



HAL
open science

”Tisser des liens au fil du groupe” : le groupe thérapeutique, une enveloppe contenant pour l’enfant instable

Marie-Aurélié Sellingue-Itema

► To cite this version:

Marie-Aurélié Sellingue-Itema. ”Tisser des liens au fil du groupe” : le groupe thérapeutique, une enveloppe contenant pour l’enfant instable. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-00870071

HAL Id: dumas-00870071

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00870071>

Submitted on 4 Oct 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.

Université Bordeaux Segalen

Institut de Formation en Psychomotricité

**Mémoire en vue de l'obtention
du Diplôme d'État de psychomotricien**

« Tisser des liens au fil du groupe »

**Le groupe thérapeutique : une enveloppe
contenante pour l'enfant instable**

SELLINGUE-ITEMA Marie-Aurélie

Née le 14 juin 1990 à Saint-Denis de la Réunion

Juin 2013

Remerciements

Je tiens à remercier mes maîtres de stage qui m'ont ouvert les portes de leurs salles de psychomotricité et qui m'ont soutenue tout au long de ces trois années de formation,

A tous les patients qui m'ont accueillie et qui m'ont offert la possibilité de les rencontrer,

A mon maître de mémoire qui m'a accompagnée dans le cheminement de cette rédaction,

A mes amis, avec qui, nous avons partagé des moments de doutes et de réconforts,

*A ma famille, source première de ma motivation, qui m'a permis d'avancer
même à plus de 10 000 kilomètres,*

A toi Mamie, qui a su me guider

A toi Benoit pour ta patience et ton sourire...

« Mi merci a zot »

« Je vous remercie »

Table des matières

Avant-propos	6
Introduction	7
Chapitre I : L'instabilité psychomotrice	8
I. Historique : Les origines du concept d'instabilité psychomotrice	9
A. La conception « française »	9
B. La conception « anglo-saxonne »	12
II. Les perspectives actuelles	14
III. Descriptions diagnostiques selon les classifications	15
A. Sémiologie psychiatrique	15
1) DSM IV	15
2) CIM 10	17
3) CFTMEA	17
B. Sémiologie psychomotrice	18
1) Les troubles toniques	18
2) Les troubles praxiques	19
3) Les troubles spatio-temporels	19
4) Les troubles de la représentation du corps	19
IV. Epidémiologie	20
V. Les hypothèses étiologiques	20
A. Les déterminants neurophysiologiques	20
B. Les déterminants psychodynamiques	22
VI. Les comorbidités	24
VII. L'évolution du trouble	24
VIII. Du normal au pathologique	25
A. Le mouvement dans le développement psychomoteur de l'enfant	25
B. Un trouble qui dérange ?	26
IX. Une première approche : l'instabilité un symptôme à entendre ?	27
A. Notre rencontre avec François	27
B. Notre rencontre avec Emilie	28
C. Mes questionnements	29

Chapitre II : Des enveloppes corporelles aux enveloppes psychiques	30
I. Introduction	31
II. La théorie freudienne	32
III. Le développement de l'enfant	34
A. L'enveloppe utérine.....	34
B. La naissance	35
C. De l'enveloppe protectrice commune	36
1) D. Winnicott: « Holding », « Handling » et « Object presenting ».....	37
2) L'enveloppe tonique.....	38
3) W. Bion et la fonction alpha.....	39
4) Esther Bick et la notion de « peau psychique ».....	39
5) Didier Anzieu : le « Moi-peau ».....	40
6) Geneviève Haag	43
7) Didier Houzel	44
D. ... A l'émergence d'une enveloppe psychique propre	46
 Hypothèses et problématiques	 47

Chapitre III : Le groupe, une approche thérapeutique de l'instabilité	49
I. Généralités	50
II. La notion d'enveloppe dans une perspective élargie	52
A. L'enveloppe familiale.....	53
B. L'enveloppe institutionnelle.....	53
III. Le groupe thérapeutique	55
A. Qu'est-ce que c'est ?	55
B. Le cadre thérapeutique	57
1) Le cadre physique.....	57
a) Groupe ouvert ou groupe fermé ?.....	57
b) Groupe homogène ou groupe hétérogène ?.....	58
c) Monothérapie ou cothérapie ?.....	58
d) Les règles.....	58
e) Le cadre temporel.....	59
f) Le cadre spatial	59

2)	Le cadre psychique	60
a)	L'enveloppe du psychomotricien	60
b)	Mon implication	62
C.	L'enveloppe groupale	63
1)	L'enveloppe individuelle menacée.....	64
2)	L'illusion groupale	64
3)	La période de redifférenciation	65
D.	Les processus groupaux	66
1)	Fonction de contenance	66
2)	Fonction réfléchissante.....	66
3)	Fonction d'individuation.....	67
4)	Fonction de pare-incitation et fonction d'élaboration.....	67
IV.	De la médiation... aux constructions contenantes.....	68
A.	Le jeu spontané, un moyen d'intégration des limites psychocorporelles.....	68
B.	Les temps calmes : le dessin, la pâte à modeler, le livre	69
	CAS CLINIQUE : Le groupe, une enveloppe contenantante pour Hugo ?	72
	CONCLUSION.....	84
	BIBLIOGRAPHIE.....	86

Avant-propos

« Il y a du dit qui se parle, donc qui s'entend. Il y a du faire qui cherche à se faire passer pour du dire, donc qui se voit. Il y a du dire qui se sent : « je sens bien ce que tu veux dire ». Il y a du dire qui n'est que du faire, du parler pour ne rien dire. Le non dit serait ce qui ne se parle pas [...]. Ce serait ce qui est agit, qu'il soit de silence, de geste, d'action ou d'émotion... ça se dit mais sans se dire, ça se dit autrement [...] »¹

¹ M.C Oudot « Relation et projection en thérapie psychomotrice », revue Thérapie psychomotrice, P 33

Introduction

Actuellement étudiante, l'écriture du mémoire s'impose à moi au cours de cette troisième année de formation en psychomotricité à l'institut de Bordeaux. Cet écrit est pour ma part l'occasion d'exposer mes questionnements et d'entamer un travail de réflexion approfondi portant sur un thème qui éveille ma curiosité : l'instabilité psychomotrice chez l'enfant.

Aujourd'hui de multiples dénominations sont employées pour décrire ce trouble, on peut entendre parler d'instabilité psychomotrice, d'hyperactivité, de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité ou TDAH, de syndrome hyperkinétique.... Cette variabilité des termes illustre la multiplicité des opinions et des divergences issues des différents courants théorico-cliniques. En effet, l'instabilité psychomotrice semble susciter de nombreux débats et fasciner les modèles de pensée qui s'intéresse de près à ce sujet.

Le vocable d'« instabilité psychomotrice » s'ancre dans la conception psychodynamique française et c'est sous ce terme qu'il intègre la sémiologie psychomotrice et figure sur notre décret de compétence de 1988, qui définit et délimite notre profession de psychomotricien.

J. de Ajuriaguerra décrit l'instabilité comme :

« La figure psychomotrice sur un plan désorganisé »².

Autrement dit, l'instabilité semble interroger l'articulation permanente liant le psychisme et le corps et résulterait d'une défaillance dans l'accordage de ces deux entités qui fondent l'intégrité de chaque individu. Ce tableau clinique se trouverait donc au centre de notre pratique psychomotrice.

Cette année grâce à mes lieux de stage en Centre de Santé Mentale Infantile (CSMI) et en Centre Médico-Psycho-Pédagogique (CMPP), s'offre à moi, la possibilité d'adjoindre aux propos théoriques des observations cliniques issues de ma rencontre avec ces enfants décrits comme instables.

² J. de Ajuriaguerra « J. de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité Volume 2 : Psychopathologie développementale et troubles psychomoteurs », P 323

Chapitre I : L'instabilité psychomotrice

I. Historique : Les origines du concept d'instabilité psychomotrice

De nos jours, comme cité précédemment dans l'introduction, les termes employés pour désigner cette même « entité clinique »³ sont nombreux.

Ces dénominations se sont diversifiées progressivement et découlent de l'appropriation des différentes approches théorico-cliniques s'intéressant de près à ce sujet.

Afin de mieux appréhender la vision actuelle des choses, il me semble nécessaire de porter un regard sur le passé, en s'intéressant à la genèse et à l'évolution du concept d'instabilité psychomotrice au fil du temps.

La présentation synthétique en deux modèles conceptuels d'origines géographiques différentes, dans un premier abord peut apparaître réductrice, mais ceci me semble toutefois nécessaire afin de favoriser une compréhension globale de la situation historique.

A. La conception « française »

Les premières descriptions cliniques détaillées de l'instabilité psychomotrice chez l'enfant, ont vu le jour en France, à la fin du XIX^{ème} siècle avec Bourneville (1897), qui dans son traité médico-pédagogique tente de rendre compte des spécificités des enfants débiles légers instables. A cette époque, l'instabilité, est effectivement associée à différentes formes d'arriérations mentales.

C'est à partir des travaux cliniques de G. Paul-Boncour et J. Philipe (1905) et ceux d'E. Dupré (1907) que l'instabilité sera progressivement envisagée comme une entité clinique à part entière, dissociée d'un trouble mental avéré.

L'instabilité est dès lors caractérisée par l'association de signes altérant d'une part le domaine cognitif, « *inattention et mobilité psychique exubérante* »⁴, et d'autre part atteignant le domaine du comportement « *impulsivité et instabilité motrice* »⁵.

³ Maurice Berger « L'enfant instable : approche clinique et thérapeutique », P 19

⁴ F. Joly « L'enfant hyperactif : de quoi s'agit-il ? Pourquoi s'agite-t-il ? », P 34

⁵ Ibid.

E. Dupré met en lumière la complexité des interactions entre les phénomènes moteurs et psychiques qui fondent l'identité de l'enfant.

L'instabilité résulterait, pour ces auteurs, d'un défaut constitutionnel au niveau du système cérébral.

G. Heuyer s'inspire des travaux d'E. Dupré et fait de l'instabilité psychomotrice une véritable conception clinique en précisant ces caractéristiques :

« C'est un trouble psychomoteur dans lequel l'émotivité est labile, variable, comme l'inaptitude motrice à continuer la même action, à soutenir un rythme régulier, à réagir de façon constante, à persévérer dans une entreprise et au point de vue intellectuel à fixer son attention »⁶.

Dans cette définition, G. Heuyer met en lien les manifestations émotionnelles, motrices et intellectuelles et les intègre dans un même manque de continuité. Il met également en avant l'importance de l'affectivité et de l'influence du milieu dans la genèse du trouble.

H. Wallon (1925) publie un ouvrage, *« L'enfant turbulent »*, dans lequel il regroupe les apports de la psychologie de l'enfant et les données de la neurophysiologie de son époque. Il met en évidence l'influence de l'environnement et de l'émotion dans la genèse du trouble. Il énumère dans un premier temps la turbulence infantile en quatre grands syndromes psychomoteurs en lien avec la localisation d'une insuffisance organique. En 1955, il finit par ne reconnaître que trois types d'instabilités : une forme asynergique (marquée par un défaut primordial de coordination et d'unité), une forme épileptoïde (enfant se livrant à des activités sociales désadaptées) et une dernière forme, qui est la plus fréquente selon lui, dite subchoréique (défini par des difficultés d'attention et d'orientation de la pensée, dans les domaines de la représentation et de la perception).

⁶ Thierry Bénavidès « Sémiologie psychomotrice de l'instabilité », Article, P 7

Un renversement va progressivement se mettre en place, notamment grâce à J. Abramson (1940) qui au travers de sa thèse sur l'enfant et l'adolescent instables, vient ancrer définitivement « *l'acceptation psychologique de l'instabilité* »⁷. Il envisage l'instabilité psychomotrice comme l'expression d'un déséquilibre entre les capacités cognitives, motrices et affectives, dû à un défaut dans le développement affectif de l'enfant.

L'accès à la compréhension du trouble réside ainsi, dans l'analyse de l'organisation psychique de l'enfant et des relations qu'il entretient avec son entourage.

Cette vision interprétative va illustrer, par la suite, le parti pris français qui semble tendre préférentiellement vers une conception psychodynamique du trouble.

J. de Ajuriaguerra va renforcer cette approche psychodynamique, en situant l'instabilité psychomotrice sur un « *continuum* » comportant deux extrémités ; l'une correspondante à l'instabilité subchoréique qui admettrait dans sa genèse des facteurs constitutionnels. L'autre, correspondante à l'instabilité affectivo-caractérielle qui apparaîtrait comme la résultante de désordres affectifs survenus de façon précoce au cours du développement de l'enfant.

Les travaux de J. de Ajuriaguerra semblent mettre en lumière son désir de dépasser ces clivages théoriques en introduisant un polymorphisme sémiologique et étiologique de l'instabilité psychomotrice. Son approche esquisse l'émergence d'un modèle plurifactoriel qui prend en compte plusieurs causes, tout en insistant sur l'influence du développement, des relations précoces avec l'entourage et de l'organisation psychique de l'enfant. Ainsi, il inscrit l'instabilité psychomotrice dans l'histoire singulière du sujet.

En 1982, J. Thiffault s'intéresse à l'instabilité et revisite ce concept au travers de la notion d'hyperactivité qu'il définit par l'association d'une hyperkinésie, d'une distractibilité et d'une impulsivité.

A partir de ce moment, une nouvelle conception « *hyperactivité-hyperkinésie* » de l'enfant instable s'installe en France. Les études sont rapidement orientées vers une vision organique du trouble et notamment propulsées dans ce sens par la recrudescence des progrès en pharmacologie.

⁷ F. Joly « L'enfant hyperactif : de quoi s'agit-il ? Pourquoi s'agit-t-il ? », P 35

B. La conception « anglo-saxonne »

En 1902, Still médecin anglais, défend l'idée de l'origine organique de l'hyperactivité en développant le concept de « *Brain Damage Syndrome* » employé pour décrire les liens présents entre des lésions cérébrales et l'hyperactivité.

En 1921, Hohmann-Kennedy utilise le terme d'« hyperkinésie » qu'il emprunte à la sémiologie neurologique de l'adulte pour décrire l'impact d'une épidémie (encéphalite de Von Economo qui a touché l'Amérique) sur le comportement des enfants. A la suite de leur guérison, ces derniers présentaient une hyperkinésie soudaine et par conséquent étaient devenus incapables de réinvestir les apprentissages scolaires.

En 1937, Bradley engage une étude majeure sur une population de trente enfants instables avec une intelligence normale. Ces enfants présentent un syndrome à part entière regroupant, selon lui, des troubles de l'attention, d'hyperactivité et de la labilité émotionnelle. A la suite de la prescription d'une amphétamine, il observe une action positive sur leurs troubles du comportement et sur leurs capacités d'apprentissages. Ainsi, il lie l'apparition de ce syndrome à une cause neurobiologique.

En 1947, Strauss et Lehtinen s'appuient sur les travaux de Bradley et développent la notion de « *Minimal Brain Injury* » qui intègre des troubles cognitifs et des désordres perceptivo-moteurs résultants d'une atteinte lésionnelle minime.

Face à l'hétérogénéité des profils d'enfants concernés par les descriptions précédentes, le groupe d'études internationales d'Oxford composé de Bax, Mackeith et Clément, offre une nouvelle formulation, celle de « *Minimal Cerebral Dysfunction* ». Cette notion, plus souple et nuancée, regroupe à des degrés et niveaux d'associations différents : une activité motrice excessive, des troubles du comportement (désinhibition, impulsivité) et une distractibilité.

Les travaux anglo-saxons semblent s'orienter vers une vision organique du trouble. Les auteurs cités ci-dessus, tentent de dégager quasi systématiquement, un lien entre les comportements observables et l'existence d'une atteinte cérébrale plus ou moins directe et avérée.

Cette tendance « objectivante » est évidemment à tempérer, notamment au travers de certains auteurs anglo-saxons (Segal, 1969 ; D. Winnicott ,1975) qui remettent à l'ordre du jour, l'importance de l'environnement psychoaffectif dans l'émergence du trouble. Ils défendent l'idée que, l'instabilité ne peut être comprise qu'en prenant en compte l'organisation psychique et l'investissement relationnel de l'enfant dans un contexte qui lui est propre.

Ce rappel historique condensé permet de mettre en avant une évolution « instable » des termes diagnostiques employés pour décrire ces enfants agités et agitant les disciplines qui les abordent.

II. Les perspectives actuelles

L'instabilité psychomotrice infantile suscite l'intérêt de plusieurs auteurs depuis de nombreuses années. Il en découle une large étendue de publications théoriques.

Face à la diffusion importante de ces informations, au travers de supports médiatiques multiples (notamment par le biais de sites internet⁸, de reportages télévisés⁹... qui déclinent « sommairement » les troubles du comportement et leurs impacts sur la vie quotidienne de l'enfant et de sa famille), les parents ou le système scolaire, peuvent se sentir submergés par ce trop-plein de données.

D'ailleurs, c'est souvent le milieu familial et /ou scolaire qui signale(nt) les situations incommodes engendrées par le comportement de l'enfant jusqu'à conduire à une demande de consultation médicale.

Les préoccupations autour de l'instabilité psychomotrice ne datent pas d'hier et occupent aujourd'hui encore, une place centrale dans la psychopathologie de l'enfant. Actuellement, les théoriciens tendent vers une mise en commun, réelle ou fictive, des différentes données cliniques et théoriques. Ils s'accordent pour affirmer l'existence d'une forme pathologique d'instabilité (ou tout autres appellations qui la désigne). Celle-ci étant identifiable par ses répercussions sur la qualité des apprentissages scolaires et les difficultés d'adaptation sociale de l'enfant.

Face à la diversité des situations cliniques rencontrées par les thérapeutes, il semble nécessaire de dépasser une vision contradictoire des différents courants de pensée. Cette perspective nous invite à tendre vers une approche plurifactorielle de l'instabilité psychomotrice et à prendre en compte le caractère polymorphe de ce trouble. Ainsi, la volonté d'articuler ces différents travaux inscrit l'instabilité psychomotrice, dans une tentative de compréhension complexe.

⁸ Tdah-France.fr

⁹ « Enfants hyperactifs, parents dépressifs », reportage télévisé

III. Descriptions diagnostiques selon les classifications

A. Sémiologie psychiatrique

1) DSM IV

Dans la quatrième version du Manuel Diagnostique et statistique des troubles mentaux, ou DSM-IV, de l'association américaine de psychiatrie, on retrouve dans la rubrique « *déficit de l'attention et comportement perturbateur* », la description du **trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité**.

Le tableau clinique de ce trouble est défini dans cet ouvrage, par deux grandes caractéristiques : un déficit de l'attention et l'hyperactivité-impulsivité.

- **Déficit de l'attention** :

- **L'inattention** : qui se traduit par un défaut d'attention dans la réalisation de tâches scolaires ou concernant d'autres activités. Le sujet semble ne pas écouter quand on s'adresse à lui et souvent il ne se conforme pas aux consignes demandées. Il fait preuve d'une grande distractibilité et ne parvient pas à mener une activité jusqu'à la fin. Il peut également avoir des oublis fréquents et égarer ses affaires personnelles.

- **Hyperactivité-impulsivité** :

- **L'hyperactivité** : le sujet est souvent remuant dans des situations inadéquates, comme en classe où il est incapable de rester assis sur une période de longue durée. L'agitation motrice de l'enfant est désorganisée ; il grimpe, gesticule, court partout, passe sans cesse d'une activité à une autre, autrement dit, il est en perpétuel mouvement et semble ne jamais pouvoir s'arrêter.

