit à travers le prisme de l'enfant mort, et a du mal à être sujet. La mère et le fils tournent en circuit imaginaire fermé, le corps de l'enfant reste cramponné à l'image du fantasme de sa mère, celle-ci ne pouvant initier un écart, une distanciation, en créditant Adrien d'une demande, d'un désir ordonné vers un lieu autre, où il ne serait plus tout pour elle. Comment le corps d'un puîné est-il parlé par une mère qui a perdu son aîné ? Peut-il seulement être parlé ? Les mots éventuellement prononcés ont-ils pu s'accrocher au corps d'Adrien ou ont-ils glissé, dérivé dans les abîmes d'une prosodie mélancolique ? Une mère déprimée peut-elle faire

miroir au sens structurant de ce terme ? Sa posturomotricité peut-elle être interrogative, anticipatrice, ou risque-t-elle d'être figée, dévitalisée ? Peut-elle se laisser déborder ou va-t-elle avoir tendance à contrôler pour ne pas être submergée ?
La cure de relaxation permet à Adrien, dans le lien transférentiel à sa thérapeute, de se décaler de l'imaginaire maternel – qui le maintenait dans une interdépendance aliénante – pour fonder sa propre identité. L'objectif de cette cure pourrait se formuler ainsi : « que le désir de l'enfant cesse de faire corps avec le désir de la mère » (Bergès et Balbo, 1998). Ce travail en relaxation s'effectue en parallèle d'entretiens avec les parents, ce qui produit des effets ; ainsi, Adrien, qui oubliait ses affaires partout, commence à penser à les regrouper. L'agitation a cédé : si Adrien « tient en place » c'est probablement parce que, symboliquement, il a désormais sa place. L'écriture, laborieuse et chaotique dans ses débuts, devient plus régulière. Les parents le trouvent plus mature, il a quitté le refuge virtuel solitaire de sa « game-boy » pour lier des amitiés avec des camarades de son âge.

Beaucoup d'enfants présentant des symptômes corporels ou en panne dans les apprentissages restent prisonniers du désir de leur mère sur eux. En effet, c'est du deuil de ce commerce corporel entre la mère et l'enfant, dans lequel le père n'arrive pas toujours à faire tiers, que naît l'activité de pensée : tant que l'enfant reste passionnément occupé du corps de sa mère – et vice versa –, il ne peut passer à la symbolisation qui suppose l'expérience du manque et de l'absence (voir « Le jeu de la bobine », in Freud, 1920). C'est parce que la mère n'est plus toute pour lui, qu'elle désire ailleurs – notamment, elle retrouve celui qui est devenu père en même temps qu'elle devenait mère –, qu'elle pense ailleurs que l'enfant va faire l'expérience de son absence, de la perte, mais d'une perte où il pourra trouver la place de son propre désir et de sa capacité de symbolisation ; en prenant l'initiative d'autre chose que lui, la mère permet à l'enfant de prendre, lui aussi, une initiative de son côté. D'autant que l'enfant n'est pas seulement confronté au manque de la mère, mais aussi à ce qui le mène lui, à savoir qu'il tient précisément à être ce qui manque à la mère, et c'est à cette hypothèse dictatoriale qu'il se tient, c'est-à-dire la nécessité absolue d'être ce qui lui manque à elle.

Comme nous le verrons dans le chapitre suivant consacré aux indications, nous proposons la relaxation aux enfants pris dans le regard, le désir ou le savoir de leur mère comme un moyen de se différencier d'elle, de s'autonomiser, de s'approprier leur corps et de fonder leur identité, de penser leur place bien à eux. La relaxation

vient aussi faire tiers, coupure, et ce dès la première séance : le thérapeute en relaxation, par ses allers et venues dans la séance auprès de l'enfant, lui ménage des temps où il est libre de rêver, de faire des hypothèses, d'associer ; en somme, il peut abandonner le canal moteur qui était celui de l'accroche à la mère, pour s'autoriser à penser.

Un des premiers effets – souvent rapides – de la relaxation thérapeutique est de permettre à l'enfant de lâcher sa position d'objet de l'autre (de la mère le plus souvent) et de prendre une place, sa place, dans la famille ainsi que de s'inscrire dans la lignée, dans le symbolique. La coupure matérialise la séance en séparant le corps de l'enfant de celui de sa mère – corps qui reste si souvent envahissant tant du côté de la motricité que du côté des orifices et du pulsionnel. Les inductions du thérapeute permettent d'échanger de l'action contre de la représentation ; les battements de la présence-absence du thérapeute en relaxation auprès de lui pendant la séance elle-même, thérapeute qui tantôt est très proche, tantôt s'éloigne pour s'occuper d'un autre enfant, laissent le passage libre à la pensée. Ces éléments permettent à l'enfant de faire l'expérience de la réalité de son corps et de la pensée qui naît précisément, comme le désir, de l'absence et du manque. La relaxation crée de la présence et de l'absence, et la pensée joue de cette absence en permettant l'évocation de ce qui manque, donc de ce qui est désiré.

À travers les mobilisations et les mots du thérapeute en relaxation, et par le biais des identifications au corps des autres enfants du groupe – que l'on repère dans les jeux de regard, de miroir, dans les gestes, les dialogues, tous les échanges des enfants entre eux, dans le groupe –, donc dans ce transfert au thérapeute et aux autres enfants présents, l'enfant prend conscience à la fois de l'existence, de la présence incarnée de ce corps qu'il habite hic et nunc et du fait qu'il peut penser et rêver à sa guise. Rappelons que, pour Freud, le moi est d'abord corporel.

Nous retrouvons là la question du sujet et du crédit fait ou non, très tôt, par la mère à l'enfant d'être un sujet : il est nécessaire que la mère attende quelque chose de son enfant, qu'elle attende qu'il lui apprenne quelque chose, qu'elle le souhaite autre qu'elle, ce qui suppose qu'il va la déborder, qu'elle va être manquante pour lui, et qu'elle accepte son manque à elle comme structurant pour lui.

Sans calquer la position du thérapeute en relaxation sur celle de la mère – le thérapeute en relaxation n'est pas une mère qui materne mais plutôt un tiers qui ménage un espace où le symbolique va pouvoir se faire entendre –, il est évident que nous avons, nous

aussi, à faire l'hypothèse que l'enfant en relaxation est un sujet qui va nous déborder par son savoir et qu'il nous fait une demande ; si nous ne supposons pas une demande à l'enfant qui consulte, nous ne pouvons pas entreprendre une cure avec lui.

Parler du corps est une entreprise difficile parce que nous pensons tous (plus ou moins) que le corps parlerait plus vrai que la parole ; le langage du corps tient à ce que l'on suppose que le corps « parle », que le corps serait une modalité d'expression. Or ce qui articule le corps, c'est la parole ; c'est le langage qui fait fonctionner le corps. Le corps, « ça » se regarde et « ça » porte le regard : la clinique est faite du regard mais aussi de ce qui est dit. Le corps est parlé même avant la naissance, on parle du bébé qui naîtra bientôt, il est déjà pris dans un bain de langage. Un des effets de la relaxation thérapeutique est que l'on parle du corps de l'enfant ou de l'adulte mais aussi du corps de la famille, du corps dont on n'avait rien dit jusque-là, des handicaps, des maladies, des malformations, des doutes, etc. La relaxation thérapeutique fait parler du corps, et en parler permet de le situer dans la série symbolique de la lignée familiale, de trouver sa place. C'est avant tout par la douleur ou le plaisir que le corps se manifeste à notre éprouvé ordinaire. La visée du traitement est de proposer une autre voie d'accès que celle de la douleur, du symptôme. Elle propose au patient, enfant ou adulte, une élucidation, une mise en place d'un autre discours concernant les fonctions du corps dans leur fonctionnement même. La relaxation thérapeutique est un moyen privilégié pour diluer la fixation du symptôme, ce qui permet au patient de commencer à entrer en contact avec ses propres désirs et ses embarras. Le choix de la relaxation est surtout fonction de la personnalité du patient, du temps que l'on peut consacrer à son traitement, et aussi de la capacité qu'aura le patient d'élaborer sur l'histoire de ses troubles.

La relaxation a ceci de particulier, nous semble-il, que bon nombre de sensations corporelles éprouvées le sont dans un registre où ce qui peut être mis en mots a toujours pour répondant ce qui s'est passé ou répété dans le corps. Le corps est le lieu où les choses viennent s'inscrire : l'origine, les rythmes de la fonction posturale, le tonus modulé par les états de satisfaction ou d'insatisfaction. Dans cette modulation, naissent l'harmonie ou la dysharmonie entre les rythmes propres et les rythmes de l'extérieur, c'est-à-dire le point de départ de la relation dans ce qu'elle a de corporel. La relaxation thérapeutique nous montre, en effet, qu'on ne peut pas affirmer que le corps « parlerait plus vrai que la parole » mais plutôt qu'il peut entendre le corps de l'autre.

3. Le réel du corps

Cependant, le corps n'est pas simplement fait de l'image, du miroir, ni seulement de la parole et du symbolique ; il a à voir aussi – les trois registres étant noués – avec ce qu'on peut appeler le réel du corps : ce qui est incontournable, ce qu'on ne peut éviter. À savoir l'équipement somatique, neurobiologique, la contrainte du pulsionnel, de la sexualité et aussi ce qui est irréversible, ce qu'on ne peut qu'accepter, la maladie, la pathologie ou la mort – la pathologie dans les atteintes neurologiques, les déficiences sensorielles, les maladies chroniques, la limitation vitale, ou la mort dans les services d'oncologie, de cardiologie, etc. On peut y ajouter l'angoisse – signe de notre subjectivité et de notre humanité – qui est toujours une manifestation purement somatique, liée le plus souvent à la séparation et à la mort. En effet, quand un patient est dans l'angoisse, il ne peut rien en dire, il l'est, l'angoisse ne se parle pas. L'angoisse concerne toujours le corps et sa disparition, en même temps que la disparition de l'autre, qui ne peut pas toujours se parler non plus. L'angoisse est l'indice du réel, elle échappe à la prise du symbolique.

Cas clinique

Une fillette de 5 ans présentait des crises d'angoisse avec pleurs, agrippement à sa mère, incapacité à se séparer d'elle pour aller en classe ou même chez ses grands-parents tant elle craignait la mort de sa mère, récemment opérée d'une cardiopathie et restée plusieurs mois entre la vie et la mort. Laisser sa mère dans la salle d'attente, pour venir en séance, était pour elle une épreuve. Une aide spécifique à la mère, elle-même très éprouvée, fut nécessaire pour que l'angoisse de mort fût moins intolérable pour les deux et pour que le corps de cette fillette pût être autre qu'une douleur criante rivée au corps de sa mère et incapable de s'intéresser à quoi que ce soit autour d'elle.

Le père n'avait pu, lui, face à ce risque mortel, que quitter la maison.

Peu à peu, les séances de relaxation ont permis une possibilité de séparation qui ne soit plus équivalente à la mort. Une timide ouverture sur l'extérieur, le scolaire, les autres enfants de l'école s'est alors révélée possible.

Un autre exemple, montrant le poids du réel du corps, semble ici intéressant.

Cas clinique

Sarah, 11 ans, a connu un début de vie extrêmement difficile : elle est née prématurément avec un tout petit poids. Elle est confiée, dès sa naissance et pour les premières semaines de sa vie, à un orphelinat d'Europe de l'Est. Dès son adoption, Sarah est suivie de façon intensive en milieu hospitalier pour de graves problèmes de santé : conséquences d'une insuffisance respiratoire ayant entraîné une ablation d'une partie d'un poumon avec traitement lourd par oxygénothérapie et une hydrocéphalie qui elle aussi a nécessité une intervention chirurgicale. Si Sarah a progressivement pu juguler ses crises d'asthme, grâce aux traitements médicamenteux dont elle bénéficie, elle est en revanche beaucoup plus inquiète quant aux migraines récalcitrantes dont elle souffre, probablement parce que, dans son cas, les céphalées peuvent être des signes avant-coureurs d'une hypertension intracrânienne à surveiller de près. Chaque nouvel épisode de migraines est redouté parce qu'il réactive les angoisses de mort qui, dans le cas de cette fillette, sont redoublées d'un risque réel de décès. C'est dire qu'ici le réel du corps est au premier plan. Sarah et sa mère passent ainsi les premiers temps de leur histoire à l'hôpital, parce qu'en plus de l'asthme et des migraines, d'autres soucis de santé ont affligé cette enfant. Corps « cassé » de part en part, corps objet médical, corps objet de multiples rééducations.

Lorsque nous rencontrons Sarah, elle a déjà un passif de 8 années de consultations. Elle nous est adressée par le centre de la migraine pour une relaxation thérapeutique. C'est autour de l'anxiété et des migraines que la demande s'articule. Sarah est une fillette vive, intelligente, souriante qui s'est accrochée à la vie avec beaucoup de courage. Du point de vue de la scolarité, elle a certes quelques difficultés avec la langue écrite et a redoublé son CE2, mais se débrouille plutôt bien. Elle vient au groupe de relaxation durant une année scolaire. Lors des premiers temps de sa cure, Sarah se montre extrêmement sensible à la progression segmentaire qui précède la généralisation : chaque nouvelle partie de son corps abordée en relaxation est éprouvée dans la douleur, évoquant un réel du corps abrupt, non symbolisé. La façon dont elle nous en parle évolue au fur et à mesure des séances : le constat anxieux sans commentaires des premières séances s'enrichit peu à peu d'hypothèses autour de ses maux avec une décentration progressive du réel du corps, mortifère, vers des préoccupations plus ordinaires et banales chez une fillette de cet âge.

C'est au moment de la généralisation, comme souvent, que les bienfaits de la cure se font sentir. Sarah reprend alors la voie symbolique qui lui a été proposée dans les séances par la thérapeute, en portant un pull sur lequel on peut lire l'inscription : « Interdit de toucher ! » Message qui

nous est adressé, que nous lisons et entendons comme un mouvement d'affirmation, d'appropriation de son propre corps. Par cette négation impérative, Sarah témoigne probablement de son désir d'exister en tant que sujet et non en tant qu'objet de l'autre, et entre autres du corps médical. De plaintes somatiques, il n'est presque plus question ou alors tout à fait différemment. Les maux de ventre sont par exemple associés à l'idée de gourmandise et donc de plaisir : « J'ai fait de la pâtisserie, j'ai dû manger trop de gâteaux ! » Sarah semble trouver en relaxation une autre façon d'éprouver son corps. L'anxiété diminue, les migraines s'estompent et laissent plus de place au plaisir de penser. Ainsi, Sarah nous demande si, pour image de calme, elle peut choisir une image amusante. Au début des congés scolaires, se sentant mieux, Sarah nous dit qu'elle ne souhaite plus venir en relaxation. Nous lui proposons de la revoir en entretien quelques mois plus tard. Un point de cette rencontre avec Sarah et sa mère nous a paru très intéressant. Il s'agit de la tonalité du discours de cette mère, elle-même infirmière, au sujet de sa fille et de son corps : elle nous explique qu'à l'occasion d'une consultation (pour une affection banale et bénigne) avec le médecin qui a suivi Sarah pendant toute son enfance, celui-ci lui propose d'en profiter pour refaire un bilan complet comportant de multiples examens de contrôle pour Sarah. En réponse, la mère de Sarah s'autorise pour la première fois à refuser ce « check-up » ; elle explique au médecin que : « Puisque sa fille va bien, elles vont en profiter ! » Prise de distance remarquable pour elle qui, lors de notre première rencontre, nous avait présenté sa fille en premier lieu sous l'angle médical, en listant toutes ses pathologies. Probablement était-ce pour elle, de par sa profession, sa façon de nouer symboliquement, en nommant ces maladies, le réel débordant du corps de son enfant. Le « symbolique médical » aurait ainsi permis une première accroche et viendrait alors en place de tiers symbolique (paternel) nécessaire au fonctionnement – tout aussi symbolique – maternel, dans une sorte de « triangulation », mais par l'organique et non la succession des générations. Peut-être avait-elle besoin de commencer par déposer, chez la psychologue amenée à travailler avec sa fille, ce trop plein d'organique mortifère, pour pouvoir passer à autre chose. Cela lui a apparemment permis de se dégager en partie du regard médical, réparateur, pour mettre la priorité, dans ce propos de mère adressé au médecin de sa fille, du côté du plaisir. Au terme de notre entretien, elle a d'ailleurs une très jolie remarque symbolique au sujet de la puberté de sa fille : « Au fait, je ne vous ai pas dit, mais ça y est, ma fille est une femme ! »

La question du réel du corps au-devant de la scène, abrupt et omniprésent, au détriment du corps symbolique – mais peut-être aussi

du corps imaginaire –, se pose ainsi fréquemment chez les enfants malades. Mais cette question du réel du corps est probablement plus aiguë encore chez les enfants abandonnés sous X, c'est-à-dire coupés de la trame symbolique de leur histoire.

La relaxation, en remettant sur le métier la difficile question du corps, notamment notre aliénation fondatrice incontournable au corps de l'autre, ne répare rien, n'obture rien, mais permet peut-être de tisser autrement les fils de l'identité avec tous ses manques.

Chapitre 7
La question des indications

1. Abords sémiologique, nosologique, perspectives thérapeutiques – E. Lenoble

Avec la question des indications, c'est toute la vectorisation par la dimension du thérapeutique qui s'annonce. La proposition de relaxation vient, en effet, s'inscrire dans une perspective de soins, de soulagement, d'amélioration de ce qui fait obstacle ou souffrance. C'est cette visée – thérapeutique – qui organise les décisions prises lors de la rencontre clinique avec l'enfant et sa famille, venus solliciter notre aide.

Précisons que l'usage du terme « indication » se fera ici en référence aux traditionnelles indications thérapeutiques, mais avec un accent particulier porté à l'étymologie : une indication abordée de cette façon, c'est ce qui montre un chemin possible, souhaitable, plutôt que ce qui rédige une ordonnance, une prescription. Cette nuance est fondamentale, car elle permet de ménager l'espace nécessaire au travail de la demande, si souvent évoqué tout au long de cet ouvrage.

L'indication s'inscrit alors du côté de l'anticipation d'un chemin possible sur la voie de la « guérison ». Cette anticipation se forme, bien entendu, tout d'abord dans la tête du consultant, c'est-à-dire celui qui a été appelé et consulté au titre qu'il pourrait savoir identifier puis agir sur ce qui ne va pas, ce qui embarrasse et fait souffrir. La demande – de soulagement – est, elle, du côté du patient, et si c'est un enfant, cette demande est d'abord portée par ceux qui s'en occupent, en tout premier lieu ses parents.

Pour articuler ces trois dimensions – demande, indication et réponse thérapeutique –, une lecture attentive de la clinique est indispensable.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Nous utiliserons, pour cela, les outils traditionnels de la sémiologie et de la nosographie : un découpage, toujours quelque peu arbitraire, de la clinique observée, non pour la figer mais pour tenter de la lire, de s'y repérer, et de formuler des indications thérapeutiques précises et argumentées.

La sémiologie s'articule actuellement principalement autour de la notion de troubles ; ce terme a progressivement englobé et remplacé ceux plus traditionnels de signes (désignés comme tels par le clinicien) et de symptômes (amenés par le patient qui en est embarrassé).

La nosologie tente habituellement d'organiser ces signes et ces symptômes en entités nosographiques cohérentes et repérables ; elle a donc inévitablement une vocation descriptive, tendant à fixer la mobilité de la clinique en un tableau identifiable, reconnaissable par le clinicien qui peut alors parler en terme de diagnostic, en référence à une classification, une nosographie. L'actuel remaniement qui a infléchi et regroupé les notions sémiologiques de signes et de symptômes en troubles s'est étendu également aux diverses nosographies : le diagnostic lui-même est alors aussi formulé en termes de troubles. Les principales nosographies actuellement en vigueur (CFTMEA [2000], DSM-IV [1996], CIM-10 [1994]) ont retenu ce terme générique de troubles ; c'est celui dont nous nous servirons pour organiser notre présentation des indications thérapeutiques de la relaxation.

L'indication d'une relaxation peut venir de multiples façons à l'esprit du consultant qui a été saisi d'une demande pour un enfant en difficulté ; cet abord thérapeutique peut être proposé en réponse aux symptômes apportés par l'enfant et/ou son entourage. C'est alors une indication par le symptôme, ou bien la proposition se fait eu égard à la structure psychopathologique repérée par le consultant chez l'enfant au-delà des symptômes présentés, ou bien encore la relaxation vient s'inscrire dans un réseau de réponses possibles à des conditions particulières troublant la vie de l'enfant (facteurs d'environnement, facteurs organiques).

Chacune de ces portes d'entrée n'est, bien sûr, pas exclusive d'une autre : la clinique nous instruit régulièrement de la complexité des phénomènes que nous observons, et de la nécessité de disposer de réponses thérapeutiques souples, évolutives, faisant appel à différents niveaux de pratique et champ de compétence. Actuellement, il est à noter que sont privilégiées les réponses combinant différentes modalités de prise en charge (psychothérapies, rééducations et remédiations, approches familiales, plus rarement proposition de traitements médicamenteux) pouvant se décliner en séance individuelle et/ou en groupe. Cela tient

probablement autant au caractère multiforme et complexe des troubles motivant l'appel à un consultant qu'à l'état actuel, très partiel, de nos connaissances sur ces troubles.

La proposition de relaxation n'échappe pas à cette règle, et s'inscrit ainsi, en général, dans une palette thérapeutique élargie.

Le caractère changeant et évolutif des troubles observés chez l'enfant rappelle sans cesse au clinicien cette extraordinaire plasticité, propre à l'enfance, mais aussi à la dimension psychique elle-même, ainsi que, dans une certaine mesure, aux dispositions somatiques : le développement de l'enfant est placé sous le signe du remaniement perpétuel, de la construction, de la surprise, du déséquilibre et du débordement nécessaire à toute évolution, à tout mouvement vital.

Les principales situations susceptibles d'amener une indication de relaxation seront regroupées de la manière suivante.

– Une première série de situations cliniques rassemblera ce que nous avons appelé les indications par le symptôme. Seront examinés successivement les troubles psychomoteurs (l'expression par la motricité est au premier plan : hyperactivité, dyspraxie, états tensionnels, crampes, tics, etc.), les troubles d'apprentissage (difficultés repérées lors de la mise en place des acquisitions scolaires habituelles : lecture, calcul, écriture, etc.), les troubles à expression somatique (un fonctionnement corporel troublé est alors au premier plan : vomissements, maux de ventre, migraines, sommeil, affections psychosomatiques, etc.).

– Les indications selon la structure psychopathologique – c'est-à-dire selon le mode de fonctionnement propre à l'enfant, les coordonnées habituelles dans lesquelles il inscrit son mode de relation aux autres, à lui-même et au monde qui l'entoure, son mode d'appréhension et de résolution des conflits internes – seront abordées sous le terme général de troubles à expression psychique. Nous y retrouverons les grandes catégories habituellement distinguées en psychopathologie : névroses ou dysharmonies d'évolution.

– Les indications en référence à des conditions particulières d'existence rencontrées par l'enfant seront articulées d'une part autour du poids que peut représenter l'incidence de troubles somatiques graves et/ou prolongés au cours de l'enfance (affections chroniques douloureuses, déficiences sensorielles, pathologies neurologiques, oncologie, etc.), et d'autre part autour de la notion de troubles réactionnels (il s'agit alors principalement de situations traumatiques).

D'une façon assez générale, les indications à la relaxation thérapeutique nous paraissent à discuter par rapport à un certain nombre de critères, qui sont liés à l'originalité de la méthode et

à certains de ses principes. Ces indications, dans notre esprit, ne présentent aucun caractère de nécessité générale ou de justification dogmatique. La souplesse de l'intervention de la cure doit être aussi bien spatiale (pendant une hospitalisation, ambulatoire, intégrée à certaines institutions) que temporelle (voie d'abord unique et isolée, ou précédant un abord différent, ou pouvant lui faire suite, qu'il soit de l'ordre d'une remédiation, d'une psychothérapie ou d'un traitement médicamenteux).

Enfin, certaines indications à la relaxation sont faites des contre-indications d'autres abords thérapeutiques. C'est le cas, notamment, lorsqu'un travail par le biais unique du langage apparaît inapproprié ; nous pensons par exemple aux retards importants de la parole et du langage, aux inhibitions, aux troubles de la parole tels qu'un bégaiement handicapant ou, plus généralement, au manque d'aisance avec le langage ; ou encore aux difficultés à élaborer, à parler de soi, à communiquer par le langage, comme dans les obtusions, la rigidité défensive et certains mutismes. Mais c'est aussi le cas lorsqu'un travail en situation duelle semble peu indiqué, du fait d'un excès d'excitation ou d'angoisse qui exacerberait les symptômes. C'est alors l'aspect de groupe thérapeutique, où le transfert est plus dilué, qui se révèle précieux et nous amène à poser cette indication.

2. Les propositions de cure

2.1. Cure type

La cure de relaxation se fait soit individuellement soit, le plus souvent, en groupe, comme nous l'avons décrit, l'enfant venant une fois par semaine et pendant plusieurs mois faire sa séance et s'entraînant chez lui (s'il le désire…). Elle a largement été développée dans le chapitre 4.

2.2. Relaxation d'observation

Cette méthode d'observation de l'enfant est précieuse dans les cas où les praticiens sont perplexes, embarrassés, hésitants sur la proposition de soin à faire à un enfant ; ou lorsque la demande de l'enfant n'est pas assurée.

Il nous arrive alors de suggérer à l'enfant et à sa famille un temps d'observation pour préciser, de notre côté, certains aspects de la structure de la personnalité de l'enfant, certains rapports

réciproques des mécanismes et des processus dynamiques en cause, essentiels à la compréhension du cas. Du côté de l'enfant, ce sera un espace où il pourra élaborer sa demande et son désir de changement. Cette observation permet de récolter des renseignements précieux à plusieurs niveaux. Tout d'abord, pendant les premières séances, on peut apprécier le degré de disponibilité et de compréhension de l'enfant devant les consignes qui lui sont proposées : l'obtusion notamment, ou la rigidité défensive et les ressources de l'enfant à les dépasser. On note aussi la rapidité des phénomènes transférentiels avec le thérapeute en relaxation, de même que les relations avec les autres enfants du groupe, la capacité à s'autonomiser par rapport à la mère accompagnatrice, dans tout un cortège de regards, de contacts, de retours et de fuites, de va-et-vient entre salle d'attente des parents et des enfants. Lors de la séance elle-même, les attitudes de l'enfant vis-à-vis de ses vêtements, de ses chaussures, du contenu de ses poches représentent autant de sources d'indications précieuses de sa capacité à s'individualiser.

L'exemple de jumelles homozygotes en début de cours préparatoire est, sur ces points, éloquent.

Cas clinique

Les institutrices percevant deux jumelles immatures, régressives, non intéressées par les acquisitions scolaires, et déjà installées dans un scénario d'échec, les avaient adressées à la consultation. Ces deux fillettes, totalement identiques et qui en jouaient, étaient dans un « collage » permanent, dans une relation totalement en miroir. Assises sur le divan à la première entrevue, elles semblaient ne rien écouter de ce qui se disait d'elles, mais se regardaient, pouffaient de petits rires, faisaient les mêmes grimaces, se touchaient la langue. La « bulle » était refermée sur elles, ne laissant rien passer de l'extérieur, dans une jouissance narcissique visible où l'autre était l'intrus à refuser.

Plusieurs consultations mère–filles (le père avait quitté le domicile avant leur naissance) semblaient ne rien modifier à cette dyade exhibée et protectrice. Nous avons donc proposé une relaxation d'observation dans le groupe, chacune avec un thérapeute différent et sur des divans éloignés. L'effet de coupure opéré par la cure a été rapide et radical. Les regards appuyés du départ ont vite cessé, et chacune a, semble-t-il, trouvé une place à elle, sur un divan, près de son thérapeute, place qui a pu se libérer de l'aliénation à l'autre. La progression vers l'autonomie nous a surpris, et encore plus l'intérêt que chacune a pu, en parallèle, apporter à la scolarité : à la fin de l'année, lecture et écriture étaient acquises et elles sont passées en CE1 normalement.

2.3. La relaxation en parallèle des autres abords thérapeutiques

La relaxation peut aussi préluder à une remédiation[1] ou à une psychothérapie, servir de relais, au décours d'une remédiation ou d'une thérapie lorsque le corps vient faire obstacle, ou débuter dans un groupe en même temps qu'une thérapie ou une remédiation individuelle. C'est ce parti que nous prenons de plus en plus fréquemment, car l'association des deux interventions dynamise la situation en mettant l'enfant à un carrefour transférentiel, à la fois dans une relation individuelle et dans un groupe où le transfert est bien présent mais plus dilué.

En parallèle à ces deux offres de soutien faites à l'enfant (relaxation de groupe et thérapie ou remédiation individuelle), un suivi ou des entretiens plus ou moins espacés sont proposés aux parents. Cet abord thérapeutique des difficultés de l'enfant peut donc prendre plusieurs formes.

2.3.1. Relaxation et rééducation orthophonique

On sait combien les rééducations orthophoniques font appel au corps, à l'activité gestuelle, à la motricité, à la posture, combien la respiration constitue un élément essentiel de ces abords, quelles que soient les méthodes proposées. Qu'il s'agisse de difficultés articulatoires, de troubles de la parole ou de la phonation, c'est l'aspect moteur et praxique de la parole qui se trouve surtout impliqué. On a aussi fréquemment repéré des dyspraxies linguo-bucco-faciales, sans négliger les syncinésies, et les dysgnosies ; de façon générale, tout ce qui a à voir avec la respiration est bien souvent méconnu. La relaxation, qui favorise la découverte du corps et des fonctions qui l'accompagnent, est ici : d'un apport majeur.

La relaxation permet que ces fonctions soient véritablement intégrées dans le corps parlant. Le corps, en effet, ne fait pas obstacle à l'identification, à l'image proposée par l'orthophoniste ; il accompagne la parole, ne s'en démarque pas, dès lors qu'il est expérimenté comme support tonique de la relation, et non plus seulement comme intermédiaire, plus ou moins défensif, entre le geste et la parole, entre le mouvement et la signification. C'est par la relaxation qu'est souvent obtenue cette généralisation de l'expression parlée qui suppose que le corps en soit d'abord le

1. Il s'agit d'un travail thérapeutique qui utilise une médiation (corporelle, logico-mathématique, lecture, etc.).

réceptacle, que la parole soit « faite sienne » par le sujet, et non utilisée comme un objet d'échange que l'on garde, qui est enlevé, placé dans la bouche ou que l'on fait attendre.

Dans cette perspective, la coupure que représente la séance de relaxation, l'écart qu'elle introduit entre le corps de la mère et celui d'un enfant ne s'autorisant pas à utiliser le langage en son nom, est des plus précieuses.

2.3.2. Relaxation et remédiation en lecture, ou en calcul

Nous utilisons largement cette double prise en charge dans le cas d'inhibitions intellectuelles, de pannes scolaires, d'obtusions. En effet, l'accent mis sur la découverte du corps dans la relaxation, en parallèle à l'accès menant vers une certaine liberté mentale dans la cure alimente, interroge, enrichit les initiatives imaginaires, les capacités d'anticipation de l'enfant.

2.3.3. Relaxation et thérapie psychomotrice

La relaxation et la thérapie psychomotrice ne sont pas de nature radicalement hétérogène dans la mesure où elles intéressent le corps dans la relation, et où elles sont sous-tendues par des concepts généraux identiques rendant notamment compte du développement des fonctions, de leur évolution, et de leur investissement. Cependant, elles nous paraissent, par certains de leurs aspects, surtout structuraux, délimiter deux voies d'abord assez fréquemment différentes des troubles psychomoteurs de l'enfant, parfois complémentaires.

En thérapie psychomotrice, ce sont l'action, le geste, le corps en se déplaçant, en parcourant une étendue, en allant vers un but, en revenant à son point de départ qui créent l'espace de cette action et en même temps l'expérimentent, l'éprouvent à mesure humaine : la psychomotricité est celle de l'espace agi, qui résiste à l'énergie dépensée dans l'action, énergie qui lui est proportionnelle, ainsi que la fatigue entraînée.

Dans la cure de relaxation, au contraire, l'espace n'est pas sous-tendu par des repères résistants, le parcours ne suppose aucune fatigue ; aucune limite ne borne cet espace représenté. En même temps, l'absence de toute contraction musculaire efface la trace, l'empreinte habituelle de l'action. L'échange est alors possible entre les actions de l'expérience passée et la représentation d'un espace libre.

2.3.4. Relaxation et psychothérapie

La double prise en charge relaxation et psychothérapie est très utile dans notre travail, soit que les deux interventions se suivent dans le

temps, soit qu'elles soient concomitantes. L'expression verbale ne paraît pas pouvoir régler les conflits vécus dans le corps, alors que la relaxation les aborde plus directement. L'instabilité, les contractures douloureuses, l'inhibition, les phénomènes végétatifs et posturaux divers représentent la voie somatique de certaines résistances et l'on connaît la grande difficulté à les dépasser. C'est là une des meilleures indications de cette double prise en charge.

Dans ces cas d'association relaxation–psychothérapie, la cure de relaxation prend un aspect beaucoup plus technique, les verbalisations sont peu sollicitées, pour éviter les transferts latéraux et réserver le discours de l'enfant à la séance de thérapie. La relaxation en groupe rend évidemment plus facile le déroulement technique de la cure.

Outre les effets conjugués des deux traitements, nous pouvons noter l'importance pour l'enfant de ce que représente le couple de deux thérapeutes et les jeux de va-et-vient qu'il instaure entre l'un et l'autre.

