

La psychomotricité et le sujet adulte : quand le trouble psychomoteur est passé au travers des mailles

Psychomotor therapy and adults

Patricia ABEILHOU, Psychomotricienne, 35 Bis Avenue du Breuil, 81000 Albi

RESUME

La nécessité d'une approche pluridisciplinaire des sujets est aujourd'hui reconnue et de plus en plus développée. La demande d'une intervention en psychomotricité auprès des patients s'inscrit dans cette démarche. Le plus souvent, le psychomotricien complète la prise en charge bio-psycho-sociale, par l'entraînement des sujets à des techniques de relaxation, le traitement de troubles psychomoteurs spécifiques, en proposant et en participant à des activités physiques et corporelles.

Par contre, il semblerait qu'en l'absence de pathologies psychiatriques et/ou neurologiques graves, l'on accorde encore peu d'attention à l'existence éventuelle de troubles psychomoteurs chez le sujet adulte.

Or, l'influence de tels troubles, souvent présents dès l'enfance et non pris en compte, sur la mise en place par le sujet, de modes de fonctionnement particuliers, ne peut être négligée. En effet, ils contribuent à diminuer les capacités d'adaptation et peuvent aussi expliquer la résistance consciente ou inconsciente du sujet à modifier ses schémas cognitifs et ses comportements.

Le psychomotricien, en révélant ces troubles, prend part activement au diagnostic, aide à fixer des objectifs réalistes et à orienter les modalités thérapeutiques.

MOTS CLES : Troubles psychomoteurs, sujet adulte, mécanismes cognitifs, neuropsychologie, troubles d'apprentissages.

L'exposé qui va suivre a été motivé par des cas cliniques et les problèmes posés par certains patients adultes depuis un peu plus d'un an.

Introduction

L'évolution dans le sens d'une meilleure connaissance de la psychomotricité, l'intérêt pour l'aide et l'amélioration de l'état du sujet que cette approche peut apporter s'est traduite en pratique par un élargissement des modalités et du champ d'intervention "autorisés" aux psychomotriciens dans le cadre de la prise en charge multimodale et plurifactorielle des sujets adultes.

Cette évolution, nous la retrouvons tant dans le cadre d'une activité en libéral que dans les centres qui nous emploient.

Lorsque l'on a affaire à des patients qui ne présentent pas de troubles neurologiques ou psychiatriques majeurs, il est difficile au premier abord d'envisager la possibilité ou même la nécessité d'une intervention psychomotrice spéci-

que, si ce n'est par l'apprentissage et l'entraînement de ces patients à la relaxation et aux techniques d'autocontrôle

Assez rapidement cependant, une approche plus dynamique, plus spécialisée auprès des patients, tant au niveau de leur perception que de l'utilisation de leur corps s'est avérée souhaitable.

Les troubles que nous avons alors le plus souvent été amenée à traiter sont : des troubles de l'image corporelle, des tics, des troubles du contrôle émotionnel, de l'élocution, de la régulation tonique et de la motricité globale en général.

Nos interventions se sont ainsi trouvées diversifiées, élargies, tout en restant spécifiques à notre fonction de psychomotricien.

De par l'observation plus fine qui a pu être ainsi faite de l'ensemble des patients, il est apparu qu'un nombre plus élevé qu'on ne l'aurait supposé présente des troubles psychomoteurs.

Ceux-ci, plus ou moins marqués, plus ou moins apparents, sont quelques fois "camouflés" par des mécanismes de "compensation"

malheureusement pas toujours adaptés, mis en place consciemment ou inconsciemment par les sujets eux-mêmes.

Parallèlement, nous avons aussi été amenés à faire le lien avec d'autres difficultés présentées par certains patients, à la fois, sur le plan cognitif, comportemental et lors d'apprentissages de nouvelles techniques.

Il est important de reprendre ici quelques notions concernant les techniques cognitivo-comportementales, la neuropsychologie et les mécanismes attentionnels, notions qui nous paraissent essentielles et utiles pour une meilleure approche psychomotrice des patients adultes et auxquelles il est fait régulièrement référence dans notre pratique quotidienne.

