HAL
open science

Faites-moi bouger ! Relaxation et expressivité du corps en psychiatrie adulte

Camille Pinsard

To cite this version:

Camille Pinsard. Faites-moi bouger ! Relaxation et expressivité du corps en psychiatrie adulte. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-00924378

HAL Id: dumas-00924378

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00924378v1

Submitted on 6 Jan 2014

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

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

UNIVERSITE PIERRE ET MARIE CURIE – PARIS VI

Faculté de Médecine – Site Pitié Salpêtrière

Institut de Formation en Psychomotricité

Faites-moi bouger !

Relaxation et expressivité du corps en psychiatrie adulte

Mémoire présenté en vue de l'obtention du

Diplôme d'Etat de psychomotricien

Par Mlle Camille PINSARD

Référent de mémoire :

Mme Dominique NGUYEN XUAN

Session de juin 2013

«... Le seul fait de rêver

est déjà très important

Je vous souhaite des rêves à n'en plus finir,

et l'envie furieuse d'en réaliser quelques-uns.

Je vous souhaite d'aimer ce qu'il faut aimer

et d'oublier ce qu'il faut oublier.

Je vous souhaite des passions.

Je vous souhaite des silences.

Je vous souhaite des chants d'oiseaux au réveil

et des rires d'enfants.

Je vous souhaite de résister à l'enlisement, à l'indifférence,

aux vertus négatives de notre époque.

Je vous souhaite surtout d'être vous ».

Jacques Brel, 1er janvier 1968

Remerciements...

A ma référente de mémoire, Dominique Nguyen Xuan pour nos échanges riches en réflexions, son écoute et son accompagnement dans l'élaboration de ce mémoire,

A Biljana Petrovic et Robert Vialatte, pour leur disponibilité, leurs conseils et leur précieux soutien,

Aux équipes du Centre d'Accueil et de Soins en Addictologie et de l'Hôpital de jour pour leur accueil,

Aux patients rencontrés lors de mes stages, qui m'ont permis de commencer à aiguiser mon œil professionnel,

A l'Institut de Formation en Psychomotricité ; à tous nos professeurs, pour ces trois années d'études riches en enseignements, en pratiques, en découvertes, en émotions. Je ne le dirai jamais assez, nos études sont formidables.

A Lucile et Delphine, mes supers « cojaytiennes », pour notre étayage mutuel dans l'écriture de nos mémoires, nos moments de pression mais aussi de détente,

A toutes les autres, amies d'amphi, amies de vie et futures collègues, sans qui ces trois années n'auraient pas été si belles, si folles, si enrichissantes,

A Caroline, de m'avoir fait découvrir la psychomotricité, à Lison, Sandra, Julie et Clara, d'être là depuis le tout début,

A ma famille, pour leur soutien, leur présence et leur amour.

SOMMAIRE

INTRODUCTION 1

PARTIE THEORIQUE 3

I- L'INTEGRATION PSYCHOMOTRICE, D'UN TOUT AMALGAME VERS UN SENTIMENT D'UNITE 4

1- L'ETAYAGE PSYCHOMOTEUR 4
a- L'étayage 4
b- Niveau tonique 5
c- Niveau sensoriel 6
d- Niveau affectif 6
e- Niveau représentatif 7

2- LES ACTEURS DE CES PROCESSUS 8
a- Le corps au cœur de ces changements 8
b- Le bébé, partenaire actif 9
c- L'entourage maternant 9

3- UN ETRE EN RELATION 11
a- Image du corps et schéma corporel 12
b- La communication 13
c- Les émotions 13

II- UNE RENCONTRE AVEC LA PSYCHIATRIE ADULTE 14

1- LES TRAUMATISMES 14
a- Définition 14
b- Clinique du traumatisme 15
c- Le travail thérapeutique auprès d'une personne traumatisée 17

2- LES TROUBLES DE LA PERSONNALITE 18
a- Les troubles de la personnalité 18
b- La personnalité schizoïde 19

III- LES MEDIATIONS 21

1- LES MEDIATIONS PSYCHOCORPORELLES 21
a- Définition 21
b- La perception du corps 22
c- La relation à l'autre 22
d- La verbalisation 23

2- LA RELAXATION 23
a- Définition 23
b- Les différentes méthodes de relaxation 24
c- Une médiation riche en apports 25

3- L'EXPRESSIVITE DU CORPS 27
a- L'expression 27
b- Une connexion avec son corps 27
c- Le corps comme langage 28