Chapitre 8
Troubles psychomoteurs

La relaxation est une voie royale pour aborder les troubles psychomoteurs chez l'enfant. En effet, c'est dans la motricité que l'enfant joue ses premières relations à l'autre, à son environnement, et c'est dans la motricité que les embarras avec le corps apparaissent précocement, bruyamment et fréquemment : états tensionnels, agitation, retards psychomoteurs, maladresses, difficultés de repérage temporospatial, troubles de la latéralité, crampes fonctionnelles.

Aussi nous semble-t-il que la constatation, au cours d'un examen psychomoteur ou neurologique fonctionnel, d'une paratonie des membres ou de l'axe du corps est le reflet d'une organisation tonicomotrice qui, dans les aléas de son engagement dans la relation, constitue un excellent critère, au sein du syndrome psychomoteur qui l'accompagne, d'indication d'une relaxation.

L'afflux actuel des demandes de consultations pour hyperactivité et dyspraxie nous conduira, dans ce cadre, à décrire plus largement ces deux symptômes d'appel.

1. Hyperactivité

Nous choisissons de développer particulièrement ce trouble étant donné sa fréquence dans les consultations, la virulence des conflits théoriques qu'il déclenche, et les applications thérapeutiques qui en découlent.

1.1. Étymologie et historique

Partons de l'étymologie de ce symptôme « hyperactivité », et de la fluctuation du préfixe, soit du côté d'un déficit de contrôle : « in-stable » (terminologie wallonienne), soit du côté de l'excès de mouvements : « hyperkinétique » (via l'influence anglo-saxonne du comportementalisme qui opère un retour depuis ces 15 dernières années). La définition de l'instabilité se modifie au cours du temps

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

en suscitant des débats et des recherches de plus en plus passionnés ; c'est une des questions les plus brûlantes actuellement. Les controverses sur l'étiologie de l'instabilité restent vives – symptôme ou syndrome ; origine organique ou psychoaffective ? –, de même que sur la réponse thérapeutique à lui donner – psychothérapie ou chimiothérapie ?

Une des premières descriptions, celle de l'encéphalite de Von Economo (1918, cité in Guilain et Molaret, 1932) aux États-Unis, évidement organique, décrit des enfants incapables de tout apprentissage et en difficulté d'intégration scolaire. En 1925, H. Wallon, à l'hôpital Sainte-Anne, dans *L'Enfant turbulent*, insiste sur l'importance du tonus dans les premiers échanges mère-enfant : les crises tonico-émotionnelles, et les aléas de la « mélodie kinétique » (plasticité du fonctionnement anatomique par rapport au monde des objets et des humains) ; il met aussi l'accent sur l'influence du regard et de la présence d'autrui dans les réactions de prestance et de contenance, notamment chez l'instable. En 1960, toujours à Sainte-Anne, J. de Ajuriaguerra, reprenant les travaux de H. Wallon sur l'instabilité, envisage celle-ci sous l'angle de la double polarité : elle se situerait sur un continuum entre des facteurs endogènes et des désordres émotionnels précoces. Il insiste sur le dialogue tonique dont le champ est celui du corps de la mère et celui de l'enfant ; il décrit très finement, chez le jeune enfant, les décharges d'exploration, les décharges de type rythmé (balancements, rythmies de la tête), les décharges de type offensif et les activités autoérotiques. Dans les années 1980, J. Bergès enrichit toutes ces notions psychomotrices en insistant sur l'aspect relationnel de ce symptôme dans une perspective psychanalytique, notamment en articulant l'instabilité aux aléas du stade du miroir, décrit par H. Wallon et repris par J. Lacan (voir chapitre 5 : « Corps et tonus »).

En parallèle de cette école française, qui a toujours privilégié une origine psychoaffective à l'instabilité, les Anglo-Saxons se sont intéressés à l'étiologie de cette affection et ont décrit dans le DSM-II, en 1968, l'*attention deficit and hyperactivity disorder* (ADHD), devenu en France le trouble de l'hyperactivité avec déficit de l'attention (THADA), non plus symptôme mais syndrome comportant trois critères principaux : l'agitation motrice, l'impulsivité motrice et l'inattention. L'adjonction de facteurs de comorbidité (troubles des apprentissages, troubles du langage, anxiété, dépression, etc.) à ces trois critères a considérablement étendu la définition de ce syndrome et fait entrer dans cette catégorie la grande majorité des enfants qui consultent. La réponse qui en découle est essentiellement

médicamenteuse (la Ritaline®), associée peu ou prou à divers types de thérapies dont la relaxation.

1.2. Débat actuel

Dans ce paysage complexe, en septembre 2005, l'Inserm (Institut national de la santé et de la recherche médicale) publie les conclusions d'une expertise collective sur « le trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent » : « l'opposition, la désobéissance et les colères répétées, l'agressivité chez l'enfant, les coups, les blessures, la dégradation, les fraudes et vols chez l'adolescent » le caractériseraient. L'Inserm préconise un dépistage systématique de ce trouble, dès 36 mois, dès la crèche et l'école maternelle, parce qu'à cet âge « on peut faire un premier repérage d'un tempérament difficile, d'une hyperactivité et des premiers symptômes du trouble des conduites ». L'Inserm préconise aussi la prise en charge précoce de ce trouble par des programmes psychosociaux avec jeux de rôles pour les enfants, pour leur « apprendre des stratégies de résolution de problèmes » et, si besoin, « en seconde intention », le recours à des traitements psychotropes ayant une « action antiagressive » : antipsychotiques, psychostimulants et thymorégulateurs, afin de mieux prévenir la délinquance. Ce trouble des conduites serait souvent associé au déficit de l'attention et à l'hyperactivité (THADA), de même qu'aux troubles oppositionnels avec provocation (TOP).

L'ampleur du débat, aussi bien des professionnels que des enseignants et des parents, et l'appel du collectif « Pas de zéro de conduite pour les enfants de 3 ans ! » (2006), qui regroupe très vite 200 000 signatures sur Internet traduisent une réflexion citoyenne sur le refus d'un encadrement institutionnel trop rigide pour l'enfant, car étouffant l'émergence de sa subjectivité : « faut-il rappeler, ici, la nécessité pour l'enfant comme pour l'adolescent de s'affirmer par l'opposition : l'autonomie, l'individuation, passent inévitablement par le non » (Lenoble et al., 2005).

Alors justement, qu'en est-il de la question de la subjectivité chez l'enfant hyperactif ?

1.3. Subjectivité de l'enfant hyperactif

Les enfants hyperactifs, si nombreux dans les consultations – « il nous déborde », « il est ingérable », « il n'arrive pas à se concentrer », « il se met en danger » –, nous sont adressés par l'école surtout, mais aussi par les pédiatres et des parents exténués. La relaxation est censée les « calmer », comme s'il suffisait de leur

proposer de s'allonger et de se détendre pour que l'agitation cesse, alors que l'on sait bien qu'ils s'agitent pour ne pas dormir, pour rester vigilants (voir l'effet en apparence paradoxal de la Ritaline®, une amphétamine qui stimule la substance réticulée, c'est-à-dire le centre de la vigilance, leur permettant ainsi de ne pas s'endormir).

Tout enfant prend plaisir à faire fonctionner son corps quand il marche, quand il court, quand il se confronte par ses « non » à l'autre qui donne des limites. Cette toute-puissance de la motricité est décuplée chez l'enfant hyperactif qui déborde famille, école, institution. Il impose sa loi, il est un tyran : en apparence, l'hyperactif est le « patron ». Son exubérance motrice et son goût de la transgression laissent l'entourage épuisé. Il semble être du côté du tout-phallique, dans une jouissance sans limite offerte aux yeux et aux oreilles de l'autre. C'est ce tout-phallique que l'on voit si fréquemment dans les consultations ; il faut noter qu'il concerne pratiquement toujours des garçons. Alors, quelle place occupe cet enfant hyperactif ou à quelle place est-il assigné ?

« Que fait avec son corps l'enfant hyperkinétique ? » s'interroge J. Bergès (2005) : « Il fait signe pour quelqu'un, le plus souvent sa mère. Tant que nous faisons signe pour quelqu'un, il n'y a pas de sujet », c'est-à-dire que l'on reste en position d'objet de l'autre. En effet, cet enfant hyperactif, qui paraît mener la danse en épuisant tout le monde autour de lui dans son exubérance motrice, ne serait-il pas en fait l'objet de sa mère ? Ne serait-il pas téléguidé par son regard ? Et si ce regard le quittait, le désir inconscient de la mère ne se réaliserait-il pas, l'enfant faisant la bêtise prévue ? « On ne peut pas le quitter des yeux », disent les mères d'enfants hyperactifs. « Connaissez-vous quelque chose que l'on ne puisse pas quitter des yeux sinon le désir le plus dur ? » écrit encore J. Bergès (2005). La mère précéderait donc l'enfant hyperactif en faisant la bêtise avant lui, anticipant les catastrophes, il ne serait qu'un mobile dans son regard. Et c'est elle qui, malgré les apparences, tiendrait les ficelles de ce pantin hyperactif dont elle saurait tout, jusqu'à en prévoir les moindres faits et gestes. L'enfant hyperactif et sa mère paraissent être dans un « commerce sexuel » dont tout le monde est exclu, y compris le père.

1.4. Relaxation thérapeutique avec l'enfant hyperactif

À propos de la relaxation thérapeutique avec l'enfant hyperactif, qui, lui, ne demande rien la plupart du temps, J. Bergès (2005) explique qu'elle permet à l'enfant de découvrir

> qu'il a une place et que de cette place, il peut parler, lui, parce qu'il y a quelqu'un qui l'écoute. La thérapie – quelle qu'elle soit – chez les enfants hyperkinétiques, ne doit pas se borner à donner une place, des limites et des coordonnées ; il ne suffit pas de regarder, parce que cette place, une fois qu'elle serait trouvée, acceptée, cette place n'est rien, si ce n'est pas la place d'où l'enfant peut parler.

Dans cette parole, dans cette écoute, il faut garder en tête la question de la mort. Du côté de l'enfant, J. Bergès précise :

> Tant que vous n'avez pas parlé avec lui de la mort, vous n'avez parlé de rien. C'est pour lutter contre la pulsion de mort et la perte éventuelle, et les souhaits de mort, que l'enfant s'agite ainsi : tant qu'il bouge, il n'est pas mort.

Certains enfants le disent tout de go : « Je bouge pour que le microbe qui a attrapé mon père et fait mourir mon grand-père ne m'attrape pas ! » disait ainsi un garçon de 9 ans.

À quoi sert l'hyperactivité ? À se montrer bien vivant ! L'hyperactivité est un système pour ne pas dormir, ne pas mourir. Ces enfants luttent de façon motrice contre l'arrivée du sommeil.

Du côté des parents, J. Bergès (2005) met l'accent sur le lien entre la réponse hyperactive de l'enfant et l'état dépressif de la mère, d'où l'importance d'écouter cette dernière et l'entourage de l'enfant dans leurs embarras autour de la mort : enfants morts nés, différents deuils dans la famille, idées de mort, etc.

1.5. En quoi la relaxation thérapeutique peut-elle être bénéfique aux enfants hyperactifs ?

– En ce qui concerne les angoisses de mort, la relaxation permet à l'enfant d'accéder à un état de conscience proche du sommeil, et surtout d'en revenir, de faire l'expérience, pendant ces séances, de sortes de plongées et de remontées. De plus, l'attention portée à la respiration qui va et qui vient lui fait éprouver qu'il est bien présent, bien vivant.

– Grâce à la résolution tonique induite par la relaxation thérapeutique (c'est-à-dire le tonus mis à zéro), l'enfant peut sentir son corps présent autrement que dans la motricité, en éprouver les limites, plutôt que de les chercher chez l'autre (chez l'adulte qui dit « non ! » ou encore en se heurtant aux objets).

– La relaxation permet d'aborder la question de l'origine, si importante chez l'enfant hyperactif, toujours en quête de sa place : chercher à habiter un corps qui constituerait un point de repère, un critère d'origine à partir duquel organiser espace, temps, généalogie.

– Le va-et-vient, dans la relaxation, entre la sensation et la représentation permet progressivement d'échanger de l'agi pour du représenté favorisant la pensée, le passage à l'imaginaire en lieu et place de sa motricité débridée. Ce passage à l'imaginaire est rendu possible aussi par l'expérience que l'enfant fait de l'absence : la symbolisation, pour S. Freud (1920), commence avec le jeu de la bobine qui symbolise la mère absente. Ce jeu répété, à portée symbolique, permet à l'enfant de rendre présente la mère en son absence. En relaxation, il s'agit d'introduire de l'absence sur fond de présence et de la présence sur fond d'absence, parce que c'est dans l'élaboration du manque que la voie s'ouvre du côté du désir et de la pensée. La coupure entre le corps de la mère et celui de l'enfant est matérialisée par la séance, coupure nécessaire et douloureuse pour gagner en autonomie, car le corps de l'enfant est encore trop souvent le prolongement de celui de sa mère, comme en témoignent toutes ces mères qui ont tant de mal à nous confier leur enfant le temps de la séance et qui restent derrière la porte, profitant de la moindre ouverture pour regarder ce qui se passe. La relaxation thérapeutique vient ébranler ce « commerce sexuel » de l'enfant instable et de sa mère en tentant de donner une autre place et un autre statut au corps de l'enfant : les nominations, les mobilisations du thérapeute pendant la séance installent peu à peu le corps de l'enfant dans une identité dissociée de celle de sa mère. L'alternance de la présence et de l'absence du thérapeute auprès de l'enfant, tantôt très proche, s'adressant à lui, tantôt éloigné, s'occupant d'un autre enfant ou s'abstenant de le regarder, contribue à ce processus d'individuation. Le groupe a ici toute son importance dans les possibilités d'imitation, les jeux de miroir, les dialogues et les échanges entre enfants.

– Avec l'hyperactif, nous nous imposons plus encore qu'avec un autre enfant ce « non-regard », pour refuser une position d'hypervigilance inquisitrice, de « qui-vive » permanent, à laquelle cet enfant voudrait bien nous assigner, ou pour créer un écart qui briserait la boucle imaginaire où le regard du thérapeute relancerait l'hyperactivité de l'enfant : ne plus lui obéir pour lui signifier, dans le transfert, qu'il n'est pas tout dans le désir de l'autre. C'est dans ce décalage, ce lâchage des deux côtés, dans ce moment de perte où l'on n'est plus tout pour l'autre que l'enfant devient sujet. C'est dans l'espace entre trois pôles que naît le mouvement psychique opérant en relaxation : les mots du thérapeute sur le corps, les images mentales proposées dans les inductions et celles produites par l'enfant, et les éprouvés corporels de l'enfant. Le corps, capable de jouer sur les trois registres du réel, de l'imaginaire et du symbolique, est l'objectif

qui nous guide, et pour l'enfant hyperactif, il s'agit d'ouvrir une voie du côté du symbolique, de faire tiers grâce au langage, de nouer ce corps à des signifiants qui ne se sont pas inscrits. « Il ne faut pas croire que le corps tient avec une image, il tient avec des mots » (Bergès, 2005). Or, le corps de l'enfant hyperactif est un corps dépourvu de paroles et, pour le symboliser, il faut le parler.

Nous choisissons de développer dans le détail le cas d'Oscar, amené pour hyperactivité, mais dont le symptôme n'est qu'un aspect de sa pathologie. Ce cas clinique, présenté du côté de la prise en charge de cet enfant en relaxation, illustre l'intérêt du double suivi « relaxation-psychothérapie ».

Cas clinique

Oscar, 5 ans et demi, est placé en foyer ; ses parents sont séparés. Il ne voit pas son père et peu sa mère, celle-ci ayant beaucoup de mal à tenir ses promesses de visites. Oscar est sans cesse en mouvement, en rythme, avec un corps violemment tonique, couvert de cicatrices, corps jamais au repos, qui ne supporte pas le lâcher-prise. La demande du foyer porte sur cette agitation permanente qui l'empêche de penser.

Une relaxation en groupe lui est proposée. Quelques mois plus tard, une psychothérapie lui est associée car, dans le groupe de relaxation, il exprime de plus en plus ses angoisses ; il vient armé d'un pistolet et met en place un scénario autour du téléphone où il est confusément à toutes les places : le cambrioleur, le témoin qui appelle la police, et la police qui l'arrête, ne pouvant assumer que l'autre ait une place de « méchant », redoutant alors d'éventuelles mesures de rétorsion et/ou un retour en boomerang de sa propre violence. C'est aussi à cette époque qu'il commence à parler de son cauchemar dans lequel sa mère est tuée par un voleur… C'est d'ailleurs à la question du sommeil qu'il associe dans un premier temps ses rythmies (sur le ventre, il se tape violemment la tête sur le matelas à tel point qu'il en a une bosse tout égratignée sur le front).

D'emblée, Oscar met en acte la question de sa place : il n'a pas de place, et ne peut en occuper une parmi les six lits de la pièce. Il débute sa cure complètement dispersé entre la salle d'attente, le seuil de la porte, la salle de relaxation, les placards, comme si son corps n'avait pas de frontières, pas de critère d'existence, d'origine interne, pas de vécu nodal à partir duquel organiser les informations venant de l'extérieur. Par son jeu de cache-cache derrière les meubles, sous les lits, dans les placards, Oscar se met à part, rejouant-là certainement des temps de son histoire. Il se vit soit comme un déchet, se mettant lui-même « au placard » et faisant tout pour se « faire éjecter », soit comme grandiose et omnipotent, se

répandant dans tous les espaces, incapable qu'il est d'occuper la place circonscrite qui lui est proposée.
Au début de la cure, sa seule façon d'exister est de se mettre en spectacle, de faire le clown, tentant de s'appréhender, cherchant une image de lui-même, désireux de se reconnaître dans le regard et dans le rire de l'autre. Il convoque sans arrêt ces deux objets, « regard » et « voix », auxquels il est très agrippé pour nourrir son narcissisme. Quel regard porte-t-on sur lui ? Comment le parle-t-on ? semble-t-il demander. C'est ainsi qu'au cours d'une séance (après 11 mois de relaxation), il dit que sa mère a décidé « de le changer de nom » : il cite alors un nom qui n'est ni celui de sa mère, ni celui de son père. Ces questions autour de l'identité et de la filiation le mettent dans un tel état qu'il part en donnant une claque à un enfant du groupe.
Oscar bafoue allègrement les règles élémentaires du groupe et se montre extrêmement sensible à la position de l'adulte vis-à-vis de ces règles : véritable œil de lynx, rien ne lui échappe et il passe un long temps de sa cure à interroger sa thérapeute sur ce qu'il en est de la garantie ou de l'oubli de sa place, de sa personne. Le groupe d'enfants lui permet également d'éprouver ce qu'il en est de la valeur des places de chacun entre supposés « alter ego » : il glisse sur le sol sous les lits, tape dans les sommiers pour déranger les autres enfants d'une manière provocante et agressive. Quel rôle l'adulte tient-il face à cette mise en péril des territoires ? semble-t-il demander.
Socialement, dans ce groupe, Oscar est peu à peu attendu, aliéné à l'image qu'il a voulu donner de lui, installé à cette place de clown dominant, de trublion, par les autres enfants captivés par ce spectacle. Par ces comportements excessifs, qui évoquent toute la panoplie des défenses maniaques, il amène parfois l'adulte à le faire sortir avant la fin de la séance, provoquant la réponse qu'il redoutait tant, celle de l'exclusion. Oscar vit très mal cette sortie prématurée et l'interprète comme une coupure définitive. Le lien avec sa psychothérapeute, qui reçoit Oscar juste après la relaxation, se révèle précieux parce qu'il permet une articulation à trois où la loi peut être énoncée par un des adultes et cautionnée par l'autre devant l'enfant : il ne s'agit pas d'une exclusion définitive, il garde sa place dans le groupe, et il y est attendu la semaine suivante, mais le groupe de relaxation n'est pas une arène de cirque, il y a un minimum de règles à y respecter par et pour tous les enfants – ne pas se faire mal et ne pas faire mal aux autres ni les déranger pendant leur séance. Oscar dit qu'il ne peut pas s'empêcher de faire rire les autres. Toutefois, son agressivité agie ne cessera de décroître jusqu'à disparaître. En psychothérapie aussi, les séances sont moins explosives : Oscar s'intéresse à des histoires trouvées dans des livres, il lit et fait lire sa thérapeute.
Déroulons maintenant le fil des rythmies, qui sont présentes dès le début de la cure et qui, elles aussi, ont évolué notablement. Oscar se met sur le

ventre et « se tape la tête » contre le matelas dans un rythme effréné qui engage progressivement et violemment tout son corps. Sa thérapeute lui signifie qu'elle n'est pas d'accord pour qu'il se fasse mal et lui demande à quoi il pense. Cette scène évoque ce que J. Bergès et G. Balbo avancent dans leur texte « Transitivisme, douleur et masochisme » (1996, p. 73) : « Si la mère dit aïe ! lorsque l'enfant se donne un coup, elle l'oblige à inscrire son comportement dans ce signifiant, sinon il n'y a pas inscription signifiante de la douleur et l'enfant risquerait de pousser son masochisme jusqu'à une douleur qui le déborderait complètement. La douleur est ici le signifiant qui maintient l'écart : elle fournit de la douleur pour qu'il n'y en ait pas trop. »

Oscar s'arrête cette fois, tout en déniant la moindre douleur. Le crédit que lui fait sa thérapeute d'avoir une hypothèse sur ses rythmies le fait cheminer dans ses associations au fil de la cure. Du « c'est comme ça que je dors » des six premiers mois, au « je ne pense à rien… à ma mère, à mon frère, à ma cousine » du 9e mois, au « c'est une image méchante » accompagné d'un besoin d'aller aux toilettes (12e mois), c'est finalement le « je pense à ma mère » (15e mois) qui revient régulièrement. Les rythmies diminuent en intensité, il n'y a plus cet aspect de mise en danger. Il y a même un moment de sa cure (au 12e mois) où on a l'impression qu'Oscar va réussir à troquer ses rythmies contre la perception du rythme de sa respiration, en sentant les mouvements de son abdomen : il pose délicatement sa main sur celle de sa thérapeute, comme à la dérobée, fermant les yeux pour goûter un moment de calme en lui tenant la main.

Mais les rythmies d'Oscar sont tenaces et persistent longtemps. Peut-être parce qu'elles incarnent sa mère, dans une sorte de corps à corps imaginaire avec elle, au lieu de pouvoir la penser ? La respiration, il finira par la refuser, disant que ça lui donne envie de vomir… Une autre fois, il demande, caché sous son blouson, si on peut mourir par la respiration. La respiration est ainsi, pour Oscar, dans le transfert, l'occasion d'interroger ses angoisses de mort, notamment lorsque sa mère est absente à leurs rendez-vous alors qu'il l'attendait. La sensibilité d'Oscar à l'absence-présence est récurrente et rejoint la question des places, de sa place. Il demande ainsi à sa thérapeute : « Comment avez-vous décidé de vous répartir les enfants dans le groupe ? » signe d'un questionnement sur les critères d'attribution, les règles de fonctionnement du partage d'enfants entre plusieurs adultes, questionnement qui reprend peut-être des temps de son histoire autour de la séparation de ses parents, de l'attribution de sa garde à la mère plutôt qu'au père, mais aussi de l'instance de décision de son placement en foyer. La question de la séparation restera longtemps inenvisageable pour Oscar. C'est ce qu'il fait comprendre au fil des séances, en assignant sa thérapeute à l'omniprésence auprès de lui, dans un corps à corps imaginaire tyrannique. Il supporte mal la distanciation, le sevrage du

toucher, qui va dans le sens de l'individuation du sujet ; en effet, un jour qu'il paraît calme, sa thérapeute le touche et le mobilise moins, et en fin de séance, furieux, il part en donnant une claque à un enfant. Claque qui était certainement destinée à la thérapeute, puisque ce qui avait été envisagé par elle pour lui, lors de cette séance, sous l'angle de l'autonomie et de la liberté, a été manifestement ressenti très différemment, peut-être comme un « lâchage », une frustration insupportable ou un oubli.

Avec Oscar, les mots, tels ceux qui accompagnent le toucher par exemple, semblent glisser sur lui, comme si, à ce moment-là, le symbolique n'avait pas de prise, ou résistait à passer par le corps. Peut-être à l'image de sa mère qui promet, qui donne sa parole mais ne la tient pas ?

Mais quel est ce frein ou cette défense qui empêchent le corps d'Oscar d'être le réceptacle des signifiants qui désignent, reconnaissent, inscrivent et confèrent une place ?

La loi, le symbolique, il a du mal à l'accepter. Ainsi, lors d'une séance où il entre dans la salle sans qu'aucun lit soit disponible, il commence à faire le pitre, une thérapeute lui donne alors le choix entre rester assis tranquillement ou sortir en attendant qu'un lit se libère, ce à quoi il répond : « Je sors mais j'espère que ça ne va pas être trop long, sinon, je casse la porte ! »

Que trouve-t-il dans ce groupe de relaxation pour y venir si longtemps (deux années, ce qui est inhabituel), alors qu'il confie : « Tu sais Madame, je crois que la relaxation, c'est pas pour moi » ? Peut-être demande-t-il tout simplement à sa thérapeute d'occuper une place, ce qui lui en confère une ? Résister à l'épreuve du temps, tenir une parole qui engage à son encontre, être un critère d'inscription de son identité. Dans ce cadre, Oscar a tissé un réseau solide duquel il se soutient. Espace psychique dont les coordonnées sont, entre autres, sa thérapeute et son bureau de psychothérapie, la secrétaire qui l'accueille et enfin la salle de relaxation avec les thérapeutes en relaxation et le groupe d'enfants. Oscar a expérimenté des dizaines de fois, à l'aide du téléphone, les connexions, les liens sur le mode du « je te quitte–je te retrouve » : il écrit des petits mots doux à sa thérapeute et à la secrétaire avant la longue coupure des vacances d'été, organise progressivement une continuité temporelle, un rythme régulier qui l'aide à penser le manque, à aborder le caractère structurant de l'absence. Les sorties théâtrales de la salle de relaxation dans la provocation et la discorde sont moins fréquentes. Oscar réussit depuis peu à sortir le premier, dès qu'il se sent prêt à faire sa reprise, et surtout il semble commencer à pouvoir accepter son histoire : lors d'un retour de vacances, il file sous son lit en se livrant à des bruits vocaux divers, fait rire l'assemblée ; interrogé sur cette agitation, il répond alors : « C'est parce que je veux voir ma mère, je ne l'ai pas vue pendant les vacances. » Ce constat fait, il s'allonge alors sur un lit, avec en main son petit héros du

dessin animé *Indestructible*. Lorsqu'un moment plus tard son voisin de lit le sollicite pour que le spectacle reprenne, Oscar lui répond : « Je n'ai plus envie », et se recentre calmement sur lui-même : il accepte sans artifices, et pour la première fois, ses affects dépressifs. Parallèlement, en thérapie, Oscar élabore son rapport à sa mère.

Désormais, il vient pour lui, est à ses affaires calmement sur son lit, beaucoup plus intériorisé ou lisant une bande dessinée, et ne cherche plus l'interaction avec les autres enfants, même s'il supporte assez mal l'agitation des débutants, ce qui est un comble si on se souvient de ses débuts en relaxation.

Dans les derniers temps, alors qu'Oscar répète à ses éducateurs et à son accompagnatrice que la relaxation « c'est nul » et qu'il ne veut plus venir, il n'en dit rien à sa thérapeute et continue à élaborer des questions fondamentales : doit-il tutoyer ou vouvoyer sa thérapeute en relaxation ? Il témoigne là d'un accès désormais possible à une certaine distanciation, à un positionnement assez fin quant aux places et relations entre les individus. Le voilà d'ailleurs ponctuellement capable d'empathie avec les autres enfants du groupe, avec lesquels il établit un rapport de sujet à sujet ; c'est ainsi que, lors d'une séance, il s'adresse gentiment à un débutant mal à l'aise : « Mais vas-y, allonge-toi ! Pourquoi tu ne t'allonges pas, tu n'as pas envie ? » L'autre est en train de changer de statut à mesure qu'Oscar élabore sa propre place. Sa tenue vestimentaire élaborée de la rentrée de septembre le confirme largement : Oscar, très sérieusement, s'avance dans la salle de relaxation dans une sorte de smoking avec nœud papillon comme un « milord ».

Pour lui, ce dispositif de double suivi en relaxation et en psychothérapie, dans un même service, a offert des possibilités de jeux transférentiels variés et une souplesse, une dynamique de travail thérapeutique particulièrement efficaces.

2. Dyspraxie

La définition de la dyspraxie et de ses limites ne semble pas faire l'objet d'un consensus, ce qui explique le flou actuel de ce signifiant « dyspraxie » et ses dérives. Revenons donc tout d'abord à l'historique et l'évolution de la notion de dyspraxie.

2.1. Historique et définition

À partir des années 1960, dans ce qui allait devenir la Section de bio-psycho-pathologie de l'enfant (hôpital Sainte-Anne) dirigée par J. de Ajuriaguerra, ce dernier et son équipe publient une étude

très détaillée – la première consacrée à ce sujet – sur les enfants dyspraxiques (Stamback et al., 1964). Dans ce texte, l'aspect psychopathologique est particulièrement mis en avant.

En parallèle, les spécialistes de l'enfant handicapé moteur s'intéressent aux « troubles du geste » dans toutes leurs dimensions, leurs liens avec les troubles neurovisuels et proprioceptifs, les anomalies du schéma corporel et les troubles de la structuration spatiale.

La réflexion se poursuit à travers une recherche (Barbot et al., 1987) menée en commun par les équipes de l'hôpital du Kremlin-Bicêtre (Service de rééducation fonctionnelle dirigé par D. Truscelli) et de l'hôpital Sainte-Anne (Unité de bio-psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent dirigée par J. Bergès).

Dans le même temps, le nombre des enfants dyspraxiques augmente dans les consultations : ce sont souvent d'anciens prématurés que les progrès de la médecine néonatale ont permis de sauver. Ces enfants ne souffrent pas forcément de séquelles lésionnelles graves alors que les troubles du geste et les troubles visuospatiaux, avec leur cortège de difficultés scolaires, passent au premier plan.

Avec l'essor des sciences cognitives, les troubles du geste et la dyspraxie sont reconnus comme des troubles cognitifs spécifiques.

De nombreuses équipes ont alors apporté leur contribution, en particulier avec l'étude des dyspraxies développementales. Toutefois, celles-ci n'apparaissent pas sous ce terme dans le DSM-IV, où il est question de « troubles d'acquisition de la coordination » (TAC), terme, qui selon M. Mazeau (2005), ne recouvre pas exactement les mêmes symptômes ni les mêmes mécanismes. En effet, ce vocable a été choisi pour regrouper à la fois les retards psychomoteurs, les dyspraxies, les maladresses, les troubles spécifiques du développement, etc. Retrouvons-nous ici le même glissement, la même confusion de registres, déjà repérés pour la question de l'hyperactivité, autour d'un signifiant « fourre-tout » qui engloberait sans distinction une simple variation de la normale, un des symptômes d'une psychopathologie avérée, neurologique ou fonctionnelle, ou un retard global de développement ?

Très récemment, ce terme de dyspraxie est revenu dans l'actualité avec la loi du 11 février 2005 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ». Cette loi invite les personnes concernées à saisir la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH), où la Commission des droits et de l'autonomie (CDA) décide ou non du handicap « dyspraxie ». Mais la CDA ne fait-elle pas un amalgame en uniformisant les pathologies, les âges, et en examinant, dans la

même commission, l'obtention d'un fauteuil roulant pour un adulte infirme moteur cérébral, celle d'un ordinateur, d'un tiers-temps, d'une auxiliaire de vie scolaire (AVS), d'une allocation d'éducation spéciale (AES) pour des enfants présentant des difficultés scolaires, aussi bien des dyslexiques, des dysorthographiques, des dyscalculiques que des dyspraxiques ?

La dyspraxie est donc actuellement passée dans la catégorie du handicap, d'où des revendications en termes de dûs et de compensations par les parents des enfants étiquetés « dyspraxiques », ce qui n'est pas sans produire des effets pervers dans la famille et concernant la subjectivité de l'enfant (logique de victimisation et de réparation).

Au final, nous retiendrons la description princeps de la dyspraxie :

> Il s'agit d'enfants d'intelligence normale, ayant une relative facilité dans le domaine du langage, mais présentant par ailleurs des difficultés sur le plan moteur et de l'organisation spatiale. Ils consultent pour des motifs variés : maladresse, difficultés d'écriture, difficultés scolaires. (Stamback et al., 1964)

2.2. Conception de J. Bergès

> Le tableau clinique de la dyspraxie est particulier parce qu'il est difficile de creuser et de saisir les relations entre, d'une part, des troubles instrumentaux, d'autre part des troubles de la fonction et enfin la façon dont ces troubles instrumentaux et dont les difficultés de ce fonctionnement viennent s'intégrer dans la construction de la personnalité de l'enfant, essentiellement dans les rapports qu'il établit par l'intermédiaire de son corps et de son action avec le monde extérieur (Jean Bergès, 2005).

La question du corps est en effet centrale chez ces enfants : rappelons à quel point elle est problématique, dans le flou qui caractérise les limites, les rapports des parties du corps entre elles, la précarité de tout ce qui relève de l'image corporelle et du fonctionnement posturomoteur. En d'autres termes, il s'agit d'une perturbation conjointe du schéma corporel, de la structuration spatiale et de la motricité. Elle retentit bien évidemment sur l'économie psychique du patient.

J. Bergès (2005) s'est interrogé sur la structure de la personnalité de ces enfants : la dyspraxie serait-elle du côté d'une dysharmonie évolutive ?