Mécanismes cognitifs et thérapies cognitivo-comportementales

Les thérapies cognitivo-comportementales appliquent les théories de l'apprentissage et tentent de déterminer les mécanismes par lesquels un comportement est acquis. Elles prennent en compte l'incidence de mécanismes cognitifs tels que les pensées, croyances, images, sur la façon d'agir ou de réagir. Ces capacités cognitives conditionnent pour une large part les possibilités d'apprentissage (Van Rillaer, 1994).

Beck, dans les années 70, a identifié un certain nombre de distorsions cognitives, distorsions qui seraient dues à l'incapacité du sujet à percevoir correctement l'information.

Le courant cognitif accentue l'idée que le sujet est capable de s'organiser et de changer par lui-même, du moins s'il dispose des informations adéquates (Van Rillaer, 1992).

Les procédures d'auto-contrôle, mécanismes auxquels les thérapies cognitivo-comportementales accordent beaucoup d'importance, sont des techniques qui consistent à développer les compétences cognitives et comportementales nouvelles, incompatibles avec l'anxiété, la tension nerveuse et les comportements inadaptés, habituellement (ou jusque là) présentés par le sujet (la relaxation, le contrôle émotionnel font partie de ces techniques d'autocontrôle).

La généralisation et le maintien des modifications comportementales obtenues pendant la thérapie doivent être facilités. Il ne s'agit pas d'apporter au patient des solutions toutes faites, mais de lui enseigner des stratégies utilisables de façon autonome, dans une large diversité de situations (Leveau et Véra, 1990 ; Van Rillaer, 1992). C'est une des raisons pour lesquelles on préfère utiliser actuellement les termes de gestion de soi et de techniques de résolution de problème (Van Rillaer, 1994).

Un des principes fondamentaux sur lequel sont fondées les thérapies cognitivo-comportementales est que la grande majorité des comportements se développe par apprentissage. Les divers comportements d'autogestion ne font pas exception à la règle. Ils s'apprennent par essais et par erreurs, dans des contextes variés, en fonction de leurs conséquences positives ou négatives. Ils nécessitent un entraînement régulier, répété, des efforts soutenus et l'acceptation que le changement s'opère progressivement en sachant qu'il est plus facile et moins contraignant de maintenir ses habitudes que de s'astreindre à les modifier (cf. la relaxation).

La réussite du changement de conduites dépend étroitement du degré d'implication personnelle du sujet. Ces changements se maintiennent d'autant mieux à travers le temps, que la personne les attribue

au développement de ses propres capacités.

Nous abordons ici une autre notion fondamentale dans l'épanouissement du sujet : la notion d'estime de soi. La perception de soi est un facteur qui joue un rôle important dans le changement, dans la mesure où le sujet se considère capable ou non d'émettre un comportement et pense que ce comportement aboutira ou non à un résultat (Bandura, 1977).

S'il n'y a pas d'attente d'efficacité, il n'y aura pas de comportement : "Ce n'est pas la peine, je n'y arriverai pas, je ne suis pas capable ..." et finalement "je ne veux pas le faire", "à quoi ça sert?". Si on arrive à modifier l'idée que le sujet se fait de lui-même, il va se sentir plus à l'aise, être plus actif et donc se mettre dans des situations où il pourra être revalorisé.

Mécanismes cognitifs et neuropsychologie

Depuis une vingtaine d'années nous observons une interaction de plus en plus soutenue entre la neurologie clinique et la psychologie cognitive contemporaine.

La neuropsychologie, autre science qui s'intéresse aux mécanismes cognitifs, entend par fonctions cognitives, la faculté d'utiliser et de coordonner des capacités telles que la perception, le langage, la motricité, la mémoire et la pensée (Mac Carthy et Warrington, 1994). Cette définition un peu différente de celle donnée par les thérapeutes cognitivo-comportementalistes (TCC) se rapproche davantage des capacités cognitives telles que nous les envisageons en psychomotricité.

La mise en évidence de déficits sélectifs ou de préservation sélective de systèmes particuliers de traitement de l'information a permis d'analyser les composantes de capacités complexes telles que la percep-

tion de l'espace, la motricité volontaire, la mémoire, la résolution de problèmes

Les données neuropsychologiques ont également permis de comprendre la manière dont ces composantes s'organisent et sont reliées les unes aux autres.