PARTIE CLINIQUE 29

I- L'INSTITUTION 30

1- L'HOPITAL 30

2- LE POLE D'ADDICTOLOGIE 30

a- Les structures du pôle 30

b- L'équipe pluridisciplinaire du pôle d'addictologie 31

3- LA PLACE DE LA PSYCHOMOTRICITE 32

II- MR B. 33

1- L'HISTOIRE DE MR B. 33

a- Les traumatismes 33

b- Le milieu hospitalier 34

2- LE DISCOURS DE MR B. 35

a- Sa famille 35

b- Son métier 36

c- Son traitement 36

3- LES SEANCES DE PSYCHOMOTRICITE 36

a- Le déroulement des séances 37

b- Mon implication dans les séances 38

c- Face à une désorganisation de Mr B., la reprise de la psychomotricienne 39

d- L'apport de la psychomotricité 41

III- MR N. 42

1- LE PARCOURS DE MR. N 42

a- En hôpital psychiatrique 42

b- Son traitement 42

c- Sa scolarité 43

2- LES SEANCES EN PSYCHOMOTRICITE 43

a- L'indication 43

b- La rencontre avec Mr N. et l'observation 43

c- Mes impressions 45

3- MON IMPLICATION ET UN TOURNANT DANS LES SEANCES 45

a- Quelques items de bilan psychomoteurs 45

b- Ses paroles 47

c- Les propositions psychomotrices 48

d- L'apport de la psychomotricité 52

DISCUSSION 53

I- MA PLACE DE STAGIAIRE 54

1- MES OBSERVATIONS 54

2- « ET SURTOUT, PRENEZ SOIN DE VOUS » 56

a- Attentif à soi 57

b- Attentif à la relation 57

3- LE MOUVEMENT DU CORPS A TROIS 58

II- DES PATIENTS EN QUETE DE CORPS 59

1- MON CORPS ? 60

a- Ne le touchez pas 60

b- Tout va bien, je contrôle 61

2- LEUR RAPPORT AUX EMOTIONS 62

a- Une passoire émotionnelle 62

b- Une carapace protectrice 63

3- A CHACUN SON ADAPTATION 64

a- L'alcool comme contenant 64

b- Les pensées comme contenant 66

III- CA BOUGE EN PSYCHOMOTRICITE ! 68

1- UN CADRE SECURE, QUI NE BOUGE PAS TROP, POUR EXPERIMENTER 68

a- Le cadre thérapeutique 68

b- Une relation thérapeutique 69

c- L'importance des mots du psychomotricien 70

2- JE BOUGE ICI… ET ÇA BOUGE LA ! 71

a- La relaxation, bouger à travers la statique 71

b- L'expressivité du corps, d'accord, mais vous bougez aussi 73

c- Et alors, ça bouge où? 75

CONCLUSION 76

BIBLIOGRAPHIE 77

INTRODUCTION

Chaque rencontre est singulière, différente et riche. Durant mes trois années de formation, les rencontres avec les patients m'ont appris à faire *tabula rasa* face à chacun d'eux : les problématiques en lien avec les diagnostics apparaissent réelles et non négligeables mais chaque patient reste à aborder dans sa globalité humaine, personnelle et singulière, propre à ses difficultés et à son histoire de vie. Je me laisse souvent aller à l'évocation d'images que provoquent ces rencontres : moyen de se mettre à distance, de rendre l'impact relationnel moins impressionnant, de symboliser des ressentis parfois étranges.

« En ch'min au fil du temps j'ai fait des sacrées rencontres, des trucs impressionnants, faut absolument qu'j'vous raconte »[1]…

C'est avec cette façon d'observer que j'ai rencontré cette année Mr B. et Mr N., tous deux patients dans le service de psychiatrie adulte au sein duquel j'effectue mon stage.

Ces deux rencontres m'ont tout d'abord impressionnée. Fragilisée, compliquée, en déséquilibre, leur vie m'exposait à une réalité qu'il m'était difficile de recevoir. Les échanges avec ma maître de stage m'ont alors permis de prendre le recul nécessaire pour me permettre d'observer ces deux hommes dans leur globalité. Observer n'est pas toujours aisé. En retrait de la situation, les émotions perçues n'en demeurent pas moins atténuées. Je me suis laissé imprégner de ces situations, de ces mots, leur maux, de leurs attitudes, leurs postures, leur façon d'être à la vie. Des images d'enfants en quête de corps, de sens, d'expériences, d'écoute me sont venues. Mr B. et Mr N., tous deux égratignés par la vie ont montré leur soif d'aller de l'avant, d'essayer de construire de nouveaux liens plus solides, d'intégrer une image d'eux plus acceptable.