- **L'impulsivité** : se manifeste par un défaut d'autocontrôle. Le sujet agit dans l'immédiateté, il répond avant que la question ne soit posée totalement, il a du mal à attendre son tour et interrompt souvent les autres en imposant sa présence.

Ces symptômes doivent être présents avant l'âge de 7 ans. Ceci, à un degré inadapté ne correspondant pas au niveau de développement de l'enfant. La survenue des symptômes doit se retrouver dans au moins deux milieux différents (par exemple en classe et à la maison).

Ces signes cliniques persistent sur une période minimale de 6 mois et sont à l'origine d'une altération significative du fonctionnement social, scolaire et familial du sujet.

La coexistence de ces 3 symptômes reflète la conception typique du trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité selon la psychiatrie américaine. Néanmoins cette dernière intègre dans sa description, trois sous-types cliniques définis par la nature des symptômes prédominants : le type inattention prédominante, le type hyperactivité-impulsivité prédominant et le type mixte.

Le DSM-IV différencie également le trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité non spécifié. Cette catégorie est réservée aux troubles avec la même symptomatologie évidente mais qui ne remplissent pas tous les critères exposés précédemment (par exemple l'âge d'apparition étant supérieur à 7 ans).

Il faut savoir que plusieurs tableaux cliniques peuvent se rapprocher du trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité, ce qui fait du diagnostic différentiel une étape délicate.

Ce trouble est à distinguer :

- d'un trouble psychiatrique avéré (troubles envahissants du développement, retard mental, troubles autistiques, troubles des apprentissages, troubles de l'humeur...) ou les comportements d'inattention et d'agitation correspondent à des manifestations invalidantes d'un trouble plus global.
- d'un trouble somatique
- d'un trouble lié à la prise de substance
- ou tout simplement de l'agitation non pathologique observée chez les jeunes enfants.

2) CIM 10

L'Organisation Mondiale de la Santé, dans sa dixième révision de la classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement, utilise le terme de **trouble hyperkinétique**. Elle l'aborde comme faisant partie des troubles du comportement et des troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance ou à l'adolescence.

Les critères diagnostiques nécessitent la présence d'une **inattention**, d'une **hyperactivité** et d'une **impulsivité** qui sont gênantes, persistantes et présentes dans plusieurs domaines et non occasionnées par un autre trouble.

Le caractère envahissant du trouble est décrit par l'association répétitive d'au moins deux symptômes, faisant partie de cette triade clinique, et ceci dans des situations différentes.

3) CFTMEA

La cinquième révision de la Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent cite le terme d'**instabilité psychomotrice** dans les chapitres concernant les « *troubles psychomoteurs* » et « *les troubles des conduites et du comportement* ». Néanmoins l'instabilité psychomotrice est classée et décrite parmi les troubles à dominante comportementale. La CFTMEA rassemble sous la même rubrique l'ensemble des appellations du trouble, en parlant d'hyperkinésie avec troubles de l'attention, de troubles déficitaires de l'attention avec hyperactivité et d'instabilité psychomotrice.

Dans cette classification, l'instabilité psychomotrice est caractérisée par deux versants :

- **Psychique** : le sujet éprouve des difficultés à fixer son attention et manque de continuité lorsqu'il s'implique dans des tâches cognitives. De plus, il a tendance à s'investir dans une activité désorganisée, incoordonnée et excessive, teintée d'un certain degré d'impulsivité.
- **Moteur** : l'enfant est sujet à une hyperactivité ou à une agitation motrice incessante.

Les relations qu'entretiennent ces enfants avec les adultes sont souvent ponctuées par une absence d'inhibition sociale, de réserve et de retenue.

Ces troubles s'expriment de façon fluctuante selon les situations et peuvent entraîner un comportement dyssocial ou une perte de l'estime de soi chez le sujet.

B. Sémiologie psychomotrice

L'instabilité est l'un des premiers tableaux cliniques qui a permis l'émergence de la pratique psychomotrice.

Aujourd'hui, il semble que l'instabilité psychomotrice soit un motif de consultation, de plus en plus mentionné, en prise en charge psychomotrice¹⁰.

Le psychomotricien peut participer activement à l'argumentation du diagnostic d'instabilité psychomotrice. En effet, Thierry Bénavidès a développé une sémiologie psychomotrice spécifique à l'enfant instable sur laquelle les psychomotriciens peuvent s'y référer. On peut ainsi étayer nos observations cliniques et apporter un nouvel éclairage sur le sens des manifestations psychocorporelles, dans le cadre de cette pathologie.

Les troubles psychomoteurs qui caractérisent l'instabilité s'organisent en quatre parties : les troubles toniques, les troubles praxiques, les troubles spatio-temporels et les troubles de la représentation du corps.

1) Les troubles toniques

J. Bergès distingue deux groupes d'instabilité en fonction de l'investissement tonique :

- Les instables avec état tensionnel : cet état se caractérise par une hypertonie massive pouvant être associée à des contractions musculaires, des blocages respiratoires, des crampes, des paratonies... Cette rigidité musculaire semble constituer une cuirasse tonique, si l'on reprend les termes de W. Reich, mis en place par l'enfant pour empêcher le débordement de contenus psychiques angoissants.
L'hyperactivité se manifeste dans ce cas, comme une explosion motrice lorsque cette tentative d'auto-contenance ne peut plus être maintenue.

- Les instables avec état de déhiscence : cet état se définit, au contraire, par une hypotonie. Le sujet est incapable de coordonner ses mouvements. Il se disperse, il trébuché, cherche des limites en se cognant dans des objets ou en se confrontant aux interdits parentaux. L'hyperactivité correspond ici, à une recherche de limites corporelles et psychiques manquant à l'enfant instable.

¹⁰ Marika Bergès-Bouines et Jean-Marie Forget « L'enfant insupportable : instabilité motrice, hyperkinésie et trouble du comportement », P 148

Ces deux états toniques marquent une défaillance dans la capacité de régulation tonique et semble traduire une dynamique psychocorporelle problématique chez l'enfant instable.

2) Les troubles praxiques

L'enfant instable est tout le temps en mouvement, il saute, il grimpe, il court... derrière cette activité motrice incessante, se cache de réelles difficultés dans la réalisation d'actes moteurs complexes. Il n'est pas rare, que lorsqu'on le sollicite dans une mobilisation corporelle segmentaire, que ce dernier manque de précision et fait preuve de maladresse. Afin de pallier à cette incapacité et pour se protéger de l'angoisse qui peut en découler, l'enfant s'enferme dans des activités excessives, simples et répétitives. Ceci, lui donnant l'illusion de maîtriser les situations dans lesquelles son corps est engagé dans l'action.

3) Les troubles spatio-temporels

La structuration spatiale se met en place difficilement. La motricité chaotique et l'impulsivité de l'enfant entravent un investissement spatial de bon augure. Il en est de même pour la structuration temporelle, où l'enfant a du mal à se situer efficacement dans le temps. L'intégration des repères spatio-temporels reste fragile et rend compte des difficultés de l'enfant à inscrire l'acte moteur dans l'espace et le temps. Il n'est pas rare que des troubles de la latéralité s'ajoutent à ces critères, ceci pouvant refléter une lacune dans l'intégration de l'axe corporel chez l'enfant instable.

4) Les troubles de la représentation du corps

L'enfant instable a généralement une bonne connaissance des parties de son corps, néanmoins, il éprouve des difficultés à intégrer les liens qui existent entre elles. Pour décrire ce paradoxe, Thierry Bénavidès, parle spécifiquement de sous représentativité qui touche à la fois le schéma corporel et l'image du corps chez ces enfants qui ont tendance à se dévaloriser. Malgré un surinvestissement dans le domaine moteur, l'enfant ne parvient pas à intérioriser une représentation adaptée de son corps qui lui permettrait d'acquiescer une assise corporelle sécurisante et stable.

IV. Epidémiologie

Les études épidémiologiques considèrent qu'il y aurait entre 150 000 et 200 000 enfants instables diagnostiqués en France. La prévalence à l'âge scolaire de l'instabilité psychomotrice oscille entre 3 à 5 %. Les garçons seraient 3 fois plus touchés par ce trouble que les filles.

V. Les hypothèses étiologiques

A. Les déterminants neurophysiologiques

Les hypothèses génétiques :

Certains chercheurs au travers des études familiales et de la recherche au niveau des comorbidités, soutiennent l'idée que l'apparition de l'instabilité serait due à une certaine vulnérabilité génétique.

Des travaux, évoqués par M. Touzin et Coll. en 1997, démontrent l'association entre l'instabilité et la présence de troubles des apprentissages tels que la dyslexie-dysorthographe dans 22 à 38% des cas. L'hypothèse d'une origine commune à ces deux troubles est avancée.

M. Lecendreux estime que 25% des enfants hyperactifs sont associés à des apparentés de premier degré atteint de ce même trouble¹¹.

Des études sur les jumeaux montrent que le taux de concordance s'élève à 51% pour les monozygotes et est de 33% pour les dizygotes.

Ainsi, plusieurs études rendent compte d'un lien indirect voire susceptible entre l'instabilité et la transmission génétique.

¹¹ Tdah-France.fr

Les hypothèses neurobiologiques :

Les chercheurs auraient identifiés un hypofonctionnement au niveau de deux neurotransmetteurs spécifiques : la dopamine et la noradrénaline. Le système dopaminergique agit sur la motivation, la régulation motrice ainsi que sur la mémoire de travail. Le système noradrénergique agit quant à lui sur l'éveil, la vigilance et l'attention sélective.

Ces hypothèses attestent de l'efficacité de certains traitements médicamenteux, notamment au travers de la prescription de psychostimulants, entre autres, de la ritaline. Ces traitements sont utilisés pour stimuler la libération de ces deux neurotransmetteurs et inhiber leurs recaptures.

Les hypothèses neuroanatomiques :

L'avancée technologique a permis l'émergence de divers appareils de mesures, d'imageries, de contrôles, de plus en plus précis et performants tels que : les IRM (imagerie par résonance magnétique), les scanners, les PET scan (tomographie par émission de positrons) permettant de faire des études fonctionnelles fiables.

L'imagerie morphologique a mis en évidence la réduction du volume des lobes frontaux et des ganglions de la base de 10% chez les enfants hyperactifs. Ce dysfonctionnement, touchant la croissance neuro-développementale, serait causé par un défaut de myélinisation de ces structures cérébrales.

Le PET scan, révèle une corrélation entre le TDA/H et la défaillance de deux systèmes : le système d'alerte (régit par le tronc cérébral et le cervelet) et le système de contrôle du comportement qui subiraient un défaut d'apport en glucose.

B. Les déterminants psychodynamiques

Une défense maniaque :

R. Diatkine et P. Denis en 1985, envisagent l'instabilité comme une défense maniaque contre la dépression. Cette dépression inconsciente est nourrie par l'angoisse de la perte de l'objet. L'enfant projette, dans diverses parties de l'espace, des mauvaises parties de lui-même. Il peut ainsi présenter des manifestations dépressives se caractérisant par le détachement de l'objet aussitôt qu'il soit investi. L'engagement et le désengagement d'un objet à un autre, lui confère un sentiment de maîtrise détournant le vécu d'être persécuté et abandonné par ces objets.

Un fonctionnement opératoire :

L'instabilité serait considérée comme un trouble psychosomatique. Les psychosomaticiens qualifient la pensée opératoire des enfants instables comme étant très pauvre dans la capacité à imaginer et ayant peu d'affects apparents. L'agitation motrice apparaîtrait donc comme le seul moyen, pour ces enfants, d'évacuer leurs conflits internes. La pensée opératoire est décrite comme une pensée motrice, coûteuse et inefficace sur le plan psychique ne remplissant pas son rôle d'intégration pulsionnelle.

Un procédé autocalmant :

La répétition des activités motrices incessantes serait pour l'enfant instable une tentative de retour au calme. Au travers de l'agitation, il tente d'abaisser son niveau d'excitation mais n'atteint jamais une réelle satisfaction. Ce qui l'incite à recommencer encore et encore l'enfermant dans une spirale infernale où l'excitation est sur-sollicitée pour rechercher un apaisement total, qui apparaît illusoire.

Une perturbation des relations précoces mère-enfant :

M. Berger défend l'idée que la survenue de l'instabilité psychomotrice est à mettre en lien avec des troubles de la relation précoce liant l'enfant à sa mère. Il propose une classification à partir d'une étude clinique portée sur 60 enfants instables. Cette classification prend en compte l'histoire familiale et relationnelle de chaque enfant. Il répertorie plusieurs groupes liant l'instabilité à : la dépression maternelle, des interactions précoces très déficientes, un forçage éducatif, un environnement familial instable.

Une défaillance au niveau des enveloppes corporelles :

J. Bergès parle d'une défaillance au niveau des enveloppes corporelles pour expliquer l'instabilité psychomotrice infantile. Il fut l'un des premiers à aborder l'instabilité d'un point de vue psychomoteur.

« Le corps considéré comme une enveloppe peut constituer un carcan et on doit en sortir par irruption, l'irruption que représente l'hyperactivité ; ou l'enveloppe au contraire manque, les limites sont indéfinies, celles-ci étant dès lors recherchées dans le monde extérieur et dans autrui, car le corps propre ne les possède pas »¹².

Autrement dit, la constitution de l'enveloppe corporelle est, dans certains cas, trop rigide et dans d'autres cas, définie par un manque de limites, conduisant l'enfant à s'agiter pour pallier à cette organisation corporelle statifiée.

Cette citation est à mettre en lien avec les deux types d'instabilité développés par J. Bergès et précédemment cités quelques pages auparavant.

Ces hypothèses étiologiques, nous apportent différentes pistes de réflexion concernant l'origine de l'instabilité psychomotrice infantile. La diversité des observations cliniques recueillies auprès de ces enfants, oblige à considérer l'instabilité dans une perspective plurifactorielle. Il semble donc nécessaire que les tentatives de compréhension de l'instabilité et les différents types de prises en charges thérapeutiques qui en découlent s'articulent à l'histoire singulière de chaque enfant instable.

¹² « L'instabilité », article résumant une conférence qui s'est déroulée en octobre 2005.

VI. Les comorbidités

L'instabilité psychomotrice est associée à une très forte comorbidité. Il semble que 2/3 des enfants instables présentent un autre diagnostic, dont :

- troubles des apprentissages (50%)
- atteintes neurologiques avérées
- troubles oppositionnels, troubles des conduites
- troubles anxieux et dépressifs
- tics et syndrome de Gilles de la Tourette
- troubles du sommeil et du maintien de l'éveil
- troubles envahissant du développement...

Les symptômes associés à l'instabilité sont fréquemment : une intolérance à la frustration, un comportement dominateur, une hyperréactivité émotionnelle, des difficultés relationnelles et une faible estime de soi.

VII. L'évolution du trouble

L'instabilité semble évoluer généralement selon 3 axes :

- Une évolution satisfaisante, avec la disparition des symptômes de l'instabilité à l'adolescence.
- La persistance des symptômes, avec des difficultés relationnelles.
- L'aggravation du trouble, plus fréquente lorsque l'enfant présente d'autres pathologies associées. Ceci peut engendrer la survenue de complications somatiques, de conduites addictives, de comportements à risque et de passages à l'acte.

VIII. Du normal au pathologique

A. Le mouvement dans le développement psychomoteur de l'enfant

Le mouvement est insufflé par l'élan vital, il est signe de vie. L'absence de mouvements, au contraire, peut renvoyer à l'immobilité, à la passivité autrement dit à la mort.

Durant les premiers mois de la vie, le nouveau né est soumis à une motricité réflexe qui s'exprime sous formes de « *crises motrices* » si l'on reprend les termes d'H. Wallon. La motricité coordonnée, volontaire et mature n'est pas innée chez l'enfant et doit donc se construire progressivement au travers de ses expériences sensorielles, motrices, affectives jusqu'à atteindre un niveau d'adéquation optimale.

Vers 3 ans, on note chez l'enfant un investissement important dans le domaine moteur, il marche, il saute, il monte les escaliers... L'enfant investit sa motricité comme moyen de communication et d'exploration de son corps propre et de l'environnement qui l'entoure.

Cette expérimentation motrice est teintée d'une quête d'autonomie incompressible. L'enfant ne subit plus, il s'affirme et agit sur son environnement. Ceci suscite l'intérêt bienveillant de l'adulte, qui l'encourage et le félicite, participant ainsi à l'émergence d'un sentiment de reconnaissance et de jouissance chez l'enfant.

L'activité motrice, à cette période, est perçue de façon positive par l'entourage. Elle se construit dans une expérience de relation partagée et en est donc impliquée dans ses aspects d'expression, d'intention et d'émotion.

Parler d'« hyper » activité, c'est en quelque sorte donner une valeur quantitative à l'agir de l'enfant. Ceci, dépend donc du degré de tolérance des milieux (familial, scolaire, culturel...) dans lequel celui-ci vit et évolue.

B. Un trouble qui dérange ?

L'instabilité psychomotrice s'inscrit dans une dynamique intersubjective où elle dépasse l'implication singulière du sujet. J. Bergès souligne l'aspect relationnel de ce trouble, en disant que « *L'instabilité est contagieuse...l'instabilité n'est pas solitaire ; elle vient frapper le regard, l'ouïe, le tact ; elle provoque* »¹³.

Ainsi, la problématique de l'enfant instable s'inscrit dans un contexte familial, scolaire, social et culturel et dépend de son degré de tolérance.

De plus, que la société actuelle semble valoriser un certain hyperfonctionnement rythmant nos modes de vie différemment : il faut réussir à conjoindre plusieurs métiers, savoir être polyvalent, pratiquer plusieurs activités, faire le maximum de choses en peu de temps. Il semble que nous sommes dans une société où tout va vite et où le niveau d'exigence ne cesse de croître et ceci depuis le plus jeune âge.

En vue de la recrudescence des sujets étiquetés comme étant hyperactif F. Joly¹⁴ envisage d'emblée la distinction entre deux types d'hyperactivité:

-d'une part, celle qui soulève une psychopathologie avérée et qui fait référence à l'hyperactivité décrite depuis de nombreuses années,

-d'autre part, la « *fausse hyperactivité* » en lien avec le contexte psycho-socio-éducatif. Cette dernière pouvant faire référence à l'enfant roi en manque de limites éducatives ou encore désignant les enfants qui doivent s'ajuster à une temporalité qui n'est pas la leur et qui dépasse leurs capacités d'intégration psychocorporelle.

La pression et les changements de rythme de la société auraient-elles une influence sur le trouble que constitue l'instabilité psychomotrice ? Il serait trop rapide d'y répondre par une affirmation, néanmoins il me paraît important que ce lien soit au moins évoqué.

¹³ Serge Lebovici, Michel Soulé, René Diatkine « Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent » volume 2, chapitre de Jean Bergès « les troubles psychomoteurs chez l'enfant »

¹⁴ F. Joly « Le tourbillon instable », article

IX. Une première approche : l'instabilité un symptôme à entendre ?

A. Notre rencontre avec François

Dans le courant du mois d'Août 2012, dans le cadre de mon stage que j'effectue à l'hôpital des enfants, je rencontre François, un garçon de 6 ans reçu en accueil de jour au sein de cet établissement. Il est atteint d'une dysphasie et de difficultés dans les domaines de la perception spatiale et de la dextérité manuelle. Ces troubles s'accompagnent également de moments d'agitation motrice et d'impulsivité. Tout au long de ce mois de stage, je vois François une fois par semaine en prise en charge individuelle avec la psychomotricienne.