Après la neurologie, les TCC et la neuropsychologie, est apparu le terme de neuropsychologie cognitive, terme qui recouvre l'analyse des fonctions cognitives qui résultent d'une atteinte cérébrale, elle emprunte à la fois à la neurologie et à la psychologie cognitive. Elle s'intéresse à l'organisation de certaines capacités, leurs relations mutuelles et à la manière dont ces capacités sont mises à profit dans la vie quotidienne, afin d'atteindre un but donné ou de résoudre un problème (Mac Carthy et Warrington, 1994). La conception de stratégies nouvelles va consister à produire un projet adapté au problème rencontré.

Sur le plan clinique, certains patients rencontrent des difficultés lorsque leurs routines cognitives habituelles ou automatiques ne suffisent pas à accomplir la tâche demandée. Paradoxalement, les aléas de la vie quotidienne mettent souvent mieux en évidence ces difficultés que les test d'intelligence qui font partie de l'examen clinique. En effet, certains patients qui réussissent ces test peuvent néanmoins avoir de profondes difficultés à réfléchir ou à contrôler leurs comportements lorsqu'ils sont confrontés à une situation qui leur demande d'inventer des actions inédites.

La résolution de problèmes est une activité difficile qui fait appel à de nombreuses capacités cognitives.

Attention et troubles de l'apprentissage

Dans le n°23 d'Evolution Psychomotrices, le Dr D.Feldman dé-

crit le fonctionnement des processus cognitifs qui sous-tendent l'acquisition de nouvelles informations et les apprentissages.

Il précise que ces mécanismes dépendent d'un niveau attentionnel concentré et soutenu ainsi que d'une mémoire de travail suffisante pour l'engrammation de ces informations.

Il souligne très justement l'attention particulière que le psychomotricien accorde à ce type de troubles.

Psychomotricité et mécanismes cognitifs : le lien entre psychologie cognitive et neuropsychologie

Dans leur livre intitulé *La neuropsychologie cognitive*, les auteurs, Mc Carthy et Warrington, posent le problème suivant : "Dans ce domaine de recherche pluridisciplinaire, les concepts de la psychologie cognitive sont rarement familiers à ceux qui abordent la relation entre cerveau et comportement dans une perspective neurologique ou physiologique. De même, les questions neurologiques peuvent, elles, représenter des difficultés à ceux qui n'ont été formés qu'en psychologie cognitive expérimentale."

Dans la pratique, nous avons nous aussi été amenés à considérer ce problème et faire le lien entre ces deux domaines (neuropsychologie et psychologie cognitive), qui s'intéressent l'un et l'autre aux mécanismes cognitifs.

Signes d'appel, analyse

Les patients auprès desquels nous intervenons bénéficient le plus souvent d'une prise en charge multimodale de type cognitivo-comportemental.

Certains de ces patients présentent des difficultés lors de l'apprentissage de diverses techniques dont la relaxation.

Ces difficultés se manifestent par de l'instabilité, de l'impulsivité, des difficultés à se concentrer, à se rappeler des consignes ou à les exécuter correctement.

Lorsque les troubles sont présents, cela se traduit, parfois, par des difficultés majeures d'apprentissage de la relaxation qui aboutissent assez souvent à une diminution de l'intérêt pour cette technique allant parfois jusqu'à l'arrêt de entraînement et de la pratique de la relaxation sans aide, pénalisant les autres modalités du traitement dont la relaxation est la base.

De leur côté, les psychologues sont eux aussi mis en difficulté par ces patients dont les résultats aux test psychométriques et de personnalité ne sont pas perturbés et dont l'échec à d'autres types d'épreuves ne peuvent être mis sur le compte ni d'une forte anxiété, ni d'une mauvaise maîtrise émotionnelle ou d'un manque de compréhension.

Les tâches diverses et quotidiennes qui leurs sont demandées ne sont souvent réalisées que partiellement, elles demandent beaucoup d'efforts tant de la part du patient qui a du mal à s'organiser et se mettre au travail, que des thérapeutes qui doivent le stimuler et solliciter sa participation. Bien évidemment, cette participation active, nous devons la rappeler régulièrement à une majorité de patients. Mais ce qui diffère dans le cas des patients qui nous intéressent ici, c'est que l'on n'a pas vraiment l'impression qu'ils remettent en question la méthode de travail. Souvent ils ont essayé, fait un effort, mais ils n'arrivent pas à travailler seuls.