[1] Grand corps malade, (2006), *Rencontres*, AZ

Leur enveloppe m'a paru attaquée par les évènements de leur vie. L'une m'apparaissait «trouée», perméable à chaque stimulus ; l'autre me semblait «bétonnée», étanche aux émotions. Ce sont ces images qui ont commencé à alimenter mes réflexions. Comment pouvaient-ils aborder sereinement la vie, ne pas se laisser désorganiser avec une construction psychocorporelle qui paraissait si insécure ?

Tous deux participent de façon assidue et volontaire aux séances de psychomotricité. Relaxation et expressivité corporelle semblent mettre leur corps en corps, leur permettre de s'y reconnecter, le temps d'une séance. Une question centrale m'est ainsi apparue :

Comment les médiations que nous leur proposons peuvent-elles venir panser cette enveloppe fragilisée ?

«*Faire bouger les gens dans leur corps pour les faire bouger dans leur tête*»[2]. Cette phrase qu'utilise C. Ballouard pour résumer l'objectif de la psychomotricité m'a parue tout à fait pertinente. Bouger dans leur corps, bouger dans leur tête, bouger dans leur rapports à eux-mêmes et aux autres, tel pourrait être le pari de la psychomotricité en psychiatrie adulte. Il m'a semblé que les médiations, par leur rôle de tiers, permettaient de mettre son corps en jeu de façon plus sécure. Le cadre thérapeutique qu'elles nécessitent paraît construire un lieu contenant, prêt à accueillir les expérimentations corporelles. Pour finir, la relation induite par la médiation m'a semblé venir envelopper, porter et étayer Mr B. et Mr N.

Pour tenter de répondre à ces questionnements, j'ai développé dans ma partie théorique l'étayage psychomoteur - base solide d'une unité psychocorporelle -, les notions de traumatisme et de personnalité schizoïde – en rapport avec les problématiques de Mr B. et Mr N. -, puis décrit la relaxation et l'expressivité du corps – médiations que nous avons utilisées au cours des séances.

J'ai présenté dans ma partie clinique l'institution au sein de laquelle je réalise mon stage cette année ; puis ai exposé les histoires de Mr B. et Mr N. et le chemin que nous avons parcouru auprès d'eux.

Pour terminer, j'ai développé dans ma discussion les interrogations et remarques qui m'ont animée au cours de ce stage : rapport au corps, reconstruction psychocorporelle et intérêt de la psychomotricité.

[2] BALLOUARD C.,

PARTIE THEORIQUE

I- L'intégration psychomotrice, d'un tout amalgamé vers un sentiment d'unité

S.B. Robert Ouvray nous explique qu'à la naissance, « *le nourrisson est une entité globale […] dont les fonctions motrices et psychiques demeurent indifférenciées. Il n'a pas encore conscience de son existence propre, distincte de celle de sa mère. Tout est amalgamé* »[3]. L'enfant va alors, au cours d'un processus d'intégration, différencier le moteur de l'affectif et créer des « *liens psychomoteurs singuliers* »[4].

1- L'étayage psychomoteur

J'appuierai ma réflexion sur les travaux de S.B. Robert-Ouvray, qui a décrit quatre niveaux psychomoteurs caractéristiques de l'être humain : tonique, sensoriel, affectif et représentatif. Ces quatre niveaux sont regroupés au début de la vie dans un tronc commun ; le psychisme et le corporel étant amalgamés. Ils vont, grâce à un entourage « suffisamment bon » se différencier et se reconstruire pour aboutir à un sentiment d'unité, de Soi. Pour D. Anzieu, c'est le moment où le Moi psychique et le Moi corporel vont se différencier sur le plan opératif tout en restant confondus sur le plan figuratif[5].

a- L'étayage

« *L'étayage est la dynamique qui permet l'intégration des stimulations internes et externes selon une structure innée propre à l'humain. Cette structure organise notre corps et notre psyché dans le temps et dans l'espace* »[6].

L'étayage psychomoteur correspond à la recherche d'une mise en sens d'une tension ; il est à différencier d'une décharge ou d'une évacuation. L'étayage vise une intégration psychomotrice, c'est-à-dire qu'il cherche à créer du lien et à obtenir une

[3] ROBERT-OUVRAY S.B., 1996, p.16-17

[4] ROBERT-OUVRAY S.B., 2010, p.78

[5] ANZIEU D., 1985, p.39

[6] ROBERT-OUVRAY S.B., 1995, p.5

dialectique entre deux pôles opposés. Ce processus est en premier lieu réalisé par les parents au début de la vie puis l'enfant l'accomplira par la suite de façon autonome.