Au cours d'une de nos séances, je propose à François de construire ensemble un parcours psychomoteur, ce qu'il accepte avec un grand enthousiasme. Du fait de ses difficultés de compréhension et d'expression verbale, la communication qui s'installe entre nous est soulignée par les jeux de regards et les gestes corporels. François explore spontanément le parcours. Il se précipite et agit dans l'immédiateté : tout doit aller le plus vite possible. Il est nécessaire que j'intervienne pour atténuer l'agitation psychomotrice de François qui s'accroît progressivement. Je lui propose donc d'effectuer le parcours en déterminant un début et une fin, en anticipant ensemble les différents trajets que l'on peut envisager. Le parcours se compose, entre autre, d'un tunnel et je m'aperçois que c'est le seul espace où François peut se poser et prendre son temps pour explorer de nouvelles sensations corporelles telles que les balancements. François s'ennuie rapidement de cette activité et investit la piscine à balle. Il commence alors à s'exciter et à s'agiter, ses mouvements sont amples, désorganisés et non orientés vers un but précis.

Face à cette agitation, je viens placer spontanément le tunnel, utilisé avant pour le parcours, dans la piscine. François y entre et se pose, son agitation s'estompe progressivement. Enveloppé physiquement par ce tunnel, François semble être rassemblé et contenu.

Qu'est-ce que François a mis en jeu lors de cette séance ? Ce moment d'agitation, particulièrement marqué, par l'image des balles qui sortent au dehors de la piscine et qui s'éparpillent partout, ne peut-il pas se lire comme la projection de l'état interne de François à ce moment là ? Cet apaisement, lorsqu'il est enveloppé physiquement, est-il à mettre en lien avec un défaut d'intériorisation des limites psychiques et/ou corporelles chez ce garçon ?

B. Notre rencontre avec Emilie

Emilie est une petite fille de 4 ans ½ que je rencontre une fois par semaine dans le cadre de mon stage au Centre de Santé Mental Infantile depuis le mois d'octobre 2012.

Lors des séances, Emilie a tendance à s'intéresser à tous les objets : lorsque son regard se pose sur l'un d'entre eux, elle le saisie, le jette et s'intéresse aussitôt à autre chose. Elle reste peu de temps sur une même activité et peut s'« enfermer » dans une agitation aussi bien motrice (gestes maladroits, précipitations, mise en danger corporel...) que psychique (discours incompréhensible et diffus, logorrhées, débit irrégulier...). Dans ces moments Emilie semble peu réceptive aux sollicitations me rendant moi-même assez confuse face à la situation.

Il est donc nécessaire afin d'atténuer cette dispersion psychocorporelle, de poser concrètement des limites, en verbalisant la situation ou en proposant une activité ciblée par exemple.

Je note également chez Emilie, la survenue de façon récurrente d'attitudes d'effondrement tonique : elle peut se laisser glisser au sol, se cogner ou encore trébucher au simple contact avec le rebord d'un tapis.

Ces observations cliniques font, pour ma part, écho au concept d'instable avec état de déhiscence décrit par J. Bergès, qui défendait l'idée que, ces enfants recherchaient des limites dans l'environnement extérieur afin de pallier à un manque dans la constitution de leurs propres limites corporelles et psychiques.

C. Mes questionnements

Lorsque l'enfant instable se livre à des activités incessantes, répétitives et stériles il semble dire quelque chose de lui, son corps devenant le lieu privilégié pour mettre en scène ses « maux ». Tout comme François ou Emilie, ces enfants auraient-ils recours préférentiellement à la mise en acte au travers du comportement et de la motricité pour faire face à un état interne qui les échappe ?

Ces enfants ne passent pas inaperçus. Mais qu'est-ce que cette « mécanique » débordante et dispersée nous laisse réellement à entendre ? Ce brouillard visible dans lequel l'enfant instable nous entraîne, ne cache-t-il pas autre chose ?

Les observations cliniques issues de mes rencontres notamment avec François et Emilie, m'orientent préférentiellement vers l'approche de la problématique des limites et des enveloppes.

Mais, que vient évoquer la notion d'enveloppe ? Comment celle-ci se structure ? Quelles sont ses fonctions ? De quelle manière et par quels auteurs ce concept a-t-il été théorisé ?

C'est ce que nous allons aborder dans le chapitre suivant.

Chapitre II : Des enveloppes corporelles aux enveloppes psychiques

I. Introduction

Les enveloppes corporelles peuvent faire référence aux contacts peau à peau, corps à corps s'inscrivant dans une expérience affective partagée entre deux individus. L'enfant, au travers des expériences de portage, de bercement et des soins prodigués par le parent, a la possibilité de faire l'expérience sensible d'être en relation avec son propre corps et le corps de l'autre. Ces expériences profondes et intimes peuvent être recherchées et retrouvées tout au long de notre vie, notamment au travers des comportements d'enlacements et d'étreintes amicaux, familiaux ou amoureux.

La notion d'enveloppe peut renvoyer à ce qui couvre, qui borde, qui entoure, de ce fait, elle délimite ainsi un espace fermé et contient ce qu'il y a à l'intérieur. L'enveloppe constitue la frontière entre un dedans et un dehors.

La théorisation de la notion d'enveloppe psychique s'inscrit dans l'approche psychanalytique. Elle a été développée, par ce courant, dans le but d'apporter un éclairage complémentaire à l'étude des contenus psychiques. Au fur et à mesure, la notion d'enveloppe psychique s'appliquera à divers champs cliniques.

Cette conception apporte, en effet, de nouvelles perspectives de compréhension concernant les pathologies psychiques (psychose, autisme...) souffrant d'un manque de limites du Moi. Ceci, entravant l'intégration des grandes différenciations structurantes entre le Moi/non Moi, entre le monde physique concret/le monde humain animé...

D'après Albert Ciccone¹⁵, psychanalyste et docteur en psychologie, la notion d'enveloppe psychique est à envisager comme une métaphore qui définit une fonction de contenance. Cette fonction consiste évidemment à contenir mais également à transformer.

¹⁵ A. Ciccone « Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques », article

Cette première approche de la fonction contenante semble s'enraciner dans la théorie freudienne, constituant la source d'inspiration de bons nombres d'auteurs. Ces derniers reprendront cet objet d'étude, en le déclinant selon leurs orientations théorico-cliniques.

Nous allons donc aborder dans un premier temps, l'œuvre de Freud en y relatant succinctement ses idées fondatrices et dans un second temps, nous tenterons d'approcher les différentes déclinaisons, de ce concept d'enveloppe, à travers les écrits des auteurs postfreudiens, tout en essayant d'inclure ces descriptions dans le processus développemental de l'enfant.

II. La théorie freudienne

Sigmund Freud est le père fondateur de la psychanalyse. Il s'intéresse au fonctionnement du psychisme et développe la notion de « *métapsychologie* » remettant en cause la conception psychologique classique de son époque : l'homme par sa conscience est maître de lui-même. Pour lui, le comportement humain est gouverné par des processus conscients mais également par des processus inconscients. Ces derniers faisant référence à une part plus profonde et plus obscure de l'individu.

Il élabore le concept d'« *appareil psychique* » composé de trois systèmes présentant des caractéristiques spécifiques : le conscient, le préconscient et l'inconscient. Cette première topique sera renouvelée par Freud et aboutira à l'émergence d'une seconde topique constituée du ça, du moi et du surmoi.

Le **ça** ; c'est l'instance gouverné par le pôle pulsionnel de la personnalité. Il est régi par le principe de plaisir. A la naissance, le nourrisson est guidé par ses instincts et ses désirs, il n'est que « ça ». L'influence inhibitrice du moi et du surmoi se développeront au cours de la maturation psychique de l'enfant.

Le **surmoi** : c'est l'instance qui juge et qui critique. Ce système de valeurs, issu du complexe d'œdipe, se constitue par l'identification au surmoi des parents. Il est régi par le principe de réalité.

Le **moi** : c'est le pôle qui représente les intérêts de la personne dans sa totalité. C'est celui qui réfléchit, décide et passe à l'action. Il est constitué d'éléments conscients et d'éléments inconscients de notre psychisme et débat perpétuellement entre les enjeux pulsionnels du ça et les principes moraux du surmoi.

Cette seconde topique est fondée sur l'étayage corporel du Moi. Freud lie, effectivement, le développement psychique à l'expérience corporelle et affirme que : « *Le Moi est avant tout une entité corporelle* »¹⁶ et rajoute « *Le moi est finalement dérivé de sensations corporelles, principalement de celles qui ont leur source dans la surface du corps. Il peut ainsi être considéré comme une projection mentale de la surface du corps [...] il représente la surface de l'appareil mentale* »¹⁷.

Le moi, pour Freud, opère donc une fonction de délimitation de l'appareil psychique. Il permet, dans une perspective passive, de maintenir l'appareil psychique dans un sac contenant, qui enveloppe une partie du psychisme. Dans une perspective plus dynamique, il permet de moduler les exigences du ça et du surmoi ainsi que de mettre en lien le psychisme et la réalité du monde externe.

¹⁶ D. Houzel « Le concept d'enveloppe psychique », P 55

¹⁷ Ibid.

III. Le développement de l'enfant

A. L'enveloppe utérine

Dès la vie intra-utérine, le fœtus est blotti dans le ventre de sa mère. Il est entouré par le liquide amniotique dans lequel il baigne chaudement. Il flotte en position fœtale et découvre ses premières expériences corporelles en se laissant bercer par les mouvements et les déplacements de sa mère.

Le fœtus commencera à se mouvoir. Ces premiers mouvements apparaissent vers le 3^{ème} mois de grossesse, mais se font bien trop discrets (notamment par rapport à sa petite taille dans un vaste milieu utérin) pour être ressentis par la mère. Ce sont donc, les examens échographiques qui permettent de les étudiés.

La paroi utérine filtre et atténue les flux de stimulations internes et externes, plongeant le fœtus dans un bain de sensations auditives, visuelles, tactiles qui l'enveloppe. Le fœtus peut se mettre à bouger pour s'ajuster aux stimulations perçues. B. Aucouturier décrit le mouvement du fœtus comme porteur de sens d'une adaptation au monde externe.

Au fur et à mesure de sa maturation neurobiologique, l'activité motrice du fœtus s'exprime plus intensément et librement dans le liquide amniotique. Les mouvements du fœtus seront contenus par la paroi utérine lui donnant une première perception du contour de son corps.

Lorsque la mère sent son enfant bouger, elle a conscience que celui-ci vit. Elle peut répondre à ses manifestations corporelles en le touchant au travers de son ventre, en lui parlant et en l'imaginant. Très rapidement, un échange affectif se met en place entre l'enfant et son entourage. Dans cet espace utérin, le fœtus n'éprouve aucun besoin et est en complète fusion avec sa mère. Dans le meilleur des cas celui-ci profitera de cet espace contenant durant neuf mois.

B. Aucouturier parle de l'intériorisation par le fœtus d'un noyau unitaire, qui dans une certaine continuité et rythmicité, se nourrit des sensations agréables partagées avec la mère. Ce noyau participerait à confirmer l'existence d'un « *soi prénatal* ».

B. La naissance

Au moment de la naissance, le bébé est délogé de l'enveloppe utérine protectrice et quitte également cet état de dépendance absolue qui le lie à sa mère.

Geneviève Haag, émet l'hypothèse que l'expérience de l'expulsion serait vécue par l'enfant, comme une expérience de démoulage sur le plan sensoriel. L'enfant aurait une empreinte archaïque d'une première forme.

Le nouveau-né passe d'un milieu aquatique contenant à un milieu aérien qu'il découvre nu. Ainsi, il fait brutalement connaissance avec la pesanteur, la lumière, les bruits, la pénétration de l'air dans ses poumons lorsque celui-ci émet ses premiers cris, les contacts sur sa peau encore délicate...

Ces nouvelles expériences sensorielles et gravitaires seraient à l'origine d'angoisses corporelles « normalement » présentes chez le nourrisson. Elles résulteraient, entre autres, de la perte des enveloppes prénatales après la naissance, plongeant le nouveau-né dans des angoisses de chute sans fin, de morcellement ou encore de liquéfaction en lien avec un manque dans la constitution et l'intégration des limites corporelles.

Afin de faire face à cet état de chaos interne à l'origine d'une souffrance insupportable, le bébé doit de nouveau se sentir protégé et rassemblé dans une nouvelle enveloppe lui assurant l'éprouvé d'un sentiment continu d'existence.

C. De l'enveloppe protectrice commune ...

Didier Anzieu émet l'idée que :

« Le bébé par les actions de transformations que lui procure l'objet externe, incorpore un ensemble perceptif sensorimoteur qui lui est fourni par la qualité des soins qu'il perçoit : il incorpore sous la forme d'une enveloppe externe olfactive, sonore, visuelle, tactile, kinesthésique, posturale qui devient aussi sa propre enveloppe. Cette enveloppe externe c'est aussi la sienne qui lui permet de se sentir entouré en continu »¹⁸.

Dans un premier temps, la fonction contenantante est donc assurée, par l'objet externe, la mère. Cette fonction répond à un besoin de contenance primordial, de la part de l'enfant, en raison de sa grande fragilité psychocorporelle dans les premiers mois de sa vie.

Dans un environnement « suffisamment bon », si l'on reprend les termes de D. Winnicott, la mère réagit de manière intuitive aux manifestations comportementales de son enfant. Elle cherche une signification à l'état actuel de son bébé et apporte une réponse qui pourrait l'apaiser.

Lorsque les réponses de la mère sont adaptées et qu'elles s'inscrivent dans la continuité le nouveau né, fait ainsi, l'expérience d'être contenu et rassemblé dans une nouvelle enveloppe protectrice et structurante qui régule ses tensions et lui assure l'éprouvé d'un sentiment continu d'existence.

Le concept d'enveloppe a été décliné par différents auteurs et constitue actuellement une notion de référence, pouvant orienter nos pratiques thérapeutiques.

Nous allons à présent aborder, succinctement, quelques modèles illustrant l'appropriation de cette fonction psychique, par certains auteurs, afin d'apporter un éclairage sur la façon dont ce concept a été théorisé.

¹⁸ B. Aucouturier « La méthode Aucouturier : fantasmes d'action et pratique psychomotrice », P 30

1) D. Winnicott: « Holding », « Handling » et « Object presenting »

D. Winnicott, pédiatre et psychanalyste anglais, s'intéresse à la relation fondamentale qui s'établit entre la mère et son enfant. Il développe la notion de « *préoccupation maternelle primaire* » pour décrire la capacité de la mère à se mettre à la place de son bébé afin de répondre à ses besoins physiques et psychiques. Lorsque la mère répond de façon continue et satisfaisante, aux besoins de son enfant, elle sera intériorisée par ce dernier comme « suffisamment bonne ». C'est grâce à cette adéquation précoce que l'enfant n'éprouverait aucune menace de disparition et se sentirait existé dans la continuité.

D. Winnicott aborde trois perspectives qui explicitent le rôle primordial de l'environnement dans la maturation du Moi de l'enfant : le « Holding », le « Handling » et l'« Object presenting » :

- Le **Holding** : désigne en français le « maintien », la « tenue ». Il représente le soutien psychique nécessaire à l'enfant, pour se développer et se construire en tant qu'être unifié. Le fonctionnement psychique de l'enfant s'étaye sur le fonctionnement psychique de la mère : l'enfant a besoin d'être reconnu psychiquement par sa mère pour vivre. Le holding exerce un rôle de protection et va permettre à l'enfant de faire face aux angoisses massives et potentiellement déstructurantes qui peuvent l'envahir.
- Le **Handling** : correspond à toutes les manipulations corporelles de l'enfant, procurées par sa mère qui le porte, le berce, le touche, le soigne... Le handling vise à donner une consistance corporelle à l'enfant. Il participe, ainsi, à la constitution des enveloppes corporelles chez ce dernier.
- L'**Object presenting** : renvoie à la capacité de la mère à pouvoir mettre à disposition de son bébé l'objet dont il a besoin et au moment dont il en a besoin. Cette fonction reflète la capacité de l'environnement à présenter l'objet de la réalité extérieure en réponse à la réalité interne de l'enfant.

2) L'enveloppe tonique

H. Wallon est l'un des premiers à avoir étudié l'importance des interactions toniques entre l'enfant et sa mère. Il défend l'idée qu'à la naissance l'enfant est un être inachevé, en conséquence, celui-ci a besoin de l'autre pour survivre. Cette communication vitale avec l'autre a pour support le tonus, qui est à la base des émotions, du mouvement et du développement de l'intelligence.

A la suite des travaux de H. Wallon, J. de Ajuriaguerra initie le vocable de « dialogue tonique » illustrant les ajustements corporels et affectifs entre le nourrisson et sa mère :

En effet, le nouveau né est habité par différentes stimulations, d'origines internes et externes, et va y réagir au travers de son comportement, de ses mimiques et de son tonus. Il expérimente, au fur et à mesure, l'alternance de deux états toniques : l'hypertonie d'appel et l'hypotonie de repos. La mère interprète les variations toniques de son enfant et y répond par différentes modalités sensorielles, notamment par un ajustement tonico-corporel, un regard bienveillant, une voix calme, une mise en mot de l'émotion perçue...

Ainsi, l'instauration de ce dialogue tonique s'inscrit dans des expériences toniques, posturales, émotionnelles et sensorielles contenant.

Suzanne Robert Ouvray définit le tonus comme étant : « *Le baromètre de nos états internes et l'élément vibratoire qui nous met en relation avec autrui* »¹⁹. Elle parle d'**enveloppe tonique**, désignant une gaine tonique réactive qui se modifie en fonction des stimulations. Il est nécessaire que cette enveloppe tonique reste souple et perméable, pour d'une part assurer cette fonction de communication vitale et d'autre part permettre à l'enfant d'enrichir son monde interne.

L'enveloppe tonique répond aux principaux besoins psychiques de l'enfant, qui sont notamment le besoin de communication, de pare-excitation et de contenance. Ainsi, ce sont sur ces expériences psychocorporelles que les enveloppes psychiques s'étaient pour se constituer.

¹⁹ Cours de psychomotricité de deuxième année

3) W. Bion et la fonction alpha

W. Bion, psychanalyste, théorise le concept de « *l'appareil à penser les pensées* » qui se définit par l'identification projective qui s'établit dans la relation contenant/contenu, correspondant à la métaphore de la relation mère/enfant. La mère par sa « *fonction alpha* » est désignée comme l'objet contenant les « *éléments bêta* », constituant les contenus psychiques de l'enfant.

Les éléments bêtas correspondent à des éléments « bizarres », « parcellaires », « destructeurs » issus des éprouvés corporels (sensoriels, toniques...) et des expériences psychiques (détresse, envie...) que l'enfant ne peut pas encore identifier et penser. Ces éléments s'entremêlent et forment la barrière d'élément bêta entraînant de la confusion et empêchant l'activité de penser chez l'enfant. Ce dernier, par le mécanisme de l'identification projective, va projeter ces éléments sur sa mère. Celle-ci va les accueillir et les transformer. Elle va en effet détoxiquer, séparer, trier et organiser ces éléments bêtas grâce à sa capacité de rêverie et à l'exercice de sa fonction alpha. C'est ainsi que, l'écran d'élément alpha se développe autour d'un pôle de différenciation et permet l'émergence de la pensée. Dès lors, les contenus psychiques sont renvoyés et apparaissent plus accessibles et assimilables par le psychisme de l'enfant.

