

La psychosomatique intégrative : une dimension indispensable à la thérapie psychomotrice

Mounia Omrana

► **To cite this version:**

Mounia Omrana. La psychosomatique intégrative : une dimension indispensable à la thérapie psychomotrice. Psychologie et comportements. 2010. dumas-00806228

HAL Id: dumas-00806228

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00806228>

Submitted on 29 Mar 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE PIERRE ET MARIE CURIE, PARIS VI
SERVICE FORMATION CONTINUE

DIPLOME UNIVERSITAIRE
DE
PSYCHOSOMATIQUE INTEGRATIVE
"Médecine, Psychanalyse et Neurosciences"

Pr. Jean-François ALLILAIRE
Pr. Marc Olivier BITKER
Pr. Jean Benjamin STORA

**La Psychosomatique Intégrative : une dimension
indispensable à la Thérapie Psychomotrice**

**Mémoire de psychosomatique
présenté par Mlle OMRANA Mounia**

**Jury du vendredi 1er Octobre 2010
Faculté de Médecine La Pitié-Salpêtrière**

*Merci à Monsieur le Professeur Jean-Benjamin Stora,
Merci de m'avoir ouvert les portes de votre Enseignement. Ce n'était pourtant pas gagné d'avance : j'étais jeune diplômée. C'est grâce à votre confiance, à votre soutien, votre patience et à votre générosité que j'ai pu progresser et achever ce mémoire. J'ai encore beaucoup de progrès à faire, mais je vous remercie de m'avoir montré le chemin. J'espère que je saurai en faire profiter mes patients, et continuerai de profiter de Votre Enseignement.*

Merci à mes parents, pour tout...

Résumé :

La psychomotricité est une thérapie à médiation corporelle. Le corps en relation, son vécu et son appréciation, dans l'espace et le temps, est au centre de la prise en charge. Elle vise l'investissement et le réinvestissement corporel dans le champ relationnel. Il n'est pas question du mouvement pour lui-même mais surtout de ce qu'il va mobiliser en terme affectif et perceptif. On ne peut donc s'intéresser au corps sans s'intéresser au psychisme du patient. Celui-ci se construit même à partir du corps, un corps qui est porté, protégé, nourri et parlé par une Mère. Ainsi, corps et psychisme sont deux réalités dépendantes l'une de l'autre, et qui font l'unité même du sujet.

Lorsque le corps est atteint, cela a automatiquement des origines et des répercussions psychiques et vice-versa. L'homme étant un être psychosomatique. Comment alors soigner ce corps sans écouter son état psychique ? Comment écouter notre patient sans prendre en considération son vécu corporel ?

Des expériences personnelles m'ont amenée très jeune, à me demander comment les personnes atteintes de maladies graves arrivent à gérer les bouleversements que cela peut avoir sur leur corps. J'ai toujours été frappée par cette force « morale » et leur manière de rester digne, jusqu'au bout. C'est en m'intéressant au corps et au vécu de patients atteints de maladies graves et à l'intégrité du sentiment de dignité, dans le cadre de mes études de psychomotricienne, que j'ai pris conscience du lien entre les différents événements de vie et la maladie en elle-même. Celle-ci a un sens. Le corps parle ce que la voix ne peut exprimer.

La psychomotricité, par l'intermédiaire de médiations corporelles telles que la relaxation, invite le sujet à se recentrer sur lui-même, sur son corps. Il s'agit d'un espace virtuel, une « aire de jeu » selon Winnicott, dans laquelle patient et psychomotricienne peuvent régresser ensemble dans un temps de langage corporel, préverbal. Par l'intermédiaire du toucher, le psychomotricien propose un réenveloppement corporel, mais aussi un « bain de parole ». Il peut alors être perçu comme un objet maternel. Le patient peut alors reprendre contact avec son corps, mieux percevoir ses limites, et donner du sens à son vécu, à ses émotions, et s'autoriser la rêverie.

Par l'intermédiaire de deux cas de patients rencontrés dans des contextes totalement différents, ce mémoire a pour but de montrer comment la Psychosomatique Intégrative m'a permis d'évoluer dans ma pratique de psychomotricienne. J'ai évidemment encore énormément de travail à fournir et de progrès à faire, mais je suis de plus en plus surprise du peu de place accordé à l'enseignement de la Psychosomatique en général, particulièrement dans la formation de Psychomotricité.

Sommaire

RESUME

INTRODUCTION

PARTIE 1

1- CAS CLINIQUE : Monsieur B. Bernard	10
1.1- Présentation du Patient.....	10
1.2- Anamnèse et Rencontre	10
1.3- Examens complémentaires.....	13
1.4- Traitements.....	13
1.5- Autres prises en charge	13
1.6- Observations Psychomotrices	14
1.7- Projet thérapeutique en Psychomotricité.....	15
1.7.1- Diminution des angoisses.....	15
1.7.2- Accompagnement dans la fin de vie et renforcement du sentiment de dignité	15
1.7.3- Travail sur la douleur et le schéma corporel	16
1.8- Déroulement de la première séance	16
1.9- Evolution de la Prise en Charge	18
1.10- Quelques Remarques.....	19
1.11- Evaluation Psychosomatique de Monsieur B.....	19
AXE 1A :.....	19
AXE 1B :.....	21
AXE 1C :.....	21
AXE 2A :.....	22
AXE 2B :.....	22
2.1- Présentation de la patiente :.....	24
2.2- Anamnèse :.....	24
2.3- Examens complémentaires.....	27
2.4- Chronologie des Antécédents médicaux :.....	27
2.5- Traitements Médicamenteux :.....	28

2.6- Evaluation Psychomotrice :	28
2.7- Evaluation Psychosomatique :	32
2.8- Projet Thérapeutique en Psychomotricité Psychosomatique	37
Relaxation et sensori-motricité : des outils psychosomatiques ?	39
Face à une faiblesse des représentations mentales :	39
Comment la relaxation et la stimulation sensori-motrice favorisent-elles l'émergence de représentations mentales ?.....	40
Le cadre de la salle Snoezelen favorable à la création des encrages sensoriels	43

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

INTRODUCTION

Psychomotricienne de formation, des motivations personnelles m'ont amenée à effectuer un stage de psychomotricité au sein d'un service en neuro-oncologie, dans un hôpital parisien. Je voulais comprendre quelle était la place et la spécificité du psychomotricien dans un service de médecine somatique, où le pronostic vital est menacé. Je m'interrogeais aussi sur l'intervention du psychomotricien dans le maintien de l'intégrité corporelle, celle d'un corps « organe » : comment faire en sorte que le sentiment de dignité des patients soit préservé ? Comment veiller à ce qu'il n'y ait pas de scission entre le corps et la psyché ?

Au fur et à mesure des rencontres que j'ai faites avec les patients et leurs familles, j'ai pu entrevoir qu'au-delà de la maladie somatique grave, d'autres enjeux alimentaient le quotidien des malades : celui du deuil et de la séparation, des bouleversements de la vie et des difficultés à se projeter vers l'avenir, difficultés souvent antérieures à l'apparition de la maladie grave. Intuitivement, la maladie me semblait parfois être une suite « logique » à l'histoire que me racontaient les patients, mais ils ne percevaient pas les événements de la même manière que moi. Ils ne semblaient pas faire de liens entre les différents éléments de leur vie. Leurs souffrances et leurs douleurs n'étaient pas uniquement propres à la maladie, mais étaient également celles portées depuis l'enfance. La maladie n'était qu'un moyen pour eux d'exprimer leurs craintes et angoisses, de réagir et répondre aux traumatismes vécus. Ces personnes étaient-elles prédestinées à être malades ? Avaient-elles une quelconque conscience du lien entre les événements de leur vie et leur situation actuelle ? En tant que psychomotricienne, je ne pouvais me permettre de leur pointer cela car cela dépassait mes compétences et ma compréhension du processus psychosomatique en place. Je devais me « contenter » d'être présente, de les écouter, de les amener à écouter leurs corps et ressentis, et les situer dans un cadre spatio-temporel précis, celui de l'hospitalisation ; et ainsi, de les accompagner et les encourager à être acteurs de leurs soins. C'est donc avec mes questions et mes observations cliniques que mon stage a pris fin. Inutile de préciser toute la frustration que

cela a créé, même si ce stage m'a tout de même permis d'ajuster mes distances avec mes propres motivations personnelles qui m'ont amenée dans ce terrain...

C'est en discutant de cette expérience avec une collègue que j'ai appris l'existence de ce Diplôme Universitaire et pris contact avec le Professeur Jean-Benjamin STORA. Cela a été l'occasion pour moi de découvrir la Psychosomatique Intégrative, et de m'approprier cet enseignement et d'enrichir ma pratique de psychomotricienne.

Dans l'étude qui va suivre, je propose de revenir, dans une première partie, sur le cas d'un patient que j'ai connu avant mon inscription au DU. L'évaluation psychosomatique de cet homme, à postériori, m'a permis de donner un sens à sa souffrance et des réponses aux questions que je me posais à l'époque. Malheureusement je n'ai pas pu y répondre convenablement à temps. Puis, dans une deuxième partie, je présenterai le cas clinique d'une patiente que je suis actuellement, dans le cadre de son hospitalisation en service de psychiatrie. La Psychosomatique Intégrative m'a permis d'orienter ma prise en charge psychomotrice de cette patiente de manière plus précise. Enfin, je proposerai une réflexion autour de la complémentarité entre la psychomotricité et la psychosomatique intégrative : comment je me suis appropriée cet enseignement dans ma pratique de psychomotricienne.