> Les dyspraxiques ne nous montrent-ils pas dans une particulière débilité de l'imaginaire, que le réel peut se nouer directement au symbolique ? Ce qui nous amène au questionnement concernant le devenir de ces enfants à propos d'une évolution souvent inquiétante à l'adolescence, posant la question des frontières entre la dyspraxie et les structures psychotiques, ce que R. Misès a évoqué sous le terme « d'états limites ».

L'une des originalités de J. Bergès et de son équipe a été de concilier la dyspraxie et le corps avec les travaux de J. Piaget sur l'opérativité de l'intelligence.

Rappelons quelques points de ce travail.

– Il existe une perturbation de l'organisation spatiale.

– Le « figuratif abusif » : les enfants dyspraxiques se laissent « abuser par le perceptif », sont « prisonniers du vu ». L'aspect figuratif reste prévalent (voir les épreuves de conservation et de sériation mises au point par J. Piaget [Pauli et al., 1990] et reprises dans l'UDN-II par G. Lemmel et C. Meljac [1999]), d'où des échecs massifs dans les épreuves opératoires au cours desquelles les manipulations avec un matériel concret sont au-devant de la scène.

– Le constat est le même pour « l'utilisation du nombre » (Lemmel et Meljac, 1999), où des difficultés importantes sont présentes lorsque les quantités sont figurées dans l'espace.

– La « notion d'origine » (*ibid.*) semble également inaccessible aux enfants dyspraxiques (origine dans son acception spatiale, du point zéro, ou d'axe repère) ; rien n'est fixe ni défini. Pour J. Bergès (2005) :

> Ce sont les problèmes massifs de la notion d'origine qui viennent s'opposer à toute continuité du trait, à la réalisation des figures géométriques fermées (par exemple, le crayon vient faire glisser l'origine, le point de départ, d'autant plus s'il s'agit de recopier un modèle). Et l'enfant dyspraxique est très en panne dans les activités graphiques (comme le dessin), car l'incapacité motrice s'ajoute aux embarras du figuratif (plus le modèle est présent, plus la représentation est impossible).

– En revanche, le dyspraxique a de bonnes capacités de langage, aussi bien écrit que parlé. C'est ainsi qu'il accède à l'opérativité et à la logique formelle : ici, il n'utilise plus simplement le matériel concret mais passe à l'abstraction dans une démarche hypothético-déductive. De sorte que l'enfant dyspraxique sera plus à l'aise scolairement à partir de la sixième, c'est-à-dire à partir du moment où il pourra quitter les opérations concrètes pour aborder les opérations formelles où le vu et le spatial sont moins présents ; pour un dyspraxique de

9 ans, le plus difficile n'est pas de repérer le verbe dans une phrase mais de le souligner en rouge… Ces observations mettent à mal la théorie piagétienne et les idées reçues (en particulier pédagogiques) sur la construction en parallèle de la logique, du graphisme, et de la lecture, ce qui permet de mettre en question « l'harmonie » supposée entre ce qu'il est convenu d'appeler une bonne construction spatiale et tout ce qui concerne la lecture par exemple.

2.3. Dyspraxie et relaxation

Les aides proposées aux enfants dyspraxiques s'appuient donc sur la bonne qualité du langage et de la logique pour contourner les difficultés liées aux embarras avec le corps : leur apprendre « dessus-dessous », « droite-gauche » est voué à l'échec tant qu'ils ne pourront pas passer à la représentation, leur corps étant pour eux une terre inconnue. Voilà pourquoi il nous paraît opportun de commencer la cure de relaxation progressivement, segment par segment (les bras, les jambes, les fessiers, le dos, la nuque, avant d'aborder la phase de généralisation et de respiration). C'est pour que l'enfant sente que chaque partie de son corps est limitée par une autre partie de son corps et y est articulée. Très vite, à Sainte-Anne, les rééducations ont été abandonnées pour les enfants dyspraxiques au profit de l'association de la psychothérapie – compte tenu de leur rapport problématique au monde des objets en général (voir la fréquence à l'adolescence des « bizarreries » qui peuvent jouxter une entrée dans la psychose) – et de la relaxation qui peut leur permettre de repérer et d'éprouver quelque chose de leur corps.

En effet, le travail de relaxation est pour eux fort précieux dans la mesure où ils peuvent commencer à envisager qu'ils ont un corps grâce aux éprouvés corporels facilités dans la cure par les mobilisations, les nominations et le toucher. La relaxation ne les met pas en demeure de passer par l'agir mais leur propose de penser leur corps, c'est-à-dire de s'intéresser au corps vécu et représenté et non au corps en action, comme dans la rééducation psychomotrice.

L'exemple de John nous semble intéressant.

Cas clinique

John, 10 ans, est né à 32 semaines, en état de mort apparente. Ses fonctions vitales sont gravement atteintes. Les premières années de sa vie sont légitimement marquées par des angoisses parentales massives (angoisses quant aux éventuelles séquelles neurologiques et angoisses de mort). Les capacités interactives de ces parents à leur bébé pour tisser un

échange relationnel harmonieux sont donc fragilisées par cette situation. À 8 mois, l'existence de séquelles neurologiques est confirmée, mais elles sont relativement minimes par rapport à l'importance du tableau néonatal, selon le neuropédiatre. Le développement psychomoteur n'est pas vraiment entravé (marche à 19 mois). Le langage apparaît dans les temps ; cependant, John privilégie les relations duelles, il ne joue pas, il n'y a pas d'investissement de l'objet, embarras habituellement relevé chez les enfants dyspraxiques.

À ce jour, les suivis sont ou ont été rééducatifs (orthophonie, psychomotricité et orthoptie).

Lors du premier entretien, la demande et l'inquiétude des parents portent sur deux points essentiels :

– les difficultés d'apprentissage de John qu'ils décrivent comme un enfant vif, intelligent mais lent, fatigable, qui se repère difficilement, ne dessine pas et dont l'écriture est maladroite (comme souvent, ils posent la question de l'utilisation de l'ordinateur…). C'est donc le symptôme le plus visible que ces parents interrogent ici : la dyspraxie ;

– certains aspects de sa personnalité : enfant qui parle tout le temps, dont le langage est châtié. John préfère les adultes à ses pairs, et est familier avec les inconnus. Il est intéressé de façon monomaniaque par l'heure. Enfin, il est hypertendu et présente des stéréotypies gestuelles.

Un bilan psychologique met en évidence un tableau majeur de dyspraxie. On note la correspondance entre les conclusions du bilan et la demande, ce qui est plutôt rare :

– il existe une discordance verbospatiale importante au WISC-IV (échelle d'efficience intellectuelle globale de Wechsler), ce qui ne suffit pas, rappelons-le, à poser le diagnostic de dyspraxie ;

– le niveau est à peine de 6 ans à l'épreuve de copie de figures géométriques de Bender ;

– l'examen opératoire montre que la motricité fine est défaillante, que John est « prisonnier du vu » aux épreuves de conservations ; la sériation se fait sur un mode archaïque et seulement avec 5 baguettes ; il ne sait pas prendre des points de repère dans une dimension continue pour assurer une égalité ; les classifications sont possibles à l'oral mais il est désorganisé quand il passe à l'acte ;

– des difficultés massives dans le domaine des fonctions sensorimotrices sont à retenir à travers la NEPSY (échelle neuropsychologique) ;

– l'examen de l'écriture montre qu'elle se révèle beaucoup moins problématique que la massivité des troubles ne le laisserait supposer ;

– l'orthographe correspond à un niveau de 8 ans en dictée et le niveau de lecture est de son âge (rappelons qu'il est âgé de 10 ans) ;

– enfin, voici quelques points relevés aux épreuves de personnalité : John s'inscrit très vite dans un registre à la fois familier et ludique ; il est assez

séducteur et manque de distance. Les mises en scène sont nombreuses au test projectif du Rorschach, ce qui signe une mobilité mentale et un imaginaire exacerbé (thème de vampires et angoisses de dévoration). Les dessins soulignent la fragilité des assises identitaires.
Une indication de relaxation thérapeutique et de psychothérapie est proposée. La psychothérapie est mise en attente en raison des nombreuses prises en charge de John.
Une aide aux parents en parallèle avec le consultant référent de la famille, thérapeute différent de celui qui reçoit l'enfant en relaxation, est apparue ici comme une évidence.
Les objectifs principaux en cure de relaxation sont principalement alors le travail autour d'appréhension du corps et d'autonomie de cet enfant dans cette problématique de séparation.
Lorsqu'il est indiqué aux parents de John qu'une place se libère dans l'un des groupes de relaxation, ils se précipitent dès le lendemain comme s'il y avait urgence, urgence vitale en écho peut-être à cette naissance prématurée dans un contexte d'angoisse. Le père l'accompagne mais lâche curieusement son fils dans un passage à l'acte violent (comme il est fréquent de le rencontrer dans les problématiques de séparation, dans un fonctionnement en « tout ou rien »). Il déclare que la mère passera dans la matinée sans chercher à rencontrer la thérapeute à cette occasion.
Cette première séance de relaxation est donc teintée d'une très grande angoisse chez John qui est hypertendu ; la maîtrise est son seul moyen de défense. Défense qui cède en fin de séance, John demandant expressément où sont les toilettes. Il est pris d'une crise de panique devant l'absence de sa mère : il pleure, erre d'étage en étage sans pouvoir s'arrêter, et propage cet état de panique aux petits patients de la salle d'attente. Tout au long des premiers mois de la relaxation, enfant et parents multiplient les absences, les retards, ce qui brouille les places de chacun dans le temps, l'espace et les générations (la mère de John le surnomme « papy » parce qu'il est pantouflard). La place de la thérapeute elle-même est précaire dans ce « jeu de chaises musicales ».
John arrive souvent avec les yeux rouges, l'air hagard. Son corps est « vautré » sur le divan, il est sans axe, atone. C'est un garçon chétif, « fantomatique », bien plus du côté de la mort que de la vie, qui s'excuse toujours dès qu'il a quelques minutes de retard. Il fait part de ses angoisses d'endormissement : « Je n'aime pas m'endormir parce que je pense à des choses inquiétantes. Je n'aime pas être tout seul avec ma sœur dans la chambre car je pense à mes parents, ils pourraient leur arriver quelque chose. » Il se détend alors moins facilement que d'habitude ; il a du mal à rester en place, à trouver une place. Il se positionne toujours de la même façon : les trois quarts de son corps pendent en dehors du matelas, comme un corps fuyant, voire fluide, océanique, il est prêt à tomber. Son

corps n'a pas vraiment de place, à moitié sur le sol, à moitié sur le matelas, mais finalement nulle part : John ne s'est encore installé ni sur le matelas ni dans la cure, ni dans la salle de relaxation. Quand il arrive dans la salle, il est comme interdit et ne peut trouver sa place que dans la réponse de l'autre, celle de sa thérapeute à laquelle il demande, incapable de se décider seul : « Où je me mets ? » Son seul point d'arrimage est le corps de sa mère contre lequel il se jette après chaque séance, comme dans un besoin à la fois vital et qui ne suffit jamais, une avidité insatiable, une quête adhésive toujours renouvelée.

Cette cure, bien que complexe, n'a pas été sans effet sur John. Au fil des séances, il occupe de plus en plus le matelas ; seuls une main ou un bras pendent, son corps paraît moins désarçonné, il semble qu'une ébauche d'axe corporel et d'un certain tonus musculaire se mette en place. Commence-t-il à devenir son propre point d'origine ? Il est moins déprimé, il se montre plus libre, son corps moins inhibé est érigé. En parallèle, John est plus présent aux différents thérapeutes et à ses pairs : il imite, certes timidement, un enfant du groupe qui a des rythmies ; ou bien serre la main des thérapeutes en entrant dans la salle de relaxation, en miroir d'un autre enfant. Les autres commencent à exister pour lui et lui-même semble enfin présent.

Dans le même temps, le réel sexuel s'exprime : d'abord sous la forme d'une activité masturbatoire, d'un intérêt évident pour le corps de sa thérapeute – qui pose rapidement des limites –, puis dans un questionnement sur les origines de la vie et l'émergence de théories sexuelles infantiles.

On peut faire l'hypothèse que la relaxation a favorisé pour lui l'émergence d'une ébauche d'identité sexuée.

3. États tensionnels

Les états tensionnels représentent une large part de toutes les difficultés observées dans les bilans et les consultations pédopsychiatriques en général.

L'état tensionnel est un tableau fait d'agitation et de grouillement sur place, d'incapacité à se tenir un instant à la même tâche. Il s'accompagne d'un sentiment de tension intérieure douloureuse. Cet état se rencontre aussi bien pendant les périodes de jeu que de repos ; enfin, les réveils des enfants tendus sont souvent difficiles et se déroulent dans les pleurs. Il nous apparaît possible de décrire le versant psychomoteur de ces tableaux. L'état tensionnel correspond à une appréciation subjective. L'enfant se présente en alerte : une hypervigilance le tient sur le qui-vive. Cet état de tension interne se trahit dans la posture, à la fois bloquée et inquiète ; difficile à

modifier de l'extérieur, l'attitude générale traduit l'absence de disponibilité, la crispation (dans la position de repos, les poings sont crispés, les épaules remontées). Le mouvement oscille entre la retenue contrainte et l'explosion brusque, ce qui lui confère un caractère heurté. Les mâchoires sont serrées, le relief des masséters apparaît très souvent. La respiration se trouve fréquemment bloquée, entrecoupée de longs soupirs, et l'on constate, dans de nombreux cas, de véritables contractions anarchiques de la région abdominale diaphragmatique lorsque l'on propose à l'enfant allongé de respirer profondément, ce dont il est incapable. Enfin, pendant l'entretien, l'enfant fait état d'une sensation interne de tension douloureuse, d'impatiences musculaires, d'ébauches de crampe. Il s'agit, ici, du versant psychomoteur de toute une symptomatologie par ailleurs classique : crampes, certaines lenteurs, spasmes gastro-intestinaux, vomissements et douleurs abdominales, spasmes laryngés ou du sanglot, certains strabismes intermittents, certaines dysphonies, bégaiements.

Ce qui nous paraît essentiel pour l'indication de la relaxation dans les états de tension est de prendre en considération ce qu'ils représentent de défensif et d'expressif, en particulier chez l'enfant entre 6 et 12 ans. Pour indiquer ici une cure, il faut prendre sans cesse en compte le fait que cette tension, cette contraction, cet état d'alerte tiennent lieu de vécu corporel ; le corps est douloureux, mais présent. Ils jouent aussi le rôle de modalité de défense contre l'angoisse, et on ne saurait, à l'évidence, priver ces enfants du sentiment de la présence de leur corps et de ce qui les tient en alerte. Aussi est-il indiqué d'insister particulièrement sur la phase préliminaire de la cure et les explications initiales. De même est-il nécessaire d'adopter une grande prudence dans la progression des séances. En tout état de cause, les états tensionnels constituent d'excellentes indications de relaxation. Il faut tenir compte du fait qu'il s'agit de cures souvent difficiles et toujours assez longues, ce qui exclut évidemment de les entreprendre lorsque des délais restreints sont imposés par les circonstances extérieures.

4. Crampes fonctionnelles

Chez l'enfant, les crampes fonctionnelles se résument, dans notre expérience, à des perturbations de l'apprentissage ou de la pratique de l'écriture. Elles se traduisent par une position non fonctionnelle dans l'acte d'écrire, déclenchée par lui, et s'accompagnent sinon toujours de véritable douleur, en tout cas de sensation de gêne et de

fatigue. Cette symptomatologie peut aller de l'ébauche de la crampe avec mauvaise tenue du crayon, jusqu'à la véritable crampe des écrivains. Il est d'ailleurs frappant de constater qu'il existe une analogie rigoureuse entre les crampes des enfants sachant à peine former quelques lettres et la crampe classique de l'adulte. Il semble que l'on se trouve ici devant une véritable forme psychomotrice fonctionnelle qui se manifeste comme telle, quels que soient l'évolution, l'apprentissage, l'automaticité et l'entraînement de la fonction d'écrire.

Mais il est évident que ce sont les ébauches de crampe et les symptomatologies mineures qui sont le plus souvent rencontrées dans la pratique ; c'est chez ces enfants que la relaxation facilite une meilleure harmonie et une intégration du geste graphique. Elle modifie en effet l'état tonique et permet ainsi à l'enfant d'utiliser son tonus de fond comme un soutien libre et disponible, celui-ci n'étant alors plus un obstacle et un carcan au mouvement auparavant heurté, hésitant et crispé. Il semble que la relaxation puisse être indiquée lorsqu'il s'agit de crampes ou d'ébauches de crampes ne s'accompagnant pas de troubles moteurs, ni de troubles praxiques et gnosiques du geste d'écrire. En effet, si l'on note une maladresse par incoordination intersegmentaire des diverses parties du membre supérieur intéressées par l'écriture, ou une mauvaise gnosie des doigts ainsi qu'une mauvaise intégration de leur position respective, une graphothérapie est plus indiquée. Elle sera développée dans le chapitre 9 consacré aux troubles d'apprentissage, autour de ce que représente l'acte d'écrire.

5. Tics

On connaît la fréquence des tics chez l'enfant, en particulier entre 9 et 15 ans, et les difficultés rencontrées à les aborder en tenant compte du caractère gênant du symptôme, et de sa signification parfois limpide, comme c'est le cas dans l'exemple des tics en rapport avec des angoisses masturbatoires, parfois fort obscures, parfois ne pouvant être élucidées que par des psychothérapies classiques. Enfin, on sait l'effet non négligeable de certains médicaments, en particulier neuroleptiques majeurs, dont il serait regrettable aussi bien de se priver dans certaines formes particulièrement bruyantes, que de se contenter, comme si ces tics se résumaient à des mouvements anormaux. Les tics chez l'enfant ne peuvent être saisis dans leur complexité qu'en tenant compte simultanément de ce qui ressortit à un équipement psychomoteur particulier et à une problématique affective instinctuelle ouverte.

Ce que nous avons dit des états de tension et de l'instabilité nous paraît en somme condensé dans la phénoménologie même du tic : accumulation de tension, mise en alerte tonique et posturale suivie d'une explosion clonique plus ou moins localisée, intégrée, signifiante. Les problèmes de rétention, d'agressivité, d'explosion s'accompagnent le plus fréquemment d'une pauvreté d'expression chez ces enfants, d'une avarice dans le langage, d'une méfiance à s'exprimer qui représentent autant d'obstacles à un abord psychothérapique au moins initial. La relaxation nous paraît une des indications majeures, en tout cas avant la 15e année, des thérapeutiques des tics. Nous ne voyons pas de contre-indication, et pouvons, à travers notre expérience, insister sur les résultats très fréquemment positifs non seulement sur le symptôme, mais aussi sur des difficultés plus générales en cause, qui rendent souvent superflu tout abord thérapeutique complémentaire au cours de l'enfance ou de l'adolescence.

Cas clinique

Une fillette de 9 ans et demi, vivement intelligente, et attachant beaucoup d'importance à ses résultats scolaires, a des parents anxieux et perfectionnistes. Elle ne garde pas un instant de libre, tient à « être en avance » sur le programme, et les parents l'encouragent dans ce sens, organisant autour d'elle une existence de travail permanent et l'absence de loisirs. La mère a visiblement le désir de voir sa fille réussir les études brillantes qu'elle n'a pas pu mener à bien elle-même, pour des raisons sociales, tandis que le père se désintéresse de cet aspect de l'éducation. L'enfant a déjà présenté de nombreux tics par périodes courtes depuis l'âge de 7 ans. Tics que ne pouvait supporter la mère, qui accusait le père « de ne pas les voir ». Une première indication de relaxation n'avait pas été suivie, les parents arguant à juste titre de l'éloignement (trois heures de trajet). L'année suivante, et malgré un passage en sixième sans difficulté, les tics restent aussi nombreux et fréquents que lors de la première consultation : gesticulation incessante, torsion du tronc, battement des paupières avec rougeur de la cornée, reniflement, rotation de la tête avec mise en place d'une mèche tombant sur le front, grattement de la gorge venant terminer un cycle qui reprend aussitôt. À cette symptomatologie s'associent une insomnie relative et des éléments discrets de la série dépressive : mimique assez figée malgré les tics, impression d'être rejetée par ses camarades, et sentiment pénible d'impuissance, que partagent et alimentent les parents, devant l'échec évident des médicaments qui voient leur action directe disparaître dès les premiers jours, et faire place à une perte de confiance en soi et d'énergie. À l'examen, on constate une limitation caricaturale de

la liberté posturomotrice avec paratonie, geste étriqué, conservation des attitudes et persévération du mouvement. Par ailleurs, rien de particulier, aucun signe en faveur d'une puberté débutante, aucune perturbation de l'appétit ou des fonctions intestinales.

La relaxation est donc entreprise, à raison d'une séance par semaine. Il est à noter que la fillette, pendant les quatre premiers mois, ne s'exprime absolument pas, et ce n'est qu'après les congés scolaires qu'elle esquisse un sourire en venant s'installer (elle en est à la phase de respiration lorsque la mère elle-même, qui l'accompagne de fort loin, sourit à son tour). La démarche, l'attitude sont toutes différentes ; la symptomatologie des tics a perdu de son caractère explosif et cyclique ; on n'entend plus dans la salle d'attente ses raclements de gorge ni sa toux sèche. De plus, les séances sont techniquement « parfaites » et il est évident qu'elle s'est « appliquée » à s'entraîner chez elle. Lorsque la phase de respiration est tout à fait acquise, elle nous parle pour la première fois pour nous dire qu'elle a oublié ses séances chez elle, bien que sa mère les lui ait rappelées. Elle enchaîne sur son étourderie habituelle, en nous révélant dans une grande confusion qu'elle a oublié aussi son carnet de texte, et ne pourra étudier sa leçon dans le train. Elle nous apprend que ses camarades sont plus gentilles qu'en début d'année, et qu'elles lui en veulent moins « d'être dans les premières ». C'est lorsque l'on aborde la relaxation du visage, qui est un point très sensible (en particulier lors de la palpation de celui-ci), qu'elle nous explique que « depuis qu'elle n'a plus ses mouvements, elle ose regarder les autres ». La cure est interrompue un mois plus tard.

Le père nous écrit (premières manifestations d'existence de sa part) à deux reprises pour nous dire combien sa fille a changé et il pense « qu'elle va pouvoir devenir une grande fille maintenant » ! Comme il le dit dans sa deuxième lettre, « tout est en règle ».

Chapitre 9
Troubles d'apprentissage

1. Généralités – E. Lenoble

En quoi la relaxation viendrait-elle aider un enfant embarrassé par ce qu'il est maintenant convenu d'appeler des « troubles d'apprentissage » ? Que viendrait faire un abord centré sur la dimension corporelle lorsqu'il est question de difficultés à lire, à écrire et à compter, voire à raisonner ?

L'entrée d'un enfant dans les apprentissages, c'est-à-dire l'appropriation par cet enfant d'un savoir venu de l'autre, représenté ici par l'institution scolaire incarnée dans la personne du maître ou de la maîtresse d'école, aurait-elle à voir avec cette situation primordiale d'aliénation à l'autre développée dans les chapitres précédents, comme à la source de toute articulation entre corps, miroir et symbolique ?

Actuellement, la notion très générale et extensive de troubles d'apprentissage recouvre toute une palette de la clinique. Les diverses définitions proposées par les manuels et traités en vigueur donnent d'ailleurs la mesure du trouble qui saisit le praticien au moment de mettre une étiquette dite diagnostique sur les difficultés que peut rencontrer un enfant lorsqu'il est confronté aux exigences scolaires et qu'il peine à y répondre.

Les anciens termes de dyslexie, dysorthographie, dyscalculie, etc. ont tendance à s'effacer devant la notion de troubles spécifiques des acquisitions scolaires (CIM-10, 1994), ou troubles des apprentissages (DSM-IV, 1996), ou bien encore troubles spécifiques du développement et des fonctions instrumentales (CFTMEA, 2000). La CFTMEA considère ces troubles comme complémentaires, c'est-à-dire à inscrire comme complément au diagnostic principal porté sur l'ensemble du fonctionnement psychopathologique de l'enfant venu consulter. La

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

CIM-10 considère ces troubles comme spécifiques, excluant ainsi tout autre manifestation pathologique. Le DSM-IV, enfin, ne se prononce pas : fidèle à son propos, cette nosographie décrit une série d'items simples, et propose un regroupement de ces items en catégories diagnostiques, censées recouvrir la majorité des différentes situations motivant une consultation spécialisée.

Dans l'abord qui sera proposé ici au lecteur, nous resterons modestes et prudents : c'est la situation d'embarras face aux apprentissages dits de base (lecture, écriture, calcul) qui sera examinée, quelles qu'en soient les déterminations et les circonstances de survenue.

La demande d'aide, de soutien, de soulagement qui arrive auprès du clinicien au motif de difficultés d'apprentissage est extrêmement fréquente. Nous prendrons ici le parti de la considérer comme telle et d'y répondre selon ce que nous avons pu élaborer autour de cette question centrale et incontournable pour tout enfant : comment négocier ce passage, ce « forçage » que constitue l'entrée dans les apprentissages ?

1.1. Apprentissages et subjectivité

Comment l'enfant qui arrive en consultation pour trouble d'apprentissage a-t-il investi sa propre capacité à penser ? C'est une question que le praticien doit se poser à chaque fois, et c'est sous cet angle que nous aborderons la clinique des enfants en panne avec les apprentissages.

Penser, apprendre, s'autoriser à fabriquer ses propres hypothèses, à les défendre, à les mettre à l'épreuve de la réalité, éventuellement à les abandonner pour en reconstruire d'autres, toutes ces opérations supposent déjà un fonctionnement un tant soit peu autonome, une disponibilité à mobiliser sa pensée et une assurance quant à sa propre place qu'il s'agit de prendre en compte.

Apprendre, c'est pour un enfant intégrer en soi des apports du monde extérieur, transmis selon un code, des règles, indépendants de sa personne et précédant son arrivée au monde.

C'est bien en ce sens que l'entrée à la « grande école », lieu désigné pour acquérir les connaissances fondamentales, interroge inévitablement chez chaque enfant confronté à cette épreuve la position subjective qu'il a pu construire ainsi que la qualité de ses liens à l'autre. Cela répète, selon notre expérience, le premier forçage que constitue pour le tout jeune enfant son entrée dans le langage oral.

1.2. Articulations corporelles et fonction symbolique

Sur ce chemin, le nouage au corps se révèle essentiel : la mise en place des structures qui permettront l'accès au symbolique s'origine dans des fonctions et fonctionnements profondément ancrés dans une dimension somatique incontournable (les modèles proposés tant par la psychanalyse que par les neurosciences y font sans cesse référence, chacune à leur manière). La pertinence d'un abord corporel aussi spécifique et articulé entre psyché et soma que celui proposé par la relaxation s'inscrit dans cette perspective.

Chez le tout jeune enfant, dès la naissance, les organes (les yeux, les oreilles, la bouche, les lèvres, le larynx, le pharynx, etc.) peuvent être interrogés dans leur fonction (voir, entendre, manger, crier, parler, etc.) et dans leur fonctionnement, c'est-à-dire les moments d'ouverture, de fermeture, de repos, de tension nécessaires par exemple à l'émission et l'articulation de la voix, pour ce qui concerne la phonation. De même, les variations de répartition entre tonus axial et tonus périphérique, repérables chez un tout jeune enfant, seront essentielles dans la mise en place de l'ajustement postural. La qualité d'organisation du geste, l'appréhension de l'espace par l'enfant découleront de ces premiers fonctionnements.

Au début de la vie, les fonctions vitales sont tenues par la mère, qui prodigue les soins nécessaires et une régulation que le nouveau-né seul ne peut évidemment pas assurer. Les fonctionnements évoqués dans les lignes précédentes arrivent, du côté du bébé, marqués par l'immaturité, le peu d'organisation, les débordements. Ces modes de fonctionnement quelque peu anarchiques débordent les fonctions tenues par la mère, créent des écarts, ouvrent un espace où tout n'est pas parfaitement réglé, où il y a du jeu, et où la nécessité d'organiser des rythmes, de ponctuer le temps, de différencier les états et d'inscrire des articulations va se faire jour.

Ce qui compte par-dessus tout dans les fonctions et les fonctionnements lorsqu'ils sont ainsi appréhendés dans toute leur épaisseur somatique, c'est ce qui fait césure, discrimination, coupure. C'est cela qui va donner un rythme, une organisation, un axe ; c'est cela qui va permettre par la suite l'articulation signifiante et l'accès au symbolique.

L'entrée dans le langage, l'avènement du sujet et de sa capacité réflexive découlent de toutes ces opérations.

Par la suite, ce sujet, capable de réflexion et de pensée, sera – entre autres – convoqué à la place d'élève, fréquentant l'école pour accéder à une autre forme de savoir que celle en vigueur au

sein des premiers liens : des apprentissages scolaires seront attendus, de même qu'une certaine faculté de raisonner, d'organiser sa pensée, d'acquérir des connaissances.

1.3. Savoir et connaissance

Le savoir portant sur le fonctionnement corporel et ses articulations se situe dans les toutes premières relations à la mère ou à la personne qui en tient lieu ; en effet, la mère « sait » quelque chose de ce qu'est censé éprouver son enfant. C'est une des formes que revêt la « préoccupation maternelle primaire », si bien identifiée par Winnicott (1958). De plus, la mère articule ce savoir sous forme langagière, c'est-à-dire marquée du sceau du symbolique, et adresse ce savoir ainsi articulé à son enfant, supposant qu'il en entend quelque chose. Ce sont les paroles habituelles d'une mère à son enfant : « Oh, mais tu as froid, ou chaud, ou faim… »

Dans ces moments si courants tout au long de l'enfance, la mère fait crédit à son enfant – il peut s'agir d'un tout jeune bébé – de capacités à éprouver, à comprendre, elle anticipe la possibilité qu'il sache quelque chose de ce qui lui arrive.

À ce premier savoir, inaugural, viendront se joindre par la suite bien d'autres questions à résoudre, qui ont toutes à voir avec le corps : la différence des sexes, l'origine des bébés, la mort. C'est l'époque des interrogations à n'en plus finir. La curiosité, le désir de savoir, la « pulsion épistémophilique » évoquée par Freud (1905) sont au travail, de même que les tentatives d'élaborer toute cette effervescence : les théories sexuelles infantiles, échafaudées à cet âge avec beaucoup de fantaisie et d'inventivité, dans un registre où l'imaginaire se déploie avec beaucoup d'astuces et de vitalité, possèdent toutes, comme l'a souligné Freud, un « fragment de vérité », qui trouve son point d'accroche du côté de la réalité corporelle, organique.

Les nouages entre les différents registres imaginaire, réel et symbolique se tissent ainsi, au travers du parcours de chaque enfant, dans son lien à son propre corps, à l'autre maternel et à son entourage en général.

Ces étapes d'explosion de la curiosité, d'appétit de découvertes et de savoirs signent également une prise de distance de l'enfant par rapport au savoir maternel premier et supposé total : l'enfant accepte de devenir lui-même un sujet doté d'un savoir propre, tout comme il a accepté, en passant l'épreuve du miroir, que sa motricité, son fonctionnement corporel soient différents, indépendants de ceux de sa mère. Il investit alors sa propre capacité à apprendre

et quitte ainsi à nouveau le giron maternel, au plan du savoir et de la connaissance cette fois. Il n'est pas rare qu'un enfant redoute ce passage, et tente d'éviter cette nouvelle épreuve de séparation en restant dans une position résumée par cette phrase si souvent entendue en consultation : « Moi, je ne sais pas, c'est ma mère qui sait… » Nombre d'inhibitions au savoir peuvent être déchiffrées selon cette problématique, et bénéficient parfois grandement d'une réarticulation passant par les éprouvés corporels.

Les apprentissages, au sens classique du terme, c'est-à-dire ceux demandés par l'école, ont à voir avec l'acquisition des connaissances : c'est d'un savoir constitué selon certaines règles, agencé selon un code qu'il s'agit. Ce corpus de connaissances doit s'acquérir selon un programme, un cadre régi par une organisation elle-même très hiérarchisée : l'école.

Le maître ou la maîtresse d'école s'adresse à un élève, c'est-à-dire à un enfant supposé avoir mis en place un certain fonctionnement subjectif propre, un enfant supposé suffisamment dégagé de ses premiers liens à l'instance maternelle pour se sentir libre d'apprendre. Pour tenir une place d'élève, tout ce qui a trait aux articulations corporelles est censé s'opérer « tout seul », donc être passé dans les dessous de l'inconscient, de même que les diverses théories directement issues des débordements imaginaires de l'enfant.

Or, lorsqu'au CP on demande à un enfant de se mettre à lire et à écrire, on lui demande en fait d'entrer à nouveau, d'une autre façon, dans la langue qu'il s'est déjà appropriée oralement. Pour entrer dans le langage écrit, l'enfant doit faire jouer de multiples articulations ancrées corporellement : l'œil qui perçoit, reconnaît, découpe les lettres, les phonèmes, les mots d'un texte, l'oreille qui perçoit ce même texte par un tout autre canal, la voix qui porte le texte lu et articulé oralement, la main qui trace les lettres sans le secours du son ni l'appui de la voix.

Pour compter, autre compétence sollicitée par l'école, l'enfant utilisera tout d'abord ses doigts, puis devra les lâcher. Lorsqu'il lui sera demandé de faire des opérations, additionner, soustraire, multiplier, diviser, de fortes résonances corporelles seront à nouveau convoquées : soustraire, par exemple, est bien souvent investi d'un risque terrible, multiplier possède un pouvoir suspect, diviser semble hors de portée, voire dangereux. Le passage à la combinatoire, au raisonnement, à l'abstraction nécessitera par la suite de lâcher le perceptif immédiat pour s'aventurer vers des représentations moins palpables, dégagées du concret, ouvrant ainsi l'accès au champ, beaucoup plus formel, des mathématiques.