4) Esther Bick et la notion de « peau psychique »

Esther Bick dit qu'à la naissance « *le bébé est comme un cosmonaute propulsé dans l'espace, sans combinaison et rien pour le tenir ensemble* »²⁰. Elle défend l'idée que les parties de la personnalité du nourrisson ne sont pas liées entre elles et doivent donc être maintenues ensemble par l'expérience d'un objet contenant qui sera éprouvé concrètement comme une peau. Elle désigne comme objet optimal contenant « *le mamelon dans la bouche, accompagné du portage, des paroles et de l'odeur familière de la mère* »²¹ au cours de l'expérience du nourrissage partagée par les deux protagonistes.

²⁰ B. Aucouturier « La méthode Aucouturier : fantasmes d'action et pratique psychomotrice » P 29

²¹ « Les écrits de Martha Harris et d'Esther Bick », P 136

Ainsi, le bébé peut se sentir enveloppé par l'articulation de modalités sensorielles diverses, notamment par la sensation du sein de sa mère dans sa bouche, du contact peau à peau, de l'échange de regard, du bain olfactif et auditif qui l'apaisent. L'enfant fait alors l'expérience d'un rassemblement et d'une cohésion interne lui permettant de se sentir contenu dans sa propre peau.

Esther Bick initie le terme de « **peau psychique** » pour désigner l'émergence d'un espace psychique propre à l'enfant s'étayant sur ses expériences corporelles.

La fonction contenante est décrite comme le processus résultant de l'introjection de l'objet externe contenant par l'enfant. Celui-ci pourra alors lier les parties de son *self* et vivre un premier sentiment d'être un tout unifié.

Lorsque l'intégration de cette première « peau psychique » est mise à mal, l'enfant est susceptible de mettre en place un mécanisme de défense pour protéger son moi fragilisé. Esther Bick parle de « **seconde peau psychique** » pathologique qui sert de peau de substitution procurant l'illusion de se sentir contenu. Cette seconde peau peut investir des domaines de différentes natures : psychique, musculaire, motrice...

Dans ce cas, l'instabilité motrice de l'enfant pourrait-elle être envisagée comme une seconde peau psychique pathologique investissant le domaine de la motricité, du mouvement afin de palier l'intégration d'une peau psychique contenante ?

5) Didier Anzieu : le « Moi-peau »

La peau peut être définie comme un organe qui enveloppe l'ensemble du corps. Elle constitue la première barrière de protection de l'organisme en marquant une limite physique entre l'intérieur et l'extérieur. La peau revêt également d'autres fonctions biologiques et notamment celles : de barrière protectrice, de thermorégulation, de plasticité, de surface d'échange, de réceptacle sensoriel...

La peau, surface limitante, assure donc un rôle de contenance. C'est à partir de ce phénomène physique que D. Anzieu développe le concept de « **Moi-peau** » qui désigne « *une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps* »²².

Pour lui, je cite « *Toute activité psychique s'étaie sur une fonction biologique. Le moi-peau trouve son étayage sur les diverses fonctions de la peau* »²³. Ce concept met donc en avant le lien fondamental entre les expériences du corps et l'organisation du psychisme.

Le Moi-peau évoque selon D. Anzieu « *une illusion créatrice d'une expérience commune et partagée* »²⁴. Autrement dit, dans les premiers temps de la vie, les expériences de contact de peau à peau, de corps à corps occupent une place centrale dans les interactions précoces mère-enfant. La peau de la mère et celle de l'enfant sont vécues comme communes. La mère et l'enfant vivent des expériences sensorielles et corporelles émotionnellement partagées dans une relation de maternage, de communication et d'accordage. L'objet maternant et contenant sera donc intériorisé par l'enfant comme une peau.

Le Moi-peau, selon D. Anzieu, se définit par une structure à double feuillet : le feuillet tourné vers le monde extérieur, assure la fonction pare-excitante ; et le feuillet orienté vers le monde intérieur permet la réception sensorielle des stimulations externes et le maintien de leurs traces.

D. Anzieu va définir le Moi-peau par différentes fonctions empreintes aux fonctions même de la peau :

- La fonction de **maintenance** du psychisme : elle fait référence à l'intégration du holding maternel. Ce soutien perpétuellement vécu tant au niveau psychique que corporel par l'enfant, vient nourrir un sentiment d'unité chez ce dernier.
- La fonction de **contenance** : elle renvoie à la notion de handling maternel. Le Moi-peau contient le magma pulsionnel de l'enfant et empêche que ses éprouvés débordent et anéantissent l'émergence d'un sentiment d'intégrité.

²² D. Anzieu « Le Moi-peau », P 61

²³ Ibid.

²⁴ R. Roussillon, R. Kaes, D. Cupa « D. Anzieu : le moi peau et la psychanalyse des limites », P 23

- La fonction de **pare-excitation** : tout comme la peau protège l'individu des attaques extérieures, le Moi-peau constitue une barrière de protection face aux agressions que peut subir l'enfant.
- La fonction d'**individuation** du soi: cette fonction renvoie au sentiment de se sentir unique. Le Moi-peau se définit par des caractéristiques propres à chaque personne.
- La fonction d'**intersensorialité** : elle assure la jonction de diverses modalités sensorielles, s'inscrivant sur une même base, celle de la peau. Cette fonction permet de lier entre elles les différentes sensorialités. Ceci, garantit l'accès à la perception d'un corps global et unifié.
- La fonction de surface de **soutien de l'excitation sexuelle** : les soins agréables apportés par la mère, vont conditionner l'émergence de l'auto-érotisme, de la localisation des zones érogènes et de la différenciation des sexes chez l'enfant.
- La fonction de **recharge libidinale** du fonctionnement psychique : cette fonction permet de réguler et de répartir de façon interne la tension énergétique du psychisme.
- La fonction d'**inscription des traces sensorielles tactiles** : la peau, organe de contact, permet de recueillir des informations sensorielles (température, texture...) concernant le monde externe. Le Moi-peau conserve en mémoire ces traces sensorielles et tactiles.

La description succincte des fonctions du Moi-peau permet d'illustrer les liens permanents et indissociables qui existent entre les expériences corporelles et la construction du Moi.

6) Geneviève Haag

G. Haag, pédopsychiatre et psychanalyste, s'est également intéressée à la construction du premier sentiment d'enveloppe chez le nourrisson. A la naissance, le bébé ne supporte pas le fait d'être dénudé, elle parle pour décrire ce phénomène de « *malaise peau* ». Cet état de mal-être s'estompe, vers deux mois de vie, dès lors que le bébé éprouve un premier sentiment d'enveloppe. Elle illustre le passage d'un moi surface à un moi sphérique par l'association de la sensation tactile, notamment au travers du **contact du dos** et de **l'interpénétration des regards** liant la mère à son enfant.

Le regard de la mère est un élément qui participe précocement à l'organisation du psychisme de l'enfant. Cet échange de regard, lorsqu'il est nourri d'affects, est à la base de l'intersubjectivité. Ce jeu de regards, pour G. Haag, trouve à se contenir dans un fond, un espace arrière renvoyant à l'appui du dos, éprouvé au travers des expériences de portage, de nourrissage partagées entre la mère et son bébé. Ceci, contribue à la constitution d'une première peau.

G. Haag enrichit sa théorie par le concept de « **boucles de retour** ». L'enfant vit des expériences de diverses natures (affectives, toniques, motrices, sensorielles...) à l'origine de différents états internes, qu'il va expulser hors de lui. Sa mère accueille et renvoie de façon paisible, agréable, ce qu'elle a reçu au travers d'un ajustement tonique, postural, vocal... L'objet projeté par l'enfant n'est pas tout à fait le même que l'objet renvoyé par la mère. Ces expériences s'inscrivent dans une rythmicité qui accorde une place, plus ou moins équilibrée, au caractère similaire et au caractère changeant de la situation.

Des allers-retours se mettent en place formant des boucles, disposées de façon décalée dans l'espace, et qui se rejoignent au même point de départ. Ce point constitue un « *noyau d'attache central* » autour duquel se dessine une enveloppe sphérique.

A partir de ces boucles de retours, l'enfant construit et consolide le sentiment d'avoir un *self* différencié et contenu dans une enveloppe.

7) Didier Houzel

D. Houzel, psychanalyste, définit la fonction contenante comme : « *un processus de stabilisation des mouvances pulsionnelles et émotionnelles qui permet la création de formes psychiques douées de stabilité structurelle* »²⁵.

Autrement dit, dès la naissance, le bébé serait soumis à des états internes chaotiques dus aux mouvements pulsionnels et émotionnels qui le traversent et qu'il ne maîtrise pas. La nécessité de stabiliser ces turbulences demeure primordiale pour l'enfant. Cette fonction sera assurée dans un premier temps par l'objet externe. D. Houzel aborde l'objet contenant comme « *attracteur* » des éprouvés psychiques du bébé. Cet objet contenant n'est pas qu'un simple récipient : il va stabiliser les contenus psychiques du bébé en leur offrant une forme assimilable. Progressivement, l'enfant intégrera des invariants lui permettant de faire face à l'instabilité de l'espace environnant mais également aux turbulences de son propre espace interne.

D. Houzel aborde la notion d'enveloppe psychique dans une perspective dynamique : « *le psychisme construit lui-même sa propre enveloppe sous l'effet des forces qui l'animent de l'intérieur... et au contact de la réalité extérieure et de ses contraintes* »²⁶.

Il considère que l'enveloppe psychique se compose de 3 feuillets :

- **La pellicule** : feuillet instable agité par l'état pulsionnel et émotionnel de l'individu ;
- **La membrane** : constituée par l'inscription, sur la pellicule, des expériences partagées avec les objets externes et qui viennent ainsi pallier la fragilité du feuillet précédent ;
- **L'habitat** : constitué d'éléments stables et invariants.

²⁵ A. Ciccone « Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques », P 88

²⁶ D. Houzel « Le concept d'enveloppe psychique », P 23

Il attribue à l'enveloppe psychique quatre grandes propriétés :

- **L'orientabilité** : qui permet la spatialisation de l'enveloppe psychique en délimitant un espace interne et un espace externe. Ceci est maintenue quelles que soient les modulations auxquelles l'enveloppe est soumise.
- **La connexité** : renvoie au caractère continu de l'enveloppe. Cette propriété admet que sur une même surface deux points peuvent se rejoindre par l'intermédiaire d'un trajet lui-même inclus dans cette surface.
- **La compacité** : assure la séparation entre deux espaces fermés.
- **L'élasticité** : fait référence au partenariat entre deux qualités complémentaires de l'enveloppe psychique : celle de consistance permettant à l'enveloppe de conserver sa cohésion et celle de malléabilité qui permet à la rencontre, avec les objets extérieurs, d'advenir en autorisant une déformation mesurée.

Conclusion :

Durant cette phase symbiotique, détaillée dans ce chapitre, la mère prête à son enfant son propre appareil psychique. Le psychisme de l'enfant ne peut s'organiser que s'il a recours, dans un premier temps, au psychisme d'un autre qui pense pour lui. Ce dernier a donc besoin d'être porté corporellement et psychiquement par sa mère dans les premiers mois de sa vie. La mère, constitue ainsi l'objet externe contenant le magma pulsionnel qui agite le monde psychique du bébé.

Cet aperçu théorique met en avant la nécessité pour l'enfant de s'appuyer sur la qualité de présence de son environnement afin de se développer harmonieusement.

Le terme d'« enveloppe protectrice commune » est ainsi employé, dans cette période de symbiose primordiale, sans négliger, qu'à l'intérieur de cette peau commune résident et se fortifient l'enveloppe individuelle de la mère et l'enveloppe individuelle de l'enfant. Toutes deux, empruntant progressivement la voie de la différenciation.

D. ... A l'émergence d'une enveloppe psychique propre

Fritz Perls, psychiatre et psychothérapeute allemand, dit que : « *La sécurité, c'est la confiance en un soutien ferme, confiance qui proviendrait de l'expérience précédente qui a été assimilée et du développement qui a été accompli sans situation inachevée... l'individu en sécurité ne le sait jamais, mais sent toujours qu'il peut la risquer et qu'il saura répondre* »²⁷.

Autrement dit, c'est au travers de la répétition de ces expériences psychocorporelles liant intimement la mère à son bébé, que va émerger l'aptitude chez ce dernier à se contenir par lui-même. L'enfant commencera à faire appel à ses propres ressources psychiques pour réactiver le sentiment d'être enveloppé et contenu. En parallèle à sa poussée neurodéveloppementale, il se réapproprie la fonction alpha, si l'on reprend les termes de W. Bion, ou encore fait appel à son propre Moi-peau si l'on reprend, cette fois-ci, les termes de D. Anzieu qui rajoute que :

« *Le noyau de l'un est retourné comme un gant par un acte créatif pour devenir l'enveloppe de l'autre* »²⁸.

De plus, au fil du temps, les qualités de cet enveloppement psychocorporel procuré par la mère vont se modifier : elle s'autorisera à laisser son enfant plus longtemps dans son lit, privilégiera des modalités sensorielles à distance telles que l'audition et la vision, ou encore apportera des réponses aux besoins de son bébé dans une temporalité plus élargie. Cette désadaptation progressive de la mère va permettre à l'enfant de fructifier ce travail de création psychique au-delà du corps à corps en sollicitant ses propres ressources internes.

L'enveloppe psychocorporelle de l'enfant s'étaie sur l'ensemble de ses expériences toniques, émotionnelles, motrices, sensorielles et affectives. Ce répertoire est à la base d'une première expérience de se sentir protéger, unifier et différencier de l'autre. Ainsi, l'enfant intériorisera la fonction contenante de l'objet externe. Ceci, signant les prémices d'un portage psychique propre.

L'émergence de ce portage psychique propre est à la base d'un sentiment d'unité et de sécurité interne chez l'enfant qui entame son périple sur le chemin de l'individuation et de l'autonomisation.

²⁷ Françoise Decoopman « La fonction contenante : les troubles de l'enveloppe psychique et la fonction contenante du thérapeute », article

²⁸ Cours de psychologie

Hypothèses et problématiques

Étymologiquement le terme « instabilité » renvoie à un manque ou à un défaut de stabilité. Si l'on s'aventure dans cette tentative de compréhension, on peut se demander d'où provient l'origine de cette défaillance ?

J. Bergès, précédemment cité, fut l'un des premiers à avoir théorisé le lien pouvant exister entre l'instabilité psychomotrice et la défaillance des enveloppes corporelles.

D'autres auteurs se sont orientés dans une voie similaire, notamment Esther Bick avec l'élaboration du concept de seconde peau pathologique substitutive :

Dans ce cas, l'instabilité motrice de l'enfant pourrait-elle être envisagée comme une seconde peau psychique pathologique investissant le domaine de la motricité, du mouvement afin de palier l'intégration d'une peau psychique contenante ?

B. Golse, s'appuyant sur les travaux d'Esther Bick, présente l'agitation de l'enfant instable comme une :

« Enveloppe motrice défensive face à un défaut de contenance primordial »²⁹.

L'instabilité psychomotrice pourrait-elle être assimilée à une enveloppe motrice pathologique qui viendrait se substituer à un défaut de contenance ?

Ces différents travaux nous invitent à prendre en compte l'instabilité psychomotrice dans une perspective relationnelle. Autrement dit, l'étude de l'instabilité tend à s'inscrire dans l'histoire des interactions vécues par l'enfant. Comme le dit B. Golse :

« Il n'y a pas de mise en sens qui puisse se faire sans une mise en histoire »³⁰.

²⁹ B. Golse « L'enfant excitable », article, P 53

³⁰ Ibid.

Le fait de raisonner en termes d'interactions associé à la possibilité qu'offrent mes lieux de stages de travailler et de m'investir dans des prises en charges groupales, me conduisent à me questionner sur la pertinence de proposer à l'enfant instable une prise en soin groupale.

Dans ce cas :

En quoi une prise en charge au sein d'un groupe thérapeutique favoriserait la consolidation des enveloppes possiblement défailtantes chez l'enfant instable ?

L'enfant instable est souvent perçu comme un enfant perturbateur, provocateur et opposant, ce qui tend à fragiliser l'établissement de liens solides, fiables et constructifs avec son entourage familial, scolaire...

L'instabilité de l'enfant, source de souffrance pour l'enfant lui-même et son environnement, est donc susceptible de figer l'enveloppe relationnelle dans une dynamique néfaste où les comportements de rejet et d'incompréhension semblent prédominés.

Dans une première approche, recourir à la prise en charge groupale peut d'emblée apparaître comme paradoxale, dans le sens où celle-ci, peut se confronter d'entrée de jeu aux difficultés relationnelles rencontrées par l'enfant instable et ainsi mettre à l'épreuve le fonctionnement du groupe.

Dans ce cas, comment l'instabilité psychomotrice peut-elle être envisagée dans le cadre d'une prise en charge groupale ? Sur quels fondements théoriques peut-on s'appuyer pour défendre la pertinence de ce type de prise en charge ?

Chapitre III : Le groupe, une approche thérapeutique de l'instabilité

I. Généralités

Actuellement, la prise en charge groupale fait partie intégrante des tableaux d'indications pouvant être proposés à un patient, notamment au sein des institutions (Hôpitaux, Institut Médico-Educatif...) et des structures de consultations ambulatoires, comme le Centre Médico-Psycho-Pédagogique (CMPP) et le Centre de Santé Mental Infantile (CSMI) où j'effectue mes stages cette année.

En tant que psychomotricien, nos terrains cliniques nous offrent la possibilité d'être en contact, de manière plus ou moins directe, avec une grande variété de groupes thérapeutiques. La configuration de ces groupes varie en fonction de plusieurs paramètres dont : le nombre de participants, la population concernée, le choix d'une médiation particulière, la pathologie visée, le temps, le lieu, la composition du groupe... Cette diversité découle, entre autres, de l'orientation thérapeutique privilégiée par le thérapeute/l'équipe soignante, de la problématique du patient, du projet individuel envisageable et de l'ensemble des dispositifs matériels dont dispose le thérapeute/l'institution.

L'indication en groupe, pour certains, peut être envisagée dans une opposition radicale et simpliste par rapport à une prise en charge individuelle. Ces a priori tendent à associer la prise en charge groupale à une alternative par défaut lorsqu'une prise en charge individuelle demeure inefficace ou insuffisante.

Je vous invite donc à dépasser cette dichotomie en envisageant la prise en charge groupale comme un choix réfléchi et spécifique et non comme une orientation par défaut ou encore répondant à une politique institutionnelle régie par des problématiques de rentabilité financière.

Le terme de « groupe » provient de l'italien « *gruppo* ». C'est à partir du XVIII^e siècle que ce vocable sera utilisé en France pour définir une réunion de personnes. Une telle définition ouvre le champ d'une application multiple du groupe pouvant se différencier par leurs tailles, leurs buts et leurs fonctionnements. On peut dès lors, rattacher le concept de groupe aux notions de foule, de famille, d'équipe, de collectivité...