PARTIE 1 : Etude de cas de Monsieur B.

1- CAS CLINIQUE : Monsieur B. Bernard

1.1- Présentation du Patient

Monsieur Bernard B. est né en août 1936. Il est hospitalisé le 11 Janvier 2008 en service de neuro-oncologie, suite à sa polyradiculonévrite¹ (maladie auto-immune). La prescription de la prise en charge est faite par le médecin interne, l'indication étant formulée par l'équipe infirmière, à la demande du patient.

1.2- Anamnèse et Rencontre

La rencontre que je vais vous conter est assez originale pour moi, car alimentée par beaucoup de subjectivité. C'est cette subjectivité qui m'interpelle encore, des années après. Peut-être est-ce cela qui fait que ce patient a pu trouver en moi un objet sur lequel s'appuyer, même temporairement ?

Monsieur B. est un patient âgé de 71 ans, atteint de polyradiculonévrite depuis près de deux ans. Il est de petite taille, mince ; la première fois que je le vois, il porte un joli costume noir, a un regard sévère mais vif à la fois, exprimant une certaine prestance et présence. Il me faisait l'effet d'être un homme d'affaire, occupé. Je m'étais fait la remarque que son regard le rendait plus « grand » qu'il n'était. Il m'impressionnait. Intérieurement, j'appréhendais son regard extérieur pendant ma séance avec Mathieu. Je ne reverrai plus jamais ce regard bleu clair de « combattant » par la suite...

C'est un patient qui a remué beaucoup de choses en moi, avec lequel j'ai le sentiment d'avoir vécu une relation très profonde, relation qui m'a touchée dès notre première rencontre. Simple étudiante inexpérimentée de 23 ans que j'étais à l'époque, je me suis beaucoup fiée à mon intuition et ai été très naturelle et spontanée dans nos échanges. Je pense qu'il n'y a pas été insensible. J'ai toujours su que ce n'était pas l'aspect « technique » de la psychomotricienne

¹ maladie du système nerveux périphérique qui se caractérise par une démyélinisation des nerfs

qu'il cherchait en moi, mais que tout simplement, Monsieur B. cherchait à tisser un lien particulier avec moi et je l'ai laissé me guider. La psychomotricité n'était finalement qu'une médiation dans la relation qui allait s'installer. J'avais l'impression qu'il lisait dans mes pensées, et que je pouvais en échange, comprendre les siennes. Nous avons très rapidement construit une relation « intense » malgré nos 50 années d'écart, les séances de psychomotricité étant devenues un espace qu'il avait totalement investi, j'ai envie de dire, l'un des seuls espaces qu'il pouvait encore investir.

Ce n'est qu'après avoir étudié la Psychosomatique Intégrative que j'ai pu comprendre de quel type de lien il s'agissait. Peut-être qu'à travers ce mémoire, j'ai envie de rendre hommage à Monsieur B., car il m'a sans aucun doute donné plus que je n'ai pu lui apporter. Je lui dois mon inscription au diplôme universitaire de Psychosomatique Intégrative.

Notre première rencontre était assez particulière car Monsieur B. partageait la même chambre que Monsieur S., un jeune patient de 19 ans en phase terminale, un patient que je prenais en charge en séance de psychomotricité, dans sa chambre, car il était dans l'impossibilité de se déplacer hors de son lit, tellement il était douloureux et flasque. Il s'agissait d'un accompagnement en soins palliatifs car le cancer l'avait « entièrement dévoré »... Il attendait silencieusement sa mort, replié sur lui-même. Je l'aidais à garder contact avec son corps douloureux et le vivre jusqu'au bout, je lui proposais de vivre son enveloppe corporelle sur un autre mode que celui de la douleur... Avec un peu de recul, il me semble que Bernard avait bien saisi l'objet de ma séance avec son « voisin » de chambre : caché derrière son journal durant toute la séance (45 minutes), il jetait des regards furtifs mais bienveillants à Mathieu et me souriait comme pour me dire « vous avez vu comme il s'apaise, le p'tit jeune ? ». Je pense qu'il savait qu'il ne tarderait pas non plus à être dans le même « état » que son voisin, et qu'il se cachait derrière son journal pour ne pas « voir » cela.

A la fin de la séance avec Monsieur S., lorsque je m'appête à quitter la chambre, Bernard ferme son journal et **me demande de lui apporter un verre d'eau**. Je pense que le patient n'avait pas soif, ce verre d'eau était probablement pour lui l'intermédiaire qui servirait à entrer en relation avec moi. Ne voulant pas prendre la responsabilité de faire boire ou manger un patient que je ne connaissais pas du tout, j'ai demandé aux infirmières s'il m'était possible de répondre à sa demande. C'est avec surprise que j'apprends que Bernard a été hospitalisé pour la journée uniquement, le temps d'un examen, dans la chambre de Mathieu, faute de

place dans le service. Et **qu'il lui était interdit de boire** avant la fin d'un de ses examens médicaux ! Lorsque je rappelle cet « interdit » à Bernard, il me confie qu'il en a marre d'attendre, que « ça commence à faire long ». Il est sympathique, souriant et de bon contact. Il me demande de me présenter, de lui parler de mon métier, et me demande de « constater les dégâts de la maladie par moi-même », me parle de sa vie. Et me demande si, comme Mathieu, il pourrait bénéficier de psychomotricité à ce moment-là. Malheureusement, je me vois de nouveau obligée de reporter sa demande, pour une raison très technique : pas de prescription médicale. Je lui donne rendez-vous pour la semaine suivante, en attendant d'en discuter avec l'équipe. La semaine suivante, j'apprendrai que le soir même, Bernard avait fait un pneumothorax² et qu'il a été hospitalisé en réanimation pendant plusieurs jours... Je me suis sentie très coupable de pas avoir pu le soutenir ce jour-là, car visiblement, il « sentait les choses venir ». Et effectivement, il allait maintenant être hospitalisé à temps plein dans le service de neuro-oncologie pour une durée incertaine, et plus simplement pour des examens.

Sa maladie s'est déclarée quelques années à peine après que le patient ait pris sa retraite, une retraite « bien méritée » selon son épouse, une retraite non préparée et qui est arrivée soudainement. Marié, il a une fille unique qui vit au Canada, et deux petits-fils de 1 et 5 ans qu'il affectionne particulièrement. Sur sa table de chevet, il passe beaucoup de temps à admirer leurs photos.

Monsieur B. a été militaire dans sa jeunesse, il a même fait la guerre d'Algérie, une guerre qui l'a traumatisé. Il se sent coupable d'y avoir participé, malgré lui. Au retour d'Algérie, il a quitté l'armée. Puis il s'est très vite installé à son propre compte en tant que jardinier paysagiste. Il se décrit comme quelqu'un de très actif, qui n'a jamais eu une minute pour lui et qui ne supporte pas de ne rien faire. Monsieur B. a perdu le contrôle de ses membres. Il est très douloureux et présente des dyspnées d'effort.

Sa femme se rend tous les jours à son chevet malgré ses propres problèmes de santé dont elle ne lui parlera jamais... Leur couple semble aujourd'hui solide, mais il ne l'a pas toujours été. Monsieur B. a commis quelques infidélités et n'a pas toujours fait preuve de beaucoup de tendresse envers sa famille. Sa femme a menacé de le quitter à plusieurs reprises, ne supportant pas ces humiliations à répétition.

² Pneumothorax : insufflation de gaz dans la cavité pleurale (Définition du ROBERT, édition poche, 1998)

A propos de l'enfance de Bernard, il n'en parlera que très peu. Il n'a pas eu la chance de poursuivre de longues études car il est issu d'une famille pauvre qu'il quittera très jeune. Il n'est plus en contact avec aucun membre de sa famille, préfère fréquenter celle de son épouse, plus « saine » me dit-il. Il entretenait très peu de rapports avec sa mère avec laquelle il ne s'entendait pas beaucoup et n'était pas « vraiment proche ». « Je suis le mal-aimé » aimait-il à me répéter, et à chanter. Sa mère est décédée une dizaine d'années auparavant (1998). Ses souvenirs d'enfance sont très vagues et ne lui reviennent pas, cela ne lui dit rien d'évoquer cela avec moi. Il est à la recherche d'affectivité.

Notons que Monsieur B. est en conflit avec l'équipe soignante, « mauvaise » selon lui. Je suis la seule qu'il arrive à investir positivement sans provoquer de conflit.

1.3- Examens complémentaires

- Prises de sang : plaquettes sanguines.
- IRM

1.4- Traitements

- Anxiolytique
- Chimiothérapie
- Antalgiques
- Appareil respirateur la nuit

1.5- Autres prises en charge

Monsieur B. a reçu une fois la visite de la psychologue à la demande de l'équipe infirmière. Je n'ai pas pu avoir accès au contenu de cet entretien qui n'a pas été reconduit par refus du patient. Il m'a confié l'avoir « chassée ».

1.6- Observations Psychomotrices

Compte tenu de la maladie du patient, de son âge et du contexte de la rencontre, je n'ai pas effectué de bilan psychomoteur à proprement parler. Je me suis plutôt intéressée à certains éléments en lien avec sa douleur physique, et sa souffrance psychique.

Allongé et en hypotonie apparente, monsieur B. me serre la main très chaleureusement à l'aide de sa pince « pouce-index ». Cela semble être un très gros effort pour lui. La pression est insuffisante et il relâche vite ma main. Ses mains sont engourdis et il y a impossibilité de déliement digital. Il ne peut pas tenir son verre d'eau et boit à l'aide d'une paille.