Tous ces réaménagements nécessitent de la souplesse, et une grande liberté psychique de la part de l'enfant qui doit accepter de lâcher certains modes de fonctionnement, d'en investir de nouveaux qui peuvent être source de découverte et de plaisir, mais qui peuvent aussi lui paraître étranges, inquiétants, impossibles à accepter.

La mobilité mentale, directement issue de ces premiers moments fondateurs de l'articulation entre corps, imaginaire et symbolique, est ainsi fortement sollicitée pour permettre à l'enfant d'accepter en lui le savoir venu de l'autre et proposé à son apprentissage ; les enfants troublés par la situation d'apprentissage sont bien souvent immobiles dans leur pensée, sans aucun accès à leur imaginaire verrouillé par des mécanismes d'inhibition ravageurs, refusant l'accès à un savoir qu'ils laissent avec une certaine obstination du côté de l'autre.

1.4. Indications thérapeutiques

La réponse habituelle aux embarras rencontrés lors de l'entrée dans les apprentissages reste bien souvent du côté des rééducations et des remédiations, en général centrées directement sur le domaine dans lequel l'enfant est en difficulté.

Si cette première réponse demeure le plus souvent incontournable et tout à fait adaptée, elle peut trouver une limite, parfois inattendue, parfois tout à fait prévisible, en tout cas à prendre en compte, car elle cause bien du souci aux professionnels assurant ces séances de rééducation et de remédiation, ainsi qu'aux enfants qui y viennent. Le symptôme est là, beaucoup plus résistant que prévu, source de tensions, de malaise, en attente d'être réduit, surmonté, vaincu.

C'est le cas par exemple de ces enfants que nous appellerons ici « non lecteurs », et qui n'ont pas pu être aidés efficacement par les premières mesures pédagogiques et rééducatives qui leur ont été proposées. Ils arrivent alors vers 9, 10 ou 11 ans, amenés dans une consultation spécialisée par leurs parents déçus et très inquiets de l'avenir. L'institution scolaire se trouve elle aussi désemparée, mise à mal par la résistance inexplicable et troublante de l'enfant à la lecture, et l'enfant est en général lui-même installé dans une position de souffrance et de méfiance vis-à-vis du savoir et des apprentissages, bien difficiles à mobiliser.

Dans ces cas tout particulièrement, mais aussi de façon plus large lorsqu'il s'agit d'aider à la mise ou remise en route d'une certaine mobilité mentale chez un enfant en panne avec les apprentissages, il est indispensable de combiner les réponses thérapeutiques et surtout

de les articuler, par exemple au sein d'un travail d'équipe, engageant plusieurs thérapeutes : c'est une première façon d'établir, d'amorcer un processus dynamique, par le jeu des diverses propositions faites à cet enfant si figé, si immobile avec son symptôme.

Est brièvement présenté ci-après, à titre d'illustration, ce que permet l'approche « polyphonique », en équipe, des troubles d'apprentissage.

– L'approche directe (rééducation et remédiation), par le biais du symptôme, même si elle peut paraître risquée car susceptible d'être frappée de paralysie, un peu comme les processus de pensée de ces jeunes patients, reste précieuse car elle est alors intégrée et articulée à d'autres interventions.

– Pour les mêmes raisons, il est possible de soutenir efficacement auprès de l'enfant une approche psychothérapique, elle aussi difficile à mener avec ces enfants qui parlent peu et restent souvent barricadés, emprisonnés dans un champ où règnent la méconnaissance, le refus de savoir.

– Le travail avec les parents est également important : il permet bien souvent une meilleure distinction des espaces respectifs, indispensable à la mobilisation de l'enfant face à ses propres embarras.

– La proposition de relaxation, en parallèle de ces diverses interventions, permet d'enrichir et de compléter utilement ce qui est souvent déjà en cours, car les difficultés sont alors abordées d'une autre façon, au moins pour deux raisons :

- en premier lieu, la visée de la relaxation ne consistant pas à réduire les difficultés d'apprentissage par une action directe, elle peut servir de détour, de détente, dans une situation grevée par la répétition des « échecs » (rééducatifs, thérapeutiques, etc.) ;
- en second lieu, et c'est là le principal, la technique de relaxation agit cette fois directement, puisqu'elle a été construite sur la conscience que l'enfant peut avoir de son corps, la qualité des articulations qu'il peut faire jouer entre ce qu'il ressent au niveau corporel, ce qui est sollicité chez lui comme production de représentations mentales, et ce qui est engagé dans les moments de verbalisation.

L'accès à la mobilité mentale est particulièrement suscité dans la relaxation, puisque, le tonus étant au repos, l'enfant peut alors penser ; la voie motrice étant barrée dans la séance, l'activité mentale de l'enfant peut alors se déployer. La relaxation permet ainsi le passage à l'image, à l'imaginaire, le jeu associatif, l'anticipation, l'émergence d'hypothèses, toutes activités mentales nécessaires pour entrer dans les apprentissages, et avec lesquelles les enfants non lecteurs sont

bien embarrassés puisque immobiles dans leur pensée et inhibés face au savoir. Cet échange entre agi et représenté, grâce à la relaxation, est essentiel pour eux.

C'est ainsi qu'il est souvent fort intéressant de combiner différentes approches thérapeutiques, afin de faire jouer le plus efficacement possible les différents nouages entre imaginaire, réel et symbolique.

Dans les pages qui vont suivre, chacun des domaines que nous avons évoqués comme possiblement embarrassants pour un enfant sera abordé selon ses spécificités. En effet, les questions peuvent se poser tout à fait différemment selon que les difficultés d'apprentissage surgissent dans le champ de la lecture, du logico-mathématique ou de l'écriture.

Les questions soulevées, les élaborations théoriques qui en découlent et les possibles réponses cliniques seront, par conséquent, elles aussi différentes.

2. Troubles des apprentissages de la langue écrite et relaxation

2.1. Qu'est-ce qu'un enfant dyslexique ou non lecteur ?

Les troubles spécifiques du langage écrit chez l'enfant, plus communément appelés « dyslexie », constituent une part très importante des demandes de consultations, que ce soit de la part des parents, des institutions scolaires ou des différents professionnels de l'enfance. Les rendez-vous s'articulent dans un premier temps autour d'une demande explicite d'apprentissage. Elle est régulièrement péremptoire, étant donné les sentiments d'impuissance, de souffrance et d'échecs occasionnés par cette impossibilité à lire.

Les différentes réflexions et observations cliniques ont montré, comme nous l'avons écrit, que pour ces enfants « dyslexiques », la réponse « polyphonique » se montre la plus judicieuse. C'est ainsi que l'association thérapeutique d'un travail sur l'écrit par l'intermédiaire d'une remédiation et d'un abord corporel par la relaxation est proposée, étant donné l'engagement permanent du corps dans ces impossibilités d'apprentissage et les résistances massives qu'elles entraînent. Le plus souvent, une psychothérapie y est associée.

Les difficultés d'apprentissage apparaissent fréquemment du côté d'un déficit ou d'un dysfonctionnement, qu'il soit de mémoire,

de concentration, de performance ou de connaissance. Parfois, c'est la question du retard, de l'incapacité ou du handicap qui est évoquée. D'où une flambée de consultations dès le CP, auxquelles il est demandé une réponse de plus en plus formatée, quantifiable, opératoire et prédictive.

Cependant, la clinique quotidienne de ce type de difficultés nous confronte sans cesse à l'hétérogénéité de cette population, les troubles qu'elle présente apparaissent de plus en plus complexes, résistants et plurifactoriels, rendant le travail d'évaluation et de prise en charge délicat et épineux.

Le terme de « non lecteurs » (Préneron, et al., 1994) que nous utilisons pour parler de ces enfants s'est progressivement élargi sous l'influence de la clinique. Après avoir concerné une population caractérisée par un échec massif en lecture après deux années scolaires d'apprentissage mais ne présentant ni retard intellectuel, ni psychopathologie avérée, ni handicap sensoriel et/ou moteur, il s'est étendu : il recouvre actuellement des enfants pour lesquels non-lecture et psychopathologie sont plus étroitement intriquées et non dissociables. Notre abord ne s'intéresse donc pas seulement au symptôme lecture mais envisage, notamment à travers la relaxation, l'ensemble des difficultés présentées par l'enfant. Celui-ci arrive le plus souvent avec, au mieux, quelques rudiments de lecture et d'écriture, après avoir épuisé des prises en charge variées plus ou moins intensives.

Le travail de réflexion engagé avec l'enfant non lecteur nous conduit souvent à interroger ses embarras sous un angle quelque peu différent : ses erreurs, ses impossibilités à lire, ses variations particulières face à l'écrit sont envisagées comme une difficulté d'accès au savoir, d'accès à une place subjective, une impasse à créer, à mobiliser et à utiliser le code symbolique de l'écrit. Son rapport à la lecture est complexe (il peut énumérer le nom des lettres, deviner, interpréter, broder, extrapoler, etc.), mais, en fait, c'est sa position face au savoir, à l'hypothèse, l'autorisation ou l'interdit de penser qui est en cause.

2.2. Corps et langage écrit

Pour l'enfant, la place de sujet prend, dans un premier temps, appui sur le corps maternel, la voix maternelle, le langage maternel qu'il s'approprie peu à peu, mais avec lesquels il doit progressivement opérer une coupure.

La question de l'accès au savoir et à l'hypothèse, nécessaire à l'entrée dans la lecture, se soutient donc des premiers éprouvés

corporels de l'enfant et de la possibilité de représentation symbolique que la mère inaugure pour lui dans le langage.

Le statut de l'hypothèse, la mobilité du savoir, la possibilité de jugement, autant de référents à l'œuvre dans la lecture, que l'enfant doit expérimenter pour décider quelles lettres il doit lâcher pour lire, quelles autres il doit inscrire pour rester référé au code orthographique de sa langue.

En effet, lire ne consiste ni à savoir les lettres, ni à connaître des sons, ni à les ânonner les uns à côté des autres ; lire consiste à accepter d'installer un écart entre soi et l'écrit, pour qu'à la place des lettres apparaissent des signes, puis des mots, puis des représentations.

On ne peut ignorer l'omniprésence, chez l'enfant non lecteur, d'un rapport au corps particulier, régulièrement angoissant. Les débordements corporels fréquents et envahissants agissent à la manière de défenses non langagières auxquelles l'enfant s'agrippe et se colle, qui viennent sans relâche annuler les procédures symboliques du langage : l'enfant est tour à tour assis, debout, il fait des bruits de bouche, il est sur la chaise, sous la chaise ; il a mal au ventre, mal au bras, mal à la tête, mal aux yeux, lâche son crayon, il a faim, il a soif, il veut aller aux toilettes, il a envie de vomir. Le corps semble continuellement « souffrir » de fantasmes bruyants, de limites floues et fluctuantes, d'illusions angoissantes. C'est ce défaut de symbolisation, de cohérence, parfois même d'intégrité, qui vient un peu plus verrouiller l'enfant non lecteur dans son rapport impossible au symbolique de l'écrit.

Tous les fantasmes corporels angoissants ont par ailleurs régulièrement tendance à s'exprimer dans le « corps des lettres » qui prennent l'allure d'entités corporelles envahies par un imaginaire inquiétant dont l'enfant ne parvient pas à se défaire (par exemple, un enfant de 7 ans ne pouvait écrire certaines lettres parce qu'elles avaient la varicelle…).

Le collage à la lettre, aux phonèmes, produit parfois des images fascinantes solidifiées, non modifiables, que l'enfant tente en vain d'utiliser comme des référents symboliques, alors que ce sont ses propres productions, dans une répétition appauvrissante et une impasse de la pensée.

2.3. Qu'est-ce que lire pour un enfant dyslexique ou non lecteur ?

Pour l'enfant non lecteur, lire demande un effort considérable de chaque instant, car, chaque fois qu'il se confronte à un mot aussi

« simple » soit-il, il tente de repasser par des schémas de syllabation et d'épellation, des procédures complexes et erronées pour finir par échouer à la lecture du mot qui se trouve face à lui.

L'utilisation du regard, censée lui permettre de déterminer si les « symboles » qu'il distingue lui sont connus et si, mis bout à bout, ils peuvent prendre sens, ne le renvoie qu'à des énigmes, à l'inconnu. L'enfant se place alors dans une position de repli accroché au regard de l'autre – le plus souvent celui de l'adulte censé lui apprendre à lire –, dans une attente passive que l'on regarde, lise, décide, parle à sa place.

C'est donc au passage à la lecture et au « dire » que l'enfant doit se confronter. Il doit utiliser là tout ce qui constitue sa sphère orale et il se trouve face aux fantasmes qui y sont attachés. Il lui faut cependant accepter que ces symboles formant des mots – qui de toute évidence lui sont étrangers – entrent dans sa bouche, y séjournent et qu'ils soient ensuite restitués à un tiers (parent, institutrice, camarade, etc.) sous forme de parole. Ainsi, il est fréquent que, pour un enfant non lecteur, ces associations de phonèmes que sont les mots prennent une sorte de consistance orale, et l'on voit alors l'enfant se mettre à « mâchouiller » les mots, les lettres ou les syllabes dans sa bouche sans parvenir à accepter de les laisser sortir et résonner dans la pièce. L'enfant recule face à la demande qui lui est faite de lire et de laisser ainsi se déployer sa parole et sa voix. À la place, ce sont des sentiments de peur et d'angoisse qui l'envahissent et le figent.

Certains fantasmes autour de l'agressivité, difficilement tolérable par l'enfant qui s'en trouve comme paralysé, peuvent ainsi être réactivés. N'est-il pas régulièrement dit à l'enfant, lorsqu'il doit lire, qu'il n'a qu'à « découper » les mots !

Par ailleurs, lire demande à l'enfant d'utiliser un processus intellectuel visant à classer et donc à exclure (Bergès, 1990). Cela le renvoie directement à tout ce qui peut s'organiser autour de l'acceptation ou pas de la perte d'un objet, en l'occurrence ici la lettre.

La lecture lui demande ainsi une mobilité de pensée le conduisant, à certains moments, à partager, couper, ou abandonner des lettres[1], et à d'autres moments au contraire, à les regrouper, les rassembler ou attacher pour lire ou pour transcrire. Pour un enfant non lecteur, accepter d'abandonner ou de « laisser tomber » une lettre relève fréquemment d'un tour de force impossible : la perte est source d'angoisse.

1. Pour lire « monsieur » par exemple, le lecteur doit laisser tomber pas moins de 3 lettres alors que, dans le mot « facteur », toutes les lettres doivent être dites.

S'il est vrai que toutes les étapes mentionnées précédemment entrent en jeu dans le processus de déchiffrement du texte, il est clair que lire ne se réduit pas à un simple déchiffrage graphophonétique d'un mot ou d'une phrase. En effet, même si certains signes sont décryptés, ce n'est pas encore de la lecture : lire, ce n'est pas simplement répéter des signes ou des phonèmes mais parvenir à y mettre du sens au-delà du déchiffrement. Il semble que, là aussi, les enfants non lecteurs se trouvent dans une impasse car, pour eux, accéder au sens se révèle une entreprise éminemment difficile et pénible, quasi impossible. Le plus souvent, ils se trouvent tellement pris, tellement happés par la lettre, par le signe, qu'aucun sens ne peut être donné à ce qui vient d'être pourtant correctement lu sur le plan mécanique.

Ainsi, cet acte de lecture nécessite une souplesse mentale, permettant au même moment d'avoir recours à des stratégies et à des hypothèses radicalement différentes, de pouvoir jouer avec elles, d'accepter de les faire coexister dans certains cas, de les opposer dans d'autres. Pour lire, la pensée doit permettre la coexistence et la mobilisation de processus de lecture aussi différents que l'analyse syllabique et la représentation des mots.

Chez les enfants non lecteurs, le plus souvent, l'inhibition, la rigidité de pensée (surtout marquée par une incapacité à créer et à changer d'hypothèse), l'interdit de savoir, en sclérosant la pensée, ne parviennent plus à créer et à maintenir des liens associatifs ni à mobiliser l'imaginaire. C'est précisément sur ces difficultés que la relaxation a un effet facilitateur.

2.4. Relaxation thérapeutique, corps et langage écrit

Proposer une relaxation thérapeutique à ces enfants en panne dans les apprentissages consiste à mettre en place un travail autour d'une mobilisation psychique par laquelle l'imaginaire du corps va pouvoir être convoqué dans son articulation symbolique au langage.

Ces non-lecteurs donnent le sentiment d'avoir une pensée en fragments isolés les uns des autres, pour lesquels tout lien associatif est vécu comme dangereux et impossible. L'intérêt de la relaxation est précisément de rendre possibles des articulations dynamiques et une mobilité de pensée nécessaires à l'entrée dans l'écrit.

Face à ces embarras d'apprentissage où le corps est sans arrêt convoqué, nous préconisons une relaxation de groupe comme le propose J. Bergès (1990) :

> Le fait que le tonus soit en résolution, dans la séance de relaxation, empêche la voie motrice de se manifester, de réaliser, et l'activité fantasmatique de l'enfant, suscitée, guidée par les images du thérapeute, vient suppléer au mouvement : l'enfant retrouve dans son corps, au niveau du tonus, non pas l'expérience du mouvement, mais le projet de ses actions, la trace du projet de ses réalisations, de leur élan, de leur trajectoire représentée.

Ainsi, la relaxation permet l'anticipation, le passage à l'image, à l'imaginaire, le jeu associatif, la disponibilité mentale et le passage à l'hypothèse, activités mentales avec lesquelles, comme nous l'avons déjà écrit, les enfants dyslexiques sont très embarrassés. D'autant que, précise encore J. Bergès, dans la relaxation, « il y a une anticipation, un désir, celui du thérapeute qui fait des injonctions, injonction du symbolique dans la parole : j'appelle cela le crédit ; je fais le crédit que celui auquel je m'adresse va faire des hypothèses ». La relaxation crée donc de l'image, de l'hypothèse, autorise la pensée, le rêve, chez ces enfants inhibés, barrés au savoir inconscient, sexuel, à la connaissance, et elle leur permet d'entrer dans la lecture et de jouer avec les lettres, les phonèmes et les mots.

La sortie de l'inhibition intellectuelle d'une fillette venue consulter pour non-lecture nous paraît intéressante à évoquer ici.

Cas clinique

Sibylle, 8 ans, est une non-lectrice, fragile et inquiète, au parler enfantin, à la voix basse et chuchotante. Née prématurément à 32 semaines avec un tout petit poids, elle est restée 2 mois en service de néonatalogie, entre la vie et la mort, contrairement à sa jumelle rentrée rapidement à la maison. Elle reste chétive, déprimée, diaphane. Cette fragilité corporelle vient sans arrêt s'exprimer dans la langue écrite qui se fragmente, se fissure, envahie par des morceaux de mots, de lettres, de signifiants qui font obstacle à son entrée dans l'écrit. Les mots ont un caractère fluctuant, mouvant et capricieux, tant ils changent et se transforment au gré de la lecture et de l'écriture. Parfois, les lettres s'égarent dans le texte sous différentes formes, l'ébauche d'un signe, une trace surajoutée, une lettre fantôme qui vient en lieu et place d'une autre, qui se démultiplie ou se superpose. L'accès au sens, à l'écrit, au dire, est systématiquement brouillé dans la succession et la construction des graphèmes. Une remédiation de la langue écrite en même temps qu'une relaxation lui sont proposées pour lui permettre de sortir de cette inhibition, de cet effacement aussi bien corporel qu'intellectuel.

En relaxation, elle se montre très appliquée, tranquille, dans le « faire plaisir » à l'adulte, trop discrète dans le groupe. Assez rapidement, on

constate, une évolution étonnante : Sibylle s'anime, sourit, entre dans la salle d'un pas plus affirmé, dépose ses affaires sur une table au centre de la pièce et ne choisit plus systématiquement le lit du fond. Elle s'ouvre et s'intéresse aux autres enfants du groupe qui la remarquent désormais. Un des jeunes relaxants lui offre même un dessin avec des cœurs… Quelque chose a en effet changé dans sa façon de se présenter : à l'entrée « incognito » du début de cure se substitue une présence bien plus incarnée. Que s'est-il passé ? Peut-on penser que sa relaxation l'a aidée à faire le choix d'exister, elle qui était du côté du réel de la mort ? S'autoriserait-t-elle enfin à prendre sa place dans la vie par rapport à ses parents et à sa fratrie ? De semaine en semaine, Sybille se saisit du temps de parole proposé par la thérapeute en relaxation en début de séance pour parler de son corps et des affects qui y sont associés. Tout d'abord autour de la bouche et de la parole, et notamment de ses difficultés d'articulation et de son souci de bégaiement : « Quand je suis contrariée, je répète. » Mais aussi des yeux et de sa vue : elle explique à sa thérapeute, d'un ton soulagé, que l'ophtalmologue lui a confirmé que sa vision est bonne et ne nécessite pas de correction supplémentaire à ses lunettes.

Puis, lorsque, dans sa cure, il est question de respiration, Sibylle qui n'a tenu à la vie que par un souffle pleure discrètement dans ses séances, en déniant le moindre souci. Serait-ce en rapport avec sa détresse respiratoire de prématurée, de rupture immédiate et de longues séparations d'avec ses parents et de sa jumelle ? S'agirait-il d'une non-concordance des rythmes propres du nourrisson prématuré, rythmes gauchis par la vie en incubateur, et des rythmes de vie et de soins d'un service de néonatologie ? Ou d'une rencontre asynchronique enfant/parents, où les capacités interactives de chacun des partenaires, pour tisser un échange relationnel harmonieux, seraient d'emblée fragilisées par la situation ? Cet accordage des rythmes de la période sensorimotrice est la base de ce qui va constituer, au stade des représentations, le début de l'organisation temporelle, si importante dans les apprentissages et notamment celui de la langue écrite.

Dans la séance de rémédiation qui suit celle de relaxation où elle pleure silencieusement, Sibylle évoque l'histoire de sa prématurité et le lien à sa sœur jumelle. Sa première proposition d'écriture concerne des angoisses de mort liées à sa naissance. Elle tente d'écrire : « J'ai failli mourir parce que j'étais toute petite, ma sœur elle prend toute la place. » (voir illustration 1).

La transcription se parsème d'erreurs de toutes sortes, l'angoisse est massive, la phrase devient progressivement hors sens étant donné la succession anarchique des lettres.

Quelques séances plus tard, Sibylle arrive avec une interrogation autour d'une nouvelle grossesse de sa mère qui lui aurait été dissimulée, alors qu'elle en avait le pressentiment.

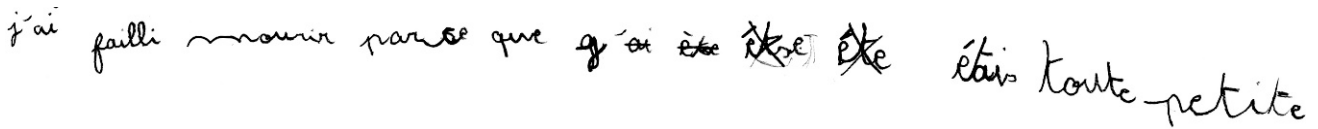

Illustration 1

Illustration 2

Elle transforme le mot « ventre » en « vendre », dans une confusion phonémique qu'elle dénie aussitôt : « Je ne veux pas le vendre le bébé. »
Le travail se poursuit autour de la trace spécifique de certaines lettres : le « e » qu'elle dit « accrocher » à la lettre « v », puis le « o », manifestement lié à la question de la gémellité avec sa sœur (voir illustration 2 en page 135).
Sibylle situe sa sœur dans le « o » de droite et la décrit comme un « être » plein et fini. Quant à elle, elle se représente dans le « o » de gauche mettant en avant son incomplétude, sa fragilité, son morcellement, son effacement.
Ce travail d'écriture se termine par l'ébauche d'un « o » qui devient une lettre, c'est-à-dire un symbole fixe, partageable, associable à d'autres lettres : un « o » débarrassé de l'imaginaire et traduisant l'acceptation du code de l'écrit.
Au fur et à mesure que son corps prend consistance en relaxation, Sybille sort de son inhibition intellectuelle et s'autorise à penser : par exemple, elle parle à sa thérapeute de sa fatigue d'une façon nouvelle, c'est-à-dire qu'elle n'est plus dans le déni, comme au début de sa cure. Elle formule une hypothèse : « C'est parce que ma sœur et moi, on parle la nuit dans la chambre. » Sybille évoque également ses échecs et déceptions, aussi bien dans ses activités sportives que dans sa scolarité ; ainsi, elle annonce spontanément ses mauvaises notes, tout en guettant les réactions de sa thérapeute. Probablement rassurée par la neutralité et le crédit inaltéré de réussite à son égard, elle peut poursuivre sa réflexion et se décaler de son exigence première de « faire plaisir » à l'adulte. Concernant un 0/10 en dictée, elle amorce une hypothèse : « C'est curieux mais, en classe, j'oublie les mots que j'ai appris avec ma mère… »
En famille, Sybille paraît mieux s'y prendre pour faire entendre ses désirs : elle obtient enfin les animaux de compagnie si longtemps désirés ; en relaxation, elle élabore des théories sur le corps et la reproduction des animaux.
En somme, la relaxation a permis à cette fillette d'abord d'exister, de prendre place avec son corps, les débuts de sa vie ayant semblé l'effacer du monde des vivants ; ensuite d'exister indépendamment de sa sœur jumelle, ce que la relaxation en groupe avec d'autres enfants a dû favoriser, dans le transfert à sa thérapeute ; mais aussi de se décaler d'une position aliénante et inhibitrice qui consistait à s'évertuer à faire plaisir à l'autre et à redouter de le décevoir. Enfin, elle a pu créer, mettre en mouvement, lors de la relaxation, des hypothèses et images mentales autour de ses préoccupations concernant la vie, la mort et la procréation et, dans le même temps, s'autoriser à penser, à raisonner, à fabriquer ses propres hypothèses et à entrer dans les règles du langage écrit.

Le dispositif thérapeutique « relaxation–remédiation » a permis ici une articulation et un travail concomitants du corps et de la lettre, favorisant l'accès à une position de sujet, et engendrant pour Sybille l'acceptation de la loi et du code scolaires : elle est passée ainsi du refus d'apprendre au désir de lire, de la peur de savoir au plaisir de la connaissance dans une mise en acte subjective.

3. Calcul et relaxation – Avec la participation de C. Meljac

Les enfants présentant des troubles d'apprentissage (dyslexie, dysorthographie…) font l'objet de nombreux travaux et les enfants dyscalculiques n'échappent pas à la règle. Ce thème est souvent abordé par des chercheurs qui n'hésitent pas à consacrer une partie de leurs efforts à élucider ce qui constituerait, selon eux, un grand mystère : pourquoi serait-il si fréquent de ne pas savoir compter ?

Avant de proposer une réponse et, surtout, d'examiner en quoi la relaxation pourrait apporter une aide à des apprenants si démunis, il s'agit d'abord de poser quelques rapides définitions.

Qu'est ce que la dyscalculie ? Les auteurs ne s'accordent guère quand il s'agit d'en tracer les caractéristiques principales et de désigner ses traits distinctifs (voir, en particulier, Van Hout et al., 2005). Pour ces raisons et les conflits idéologiques qu'un tel flou ne manque pas de susciter, la dernière édition du DSM-IV ne parle plus que de troubles en calcul (et non plus de dyscalculie, terme qui continue cependant à être utilisé par nombre de chercheurs). Est considéré comme ayant des troubles du calcul l'enfant qui présente en mathématiques un niveau scolaire de 2 ans inférieur au moins à celui qu'on est en droit d'attendre. Ce retard intervient en l'absence de tout handicap sensoriel et/ou moteur, de conditions sociales et/ou pédagogiques particulières chez des enfants aux compétences générales normales.

L'expérience montre, malgré ces restrictions méthodologiques strictes, que les « plaintes » pour échecs graves en calcul concernent un ensemble relativement vaste. Analyses et propositions de prise en charge sont donc nécessaires pour cette large population, qui ne répond pas forcément aux critères des classifications. Les troubles mathématiques s'inscrivent en général dans un fonctionnement plus global (troubles spatiaux, obtusions, phobies du toucher, dysharmonies) où ils ne sont souvent que le symptôme d'appel. Ce symptôme scolaire, aisément repérable par l'école et les parents,

suscite de l'inquiétude, comme les difficultés en lecture et écriture, et provoque la demande de consultation.

Tenter de comprendre ce type d'embarras exige de s'intéresser, essentiellement, aux premières années d'apprentissage du nombre et du calcul. C'est en effet au cours de cette période que s'effectuent les élaborations et les acquisitions fondamentales. La suite du développement et la réussite dans les études en découleront. Des échecs survenant plus tard (par exemple au cours des années de lycée), après des débuts « normaux », ont généralement des aspects et des causes réactionnelles : processus d'adolescence, motivations, facteurs occasionnels, etc.

Il s'agit dans cette démarche mathématique d'accéder à la dimension symbolique du champ logico-mathématique. En effet, penser le monde quantitatif exige la mise en place d'une structure de pensée suffisamment solide pour que l'enfant puisse accepter l'arbitraire du langage mathématique et passer du concret au symbole, ce qui s'inscrit dans le développement et la maturation de la personnalité du sujet tout autant que dans sa faculté d'en user.

Ainsi, la possibilité pour l'enfant de développer une certaine distanciation de soi, en regard de la mise en place des capacités d'anticipation, de délai, de la construction d'expériences et du repérage de cadres stables et référents, le conduit progressivement et sûrement vers un accès au symbole nuancé, en même temps que sa pensée deviendra plus organisée et plus libre. L'enfant investira alors ses propres productions psychiques d'une valeur d'hypothèse, et y exercera ses capacités de jugement dans une mobilité psychique. C'est précisément sur ces points que la relaxation peut jouer un rôle important chez les enfants en panne avec le calcul comme chez les non-lecteurs.

La relaxation a aussi son intérêt du côté de l'ancrage corporel, comme Évelyne Lenoble l'a indiqué plus haut dans ce chapitre : les mathématiques ont pour point de départ, dans notre culture, le corps. Pour entrer dans notre système décimal, il faut être bien sûr que la main est au bout du bras, qu'elle possède cinq doigts individués, qu'ils se déplient ou se replient indépendamment et que le fait d'en cacher un ne fait pas disparaître les quatre autres. Ces évidences sont souvent absentes pour certains enfants en panne dans le calcul, pourtant pourvus de la même main que n'importe quel petit mathématicien en herbe.

L'histoire de John (déjà évoquée dans le chapitre 8 dans le paragraphe consacré aux dyspraxies), suivi en remédiation du calcul et en relaxation, nous apparaît à cet égard exemplaire.

Cas clinique

Au terme de presque 2 ans de travail, pour figurer « six », John ouvre une main, puis appuie sur le bord de la table quatre doigts de la seconde (pas le pouce) et isole progressivement le majeur ou l'annulaire en glissant péniblement les autres sous la table, constatant : « C'est très dur ! » Il montre ainsi que, dans son cheminement à lui, « six », c'est peut-être « cinq plus un » mais définitivement pas une main et un pouce, et ébranle, par là même, une des premières correspondances terme à terme.

Le voici également aux prises avec la rédaction de l'énoncé d'un problème mettant en œuvre une soustraction : « Il était une fois un homme qui s'appela Jonne… et cet homme fera tout avec le signe moins, car pour Jonne le signe moins était le symbole du courage. » Ces quelques mots apparaissent comme un saisissant résumé de son histoire, une histoire qui avait commencé presque 9 années plus tôt. Rappelons qu'il est né à 32 semaines sous le signe d'un moins – hypotonie, hypoxie, hypotrophie, etc. – qui frôlait presque le zéro puisqu'il était décrit « en état de mort apparente ». On peut imaginer à quel point ce petit homme – ou tout du moins son corps – a été mesuré, quantifié, tracé, comparé, à quel point la moindre de ses réactions s'est trouvée traduite par des nombres, une courbe. Combien il a été compté, combien ça a compté autour de lui dès la naissance, sans pour autant que cette ronde des chiffres lui permette d'entrer dans la danse. Lorsqu'il vient consulter, John se trouve empêtré avec les mathématiques qu'il « n'arrive pas bien à comprendre ». Il s'exprime – lorsqu'il le souhaite – remarquablement, lit beaucoup et écrit d'abondance, des textes, des poèmes, malgré les défaillances praxiques, avec un tracé malhabile et une orthographe libérale. Fluet, pâle, il se présente presque toujours appuyé à ses parents, surtout à sa mère.

John a rapidement montré qu'il ne parvient pas à expérimenter la manipulation concrète des objets, mais qu'il est en mesure d'accéder à l'abstraction. Pour autant, il n'appréhende pas la construction du nombre ; au contraire, il freine des quatre fers, n'a aucune appétence, aucune curiosité dans ce domaine. Il ne fonctionne qu'au travers d'un lien très étroit, d'une proximité physique avec l'orthophoniste spécialisée en logico-mathématique : John n'est présent que pour lui faire plaisir mais sans autre désir que celui d'être dans le désir de l'autre. Il « s'affale » sur le bureau, tente des diversions, se colle à elle et affiche vis-à-vis du nombre une indifférence souveraine exprimée avec délectation et raffinement.