Il s'agit d'une notion omniprésente dans la majeure partie des disciplines étudiant la connaissance humaine, notamment la sociologie, la psychanalyse ou encore la psychologie. Les définitions et les approches qui en découlent diffèrent, donc, d'un domaine à un autre.

Ainsi, la psychanalyse s'intéressera particulièrement aux processus tels que la régression. Le sujet d'étude de la sociopsychologie s'orientera vers les processus de socialisation et de communication. Les théories comportementales et cognitives se pencheront plutôt sur les processus d'apprentissage soutenus par la situation de groupe.

Ces différentes déclinaisons s'accordent néanmoins sur le fait que l'individu et le groupe sont deux entités complémentaires engagées dans un processus co-constructif : c'est-à-dire que le groupe engendre l'individu qui engendre lui-même le groupe.

Le groupe se compose d'au moins trois individus. Au-delà de cette donnée numérique, D. Anzieu et J.Y Martin proposent une classification des groupes :

- La *foule* : les individus se retrouvent en grand nombre dans un lieu commun sans être poussés par la volonté de se réunir, chacun poursuivant un objectif individuel.
- La *bande* : les individus se réunissent volontairement avec leurs semblables pour partager des moments, soutenus par le plaisir d'être ensemble.
- Le *groupement* : les personnes se réunissent, en nombre varié, régulièrement en fonction des objectifs communs.
- Le *groupe secondaire* : renvoie à un système social où les individus entretiennent des relations de type impersonnel et formel.
- Le *groupe primaire* ou *restreint* : se compose d'un nombre restreint de personnes entretenant des relations privilégiées et régulières favorisant : les échanges affectifs, la reconnaissance des individus entre eux, l'émergence d'un sentiment de solidarité ainsi que des conduites d'entraide. Le groupe thérapeutique peut être envisagé dans cette perspective.

II. La notion d'enveloppe dans une perspective élargie

« Toute enveloppe psychique enveloppante est aussi enveloppée. Et qu'il est de la nature des systèmes d'enveloppes d'inscrire ainsi chaque enveloppe singulière entre d'autres virtuellement innombrables [...] »³¹.

Autrement dit, toute personne fait partie d'un groupe, que celui-ci prenne l'appellation de famille, de société, de pairs ou autres... L'enveloppe individuelle de chaque sujet peut donc s'emboîter dans l'enveloppe familiale, qui s'emboîte dans l'enveloppe culturelle, qui elle-même peut être comprise dans l'enveloppe « humaine » qui pourrait se définir par le fait d'appartenir à l'espèce humaine. Ainsi cette organisation prend la forme « *d'enveloppes disposées à peu près en poupées russes* »³².

La distinction entre la foule et le groupe repose sur l'émergence d'un sentiment d'appartenance commun : c'est-à-dire que chaque individu se sent d'une façon ou d'une autre lié aux autres membres du groupe. Chacun conservant sa propre identité mais celle-ci se superposant à une identité commune, dont la somme constitue l'enveloppe groupale. On pourrait illustrer ces propos par l'exemple suivant :

Auparavant, je n'étais pas liée à l'ensemble des étudiants en psychomotricité constituant actuellement ma promotion. Le fait d'avoir obtenu notre concours d'admission au cours de la même année constitue l'élément organisateur initial, à partir duquel, a pu se mettre en place des comportements d'entraide, d'écoute... Ceci, favorisant l'émergence d'un sentiment d'appartenance partagé par les étudiants formant dès lors un groupe à part entière.

³¹ D. Houzel « Le concept d'enveloppe psychique », P 141

³² Ibid.

A. L'enveloppe familiale

D. Houzel propose le concept d'enveloppe familiale pour illustrer les processus de stabilisation mis en œuvre dans le groupe familial. Cette enveloppe constitue une structure groupale commune aux membres d'une famille et est à la base d'un sentiment d'appartenance éprouvé par chacun de ses membres.

L'enveloppe familiale assure plusieurs fonctions, notamment, celles de la filiation, de la succession et de la différenciation des générations. Elle garantit la construction d'une identité de base, permettant à chaque membre de se percevoir comme différencié de l'autre. D. Houzel définit les liens entre l'enveloppe psychique individuelle et l'enveloppe familiale dans des rapports de tangentialité.

Dans certains cas, l'enveloppe familiale peut se figer et cloisonner chacun des membres dans une position statufiée et ainsi aller à l'encontre de l'émergence d'une quête identitaire personnelle. Dans d'autres cas, elle peut se déchirer et favoriser l'émergence de pathologies psychiques graves qui tendent à se répéter d'une génération à une autre.

Au sein de mes lieux de stage, en C.M.P.P et au C.S.M.I les contacts avec la famille sont nombreux et fréquemment évoqués notamment lors des réunions de synthèse. Ces institutions accordent en effet, une place importante à la famille, en leur offrant écoute et disponibilité ou encore en engageant plus directement un suivi familial régulier. La prise en compte de l'environnement familial fait partie intégrante de tout travail d'élaboration concernant une prise en charge (initiation, évolution, arrêt).

L'enveloppe familiale est ainsi amenée à rencontrer l'enveloppe institutionnelle.

B. L'enveloppe institutionnelle

D. Houzel initie l'expression d'enveloppe institutionnelle pour parler de l'institution psychiatrique. L'enveloppe institutionnelle va permettre que s'engagent des processus thérapeutiques.

L'enveloppe institutionnelle se caractérise, selon cet auteur, par les fonctions suivantes :

- **L'étanchéité** qu'il définit comme « *ce qui se passe, ce qui se dit, ce qui se vit, dans l'institution doit être gardé à l'intérieur de l'institution et ne jamais diffuser au dehors* »³³.
- **La perméabilité** renvoie à la possibilité d'établir des échanges avec l'extérieur, notamment avec la famille, l'école... tout en respectant la règle de l'étanchéité précédemment citée.
- **La consistance** correspond à la capacité à résister aux pressions extérieures et intérieures. L'institution doit faire face à toutes tentatives de déformation en maintenant une forme et une position stable, malgré la survenue possible de certaines turbulences.
- **L'élasticité** c'est la « *capacité... à se déformer, sans se rompre sous l'effet de pressions internes ou externes* »³⁴. Cette caractéristique renvoie à la capacité de l'institution à répondre à la demande posée, en accueillant et en contenant les souffrances du patient et celles de sa famille, souvent dissimulées sous cette première demande.

Isaac est un garçon de 6 ans, que je vois en groupe une fois par semaine. A la fin de chaque séance, suite au temps consacré au dessin libre, celui-ci réclame systématiquement son dossier afin d'y déposer les productions qu'il a pu réaliser lors de la séance. Cet acte est important pour lui et sa réalisation semble nécessaire pour qu'il puisse quitter la séance en étant rassuré.

Le dossier du patient fait partie intégrante des contenus de l'enveloppe institutionnelle. Cette vignette clinique illustre la nécessité pour le patient de se sentir protégé par ce « groupe institution » qui doit lui-même contenir le groupe thérapeutique.

L'enveloppe institutionnelle assure donc un rôle de contenance. Ce rôle passe également par un travail pluridisciplinaire au travers des discussions, des échanges, des réunions... qui permettent d'amorcer une réflexion sur l'intérêt et la pertinence des dispositifs mis en place pour chacun des groupes.

³³ D. Houzel « Le concept d'enveloppe psychique », P 149

³⁴ Ibid.

III. Le groupe thérapeutique

A. Qu'est-ce que c'est ?

Le terme, « thérapeutique », peut renvoyer à un continuum de significations allant de l'aspect fonctionnel avec la réduction du symptôme, à la vision d'un processus de changement, engagé par le patient, concernant ses conflits psychiques personnels.

Dans le cadre d'une prise en soin, le groupe pourrait être envisagé comme :

« L'organisation d'un réseau d'individus formant corps, se structurant les uns par rapport aux autres, dans un espace et un temps donnés et par rapport à un pôle »³⁵.

Autrement dit, le groupe thérapeutique se constitue d'un ensemble de personnes, incluant les patients et le ou les thérapeute(s), qui interagissent et s'influencent mutuellement. Ceci, dans un espace-temps déterminé où vont pouvoir se dérouler des expériences de différentes natures (comportementales, cognitives, ludiques, affectives...) partagées émotionnellement par les membres de ce groupe.

Le groupe va ainsi offrir une mise en scène où chacun des membres devra trouver et affirmer sa place. L'enfant instable est souvent actif, mais cela signifie t-il pour autant qu'il soit acteur dans ce qu'il entreprend ?

L'un des principaux éléments thérapeutiques dans la prise en charge groupale, c'est la dynamique relationnelle qu'offre la situation de groupe. A ce sujet, D. Marcelli compare les groupes à :

« Une métaphore des béquillages de contenance que le corps social impose à l'individu. [...] Quoique l'on fasse notre pulsionalité rencontre toujours les limites et les contraintes de la pulsionalité de l'autre »³⁶.

Autrement dit, les rapports qu'entretient le patient avec les autres membres du groupe imposent une forme de contenance à caractère social.

³⁵ « Les groupes d'enfants et d'adolescents en psychomotricité », revue thérapie psychomotrice, P 5

³⁶ P. Blossier « Groupes et psychomotricité : le corps en jeu », P 19

D'autre part, cette composante relationnelle peut également être nourrie par les effets de **résonance** et de **réverbération** décrits par C. Potel : dans la situation de groupe, les difficultés du patient s'affectent d'une résonance particulière et vont susciter des réactions auprès du thérapeute et des autres membres du groupe. Les réponses corporelles et/ou verbales qui en découlent, ont une fonction de réverbération plurielle du comportement du sujet.

La vignette clinique qui fait suite, est une situation qui semble, pour ma part, mettre en jeu ces effets de résonance et de réverbération au sein du groupe.

Hugo, est un garçon de 6 ans, que je vois une fois par semaine dans un groupe de maturation. Durant l'une de nos séances, tous les membres du groupe ainsi que les thérapeutes (une orthophoniste, une psychomotricienne) et moi-même, sommes rassemblés autour d'un jeu commun de construction. Hugo a du mal à attendre son tour, il s'agite. Pour faire face à cette frustration que suscite l'attente, il tente de maîtriser la situation, notamment en donnant des consignes aux autres enfants. Face à son comportement, les autres membres du groupe manifestent leurs mécontentements. Ces réponses provoquent une réaction chez Hugo qui semble progressivement prendre conscience de son attitude. Il essaie d'ajuster son comportement mais ceci semble encore difficile d'accès pour Hugo qui face à cette nouvelle frustration se désintéressera du jeu.

La relation duelle, notamment pour certains enfants instables, peut venir nourrir et amplifier une certaine excitation sous-jacente, qui paradoxalement peut être diluée et contenue par et dans la situation de groupe :

« Le groupe est une potentielle chambre d'écho pour l'hyperactivité dont témoigne l'enfant, tout en permettant sous certaines conditions d'accéder au noyau pathologique dont il souffre, et par voie de conséquence lui porter remède. »³⁷

³⁷ J. Ménéchal « L'hyperactivité infantile : débats et enjeux », P 156

B. Le cadre thérapeutique

Le terme de cadre peut renvoyer à la notion de bordure, de châssis. C'est ce qui précise et délimite les contours, d'un objet ou encore d'une activité. Le cadre détermine donc une séparation entre un dedans et un dehors.

D. Anzieu compare le cadre thérapeutique à un « *contenant maternel* ». Autrement dit, le cadre renverrait à une enveloppe protectrice, une peau psychique où les pensées du patient pourraient se déployer. Le cadre thérapeutique, envisagé comme une enveloppe, va accueillir et contenir les enveloppes individuelles des patients et du psychomotricien. Le cadre va rendre possible la rencontre. Il constitue un préalable nécessaire à tout travail thérapeutique que celui-ci soit engagé en prise en charge individuelle ou groupale.

Le cadre thérapeutique peut être abordé selon deux niveaux : le cadre physique et le cadre psychique.

1) Le cadre physique

a) Groupe ouvert ou groupe fermé ?

Dès la constitution d'un groupe, il semble nécessaire que le thérapeute se positionne face à cette alternative :

Le *groupe ouvert* se caractérise par la possibilité, pour les participants, d'être accueillis au sein du groupe ou de partir du groupe en fonction de leurs évolutions individuelles. Le groupe ouvert a l'avantage d'être souple ce qui autorise des flux d'entrée lorsque de nouvelles indications se présentent ou/et de sortie lorsque celles-ci se terminent. Le groupe ouvert, de par sa configuration, peut se référer à la dynamique familiale avec l'arrivée de nouveaux membres (comme les nouveaux nés) et le départ d'autres de ses membres, face au couple de thérapeutes qui ne change pas à la manière du couple parental.

Le *groupe fermé*, au contraire, est défini par une composition fixe des membres et ceci dans un espace-temps déterminé au préalable. Dans ce type de groupe, les phénomènes groupaux sont accentués et ne sont pas perturbés par les flux de passage de certains de ses membres.

b) Groupe homogène ou groupe hétérogène ?

Le *groupe homogène* rassemble un ensemble de patients partageant des critères similaires tels que la même catégorie d'âge, de pathologie, de sexe...

Le *groupe hétérogène*, au contraire, se compose de membres aux problématiques et aux caractéristiques variées. L'une des principales richesses de ce type de dispositif réside dans cette diversité d'approche.

Concernant l'enfant instable, à mon humble avis, il me paraît peut être plus judicieux de privilégier un groupe hétérogène où celui-ci pourra justement s'appuyer sur les phénomènes d'imitations et d'identifications aux autres enfants, ayant d'autres problématiques et réagissant autrement, que dans l'agitation et l'excitation perpétuelle.

c) Monothérapie ou cothérapie ?

La présence d'un, de deux ou de plusieurs thérapeutes influe sur la dynamique groupale.

Pour certains auteurs, la *monothérapie* est préconisée car elle offre une disponibilité, une écoute et une réceptivité importante de la part du thérapeute. Ce dernier peut ainsi s'ajuster et s'adapter, le plus efficacement possible, aux différentes situations qui émergent dans le groupe.

Pour d'autres auteurs, la *cothérapie* assure une meilleure contenance face aux réactions d'agressivité et aux passages à l'acte qui peuvent s'exprimer chez certains participants dans la situation de groupe. La cothérapie offre également la possibilité de répartir les rôles entre les thérapeutes : l'un, peut se laisser aller dans des processus de régression, au même titre, que les autres participants. L'autre est désigné comme garant du cadre et occupe une position distanciée, permettant une autre analyse des processus qui ont été mis en œuvre. La cothérapie enrichit le travail d'élaboration et de compréhension de la vie du groupe au travers du croisement pluriel des regards et des intérêts portés respectivement par chaque corps de métiers.

d) Les règles

Le cadre définit également un ensemble de règles. Les trois règles fréquemment évoquées et appliquées sur mes lieux de stage sont les suivantes : Ne pas se faire mal, ne pas faire mal à l'autre et ne pas casser le matériel.

A partir de ces principes de base, les enfants ont la possibilité de jouer, d'exprimer leur agressivité, d'expérimenter différentes actions comme taper fort, faire du bruit... La vie de groupe semble imposer également d'autres règles, notamment celle de respecter le séquençage temporel et spatial de la séance comme par exemple : débiter la prise en charge groupale par un temps de dessin autour de la table. Ceci, donnant des repères fiables aux enfants et favorisant les phénomènes groupaux (attention, cohésion, verbalisation...).

e) Le cadre temporel

Le cadre temporel renvoie au jour, à la durée, aux horaires et à la fréquence d'une prise en charge groupale. Généralement, sur mes lieux de stage, celle-ci se déroule sur une durée de 45 min à 1h, une fois par semaine. Le groupe réunit ses membres dans un même temps. Il est donc nécessaire, que soit trouvé un juste équilibre entre la temporalité de chacun et celle du groupe. Ceci, ne peut se faire qu'au travers de la mise en place d'un cadre temporel fixe et régulier qui permettra aux participants d'intérioriser ces repères comme structurants et fiables.

f) Le cadre spatial

Le cadre spatial fait référence aux conditions concrètes dans lesquelles se déroule la prise en charge groupale : la salle, les murs, l'architecture. Cette disposition spatiale, offre un lieu contenant les excitations, les mouvements, l'agitation et toutes autres expériences psychomotrices pouvant se faire au sein du groupe. Cet espace va également définir des rapports de distance et de proximité entre les membres du groupe, entre le groupe et le(s) thérapeute(s) et entre le groupe et l'extérieur.

Yvan est un garçon de 7 ans, que je rencontre une fois par semaine en prise en charge groupale. Lors d'un jeu avec les « playmobiles », Yvan s'éloigne de l'espace de jeu et se cogne plusieurs fois la tête contre les rebords du lavabo de la salle. Au travers de cette mise en acte, Yvan explore-t-il la solidité des limites de l'environnement concret ? Et par la même occasion met-il à l'épreuve la fiabilité de sa propre enveloppe psychocorporelle ?

Je lui demande s'il n'a pas eu mal et il me répond « *c'est pas la première fois* ». Au travers de cette phrase, veut-il signifier qu'il aurait souhaité que j'intervienne beaucoup plus tôt ? Cet agir vient-il également solliciter un besoin de contenance de la part du thérapeute ?

Ceci nous amène à aborder les caractéristiques du cadre psychique.

2) Le cadre psychique

C. Potel définit le cadre thérapeutique comme étant « *ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée* »³⁸.

Au travers de cette définition, le cadre renvoie à la délimitation d'un espace-temps, abordé précédemment, mais inclut également le positionnement du thérapeute et son engagement, aussi bien corporel que psychique. Le cadre psychique se réfère donc aux postulats théoriques, à la place et à la capacité du thérapeute à garantir un cadre contenant et sécurisant.

a) L'enveloppe du psychomotricien

Le psychomotricien accorde une attention particulière à l'enfant dans sa globalité d'être et d'agir. Il s'intéresse notamment à sa motricité, sa tonicité, son expressivité et sa manière d'être en relation avec l'autre.

C'est au travers de son propre corps, de ses propres mouvements, de sa propre tonicité, de ses propres ressentis psychocorporels, de sa propre expressivité et de ses propres interprétations que le psychomotricien s'investit dans la prise en charge groupale.

L'enfant instable, ou l'enfant excitable si l'on reprend les termes de B. Golse, peut vivre la situation de groupe comme une situation d'hyperstimulation. L'enveloppe, accueillante et contenant, du psychomotricien permet de filtrer les stimulations provenant de l'environnement extérieur et de participer ainsi à la consolidation des limites de l'enveloppe individuelle de l'enfant.

Clotilde est une fille de 6 ans que je rencontre en groupe une fois par semaine. Je remarque depuis quelques séances déjà des comportements d'évitement qui se produisent quand celle-ci joue avec les autres enfants. Elle investit le jeu dans une durée limitée et s'intéresse très vite à tout autre objet. On peut se demander ce que le groupe peut venir susciter chez Clotilde : une peur de mise en échec par l'autre ? L'autre est-il vécu comme dangereux, menaçant ? ... Le psychomotricien peut intervenir et la rassurer au travers de son regard, de sa sensibilité, de la tonalité de sa voix, de son implication émotionnelle et corporelle. Ainsi, il joue un rôle de protection vis-à-vis des stimulations qui peuvent devenir envahissantes et angoissantes, qu'elles soient d'origines internes ou externes à l'enfant.