Monsieur B. ne peut plus contrôler ses membres inférieurs, il se plaint de manque d'autonomie. Il me fait part de sa difficulté d'accepter sa récente dépendance à autrui. Il « *se bat* » depuis deux ans, mais il voit son état se dégrader petit à petit et il ne comprend pas ce qui lui arrive. Alors que « *tout allait enfin bien, je suis malade, ça m'a tué !* ».

Aussi, il me confie parfois en avoir tellement marre de sa maladie qu'il se sent souvent obligé de s'énerver contre les infirmières, particulièrement quand elles « *ratent* » ses veines. Pour lui, elles sont complètement incompétentes. Il a le sentiment d'être négligé par l'équipe soignante, il n'est pas traité et respecté comme il devrait l'être. Cela renvoie-t-il à la relation avec une mère négligente, hostile et incompétente ?

Il ne comprend pas ce qu'il lui arrive, il a des douleurs partout, « *jusqu'aux os* ». Il me répète à plusieurs reprises que « *ça lui est tombé dessus* ». Sa respiration est rapide et pas très fluide (sa saturation était à environ 94 %). C'est une respiration thoracique et non ventrale.

Il me confie être assez angoissé à l'idée de devoir passer la nuit dans une chambre seul. Mais il justifie cela tout de suite après : « *mon respirateur fait beaucoup de bruit* ». Il éprouve le besoin de rappeler que l'équipe d'infirmières de nuit le surveillera. Il cherche dans mon regard un acquiescement.

Il n'a qu'une seule hâte : rentrer chez lui et retrouver l'usage de ses membres.

Mais, ce que Monsieur B. n'accepte pas encore lors de l'entretien, c'est qu'il est au dernier stade de sa maladie et que les médecins posent un pronostic vital bien sombre.

En outre, Monsieur B. est bien orienté dans le temps et dans l'espace.

Il peut me citer toutes les parties de son corps, mais insiste surtout sur ses pieds qu'il ne sent qu'à l'occasion de douleurs intenses.

Monsieur B. paraît très lucide, ce qui sera confirmé à la lecture de son dossier infirmier.

1.7- Projet thérapeutique en Psychomotricité

A l'issue du « bilan », je ré-explique à Monsieur B. ce qu'est la psychomotricité et en quoi je pense qu'une approche psychomotrice pourrait lui être bénéfique. Je lui propose alors une prise en charge qu'il accepte volontiers, à raison de 45 minutes environ, deux fois par semaine et sur toute la durée de son hospitalisation. La durée de l'hospitalisation de Monsieur B. étant incertaine, mon projet thérapeutique s'est établi sur du court terme et s'ajustera en fonction de la demande du patient lors de chaque séance.

1.7.1- Diminution des angoisses

Monsieur B. est un patient très angoissé. Cette angoisse se manifeste par des colères, ce qui accentue ses problèmes de respiration. Je propose alors à Monsieur B. un espace dans lequel il peut extérioriser ses angoisses et mieux se recentrer sur lui-même. Je sens qu'il a besoin de parler et de déverser ses craintes.

1.7.2- Accompagnement dans la fin de vie et renforcement du sentiment de dignité

Mon rôle consiste à aider Monsieur B. à mettre des mots sur ce corps « traître » qui lui fait mal et qu'il contrôle de moins en moins. Il s'agit également d'écouter ses angoisses et ses doutes et de l'accompagner dans sa fin de vie. Un travail sur le narcissisme et l'image du corps est primordial pour permettre à ce patient de se sentir digne jusqu'au bout.

Si à l'époque j'avais été formée à la Psychosomatique Intégrative, je l'aurais accompagné dans le processus de deuil de sa vie, de sa dépression et décharge agressive.

1.7.3- Travail sur la douleur et le schéma corporel

Travail autour de la diminution de la perception de la douleur musculaire, ainsi que la souffrance psychique associée à cette douleur par baisse de la vigilance et des mécanismes de défense.

Une grande partie des séances est consacrée à la verbalisation, car Monsieur B. semble avoir besoin de mettre des mots sur son vécu et sur son corps. Il en est demandeur. Je suis donc particulièrement vigilante au maintien du cadre psychomoteur.

Des médiateurs tels que la relaxation par inductions verbales et le toucher thérapeutique seront utilisés.

1.8- Déroulement de la première séance

La première séance de psychomotricité de Monsieur B. a eu lieu le 25 Janvier, après son retour du service de réanimation, suite à son pneumothorax. Il est hospitalisé depuis quelques jours dans une chambre individuelle.

A mon arrivée, sa femme est à son chevet. Monsieur B. est en colère et en larmes. Il respire très difficilement. Il me dit qu'il veut mourir, qu'il se sent humilié, « *chosifié* » et qu'il ne supporte plus cette dépendance et ce manque de respect de la part des infirmières et des aides-soignantes. Il va jusqu'à employer l'expression « *piquez-moi !* ». Il est 14h et Monsieur B. n'a pas encore eu de toilettes de la journée. En accord avec mon Maître de stage, je décide de reporter la séance à un moment où le corps de Monsieur B. sera disponible pour la psychomotricité. Je le signale aux infirmières. Je leur souligne également mon indignation face au traitement reçu par le patient. Les infirmières en ont alors discuté avec les aides-soignantes afin d'effectuer un travail de meilleure qualité et que cet incident ne se reproduise plus. Pour le coup, Monsieur B. avait cette fois-ci, des raisons tout à fait objectives d'être en conflit avec l'équipe soignante.

Une heure après, Monsieur B. est propre et plus calme. Son épouse sort de la chambre afin de nous laisser, elle semble soulagée à l'idée de me voir. En effet, en m'occupant de son mari, cela lui donnait la possibilité de souffler et de se recentrer sur elle-même autour d'un bon café.

Monsieur B. me parle alors de ses douleurs atroces, de son incompréhension de la maladie. Il ne sait pas trop ce qu'il a, mis à part le fait que ses gaines de myéline se détruisent petit à petit, le laissant sans contrôle de ses muscles. Il espère retrouver l'usage de ses membres. Il me confie qu'il pleure beaucoup et souvent, même devant son épouse, il « *n'en peut plus de cette situation* ».

Il est également très révolté contre les infirmières. Celles-ci le réveillent trop brusquement le matin alors qu'elles savent qu'il ne ferme pas l'œil de la nuit. Il trouve son réveil brutal et violent. C'est un moment qu'il appréhende et qu'il ne peut plus supporter. Il se sent très persécuté et incompris.

Il admet en outre que ses difficultés à dormir favorisent ses excès de colère.

Je lui propose un toucher thérapeutique des pieds accompagné d'une relaxation par inductions corporelles. Non convaincu par ce que je lui propose, Monsieur B. accepte cependant, pour se donner une chance de se calmer. Pendant que je le masse, Monsieur B. se concentre sur son corps, ses sensations, tout en s'imaginant dans un endroit qu'il affectionne particulièrement. Il reprend contact avec son corps et ses ressentis. Je lui ai demandé s'il avait pu s'imaginer ou repenser à un endroit agréable. Il me dit que oui. Je ne lui ai jamais demandé de quel endroit il s'agissait, par respect pour le peu d'intimité qu'il lui restait.

A la fin de la séance, Monsieur B. s'assoupit et s'endort comme un bébé, je décide de ne pas le réveiller.

Je repasse plus tard dans sa chambre. Il est plus calme, et il me confie qu'il comprend mieux la difficulté du travail des infirmières et des aides soignantes. Il admet s'énerver très vite. Il sait qu'elles n'ont pas un métier facile, mais il n'arrive pas à les apprécier, « *c'est comme ça* ».

1.9- Evolution de la Prise en Charge

Monsieur B. a investi très vite les séances de psychomotricité. Cela lui offre un espace personnel dans lequel il peut s'exprimer, dans une relation soignant-soigné. Le psychomotricien est le thérapeute qui dispose le plus de « temps » pour les patients dans ce genre de service. Monsieur B. a très vite compris que, même si mon travail est différent des autres membres de l'équipe, il se fait en accord avec celle-ci. Cela lui permet de moins cliver le « bon » et « mauvais » soignant.

Monsieur B. apprend à écouter son corps. Il se rend compte de ses capacités de détente. Il cherche à fermer les yeux et à penser à cet endroit qu'il aime tant, en dehors des séances de psychomotricité. Cela l'apaise. En outre, les séances avec ce patient n'ont pas été nombreuses mais monsieur B. a beaucoup progressé dans l'écoute de son corps. Il arrive alors à penser à autre chose que ses douleurs. En effet, avant les séances de relaxation, Monsieur B. avait pour habitude de critiquer sa vie passée, de me faire part de ses regrets et du temps qui passe si vite. Il se vivait sur un mode persécuteur : « *je suis le mal aimé* ». Sa respiration était très rapide et il se plaignait de fortes douleurs.

Depuis la mise en place des temps de relaxation, il parle de lui-même sur un autre mode, celui du plaisir. Il peut me faire part des bons moments de sa vie, exprimant son amour pour son épouse et la réussite de l'éducation de sa fille dont il est très fier. Il fait même de l'humour parfois ! Il arrive également à s'endormir, ce qui le repose. Il est de plus en plus conscient de sa maladie, surtout depuis qu'il a recommencé un traitement lourd par chimiothérapie. Sa dépendance vis-à-vis d'autrui est encore difficile à vivre. Il se sent « *diminué* », et ne supporte pas mieux l'équipe infirmière. Il doit probablement revivre les situations de dépendance maternelle passées.