Lorsqu'on leur pose la question : "pourquoi n'avez vous pas fait ce qui vous a été demandé, pourquoi ne vous entraînez vous pas à la relaxation (par exemple)", ils répon-

dent : "je n'y arrive pas, je ne me rappelle pas des consignes, ça m'énerve, de toute façon j'ai toujours été comme ça, ce n'est pas maintenant que ça va changer et puis à quoi bon ?".

Lors d'une vérification des capacités de maîtrise de leur détente au cours d'une relaxation individuelle, où nous utilisons parfois des appareils de bio-feed-back GSR (réponse électrodermale, conductivité de la peau), effectivement, les résultats sont convaincants et confirment les difficultés exposées.

Ce que nous constatons et qui nous inquiète, c'est que ce mode de fonctionnement nous le retrouvons au cours de la plupart des activités proposées, remettant ainsi en question les autres possibilités d'apprentissage et réduisant les perspectives de changement.

Ce que l'on retrouve également assez souvent, chez ces sujets c'est une anticipation négative des résultats, une attente d'efficacité personnelle faible et parfois même nulle, "ça a toujours été comme ça", "ce n'est pas maintenant que je vais pouvoir changer". Lorsqu'on leur demande des précisions sur leur enfance, nous apprenons l'existence de difficultés lors des apprentissages scolaires, des problèmes d'attention, de concentration, de lenteur, des difficultés pour écrire, problèmes qui parfois les ont conduits à consulter un spécialiste (psychiatre, psychologue, ou orthophoniste, mais jamais de psychomotricien à l'époque !).

La plupart se sont débrouillés un peu comme ils ont pu, mettant en place souvent inconsciemment des moyens d'action pour pallier à ces déficits et quelques fois pour les camoufler, "pour pas que les autres s'en rendent compte", utilisant parfois même, des moyens de défense primaires tels que la pitrerie, le refus ou encore la colère lorsque nous insistons lors de la passation d'un test.

Hypothèse - évaluation

L'hypothèse de l'existence d'un dysfonctionnement cérébral a minima nous a paru pour quelques cas envisageables. Nous avons donc poursuivi un peu plus avant nos investigations, en leur faisant passer quelques épreuves spécialisées dans le dépistage de ce type de déficits (je précise que nous n'avons pas fait passer de bilan complets à proprement parlé).

Les résultats aux test se sont avérés positifs et significatifs d'un dysfonctionnement.

Ces épreuves, nous les avons faites passer pour plusieurs raisons :

- Premièrement pour vérifier si notre hypothèse était juste.
- Mais la raison essentielle était de faire prendre conscience au sujet de ce fonctionnement particulier qu'il avait mis en place.
- Le but était aussi de modifier la perception que le sujet a de lui même et de son "handicap", en re précisant l'origine du trouble (dysfonctionnement cérébral a minima, trouble de l'intégration centrale de l'information), lui faire entrevoir des possibilités de changement, avec l'aide d'autres techniques plus efficaces et plus adaptées qui lui permettront de faire face à de nombreuses situations.

Il est important, de faire prendre conscience au sujet que les possibilités de changement existent, que cela ne pourra se faire sans une participation active de sa part mais à laquelle nous nous associerons.

Stratégies thérapeutiques

Il est aussi essentiel de rappeler au sujet que les bénéfices ne seront pas immédiats, cela dépendra

d'une part du temps qu'il consacra à l'entraînement personnel et à la pratique régulière. D'autre part, il n'est pas complètement démuné, il possède certainement des habiletés de base qu'il suffit de réactiver avec notre aide et d'apprendre à les utiliser au mieux.

Après avoir expliqué les nouvelles techniques à apprendre, leurs indications et les principes d'utilisation, nous sommes passés à la phase entraînement et de mise en pratique des procédés d'auto-contrôle (respiration contrôlée pour le contrôle émotionnel, d'auto-instruction et de guidage verbal pour les troubles de l'attention, techniques du délai de réponse pour la maîtrise de l'impulsivité, etc ...), techniques que nous avons associés aux techniques de résolution de problèmes et à la relaxation dont la maîtrise joue un rôle important pour arriver à utiliser, dans les meilleures conditions possibles, les autres procédés.