Chez cet enfant, aucun plaisir à expérimenter l'infinitude, à jouer avec l'écriture – possible néanmoins – des très grands nombres. Dans ces séances laborieuses, il faut sans cesse tenir la ligne, le cadre, poser des limites, appeler le corps à se redresser. En effet, c'est essentiellement du corps qu'il a été question dans ce travail : c'est la présence de ce corps « affalé » sans

cesse que la relaxation a tenté de dynamiser, de verticaliser.
La verticalisation, pénible, intenable pour lui, fait mesurer avec une acuité particulière toute la verticalité des mathématiques, du moins dans notre culture : le déroulement des opérations et des raisonnements bascule rapidement d'une écriture en ligne à une organisation de haut en bas selon un axe vertical. Comment traiter une multiplication à cinq chiffres en ligne, ou plus encore une division ? John interroge à la fois l'axe mathématique – y a-t-il une nécessité au déroulement vertical ? – et l'axe du corps de façon lancinante – comment un enfant aussi peu vertébré, aussi laxe, entrera-t-il dans un univers aussi structuré, aussi rythmé que le nombre ? On peut penser que la relaxation joue, en rendant le corps présent dans la séance à travers des fluctuations toniques, sur la question de l'axe et de l'armature corporelle.

Pour Edwin, la visée de la relaxation était clairement l'ancrage corporel et la mobilité mentale.

Cas clinique

Le contexte somatique très pathologique d'Edwin, âgé de 9 ans, a été envahissant : à peine à 6 semaines de grossesse, une menace d'accouchement prématuré pèse, puis à 30 semaines une toxémie gravidique impose le déclenchement de l'accouchement. La naissance inaugure un long suivi médical : soins liés à la prématurité et à un asthme sévère. Ce contexte angoissant a-t-il empêché les rêveries maternelles ? A-t-il rendu menaçantes les séparations ?
Edwin consulte pour des difficultés en mathématiques, mais comme toujours avec ce symptôme, la problématique est plus complexe. Il se présente comme un enfant un peu vide qui s'agite faute de pouvoir s'appuyer sur une activité fantasmatique : seul son corps dans son réel lui tient compagnie, il remue, a des crises d'asthme fréquentes. Les entretiens avec Edwin sont pauvres, ses dessins sont plus que dépouillés. Le tableau médical esquissé par la mère nous paraît barrer toute possibilité d'autonomisation d'Edwin : l'asthme menace à chaque séparation, à chaque sortie scolaire. Une relaxation thérapeutique en groupe et une remédiation logico-mathématique (qui débute dans un second temps) sont donc proposées. Des entretiens mensuels avec la famille se mettent également en place avec le consultant, thérapeute différent de ceux d'Edwin.
L'objectif de la relaxation est que le corps soit pris en compte, et pour la première fois, rêvé, pensé, regardé, parlé hors du discours médical et qu'Edwin puisse s'autoriser à jouer de sa pensée pour l'appliquer aux opérations mathématiques qui requièrent souplesse mentale et jeu avec le possible. Le suivi de cet enfant débute chaotiquement : il se trompe d'abord de groupe de relaxation, puis, la semaine suivante, il arrive avec

une heure de retard. En séance, il n'occupe que la moitié inférieure de son matelas, ayant du mal à s'installer. Investir ce temps et ce lieu semble bien compliqué pour lui et ses parents : absences répétées, présence en pointillés, etc. Mais les parents constatent que les crises d'asthme s'espacent, ce qui permet d'envisager la participation d'Edwin en classe verte. Il vit alors une expérience de séparation au cours de laquelle il fait preuve d'autonomie, et peut vérifier que le déclenchement de ses crises d'asthme n'est pas obligatoire, ce qui permet à la sollicitude maternelle de se relâcher.

Ce premier effet notable sur la symptomatologie somatique favorise probablement un mouvement d'investissement du groupe : en séance, Edwin se saisit de la place qui lui a été proposée, occupe enfin la totalité de son matelas, et commence à prendre en compte les autres enfants. Mouvements d'investissement et de désinvestissement du suivi, nous ne sommes pas trop de trois thérapeutes (médecin consultant, psychologue chargée de la remédiation logico-mathématique, thérapeute en relaxation) pour « soutenir » Edwin et sa famille. En relaxation, il se montre peu concerné par ce que lui dit sa thérapeute, en opposition passive sur le ventre, cachant son visage, se rendant invisible – se faisant oublier ? C'est le groupe qui l'intéresse, et notamment les chahuts d'un enfant agité qui le fascinent, et qu'il cherche à imiter.

Effets de conjugaison des trois suivis, Edwin devient de plus en plus présent, change d'attitude en relaxation, participe davantage. Les nouvelles capacités d'altérité dont il fait preuve peu à peu témoignent d'une assise narcissique plus solide. Coïncidence ou non, c'est autour du travail sur la respiration qu'il donne enfin véritablement le sentiment d'« exister ». La relation à sa thérapeute est tout autre, il l'investit désormais, lui parlant de ses embarras corporels, mais aussi du voyage qu'il a fait dans ce qu'il appelle son « pays d'origine ». Origines qu'il va interroger dans les séances de rémédiation logico-mathématique auxquelles il vient chaque semaine en parallèle de façon très régulière ; il travaille sur la genèse des nombres et donc des hommes : comment au travers des siècles les hommes ont commencé à compter, mesurer avec des objets et sur leur corps ? Après des débuts très silencieux, lors desquels il ne cesse de regarder la fenêtre ou le plafond, il s'anime enfin et demande à travailler sur Internet, en particulier sur la préhistoire et les mammouths : il s'intéresse à la comparaison de la taille des oreilles des éléphants africains et asiatiques, la mesure des défenses des mammouths, compte sur le globe terrestre les cinq continents, le cinquième étant pour lui celui de l'origine de ses parents.

Edwin commence manifestement à prendre du plaisir à penser, à entrer dans les manipulations mathématiques (les longueurs, les comparaisons, le comptage, les conversions), dessine des bonshommes qui ont une épaisseur et des membres complets, se tient plus vertical et, enfin et surtout, utilise le « je ». En somme, des espaces lui ont été proposés, où il

est venu décliner ses questions – « Est-ce que je compte ? Quelle est mon origine ? Qui suis-je ? » – sous trois angles différents mais connectés et se relançant mutuellement : ce dispositif à trois a ainsi favorisé un début de circulation des hypothèses dont le point de départ est le corps enfin repéré.

4. La graphothérapie : une variante de la relaxation – M.-A. Du Pasquier, M. Schnaidt

La graphothérapie est une approche corporelle psychothérapique s'inspirant aux mêmes sources conceptuelles que la relaxation puisqu'elles ont l'une et l'autre une origine commune. Elles sont toutes deux issues des travaux de l'équipe de cliniciens et chercheurs qui, dans les années 1960, sous la direction du Pr Julián de Ajuriaguerra tout d'abord, puis du Dr Jean Bergès, à l'hôpital Sainte-Anne, s'intéressaient tout particulièrement aux « troubles du langage et de la motricité chez l'enfant ». Certains enfants qui, hors de tout autre trouble, se montraient très en difficulté avec l'écriture, avaient attiré sur eux une attention particulière.

Leur écriture difficilement lisible, brouillonne, retouchée, ou encore trop lente (les devoirs jamais terminés), et souvent source de crispations, se signalait comme à la fois atypique et peu fonctionnelle. Un cadre thérapeutique spécifique fut mis en place d'emblée, très directement inspiré des techniques de relaxation. C'est ainsi qu'est née la « graphothérapie ».

4.1. Comment l'enfant accède-t-il à l'écriture ?

Savoir écrire, c'est être capable de parler avec sa main. Cette capacité, l'enfant ne l'acquiert que progressivement.

L'écriture est langage, mais elle est langage écrit. Et si avec le langage l'enfant s'inscrit dans l'ordre symbolique, avec l'écriture il s'y réinscrit. Une réinscription qui l'engage davantage, car il est pleinement acteur dans l'acte d'écrire de sa main. Cet acte le mobilise sur plusieurs plans. Écrire implique l'absence, la séparation. On écrit à un autre qui n'est pas là tout en maintenant sa présence intériorisée. Les capacités à traiter l'absence, à se séparer sont donc là convoquées. L'écriture en tant que trace visible et qui s'appréhende par le regard sollicite tout ce que le corps projeté dans la trace renvoie de l'image et de sa dimension narcissique. Écrire, enfin, exige apprentissage, donc accès aux identifications par lesquelles l'enfant s'inscrit aussi dans son histoire, dans sa filiation, dans sa généalogie.

L'enfant débutant dessine la lettre. Dans le tracé des lettres, toute son attention est orientée sur la forme de la lettre. Ses lettres ne sont pas encore détachées du dessin ; elles sont constituées, pour lui, de ronds, de ponts, de bâtons. C'est une première étape où, dans l'inscription de la lettre, la figuration est au premier plan. Ce n'est que progressivement que cette prépondérance de la figuration laisse place au travail de symbolisation qui va présider à la réalisation de la lettre.

Une lettre en effet n'est pas un dessin, elle n'est pas une image. Elle est signe langagier, elle renvoie à un son.

Écrire une lettre implique donc pour un enfant la capacité à accéder à ce travail de symbolisation. L'enfant qui écrit vraiment ne trace plus des formes, il trace des signes linguistiques. Il doit donc avoir atteint un niveau suffisant de maturité psychique pour se sentir sujet de cette inscription symbolique identitaire qu'est l'écriture.

4.2. Qui sont ces enfants en difficulté avec l'écriture ?

Ce sont apparemment des enfants sans histoire, intelligents, ne présentant pas de problème particulier, dont l'adaptation paraît satisfaisante. La difficulté au plan de l'écriture apparaît chez eux comme un symptôme isolé. Parfois au contraire, associés à la « mauvaise » écriture, d'autres troubles existent s'exprimant dans le comportement, les relations, ou encore l'attention et la concentration.

En réalité, la difficulté que présente un enfant avec l'écriture n'existe jamais seule. Elle est toujours associée à un fonctionnement psychique dont les manifestations sont soit discrètes, soit au premier plan. Leur rapport à l'écriture en est l'illustration. Ils peuvent dire qu'ils aiment écrire, qu'ils aimeraient avoir une « belle » écriture, et, dans le même temps, ils produisent une écriture qui est l'avers de cette aspiration. Quand ils s'engagent dans l'écriture, leur corps semble résister, par la tension. Ils écrivent « à leur corps défendant ». Le plus souvent, c'est leur main qui se crispe au point de ne plus savoir parfois comment tenir le stylo. À cette tension s'associent souvent des manifestations émotionnelles comme la main qui transpire ou la respiration qui se bloque, quand ce ne sont pas de vraies douleurs, au bras, au poignet, aux doigts. Ces manifestations somatiques, qui signent les contradictions internes propres à ces enfants, passent du reste souvent inaperçues, car qui regarde l'enfant quand il écrit, qui l'interroge sur ce qu'il ressent ? Mais ce malaise dont rend compte visiblement leur corps dans l'écriture fait écho à celui qui

se manifeste dans leurs comportements, leurs relations, leur mode d'être au monde et même leur pensée.

En effet, s'ils ont souvent une appétence pour le savoir, de grandes qualités d'intelligence, ils peuvent aussi se livrer à des raisonnements dénués de toute logique, en se raidissant dans une posture d'omnipotence, ce qui peut les mettre en échec scolaire. Ils alternent entre des moments de contentement d'eux-mêmes et des moments de profonds découragements, d'allure dépressive, sur le mode « je suis nul ». Leur grande sensibilité à la séparation les conduit à rechercher des contacts trop exclusifs, ce qui les amène parfois à s'isoler. Ils ont une grande exigence de maîtrise, mais il leur arrive d'avoir des réactions émotionnelles imprévisibles, indéchiffrables et source de désarroi autant pour eux que pour leur entourage. Ils sont assez souvent victimes d'accidents corporels dont le caractère répétitif pose la question non pas d'une quelconque maladresse, mais d'un rapport aux limites qui dénie la réalité. Il n'est pas rare qu'ils souffrent d'affections somatiques telles qu'eczéma et asthme. Ces oscillations permanentes entre des postures de toute-puissance et des positions de dépendance, d'effondrements manifestent ostensiblement un manque chez eux dans l'organisation des liens psychiques.

Le tracé de leur écriture en rend bien compte. Il se caractérise en effet très spécifiquement par un défaut dans la constitution des liaisons qui président normalement à l'inscription. Les lettres se suivent sans vraiment se lier, la plupart sont illisibles car fragmentées ou inachevées, ou encore mal différenciées, attestant que la symbolisation, ce travail de séparation et de lien qui fonde l'écriture, ne s'est pas complètement accomplie. Leur écriture n'est pas maladroite ou déficitaire comme on le croit parfois ; elle présente en réalité, au même titre que leurs vécus intérieurs et leurs comportements, un caractère paradoxal qui pourrait se traduire sur le mode : « J'aime écrire, mais, dans le même temps je peux dire que je n'aime pas écrire, car ce que je voudrais c'est que cette belle écriture à laquelle j'aspire se trace toute seule. J'aimerais dire : "J'écris et hop ça écrirait !" mais mes doigts se refusent, ne se mobilisent pas pour réaliser ce souhait et j'écris mal, et j'ai mal. »

La souffrance qu'exprime leur corps dans la tension, les crispations toniques qui désorganisent le geste et attaquent la qualité du trait, une souffrance incorporée et donc muette, rejoint la difficulté majeure qui est la leur à dire leurs affects dont l'expression est toujours pauvre, voire étrange. Alors qu'ils sont si à l'aise dans des discours intellectuels où ils peuvent se montrer prolixes et brillants,

ils ne savent pas dire leurs émotions, ils les agissent de manière tumultueuse et douloureuse, révélant ainsi l'existence d'un fonctionnement resté, sur ce plan-là, très primaire.

La clinique nous a montré que l'élaboration du processus originaire de symbolisation organisateur des liens psychiques a été défaillante chez ces enfants en difficulté avec l'écriture, d'où la persistance, dans leur psyché, de zones de confusion, les mécanismes de clivage qui en sont le corollaire et le caractère défensivement répétitif et raide de leurs attitudes et comportements.

4.3. La graphothérapie proprement dite

La graphothérapie peut se définir comme une thérapie de relaxation passant par la médiation de la trace. Elle prend particulièrement en compte la dynamique qui régit les liens entre corps, regard et trace. Ce travail se réalise essentiellement autour de tracés, des tracés qui sont envisagés et perçus comme projection du corps de l'enfant.

Le cadre de ce travail est différent de celui de la relaxation. L'enfant et le thérapeute sont assis face à face de part et d'autre d'une table sur laquelle est posée une grande feuille de papier. Contrairement à la relaxation, le thérapeute ne se déplace pas, et l'enfant doit « faire » quelque chose. Il est actif. Il est invité à réaliser sur la feuille, le plus librement possible, à l'aide de pastels, des tracés qui ne sont ni du dessin, ni de l'écriture, mais dont les modalités de réalisation sont précises et précisées à l'enfant. Il lui est demandé d'être attentif à ce qu'il peut percevoir dans son corps lorsqu'il trace.

Ces tracés sont un prétexte à sentir, percevoir et dire ce que l'enfant éprouve de son corps quand il réalise ces tracés « asymboliques », puisque volontairement dénués d'intention figurative ou représentative. C'est dans ce pré-texte asymbolique que le thérapeute devra percevoir les mouvements pulsionnels qui sont là exprimés et visualisés dans toutes leurs modalités, aussi bien explosives, destructrices que retenues, réprimées, évitées, afin de les traiter dans la relation transférentielle. Ses interventions, jamais directement interprétatives, visent à aider l'enfant à percevoir, à sentir, afin de promouvoir la création de liens, à un niveau sensoriel très primaire. Ainsi, il ne sera jamais dit à un enfant qui écrase rageusement son pastel sur la feuille, à un moment de la séance : « Tu es en colère », mais plutôt : « Je trouve que tu appuies beaucoup, en ce moment ».

Le toucher est utilisé, celui du corps de l'enfant par le thérapeute, mais aussi celui du thérapeute par lui-même, dans une recherche

d'un mouvement identificatoire passant par l'imitation en miroir. Ce toucher, qui est le plus souvent simple contact, désigne à l'enfant les tensions ou les variations du tonus qui peuvent s'installer en cours de réalisation des tracés.

Le regard, du fait de la situation de vis-à-vis, revêt évidemment une importance capitale : double regard, celui du thérapeute et celui de l'enfant, qui se portent conjointement sur cette trace représentative de l'image du corps de l'enfant. La feuille métaphorise l'espace, l'écart, qui différencie, sépare et réunit.

À l'issue de ce travail, la relation de l'enfant à l'écriture s'améliore en général par une disparition de la douleur corporelle. Un aménagement plus souple des positions défensives favorise un rapport au plaisir-déplaisir moins coûteux.

Cette approche thérapeutique, qui exige de la part du thérapeute une élaboration constante de son contre-transfert (et l'on comprend qu'une expérience psychothérapique sinon psychanalytique personnelle s'impose), nécessite, outre l'expérience de la relaxation, une connaissance approfondie de la dynamique projective à l'œuvre dans la trace qui est le moteur même de ce travail. Une formation spécifique sur ce plan est donc également nécessaire.

Nous pensons que ce trouble particulier du fonctionnement psychique qui se révèle, entre autres, dans la difficulté à bien écrire est plus fréquent qu'on ne le croit. On le néglige souvent, car les résistances à prendre en compte l'écriture comme signe potentiel d'une souffrance psychique sont toujours vivaces, et, de ce fait, l'indication de graphothérapie, à nos yeux, trop souvent évitée.

Chapitre 10
Troubles à expression somatique

1. Introduction – E. Lenoble

Lorsque les troubles présentés par l'enfant prennent une forme somatique, le corps est là, mis en avant d'entrée de jeu : son fonctionnement est perturbé, parfois de façon inquiétante.

La dimension médicale est immédiatement convoquée, et c'est bien souvent au médecin traitant, au pédiatre qu'il revient de faire la part des choses entre ce qui relèverait du fonctionnel et ce qui relèverait d'une dimension organique. Le fonctionnel est alors entendu le plus souvent comme ce qui relèverait des fonctions et de leur fonctionnement, engagés dans des réseaux de détermination où priment les dimensions psychique et relationnelle. L'organique renverrait plus volontiers à une altération objectivable, inscrite au niveau des structures biologiques qui sous-tendent les fonctions et leur fonctionnement.

Ce questionnement, tout à fait traditionnel en médecine, et parfois prétexte à de violentes controverses, nous semble surtout intéressant dans sa valeur de paradigme de notre façon de vouloir établir une ligne de partage entre psyché et soma, alors que la clinique nous montre régulièrement que nous aurions tout intérêt à penser en terme d'articulation.

C'est d'ailleurs dans ce contexte que peut s'inscrire une proposition de relaxation : comme possible modalité de réponse thérapeutique justement organisée autour des liens entre psychique et somatique, entre fonction et fonctionnement, entre corps, imaginaire et langage.

Le présent chapitre, intitulé « Troubles à expression somatique », rassemblera les troubles pour lesquels la dimension fonctionnelle semble prépondérante, tels les maux de ventre, les vomissements, les

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

migraines, les troubles du sommeil, ainsi que les troubles habituellement dénommés psychosomatiques (allergies, asthme), ce terme venant alors souligner combien, dans ces cas-là, les deux registres, psychique et somatique, sont particulièrement impossibles à démêler.

Les situations où le poids de la pathologie somatique organique, sa gravité, ses conséquences sur les conditions de vie de l'enfant (douleurs, limitations invalidantes, mise en jeu du pronostic vital) sont déterminants seront examinées dans le chapitre 12, « Troubles somatiques ».

L'expression somatique est une des formes d'appel privilégiées dont se servent les enfants pour s'adresser à leur entourage : c'est la seule forme dont ils disposent avant l'entrée dans le langage, et même lorsque le maniement de la parole leur permet d'autres modalités d'expression, le recours au « langage corporel » perdure tout au long de l'enfance et même au-delà.

Il s'agit de symptômes retrouvés normalement dans l'évolution des enfants mais qui prennent une importance inquiétante pour l'entourage ou le sujet : douleurs physiques, souvent abdominales, gastriques, céphalées, myalgies, préoccupations hypochondriaques, etc. Ces perturbations surviennent dans un contexte conflictuel ancien, plus ou moins entretenu ou occulté par la famille. Ailleurs, c'est dans « l'adaptation » aux exigences scolaires que se situent les signes, avec refus scolaire relatif, anxiété des résultats, « stress ».

L'expérience montre que ces symptômes sont souvent associés chez un même enfant, comme on le verra dans les exemples qui suivent.

Pourquoi proposer une relaxation plutôt qu'un autre abord thérapeutique dans ces cas-là ? Parce que les manifestations corporelles, bruyantes et invalidantes, occupent le devant de la scène. Elles ont d'ailleurs souvent fait l'objet, dans un premier temps, d'explorations médicales approfondies (consultations hospitalières en pédiatrie ou dans des unités de prise en charge de la douleur, IRM, scanner, endoscopie, EEG, etc.) à la mesure des angoisses de la famille.

Une fois rassurés sur le plan organique, parents et enfant, par le biais du consultant, peuvent envisager de prendre les affaires du côté du « stress » et des angoisses sous-jacentes, déclenchant l'apparition de ces symptômes : un premier déplacement s'opère alors, tout en laissant ces manifestations du côté du corps. Ce premier décalage permet souvent à la famille et à l'enfant de commencer à faire des hypothèses sur ces symptômes aveuglants et d'accepter la proposition d'une prise en charge plus globale comme la relaxation. Un se-

cond décalage peut se faire, peu à peu, sous l'effet de la cure, lorsque parents et enfant sont enclins à accepter l'idée d'en savoir plus sur la dynamique familiale et l'économie psychique de chacun.

2. Les maux de ventre, les vomissements

Dans le cas des symptômes d'appel à expression somatique, si fréquents dans les moments d'inquiétude scolaire (veille d'une rentrée scolaire, d'un contrôle, d'un examen), la relaxation nous paraît être d'une grande utilité : elle rassure l'enfant sur la présence réelle de son corps tout en lui aménageant une place plus confortable dans ces enjeux qui le dépassent et le débordent, dans ces exigences de perfection qui le mènent et l'écrasent à la fois. En somme, la relaxation agit pour ce qui est du corps, en atténuant l'état tensionnel, les phénomènes végétatifs, les angoisses de mort et de séparation. Au plan plus symbolique, elle permet à l'enfant de prendre la parole dans un lieu qui n'est plus l'espace protégé de la maison ou l'espace de la mère. Il semble qu'il s'agisse véritablement d'angoisse de séparation, d'une difficulté à sortir de la « géographie maternelle érotisée » (Diamantis, 2003), à s'engager en son nom dans un acte scolaire, une production personnelle jugée par l'autre publiquement et inscrite dans une comparaison avec les pairs. En effet, ces enfants qui présentent des maux de ventre, des vomissements, des migraines, des pleurs en quittant la maison le matin se retrouvent très vite à l'infirmerie, aux bons soins de l'infirmière qui ne tardera pas à faire venir les parents…

Cas clinique

Philippe, 6 ans, nous est adressé pour une relaxation par une unité hospitalière de prise en charge de la douleur. Il souffre de migraines, de maux de ventre et de vomissements qui ont débuté en grande section de maternelle. Philippe était très inquiet à l'idée d'entrer au cours préparatoire, sans que rienne justifie objectivement ses inquiétudes, puisque c'est un enfant vif et intelligent. Mais il est angoissé, très exigeant vis-à-vis de lui-même. Il redoute un échec scolaire, il a peur de ne pas se faire d'amis, de se perdre dans l'école, de perdre des points à son « permis de conduite » (établi à l'école pour responsabiliser les enfants quant à leur comportement), de se faire malmener par les élèves dans la cour et de ne pas savoir se défendre. Réticence à aller à l'école le matin, angoisse de séparation, il se réfugie souvent à l'infirmerie de l'école. Ces inquiétudes diverses d'allure hypochondriaque évoquent une anxiété de fond prenant corps dès que les « facteurs déclenchants » de stress et de contrariété sont réunis.

Philippe débute sa cure très inquiet, il ne peut pas entrer dans la salle, il est très impressionné par le groupe et veut absolument retrouver sa mère en salle d'attente. Ce premier contact avec le groupe de relaxation annonce probablement la question si cruciale pour cet enfant de se séparer de sa mère. Sans insister, sa thérapeute lui propose de revenir la semaine suivante pour observer comment se passe la séance pour les autres enfants, ce qu'il accepte. Lors des séances suivantes, il peut s'allonger mais reste sur le qui-vive, très tendu et ne tolère que de très courtes séances, demandant à plusieurs reprises : « C'est bientôt fini ? » En quelques semaines, les premiers signes de détente en séance apparaissent : Philippe bâille, est beaucoup plus souple à la mobilisation, il s'autorise à bouger, plus libre dans ses mouvements, il explore l'espace de son matelas du bout de ses doigts, etc. Lors du temps de parole qui lui est proposé en début de séance, il dit spontanément à sa thérapeute, en « relaxant modèle », qu'il s'entraîne à la relaxation chez lui (s'il est proposé à l'enfant de faire de la relaxation chez lui, aucune vérification de cet ordre n'est jamais établie). À partir de la généralisation, Philippe peut désormais fermer les yeux et se laisser aller à la détente les bras en croix, paraissant apaisé. Il prend de grandes inspirations ventrales dont il suit le mouvement avec sa main, il joue à gonfler ses joues, etc. En quelques mois, les parents de Philippe, qui sont régulièrement reçus par le consultant référent de la famille, verbalisent les progrès de leur fils : ils décrivent un enfant plus autonome, qui ne rechigne plus à aller à l'école et qui extériorise davantage ce qui l'embarrasse, beaucoup plus à l'aise dans ses relations avec ses camarades de classe, osant peu à peu s'affirmer et se défendre. Les somatisations qui l'avaient amené à consulter ne sont pas évoquées par ces parents ; est-ce à dire que les symptômes se seraient dilués, fondus dans un état général plus homogène ?

C'est précisément ce que vise la relaxation, agir en amont sur l'état général de l'enfant, et non pas directement sur le ou les symptômes, comme l'imaginent au premier abord les parents et les enfants qui demandent une relaxation. La relaxation permet de réagir autrement, de manière plus souple aux « facteurs déclenchants » grâce à un réaménagement global du rapport au corps propre et à celui des autres, avec souvent, comme dans le cas présent, la découverte progressive d'une autre voie d'expression, « une corde de plus à son arc », celle de la verbalisation.

On retrouve ces mêmes symptômes dans les turbulences familiales si fréquentes actuellement : discordes conjugales précédant une séparation, divorces ; mais aussi dans les deuils : le dispositif de la relaxation, en venant faire tiers dans ces situations délicates et douloureuses où l'enfant ne sait plus quelle place il occupe et pour qui, lui permet alors de retrouver un corps qui ne soit plus un objet tiraillé,

déchiré, toujours coupable. Son lien transférentiel au thérapeute en relaxation facilite la sortie de cette immobilité psychique défensive – qui le protégeait d'un savoir trop douloureux autour du couple de ses parents – et va l'aider à oser poser les questions jusque-là interdites ou difficilement formulables sur les places de chacun.

Cas clinique

Théo, 10 ans, nous est adressé en relaxation par une unité de prise en charge de la douleur, pour migraines, nausées, vertiges et difficultés d'endormissement. Les symptômes de Théo sont assez invalidants puisqu'ils lui font régulièrement manquer l'école, Théo gardant le lit dans le noir en cas de crise. La scolarité se déroule plutôt bien malgré tout. Avant d'être orienté vers le centre de la migraine, il a rencontré plusieurs médecins et subi de nombreux examens (ORL, ophtalmologique, prise de sang, examen des selles, IRM) qui n'ont rien décelé, mais ont eu pour effet de rassurer toute la famille. En effet, ses parents, très inquiets devant ces symptômes spectaculaires, expliquent qu'ils avaient envisagé le pire (méningite, tumeur), d'autant plus que la grand-mère maternelle est atteinte d'une tumeur au cerveau. Actuellement, Théo est mal soir et matin, plusieurs fois dans la semaine. Les parents font le lien avec l'aggravation de l'état de santé de la grand-mère. En séance, Théo affiche un sourire qui dissimule mal sa tristesse : « Quand ça vient, j'essaye d'oublier. » Il ne parle pas beaucoup mais est, selon sa mère, « très attaché à ces séances ». L'anxiété des parents diminue vite, ils se disent rassurés par ce double suivi, du médecin référent qui les reçoit régulièrement et des séances de relaxation pour leur fils. Les crises s'espacent et leur intensité décroît rapidement. C'est probablement ce premier soulagement, au niveau des symptômes somatiques, qui permet à Théo de poser des questions sur les maladies et sur la mort, questions qu'il ne s'autorisait pas à poser à ses parents pour ne pas leur faire de la peine, sentant sa mère elle-même extrêmement sensible à ce sujet. L'expérience de relaxation le rassure progressivement à mesure qu'il éprouve son corps comme présent, et qu'il peut se décentrer des fantasmes et angoisses de mort de la famille, et bien évidemment au premier plan, de celles de sa mère. Théo est en effet tellement happé par ce qui préoccupe sa mère qu'il s'en est tout un temps lui-même oublié. Il porte en quelque sorte les stigmates de la dépression de sa mère qui, elle, ne veut pas consulter pour se faire aider, pensant « tenir le coup ». Lors d'une séance où Théo évoque ses difficultés d'endormissement, il associe sur les disputes de ses parents qu'il entend à travers le mur de sa chambre. Il a peur que ses parents divorcent et a du mal à se situer entre eux, prenant inconsciemment le parti de sa mère, qu'il sent encore plus fragilisée, ce qui ne l'aide pas dans ses relations et identifications à son père. En parler avec un tiers lui permet, tant que faire se peut, de garder sa place d'enfant du couple parental, en

se dégageant des conflits conjugaux qu'il n'a pas à porter ou solutionner. Il parvient ainsi à se décaler des sentiments de culpabilité qui l'empêchaient de maintenir une relation harmonieuse à son père.
La relaxation thérapeutique jouxte ici le domaine de la psychothérapie ; alors pourquoi ne pas avoir adressé Théo plutôt en psychothérapie ? Parce que Théo n'était pas prêt d'emblée à aborder les soucis le contrariant, loin de penser qu'ils puissent avoir un lien favorisant ses embarras somatiques. La détresse de cet enfant et de ses parents face à une symptomatologie s'exprimant par la voie corporelle appelait une réponse du côté du corps de l'enfant. Ce n'est que parce qu'il y a eu un soulagement premier du côté du somatique, qu'une confiance et un lien transférentiel ont pu permettre de proposer des entretiens thérapeutiques à cet enfant.

Cette conjugaison du somatique et du psychique sur fond de complexité familiale et environnementale se retrouve fréquemment chez les enfants migraineux, très nombreux en relaxation, migraines avec ou sans aura, associées ou non à des maux de ventre et vomissements.

Étant donné le volume actuel de ces demandes et l'importance des travaux et recherches sur cette question, initiés par le Dr D. Annequin à l'hôpital Trousseau, nous choisissons de mettre ici l'accent sur « migraine et relaxation ».

3. Les migraines – D. Annequin

3.1. Intervention

3.1.1. Une pathologie déroutante

La migraine est paradoxale à plus d'un titre : lors des crises, la douleur est sévère, les enfants sont souvent livides, « cadavériques », ils sont incapables de bouger, ils sont obligés de s'allonger dans la pénombre, parfois ils vomissent massivement, ils voient, ils sentent, ils entendent des choses bizarres ; alors que la mort apparaît imminente, ils se réveillent en pleine forme après avoir dormi quelques heures… Tous les examens, scanner, radiographie, EEG, bilan sanguin, bilan ophtalmologique[1], sont normaux. La plupart du temps, les crises s'arrêtent durant les vacances et reprennent à la rentrée scolaire.

1. Même si, pendant les crises, les enfants craignent la lumière, ils peuvent également voir flou, des étoiles, des taches de couleur, etc.

De nombreuses consultations spécialisées (ophtalmologie, ORL, etc.), des explorations inutiles, des séances d'orthoptie inefficaces, des enfants et des familles inquiets de ne pas obtenir un diagnostic clair, un absentéisme scolaire massif… Tel est le bilan de la non-identification de la pathologie migraineuse chez l'enfant.

Alors que 5 à 10 % des enfants sont migraineux, seulement 20 % d'entre eux sont diagnostiqués (Annequin et al., 2000). Alors que la migraine est la première cause de céphalée primaire à évoquer chez l'enfant, la plupart des professionnels cherchent vainement une cause : « Ce sont les yeux, c'est psy, c'est une gastro, ce sont les sinus… »

3.1.2. Historique

En 1995, nous démarrons les premières consultations « migraines » à l'Unité douleur de l'hôpital Trousseau avec le Dr H. Massiou, spécialiste de la migraine chez l'adulte. Très vite, nous découvrons l'étendue du problème.

En 1997, nous réalisons la première enquête épidémiologique sur la migraine de l'enfant pour mieux sensibiliser les principaux acteurs. Toutes les études internationales (finlandaise, anglaise, italienne, brésilienne, coréenne, saoudienne) montrent que le pourcentage (la prévalence) d'enfants et d'adolescents présentant des migraines est considérable puisqu'il se situe entre 5 et 10 %.

En 2002, la migraine de l'enfant est intégrée dans les priorités de santé publique du second programme national de lutte contre la douleur. Le ministère de la Santé nous labellise officiellement en créant le centre de référence de la migraine de l'enfant et nous donne les moyens de développer cette consultation spécialisée.

3.1.3. Les facteurs déclenchants

Une crise de migraine est toujours liée à un facteur déclenchant. En consultation, nous aidons systématiquement les enfants et les familles à identifier, repérer ces facteurs.

Plusieurs types sont habituellement retrouvés. Peuvent déclencher une céphalée :

– les stimulations sensorielles : la chaleur, la lumière intense, le bruit intense, le froid, les odeurs fortes (parfum, peinture, etc.) ;

– le sport : l'endurance, l'effort physique intense, la piscine, la position tête en bas (roulades, etc.), les chocs sur la tête (judo, « tête » au foot, etc.) ;

– la concentration scolaire ;

– l'hypoglycémie, la sensation de faim, le jeûne ou le repas décalé ;

– le manque de sommeil ou son excès (la grasse matinée).