C'est ainsi qu'il décide d'une hospitalisation à domicile. Il pense qu'il se sentira plus respecté et plus paisible chez lui, bien que la maladie, elle, continuera d'évoluer.

Lors de la dernière séance, Monsieur B. me confiera qu'il se sent encore très déprimé, qu'il vit quelque chose d'impossible à imaginer pour les autres. Cependant, il sait que le temps lui est compté et il a la ferme intention de profiter au maximum des gens qu'il aime et de leur dire ce qu'il ressent pour eux.

Il n'a pas demandé à poursuivre les séances à domicile et me suis donc gardée de le lui proposer. Il m'a fait ses adieux avec beaucoup de pudeur, et a attendu que je quitte sa chambre pour se laisser pleurer.

1.10- Quelques Remarques

Les douleurs chroniques de monsieur B. sont liées à sa maladie. Elles étaient cependant majorées par le facteur émotionnel et la souffrance psychique du patient. Un travail sur les douleurs de Monsieur B. ne pouvait donc pas se faire sans travailler sur ses angoisses et aider le patient à les extérioriser, afin de les résoudre. En s'intéressant au corps du patient, la psychomotricité s'intéresse au psychisme du patient.

La relaxation, par ses effets physiologiques, a été un médiateur pertinent dans le cas de Monsieur B. Il s'est approprié des moments de détente qu'il a pu réutiliser au moment du sommeil. La prise en charge n'a pas été assez longue pour parler d'une « autonomisation », mais elle lui a offert un espace qu'il a pu investir pour lui-même et essayé de retrouver en dehors des séances. Le travail avec Monsieur B. n'a pas été sans émotions pour moi. La relation instaurée, avant d'être thérapeutique, était surtout humaine. J'ai pu néanmoins bénéficier d'un espace personnel pour gérer cela.

1.11- Evaluation Psychosomatique de Monsieur B.

Inutile de répéter ma frustration de ne pas avoir étudié la Psychosomatique Intégrative AVANT ma rencontre avec ce patient.

AXE 1A :

Relation d'Objet : Monsieur B. semble ne pas avoir introjecté l'Objet maternel (son objet d'amour). Il semblerait qu'il ait eu une enfance difficile et qu'il ne soit jamais parvenu à entretenir des rapports chaleureux avec sa mère. Ainsi, il quitte le domicile familial très jeune. Et il ne mentionne à aucun moment son père. Ce passé est très douloureux pour lui et il n'arrive pas à le mettre en mots pour me raconter. Les seuls souvenirs qu'il pourra parler sont des images agressives de « sang » et de « tueries » pendant la guerre d'Algérie. Il insistera bien à me dire « *attention, j'ai vu, mais je n'ai tué personne, moi* » pour se rassurer de sa non culpabilité. Il investit plusieurs objets en vain : sa mère qu'il quitte une première fois pour l'armée, sa famille qu'il quitte pour des aventures, son travail pour prendre sa retraite et sa mère qui le quitte une deuxième fois lors de son décès. Jusque là, il évacuait les tensions pulsionnelles dans le comportement, le passage à l'acte : des professions plutôt physiques, il travaillait dur et sans arrêt, jusqu'à s'arrêter de manière brutale à la retraite, et une vie opératoire. Il cherche à entretenir une relation fusionnelle avec l'objet comme s'ils ne formaient qu'un. Cependant, il reste à **un stade prégénital**. Ainsi, il m'investit très vite et par des mécanismes d'identification projective à l'objet et clivage, il essaye de cliver encore entre la bonne mère (moi) et la

mauvaise mère (l'équipe infirmière). De même, il dira qu'il aime son épouse et la délaissera pour d'autres femmes. Il connaît une régression au stade prégénital.

Comme l'objet n'est pas introjecté, il le remplace par des Objets extérieurs de substitution et j'en ai probablement fait partie.

Narcissisme : Monsieur B. est un être narcissique à la recherche d'amour. Il a besoin d'une reconnaissance narcissique du dehors qui n'est pas à la hauteur de ce qu'il perçoit. Il rejette en les autres la cause de ses tourments. En effet, il est le « mal-aimé », le témoin de l'agressivité des autres (guerre), il est celui que sa femme n'a pas su retenir... L'identification projective lui permet d'entretenir son Moi-Idéal. Son intégrité narcissique est perturbée et menacée. En outre, les infidélités à sa femme témoignent d'une concurrence entre sa sexualité et son narcissisme. Il jouit narcissiquement de ces infidélités, cela le rassure. En plus, on peut observer une effraction du pare-excitation lié à la maladie, auto-immune rappelons-le ; ainsi qu'un retrait de la libido d'objet. Lorsque la maladie atteint un être humain, **l'intégrité narcissique est atteinte**. Il s'agit d'une blessure importante à la toute-puissance.

Le Moi est donc fragile car les pulsions ne sont pas bien intriquées, en plus d'une idéalisation des objets investis. On parlera dans le cas de Monsieur B. d'un **Moi Idéal**, caractéristique d'une désorganisation psychique. Monsieur B. souhaite que tout le monde soit disponible pour lui, au moment où il le souhaite. Il ne peut accepter les frustrations causées par les soins à l'hôpital. Il ne tire aucun bénéfice secondaire apparent, de sa maladie. Pour Pierre Marty, le « Moi Idéal est un aspect du narcissisme primaire et témoigne d'une insuffisance évolutive partielle de l'appareil mental ». **On peut émettre l'hypothèse d'une désintégration du « soi », à l'origine d'une maladie neurologie auto-immune.**

Le préconscient est donc peu épais et fragile.

Monsieur B. n'est pas capable de rêver, il a du mal à s'endormir, bien qu'il s'applique à imaginer (et dit réussir à le faire) un endroit paisible lors de la relaxation. Il ne fait pas beaucoup d'associations et se plaint beaucoup, visiblement souffrant une blessure narcissique énorme. Il a mené une **vie opératoire**, une vie à travailler et à éviter toute relation avec ses proches : il a essayé de défouler ses pulsions dans le comportement, mais cela n'a pas été suffisant pour contenir son **masochisme mortifère** et empêcher une désintrication pulsionnelle.

AXE 1B :

Angoisses : Monsieur B. semble très angoissé par sa maladie, car il a l'impression que le destin s'acharne contre lui « ça lui tombe dessus, ça l'a tué ». Il se déclare comme mort. Il a été angoissé toute sa vie, notamment à cause de certains chocs : la séparation avec sa mère et famille, la guerre, et l'angoisse de simplement passer du temps en famille. Sa crainte essentielle est de ne pas être aimé pour ce qu'il est vraiment.

Deuils : Monsieur B. a connu un premier deuil, lors de l'adolescence, en quittant sa famille. Il a également dû faire le deuil d'une profession dont il garde des souvenirs douloureux. Puis, le deuil officiel de sa mère, et celui de sa fille qui quitte le pays... pour un homme.

Dépression : Je ne serai pas capable de l'affirmer, mais je pense que monsieur B. a probablement dû faire une **dépression essentielle** qu'il a compensée et masquée par son intérêt pour son travail. Son départ à la retraite a été un véritable traumatisme, car il est devenu, du jour au lendemain, sans activité, et s'est retrouvé face à son épouse.

On retiendra donc les sous-axes :

- 200 : angoisses diffuses
- 203 : deuils récents
- 204 : dépressions
- 205 : dépression de l'adolescence
- 206 : dépression latente
- 208 : dépression essentielle
- 213 : traumatisme professionnel
- 218 : vie et pensée opératoires
- 219 : désintrinsication pulsionnelle
- 220 : désorganisation progressive

AXE 1C :

- 301 : fixations premières : En effet, l'appareil immunitaire de monsieur B. a été touché, avec une relation d'objet prégénitale.
- 305 : fixation motrice
- 307 : SNC
- 355 : Position dépressive
- 354 : position schizo-paranoïde

AXE 2A :

Je pense que les traits de caractère sont à dominante orale, Monsieur B. projetant son agressivité sur le « mauvais sein ». Il parle énormément, malgré les difficultés respiratoires. Il veut être reconnu dans sa détresse, et recherche constamment de l'affection.

Mécanismes de défense utilisés :

- Clivage de l'Objet
- Identification projective
- Sublimation
- Intellectualisation des affects

AXE 2B :

- 451 : Hypotonie, flasque, lié à sa maladie
- 453 : Manifestations vago-sympathiques
- 469 : Economie relationnelle âge adulte

NOTES :

1-Fonctionnement et dysfonctionnement psychique : 4

2- Prévalence des Comportements : 3

3- Capacité d'expression des affects : 1

4- Capacité de Relations à l'environnement : 5

Premier fonctionnement : $4 + 3 + 1 + 5 = 13$

Diagnostic psychosomatique : Névrose de comportement (vu la faiblesse du préconscient et la prévalence des comportements)

Evaluation du risque somatique : risque élevé 4

TOTAL : $13 + 4 = 17$

Monsieur B. est décédé deux semaines après son hospitalisation à domicile.

PARTIE 2 : ETUDE DE CAS DE Mademoiselle J.

2.1- Présentation de la patiente :

Mademoiselle J. est une patiente de 52 ans (née le 15/05/1957), hospitalisée suite à une tentative de suicide par phlébotomies du poignet et des artères du cou et ingestion médicamenteuse, suite au décès de sa mère avec qui elle vivait et entretenait une relation très fusionnelle, et qu'elle a accompagnée durant son agonie (cancer du colon). La mère de la patiente a toujours été dans le déni de sa mort éventuelle, et a promis à sa fille de ne jamais décéder... Cette patiente n'a pas d'antécédent psychiatrique mais il y a persistance d'idées suicidaires et obnubilation. Elle est la 2^e d'une fratrie de deux enfants, son frère aîné est très présent et soutenant. Elle est célibataire, sans enfant.