Les résultats

Concernant les résultats, actuellement, peu de patients ont pu bénéficier d'un traitement spécifique de ces troubles. Nous avons donc peu de recul et de moyens d'analyser, pour l'instant, ces résultats.

Toutefois, les changements et l'amélioration observés chez les quelques patients qui ont pu en bénéficier, sont encourageants et nous espérons que l'attention que l'on va accorder au dépistage "précoce" et à la prise en charge spécifique de ces troubles va se développer.

Conclusion

L'avantage de l'intervention du psychomotricien dans ce type d'approche est multiple.

- De par sa connaissance d'un certain nombre d'épreuves, il a à sa

disposition des moyens simples de révéler ce type de déficit.

- Nous l'avons vu aussi plus haut, ces déficits sont rarement mis en évidence par les examens psychologiques habituels, mais s'actualisent souvent dans des activités quotidiennes. En tant que psychomotriciens, nous avons donc plus facilement la possibilité non seulement de les détecter au cours des séances que nous animons (relaxation, activités corporelles dynamiques).
- Mais au delà du dépistage, nous donnons aussi au patient l'occasion d'acquérir et d'expérimenter concrètement, les nouveaux procédés,

en situation, toujours au cours des séances ou bien en leur demandant de réaliser certaines tâches,

- Ce qui également permet au sujet d'avoir un feed-back immédiat sur son action et ses capacités d'auto-gestion nouvellement acquises, ce qui va l'encourager et renforcer son sentiment d'efficacité personnelle.

Ainsi, l'intervention en psychomotricité, non seulement éclaire et complète la prise en charge, mais elle rend aussi possible la progression de l'approche psychologique qui se trouvait bloquée par la présence de ces troubles. ■

SUMMARY

The necessity of a subject's varied approach is today recognized and more developed. The request of a psychomotor intervening on patients appears in this approach. More often than not, the psychomotor therapist completed the work bio-psycho-social by relaxation training, specific therapy on psychomotor disorders with physical and body activities.

On the other hand, it seems, in absence of serious psychiatric or neurological illness, we grant a little care to possible psychomotor difficulties in adults.

But the effect of such troubles, often real in childhood and not healed cannot be neglected. So, they contribute to reduce the adaptation skills and can explain the subject's conscious or unconscious resistance to change his cognitive and behavioral schemata. The psychomotor therapist, by pointing out these disorders, is active in diagnosis and therapy.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBARET J.M.**, Neuropsychologie du mouvement et thérapie psychomotrice : de l'art de la rétroaction, *Evolutions Psychomotrices*, 1992, 16, 17-27.
- AZAÏS F.**, Cognition et émotion : le problème de la séquence, *Synapse*, 1993, 101.
- BANDURA A.**, *L'apprentissage social*, Liège : Edition Mardaga, 1976.
- BESANÇON G.**, Corps et émotions : psychosomatique, pensée opératoire et alexithymie, *Synapse*, 1993, 102.
- MAC CARTHY R.A. et WARRINGTON E.K.**, *Neuropsychologie cognitive, une introduction clinique*, Paris : PUF, 1994.
- COTTRAUX J.**, *Les thérapies cognitives*, Paris : Edition Retz, 1992.
- FELDMAN D.**, Attention et troubles de l'apprentissage, *Evolutions Psychomotrices*, 1994, 23, 4-9.
- LAPASSET J.A., FRANC P.**, Modifications cognitives en rééducation psychomotrice des troubles dépressifs, In *Entretiens de Bichat 1993*, Paris : Edition E.S.F., 1993, 71-79.
- VAN RILLAER J.**, *La gestion de soi*, Liège : Edition Mardaga, 1992.
- VAN RILLAER J.**, La gestion de soi dans la perspective comportemental, *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 1994, 4, 3.
- VERA L. et LEVEAU J.**, *Thérapies cognitivo-comportementales en psychiatrie infanto-juvénile*, Paris : Masson, 1990.

Texte présenté au congrès "Vingt après", Poitiers, 12 novembre 1994.