³⁸ C. Potel « Etre psychomotricien : un métier du présent, un métier d'avenir », P 321

Cette capacité de contenance indispensable au psychomotricien peut faire écho aux interactions précoces où la mère et le bébé sont contenus dans une « *enveloppe relationnelle primaire* »³⁹. Ceci, renverrait à la théorisation de Bion (développée précédemment dans le chapitre II) sur la fonction alpha : la mère contient, transforme et renvoie les contenus bruts de son bébé en quelque chose qui puisse être pensable pour ce dernier. En cela, le psychomotricien peut jouer un rôle de contenant « maternel » dans ces aspects de réception et de transformation des vécus de l'enfant. Ainsi, il permet à celui-ci, au travers d'un engagement global, d'accéder à des voies de symbolisation plutôt qu'à celles de l'agitation.

Le manque d'enveloppe chez l'enfant instable tend à créer des effets délétères au niveau des processus de différenciation et d'individuation. Il est donc nécessaire, pour compléter ce rôle de pare-excitation, que le psychomotricien renvoie des limites structurantes. Ces limites éviteraient une régression sans fin de la part de l'enfant instable et favoriseraient la séparation. L'implication du psychomotricien, en tant que représentant des règles qu'impose le fonctionnement du groupe, participe ainsi à la constitution d'un cadre sécurisant et faisant tiers.

Cette fonction séparatrice assure un mouvement fluide et protecteur en régulant ce qui circule entre l'intérieur et l'extérieur de chaque enveloppe individuelle. Ceci ouvre le champ des possibilités d'extériorisation au travers de l'expressivité, de la créativité et d'intériorisation au travers de l'imitation et de l'identification.

En effet, le psychomotricien peut également avoir une fonction miroir en renvoyant au travers de son regard, de son implication, de ses encouragements une image positive à l'enfant. Ainsi, il participe à la consolidation d'une base narcissique souvent fragilisée chez l'enfant instable.

Yvan me demande lors d'une séance en prise en charge groupale : « *Tu vas dire à papa que je fais des bêtises ?* ». Je lui réponds alors que ce qui se passe dans le groupe, reste dans le groupe. Ainsi, le psychomotricien se doit également d'assurer une fonction d'étanchéité afin de garantir un cadre contenant et limitant, un dedans et un dehors du groupe.

³⁹ C. Potel « Etre psychomotricien : un métier du présent, un métier d'avenir », P 330

b) Mon implication

A la suite d'une première prise de contact avec les enfants, j'ai occupé dès le début, une place active au sein du groupe. Ceci, m'a permis de développer une observation clinique et une implication spécifique à la pratique psychomotrice. Les enfants ont commencé à me solliciter de plus en plus souvent et m'ont progressivement considéré comme un thérapeute à part entière. De plus, il me semble nécessaire pour l'enfant instable de rendre visible et identifiable, d'emblée, le cadre thérapeutique dans lequel se déroule sa prise en charge afin de consolider ses repères fragilisés.

L'enfant instable s'agite, s'excite, déborde, il respecte peu les limites ou les recherches dans la transgression. Il a du mal à faire des liens et à réguler sa motricité et ses émotions. Face à cette manière d'agir, je me suis souvent sentie moi-même dépourvue. Néanmoins, j'en ai pris conscience et j'ai pu m'appuyer sur le cadre physique concret, les autres thérapeutes et sur mes propres vécus psychocorporels pour m'ajuster et offrir une contenance à ces enfants.

Dès lors, mon implication au sein du groupe s'est singularisée au travers de mon engagement corporel dans la mise en place de jeux, de ma capacité à pouvoir être dans des phases de régression au même titre que les enfants du groupe, de mon expressivité, de mon investissement tonico-émotionnel mais également de mon aptitude à garantir un cadre contenant et sécurisant.

Cette contenance peut prendre la forme d'une mise en mot, d'une tentative de mise en sens de l'acte de l'enfant, en fonction de ce que cet agir peut me renvoyer. Lorsque ceci ne suffit pas, le psychomotricien peut intervenir en engageant son propre corps et en étant sensible à ses propres ressentis véhiculés par et dans cette rencontre. Ainsi, il enrichit les tentatives de compréhension de la situation en étant au plus proche de ce qui pourrait se jouer pour l'enfant dans cet instant et dans ce lieu.

Je terminerai sur la thématique du cadre par une définition de C. Ballouard qui résume et clôture, poétiquement, selon moi, l'approche du cadre thérapeutique :

« Un cadre contenant c'est un cadre ajusté, un espace relationnel qui contient sans étouffer, qui délimite sans enfermer, un espace de partage où la rencontre peut avoir lieu sans risque, un espace où s'éloigner soit possible sans toutefois disparaître »⁴⁰.

⁴⁰ Cours de psychomotricité

C. L'enveloppe groupale

Les premières tentatives de conceptualisation psychanalytique, concernant les processus groupaux, apparaissent dans les années 60 grâce aux travaux de D. Anzieu et de R. Kaes. Ma réflexion tend à prendre appui sur ces théorisations pour aborder la thématique groupale.

Les écrits de D. Anzieu, notamment au travers de son concept du moi-peau, confèrent à l'appareil psychique individuel la nécessité de se construire une enveloppe qui délimite, protège et contient. D. Anzieu étend ses propos à la situation de groupe, qui se constitue également d'un appareil psychique groupal se structurant à partir d'une enveloppe groupale.

Tout comme une enveloppe vivante et englobante, comme celle que constitue la peau, il compare l'organisation du groupe à celle d'une membrane à double face :

- L'une se tourne vers la réalité extérieure, physique et sociale, constituée des autres groupes. Ces groupes sont régis par des règles différentes et peuvent être perçus comme des alliés, des adversaires ou des personnes neutres. Cette surface va attribuer à l'enveloppe groupale, un revêtement assurant deux principales fonctions : d'une part, celle de filtrer les informations à accueillir et d'autre part, celle de barrière protectrice contre cet extérieur. Elle assure ainsi la pérennité des échanges entre l'intérieur et l'extérieur.

- L'autre face de la membrane s'oriente vers la réalité intérieure des membres du groupe. D. Anzieu la définit comme « *le contenant à l'intérieur duquel une circulation fantasmatique et identificatoire va s'activer entre les personnes* »⁴¹. Autrement dit, chaque membre du groupe projette sur cette enveloppe groupale, ses angoisses, ses préoccupations, ses fantasmes aboutissant à un état psychique transindividuel, que D. Anzieu nomme le « *soi de groupe* ». Ce Soi assure l'émergence d'une réalité imaginaire propre au groupe et lui confère son caractère vivant.

⁴¹ D. Anzieu « Le groupe et l'inconscient : l'imaginaire groupale », P 2

1) L'enveloppe individuelle menacée

Chaque participant du groupe se confronte à des angoisses archaïques de morcellement et de persécution. Ces fantasmes attaquent l'identité de chacun. Dans l'utilisation du langage courant, on retrouve cette problématique de morcellement, notamment lorsque l'on désigne les participants par le vocable de « membre » du groupe. Le groupe pouvant être envisagé, dans ce cas, comme une métaphore du corps. Face à ces menaces, les membres du groupe vont venir tester la solidité du contenant physique (exploration des murs de la salle, du sol...) mais également mettre à l'épreuve les capacités de contenance du thérapeute. Cette première période, marquée par un dispersément chaotique, invite les participants à solliciter une enveloppe protectrice commune au groupe. Ils peuvent dès lors explorer une phase de régression nécessaire à la constitution de l'identité groupale. Le rôle du thérapeute sera de maintenir une limite contenante en déterminant un dedans et un dehors au sein du groupe et amener ainsi les patients à se sentir en sécurité dans le groupe.

2) L'illusion groupale

Le groupe s'oriente vers une nouvelle période dans laquelle s'exprime un état psychique collectif, celui de l'unité groupale.

D. Anzieu, émet l'hypothèse que la production de l'illusion peut être individuelle mais aussi groupale. Autrement dit, il énonce une analogie entre le groupe et le rêve : le groupe, comme le rêve, correspondrait à une voie d'accès au monde interne et inconscient du patient où pourront s'accomplir ses désirs et ses menaces potentielles.

L'illusion groupale correspond à un état psychique singulier qui s'exprime par les membres du groupe sous les formulations suivantes « *Nous sommes bien ensemble ; nous constituons un bon groupe ; notre chef ou notre moniteur est un bon chef, un bon moniteur* »⁴². L'apparition de cette illusion groupale signe, donc, le moment où les participants du groupe commencent à éprouver du plaisir à fonctionner entre eux. Le groupe serait vécu par l'enfant comme étant un « groupe suffisamment bon » si l'on reprend les termes de D. Winnicott.

L'illusion groupale suscite la création d'un objet transitionnel commun, qui est le groupe. Le groupe peut être envisagé comme un objet qui fait partie du Moi et en même temps qui n'est pas Moi, c'est-à-dire que ce n'est ni un objet interne, ni un objet externe à l'enfant. Ce champ neutre désigne pour D. Winnicott le champ de l'illusion.

⁴² D. Anzieu « Le groupe et l'inconscient : l'imaginaire groupal », P 76

L'objet transitionnel permet l'actualisation et la reconnaissance des tensions qui existent entre la réalité intérieure et la réalité extérieure à chacun. Face à ses conflits internes, le patient peut ressentir le besoin de les éviter mais aussi le désir de retrouver une source d'apaisement et de réconfort. Cette perspective permet d'envisager le groupe comme un substitut maternel.

Le groupe en tant qu'aire transitionnelle, va établir des liens significatifs entre la réalité psychique du patient et les mises en acte de celui-ci dans son rapport aux autres.

Les effets de cet objet transitionnel compris dans une aire transitionnelle seront de permettre à l'enfant instable de tisser des liens avec les autres dans un climat de sécurité affective. Ainsi, de tendre vers l'élaboration de ses éprouvés psychocorporels et la restauration d'une activité de symbolisation à défaut de l'instabilité et de l'agitation pulsionnelle.

Yvan est un garçon de 7 ans, diagnostiqué comme étant un enfant dysharmonique. Il vient en prise en charge une fois par semaine au sein d'un groupe de maturation. Durant ces dernières séances, Yvan nous questionne beaucoup sur ce qui appartiendrait au réel ou à l'imaginaire : « c'est pour de vrai ? » « ça peut arriver ? » nous demande t-il à plusieurs reprises. Lors de l'une de nos séances, il dessine un « météore » et nous demande « ça existe ? » et « ça peut tomber ici ? ». Face à ces interrogations, je lui réponds « oui, ça peut exister, mais généralement on les voit dans le ciel... » et je rajoute « je pense qu'on est en sécurité au C.M.P.P ». Au travers de cet échange Yvan a pu verbaliser ses préoccupations et en faire part au groupe. Le psychomotricien participe ainsi à la consolidation des frontières qui existent entre la réalité interne et la réalité externe.

3) La période de redifférenciation

L'individu peut s'identifier aux autres membres du groupe. Cette phase permet aux participants de vivre des expériences structurantes et renarcissisantes dans la relation à l'autre rendue sécurisée et contenue par l'enveloppe groupale. Ces expériences sont propices aux changements individuels. A l'issue de ces modifications internes, le patient acquiert deux identités distinctes : l'une personnelle issue de ce remaniement identificatoire, et l'autre groupale où l'on peut percevoir des comportements d'entraide et de soutien entre les membres du groupe.

D. Les processus groupaux

1) Fonction de contenance

Le groupe comme contenant délimite un intérieur et un extérieur. Cette circonscription va permettre aux patients de différencier deux espaces : l'un orienté vers la réalité extérieure et constitué des autres groupes (social, familial...) et l'autre orienté vers la réalité interne du groupe. Les projections, les préoccupations, les angoisses, les fantasmes de chacun seront accueillis, contenus et transformés par le groupe. La fonction de contenance du groupe ne constitue donc pas qu'un simple confort mais renvoie d'avantage à une condition préalable à l'émergence possible de processus thérapeutiques engagés par chacun des membres du groupe.

Cette fonction de contenance, fait notamment référence à la notion d'enveloppe groupale développée précédemment. Cette enveloppe groupale offre à l'enfant instable la possibilité d'intérioriser des limites structurantes permettant de consolider sa propre enveloppe individuelle possiblement défaillante.

2) Fonction réfléchissante

Le groupe offre à l'enfant la possibilité de vivre des expériences relationnelles multiples et diversifiées. Les enfants sont amenés à partager des situations : l'enfant s'aperçoit qu'il n'est pas seul face à une difficulté, celui-ci peut être valorisé par les autres, le groupe peut mettre en lumière certains affects...

Chaque enfant, par un effet de miroir, renvoie quelque chose de sa propre façon d'être et d'agir aux autres membres du groupe. Réversiblement, chacun des participants peut voir dans le comportement, l'agir de l'autre des problématiques qui lui font échos ou alors d'autres possibilités de communiquer et de s'exprimer. Se mettent ainsi en place, des jeux d'identifications orientant l'enfant à se tourner vers un questionnement autour de son propre fonctionnement corporel et psychique.

L'investissement de cet espace-temps commun va donc soutenir l'enfant à prendre conscience de son corps, de ses ressentis, de ses émotions dans la relation aux autres.

De plus pour les enfants instables, les autres enfants du groupe sont souvent un recours précieux mobilisant, de façon plus ou moins optimale, leurs capacités attentionnelles qui leur font souvent défaut.

3) Fonction d'individuation

La situation groupale impose à chacun de trouver un juste équilibre entre le fait de ressembler à l'autre et de se sentir différent de l'autre. La ressemblance résulte de la construction d'une identité groupale partagée par ses membres : « *le groupe représente pour eux une importante expérience d'appartenance et d'affirmation de leur droit d'exister* »⁴³.

L'expérience groupale offre à l'enfant instable la possibilité de se sentir contenu dans une enveloppe groupale. Cette contenance, apportée par le groupe, tend à relier les fissures et ainsi solidifier sa propre enveloppe individuelle. Il peut dès lors, intérioriser cette fonction, se réapproprier ses propres ressentis psychocorporels, accroître l'estime qu'il a de lui-même, se sentir exister et s'éprouver comme un être singulier. Ainsi, il peut entamer le chemin de la différenciation, de l'affirmation de soi et de l'individuation.

4) Fonction de pare-incitation et fonction d'élaboration

Le vocable de système de pare-incitation est initié par B. Golse qui le définit comme, une série de stimulations qui parviennent à l'individu à partir de son corps et du dedans de lui-même⁴⁴.

L'enfant peut avoir des difficultés à élaborer ce qui l'angoisse et ce qui le préoccupe de l'intérieur. Il est nécessaire que celui-ci soit protégé quant à ses stimulations internes. La prise en soin groupale, si celle-ci est investie positivement par l'enfant, peut lui offrir cette fonction de détoxification de ses tensions internes en s'appuyant sur la capacité du groupe à penser et à panser l'angoisse.

Le dispositif groupal, par son caractère partagé, semble offrir à l'enfant instable un lieu d'élaboration psychique. Ainsi, peut s'initier une reprise fantasmatisée où il pourra « apprivoiser » son monde interne et se laisser surprendre par ses propres capacités de symbolisation et de création.

⁴³ Claudio Neri « Le groupe : manuel de psychanalyse de groupe », P 165

⁴⁴ B. Golse « L'enfant excitable », P 54

IV. De la médiation... aux constructions contenantantes

A. Le jeu spontané, un moyen d'intégration des limites psychocorporelles

La thématique du jeu a été théorisée par de nombreux auteurs l'abordant de façon centrale dans le développement global de l'enfant. Le jeu s'inscrit donc naturellement dans les spécificités de l'approche psychomotrice. F. Joly défend l'idée que le jeu est un travail, il dit que « *L'enfant qui joue met, dans le même temps et le même mouvement, en travail sa curiosité et ses apprentissages cognitifs, sa sensori-motricité et le plaisir bien tempéré de son corps en relation, autant que sa vie pulsionnelle, affective et représentationnelle [...]* »⁴⁵.

Le jeu participe en effet à l'évolution des compétences psychomotrices, intellectuelles, affectives, de créativité et de socialisation chez l'enfant depuis son plus jeune âge.

Le jeu spontané peut renvoyer à la notion de « *play* », développée par D. Winnicott, en tant qu'expérience dynamique où peut se faire la libre expression de soi dans une dimension créative et symbolique. Le jeu, lieu privilégié de l'expressivité de l'enfant, peut ainsi être envisagé comme un médiateur de la vie psychique du petit homme.

Dans les prises en charge auxquelles je participe, le jeu occupe une place primordiale dans la dynamique groupale et se situe souvent au cœur de celle-ci. Néanmoins, le jeu se décline sous différents aspects (formes, règles, implication du thérapeute...) selon les âges, les pathologies et le cadre qui caractérisent le groupe thérapeutique.

Dans certains groupes, le « jouer ensemble » peut souvent apparaître difficile pour certains participants, qui face à cette situation, mettent en place des mécanismes de défenses tels que le retrait, la constitution d'un groupe restreint à l'intérieur même du groupe ou encore la recherche de la relation duelle exclusivement partagée avec l'adulte.

Face à ces situations, le psychomotricien doit être capable d'organiser les règles de temps et d'espace. Il doit également permettre que la réalité interne et la réalité externe de chaque sujet coexistent sans se confondre. Ce travail de contenance implique le psychomotricien dans sa globalité d'être et d'agir.

⁴⁵ F. Joly « Psychomotricité : une motricité ludique en relation », article, P 37

Ces situations l'invitent à se mettre en scène au même titre que les enfants en endossant parfois la peau d'un loup ou pourquoi pas la cape d'une gentille fée. Ainsi au travers de son regard, de ses paroles, de ses mouvements, de son imaginaire, de son corps, de ses émotions, autrement dit, de sa propre capacité à jouer, le psychomotricien invite les enfants à créer, à exprimer, à partager mais surtout à élaborer ce qui figurait encore comme non pensable par l'enfant auparavant.

L'enveloppe contenante du psychomotricien vient alors rassembler cette dispersion groupale en transformant le jeu et en permettant que la créativité puisse advenir pour chaque membre du groupe.

C'est lorsque l'enfant se sent en sécurité, dans un espace-temps thérapeutique contenant, que le jeu spontané peut lui permettre d'établir des liens entre ce qu'il éprouve et ce qu'il pense.

L'espace groupal offre donc un espace de théâtralisation des corps qui tendrait, dans une perspective évolutive, vers une mise en « je » de chacun.

Ce travail de symbolisation renvoie notamment à la capacité de l'enfant à intérioriser des limites (respecter les contraintes, renoncer à la toute puissance, accepter la perte...) induites par la situation de groupe et l'implication du thérapeute.

B. Les temps calmes : le dessin, la pâte à modeler, le livre

Les membres du groupe sont souvent amenés en début et/ou en fin de séance à se retrouver tous ensemble autour de la table. Ce rassemblement peut avoir pour support un objet médiateur inspiré de différents domaines d'expression tels que le dessin, la pâte à modeler ou la lecture d'un livre pour les enfants. Ces objets communs s'interposent entre le thérapeute et l'enfant et les invitent à échanger, à créer et à tisser une relation thérapeutique.

Ces moments calmes permettent ainsi de favoriser la communication entre les membres du groupe y compris avec le thérapeute. Ces médiateurs offrent la possibilité à chacun de matérialiser et de rendre perceptible l'activité de représentation, en partant d'une forme concrète pour tendre vers une forme symbolique.