Indication de prise en charge en psychomotricité adressée par un médecin car elle est très repliée sur elle-même et angoissée avec des idées suicidaires.

2.2- Anamnèse :

Les premiers entretiens avec la patiente se caractérisent par un mutisme électif. Avec le temps, nos échanges sont devenus plus faciles mais il me faut constamment stimuler la patiente pour obtenir des réponses.

Mademoiselle J. se présente comme une femme en surpoids avec une coupe de cheveux très courte, le teint pâle et le regard vide. Elle répond favorablement à ma sollicitation lorsque je lui propose un rendez-vous pour un entretien avec moi.

Lors de nos échanges, Mademoiselle J. qualifie son enfance comme « pas malheureuse ». Elle se décrit comme une enfant très gentille, très proche de sa « maman », serveuse dans une cantine, et de son « papa » ouvrier. Celui-ci est décrit comme très « doux » mais assez absent : « il rentrait tard le soir, trop fatigué pour manger ou s'occuper de sa famille, il s'endormait sur son canapé et ça énervait maman ». Après hésitations, elle me dit sans aucune émotion apparente que ses parents se disputaient beaucoup et faisaient chambre à part, « c'était mieux comme ça ». Elle s'entend très bien avec son frère Christian. La famille, lorsque le père n'était pas trop fatigué par son travail, se rendait à la pêche régulièrement.

Christian quittera le domicile familial à 14 ans car il souhaite être indépendant de sa famille et il vivra chez les parents de sa petite amie de l'époque (son épouse actuellement).

Mademoiselle J a été scolarisée jusqu'à l'âge de 16 ans. Elle dit qu'elle n'avait pas beaucoup d'amis à l'école, et qu'elle préférerait être avec sa famille, particulièrement sa mère. Elle me dit tout en rougissant que sa « maman l'aimait bien ».

Elle quitte l'école à 16 ans pour travailler deux ans dans la coiffure. Elle apprécie beaucoup cela même si elle ne se sent pas douée au niveau manuel ; mais elle se voit obligée de quitter son emploi à cause de très grosses allergies aux produits et à de l'eczéma aux mains. Elle souffre aussi de migraines à ce moment-là et de constipation. Sa mère l'a alors aidée à trouver un emploi en tant que cantinière au sein d'une école. Ses problèmes d'eczéma ont disparu peu après.

« J'ai toujours dit à ma mère : maman, je veux faire le même métier que toi ! J'étais contente ! J'aimais bien les petits enfants mais je détestais les lycéens » me dit-elle en devenant très rouge et en contractant les épaules, à l'évocation des jeunes lycéens. Elle m'explique alors qu'elle en subissait les moqueries et qu'ils ne l'intéressaient pas car elle préfère les plus jeunes... Mademoiselle J. enchaîne alors en me disant que lorsque sa chef s'absentait et qu'elle avait fini son travail, elle s'insérait dans les groupes d'animation et jouait avec les enfants. « C'était mal payé », me dit-elle, « mais mes parents me disaient qu'on ne peut pas avoir le beurre et l'argent du beurre. J'aimerais tant retourner auprès des enfants ».

Je me permets alors de lui demander d'où lui venait son intérêt pour les enfants. La patiente me confie alors être comme sa mère et beaucoup aimer les enfants. Elle dit aussi qu'elle était très proche de sa « maman », qu'elles faisaient tout ensemble, et qu'il était plus simple pour elle d'être au contact d'enfants que d'adultes.

En ce qui concerne les amours, elle n'en a pas eu. Un jeune collègue, Julien, lui plaisait beaucoup mais il avait déjà quelqu'un. C'était selon elle « un bon parti, il aimait le PSG, c'était l'homme le plus merveilleux sur la terre... S'il n'y avait pas eu sa petite amie, ça serait bien ». Elle enchaîne en m'informant qu'elle n'en a jamais parlé avec ses parents, car c'était son secret. Elle n'a jamais osé avouer ses sentiments à ce jeune homme. Elle avait quelques collègues hommes avec qui elle parlait au téléphone parfois, et il arrivait à son père d'écouter la conversation pour « rigoler ».

Je lirai sur le dossier médical qu'Annick a été ménopausée à 38 ans.

Après un petit silence, Annick m'informe du décès de son père, tombé sur le verglas pendant son travail, et mort dans ses bras à l'hôpital. Il est mort la même année que la coupe du monde, en 1998, me dit-elle.

Je la reprends alors sur le PSG et le football et lui demande si elle a pratiqué du sport : n'a jamais eu d'activité sportive car elle était occupée à aider sa mère à accomplir les tâches ménagères. Mademoiselle J. préparait le repas familial car il arrivait que sa mère rentre tard du travail.

La patiente me confie très gênée et rougissante, mais néanmoins avec un petit sourire, qu'il y a des choses sur sa vie dont elle souhaiterait me parler lorsqu'elle me connaîtra un peu mieux. Mais elle enchaîne en me racontant qu'elle aurait subi des viols entre 7 et 12 ans par un voisin, ami proche de son père, qui la cherchait à la sortie de l'école. Aucune poursuite judiciaire ni aucun signalement n'a été fait. La patiente le surnomme « le monstre » mais ne fait preuve d'aucune agressivité ni colère en parlant de lui.

Pour le moment, elle s'inquiète de son devenir, et répète qu'au décès de sa mère, elle avait perdu toute raison de vivre. Son seul souhait actuellement serait de retourner vivre au domicile maternel ou chez son frère car il a un enfant. Elle craint un avenir sombre en l'absence de sa mère.

Notons également que Mademoiselle J. vient de se faire licencier car elle a dû souvent s'absenter à causes de douleurs à la jambe. « J'ai tout le temps mal, même la nuit, je ne dors pas car j'ai mal ». Les infirmières me confirmeront que Mademoiselle J. est toujours en demande de traitement antalgique, et est très au courant des dernières réglementations de la Sécurité Sociale concernant le remboursement de certaines molécules antalgiques... ! De plus, Mademoiselle J. n'est au contact de l'équipe soignante qu'aux heures de prise de médicaments.

2.3- Examens complémentaires

- Cliché thoracique considéré comme normal
- Electrocardiogramme normal
- Numération normale
- Ionogramme normal
- Bilan thrombophilique est en attente
- LDH élevées
- **échographie abdominale** : image hyper echogène intra utérine évoquant un polype ou un cancer de l'endomètre. Ovaire droit avec image liquidienne bilobée contenant une végétation.
- **Sein droit nécessitant imagerie** (douloureux)
- Scanner thoraco-abdominal pratiqué qui permet de détecter au niveau pulmonaire quelques plages en verre dépoli et de petites atélectasies en bande, basales postérieures, des thrombi multiples dans les lobaires inférieure et supérieure gauches, la lobaire supérieure droite et une segmentaire de la lobaire inférieure droite. Le foie, la rate, les reins et le pancréas sont alors normaux.
- Echodoppler des membres inférieurs élimine toute arrière pensée de phlébite des membres inférieurs.
- **Une coloscopie est envisagée**

2.4- Chronologie des Antécédents médicaux :

- Chirurgie orthopédique sur les 2 genoux : dysplasie fémoro-patellaire bilatérale avec luxations itératives (2005)
- Epine calcaéenne droite opérée en 2005
- Prothèse du genou droit compliquée d'algo-dystrophie (depuis, nécessite une canne à la marche)
- Migraine traitée par IKARAN (souffre depuis ses 16 ans)

- Hernie hiatale avec reflux
- Allergie au pollen, à l'aspirine et aux anti-inflammatoires non stéroïdiens.
- Embolie pulmonaire au décours de ses phlébotomies (2010)
- Découverte d'une image utérine et ovarienne droite suspecte récemment (**patiente refuse d'approfondir les recherches**)
- Examen gynécologique des seins : sein gauche normal, à droite une zone dystrophique nécessitant une imagerie.
- Constipation chronique depuis ses 16 ans. Trouble intestinal, tonico-émotionnel ? coloscopie nécessaire en vu des risques psychosomatiques, et génétiques (mère décédée d'un cancer du côlon) ? risque d'occlusion intestinale ?

2.5- Traitements Médicamenteux :

- TRANSIPEG
- DOLGIT
- LYSANXIA
- PREVISCAN
- GAVISCON
- LOVENOX
- DIANTALVIC
- Traitement anti coagulant et anti vitamine K

2.6- Evaluation Psychomotrice :

Lorsque j'explique à Mademoiselle J. le contenu du bilan psychomoteur, elle me répond « ce sera comme à l'école, la maîtresse qui demande aux enfants de faire des choses ».

TONUS :

Manifestations tonico-émotionnelles nombreuses durant tout le bilan.

Mlle Judas a une posture très tonique et mal organisée. En effet, cette femme présente une hypotonie axiale contrastant avec une hypertonie distale, qui s'observe dans son quotidien. Sa

démarche se caractérise par une hypertonie de l'épaule et une contraction des membres supérieurs, avec un axe peu investi. A la marche, il y a absence de ballant.

Lors des mobilisations passives, dès que je pose la main sur la sienne, Mlle Judas est en relâchement tonique. Cette hypotonie se retrouve à l'examen passif du ballant, mais avec une extensibilité peu réduite.

Nombreuses paratonies de fond : freinages lors de mobilisations passives.