Les aliments sont exceptionnellement en cause : le chocolat n'est presque jamais retrouvé chez l'enfant. La chute des estrogènes en fin de cycle, responsable très souvent de crises chez la jeune femme (migraine cataméniale), n'est presque jamais retrouvée chez la jeune fille. Enfin, les facteurs de nature psychologique sont très souvent présents.

Nous étudierons à part le stress comme facteur déclenchant.

3.1.4. Les facteurs émotionnels, le « stress »

Les contrariétés, les émotions, l'excitation associée à une fête d'anniversaire, une colère, une dispute avec les parents ou la fratrie, la crainte des contrôles scolaires, la pression familiale sur les résultats sont régulièrement retrouvés comme facteurs déclenchants de la crise de migraine.

Beaucoup d'enfants vus à notre consultation présentent un niveau de stress ou d'anxiété particulièrement élevé : ils sont souvent bons élèves, très préoccupés par leurs performances scolaires. Paradoxalement, certains enfants ratent régulièrement leurs contrôles scolaires alors qu'ils y étaient parfaitement préparés. La conjonction d'un stress majeur et de leur volonté de très bien faire induit cette spirale infernale ; de plus, les parents inquiets de ces résultats augmentent la « pression » qui elle-même renforce le stress… Nous répétons souvent aux parents en consultation que ces enfants sont très sensibles au stress et qu'il est inutile, voire nocif d'en rajouter. À plusieurs reprises, nous avons fait changer l'enfant d'établissement scolaire car les conditions de stress ambiant étaient trop fortes. Certains enfants, très exigeants, multiplient les compétitions (sport, musique, etc.) et ne supportent pas de ne pas être classés dans les premiers. Il existe également des enfants qui, de toute évidence, sont de grands anxieux, mais qui ne le perçoivent pas, ou qui ne veulent surtout pas l'admettre. Ils sont prisonniers bien souvent d'une représentation où anxiété et stress ont une connotation « psy » qu'ils refusent.

Fréquemment, ces enfants ne sont pas pris au sérieux ; une suspicion (voire une conviction) de simulation (« Il le fait exprès, c'est du cinéma », etc.) entoure les crises. Il est essentiel de rappeler que la migraine n'est pas une « maladie psychologique », que l'enfant n'utilise pas son symptôme pour éviter l'école, même si souvent le stress et les contrariétés peuvent provoquer des crises.

3.1.5. Le début des méthodes de relaxation

Notre connaissance personnelle de la relaxation (avec M. Sapir et J. Bergès) ainsi que les résultats positifs de plusieurs études anglo-saxonnes montrant les bénéfices de la relaxation chez les enfants migraineux nous ont rapidement amené à vouloir en faire profiter les enfants. Ch. Bonnet (psychomotricienne psychothérapeute) et I. Celestin (psychologue) ont été les deux pionnières à l'origine de nos groupes de relaxation.

Les séances sont pratiquées en groupe ou en individuel. L'objectif est de rendre l'enfant autonome, qu'il soit capable de mener seul sa propre séance de relaxation. Nous présentons en consultation cette méthode avec beaucoup de conviction, car nous en connaissons les bénéfices (parfois spectaculaires).

En 2002, nous avons mené une étude randomisée durant 6 mois ; 41 enfants migraineux ont été divisés en 3 groupes (après tirage au sort) : 2 groupes apprenaient pendant 3 mois une méthode psychocorporelle (dont la relaxation) ; le troisième groupe (« groupe contrôle ») était en liste d'attente ; tous les enfants inclus bénéficiaient d'un même traitement de crise médicamenteux (Ibuprofène®). Au bout de 3 mois, le nombre de crises des 2 premiers groupes avait diminué de plus de 50 % ; cette amélioration s'est confirmée 3 mois après. Le groupe contrôle, après une légère amélioration initiale, présentait le même nombre de crises qu'initialement. Une synergie avec les traitements médicamenteux a également été observée, car la rapidité du soulagement procuré par les antalgiques a été significativement renforcée chez les enfants bénéficiant de relaxation.

La supériorité de ce type de traitement (non médicamenteux) a été soulignée dans les recommandations très officielles de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation de la santé (Anaes).

L'équipe s'est depuis étoffée. D'autres méthodes psychocorporelles (apprentissage de l'autohypnose, etc.) sont également proposées (en groupe ou en individuel) aux enfants et aux adolescents.

3.1.6. Psychologique ou génétique ?

Quand on dit que la migraine est une maladie génétique, on n'ampute absolument pas la dimension psychique. Il serait illusoire de vouloir opposer le point de vue psychologique qui ne verrait chez ces patients que l'expression unique d'un symptôme et celui du somaticien qui n'y verrait que la manifestation d'une maladie héréditaire.

Les patients qui vont nous mettre en difficulté sont souvent plus sensibles, conformistes, bons élèves, peu fantaisistes (perfectionnistes, parfois jusqu'à l'obsession), le moindre stimulus les perturbe. Dans ce groupe, migraine et dépression font bon ménage. Alors que nombre d'adolescents passent par une période de turbulence où les moments dépressifs sont fréquents, l'adolescent migraineux (dans notre expérience) a un risque accru d'aller mal ; la relaxation thérapeutique va alors très souvent permettre de trouver une issue favorable en diminuant les tensions, en identifiant les contrariétés, en trouvant la bonne distance. L'exercice régulier de la relaxation peut amener chez certains enfants une disparition quasi totale des crises de migraine. On ne peut alors pas parler véritablement de guérison mais plutôt d'une « bonne » résolution des conflits, des tensions.

3.1.7. Conclusion

Après 8 années d'expérience, l'utilisation des méthodes psychocorporelles et tout particulièrement de la relaxation nous apparaît indispensable pour une majorité d'enfants migraineux. À la lumière des « dégâts », du « gâchis », des « loupés » observés dans les pathologies douloureuses chroniques, cette approche spécifique mériterait d'être beaucoup plus largement offerte aux enfants, aux adolescents présentant de tels troubles.

3.2. Illustration

Un exemple de migraine associée à des difficultés d'endormissement semble intéressant.

Cas clinique

Ludivine est adressée par une unité antidouleur pour des migraines invalidantes et des troubles du sommeil. Elle a 12 ans mais paraît beaucoup plus jeune : toute petite, toute menue, pâle, très tendue et extrêmement économe de paroles. Elle est en avance scolairement, très bonne élève et inquiète de ne pas le rester.

Les migraines, très handicapantes, l'amènent régulièrement à l'infirmerie du collège et les troubles du sommeil la rendent facilement agressive en famille.

Les parents et elle-même ont investi la relaxation, bien avant d'arriver en consultation, notamment pour limiter la prise de médicaments.

La cure se déroule normalement mais très silencieusement, Ludivine ne disant pas un mot de ses difficultés : tout semble verrouillé, elle ne parle

ni du scolaire, ni du familial, et surtout pas d'elle.
Le moment de bascule va être celui où, à l'occasion des vacances, et après en avoir demandé l'autorisation à la thérapeute en relaxation, la mère va parler à sa fille des transformations corporelles qui vont se produire pour elle avec l'adolescence : cette prise en compte du corps et de la féminité – probablement initiée pour la mère par le fait que la relaxation parle du corps – a des effets spectaculaires sur Ludivine qui se met à sourire, à raconter ses « petites histoires » avec ses amies, en somme à entrer dans les intérêts de son âge au lieu d'osciller entre un corps d'enfant qui ne voulait pas grandir et un sérieux scolaire qui la condamnait à la perfection dans un état tensionnel impressionnant. Parallèlement, insomnies et migraines lâchaient du terrain, remplacées par des désirs de sortie avec les amies et des projets de vie plus festifs.

4. Les troubles de l'endormissement et du sommeil

4.1. Troubles de l'endormissement

La relaxation, dans sa phase initiale, permet d'aborder la problématique de nombreux troubles de l'endormissement chez l'enfant, et notamment chez l'enfant présentant un état tensionnel. En effet, la résolution tonique requise pour obtenir l'état de somnolence, le nécessaire désintérêt des stimulations extérieures et le report sur le corps propre de cet intérêt (l'envie de dormir) apparaissent problématiques dans ces cas, la perte de l'état tensionnel préalable au sommeil déclenchant une angoisse et un « sursaut » qui ramène à l'état de veille. Dès lors que le tonus est sur le point de s'évanouir, il redouble de façon critique, tendant à masquer la déhiscence tonique qu'il ouvrait par sa résolution.

La cure semble fournir à l'enfant, dès les premières séances bien souvent, une monnaie d'échange à ce manque, un moyen de négocier ce « passage de l'autre côté » et de rendre le sommeil beaucoup plus facile. De la même façon voit-on très souvent disparaître de nombreuses perturbations fantasmatiques qui venaient précisément s'insinuer dans ce jeu de passe-passe tonique : les phénomènes hypnagogiques (état de conscience qui précède ou suit immédiatement le sommeil), en particulier, si fréquents chez les enfants tendus, sont fréquemment explicités par le sujet lors des premières séances, au moment où ils disparaissent. Ainsi la cure permet-elle que s'instaure une expérience essentielle, celle du tonus rendu présent dans son abandon, cet abandon s'accompagnant du plaisir éprouvé dans le corps,

et en présence du thérapeute qui le reconnaît, de substituer l'état d'alerte à celui de calme dont il peut jouir. Le rythme qui est introduit sous l'égide de la respiration vient précisément faciliter ce passage, de la tension à la détente.

4.2. Troubles du sommeil

Les troubles du sommeil peuvent se présenter comme un symptôme isolé, mais peuvent aussi être associés à d'autres embarras chez l'enfant. La relaxation y a des effets assez rapides et les enfants, comme dans la migraine d'ailleurs, comprennent vite quels bénéfices ils vont pouvoir en tirer. Ce sont les rares cas où l'entraînement chez soi est régulier : migraineux et insomniaques sont assidus à leurs séances et les reproduisent quotidiennement chez eux, sensibles au fait que la relaxation leur apporte une aide indéniable. Il s'agit là d'enfants d'âge scolaire car, chez les très jeunes enfants, les troubles du sommeil sont pris dans des positions plus directement « œdipiennes », et c'est dans des consultations parents–enfant répétées que chacun pourra approcher quelle place il veut occuper ou occupe dans la dynamique familiale.

5. Asthme

L'expérience montre que nous recevons moins d'enfants en consultation pour ce type de symptômes qu'il y a quelques années. On peut s'en demander la raison : est-ce dû à une avancée des traitements médicamenteux actuels agissant directement sur le symptôme et ne faisant donc plus de l'approche préventive de ces troubles une priorité ? Quelle qu'en soit la raison, cette évolution de la prise en charge de ces troubles psychosomatiques, toujours compliquée, nous paraît regrettable car l'état tensionnel associé à l'anticipation des douleurs liées au symptôme est important : dans l'asthme infantile, la relaxation favorise le décrochement du symptôme, le rythme des séances venant peu à peu se substituer au rythme des crises. La meilleure connaissance du corps, autorisée par la relaxation, rend l'enfant plus réceptif à la survenue des crises et lui permet donc d'y remédier plus rapidement. Au fur et à mesure de la cure, les crises deviennent plus espacées, moins intenses, et la peur liée à l'irruption d'une crise incontrôlable disparaît. Parallèlement, la prise de médicament diminue.

Chapitre 11
Troubles à expression psychique

Les professionnels de différentes obédiences s'entendent et partagent un minimum de vocabulaire commun pour réfléchir aux troubles à expression psychique et aux difficultés présentées par un sujet à un moment donné de son évolution. La plus grande prudence s'impose lorsqu'il s'agit d'enfants : il faut se méfier des termes, diagnostics et étiquettes qui enferment et risqueraient de figer, pour préserver la dynamique évolutive de la personnalité de l'enfant, structurellement en plein développement. Réfléchir en termes d'hypothèses nous paraît davantage convenir au champ de l'enfance. D'autant que la clinique nous montre quotidiennement la labilité des symptômes chez l'enfant : chez lui, rien n'est figé, tout est possible, tout peut changer très vite et la sémiologie peut être trompeuse, plus encore que chez l'adulte ; d'où le danger d'en rester à un signe isolé et de l'ériger en diagnostic trop rapidement ; d'où le danger aussi de mettre un nom sur un trouble qui risque de devenir définitif pour la famille et qu'il sera impossible ensuite de gommer ; d'où le danger enfin de prédire une évolution, même devant des manifestations très bruyantes : l'enfant réserve toujours des surprises. Dans cette perspective, l'observation originale de l'enfant et de ses symptômes dans la situation de relaxation, qui n'oblige pas à un diagnostic trop précoce, nous semble à privilégier.

Cas clinique

Valérian avait initialement consulté à 5 ans, pour une suspicion de précocité – parce que son langage était très élaboré – en même temps qu'une phobie des insectes. Des entretiens réguliers pendant plusieurs mois lui avaient alors permis de parler de la naissance récente de son frère qui avait altéré la qualité du lien à sa mère, mère qui ne s'occupait plus que du dernier-né, se plaignait-il. Les laisser dans la salle d'attente pendant ses séances de thérapie le rendait triste et à l'évidence jaloux, et il y faisait de fréquentes incursions pour surveiller ce qui se passait entre sa mère et le bébé. Le père, très absent, semblait ne pas faire partie de la famille, et ne

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

paraissait pas être à l'origine de l'intrus. Mais il était venu, une fois, accompagner son fils et parler de lui. La phobie des insectes s'était estompée, la thérapie était arrêtée ou plutôt suspendue. Presque 5 ans après, Valérian revient consulter pour des tics extrêmement bruyants et dérangeants, qui gênent le scolaire surtout, et la vie de famille. La thérapie reprend, tout de suite associée à une relaxation, tant l'angoisse causée par ces manifestations corporelles intempestives et incontrôlables est grande.

C'est ainsi que Valérian débute sa cure, très en demande : « J'ai des tics de tout le corps, je voudrais m'en débarrasser. » C'est un garçon très sympathique qui présente une politesse de prestance à l'excès : il est pris dans des rituels de sociabilité débordante et ne cesse de dire à sa thérapeute que tout est « parfait », alors qu'il est en fait très mal, tentant en vain de camoufler ses tics du visage et ses bruits de gorge derrière un épais manteau. Les séances autour des membres inférieurs et des muscles fessiers le surprennent, le font rire en même temps qu'il se raidit considérablement, tout en ayant des secousses abdominales. C'est comme souvent à partir de la généralisation que les progrès apparaissent : Valérian arrive bien plus détendu, centré dans un corps bien campé et les tics s'estompent. Les rituels de prestance autour de la rencontre avec l'autre diminuent également. Est-ce à dire que ses exigences de perfection s'atténueraient ? Valérian quitte aussi son manteau, initialement investi comme une gangue protectrice, et accepte désormais de se montrer tel qu'il est. Il est plus libre vis-à-vis des autres enfants du groupe qui, en début de cure, ne semblaient même pas pouvoir être pris en compte, tant il était assujetti à sa relation à l'adulte. En 3 mois, les signes corporels bruyants qui l'avaient amené en relaxation ont disparu, il est très satisfait, ayant pu reprendre une vie scolaire, familiale et sociale « ordinaires ».

Lorsque, dans les consultations, se pose la question d'une névrose structurée, phobique ou obsessionnelle chez un enfant, ou que le consultant s'interroge sur une pathologie plus limite ou psychotique, l'indication qui vient à l'esprit en premier lieu n'est pas celle d'une relaxation mais d'une thérapie ou d'une analyse, en particulier pour les enfants qui manient bien le langage.

Cependant, il nous arrive de proposer à ces enfants une relaxation soit dans un premier temps, soit en parallèle ou au cours d'une thérapie. En effet, le plus souvent, la relaxation est prévue dans les cas où l'angoisse déborde le corps, quand le temps de la thérapie semble long à résoudre les phénomènes d'angoisse corporelle, et d'une manière plus générale, lorsque les symptômes corporels prennent le pas, associés ou non à des troubles de la personnalité.

Dans d'autres cas, il s'agit d'éléments d'allure névrotique, émergeant de façon plus ou moins organisée, dans une probléma-

tique plus générale évoquant l'existence de processus ou de failles d'ordre psychotique, en particulier chez les enfants très jeunes ou à l'adolescence. On peut rattacher ces indications à celles qui intéressent les « dysharmonies d'évolution » ; l'action de la relaxation permet alors d'aborder la problématique des relations au corps propre et à celui des autres, ainsi que celle des investissements des fonctions instrumentales.

Dans pratiquement tous ces cas, la thérapie est l'indication princeps et la relaxation vient s'y associer ; le dispositif de groupe, comme nous l'avons déjà écrit, nous paraît alors préférable, pour que soient préservés le transfert et le lieu de parole de la thérapie.

Enfin, la relaxation est particulièrement précieuse chez ces enfants comme abord de la séparation psychique et corporelle d'avec la mère, comme première métaphore d'une possible différenciation.

1. Névroses

Concernant les enfants « névrosés » qui nous sont adressés en relaxation parce que leurs manifestations corporelles débordent familles, écoles, thérapeutes et thérapies, nous prenons le parti de les accepter dans le groupe, dans la perspective que la relaxation modifiera leur rapport au corps.

L'exemple de Raphaël l'illustre.

Cas clinique

Raphaël, 11 ans, est un garçon « dans la lune, rêveur, avec de nombreuses peurs, ayant du mal à se plier aux exigences scolaires, présentant des résultats hétérogènes, en panne dans ses relations avec ses pairs ». Le contexte familial est marqué d'une proximité maternelle à cet enfant unique et d'une difficulté du père à remplir sa fonction paternelle symbolique. Les entretiens initiaux permettent d'avancer l'hypothèse d'une problématique phobique, comme difficile séparation d'avec la mère.

L'équipe choisit de proposer à Raphaël une relaxation en groupe, en parallèle d'entretiens parentaux avec le consultant de la famille. Pourquoi, dans ce cas, une relaxation de prime abord plutôt qu'une psychothérapie ? Parce que Raphaël est dans une angoisse corporelle manifeste et présente une agitation motrice permanente, à l'évidence défensive. Mais c'est aussi parce qu'en situation duelle, l'excitation et l'angoisse de Raphaël sont si exacerbées qu'un travail en groupe, où le transfert est plus « dilué », paraît plus adapté qu'une prise en charge individuelle. Enfin, la dimension de groupe thérapeutique, permettant d'observer les comportements et les modalités relationnelles, nous paraît intéressante

pour lui qui souffre d'isolement à l'école, trop enserré qu'il est dans une « géographie maternelle » (Diamantis, 2003) à la fois intime, érotisée et anxiogène, où le tiers symbolique n'est pas assez opérant.
Les toutes premières séances de relaxation de cet enfant éclairent sa difficulté à faire sa place dans un groupe. Il ne peut être « comme » les autres, tentant absolument d'être dans « le plus » ; il est dans un hypercontrôle figé, il s'interdit de bouger d'un iota, comme si la relaxation équivalait pour lui à une immobilité absolue. Exigence personnelle d'un idéal haut placé, d'une perfection sans faille à atteindre ? Pour faire sa reprise, il fait une série de pompes en regardant sa thérapeute d'un air charmeur. Lors de la séance où il est question des muscles fessiers, Raphaël demande s'il peut bouger parce que son corps le gratte. Aux moments des mobilisations, il dit avoir mal : le toucher, pourtant aussi neutre que possible, n'est donc pas sans effet sur lui. À ce moment, il dit qu'il veut arrêter la relaxation parce qu'il ne supporte pas de rester sans bouger.
Vis-à-vis des autres enfants du groupe, il paraît peu concerné, reste à l'écart, ne s'intègre pas ; peut-être parce qu'il est trop attaché à son statut imaginaire d'idéal d'exception ? Expliquer à Raphaël que la relaxation permet d'être dans l'expérience et pas dans la performance suffit pourtant pour qu'il accepte de revenir.
C'est ainsi que s'inaugure le deuxième temps de sa cure, lors duquel Raphaël va affronter ses démons intérieurs qui se déclinent sous différents avatars : le feu, les microbes, la nuit, les déplacements dans la rue.
L'œil scrutateur de Raphaël, à qui rien n'échappe, débusque une petite inscription figurant sur l'étiquette de la housse de son matelas de relaxation « anti-feu », inscription qu'il est le seul à repérer… et qui va le faire « flamber ». Le feu est un objet phobogène qui l'attire et le fascine. Cet enfant qui cherche toujours sa place, à côté du matelas, entre deux matelas, désorienté par une angoisse qui prend corps – corps qui n'assure plus sa fonction de barrière protectrice mais devient perméable –, finit par en trouver une, comme une maison : il ouvre la fermeture éclair de la housse de son divan, se glisse à l'intérieur et la referme, disparaissant littéralement dans son matelas, ce qui a pour effet de l'apaiser, puis de le faire rire, avec tous les autres enfants du groupe. Ce qui s'est ainsi manifesté sous forme d'angoisse est repris et réitéré sous forme de plaisir, de jeu partagé par le groupe lors de cette séance et de la suivante.
Pour Raphaël, les mots sur son corps sont d'autant plus importants qu'il souffre d'un imaginaire du corps hypertrophié où rien n'est interdit, ce qui revient à dire que rien ne limite ses fantasmes et angoisses. Ces angoisses pourraient témoigner de l'impossible séparation d'avec une image maternelle et d'une proximité érotisée, dont il ne parviendrait pas à se dégager, faute de tiers symbolique opérant.

Raphaël est sous l'emprise permanente du regard de sa mère, mais il est aussi rassuré par ce regard, et même exigeant vis-à-vis de tout regard sur lui : en séance, il se met à la fenêtre et cherche sa mère, dans l'obscurité de la nuit tombante qui l'inquiète et le fait associer sur d'éventuels voleurs à travers les ombres des arbres, voleurs qui pourraient l'attendre et l'emmener. En même temps, il s'amuse à disparaître derrière un rideau et à réapparaître – répétition du « jeu de la bobine » qui consisterait à expérimenter qu'il peut laisser tomber mère et thérapeute, tout en s'assurant qu'il peut les retrouver ?

Le moment de la généralisation est l'occasion de se dégager de ses angoisses de mort, inauguralement trop actives, en découvrant un nouvel état, un espace de rêverie, une transition, un passage entre l'état de veille et l'état de sommeil.

C'est dans ce mouvement de distanciation que Raphaël, moins assailli d'angoisses, accepte pour la première fois de partir en colonie de vacances.

La question d'aller seul à l'école commence alors à se poser : le trajet reliant le cocon familial et l'école est dans un premier temps sujet de panique pour Raphaël, parce qu'il représente le temps et l'espace de la séparation, l'inconnu, le non-familier, la désorientation dans un espace ouvert vers tous les possibles. Tout un travail d'élaboration de ses peurs maladives s'effectue au cours des séances : agoraphobie, peur du noir, de la nuit peuplée de monstres, des voleurs, etc. Raphaël accepte tout d'abord de rentrer de l'école avec ses camarades de classe, qui jouent alors pour lui le rôle d'objet contraphobique. Puis, au fur et à mesure de son apaisement interne, et grâce au soutien et au crédit que ses parents lui font (rappelons que les parents sont reçus régulièrement par le consultant de la famille), il devient de plus en plus autonome. Ses parents sont fiers de lui et trouvent qu'il a grandi. En fin de cure, il vient régulièrement seul au groupe et passe plusieurs séances parfaitement centré sur son matelas, l'utilisant comme un étalon de mesure pour vérifier s'il a grandi ! Il prend même l'initiative d'aller faire connaissance avec un nouvel enfant du groupe.

2. Dysharmonies d'évolution

Le cas de Thimothée, enfant dysharmonique, constitue une indication de relaxation plus délicate.

Cas clinique

Thimothée, 5 ans, présente un retard de langage avec altération de ses capacités à communiquer avec autrui, évoquant des traits psychotiques. Il bénéficie d'une psychothérapie et d'une rééducation orthophonique. Sa

psychothérapeute nous sollicite pour des séances de relaxation car il est sujet à des crises d'angoisse aiguës lors desquelles il peut avoir des gestes autoagressifs. Bien que nous soyons réservées quant à cette demande, nous acceptons Thimothée dans le groupe pour que son angoisse corporelle s'apaise et pour qu'il puisse y constater qu'il est à la fois semblable aux autres et singulier.

Trois points transversaux de la cure de cet enfant, habituellement rencontrés dans les dysharmonies et liés entre eux, nous paraissent intéressants à développer : la question de la séparation, la difficulté à exister en dehors du regard de l'autre et le rapport au corps propre.

– *Question de séparation.* Plusieurs séances sont nécessaires pour que Thimothée accepte d'entrer dans la salle, probablement parce qu'il n'est pas dupe qu'il va s'agir de se séparer de sa mère. Il refuse de s'allonger et reste debout, puis assis à observer les enfants du groupe, les thérapeutes et le déroulement des séances. Il lui faudra aussi quelques séances pour prendre place sur un lit comme les autres enfants du groupe. Il se montre alors très dépendant de sa thérapeute, ne peut entrer dans la salle si elle n'est pas là, et ne la quitte pas du regard une fois entré.

Tout un travail va pouvoir s'élaborer autour des accompagnements. Mère et fils sont les premiers temps « collés », la mère ayant pour habitude d'entrer dans le groupe de relaxation avec son fils. Puis elle l'attend, assise juste derrière la porte, si bien que lorsqu'un enfant entre ou sort, elle peut regarder dans la salle pour voir son fils. Il faudra tout un temps et l'intervention de la thérapeute de Thimothée pour qu'une véritable coupure symbolique s'établisse : il est temps pour la mère de ne plus être constamment là pour combler le moindre des besoins de son fils. Temps de passer de la satisfaction du besoin à l'hypothèse d'une demande possible en quelque sorte. Il lui est proposé d'aller, comme les autres parents, dans la salle d'attente prévue pour eux, parce que son fils est tout à fait capable de se diriger seul, comme les autres enfants, à la fin de sa séance. Le crédit de pouvoir être chacun à leur place est le point important, ouvrant la voie de l'autonomie. Ne plus être tout l'un pour l'autre permet d'exister pour soi. Et les mères d'enfants en grande difficulté ont beaucoup de mal, animées qu'elles sont de sentiments de culpabilité et de désir de réparation, à s'autoriser un peu de liberté. Cette mère accepte cette séparation et est même fière de ce nouveau pas franchi. Si Thimothée râle et trépigne lorsque sa mère le quitte, il finit par se saisir du crédit qu'elle lui fait, et accepte finalement d'entrer sans elle. Il accepte même, après qu'on le lui a demandé et expliqué, de patienter avec les autres enfants, assis devant la salle, le temps qu'un lit se libère pour entrer à son tour.

– *Difficulté à exister hors du regard de l'autre*. Elle est particulièrement évidente chez cet enfant. Thimothée supporte très mal l'absence de sa thérapeute près de lui et qu'il ne soit pas tout pour elle. Il l'appelle en

s'agitant bruyamment et a du mal à accepter que, par son regard, elle lui signifie qu'elle l'a entendu, mais qu'elle est occupée et qu'il doit attendre. Thimothée semble plutôt être dans le besoin que dans le désir, et tolère mal cette contrainte de délai, de distanciation, cette perte de satisfaction immédiate, qui le renvoient, semble-t-il, à une non-existence. Sa difficulté à rester dans la salle si l'on ne s'occupe pas de lui souligne la fragilité de sa position subjective.

– *Question du rapport au corps propre*. Compte tenu des angoisses de cet enfant, un abord direct par la généralisation lui est proposé, comme toujours avec les enfants dysharmoniques – qu'il est d'ailleurs souhaitable de suivre en relaxation plusieurs fois par semaine, quand cela est possible –, pour insister d'emblée sur des signifiants d'unité, de solidité et d'intégrité corporelle et ne pas aggraver les angoisses de morcellement. Thimothée supporte mal le contact physique qui accompagne les nominations : agitation motrice, phobie du regard, stéréotypies motrices, griffures de son abdomen et crispation de son visage. Se griffer à vif serait-il une façon de se sentir exister ? Lorsque sa thérapeute lui dit qu'il peut faire sa reprise et partir, Thimothée se lève et reste devant la porte de la salle sans l'ouvrir, comme si c'était le rôle de sa thérapeute, comme sa mère l'avait fait pour lui tout un temps de sa cure.

En 3 mois cependant, Thimothée s'est davantage inscrit dans le groupe, il paraît plus calme, moins angoissé, mais peut encore être très agité. La respiration est une étape intéressante dans sa cure : il refuse tout un temps de mettre sa main sur son ventre pour sentir le mouvement et le rythme de sa respiration. Puis il parvient à faire de cette expérience autour de la respiration une phase exploratoire agréable de son ventre et de son bas-ventre dans des procédés autocalmants masturbatoires. En 6 mois de cure, on observe que, lorsque Thimothée arrive angoissé, il parvient à s'apaiser au cours de la séance et repart plus calme. Peu à peu, il différencie davantage la fonction respiratoire et n'a plus besoin de l'associer à une activité masturbatoire rassurante : il souffle profondément pour sentir ses expirations. Ainsi, au fil de cette cure, Thimothée s'engage dans un début de mouvement d'appropriation de son corps et de ses fonctions. Les entretiens avec les parents mettent en évidence une diminution de la fréquence et de l'intensité des crises d'angoisse. Les stéréotypies motrices, quant à elles, persistent.

Comme nous l'avons dit, si la relaxation n'est pas ici l'indication princeps, elle a cependant permis à cet enfant de sentir, d'identifier, de symboliser quelque chose de son corps, dans un groupe où chaque enfant faisait, lui aussi, l'expérience qu'il avait un corps nommé et touché par le thérapeute. Elle a permis, comme souvent dans les troubles à expression psychique, en parallèle d'une thérapie, l'apaisement de l'angoisse et des manifestations corporelles.

Chapitre 12
Troubles somatiques

1. Prise en charge de la douleur en pédiatrie – E. Fournier-Charrière

La relaxation s'est peu à peu imposée comme une modalité thérapeutique indispensable, un atout remarquable dans le traitement de la douleur chez l'enfant. C'est désormais un incontournable, soit comme complément des antalgiques habituels, soit comme point principal de la prise en charge.

1.1. Modalités d'action de la relaxation

On sait que la perception douloureuse entraîne une contraction musculaire réflexe et on observe couramment chez l'enfant douloureux des contractures, une hypertonie, des raideurs, des crispations, localisées dans la zone douloureuse mais également diffusant à distance. Ces raideurs, maintenues initialement comme postures antalgiques à court terme, sont source elles-mêmes de douleur secondaire, voire de déformations, d'attitudes anormales, de déséquilibre de la motricité, aux conséquences néfastes dans le sens qu'elles aggravent ou pérennisent finalement la douleur à moyen terme et peuvent augmenter le handicap à long terme. Chez les enfants douloureux, et quelle que soit la localisation de la douleur, il est courant de détecter une tension douloureuse au niveau des muscles du cou et des épaules, en particulier des sus-épineux. Par ce biais, il est facile d'imaginer que les techniques de relaxation puissent produire un soulagement.

La concentration sur ses propres sensations internes et perceptions, inhérente à la séance de relaxation, est susceptible de réafférenter en influx perceptifs normaux le système nerveux envahi par la douleur et, par là même, de diminuer la sensation nociceptive

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

en activant des systèmes inhibiteurs au niveau périphérique (*gate control*) et peut-être central.

Par ailleurs, la détente psychique qui accompagne la relaxation produit une diminution de la perception douloureuse, probablement en activant des mécanismes inhibiteurs de la douleur au niveau central (mécanismes cognitifs et émotionnels). Le seuil de perception de la douleur se restaure ainsi et peut retrouver une valeur normale, alors que, à l'inverse, la douleur chronique l'avait diminué par la mise en jeu de systèmes de sensibilisation.

De plus, la relaxation diminue stress et anxiété, émotions presque inéluctablement liées à la douleur – qu'elle soit aiguë ou chronique –, et qui sont des facteurs de pérennisation, de chronicisation et d'aggravation de la douleur.

Au-delà de l'expérience clinique quotidienne et de nombreuses études ponctuelles de quelques cas, plusieurs méta-analyses regroupant plusieurs dizaines d'études à méthodologie scientifique validée (études randomisées contrôlées) ont identifié les nombreux domaines pour lesquels la relaxation, souvent associée à l'imagerie, à des techniques cognitives ou au biofeedback, a été testée dans le soulagement de la douleur (Eccleston et al., 2003). Soit la douleur diminue de façon significative, soit l'anxiété baisse, permettant un allègement de la détresse. La prise en charge en relaxation permet de réduire la consommation de médicaments antalgiques dans un certain nombre de situations. L'Anaes, dans les recommandations parues en 2000 sur la prise en charge de la douleur aiguë de l'enfant, préconise le recours à la relaxation comme moyen non pharmacologique de prise en charge de la douleur[1].

1.2. Indications recommandées

Les indications sont nombreuses. Nous citerons les plus évidentes, tout en sachant que toute douleur, aiguë ou chronique, d'origine organique documentée, ou bien à l'inverse inexpliquée, dite « psychogène », ou mixte, plurifactorielle, peut bénéficier de la relaxation.

1.2.1. Douleur chronique

– Les douleurs récidivantes, au premier rang desquelles les céphalées et migraines (voir « Les migraines », chapitre 10) : c'est dans cette indication que l'efficacité est la mieux documentée et solidement prouvée.