Le dessin :

L'enfant instable face à la demande d'un dessin sur une feuille peut mettre en place des comportements d'évitement (il prend du temps à mettre ses chaussures ou les met à l'envers...), des comportements d'opposition (ne pas accepter de venir à table) ou alors il attaque la feuille en la chiffonnant ou en la déchirant. Ces éléments invitent à penser que laisser une trace au travers d'un dessin peut apparaître difficile pour l'enfant instable.

En tant que thérapeute nous pouvons proposer d'autres alternatives à ces enfants comme l'utilisation du tableau, de la peinture... offrant la possibilité à l'enfant de se détacher de l'idée que l'activité proposée pourrait être perçue comme une exigence scolaire.

Face à cette difficulté, le groupe peut apparaître comme une alternative pertinente. En effet, le dessin de l'enfant est souvent une source de curiosité pour les autres membres du groupe. Ces derniers peuvent, spontanément, émettre des commentaires sur la production des uns et des autres et ainsi permettre à chacun de s'exprimer au sujet de son dessin. C'est au travers de cette verbalisation que le dessin prendra sens aux yeux de l'enfant. Le groupe offre également la possibilité à l'enfant instable d'enrichir son monde fantasmagique en empruntant et en transformant, par un acte créatif, les idées de ses partenaires.

La pâte à modeler :

La pâte à modeler peut également être envisagée, elle est décrite par certains auteurs, tels que R. Roussillon et S. Krauss, comme l'objet malléable par excellence. Au travers de l'utilisation de la pâte à modeler, l'enfant prend contact avec sa consistance, sa texture, sa température. Il peut la manipuler, la détruire et la reconstruire, prenant ainsi vie sous ses mains. L'enfant peut donner à la pâte à modeler une diversité de formes qu'il perçoit visuellement. Cette forme tend à prendre sens pour l'enfant lorsqu'il parlera aux autres de sa création et que les autres membres du groupe pourront enrichir cette mise en sens par leurs propres interprétations.

La lecture d'une histoire :

Yvan, lors du temps de l'histoire proposée à chaque fin de séance dans le groupe, fait preuve d'une attention soutenue et d'un calme presque inaltérable qui contraste avec l'agitation dont il peut faire preuve au cours de la séance.

La lecture d'une histoire permet d'une part, d'offrir la possibilité à l'enfant de se sentir contenu par des enveloppes sensorielles, notamment visuelles et auditives, et d'autre part elle permet à l'enfant de se confronter aux limites entre ce qui appartiendrait au registre de l'imaginaire et ce qui appartiendrait au registre de la réalité extérieure.

L'enfant peut avoir la possibilité de choisir le livre et au travers de ce choix nous pouvons en tant que thérapeute, voir si ce livre est repris lors des séances suivantes et ainsi se questionner sur le contenu du livre suscitant un tel intérêt pour l'enfant. Ainsi Yvan, choisit très souvent les livres « Papa n'aime pas » ou encore « La maîtresse n'aime pas » pouvant renvoyer à la question des interdits et des limites que l'enfant doit respecter vis-à-vis des autres. Ces réprimandes se trouvant souvent au cœur du quotidien de l'enfant instable.

Conclusion :

Le groupe n'est pas une fin en soi, il sert de médiation en permettant que puissent se créer des expériences de contenances, de projections, d'explorations et d'échanges. En cela, chaque membre du groupe confronte sa réalité psychique individuelle à la réalité groupale. L'enfant va prendre progressivement conscience de sa façon de faire et d'être en étant au plus proche de ses sensations, de ses vécus, de ses émotions et de son imaginaire dans la relation aux autres. Le groupe accompagnera donc l'enfant sur le chemin de l'autonomisation, de l'affirmation et de la prise de conscience de la manière dont il habite et se sert de son corps.

Cas clinique : le groupe, une enveloppe contenant pour Hugo ?

Présentation de l'institution : le CMPP

Le Centre médico-psycho-pédagogique a pour but de favoriser la réadaptation de l'enfant rencontrant des difficultés dans les domaines psychique, scolaire, social, instrumental et familial. La prise en charge de l'enfant se met en place, tout en le maintenant dans son environnement familial, scolaire et social. Le CMPP accueille des enfants de 0 à 18/20 ans présentant des difficultés pouvant recouvrir des troubles psychopathologiques avec des degrés de gravité variables (autisme, psychose, dysharmonie, inhibition, anxiété, instabilité...), des problématiques familiales et scolaires, des difficultés d'intégration sociale, des carences éducatives... L'institution dispose d'une équipe pluridisciplinaire constituée entre autres de : médecins psychiatres, psychologues, orthophonistes, psychomotriciens, psychopédagogues, d'assistantes de service sociale et d'une psychologue scolaire. Pour ma part, l'une des plus grandes richesses qu'offre ce stage réside dans le travail pluridisciplinaire, où les professionnels ont la possibilité d'échanger entre eux et d'élaborer à partir des spécificités propres à chacun. Cette pluralité de regards tend vers une tentative d'approche des plus globalisantes de l'enfant et de l'environnement dans lequel il vit et évolue.

Au cours de mon stage, j'ai pu constater que la demande de consultation provenait généralement des parents, dans une démarche en amont souvent orientée et soutenue par le système scolaire. Cette demande est accueillie au travers d'un entretien auprès d'une assistante sociale, qui effectue un travail d'anamnèse dans une première prise de contact. Dans un second temps, les parents et l'enfant sont amenés à rencontrer un médecin pédopsychiatre. A la suite de cette entrevue, des bilans complémentaires (psychologique, psychomoteur, orthophonique...) peuvent être proposés. Les conclusions de ces bilans sont discutées en réunion de synthèse et aboutissent à la possible mise en place d'un dispositif thérapeutique (prise en charge individuelle, groupale, familiale) envisagé pour l'enfant et sa famille.

Présentation générale de l'enfant :

Hugo est un garçon né en août 2006, il est donc âgé de 6 ans et 2 mois quand je le rencontre en octobre 2012 dans le cadre de mon stage au CMPP. Il a une taille et une morphologie correspondant à son âge de développement. Hugo apparaît comme un garçon dynamique, les traits de son visage arrondi accueillent souvent un sourire et il se montre particulièrement expressif au niveau facial (haussement de sourcils, grimaces, regard vif, froncement...). Sa mère, âgée de 26 ans, a récemment repris une activité professionnelle et son père, âgé de 27 ans, est chauffeur livreur. Ils sont tous deux mariés. Hugo est l'aîné d'une fratrie de 2 enfants, il a un petit frère âgé d'un an qui est sujet à de nombreuses complications de santé depuis sa naissance. Hugo est actuellement scolarisé au CP.

Anamnèse :

Le désir d'avoir un enfant a été partagé par les deux parents. La grossesse et l'accouchement de Madame E. (la mère d'Hugo) se sont bien déroulés. Hugo a été nourri au biberon et Madame E. a souligné des problèmes de régurgitations récurrents. Il a marché à 16 mois et selon les dires de celle-ci, il a parlé très tôt et très bien. A 2 ans, il a acquis la propreté. En grandissant Hugo, a souvent été malade et a été hospitalisé à la suite de quelques complications (phimosis, problèmes testiculaires, asthme...).

Hugo a perdu sa grand-mère maternelle, dont il était très proche, à l'âge de 5 ans. Cet événement a été vécu de façon traumatique par toute la famille. Madame E. a verbalisé, lors de l'entretien préalable avec l'assistante sociale qu'elle était tombée enceinte le jour de la mort de sa mère.

L'origine de la demande de consultation découle des problématiques qu'Hugo rencontre dans le milieu scolaire dès la classe de grande section de maternelle. La maîtresse évoque des difficultés au niveau du graphisme et de l'attention. Hugo a des problèmes de concentration qui entravent l'évolution de ses apprentissages scolaires. La maîtresse décrit Hugo comme un enfant participatif et volontaire mais aussi très agité : il a du mal à suivre les activités scolaires et à écouter les consignes ainsi que les autres enfants. Durant cette dernière année en école maternelle, Hugo a traversé une période où il refusait d'aller à l'école.

Déroulement de la prise en charge au CMPP :

Les problèmes de concentration et l'instabilité d'Hugo amènent Madame E. à consulter au CMPP en septembre 2011. A la suite des entretiens avec l'assistante sociale et le médecin pédopsychiatre, Hugo effectue des bilans complémentaires en psychologie et en psychomotricité, les observations qui en découlent sont les suivantes :

Bilan psychologique : Hugo en début de bilan se montre très calme mais peu à peu l'agitation se fait grandissante. Il a de plus en plus de mal à rester concentré dans les épreuves. Hugo semble agité par beaucoup d'angoisses. Son manque de disponibilité semble ne pas réellement montrer ce dont il est capable. Néanmoins, étayé par le caractère relationnel des items, Hugo fait preuve d'un meilleur niveau. L'efficacité intellectuelle globale est minorée par l'hétérogénéité entre 2 échelles : le QI de performance s'élève à 87 et le QI verbal à 104 ce qui donne un QI total de 95, le situant dans une moyenne faible par rapport à son âge. Hugo semble préoccupé par des problématiques identitaires (notamment concernant l'identité sexuelle possiblement réactivée par la grossesse de la mère). Le deuil de la grand-mère maternelle semble également peu métabolisé. Hugo donne à voir une forme d'agitation hypomaniaque.

Bilan psychomoteur : Hugo semble de suite à l'aise dans la relation. Il accepte difficilement les épreuves au bureau et commente largement tout ce qu'il fait. Dans l'espace moteur, il peut être dans la fuite, il sautille, touche aux différents objets, chantonne. L'immobilité au signal est impossible. Lorsqu'on le sollicite dans une mobilisation corporelle segmentaire, il ne peut pas encore dissocier ses membres de façon adaptée (cloche pieds, pour l'épreuve de synchronisation il bouge l'ensemble de son corps). Sur le plan tonique, il apparaît effrayé par l'item de la détente et dit « *Non, moi j'aime pas être mou. Parce que ça me donne mal au ventre* » et va se réfugier sous un pont. Il accepte néanmoins de se mettre à plat ventre sur le gros ballon et montre de bonnes capacités de détente au niveau des bras (celles des jambes difficilement évaluables dans cette position). Les dernières épreuves du bilan sont évitées par Hugo. Affalé sur le fauteuil, il ne peut plus écouter, plus réfléchir. Hugo apparaît comme un enfant très immature, avec une image du corps encore fragile. Un corps qui fonctionne en bloc et un axe corporel pas vraiment perçu avec une latéralité encore hésitante. On note également un malaise dans le contact corporel avec peut-être des angoisses de chutes sous-jacentes.

L'intégration de ses repères spatiaux, temporeux et corporels demeure fragile et peu structurante. Tous ces éléments tendent à refléter une immaturité globale dans un contexte d'angoisses archaïques encore présentes.

La mise en commun des observations cliniques recueillies par les différents professionnels concernant Hugo met en avant un contraste entre la conduite hypomane d'Hugo et la lassitude et l'inexpressivité de sa mère qui est encore dans le deuil récent de sa propre mère. Hugo semble assurer à celle-ci une fonction antidépressive. Le diagnostic posé par le médecin psychiatre est celui d'une dysharmonie avec phobies et angoisses.

A la suite de la synthèse une prise en charge en groupe de maturation a été décidée par l'équipe. Celle-ci débute en février 2012.

Le groupe de maturation : est mis en place par une orthophoniste et une psychomotricienne. Il accueille 4 enfants de 4 à 7 ans avec des problématiques variées (immaturité, retard de développement, difficultés de socialisation...). Le groupe accompagne chaque enfant en lui permettant d'aller à la rencontre de ses pairs ainsi que d'accepter les règles et les frustrations dans un cadre défini. Le groupe restreint offre la possibilité à l'enfant instable de s'exprimer, de s'apaiser et de trouver sa place de sujet à l'égard de ses pairs et du couple de thérapeute.

Une première expérience groupale pour Hugo : de février 2012 à juin 2012

Hugo, alors âgé de 5 ans, est accueilli dans un groupe composé de deux autres garçons, Gabriel âgé 8 ans et Jacques de 7 ans. Le couple de thérapeutes s'est également formé à cette occasion. Il a fallu un long moment d'ajustement avant qu'une harmonie puisse s'installer au sein du groupe et au sein du couple de thérapeutes. Hugo manifeste une agitation débordante. Celle-ci est majorée par le manque de cohésion qui a pu se ressentir au début de la constitution du groupe. La place de chacun s'est progressivement affirmée sur un mode relationnel oscillant entre alliance et affrontement, rivalité et entraide. Progressivement, la désorganisation fera place à un relatif apaisement permettant aux jeux symboliques d'apparaître.

Hugo, en route pour la deuxième année au sein d'un groupe de maturation:

Je rencontre Hugo dans le cadre de la constitution d'un nouveau groupe de maturation pour cette année scolaire de 2012/2013. Il s'agit pour lui de sa deuxième expérience en groupe thérapeutique. Ce groupe accueille en plus d'Hugo 3 nouveaux membres : Isaac âgé de 6 ans venant en groupe pour une problématique d'inhibition, Clotilde également âgée de 6 ans ayant des difficultés au niveau du comportement (opposition...) et le dernier arrivé dans le groupe est Julien âgé de 5 ans présentant une immaturité globale. Le cadre thérapeutique est garanti par le même couple de thérapeute que l'an dernier composé, d'une psychomotricienne et d'une orthophoniste, et de moi-même en cette nouvelle année.

La prise en charge groupale se déroule en 3 grands temps :

- on accueille les enfants autour de la table afin de favoriser les temps d'échange et de verbalisation entre les membres du groupe.
- le deuxième temps est consacré aux jeux spontanés mis en place en fonction des désirs des enfants.
- on se retrouve ensuite autour de la table, les enfants ont à leur disposition 2 objets médiateurs: la pâte à modeler et le dessin.

Une première période : le groupe une enveloppe d'excitation :

Hugo a un regard curieux vis-à-vis de ma présence au sein du groupe, néanmoins ceci ne semble pas l'interpeler davantage. Il est à l'aise dans la relation à l'adulte et apparaît d'emblée comme un boute-en-train : autour de la table Hugo parle constamment et tente de mobiliser toute l'attention du groupe mais surtout de l'adulte à son égard. Il reste peu de temps assis sur sa chaise, il gesticule s'impatientant de plus en plus. Il parle essentiellement des activités sportives qu'il pratique en dehors du cadre de l'école. Le temps du groupe semble dévalorisé vis-à-vis de ses occupations extérieures. Lors d'une séance, il saura verbaliser « *j'aime pas venir au groupe, il faut penser* ». Au travers de cette phrase, on peut se poser la question suivante : *l'instabilité viendrait-elle jouer un rôle dans l'économie psychique de l'enfant ? Autrement dit, l'enveloppe motrice viendrait-elle se substituer à une enveloppe psychique défaillante ?*

Lors du temps de jeu, Hugo passe d'une activité à une autre sans réellement construire de jeu : il voit un objet, le manipule et s'intéresse aussitôt à autre chose. Il se disperse, son attention se fragilise, pouvant gêner l'activité des autres sans qu'il ne s'en préoccupe. Hugo peut également se mettre corporellement en danger donnant l'impression d'être dans une quête permanente du déséquilibre. Il semble être partout à la fois et face aux recommandations de l'adulte au sujet de son comportement et du rappel des règles, il maintient une attitude de toute puissance venant attaquer les limites du cadre thérapeutique de la prise en charge. Il est nécessaire parfois de contenir Hugo physiquement en le mettant à l'écart du groupe afin de l'inviter à retrouver un certain apaisement. Face à la solidité et à la permanence du cadre et de l'implication des thérapeutes, progressivement la contenance verbale vient à suffire à Hugo. Celle-ci l'accompagnant à prendre conscience de son comportement et aboutissant, par la suite, à des tentatives d'ajustement de sa part en fonction de la situation.

Hugo initie des activités sensori-motrices variées : il grimpe sur les modules de motricité, saute dans la piscine à balle, joue avec le ballon, utilise les raquettes... Ces expérimentations s'accompagnent d'une jubilation et d'un plaisir moteur palpables chez Hugo.

Néanmoins, il semble difficile pour lui de partager et de prendre en compte les autres enfants du groupe. Lors des jeux avec l'ensemble des enfants, Hugo tente de maîtriser la situation en essayant de mettre l'autre dans une situation d'échec. Il semble important pour Hugo, d'être le plus fort de tous. De plus, on note une grande impatience dans le temps d'attente de son tour, et face à ces frustrations Hugo se retire du jeu et s'isole du groupe. Ainsi, il se met souvent en retrait du groupe et exprime le désir de jouer seul. Ces temps d'écart avec le groupe sont de durées variables selon les séances. Il peut parfois revenir assez facilement vers les autres et parfois rester à l'écart du groupe tout au long du temps de jeu.

Dans le groupe, Hugo partage une relation privilégiée avec un autre garçon du même âge. Ils forment, tous deux, un duo où chaque protagoniste semble s'étayer, l'un sur l'autre. Hugo est perçu par Isaac comme un leader. Isaac est un garçon inhibé et sa relation avec Hugo semble insuffler un certain dynamisme et une prise de position de sa part qu'il n'avait pas auparavant.

Du côté d'Hugo cette relation semble susciter un recours précieux quant à sa capacité à mobiliser son attention, il fait effectivement preuve d'une écoute et d'une disponibilité continue vis-à-vis d'Isaac et ceci sur des périodes de durées variables selon les séances.

De plus, cette relation semble le revaloriser et lui permet également de s'investir dans le groupe, dès lors perçu comme une situation moins dangereuse et anxiogène.

A la fin d'une de nos séances, en raccompagnant les enfants vers la salle d'attente, Hugo se cogne volontairement sur tous les rebords muraux du couloir. Je verbalise donc son comportement mais celui-ci poursuit son chemin en continuant à se cogner. *Vient-il tester la solidité du lieu que représente le CMPP ? Est-ce une manière pour lui, d'éprouver la séparation vis-à-vis du groupe? (ceci s'exprimant sur un mode désorganisé).*

La mise à l'épreuve des limites du cadre est pour ma part envisagée comme une période de « vérification » nécessaire à Hugo, pour qu'il puisse s'assurer de la permanence, de la fiabilité et de la capacité de contenance du cadre thérapeutique.

Une seconde période : le groupe, une enveloppe contenant :

Au fur et à mesure des séances, la présence des membres du groupe se fait de plus en plus régulière. Chaque enfant semble être identifié, de façon différenciée, aux yeux de l'ensemble des participants. Le plaisir de se retrouver ensemble est d'emblée palpable dans la salle d'attente avant que la prise en charge groupale ne commence. L'illusion groupale, concept développé précédemment, semble progressivement se mettre en place renforçant l'identité groupale partagée par les membres du groupe. Hugo est particulièrement sensible à l'absence des uns et des autres nous questionnant beaucoup à ce sujet quand la situation se présente.

Progressivement, le groupe commence à se détacher d'un plaisir moteur chaotique où chacun de façon individuelle ou en relation duelle se livrait à des activités moteurs (ballons, fléchettes, parcours...) pour s'orienter vers des jeux symboliques partagés avec le plus grand nombre. Se mettent ainsi en place, des histoires élaborées et enrichies par les idées des uns et des autres où chacun des membres du groupe revêt un rôle : parfois celui d'un requin ou d'un loup qui pourchasse les autres enfants ou encore des animaux qui combattent pour défendre leurs territoires... Je note chez Hugo une difficulté à maintenir le même rôle tout au long de l'histoire. Il change souvent de personnage et lorsqu'un nouveau personnage est annoncé en fonction de l'évolution de l'histoire, comme cette séance où j'ai endossé le rôle du médecin soignant les animaux blessés, Hugo se précipite sur l'occasion ne pouvant différer son désir immédiat de jouer ce rôle.