La régulation tonique est mauvaise, Mademoiselle J. a un ajustement tonique de mauvaise qualité. Cependant, lors de l'utilisation d'objet, elle peut s'adapter.

En outre, Mademoiselle J. ne semble pas avoir conscience de ce qu'est un état tonique. Elle ne peut détendre ses muscles sur demande, car elle ne ressent pas sa contraction musculaire. De même, elle ne peut distinguer un état de muscle étiré, contracté ou relâché.

Latéralité :

Les latéralités neurologique, gestuelle et usuelle sont à droite pour les membres supérieurs. Elle est à gauche pour les membres inférieurs.

Schéma Corporel et Image du Corps :

Somatognosie de Bergès : les différentes parties de son corps sont connues et intellectualisées. Elle se repère sur elle et sur autrui aussi.

Imitation de gestes de Bergès-Lézine : Les gestes sont corrects mais le mouvement n'est pas fluide. Il y a un ralentissement moteur apparent. De plus, les gestes ne sont pas spontanés. Mademoiselle J. prend un temps, comme pour « préprogrammer » son geste avant de l'accomplir. Elle s'éloigne des consignes et essaye d'annuler l'épreuve en changeant de sujet. Elle me dit qu'elle n'a jamais aimé faire de la gymnastique... car quand elle était jeune, on se moquait trop d'elle.

Sens musculaire : Mademoiselle J. n'est pas capable de retrouver sa posture de départ, que les yeux soient fermés ou ouverts. La perception sensorielle et proprioceptive n'est pas suffisamment bonne pour lui permettre de réaliser les figures. Même le sens de la vue ne

l'aide que peu. Constatant son échec, elle tient pour coupable sa jambe douloureuse, car celle-ci la gêne.

Dessin du bonhomme : Mademoiselle J. dessine une tête **sans corps** s'étalant sur la moitié inférieure de la feuille (format A4). Elle dessine le visage d'un homme, barbu aux yeux clairs (comme elle). Puis se met à chanter. Je lui demande de m'expliquer un peu son dessin mais la seule chose qu'elle arrive à dire est « je le déteste » puis elle coupe la feuille en morceaux.

Le corps n'est pas perçu comme celui d'une femme. L'image du corps est pauvre et son appréciation est difficile à évaluer.

Coordinations Dynamiques Générales/Dissociations :

Mademoiselle J. se fatigue très rapidement et semble découvrir les différentes possibilités que lui offrent ses articulations. Les mouvements sont lents et saccadés. Elle est en difficulté mais ne s'en aperçoit pas.

Motricité Fine : le déliement digital à l'épreuve de Kwint est de très bonne qualité. Le découpage est bon, en dépit d'un mauvais ajustement tonique. L'enfilage de perle est correct avec une très bonne pince pouce-index.

Graphomotricité : Le bilan de graphomotricité montre une forte pression à l'écriture, ainsi que des irrégularités toniques. Cela est à mettre en lien avec l'hypertonie de la patiente ainsi que les effets secondaires du traitement. En effet, la patiente tremble un peu à l'écriture. La prise est tridigitale, à droite. Les lettres sont liées, mais les angles ne sont pas arrondis.

Les gestes du coloriage sont un peu « bruts » et peu soignés. Mademoiselle J. m'informe qu'elle apprécie énormément la peinture.

Espace – Temps : Bonne orientation spatio-temporelle. Bonne structuration et organisation spatiale avec une distinction droite-Gauche. L'orientation reste fragile : à l'épreuve

d'imitation de gestes de Bergès Lézine, Mademoiselle J. m'imité en miroir et ne peut faire preuve de réversibilité. Absence de croisement de l'axe corporel aux épreuves de Piaget-Head, ce qui peut expliquer l'absence de réversibilité (âge normal d'acquisition de la réversibilité : 8 ans).Cela ne lui pose néanmoins aucun problème dans son quotidien car elle prend son temps et ne sort que rarement hors de son quartier.

Au test de l'horloge, Mademoiselle obtient un score de 7/7. Elle est très bien orientée dans le temps. Elle se charge d'ailleurs de tenir le calendrier du service, pour les autres patients.

Rythme et impulsivité : rythme très lent, et absence totale d'impulsivité à l'épreuve du Mira Stamback. Mademoiselle J. n'est pas très réactive et manque d'initiatives.

Mémoire et MMS : Mademoiselle J. obtient un score de 27/30. Elle a perdu des points aux calculs car elle n'arrive pas à se concentrer et se fatigue vite.

Il est aussi à noter qu'à la question : « écrivez une phrase, n'importe laquelle » , la patiente écrit son adresse, une information factuelle dépourvue d'imagination.

L'épreuve des 5 mots est réussie avec succès : pas d'atteinte de la mémoire à court terme.

En conclusion, l'évaluation psychomotrice montre :

- ➔ l'investissement du corps est pauvre, pas de féminité
- ➔ les difficultés toniques de Mademoiselle J. sont manifestes.
- ➔ Une pauvreté de l'imaginaire

2.7- Evaluation Psychosomatique :

AXE 1A :

Relation d'objet : l'objet n'est pas introjecté chez Madame J. elle est à un stade prégénital avec une volonté de fusion avec l'objet. En effet, elle reste très dépendante et entretient une relation fusionnelle à sa mère. Elle ne quitte jamais le domicile parental et il y a des prémices de traits œdipiens génitaux. Elle se confond par identification homosexuelle mais aussi par idéalisation à sa mère. Ainsi, elle est satisfaite lorsque ses parents font chambre à part, désire faire le même métier que sa mère et s'isole socialement jusqu'à rompre tous contacts autres que ceux établis par sa mère. Le lien qu'elle fait entre d'un côté, Julien, l'homme qui l'intéresse et fan du PSG, et, de l'autre côté, son père mort l'année de la coupe 1998 peut nous faire évoquer un objet phallique à travers le football.

En outre, Mademoiselle n'a jamais pu vivre de relation amoureuse avec un homme. Notons également le caractère « incestueux » de sa relation à son père : elle a été abusée par un ami proche de son père, et celui-ci écoute ses conversations téléphoniques lorsque des jeunes hommes lui téléphonent.

Mademoiselle J. vit cependant dans la réalité, ses limites corporelles sont bien définies. Il ne s'agit pas d'une psychose. La patiente est en quête d'affectivité et de reconnaissance vis-à-vis de l'autre.

Ayant perdu son objet investi (décès de la mère), elle se retrouve sans objet interne et elle tente alors de se **suicider : retournement contre elle de sa rage narcissique.**

La régression que connaît la patiente se fait sur un mode prégénital anal (hypertonie musculaire, douleurs de la jambe, constipation).

Dimension Masochique présente **158**. Cette dimension se manifeste d'abord par la douleur (migraines, puis jambes) **puis par un masochisme mortifère impliquant un mécanisme sous-jacent de désintrinsication pulsionnelle (159)**. Le **Moi** semble carencé et fragilisé avec **un**

préconscient très peu épais. En effet, on notera une insuffisance de représentations affectives, d'associations, ceci pouvant évoquer une **dépression essentielle**. On peut parler « d'insuffisance du fonctionnement du Moi », selon Mr Jean-Benjamin Stora.

Le préconscient est peu épais. Absence d'activité fantasmatique ou onirique. Mademoiselle J. dit qu'elle ne dort plus très bien la nuit, ne rêve pas et n'aspire à rien de particulier. Elle ne « rêve » plus, mis à part le fait qu'elle veut rejoindre sa mère. De plus, depuis la maladie de sa mère (6 mois avant le décès), la patiente n'a plus eu l'occasion de se rendre à l'église ni de prier. Elle n'a pas pu décharger ses tensions via cette activité. Pas de relâchement de la tension, même temporaire. Madame J. est isolée même sur un plan social et n'a pas d'ami à qui se confier, reçoit très peu de visites de son frère. **Une vie opératoire s'installe. (209 – 210 – 218 – 219)**

Notons que la patiente a déclaré une symptomatologie somatique (eczéma, migraines, allergies) peu de temps après sa déscolarisation et une dizaine d'années après son premier viol. Il s'agissait d'une **désorganisation de l'appareil psychique** résultant d'un épisode d'angoisses et de stress avec une impossibilité pour elle d'évacuer ses tensions : elle a tu ses souffrances, et s'est isolée socialement. (pas d'amis à l'école). On peut émettre l'hypothèse d'une vie opératoire qu'elle aurait menée à cette époque-là.

Cependant, Mademoiselle J. ne parvient plus à maintenir intriquée la pulsion de mort à la pulsion de vie (**219**). Un processus d'auto-destruction semble alors se mettre en place : ménopause (système hormonal touché), hernie et reflux (système circulatoire). Cela conduit la patiente à une **désorganisation progressive** qui fait éclater le noyau masochique primaire (lieu de l'intrication pulsionnelle) et c'est là que le masochisme mortifère apparaît.

AXE 1B :

Au cours des séances avec la patiente, elle me confie constamment combien cela a été pesant et angoissant pour elle de garder le lourd secret du viol, et son échec dans la coiffure. (**200,**

201, 204) Elle avait honte, la société à l'époque l'aurait trop culpabilisée du viol. Mademoiselle J avait peur des représailles.

Elle vit donc dans l'angoisse depuis très jeune. Cette angoisse s'est vue amplifiée par des difficultés au travail (allergies, eczéma), son frère qui quitte le domicile familial, un équilibre familial menacé avec des parents qui ne s'entendent plus vraiment. En outre, Mademoiselle J. souffrait de difficultés relationnelles avec ses pairs et aussi avec les hommes et n'a jamais pu construire de relation amoureuse.