1. Voir www.has-sante.fr

– Les maladies chroniques douloureuses, en particulier toutes les maladies rhumatismales et inflammatoires de l'enfant : la baisse du seuil de douleur est documentée chez les enfants atteints d'arthrite juvénile idiopathique ; la douleur et les destructions articulaires entraînent des attitudes vicieuses ; la relaxation trouve donc là une excellente indication (Lavigne et al., 1992 ; Bradley et Alberts, 1999). D'autres maladies articulaires douloureuses comme l'hémophilie peuvent bénéficier de ce traitement. Dans ces maladies chroniques prolongées, les enfants vivent avec un fond douloureux plus ou moins intense permanent, ils perdent la notion d'un corps libre de douleur et bougeant avec fluidité, les atteintes douloureuses entraînent une perte du schéma corporel ; dans ce sens, les retrouvailles avec des perceptions normales seront particulièrement bénéfiques.

– Quand il s'agit de douleurs inexpliquées de l'appareil locomoteur, comme le syndrome de fibromyalgie, la prise en charge non pharmacologique est un des fondements de la thérapeutique (Degotardi et al., 2006). Si elles ne permettent pas toujours de diminuer la douleur, ces techniques améliorent les moyens d'y faire face. Le syndrome douloureux chronique temporo-mandibulaire, autre syndrome rare chronique, bénéficie aussi de cette approche.

– La drépanocytose est une maladie chronique dont la manifestation la plus gênante est la répétition d'accès de douleurs diffuses des os, les crises vaso-occlusives. Ces crises répétées peuvent être particulièrement atroces et invalidantes, motivant des hospitalisations pour traitement morphinique. D'autres crises plus modérées gênent les enfants au quotidien, entraînant des douleurs jusqu'à un jour sur trois. La relaxation permet d'améliorer les mécanismes de coping, de diminuer la consommation d'antalgiques et parfois d'éviter des hospitalisations (Gil et al., 1996 ; 2001).

– Au cours du cancer (voir « Oncologie » ci-après), la relaxation et les techniques apparentées ont été largement étudiées au cours de nombreuses études pour aider à gérer tant la douleur liée à la maladie que la douleur liée aux soins. Un apprentissage est possible, rendant la méthode utilisable par les enfants à domicile comme à l'hôpital.

– Les douleurs abdominales récurrentes inexpliquées ont une physiopathologie sans doute multifactorielle, avec intrication entre atteinte fonctionnelle digestive, tension musculaire et anxiété ; ces douleurs sont facilement qualifiées rapidement de « psychogènes », mais l'abord corporel reste essentiel. La relaxation fait partie de la première ligne thérapeutique ; les médicaments sont décevants ;

la psychothérapie est souvent refusée, ou sera abordée secondairement, après cette première étape. Les recommandations actuelles incluent les techniques psychocorporelles dans le traitement (Youssef et al., 2004).

– Toutes les maladies douloureuses dites psychosomatiques et/ou psychogènes sont une excellente indication de l'abord psychocorporel, qui va permettre une diminution de la douleur et autoriser l'émergence de la problématique psychologique ; celle-ci pourra relever ensuite ou parallèlement d'une thérapie spécifique. Le résultat escompté est sinon une diminution de la douleur, du moins la mise à disposition de méthode pour mieux vivre avec, donc moins souffrir.

1.2.2. Douleur aiguë

La douleur imposée par les soins représente la difficulté majeure pour les enfants. L'association de la relaxation aux médicaments antalgiques, de la détente fondée surtout sur la respiration permet de se mettre dans les meilleures conditions possibles pour que l'enfant soit capable de traverser l'expérience sans en être perturbé ; la distraction peut alors trouver sa pleine efficacité. De nombreuses études ont montré soit une diminution de la douleur des ponctions veineuses, lombaires, médullaires, soit au moins une diminution de l'anxiété (Uman et al., 2006).

D'autres soins douloureux répétés comme ceux de brûlure bénéficient également de méthodes de relaxation (bien sûr en association avec les antalgiques puissants) ; ici aussi, la répétition des soins autorise un apprentissage de la technique et permet donc aux enfants une meilleure analgésie. Au cours des soins dentaires répétés chez les enfants phobiques, la situation est similaire.

En revanche, au cours des événements traumatiques, aux urgences, ou pour les sutures, l'absence de possibilité d'apprentissage rapide permet difficilement l'utilisation ; des techniques de respiration simples et ludiques comme souffler des bulles de savon ou des bougies imaginées trouvent alors leur indication. Cependant, le bénéfice de la relaxation a pu être mis en évidence au cours d'une douleur de durée brève, de quelques jours, celle de la douleur postopératoire.

1.2.3. Conclusion

L'évaluation de l'impact de la relaxation sur la douleur aiguë ou chronique reste à compléter par des études scientifiques dans la plupart des domaines cités : les données disponibles font état essentiellement d'une diminution de l'anxiété, plus rarement de la

douleur (sauf pour les migraines où la diminution de la fréquence et de l'intensité des céphalées est parfaitement documentée).

Outre le bénéfice antalgique, à court ou à long terme, les enfants vont, grâce à la relaxation, retrouver un rapport moins persécutif à leurs sensations et à leur corps. Cet acquis, paradoxal avec cette méthode où l'on s'abandonne, représente une valeur ajoutée inestimable pour ces jeunes patients, enfants ou adolescents, qui subissent la maladie et les soins, dépendent des soignants et perdent ainsi beaucoup de leurs possibilités d'autonomie. Le sentiment de restauration narcissique acquis par la relaxation permet dans tous les cas de mieux faire face, de mieux vivre l'étape de la maladie.

2. Oncologie

2.1. Expérience corporelle et relaxation en oncologie pédiatrique - D. Oppenheim

Rappelons d'emblée que la majorité (75 %) des enfants et des adolescents[2] traités pour cancer aujourd'hui guérissent (25 %, donc, ne guérissent pas). Les traitements restent néanmoins longs, éprouvants, contraignants. Il s'agit donc d'une épreuve difficile, pour l'enfant et pour sa famille (Oppenheim, 2003), et qui ne s'arrête pas forcément à la fin du traitement : la surveillance médicale peut durer 5 ans ; des séquelles physiques, fonctionnelles, cognitives ou psychopathologiques peuvent persister plus ou moins longtemps, ou se révéler dans un après-coup plus ou moins lointain. Il y a environ 2000 nouveaux enfants atteints de cancer chaque année mais, compte tenu du nombre relativement important de guérisons, ceux qui ont eu un cancer dans l'enfance sont de plus en plus nombreux.

2.1.1. Corps et expérience corporelle

Le corps de l'enfant est intensément mobilisé par l'expérience du cancer et des traitements qu'il nécessite, aussi bien pendant le temps du traitement qu'après son achèvement.

Tous les éléments de l'expérience corporelle sont touchés et peuvent donc intéresser la relaxation, en particulier ses compétences, ce qui en est visible, ressenti, imaginé (par l'enfant ou par les autres) consciemment ou inconsciemment. Ces atteintes s'expriment dans ses paroles, ses questions, ses affirmations et ses plaintes, ses dessins

2. J'écrirai désormais, sauf nécessité, « enfant » pour enfant et adolescent et « il » pour « il » ou « elle ».

ou ses rêves, le trouble de ses processus psychiques, ses comportements. Ainsi, l'enfant peut avoir une peur excessive des soins (il peut s'agir bien sûr des piqûres, mais aussi des médicaments, des IRM, de l'hôpital, etc.) à cause de ses fantasmes terrifiants ou de la crainte de voir son image du corps gravement déstabilisée. Ces craintes peuvent lui rendre son traitement particulièrement désagréable ou éprouvant, et accentuer le risque de souvenirs traumatiques et de séquelles psychopathologiques. Elles peuvent aussi induire des oppositions aux soins ou au traitement et avoir ainsi des conséquences dramatiques.

2.1.2. Le visible

La maladie et les traitements modifient l'aspect visible du corps, aussi bien son apparence et son allure générales que ses attitudes, sa démarche ou son visage. Ces modifications peuvent être limitées dans le temps – en rapport par exemple à certaines chimiothérapies ou certaines phases du traitement – ou plus durables. Ces signes de la maladie peuvent être en permanence visibles (une déformation au visage, une boiterie) ou dans certaines circonstances seulement – quand l'enfant se montre déshabillé à la piscine, à la plage ou dans l'intimité. Le signe le plus fréquent en est l'alopécie (la perte des cheveux), effet secondaire malheureux de la plupart des chimiothérapies. L'adolescent, et surtout l'adolescente, en souffre souvent plus que l'enfant : il se demande s'il est toujours beau et séduisant, toujours le même, si ses copains vont le reconnaître, se moquer de lui, être gênés, comme il l'est face à eux. Il se demande aussi si son visage nu empêchera que son sexe soit reconnu et, s'il en doute, comment il pourra l'affirmer sans se caricaturer et sans se mettre en danger (si pour lui, par exemple, la virilité se montre dans des conduites de risque). Mais ce sont souvent les parents qui en sont le plus troublés : ils reconnaissent mal leur enfant, et ils ont l'impression que la maladie est là « pour de vrai », et que tout le monde pourra s'en rendre compte.

2.1.3. L'amaigrissement

Les chimiothérapies provoquent souvent nausées et vomissements, donnent un bien mauvais goût aux aliments, et en conséquence une certaine anorexie, qu'il n'est pas toujours facile de distinguer d'une anorexie mentale. Cette anorexie peut entraîner un malaise physique, subjectif, identitaire et relationnel. Certains traitements, certaines lésions peuvent provoquer l'effet contraire (tendance boulimique et prise de poids), en particulier les corticothérapies

(avec le visage « bouffi »), ou certaines lésions cérébrales (perte du sentiment de la satiété par exemple).

2.1.4. Les limitations

La maladie et les traitements peuvent entraîner certaines limitations plus ou moins graves, plus ou moins durables, des fonctions et des activités. Ces limitations peuvent être en rapport à la fatigue – due aux aplasies et à l'amaigrissement –, à des insuffisances cardiaques ou respiratoires, à des opérations chirurgicales sur un membre, à des lésions cérébrales qui provoquent des troubles moteurs, neurologiques, sensoriels. Elles peuvent aussi être en rapport (comme signes et effets) à la dépression, au découragement, à la passivité, à des troubles phobiques.

L'enfant peut chercher à les masquer, pour préserver son image habituelle, à ses yeux ou à ceux des autres, ou au contraire vouloir les montrer excessivement, comme une plainte, un appel à la pitié, à l'excuse de comportements inadéquats et inhabituels, ou encore comme provocation non dénuée d'agressivité : « Voyez ce que la maladie a fait de moi, ce que vous avez laissé faire ; soyez-en gênés pour que je ne sois pas le seul à souffrir. »

2.1.5. L'image consciente et inconsciente

L'image consciente et inconsciente que l'enfant a de son corps peut en être modifiée. Ainsi, celui qui se pensait fort se découvre fragile, physiquement et surtout « moralement », et l'inverse est tout aussi fréquent. Les parents disent découvrir, admiratifs, le « courage » dont il fait preuve, quel que soit ce que recouvre d'attitude authentique ou artificielle, forcée ou défensive, ce terme. Les enfants découvrent en eux des qualités ou des faiblesses qu'ils ne soupçonnaient pas, et l'image qu'ils avaient d'eux-mêmes, celle que leurs parents, leur fratrie ou leurs amis avaient d'eux peut en être modifiée. Certains se sentent plus forts qu'avant, plus forts que les autres de leur âge, alors que d'autres, au contraire, se trouvent plus faibles et expriment le regret de ce qu'ils ont ou pensent avoir perdu, et le sentiment d'injustice qui y est associé.

Ils sont attentifs au regard que les autres, connus et inconnus, portent sur eux : curiosité, gêne, effroi, désarroi, voyeurisme, moquerie, incompréhension, non-reconnaissance. Ce regard porte sur la réalité du visible de l'enfant, mais aussi est infiltré d'imaginaire sur le cancer et l'expérience du cancer.

L'image qu'ils ont ainsi de leur corps et d'eux-mêmes découle de la réalité de leur corps (de ce qu'ils sont capables de faire avec, de

ce qu'ils en voient), de leurs fantasmes, de l'image que les autres en ont et de la façon dont ils réagissent face à eux et à leur image. Elle découle aussi des points d'appui qu'ils peuvent avoir dans les récits et les images de l'histoire familiale. Ainsi, il n'est pas rare qu'ils aient vu (ou au contraire aient été empêchés de voir) ou aient entendu décrire, quelques années auparavant, à un âge parfois précoce, un grand-parent atteint de cancer, parfois en fin de vie, et que les images excessives qu'ils en ont gardées continuent de les troubler, et qu'ils se voient dans leur situation actuelle (ou sont vus par leurs parents) à travers le filtre de ces images anciennes. La situation contraire se rencontre aussi : ce grand-parent a pu laisser une image valeureuse de lui, que l'enfant et ses parents continuent de préserver, et ceux-ci lui disent : « Tu montres les mêmes qualités que lui, tu lui ressembles. »

2.1.6. Le narcissisme

L'expérience du cancer et des traitements a assez souvent des effets négatifs sur le narcissisme des enfants. Ils se sentent laids et peu séduisants, ayant perdu tout ce qui faisait leur valeur. Cette crainte est particulièrement sensible chez les adolescents et adolescentes, qui craignent de perdre le contact avec leurs copains et d'être rejetés, plus ou moins durablement, dans une certaine solitude. Les enfants sont aussi très attentifs au regard des parents sur eux. Certains parents, qui ont particulièrement investi l'enfant comme leur bel objet, ne peuvent se déprendre de leur fascination envers lui et modifier leur attachement excessif à lui. Ils peuvent basculer dans un désinvestissement brutal et majeur, voire le mettre en position de persécuteur (et le négliger ou être envahis de vœux de morts), ce qui est particulièrement déstabilisant, et parfois dangereux, pour l'enfant qui chute soudain de son piédestal.

2.1.7. L'identité sexuelle

Le trouble sur l'identité sexuelle peut accentuer le sentiment de fragilité narcissique : perte de confiance dans sa virilité ou sa féminité, actuelle et à venir, et particulièrement si les parents, trop troublés par la situation, ne font plus attention à leur apparence ou ne montrent plus les qualités que l'enfant ou l'adolescent attendait d'eux pour qu'il puisse continuer à s'identifier à eux, à leur sexe, à leurs qualités, à leur parentalité.

2.1.8. Sensations inhabituelles ou excessives

L'expérience du corps est aussi celle de sensations inhabituelles ou excessives, que l'enfant ne sait à quelle expérience antérieure

rattacher, comparer, ni comment la décrire et la faire comprendre à ses parents, et qui l'inquiètent. Les grandes douleurs, que les antalgiques apaisent difficilement, provoquent la pensée ou la crainte de la mort. Elles peuvent aussi écraser ou faire éclater toute image du corps et parfois toute capacité d'imaginaire et de pensée, l'enfermant dans sa solitude. Il en est de même pour les grandes fatigues, dues aux aplasies intenses, et certains les ont comparées aux effets d'un train passant sur le corps. Les douleurs des mucites (atteinte des muqueuses de la bouche, empêchant la parole, l'alimentation et les baisers) sont particulièrement fortes et déstabilisantes, ainsi que celles des toxidermies (atteinte de la peau) qui provoquent le sentiment que la peau ne fait plus barrière efficace et fiable entre le dedans et le dehors du corps, qu'elle ne peut plus empêcher l'extérieur dangereux (les microbes hostiles et invisibles ou les vœux de mort, la maladresse et la négligence des autres) d'y pénétrer, comme le cancer l'a déjà fait, ni, en sens inverse, que le sang, la matière ou la consistance vitales en sortent. Les chimiothérapies provoquent également des vomissements, parfois intenses, mais parfois aussi des diarrhées, des constipations, qui accentuent ce sentiment de fragilité et de non-contrôle des protections et des orifices du corps. Il en est de même des incontinences sphinctériennes, souvent d'origine neurologique ou chirurgicale, qui donnent à l'enfant le sentiment d'un corps bouché ou traversé par des liquides, incontrôlable, et qui accentue son trouble identitaire : il ne sait plus s'il peut faire confiance à son corps, s'il doit en avoir peur, ni quels sont son âge et son état de développement puisqu'il ne peut plus faire ce qu'il faisait avant, ce que son petit frère commence à faire, qu'il est dans une position de dépendance, qu'il doit remettre des couches ou des protections, etc.

Les tumeurs cérébrales et leurs traitements (chimiothérapies et surtout neurochirurgie et radiothérapie) peuvent produire aussi des effets particulièrement déstabilisants (Oppenheim, 1999) : neurologiques (hémiplégie, hémiparésie, asymétrie), sensoriels (troubles visuels, parfois auditifs) et cognitifs, très divers selon la localisation (par exemple, trouble du repérage dans l'espace, de l'organisation de l'espace, etc.).

2.1.9. La passivité

La maladie et les traitements induisent une certaine passivité. De plus, c'est souvent la mère qui peut être présente auprès de l'enfant dans la journée, à l'hôpital ou à la maison, et un lien excessif et parfois régressif peut se constituer ou se reconstituer. Inversement,

certains parents peuvent se sentir incompétents, être trop troublés ou phobiques pour aider efficacement l'enfant. Ils craignent d'être responsables par leur maladresse de lui faire mal, parfois qu'il meure dans leurs bras, et ils se mettent à distance de lui, ne peuvent plus ou ne veulent plus le toucher, et laissent les soignants faire tous les soins corporels, y compris les plus quotidiens. L'enfant se demande si c'est lui qui est dangereux pour ses parents ou si ce sont eux (mais parfois aussi les infirmières, les médecins, tout soignant, ou ses copains) qui le sont pour lui, et il peut craindre de retourner à l'école, comme ses copains peuvent avoir peur de lui quand ils pensent que le cancer est contagieux, ou qu'ils pourraient lui faire dangereusement mal.

C'est pourquoi il ne lui est pas toujours facile de trouver la juste distance entre lui et les autres : être trop proche, pour être protégé (par exemple, que le corps de sa mère vienne faire barrage à la dangerosité du monde extérieur), ou trop loin, pour assumer sa différence et sa solitude voire l'exacerber, ou pour protéger les autres de sa dangerosité ou se protéger de celle des autres.

Ainsi, aider l'enfant à préserver ou à se réapproprier une position active est un enjeu important, qui concerne la relaxation.

2.1.10. Le sentiment d'enfermement

L'enfant peut se sentir enfermé dans sa maladie, dans sa chambre (c'est particulièrement le cas dans les unités protégées lors des chimiothérapies hautes doses), dans l'univers médical, dans son corps, dans la famille quand elle s'est repliée sur elle-même et exerce une surveillance rapprochée et permanente sur lui.

2.1.11. La peur de la mort

Cette relation suffisamment préservée à son corps et à son image du corps aide aussi à atténuer la peur de la mort. En effet, celle-ci est souvent perçue comme une grande douleur intraitable (ou comme sa conséquence), comme une transformation du corps qui perd sa force, sa consistance, sa forme, sa cohérence, devient méconnaissable et n'est plus reconnu (même le visage, même par les plus proches), comme la perte de son unité et de la maîtrise que l'enfant a sur lui (et les grandes douleurs peuvent donner le sentiment que la partie du corps envahie par cette douleur ne lui appartient plus, n'a plus sa place dans son corps et son image du corps : le sujet ne peut plus y être, ni s'y reconnaître), etc. Aider l'enfant à décrypter, différencier, décrire ses sensations, à les mettre en rapport à la réalité de sa maladie et de sa situation médicale présente, mais aussi à son

imaginaire et à ses fantasmes, parfois à ceux de ses proches, ainsi qu'à son histoire personnelle et familiale, l'aide à atténuer cette peur et ses effets.

2.1.12. Les séquelles

Certains adolescents sont véritablement obsédés par la présence de cicatrices, parfois minimes et discrètes, car elles sont pour eux comme des stigmates qui peuvent faire fuir les autres ou attirer leur regard et leurs questions, ce qui les oblige à parler, une fois de plus, de leur maladie. D'autres craignent, dans un mouvement contraire, que leurs amis restent ou s'intéressent à eux pour de mauvaises raisons, de pitié en particulier. Les risques de stérilité due à certaines chimiothérapies les troublent, et les adolescents peuvent confondre perte de virilité ou de désir sexuel, stérilité, impuissance, et avoir du mal à se projeter dans un avenir de couple ou de parentalité. Il est de même souhaitable d'aider les adolescentes à différencier fertilité, féminité et maternité, celle-ci ne se limitant pas au strict temps de la grossesse.

2.1.13. La relaxation

Il importe d'aider ces enfants à préserver ou retrouver une confiance suffisante dans leur corps, dans leur relation aux autres et d'abord à leurs parents, dans leurs qualités et leurs valeurs, dans leur identité. Cette aide doit tenir compte de tous ces éléments que nous avons décrits, qui ne se retrouvent évidemment pas tous et pas en même temps chez chaque enfant. C'est par rapport à ces éléments que les aides peuvent être proposées, mises en pratique, et leur efficacité évaluée.

La relaxation y joue un rôle important, parmi toutes les autres aides apportées à l'enfant et à sa famille. L'image du corps est soutenue et mobilisée par la relaxation, mais aussi par les productions réalisées par les enfants (peintures, et particulièrement autoportraits, ou collages, modelages, photos, etc.) dans l'atelier d'art plastique, ainsi que dans l'activité gymnique et sportive. Elle l'est aussi, bien sûr, dans les entretiens psychothérapiques, et le psychanalyste est particulièrement attentif aux dessins : pas seulement aux formes humaines qui s'y trouvent et à leurs éventuelles déformations mais aussi aux dissymétries, à l'utilisation de l'espace, à la dynamique du trait, aux relations que chaque élément tisse avec les autres, etc. (tous ces éléments peuvent être perçus dans les gribouillis des jeunes enfants), et bien sûr aux commentaires de l'enfant. Les informations justes données par

les médecins sur la maladie, les traitements, leurs modes d'action, les lieux de passage des médicaments, appuyées éventuellement par des explications physiologiques et des schémas anatomiques (par exemple, la différence entre l'espace thoracique et l'espace abdominal, ce que contient chacun de ces espaces qui ne sont pas des sacs où tout se mêle dans l'indistinct ; que le sang transfusé ne passe pas dans l'estomac, que le cathéter ne perce pas le cœur, etc.), contribuent à cette prévention des confusions de l'image du corps et des troubles qui en découlent.

2.2. Pratique de la relaxation à l'Institut Gustave-Roussy - A. Le Bouar-d'Artigues

2.2.1. Indications

Les indications énumérées ci-après sont souvent liées entre elles.

– Angoisse et/ou anxiété, en rapport aux traitements (durée, efficacité, mode d'administration), aux effets secondaires (nausées, fatigue, alopécie), à l'avenir, à une éventuelle récidive et/ou à la mort.

– Phobie des soins médicaux.

– Douleurs, céphalées, crainte anticipée de la douleur.

– Nausées et vomissements.

– Troubles psychomoteurs (hypertonie, paratonie, agitation psychomotrice).

– Troubles du sommeil.

– Troubles alimentaires (anorexie ou boulimie).

– Altération de l'image du corps et/ou du schéma corporel, suite à une opération (cicatrice, gonflement, amputation et prothèse), à la chimiothérapie (alopécie, amaigrissement).

– Désinvestissement du corps ou de la zone corporelle où se localise la tumeur.

– Mal-être, refus, difficulté ou incapacité d'expression verbale, discours sans affect, tendance à se renfermer sur soi.

2.2.2. Modalités d'intervention

Deux types d'intervention ont été mis en place : des séances de relaxation auprès des adolescents et enfants (essentiellement à partir de 9 ans) ; des séances d'observation et de stimulations psychomotrices auprès des jeunes enfants (surtout entre 1 et 6 ans).

La relaxation est proposée en début ou en cours de traitement, ou en soins palliatifs. Les séances se déroulent pour la plupart dans la chambre des patients ou dans l'unité protégée (où se font les

chimiothérapies hautes doses). Elle occupe une place importante auprès des enfants et des adolescents qui sont traités pour un cancer ou qui l'ont été. Elle est complémentaire, dans ce service, des autres aides apportées à ces enfants : entretiens psychothérapeutiques avec eux et leurs proches, atelier d'arts plastiques et de créativité, soins esthétiques, psychomotricité, conseils diététiques.

2.3. Illustration

Notre expérience dans le service d'oncologie pédiatrique de l'hôpital Trousseau confirme en effet l'intérêt de la relaxation chez les enfants atteints de cancer.

Cas clinique

Martha est une petite fille de 5 ans, soignée pour une leucémie depuis 2 ans. L'hospitalisation s'est faite au rythme des chimiothérapies et des périodes d'aplasie médullaire.

Au moment de la demande de relaxation thérapeutique, elle est toujours hospitalisée, mais le retour à la maison est programmé, le risque de mort est écarté et le pronostic est bon. Les séances de chimiothérapie sont terminées et dorénavant le traitement, ambulatoire, consiste à prendre des médicaments par voie orale et à faire des contrôles réguliers au moyen de prise de sang. Tout au long de l'hospitalisation, Martha est décrite par le service comme une enfant extrêmement attachante, tonique, exubérante, qui ne s'est jamais plainte des examens, pourtant douloureux, pratiqués quotidiennement. Elle a la réputation de remonter le moral des autres enfants, passe d'une chambre à une autre pour aller jouer quand son traitement le permet ; et les mères des uns et des autres l'apprécient beaucoup en même temps qu'elle les étonne par sa « maturité » de langage et de raisonnement par rapport à la maladie, la vie, la mort.

Avec sa mère, Martha est souvent agressive, capricieuse, comme avec sa sœur aînée, âgée de 12 ans, jeune fille timide qu'elle mène par le bout du nez.

La relaxation thérapeutique est donc proposée à Martha en fin d'hospitalisation pour la soutenir et l'accompagner dans un mouvement de réappropriation de son corps, qui ne soit plus traumatique, du côté de la mort, mais qui aide cette fillette à se réinscrire du côté de l'ordinaire de la vie. Étonnamment, à ce moment-là, Martha refuse d'avaler ses médicaments ; elle accepte piqûres ou perfusions, mais avaler des comprimés, qu'ils soient gros, petits, pilés, mélangés à la nourriture, il n'en est pas question !

Un long entretien permet de mesurer le désarroi de la mère, déprimée, encore sous le choc des événements, repliée sur elle-même ; au moment où il semblerait enfin possible d'espérer reprendre le cours d'une vie « normale » à la maison, en famille, elle se trouve confrontée à ce refus de soins inexplicable pour elle venant de sa petite fille, certes souvent coléreuse et agressive, mais si « courageuse » pendant tous ces mois de traitement.

L'entretien avec Martha seule est difficile, elle refuse de discuter, répète ne pas pouvoir « avaler ces saletés ». En revanche, elle accepte de venir se relaxer chaque semaine, d'autant que cela lui permet de retourner dans le service à l'issue de la séance, dire bonjour à ses petites amies et au personnel soignant. A-t-elle peur de rompre les liens avec l'hôpital, de prendre le risque de ne plus être médicalement surveillée 24 heures sur 24 ? Comme si la proposition de rentrer chez soi et de devenir responsable de son traitement l'exposait à un danger, au lieu d'être entendue dans le sens de l'autonomisation désormais possible ?

Le hasard veut qu'elle commence ce travail dans un groupe d'enfants beaucoup plus âgés qu'elle. Ils sont surpris par cette petite fille, bonnet sur la tête (elle n'a plus de cheveux), « rigolote », peu intimidée, et ils se montrent attentifs et gentils avec elle.

Lors des premières séances, il arrive que Martha fasse de très grosses colères dans la salle d'attente à l'occasion d'une frustration ; à l'heure de la séance, elle « exige » que sa mère la porte dans ses bras, comme un bébé, et la pose sur le matelas de relaxation. Enfants et thérapeute acceptent ce moment difficile, où Martha s'en remet totalement à l'autre, comme si une séparation était impossible. Elle se calme ensuite très vite, très intéressée par ce qui se passe pendant la séance. Parfois, elle s'assoit et observe les autres avant de se rallonger à son tour dans un processus d'imitation. Elle peut alors fermer les yeux et « plonge » littéralement dans la séance. Les phases de nomination, de toucher, de mobilisation sont visiblement très importantes et agréables pour elle. Quand la thérapeute s'éloigne, elle se touche, se mobilise toute seule, comme à la découverte d'un second éprouvé ; elle vérifie que « c'est pour de vrai » (c'est ainsi qu'elle exprime et verbalise ses gestes).

Tout au long de la cure, des entretiens mère–enfant sont proposés. La relaxation thérapeutique aide beaucoup Martha, mais très longtemps elle pèse le « pour » et le « contre », comme si la relaxation l'obligeait à grandir alors que, dans un mouvement régressif protecteur, elle préfèrerait rester la toute petite fille d'avant la maladie.

On peut faire l'hypothèse qu'à l'âge où s'est déclarée la leucémie, Martha était à un stade où la relation à sa mère était encore très fusionnelle. Cette dernière dit d'ailleurs qu'à l'hôpital elle a passé des heures et des heures à la bercer dans ses bras, convaincue qu'elle allait mourir, et que ce corps à corps était pour elle vital.

Pendant plus de 2 ans, le personnel soignant, dans sa vocation à toucher, manipuler, laver, masser, effectuer aussi des gestes intrusifs parfois douloureux, est venu prolonger ce lien comme un relais de la fonction maternelle.
Ainsi, la relaxation a aidé Martha à quitter le lieu où elle s'en remettait entièrement à l'autre et à faire suffisamment confiance à son corps en le créditant d'être guéri : elle n'a plus eu besoin de l'assistance permanente de l'autre pour exister.

3. Handicap

Dans le cadre de la relaxation thérapeutique, nous nous bornerons à évoquer le handicap dans sa forme sensorielle et sa forme neurologique.

3.1. Relaxation et déficits sensoriels

Dès lors que l'on connaît l'importance que revêtent les apports esthésiques de toute nature dans les mécanismes de correction des privations sensorielles, il est clair que ce que la relaxation apporte comme expérience esthésique peut être utilisé dans le cas où il existe un déficit sensoriel. Les perturbations de l'image du corps et les troubles practognosiques sont très fréquents et souvent graves, en particulier chez les malvoyants. Les indications de relaxation nous paraissent se poser dans deux ordres principaux de déficits sensoriels : les malvoyants et les malentendants.

Cas clinique

Benoît est un jeune garçon de 12 ans, malentendant, en sixième, adressé pour troubles du comportement par le médecin scolaire. Deux comptes-rendus d'enseignants relatent des incidents quant à des attitudes ou des paroles relatives à la sexualité la plus crue. Il est atteint d'une surdité bilatérale importante détectée à l'âge de 3 ans ; appareillé à 4 ans par implant cochléaire, il bénéficie d'une aide à l'intégration avec une association qui le suit depuis sa petite enfance. Benoît est décrit comme agité, turbulent, labile dans ses émotions, parfois agressif avec ses camarades, manquant d'inhibition, ce qui gêne son intégration scolaire et sociale. Dans le cadre d'une relation duelle, il est sympathique, souriant, spontané, sensible, dans une quête insatiable de percevoir chez l'autre une image positive de lui-même, valorisante et renarcissisante.
Dès la première consultation, une relation transférentielle de bon aloi s'établit avec les parents ainsi qu'avec Benoît. Deux moments sont particulièrement significatifs. D'abord, lorsqu'il lui est demandé ce qui

l'intéresse, il répond : « La nature, les arbres, les rochers, l'eau… », puis il ajoute : « J'aime pas la population, euh la pollution ». Ensuite, les parents abordent sa jalousie vis-à-vis de son frère, qui est né 10 ans après lui, il a donc 2 ans. Ils ajoutent qu'eux-mêmes ont sûrement changé depuis l'arrivée de ce deuxième enfant, remarque qui fait dire à Benoît : « Ça veut dire que j'ai plus de parents ? » La question de cette naissance apparaît alors importante mais peu parlée dans la famille, semble-t-il, jusqu'à cette consultation. La parole de Benoît est particulière puisqu'elle sort à un rythme de mitraillette, en paquets quasi incompréhensibles, mais il répète volontiers pour se faire comprendre. Il est extrêmement tendu, comme souvent chez les enfants malentendants. Les conclusions de l'orthophoniste vont dans le sens d'un langage construit et développé mais systématiquement « conscientisé », c'est-à-dire demandant un effort ; en effet, jusqu'à 3 ans, la perte auditive a été totale, il est donc peu sûr de ses assises linguistiques. Un test d'efficience intellectuelle montre que, même si le traitement séquentiel de l'information est inférieur à ce que l'on est en droit d'attendre à cet âge, cette difficulté doit être mise en relation non pas avec l'acuité auditive qui est maintenant satisfaisante, mais avec un style cognitif qui s'est construit sur un trouble d'identité précoce autour d'un manque dans le réel du corps. Il utilise des moyens de défense qui lui évitent de trop souffrir de ce qu'il ressent comme des mises à l'épreuve.

Le début de cure individuelle est surprenant car, assez vite, Benoît exprime un mieux-être, même s'il s'endort pendant les deux premières séances : « Je suis transformé, je suis plus calme et même j'entends mieux. » À la troisième séance, il rapporte un rêve confus sur les dates des deux guerres avec l'Allemagne et associe sur le conflit entre son meilleur copain et lui séparés par les manigances d'une fille à laquelle ils s'intéressent tous les deux : c'est une lutte fratricide de places, de territoires, en écho probablement avec la rivalité douloureuse à son jeune frère. Dans une séance ultérieure, il remue beaucoup et s'aperçoit à la fin qu'il n'a pas branché son appareil : l'ambivalence vis-à-vis de sa surdité reste vive. Rapidement, les parents, surpris, rapportent une nette amélioration de son comportement, même les résultats scolaires sont meilleurs : « Il accepte mieux mes explications » dit le père ; « Il s'est pris en charge » dit la mère. Ils ont pris la mesure de la rivalité de Benoît vis-à-vis de son frère, et ils en parlent maintenant. Par ailleurs, les enseignants ont accepté de porter un petit micro spécial, ce qui améliore encore son audition et donc sa concentration.