Durant les séances suivantes, j'ai comme l'impression de retrouver Hugo lors des premiers temps du groupe. Celui-ci est agité, il n'écoute pas les autres enfants, il tape sur la table, tombe volontairement de sa chaise, papillonne dans la salle sans vouloir jouer avec les autres.

Lors de la construction d'un parcours psychomoteur, Hugo imite et s'approprie les difficultés des autres (il s'enfonce et ne veut plus sortir de la piscine à balle comme Clotilde, il tombe de l'échelle comme Julien...) *Veut-il ainsi attirer l'attention de l'adulte ? Recherche-t-il la confrontation avec les règles du cadre à travers la transgression de celles-ci ?*

Ces questionnements m'amènent à réfléchir sur la dynamique familiale dans laquelle Hugo vit et évolue :

Cette difficulté à trouver sa place au sein du groupe, que ce soit dans les activités motrices ou symboliques, pourrait-elle être mise en lien avec une possible difficulté qu'éprouve Hugo à trouver sa place dans sa sphère familiale ? Ceci, notamment depuis la mort de sa grand-mère maternelle et de l'arrivée de son petit frère, qui depuis sa naissance connaît des problèmes de santé récurrents, mobilisant de façon importante l'attention de sa mère ?

Ces événements sont-ils à l'origine de possibles perturbations affectant l'enveloppe familiale ? Cette mise à mal de l'enveloppe familiale se répercuterait-elle directement sur la quête identitaire du jeune Hugo, autrement dit, sur l'organisation de sa propre enveloppe psychocorporelle ? Dans ce cas, cette instabilité viendrait-elle soulignée son besoin d'être reconnu par le regard de l'autre ? Cette situation nous autorise-t-elle à envisager la reformulation du cogito de Descartes « je bouge, donc je suis », « je bouge, donc j'existe dans le regard de l'autre » ?

Ce besoin d'être le plus fort et d'imposer ses propres règles au cours des séances vient-il refléter, de la part d'Hugo, la nécessité de remettre en question l'autorité de l'adulte ? Ceci pouvant nous amener à nous interroger sur l'intériorisation de la fonction paternelle ? Quelle place le père occupe-t-il dans la sphère familiale ? Les règles établies sont-elles suffisamment présentes et contenantantes pour Hugo ?

Ces questionnements sont bien sûr à envisager comme des pistes de réflexions et non comme des vérités précocement établies.

Construisons des maisons :

Depuis peu, Hugo propose souvent l'idée de construire une maison. Cette idée suscite du plaisir chez les autres enfants qui se pressent d'acquiescer cette proposition de jeu. Néanmoins, Hugo éprouve des difficultés à construire les façades et à organiser l'espace de la maison. *Cette difficulté à organiser l'espace, renverrait-elle à une défaillance dans l'intégration de ses propres limites psychocorporelles, autrement dit à organiser lui-même son propre espace, sa propre enveloppe ?*

Je l'accompagne dans la construction de sa maison et il dit alors « *je veux plein de murs* ». On installe donc, avec l'aide des autres, des murs, un toit, une porte pour que la maison prenne forme. Hugo, par le processus d'imitation, peut ainsi prendre appui sur les autres et notamment sur la capacité du psychomotricien à structurer l'espace en délimitant un dedans et un dehors, en permettant que des échanges soient possibles entre le dedans et le dehors au travers de la porte, en compartimentant à l'intérieur même de la maison des espaces différents (chambre, cuisine...).

Cette délimitation de l'espace sera rejouée ultérieurement lors d'un jeu de raquettes où Hugo placera d'emblée un objet qui séparera son espace de jeu du mien. Cette mise à distance de l'autre où chacun occupe son espace favorise la communication et permet à la relation d'advenir de façon adaptée.

Lorsque les maisons sont construites, les enfants éprouvent une certaine jubilation et face à ce trop plein d'excitation, le psychomotricien engage sa capacité à contenir les débordements du groupe au travers de son implication psychique et corporelle.

Dans la maison, l'instabilité d'Hugo s'estompe et celui-ci peut y rester sans agitation massive, il peut ainsi explorer et se sentir enveloppé à l'intérieur de ce contenant.

Néanmoins, l'élaboration spontanée d'une histoire, autour de ces constructions, demeure assez pauvre chez presque l'ensemble des participants. Lorsque le psychomotricien est confronté à un vide de contenus imaginaires, il est nécessaire qu'il insuffle par son propre imaginaire, un dynamisme permettant à la créativité d'advenir chez l'enfant. Parfois, les simples faits de répartir des rôles à chacun, de définir les espaces... participent amplement à animer une mise en scène où la créativité du thérapeute rencontre la créativité des enfants. Ceci permettant le travail d'élaboration chez chacun des membres du groupe.

L'une des histoires fréquemment demandée par Hugo est celle de la sorcière : la sorcière est jouée par l'orthophoniste, Clotilde joue le rôle du chat de la sorcière, Hugo et Isaac jouent le rôle de petits garçons et la psychomotricienne et moi-même jouons le rôle des bonnes fées.

A partir de cette trame, Hugo et les autres enfants peuvent jouer à se cacher, à se chercher, à se séparer, à aller à la rencontre de l'autre, à échanger avec l'autre au travers d'un tunnel reliant deux maisons. Tout ceci, avec la possibilité de retourner dans sa maison pour se protéger des possibles dangers du monde extérieur (envahissement de l'autre...) mais également de se protéger contre ses propres peurs et de ses propres angoisses (confusion réalité extérieure/ monde imaginaire...).

Hugo va pouvoir vivre des expériences sensori-motrices, relationnelles, symboliques et des expériences d'enveloppement au travers de la construction et de l'organisation d'un espace contenant et rassurant, qu'il peut habiter autrement que dans l'instabilité et l'agitation.

La dynamique relationnelle :

On note la persistance de la complicité toujours palpable voire grandissante, au fil des séances, entre Hugo et Isaac. Les relations qu'Hugo entretient avec les autres pairs semblent se pacifier. Il peut ainsi proposer à Julien, le plus petit du groupe, de l'aider à faire ses lacets, de lui montrer comment faire un carré... Ceci pouvant faire penser au rôle du grand frère, directement en écho avec la situation familiale. Hugo trouve progressivement sa place. Ceci, semble participer à la consolidation d'un sentiment identitaire, celui d'exister comme sujet à part entière au sein du groupe.

Quand la trace fait sens :

Hugo, dans les premiers temps du groupe, éprouve des difficultés à venir nous rejoindre, autour de la table, pour faire un dessin. On lui laisse donc la possibilité d'utiliser le tableau de la salle de psychomotricité pour faire une production à la craie. Il verbalise peu ses productions qui prennent souvent la forme de gribouillis, dans un coloriage pulsionnel mobilisant son corps dans sa globalité.

Progressivement Hugo est capable de nous rejoindre à table, il utilise de la pâte à modeler pour laisser des traces et remplir l'espace de la feuille. Hugo parle toujours peu de ses productions, mais on note souvent des bruits de bouche et des vocalises lorsqu'il produit quelque chose. *Cette enveloppe sonore viendrait-elle le contenir et ainsi lui offrir la possibilité de s'investir de façon moins anxiogène dans le dessin ?*

Hugo explore ces médiateurs autour de la table même s'il a du mal à rester assis sur sa chaise (il se met debout, gesticule...) il pétrit la pâte à modeler, l'écrase avec force sur la table froissant souvent la feuille de dessin qui se trouve à proximité. Progressivement, il commence à dessiner ou à mettre en forme avec de la pâte à modeler des fusées, des serpents... On note également chez Hugo la tendance à s'inspirer de la production des autres enfants. Il peut ainsi prendre appui sur le monde imaginaire de ses pairs pour enrichir son propre univers fantasmatique. Le temps autour de la table apparaît moins dangereux pour Hugo, qui maintenant verbalise de plus en plus ses productions.

Durant plusieurs séances, Hugo dit qu'il dessine Isaac faisant le clown. Cette idée n'enchant pas Isaac qui se met à gribouiller sur sa feuille, le visage fermé. En tant que thérapeute, nous verbalisons alors nos propres ressentis sur l'état émotionnel d'Isaac qui nous paraît en colère. Hugo se met également à gribouiller sur sa feuille. Les deux garçons, au travers de ce support, expriment alors leurs émotions, leurs colères.

De plus, cette idée de faire le clown, ne parlerait-elle pas d'Hugo lui-même qui se met souvent en avant au travers de son comportement et de son agitation ?

Dans ces moments calmes, Hugo tient souvent des discours qui tendent vers la surenchère, donnant parfois l'impression qu'il ne manque de rien. Le groupe permet à Hugo de se confronter aux limites structurantes séparant son monde imaginaire de la réalité extérieure. Ainsi, de consolider son enveloppe individuelle.

Ces médiateurs peuvent donc être envisagés comme support à l'expression des émotions et à la verbalisation. Ils favorisent ainsi la communication et l'entrée en relation avec l'autre. Ils permettent, également, à l'enfant d'être en relation avec lui-même c'est-à-dire d'être en contact avec sa propre intériorité, ses propres affects, ses propres sensations, son propre imaginaire et ses propres vécus psychocorporels.

Conclusion :

Durant cette année au sein de la prise en charge groupale, on note une évolution positive dans le comportement d'Hugo. Notamment, dans l'acceptation des limites du cadre et de sa capacité à tolérer la frustration. Il semble que c'est dans et par le jeu qu'Hugo parvient à investir les relations avec les autres et à contenir son agitation.

Grâce à cet apaisement, Hugo a pu quitter les activités purement motrices pour s'investir dans des activités ludiques et plus symboliques. Néanmoins il a encore besoin, compte tenu de sa fragilité narcissique, de s'auto-valoriser en prenant la place du leader, du super héros ou encore du « clown », comme il semble le dire. Cependant, ceci se manifeste maintenant beaucoup plus au travers de la verbalisation (scénarios imaginaires) à défaut de l'agitation.

Il semble ainsi prendre conscience de l'inefficacité de son comportement, sans pour autant s'en dégager totalement, même si un travail d'élaboration émerge pendant le temps du dessin. Ainsi, ce cheminement semble témoigner d'une reprise des processus imaginaires dont la principale vertu est celle d'un effet sédatif sur l'instabilité.

Au travers de ces observations cliniques, le groupe permet à Hugo d'investir l'échange verbal et de relancer les processus de symbolisation à défaut de l'agitation psychomotrice.

Le groupe favorise également l'établissement de relations satisfaisantes entre l'enfant instable, ses pairs et les thérapeutes. Le groupe accompagne ainsi Hugo sur le chemin de l'individuation, de l'autonomisation et de la revalorisation.

Actuellement, la prise en charge en groupe se poursuit pour Hugo, qui semble trouver à l'intérieur de celle-ci un espace-temps contenant son instabilité et lui permettant d'expérimenter d'autres modalités d'expression, de communication à l'autre et de relation à soi-même.

CONCLUSION:

Au travers de cette conclusion s'achève mon écrit, mais non ma réflexion sur ces sujets et sur les spécificités de la pratique psychomotrice. J'ai essayé d'aborder et d'articuler tout au long de ce mémoire : l'instabilité psychomotrice, le concept des enveloppes et l'indication en groupe thérapeutique. L'association de ces trois thèmes s'est inscrite dans un cheminement progressif, basé sur les différentes rencontres que j'ai pu faire et sur les observations cliniques qui en découlent.

L'instabilité psychomotrice semble être depuis plusieurs années une source d'inspiration majeure pour de nombreux auteurs. Ces différentes théorisations sont une richesse dont dispose le psychomotricien. Face à cette situation, ce dernier a la possibilité d'emprunter et de s'appuyer, sur tel ou tel concept, pour adapter sa pratique en fonction de l'enfant instable qu'il rencontre. Ainsi, chaque prise en charge est unique puisqu'elle est le fruit commun d'une rencontre originale.

Sans pour autant prendre position pour un courant de pensée unique, mes expériences cliniques m'ont conduites à penser l'instabilité, ainsi que la prise en charge proposée à l'enfant instable, à partir du concept d'enveloppe. Dans cette perspective, on peut parler d'enveloppes corporelles, psychiques mais aussi psychocorporelles, ce dernier terme soulignant la liaison permanente et indissociable de ces deux aspects sur le plan clinique. Ces concepts renvoient notamment aux fonctions et à la capacité de contenance. Cette capacité de contenance et son intériorisation s'inscrivent dans les relations précoces liant la mère à son enfant. C'est ce rôle de réception et de transformation des vécus de l'enfant, que représente la fonction de contenance mise en jeu dans le groupe.

Cette approche me permet de penser le cœur de la prise en charge autour des relations que l'enfant instable entretient avec les autres, avec lui-même et à fortiori avec son propre corps. Ce dernier apparaissant comme le lieu d'expression privilégié de son instabilité.

A partir des observations cliniques que j'ai pu faire, il semblerait que l'instabilité entrave les processus de symbolisation et empêche à l'imaginaire d'advenir chez l'enfant instable. L'instabilité se présenterait-elle comme un revers à l'immobilité de la pensée ?

Nous pouvons envisager une prise en charge groupale, pour l'enfant instable, au travers de ses vertus de contenance et de sa richesse relationnelle.

La prise en charge groupale et les expériences relationnelles qu'elle apporte, permettraient à l'enfant instable de se sentir contenu par l'enveloppe groupale. Ainsi, elle participerait à la consolidation de sa propre enveloppe individuelle possiblement fragilisée et défaillante.

La motricité débordante, l'agitation, l'implication tonique, l'impulsivité, les mimiques, les difficultés attentionnelles et relationnelles sont autant d'indicateurs significatifs de l'instabilité. Le psychomotricien y est particulièrement sensible et attentif pour tenter de décoder le langage corporel utilisé préférentiellement par l'enfant instable. Le corps de l'enfant, matérialisant sa façon d'être et d'agir au monde, est ainsi envisagé dans sa dimension expressive. Ainsi, le psychomotricien est habilité à transformer les agis de l'enfant instable en éléments de représentation. Il essaie d'apporter de la contenance, de la cohérence et du sens à ces manifestations corporelles, afin de tendre vers une « *mise en pensée du corps* » si l'on reprend les termes de C. Potel.

L'un des principaux enjeux thérapeutiques, soutenu par le groupe et le psychomotricien, sera donc d'offrir dans une approche globale, la possibilité à l'enfant instable de découvrir et d'investir des modalités de relation et d'expression autre que l'instabilité et ainsi de favoriser le passage de l'agir chaotique à la représentation.

Le groupe va donc mettre en jeu ce travail de liaison et de transformation de l'excitation interne de l'enfant. Le groupe peut être envisagé comme une enveloppe d'étayage sur laquelle l'enfant instable pourra se reposer, dans tous les sens du terme, et prendre conscience de son comportement. Ainsi, il sera au plus proche de son intériorité, de ses émotions, de son imaginaire et de ses propres ressentis psychocorporels. Le groupe, envisagé comme un système dynamique, constitue ainsi un lieu de création mutuelle, dans lequel l'enfant instable pourra prendre conscience de sa différence et de son individualité.

Le souhait thérapeutique de cette démarche originale envisagée pour l'enfant instable serait donc de partir de la capacité d'être ensemble en groupe pour tendre vers la capacité à être seul en présence de l'autre.

« *Tisser des liens au fil du groupe* », c'est aussi dire que tisser des liens prend du temps. La temporalité singulière du groupe autorise l'enfant instable à prendre son temps et à différer ses agis immédiats afin de développer sa capacité de pensée. C'est ce qu'Hugo verbalisera lors de l'une de nos séances lorsqu'il dira « *Je peux prendre mon temps* ».

BIBLIOGRAPHIE

- ANZIEU D « *Le Moi-peau* », p. 1 à 21 ; p. 119 à 131 ; p. 127 à 133, Dunod, 1995
- ANZIEU D « *Le groupe et l'inconscient : l'imaginaire groupale* », p. 1 à 9 ; p. 74 à 98 ; p. 234 à 242, Dunod, 1999
- AUCOUTURIER B « *La méthode Aucouturier : fantasmes d'action et pratique psychomotrice* », de boeck, 2005
- BENAVIDES T « *Sémiologie psychomotrice de l'instabilité* », Evolutions psychomotrices Vol 8 n°31, 1996
- BERGER M « *L'enfant instable : approche clinique et thérapeutique* », Dunod, 2005
- BERGES-BOUNES M, J.M FORGET « *L'enfant insupportable: instabilité motrice, hyperkinésie et trouble du comportement* », Erès, 2010
- BLOSSIER P « *Groupes et psychomotricité : le corps en jeu* », Solal, 2002
- CHAPELIER J-B « *Les psychothérapies de groupe* », Dunod, 2000
- CICCONE A « *Enveloppe psychique et fonction contenantante : modèles et pratiques* », article, Cahiers de psychologie clinique, n°17, p. 81 à 102, 2001/2
- CLAUDON P « *Enfants hyperactifs, enfants instables : se repérer, comprendre, prévenir* », In press, 2007
- DECOOPMAN F, « *La fonction contenantante : les troubles de l'enveloppe psychique et la fonction contenantante du thérapeute* », article, Gestalt n°37, p. 140 à 153, 2010
- GOLSE B « *L'enfant excitable : système pare-excitation, système pare-incitation* », Erès, Enfances et Psy, n°14, p. 49 à 56, 2001/2
- HOUZEL D. « *Le concept d'enveloppe psychique* », In press, 2010
- JOLY F. « *L'enfant hyperactif : de quoi s'agit-il ? Pourquoi s'agite-t-il ?* », Papyrus, 2008
- MELLIER D « *La fonction contenantante, une revue de la littérature* », article, Perspectives psy, Vol. 44, p. 303 à 310, 2005/4
- MENECHAL J. « *L'hyperactivité infantile : débats et enjeux* », Dunod, 2004

- MOULY B, « *Arrête-toi quand tu le pourras, le soin en psychomotricité, une enveloppe contenant pour l'enfant instable* », mémoire de psychomotricité, 2011
- POTEL C « *Etre psychomotricien : un métier du présent, un métier d'avenir* », Erès, 2010
- POTEL C « *Psychomotricité : entre théorie et pratique* », In press, 2010
- PRIVAT P « *L'enfant en psychothérapie de groupe* », Dunod, 2000
- Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe « *Psychothérapie de groupe : pour qui ?* », n°14, p. 1 à 27 ; p. 57 à 78, 1990
- Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe « *Le jeu dans l'espace psychique groupal* » n°33, p. 1 à 11 ; p. 127 à 133, 1999
- Revue thérapie psychomotrice « *Les groupes d'enfants et d'adolescents en psychomotricité* », Edition SNRTP, 1981/1
- Revue thérapie psychomotrice et recherches « *Le groupe en psychomotricité* », SNUP, n°163, 2010
- ROBERT-OUVRAY S. « *L'enfant hyperactif* », entretien vidéo, Anthéa, 2004
- WINNICOTT D.W « *Jeu et réalité* », Folio essais, 2002