L'enchaînement des événements, le décès traumatique du père (tombé d'un toit lors d'un accident professionnel) et la maladie de la mère l'ont plongée dans une vie dont elle n'avait plus le contrôle.

200 angoisses diffuses

204 dépressions

206 dépression latente (voire silencieuse dans ce cas, avant que ne se déclenchent ses premières allergies)

208 dépressions essentielles

209 trauma permanent : plusieurs années de viols

210 traumatisme : viol, parents, frère quitte la maison, est prise en moquerie par ses pairs, échec de la vie amoureuse

213 traumatisme professionnel : quitte son poste de coiffeuse à cause de ses allergies, est licenciée de son poste de cantinière à cause de ses absences.

218 vie et pensée opératoire (décrite plus haut)

219 désintrinsication pulsionnelle

220 désorganisation progressive

AXE1C :

301 fixations premières (peau)

304 fonction excrétion

305 fonctions motrices

309 Axe hypothalamique-hormonal

352 Fonction d'identification

AXE 2A :

Traits de caractères phobiques **400**

Plutôt anal : **406**

- **380** déni de la réalité : elle pensait que sa mère ne mourrait jamais
- **384** refoulement d'une sexualité
- **389** retournement sur soi
- **393** idéalisation
- **400** Phobique (évite les jeunes et toute relation)
- **406** anal

AXE 2B

492 : activité spirituelles (qu'elle a cessées à la maladie de sa mère)

Evaluation, NOTES :

-Fonctionnement et dysfonctionnement psychique : 3 ou 4 (tout dépendra des résultats médicaux)

(sachant que la mère de la patiente est décédée d'un cancer du colon et que la patiente est constamment constipée, une coloscopie semble indispensable ainsi que des examens gynécologiques plus approfondis).

-Prévalence des comportements : 2

- Capacité d'expression des affects : 2

-Capacité de relations à l'environnement : 7

Premier total : $3 + 2 + 2 + 7 = 14$

Névrose de comportement avec relation d'objet fusionnelle. Son immaturité psychosexuelle, son désir de rester avec les enfants, sa recherche d'un objet externe plaident en faveur d'une telle hypothèse nosographique.

Le traumatisme du deuil maternel risque d'aggraver son état somatique car elle ne peut mentaliser le deuil; une psychothérapie pourrait l'aider à faire face et à poursuivre sa vie en ralentissant les progrès des possibles maladies.

Nous sommes dans le cadre d'un masochisme mortifère et non pas d'un narcissisme de mort.

Evaluation du risque somatique : 4

EVALUATION GLOBALE : $14 + 4 = 18$: risque très élevé, la prise en charge en psychothérapie est une urgence.

2.8- Projet Thérapeutique en Psychomotricité Psychosomatique

Compte tenu de l'évaluation psychosomatique montrant une vie opératoire et peut être un début de désorganisation mentale, il m'est paru primordial de demander au médecin psychiatre que Mademoiselle J. puisse être prise en charge par une psychologue. Parallèlement, je propose des séances à cette patiente, en rapport avec les éléments relevés lors des évaluations psychosomatique et psychomotrice.

Ma prise en charge se fera selon deux axes :

- je lui proposerai d'intégrer un groupe avec d'autres patients, où nous nous intéressons à la terre (jardinage, pâte à modeler, plantation de graines, ect) pour engager une ébauche de travail de deuil et l'encourager à se sociabiliser.

- Je souhaite proposer à cette femme qui se vit comme une petite fille (pas de développement de l'identité féminine) un travail autour du corps, qui lui permettrait de développer ses représentations mentales corporelles, absente du fait de sa vie opératoire. Cela se fera par l'intermédiaire de séances de relaxation de type relaxation psychosomatique Soubiran (mobilisations passives), en salle Snoezelen, où les stimulations sensorimotrices sont nombreuses et où l'émergence d'images et de représentations peuvent avoir lieu.**

Partie 3 : la psychomotricité, une médiation corporelle psychosomatique ?

La psychomotricité est une thérapie à médiation corporelle. Elle s'intéresse au corps du patient et à la relation que celui-ci entretient avec les autres objets de l'espace. Nous portons principalement notre attention sur les fonctions psychomotrices du sujet, notamment le tonus, le schéma corporel et la motricité. Le psychomotricien évalue les fonctions sensori-motrices, perceptivo-motrices, tonico-émotionnelles et psychomotrices. Il analyse leur intégration, leurs interactions et pose alors une indication éventuelle de prise en charge en psychomotricité.

La formation au D.U. de psychosomatique intégrative m'a amenée à enrichir et approfondir mon observation des patients rencontrés, ainsi que ma pratique. Je comprends mieux leurs freinages et essaie de leur proposer des expériences corporelles adaptées à leurs capacités de représentations et d'intégration ainsi qu'à leur affectivité.

Dans le cas de Mademoiselle J., l'évaluation psychosomatique m'a permis de donner sens à la fragilité de son schéma corporel et de son image du corps. Cela m'a conduite à lui proposer de vivre une expérience sensorielle originale bien que régressive (la stimulation sensorielle de la salle Snoezelen), enrichie par un accompagnement tonique, celui de la relaxation psychomotrice psychosomatique G.B. Soubiran.

Je souhaite montrer ici, comment, à partir d'une proposition d'expériences psychomotrices et de l'exemple de Mademoiselle J., on peut inviter l'être psychosomatique à se revisiter. **Il me semble inutile de préciser qu'une prise en charge parallèle en psychothérapie est indispensable, voire vitale.**

Relaxation et sensori-motricité : des outils psychosomatiques ?

Face à une faiblesse des représentations mentales :

Les deux cas cliniques présentés se caractérisent par des difficultés d'élaboration de représentations mentales. Une représentation mentale se constitue par l'association de plusieurs éléments :

- **Eléments sensoriels**, donnant des sensations : ces éléments résultent de l'activation de canaux sensoriels directement à partir du corps, de la peau.
- **Eléments perceptifs corporels** : l'interprétation des sensations grâce à l'intervention du système nerveux.
- **Eléments émotionnels** : il s'agit de mettre en lien des affects et des objets perçus.
- **Images mentales** qui rendent compte le plus fidèlement des caractéristiques physiques de l'environnement.
- **Sémantique, lexicale** : associer chaque « chose » à un « mot », la mise en mot.

L'établissement d'une représentation mentale de qualité demande donc une qualité de bonne présence à soi : c'est-à-dire une capacité d'attention, de perception corporelle, de penser, et de ressentir des émotions. Pour Michel Bernard, « *le corps en tant que source et organe de plaisir, est inscription de notre langage et inversement, notre langage signifie et s'enracine dans l'expérience érogène de notre corps* »

Ainsi, pour pouvoir enrichir la construction des représentations, on peut solliciter et travailler les modules manquants.

Dans le cas de Mademoiselle J. par exemple, un travail d'expériences sensori-motrices et de relaxation pourra la soutenir face à ses représentations mentales lacunaires. Il s'agira d'enrichir son écoute corporelle, de sorte à enrichir son schéma corporel et puis permettre d'accéder à une bonne perception d'elle-même., et en cela, la relaxation est un bon médiateur. J'ai donc choisi la relaxation psychosomatique de Gisèle Soubiran, au sein d'une salle de stimulation sensorielle, la salle Snoezelen.

Comment la relaxation et la stimulation sensori-motrice favorisent-elles l'émergence de représentations mentales ?

A sa naissance, le bébé est très démuné face au monde physique, chimique, biologique, psychique qui l'entoure. Les relations avec les parents et l'environnement sont fondatrices de la santé : c'est eux qui l'accompagnent dans l'expérimentation du monde par un dialogue qui commence d'abord avec le corps. Il va alors être question de savoir comment ce corps prend place dans la vie psychique de chacun. Très vite, ce corps est nourri, pris dans les bras, cajolé, caressé, parlé... Tous ces actes de « handling » mettent en scène le corps en relation avec la

mère. C'est ainsi que certains vécus, certaines émotions vont se cristalliser sur ce corps, et qu'il sera le sujet et l'objet de l'être psychique. Les expériences sensori-motrices introduisent donc l'être au monde et lui permettent d'étayer son psychisme, et identifier ses émotions.

L'émotion est un point essentiel de la vie affective de l'homme et se caractérise par des perturbations psychologiques et physiologiques. Au niveau physiologique, cela se fait sous le contrôle du système vago-sympathique, lui-même coordonné par les centres nerveux sous-corticaux. La relaxation invite au repos les systèmes cardio-vasculaires et musculaires. L'émotion peut alors s'exprimer de manière plus intellectuelle.

La relaxation entraîne des modifications neurophysiologiques permettant l'accès à une détente nerveuse par baisse de vigilance. Le relâchement musculaire n'est pas suffisant pour accéder à cet état de détente. D'autres circuits sont aussi sollicités, provoquant des modifications hormonales. Cela se passe au niveau des glandes surrénales : par des modifications de sécrétion d'adrénaline (hormone de l'adaptation, favorisant les réactions émotionnelles) et de cortisol (hormone de l'incertitude), captés au niveau sous-cortical. Cela crée des états de régulation émotionnelle. On enregistrera alors des ondes alpha.

Aussi, on notera des modifications des perceptions musculaires (par le relâchement) , sensorielles (celles-ci sont exacerbées) , respiratoires (oxygénation améliorée, respiration plus lente et plus profonde) , et cardiaques (diminution du rythme cardiaque, faisant baisser la température corporelle).