Ce travail sur le corps de Benoît a été intéressant à plusieurs titres. D'abord il a mobilisé l'entourage autour du corps handicapé de ce préadolescent et autour de la jalousie avec ce jeune frère, né, lui, sans handicap. Ce garçon a aussi pu commencer à apprécier plus finement l'ambivalence face à son handicap et, partant, à envisager le deuil que cette surdité suppose dans le réel de son corps, notamment en acceptant d'utiliser dans la vie de tous les jours les outils qui lui permettent de mieux entendre. Enfin,

comme toujours dans ces cas, l'atténuation de l'état tensionnel défensif a favorisé un rapport plus simple, moins persécuteur avec les autres.

3.2. Relaxation et neurologie infantile

La relaxation thérapeutique est indiquée pour les enfants infirmes moteurs cérébraux (IMC) ou présentant des déficits plus ou moins systématisés, et manifestant des troubles importants du schéma corporel, d'autant plus que les perturbations neurologiques sont apparues à une période plus rapprochée de la naissance, que leur pathologie corresponde à une origine centrale ou périphérique.

Ce qui est en jeu dans la cure de relaxation, c'est avant tout la possibilité pour ces enfants d'éprouver leur corps dans son entier, en particulier la région siège du déficit et des contractions précisément dans des conditions qui ne sont pas celles de l'hypertonie ou de la tension fonctionnelle excessive, notamment dans la crispation des mains sur les cannes ou les appareillages divers ; blocages des muscles du dos ou des épaules, de l'abdomen, dans des attitudes figées, rendant toute démarche vers la liberté motrice impossible, c'est-à-dire finalement toute automatisation des mouvements, des gestes. On est frappé, pendant le déroulement de la cure, de constater combien ces sujets, habituellement bavards, très coopérants, et acharnés à leurs rééducations diverses, expriment leur satisfaction et leur étonnement à la découverte de plusieurs régions de leur corps jusque-là ignorées, oubliées, « comme mortes », ou bien ne correspondant à rien d'autre qu'à des mots, ou des formules très verbales et abstraites héritées de leurs rééducations. La découverte du schéma corporel, de l'articulation et du voisinage des diverses régions entre elles sous-tend à l'évidence, pendant que la cure avance, non seulement une mise en place, mais même, peut-on dire, une mise en forme du corps. On voit peu à peu l'éclairage se porter vers des zones d'ombre, inquiétantes régions inexplorées où les absences, les blessures et les manques interdisaient autre chose qu'un simple placage verbal ou mimique, et entretenaient toute une série de fantasmes dérivant de l'absence d'unité physique du sujet et de son morcellement fonctionnel. C'est ce travail incessant de comblement et de suture, dévolu à la tension tonique, que la cure de relaxation vient relayer et soulager, permettant une certaine scansion dans l'effet tonicomusculaire, et la mise en jeu de rythmes gestuels structurants et source de liberté du mouvement. En effet, la fonction tonique et la contraction musculaire ne sont plus seulement enchaînées à leur rôle d'étayer la posture et l'attitude ; de nouvelles formes fonctionnelles deviennent possibles,

et leur apprentissage peut être entrepris. D'ailleurs, les troubles si fréquents de l'équilibre chez ces enfants, et les phénomènes d'ordre phobique qui les accompagnent si souvent (en particulier phobies du regard) évoluent très positivement grâce à la relaxation.

Mais ce qui paraît central dans la prise en charge en relaxation de ces enfants, c'est la question du deuil. Elle est particulièrement vive dans le cas d'un déficit de la motricité, surtout si ce déficit est précoce, car les relations entre l'enfant et l'entourage peuvent en être tout de suite affectées et s'organiser précisément autour de ce manque.

En effet, le petit enfant embarrassé par sa motricité défaillante peut solliciter et intéresser sa mère et l'entourage par le regard, par le langage, en substituant à l'activité motrice en panne un système de suppléances, mais cela suppose que la mère – ou celle qui en tient lieu – ne soit pas déprimée et puisse toucher, jouer avec son bébé, lui parler, en parler, le regarder dans une relation où le plaisir a sa place.

On comprend que la survenue, dans le réel, de la pathologie, d'une lésion, d'une malformation, d'une aberration chromosomique, et la perte de fonction qu'elle entraîne viennent modifier du tout au tout le désir des parents, le discours, l'anticipation dans l'image, l'idéal, et fermer tout un pan du discours concernant cet enfant. C'est de cette double perte dans le champ de l'imaginaire et dans celui du symbolique que témoignent d'abord les troubles des fonctions, qu'elles soient motrices, sensorielles, ou dites supérieures.

La découverte du handicap chez l'enfant a été, la plupart du temps, accompagnée de prévisions plus ou moins alarmistes de la part des médecins, de risque de mort, d'angoisses de mort, de prophéties, de projections ou de vœux de mort dans la famille ; et aussi d'une grande culpabilité, chez les parents surtout : toutes choses qui viennent colorer de façon particulière le rapport à cet enfant handicapé. Il existe donc une perte autour de cette blessure corporelle, réelle, mais qui a des effets dans l'imaginaire et le discours de la famille, de l'école, de l'institution : blessure à réparer, à cacher, à compenser.

À ce sujet, J. Bergès (1997) insistait toujours sur la nécessité de faire un bilan de ce qui fonctionne, de ce que le patient a pu organiser de suppléances, de pratiques indirectes, de contournements du déficit, de passerelles, et non un bilan de ce qui ne fonctionne pas – qui aurait pour effet précisément d'arrêter toute anticipation dans la tête du consultant, dans celle de l'enfant et de l'entourage, et de stopper net toute possibilité d'évolution :

> Supposer au patient la capacité de faire une hypothèse, permet au praticien, quel qu'il soit, d'exercer lui-même son aptitude à inventer,

à découvrir dans les parties positives du bilan les ressorts cachés du dépassement de la défaillance.

Le risque serait donc que l'enfant présentant des troubles neurologiques ne soit qu'un objet d'étude, d'expérimentation, de déception et n'ait pas une place de sujet de facto.

N'est-il pas plus difficile d'anticiper ces enfants comme sujets, de leur donner une place symbolique, alors même que le réel du corps et de la lésion tient le devant de la scène ? N'est-il pas pour eux plus difficile aussi d'anticiper leur propre place de sujet, alors même qu'ils sont immobilisés dans leur motricité ? Ou bien, au contraire, cette panne neurologique obligatoire de leur activité motrice et souvent de l'articulation de la parole leur permet-elle un passage plus aisé, plus nécessaire aussi, à la pensée, à l'inventivité et à la créativité intellectuelle ?

La relaxation est souvent éprouvée par eux comme un moment de liberté, dégagé des contraintes, des douleurs et des limitations corporelles, moment où la pensée et le recours à l'image vont trouver leur place. Mais elle les confronte inévitablement à leur blessure corporelle incontournable : la question du deuil reste vive. J. Bergès (1997) l'a souvent soulevée pour les enfants IMC, leur famille et l'institution dans laquelle ils sont aidés : « anticipation démentie, promesse non tenue, hypothèse ruinée, espoir déçu » devant l'échec des rééducations, vers 9 ou 10 ans habituellement, au moment où l'enfant se rend compte de ce qui manque et va continuer à manquer.

Se combinent perte, blessure pour le patient qui se déprime et abandonne les interventions orthopédiques mises en place depuis l'origine ; douleur narcissique de la famille, jusque-là masquée par des espoirs de récupération ; frustration de l'institution porteuse du projet et de la stratégie, qui peut lâcher à ce moment-là. La dépression de chacun peut alors nécessiter l'intervention d'un tiers dans des entretiens thérapeutiques parallèles. Quant à la relaxation, elle permet à l'enfant d'éprouver et de mieux accepter la réalité de son corps. Mettre des mots, pouvoir penser à son déficit corporel sans interdit ni obtusion semble nécessaire à la relance du désir, à la circulation de la pensée, à la mise en place d'un projet pour le corps plus réaliste, peut-être plus limité, moins magique, mais qui serait véritablement celui de l'enfant, dans sa quête d'une place d'où il pourrait parler et désirer.

Chapitre 13
Troubles réactionnels

1. Traumatismes psychiques et relaxation thérapeutique – L. Bailly

1.1. Éléments psychopathologiques

Le traumatisme résulte de la confrontation d'un individu à un événement effrayant, choquant qu'il ne parvient pas à maîtriser. En d'autres termes, il s'agit du débordement du psychisme d'un sujet confronté à un événement qu'il ne parvient pas à symboliser.

Le traumatisme peut être compris comme l'effet de la déstructuration passagère du champ symbolique, produite le plus souvent par l'irruption du réel à l'occasion d'un événement accidentel extérieur au sujet. Le prototype de l'événement traumatogène est une rencontre du sujet avec sa propre mort. Toutefois, il existe des événements qui mettent en péril le champ symbolique par une attaque directe : attaque des lois, des croyances, transgression des tabous et attaque du langage lui-même.

1.2. Demande et offre de soins

Accidents, agressions, catastrophes, les enfants sont bien souvent les victimes d'événements potentiellement traumatiques, mais comme les adultes, ils n'en sont pourtant pas toujours traumatisés. L'inquiétude des parents, enseignants, médecins etc. peut parfois rendre complexe la demande de soins, et les entretiens préliminaires sont particulièrement importants. L'enfant peut en effet avoir traversé sans dommage l'événement, mais les parents sont rétrospectivement si choqués de ce qui aurait pu arriver qu'ils attribuent leur détresse à l'enfant. À l'issue de l'évaluation clinique, il apparaît alors que ce

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

sont les parents qui ont besoin de soins. La relaxation n'est donc pas proposée à l'enfant dans ce cas de figure, mais des entretiens pourront lui être offerts ainsi qu'à ses parents. L'enfant pourra mettre à profit ces séances pour dire combien la réaction de ses parents l'inquiète, et ce pour permettre d'éviter qu'il ne s'identifie le discours parental et n'en « devienne malade ». Ce type de réaction se rencontre particulièrement dans le cas où les parents n'ont pas assisté à l'événement critique et lorsque celui-ci est de nature sexuelle. Le mécanisme en cause pourrait se résumer de la manière suivante : « Je ne peux pas croire qu'il (elle) n'en soit pas affecté(e). »

Dans un deuxième cas de figure, l'enfant peut être décrit par ses parents comme bien portant après un événement particulièrement inquiétant. Il faut garder à l'esprit que la dénégation des symptômes de l'enfant n'est pas rare chez les parents d'enfants traumatisés. La dénégation semble à mettre en lien avec la culpabilité de ne pas avoir pu protéger leur enfant, la crainte qu'il ne soit affecté de manière durable par ce qu'il vient de vivre, et la peur d'entendre ce que celui-ci pourrait dire, dans des propos qui révéleraient de l'insupportable, du trauma. L'enfant tend alors à masquer ses symptômes pour protéger ses parents ou, plus rarement, pour se protéger lui-même de leur agressivité, s'il se plaint. Comme l'entourage familial, l'école va parfois réagir selon les mêmes schémas, ce qui pousse l'enfant à se taire et à se replier sur lui-même.

C'est enfin parfois l'institution (école, hôpital, pouvoir public, etc.) qui réclame à corps et à cris que l'enfant reçoive des soins. Cette demande « hystérique », puisqu'elle se substitue à celle de l'enfant ou de ses parents, ne préjuge en rien du besoin de soins. L'enfant doit donc être « évalué » comme tout enfant potentiellement traumatisé et la proposition de soins ou de non-intervention doit lui être restituée. Il n'est pas toujours aisé pour le clinicien de résister à la pression institutionnelle, surtout si celle-ci lui assigne une place héroïque.

1.3. La place de la relaxation thérapeutique dans le traitement des psychotraumatismes

La relaxation est un abord thérapeutique des conséquences cliniques des psychotraumatismes qui présente plusieurs avantages. Tout d'abord, la relaxation permet de réduire l'effet de la reviviscence de l'événement traumatique en atténuant la part somatique de la terreur éprouvée. La reviviscence est le symptôme central des pathologies traumatiques. Le sujet revit en cauchemars mais aussi

en pensées, durant l'éveil, l'événement qui l'a choqué (flash-back). Celui-ci s'accompagne de toutes les caractéristiques sensorielles propres à l'événement réel (images, sons, odeurs, etc.) ainsi que de la terreur éprouvée. Le corps réagit à cette terreur comme il l'a fait au moment de l'événement : rythme cardiaque accéléré, respiration rapide, « point » au creux de l'estomac, etc. Le cadre des séances de relaxation offre un lieu et un temps où ces réactions peuvent être pensées et où, si elles se produisent, le sujet se sait entouré, protégé mais aussi empêché de rester fasciné par la scène revécue ; il faut en effet « faire sa séance ». Au fur et à mesure des séances, bien souvent sans savoir comment, l'intensité mais aussi parfois la fréquence des épisodes de reviviscence diminuent.

La relaxation est un outil thérapeutique particulièrement efficace pour les enfants qui ont été exposés à un événement traumatique à un âge auquel leur langage était non ou peu développé (par exemple avant 2 ans). Dans ces situations, lorsque de la terreur est éprouvée, elle peut difficilement être exprimée sous une forme verbale satisfaisante. Elle est en quelque sorte mémorisée par le corps et se répète sous la forme d'éprouvés inquiétants. Ces éprouvés deviennent de plus en plus étranges pour l'enfant qui grandit et ne fait que rarement le lien entre ces sensations et ce qui lui est arrivé. En outre, il n'est pas rare que l'incident soit l'objet d'un secret familial et non dit à l'enfant. La relaxation permet à l'enfant de « s'apercevoir » de ce qui lui arrive, c'est-à-dire de ne pas être débordé, de ne pas devenir inquiet « sans savoir comment », mais de lier un état psychique à un éprouvé corporel. Cette « conscientisation » de la sensation la débarrasse largement de son effet néfaste et autorise le processus de perlaboration, même s'il est rare que l'enfant puisse retrouver la trace mnésique de l'événement. Il s'agit en général de la construction d'un discours sur le ressenti, fondé sur ce qui lui a été dit, sur des photos ; en d'autres termes, une symbolisation de l'imaginaire traumatique. Cette symbolisation ne peut se produire que si le sujet ne se trouve pas débordé par les sensations qu'il voudrait pouvoir affronter.

Les enfants traumatisés par des violences physiques ou sexuelles ont fait l'expérience de contacts physiques qui blessent. Ces éprouvés viennent défaire ce que le maternage avait construit. Le câlin est destitué au profit de l'anticipation de la douleur, de la colère ou de la honte. La relaxation thérapeutique implique le contact physique entre le thérapeute et l'enfant. La séance est l'occasion d'une réédition de ce à quoi l'enfant s'attend lorsqu'on le touche. Le contact dans la relaxation n'est ni caresse ni coup. Il

aide l'enfant à percevoir ce qu'il ressent ; l'autre de la relaxation est respectueux des lois et des tabous et s'en tient strictement aux règles de la séance. La nomination des parties du corps touchées vient dans toute séance faire point de capiton, et cela est particulièrement important chez les enfants pour lesquels des signifiants pathogènes (« idiot », « cochon », « traînée », etc.) ou absents (silence) sont venus perturber la cohésion même des parties du corps.

1.4. Considérations techniques

Il est important de ne commencer la relaxation que lorsque l'enfant et ses parents comprennent le plus clairement possible quel est l'objectif de ces séances ; qu'ils ont eu, et continuent d'avoir, la possibilité de parler au professionnel qui a proposé la relaxation. Si les séances de relaxation n'offrent ni aux parents ni à l'enfant un temps de discussion, ce silence peut être perçu par le sujet traumatisé et sa famille comme un évitement du trauma.

Le strict maintien du cadre thérapeutique est aussi particulièrement important car il peut être mis à l'épreuve par les puissants éprouvés d'angoisse de l'enfant et les tentations transgressives du thérapeute. En effet, la réalité de l'événement traumatique conduit parfois le thérapeute à modifier sa neutralité. Ce qui est parfois possible, voire souhaitable, au début d'une psychothérapie d'enfant traumatisé devient aisément catastrophique dans une thérapie de relaxation puisque la position du thérapeute ne se discute pas. Loin d'être rassurante, la place du thérapeute de relaxation peut alors devenir troublante, menaçante ou tout simplement inefficace.

Le thérapeute doit être à l'aise avec l'indication de relaxation et sûr de sa pratique. Il ne faudrait pas, par exemple, que par crainte de faire mal ou de susciter la gêne de l'enfant, il le mobilise différemment. Pour les traumatismes en général et dans le cas de traumatismes sexuels en particulier, la présence des autres enfants est rassurante et, dans la mesure du possible, des séances individuelles doivent être évitées. Enfin, pour des raisons médicolégales, il est parfois important que plus d'un thérapeute soit présent dans la salle où les séances se déroulent.

1.5. Conclusion

Il n'existe pas de traitement causal du psychotraumatisme, en ce sens que l'événement ne peut pas ne pas être survenu, ni ne pas

avoir été traumatique. Le trauma ne peut pas s'effacer complètement, il reste une trace, une cicatrice de cette rencontre. Les objectifs de la psychothérapie de relaxation des enfants victimes de traumatismes psychiques dépassent de loin la simple extinction de symptômes cibles. La relaxation aborde le trauma par les éprouvés corporels associés aux émotions intenses ressenties par la victime et offre une voie originale dans le processus d'élaboration progressive de l'expérience traumatique.

2. Illustration

Un adolescent, silencieux et déprimé, est venu en consultation accompagné de son père, qui relate le traumatisme.

Cas clinique

Pendant un an, Romain, 14 ans, a été l'objet d'attouchements de la part de son professeur de judo, auquel il était très attaché. Il n'en a rien dit à quiconque. Pendant les vacances d'été, il fait un séjour en colonie, partage la même chambre qu'un autre adolescent qui lui raconte une histoire identique avec un de ses professeurs de sport : cette « révélation » en miroir produit une crise d'angoisse majeure avec insomnie totale, agitation, au point d'amener ses parents en urgence récupérer leur fils à la colonie. Romain dévoile alors à ses parents la raison de ses manifestations d'angoisse ; ils rentrent chez eux, portent plainte contre le professeur de judo qui, convoqué par la police, meurt dans un accident de voiture en s'y rendant.

Romain arrive donc à la première consultation sidéré, en état de choc, laissant la parole à son père logorrhéique car choqué lui aussi. Des entretiens sont prévus par l'organisme qui nous l'adresse, et une relaxation parallèlement se met en place, en groupe. Romain y vient régulièrement, toujours silencieux mais de plus en plus présent et concerné par ce qui s'y passe : le corps, peu à peu, perd sa gangue tensionnelle protectrice et semble s'autoriser à exister autrement, à se déplier pendant la séance. Romain suit le déroulement normal de la cure et la généralisation ainsi que la respiration, comme souvent, lui permettent de reconnaître son corps comme existant, vivant, autrement que dans un plaisir interdit et coupable. Les nominations, les mobilisations de son corps par le thérapeute, « neutres » et identiques pour tous les participants au groupe de relaxation, l'installent peu à peu dans une identité d'adolescent, où le sexuel va progressivement trouver sa place d'une manière non traumatique cette fois. Romain devient souriant, « léger » dans sa manière de se présenter, comme « réhabilité », bien que toujours silencieux. Les

entretiens qu'il a en parallèle lui permettent d'élaborer ce qu'a représenté pour lui cet épisode « homosexuel ». Épisode « homosexuel » souvent observé à l'adolescence, mais qui pour Romain, d'une part avait été initié par un professeur, et d'autre part avait été rendu traumatisant du fait de la mort de ce dernier auquel la police allait demander des comptes.

Quand la cure de relaxation prend fin en même temps que l'année scolaire, Romain est sorti de sa dépression, il a pris une place d'adolescent « ordinaire ».

Conclusion

La relaxation thérapeutique n'est pas pour nous une simple technique, mais constitue pour l'enfant qui s'y engage, dans le lien au thérapeute, un travail sur l'expérience subjective du corps et, par là même, sur la personnalité tout entière.

Les nominations, les mots, le toucher, les mobilisations par le thérapeute permettent à l'enfant de trouver par son corps et pour son corps une place qui soit la sienne, questionnant l'aliénation à l'autre et affranchie des dépendances premières susceptibles d'entraver son individuation.

En même temps, dégagé de la contrainte tonicomotrice dans la séance, l'enfant peut expérimenter la mobilité de la pensée, le jeu avec l'anticipation, l'hypothèse et les images mentales.

Ainsi les indications sont-elles très larges, aussi bien les troubles psychomoteurs que les inhibitions intellectuelles, les migraines que les déficits neurologiques ; elles concernent à la fois le corps dans ce qu'il a de plus somatique, et la question du désir de savoir et de penser.

La relaxation thérapeutique ne nourrit pas l'illusion que le corps puisse devenir un tout solide à jamais ; elle pose sans cesse la question de ce qui vient à manquer, de la fragilité de ce que l'on appelle « l'unité corporelle ». L'originalité de la relaxation réside dans l'expérience que fait l'enfant de son corps hic et nunc, dans la répétition des séances, précisément à travers les mobilisations, les nominations et les mots du thérapeute, mots qui inscrivent le corps du côté du symbolique.

Comme nous l'écrivions dans l'édition précédente : « la relaxation jouerait non pas à la frontière du dedans et du dehors, non pas entre ce qui retient et ce qui se remplit, non pas entre l'intérieur et l'extérieur, mais à la frontière entre ce qui est et ce qui manque, en en rendant possible la symbolisation par la parole qu'elle donne au corps. »

Bibliographie

Ajuriaguera J. de (1974), *Manuel de psychiatrie de l'enfant*, Paris, Masson.

Ajuriaguerra J. de et Cahen M. (1960), « Tonus corporel et relation avec autrui. L'expérience tonique au cours de la relaxation. (Rapport au 1er Congrès de médecin psychosomatique de langue française, 8-9-10 juillet 1960, Vittel) », *Rev Méd Psychosomat*, t. II, n° 2, p. 89-124.

Ajuriaguerra J. de et Garcia-Badaracco J. (1953), « Les Thérapeutes de relaxation en médecine psychosomatique », *Presse Méd*, 4 mars, 61, n° 15, p. 316-320.

André-Thomas A.H. et Ajuriaguerra J. de (1949), *Études sémiologiques du tonus musculaire*, Paris, Flammarion.

Annequin D., Dumas C., Tourniaire B. et Massiou H. (2000), « Migraine et céphalées chroniques de l'enfant », *Revue Neurologique*, n° 156.

Barbot F. de, Henry Amar M., Meljac C. et Truscelli D. (1987), *Pour meilleure intégration scolaire des enfants IMC*, Rapport présenté à la Mire, décembre.

Bergès J. (1990), « L'Enfant non-lecteur et la lettre », *Traité de psychiatrie de l'enfant*, vol 2, n° 35, Paris, PUF, p. 230-232.

Bergès J. (1997), « Pathologie et blessure cérébrale », Conférence à l'Association d'entraide des polios et handicapés, 7 et 8 mars.

Bergès J. (2005), *Le Corps dans la neurologie et dans la psychanalyse. Leçons cliniques d'un psychanalyste d'enfants*, Ramonville-Saint-Agnes, Érès.

Bergès J. et Balbo G. (1994), *L'Enfant et la psychanalyse*, Paris, Masson.

Bergès J. et Balbo G. (1996), « Transitivisme, douleur et masochisme », in *L'Enfant et la psychanalyse*, 2e éd., Paris, Masson.

Bergès J. et Balbo G. (1998), *Jeu des places de la mère et de l'enfant. Essai sur le transitivisme*, Ramonville-Saint-Agnes, Érès.

Bradley L.A. et Alberts K.R. (1999), « Psychological and behavioral approaches to pain management for patients with rheumatic disease », *Rheum Dis Clin North Am*, n° 25 (1), p. 215-232.

CFTMEA-R 2000, *Nouvelle version de la Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent*, établie par R. Misès et N. Quemada, Paris, CTNERHI, 2002.

CIM-10 (1994), « Troubles mentaux et du comportement », in *Classification internationale des maladies*, 10e révision établie par l'OMS, Paris, Masson.

Degotardi P.J., Klass E.S., Rosenberg B.S., Fox D.G., Gallelli K.A. et Gottlieb B.S. (2006), « Development and evaluation of a cognitive-behavioral intervention for juvenile fibromyalgia », *J Pediatr Psychol*, n° 31(7), p. 714-723.

Diamantis I. (2003), *Les Phobies ou l'impossible séparation*, Paris, Flammarion.

DSM-II (1968), *Manuel diagnostique des troubles mentaux*, 2e éd. établie par l'American Psychiatric Association.

DSM-IV (1996), *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 4e éd. établie par l'American Psychiatic Association, trad. fr. sous la direction de J.-D. Guelfi. Paris, Masson.

Dupré E. (1925), *La Débilité motrice. Pathologie de l'émotivité et de l'imagination*, Paris, Payot.

Durand de Bousingen R. et Geissmann P. (1968), *Addendum à la troisième édition de l'adaptation française du training autogène de J. H. Schultz*, Paris, PUF.

Eccleston C., Yorke L., Morley S., Williams AcdeC. et Mastroyannopoulou K. (2003), « Psychological therapies for the management of chronic and recurrent pain in children and adolescents », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1.

Freud S. (1905), *Trois essais sur la théorie de la sexualité*, Paris, Gallimard, 1962.

Freud S. (1920), « Au-delà du principe du plaisir », in *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1968.

Gil K.M., Anthony K.K., Carson J.W., Redding-Lallinger R., Daeschner C.W. et Ware R.E. (2001), « Daily coping practice predicts treatment effects in children with sickle cell disease », *J Pediatr Psychol*, n° 26 (3), p. 163-173.

Gil K.M., Wilson J.J., Edens J.L., Webster D.A., Abrams M.A., Grant M., et al. (1996), « Effects of cognitive coping skills training on coping strategies and experimental pain sensitivity in African American adults with sickle cell disease », *Health Psychol*, 15 (1), p. 3-10.

Guilain G. et Molaret P. (1932), *Les Séquelles de l'encéphalite épidémique de Von Economo*, Paris, Douin.

Inserm (2005), *Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent*, Expertise collective.

Lacan J. (1964), *Séminaire XI. Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*, Paris, Le Seuil.

Lacan J. (1966), *Écrits*, Paris, Le Seuil.

Lavigne J.V., Ross C.K., Berry S.L., Hayford J.R. et Pachman L.M. (1992), « Evaluation of a psychological treatment package for treating pain in juvenile rheumatoid arthritis », *Arthritis Care Res*, n° 5 (2), p. 101-110.

Le Collectif « Pas de zéro de conduite pour les enfants de 3 ans ! » (2006), Ramonville-Saint-Agnes, Érès.

Lemaire J.G. (1969), *La Relaxation*, Paris, Petite Bibliothèque Payot.

Lemmel G. et Meljac C. (1999), *Manuel de l'UDN-II. Construction et utilisation du nombre*, Paris, ECPA.

Lenoble E., Bergès-Bounes M., Calmettes S. et Forget J.-M. (2005), « L'Inserm sème le trouble », *Le Monde*, 4 octobre.

Mazeau M. (2005), *Neuropsychologie et troubles des apprentissages*, Paris, Masson.

Oppenheim D. (1999), *Ne jette pas mes dessins à la poubelle. Entretiens avec Daniel, traité pour une tumeur cérébrale entre 6 et 9 ans*, Paris, Le Seuil.

Oppenheim D. (2003), *Grandir avec un cancer. L'expérience des enfants et des adolescents traités pour un cancer*, Issy-les-Moulineaux, De Boeck.

Pauli L., Nathan H., Droz R. et Grize J.-B. (1990), *Inventaires piagétiens. Les expériences de Jean Piaget*, Paris, ECPA.

Préneron C., Meljac C. et Netchine S. (1994), *Des enfants hors du lire,* Paris, Bayard–Inserm–CTNERHI, 1995.

Schultz J.H. (1968), *Le Training autogène*, Paris, PUF.

Stamback M., L'hériteau D., Auzias M., Bergès J. et Ajuriaguerra J. de (1964), « Les Dyspraxies chez l'enfant », in *Manuel de psychiatrie de l'enfant*, Paris, Masson.

Uman L.S., Chambers C.T., McGrath P.J. et Kisely S. (2006), « Psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents », *Cochrane Database Syst Rev*, n° 18 (4).

Van Hout A., Meljac C. et Fischer J.-P. (2005), *Troubles du calcul et dyscalculies chez l'enfant*, 2e éd., Paris, Masson.

Wallon H. (1925), *L'Enfant turbulent*, Paris, PUF, 2e éd. 1984.

Wallon H.(1934), *Les origines du caractère chez l'enfant - Les préludes du sentiment de personnalité*. Paris, Boisvin. Réédition : Paris, PUF, 2002.

Winnicott D.W. (1958), *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1989.

Youssef N.N., Rosh J.R., Loughran M., Schuckalo S.G., Cotter A.N., Verga B.G., Mones R.L. (2004), « Treatment of functional abdominal pain in childhood with cognitive behavioural strategies », *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, n° 39 (2), p. 192-196.

Index

A

Activité imageante 32
Adolescent(s) 20, 23, 27, 33, 46, 48, 50, 113, 155, 156, 171, 174, 177, 194
Adulte 25, 35, 47, 52, 54
Ajuriaguerra (J.de) 63, 67, 100, 109
Aliénation 75, 80, 121, 95, 195
André-Thomas (A.H.) 63
Anticipation 76, 79, 80, 91,127, 133
Apprentissage 81, 100
Asthme 43, 139, 143, 158
Autonomie 28, 40, 53, 55, 70, 81, 95, 104, 108, 155, 163, 164

B

Badarracco (J.) 67
Bégaiement(s) 44, 54, 94, 117, 134
Bergès (J) 13, 76, 77, 78, 79, 100, 102, 103, 105, 111, 112, 131, 132, 133, 141, 155, 184

C

Cahen (M.) 67
Chaleur 14, 46
Concentration VI, 21, 24, 70
Crise-tonico-émotionnelle 41, 66, 100

D

Débilité motrice 63
Débordement (par le fonctionnement) 78
Demande 4, 5, 55, 58, 60, 80, 83, 91, 164
Deuil(s) 60, 150, 184, 185
Dialogue tonique 67
Douleur(s) 83, 152, 175, 176
Dupré (É.) 63, 64
Dyscalculie 121, 136
Dyslexie 121, 128
Dysorthographie 121
Dyspraxies 66

E

École 125
Écriture 114, 117, 141
Endormissement, sommeil 44, 57, 59, 66, 103, 115, 157
Enquête épidémiologique 153
Érotisation 48
État tonique 30
Étude(s) randomisée(s) 155,168
Évaluation 11, 170
Expression verbale 53

F

Fonction tonique 63, 65, 66, 67, 183

G

Groupe 15, 16, 73, 94, 161

H

Hyperactivité 23, 59, 60, 99
Hypotonie 68
Hypertonie 183

I

Image(s) VI, 9, 21, 24, 29, 32, 39, 51, 69, 72, 73, 104, 173, 175, 177, 178, 181
- de calme 25
- suggérées 72
- du corps 32, 73, 172, 173, 175, 177, 178, 181
- mentales VI, 104

Imitation 75, 80, 104
Instabilité 26, 41, 54, 57, 59, 71, 99, 100

L

Langage 66, 94, 125, 141, 163
– retards (du) 65, 125, 163
Lecture 126, 128, 129
– non lecteur 126, 128, 129
Lemaire (J.G.) 67

M

Masturbation 165
Médicaments 6, 7, 57, 101, 102, 118, 155, 158, 168, 170, 172, 179
– *Ritaline* 101, 102
– *Temesta* 6
– *Béclamide* 6
Miroir 77, 78, 79, 80, 81, 95, 100, 104
Mobilisation 67
Mort 23, 59, 80, 84, 103, 113, 134, 151, 152, 163, 175, 176, 179, 184, 189

N

Nomination 9, 27, 32, 33, 59, 69, 72, 73, 75, 78

O

Origine 65, 66, 103, 112

P

Palpation 67
Paratonie 63, 64, 75, 99
Parents 4, 30, 54, 55, 60, 91, 127, 172, 174, 176, 184, 189
Parole 96
Posture 7, 35, 36, 41, 50, 67, 68, 71, 78, 79, 167, 183

R

Regard(s) 23, 60,69, 73, 79, 81, 100, 102, 104, 144
– non regard 104
– regarder 18, 80
Remédiation V, 92, 96, 133, 138, 139
Représentation(s) 10, 24, 28, 32, 52, 72, 75
Résolution tonique 64, 65, 103, 157
Respiration 25, 42, 45, 74, 134, 140

S

Savoir 124, 129
Schéma corporel 29
Schultz (J.H.) 9, 13,14, 40, 43, 47, 51
Sexualité 34, 69, 84, 116, 174, 177, 181, 190
Sommeil, endormissement 44, 57, 59, 66, 103, 115, 157
Stress 154, 168
Suggestion 9, 39, 40, 42, 72
Sujet 10, 32, 79, 82, 123, 142, 185
Symbolisation 81, 104, 143

T

Théories sexuelles infantiles 116, 124
Tonus 127, 157
– dialogue tonique 67
– état tonique 30
– fonction tonique 63, 65, 66, 67, 183
Toucher 9, 23, 27, 31, 33, 145
Training autogène 13
Transfert 5, 7, 9, 11, 47, 67, 70, 73, 77, 94, 95, 96, 104, 161

V

Verbalisation 10, 150

W

Wallon (H.) 66, 67, 100
Winnicott (D.W.) 124