Cela favorisera donc le rapprochement aux perceptions et représentations mentales.

La relaxation psychosomatique a pour but de rétablir la communication entre le conscient, l'inconscient et le corps, et favorise l'émergence du désir et de l'imaginaire. Elle va favoriser et faire prendre conscience des sensations cénesthésiques et proprioceptives.

Elle est un médiateur pertinent, en psychomotricité. Elle peut être considérée comme une « *aire de jeu* » au sens de Winnicott. En effet, « *il s'agit comme dans les jeux virtuels dans lesquels le joueur peut entrer, de découvrir des mondes intérieurs* ». Dans cet espace, le sujet

peut réinvestir son corps et (re)prendre contact avec celui-ci de sorte à retrouver une identité corporelle et psychique unifiée.

La relaxation favorise l'écoute des sensations du corps. Les mobilisations passives éveillent la conscience du corps grâce aux variations perceptives au niveau des tendons et ligaments. Les mobilisations constituent des exercices activo-passifs, ce qui va éveiller et affiner l'écoute. La méthode Soubiran est non directive et non interprétative, avec un objectif de mise en mouvement, et pas uniquement de toucher. Les inductions sont des propositions de postures. Le sujet n'est pas seul, il est accompagné dans le travail de contrôle de son état tonique.

Après la pratique de la relaxation, nous stimulons l'expression des ressentis et la mise en mots. Monsieur B. arrivait à s'exprimer mais par rapport à sa vie, il n'exprimait pas ses ressentis corporels, mais évoquait moins ses douleurs. Mademoiselle J., pour le moment, n'arrive pas à dire autre chose que « ça va ». Je lui ai donc proposé une expression par le dessin, ou le modelage (par la pâte à modeler).

La « cure » de relaxation G.B. Soubiran vise à l'autonomisation du patient et l'accès à un vécu subjectif de la détente. Il s'agit d'encourager la verbalisation du patient et de la confronter au vécu du psychomotricien et à son observation clinique. Ainsi, un échange entre ces deux vécus permet au patient de progresser dans sa perception de son corps et de son vécu corporel mais participe également à un réveil de l'imaginaire. Cela peut également réveiller un traumatisme et aider le sujet à le remodeler. C'est ce qui pourrait se passer lors des séances de Mademoiselle J. Freud nous dit bien que *« un souvenir peut être réactualisé dans un certain contexte alors que pris dans un autre contexte, il serait inaccessible à la conscience »*.

« En outre, en relaxation, *« le relaxateur peut être vécu comme un objet externe « mère » qui pourrait être introjecté et venir ainsi renforcer les objets internes »*, F. Bosse Demirdjian dira que la relaxation *« permet de revenir au temps d'avant la parole, au temps de l'enfance où les émotions avaient un sens univoque, celui du langage du corps »* La relaxation fait partie des *« des outils qui permettent de régresser ensemble jusqu'à recréer une dyade thérapeute-patient, sur le modèle parent-nourrisson »*. il s'agit d'une revalorisation du point de vue libidinal. Cela agira donc sur l'estime de soi et le narcissisme. Le parallélisme peut être fait avec le bébé dans ce cas précis dans l'introjection partielle de l'objet. En effet, Winnicott dira

que le « bon sein » introjecté ne représente pas la mère en elle-même, mais sa façon de mater. Notre rôle sera de soutenir le patient, de lui proposer un holding tant corporel que psychique contenant, afin de lui permettre de retrouver ses limites corporelles, de s'identifier à son corps, de mieux se percevoir et de se sentir exister. Cela permettra aussi de soutenir les assises narcissiques et l'image du corps. Cela passera aussi par les canaux sensoriels de la vue et de l'ouïe à travers la voix. Le toucher, pendant les mobilisations passives, tiendra une place centrale, il permettra d'envelopper et de dialoguer par communication tonique avec le patient régressé, tout comme une mère le fait avec son bébé qui n'a pas accès encore à la parole »

Le « bain de parole » est également important. Il permet de situer le patient (et le nouveau né) dans une histoire, la sienne. Il s'agira de mettre des mots, de les accompagner et ainsi de les initier et/ou de les inviter au langage petit à petit. La fonction tonique s'inscrit dans le temps et il est important de pouvoir resituer les fluctuations toniques en fonction de l'histoire du patient et de sa relation au monde l'environnant.

On voit bien, à travers cela, qu'il ne peut y avoir de langage verbal sans qu'il y ait, au préalable, un langage corporel.

Il faut donc être vigilant aux émotions qu'on laissera passer et être dans une écoute constante, sécurisante et bienveillante du patient.

Le cadre de la salle Snoezelen favorable à la création des encrages sensoriels

La salle Snoezelen est une salle de stimulation sensorielle. La richesse de ce lieu permet une stimulation des photorécepteurs, chémorécepteurs, thermorécepteur et viscérorécepteurs par stimulation des voies sensorielles

Petite et tamisée, on se sent enveloppé dès l'entrée dans cette salle. « *Cet espace n'est pas seulement extérieur et visible, il est surtout et avant tout intérieur et personnel* » (Husselge et Verheul) . Cela favorise une rencontre où la sensorialité devient médiatrice du contact avec le monde. L'espace de la relation au monde est ouvert.

L'expérience sensorielle ouvre le passage aux voies de l'émotion. Madame Soubiran dit bien que « *l'apprentissage du corps passe par l'épreuve de l'émotivité. L'émotivité est la donnée la plus spectaculaire de l'expression psychomotrice. Tout investissement semble précédé par*

un état de réceptivité de tension vers l'être, de sensibilité ». Ainsi, l'expérience du corps permet l'émergence et l'expérience de nouvelles émotions, qu'elles soient bonnes ou mauvaises.

« Ces informations offrent une trame sur laquelle peuvent s'inscrire les mouvements ponctuels du corps, qui génèrent des sensations plus profondes de type proprioceptif. A partir des variations sensorielles suscitées par les mouvements du corps dans les flux, va s'instaurer un décollement entre sensations externes produites par les flux et sensations internes produites par le corps et ses mouvements » (Bullinger) : cela va donc redéfinir l'enveloppe corporelle et les limites entre le dedans et le dehors, et restimuler la fonction de pare-excitation du Moi-Peau au sens d'Anzieu. De plus, toute modification du flux et de la stimulation sensorielle va engendrer une modulation du tonus, favorisant un justement psychomoteur à la stimulation, en y associant un vécu émotionnel.

Le jeu entre sensation, perception, émotion et représentation permet l'élaboration de l'image du corps.

La relaxation a un rôle de pare-excitation, comme le souligne Marc Guiose, en aidant le sujet à ne pas être débordé par ses affects. Il est alors plus objectif dans sa manière d'appréhender le monde. Par exemple, Monsieur B. se sentait moins persécuté par l'équipe infirmière... La relaxation apporte aussi un étayage corporel, encourageant en cela l'estime de soi et soutenant le narcissisme du sujet.

Conclusion

« L'homme est un être psychosomatique » et cette dimension est à prendre en considération dans toute prise en charge. Par sa spécificité corporelle, la psychomotricité peut être un soutien au patient et l'aider à développer ses capacités d'écoute, de représentation et d'imagination. La psychosomatique Intégrative est un outil permettant au psychomotricien de développer ses capacités d'écoute et de compréhension des patients. Par l'intermédiaire de médiations telles que la relaxation psychosomatique, le psychomotricien invite le patient à retracer les différentes étapes de sa vie, renouer avec son corps et tout son être, tout en abaissant ses angoisses. L'enseignement de Psychosomatique Intégrative me semble indispensable dans la formation de psychomotricité pour mieux répondre aux besoins et demandes des personnes que l'on suit d'autant plus que nous sommes tous concernés par la relation au Corps des patients que nous traitons. Un travail de sensibilisation des professionnels est à entreprendre, et ce, dès la formation universitaire initiale.

Bibliographie :

- **Anzieu D.**, 1995, Le Moi-Peau , Paris, Editions Dunod
- **Bernard M.**, 1995, Le Corps, Editions du Seuil
- Bosse Demirdjian F.**, 2002, Espace intérieur en relaxation : réalité et virtualité, in Psicomotricidade clinica,, Brazil
- **Bousingen D. R**, 1992,La relaxation Que sais-je, Paris PUF
- **Bullinger A**, 1996, le rôle des flux sensoriels dans le développement tonico-postural du nourrisson, Motricité Cérébrale 17
- **Dolto F.**, 1984, l'image inconsciente du corps, Editions du Seuil
- **Freud S.**, 1991, Trois essais sur la théorie de la sexualité, Paris, Gallimard
- Green A.**, Narcissisme de Vie Narcissisme de Mort, Les Editions de Minuit
- **Guiose M. et Gaucher-Hamoudi O.**, 2007, Soins Palliatifs et Psychomotricité , Paris,HDF
- **HIRSCH,E**, 1992, Dans le respect de la Dignité , JALMAV
- **Kubler-Ross E.**, 1982, La mort, porte de la vie, Paris, Le livre de poche
- **Laplanche J. et Pontalis J-B.**, 1992, le vocabulaire de la psychanalyse, Paris, PUF
- **Lefèvre C.**, 2002, Du curatif au palliatif : la transformation psycho-corporelle, Expansion Scientifique Française
- Marty P., De M'Uzan, Christian David**, l'investigation psychosomatique, QUADRIGE, PUF
- Stora Jean-Benjamin**, 1999, Quand le Corps prend la relève, Editions Odile Jacob
- Stora Jean-Bejamin**, 2006, La neuro-psychanalyse, Que sais-je PUF