L'étayage se base en partie sur la proprioception, qui définit cette sensibilité indispensable nous renseignant sur la position et les mouvements de notre corps propre. La proprioception représente un lien entre la sensibilité profonde, du corps et du mouvement, et les impressions sensorielles qui en résultent. Elle nous est fondamentale pour la compréhension et l'habitation de notre organisme. Pour A. Bullinger, la fonction proprioceptive va constituer « *une zone habitable, une mise en forme de soi vers l'autre* »[7].

b- Niveau tonique

« *Le tonus est l'état de légère tension des muscles au repos, résultant d'une stimulation continue réflexe de leur nerf moteur. Cette contraction isométrique est permanente et involontaire. Elle fixe les articulations dans une position déterminée et n'est génératrice, ni de mouvement, ni de déplacements. Le tonus maintient ainsi les stations, les postures et les attitudes. Il est la toile de fond des activités motrices et posturales* »[8].

Le tonus se développe conjointement à la maturation neurologique, et varie d'un individu à l'autre en fonction de facteurs génétiques et environnementaux. Nous pouvons remarquer qu'il joue un rôle fondamental dans l'être à soi et l'être au monde. Pour S.B. Robert-Ouvray, la tonicité peut être représentée comme un « *ensemble vibratoire* » qui figure un élément limite entre l'espace corporel et l'espace psychique de l'individu[9].

A la naissance, le couple hypotonie axiale/hypertonie périphérique prédomine chez le nourrisson. C'est par ces deux extrêmes que le nouveau-né va pouvoir exprimer ses besoins et réagir aux stimulations internes et externes. L'hypertonie est plutôt liée à l'absence maternelle et l'hypotonie à sa présence ; l'alternance des deux pôles va permettre l'intégration d'un rythme relationnel.

Sur un plan physique, l'hypertonie réactive représente la façon d'exprimer un refus, une opposition. Sur un plan psychique, l'enfant va utiliser le système de projection pour se protéger : tout ce qui est mauvais va être projeté vers l'extérieur.

---

[7] BULLINGER A., cité par LESAGE B., 2012, p.23
[8] JOVER M., 2000, p.17-18
[9] ROBERT-OUVRAY S.B., 2010, p.43

A l'inverse, l'hypotonie s'installe plutôt dans la consolation ; elle représente le premier moyen de dire oui. L'hypotonie va être induite par le portage, les gestes et les paroles des parents. Elle correspond à l'introjection de bons éléments et va permettre de construire les bases de la sécurité et du narcissisme.

Le niveau tonique revêt une importance particulière ; entre détente et tension, c'est sur celui-ci que vont s'étayer les trois niveaux suivants. Compagnon de voyage durant toute notre vie, le tonus définit aussi la singularité de chacun.

c- Niveau sensoriel

Le niveau sensoriel s'étaie sur le pallier tonique. Pour S.B. Robert-Ouvray, la tonalité vibratoire des expériences sensorielles vécues par l'enfant est donnée par les sensations toniques[10]. C'est donc à partir du ressenti tonique que tout va pouvoir ensuite prendre sens.

Le niveau sensoriel regroupe deux grandes familles de base : le mou et le dur. Au cours d'expériences sensorielles, des sensations d'agréable et de désagréable vont s'apparenter aux états de détente ou de tension. L'expérience de la tétée peut venir illustrer ces propos : dans un environnement favorable, la sensation du lait chaud, de la présence contenante de la mère vont s'associer à la satisfaction d'un besoin, à l'hypotonie. A l'inverse, si le bébé attend trop longtemps, que l'environnement n'est pas « suffisamment bon », l'hypertonie va dominer et une sensation de dur va s'y associer.

d- Niveau affectif

Le niveau affectif concerne les états de satisfaction et d'insatisfaction, qui vont s'accompagner de plaisir et de déplaisir.

Pour que les niveaux toniques et sensoriels puissent étayer le niveau affectif, la présence de l'autre est nécessaire. En effet, « *le passage du niveau sensoritonique au niveau affectif est un passage d'un état de précommunication à un état de communication* »[11]. La mère perçoit les différents états de son bébé et va venir en réponse poser des mots dessus, les nommer. Dans un état tensionnel, la voix douce et chaleureuse de la mère va aider le bébé à se calmer. Cette douceur va pouvoir être

[10] ROBERT-OUVRAY S.B., 2010, p.80
[11] *Ibid*, p.82

associée à l'état de bien-être qui en découle. Ce bain de sons, véritable « *courant émotionnel* »[12] est indispensable au niveau affectif.

Les paroles sont donc essentielles, mais il apparaît important qu'elles soient cohérentes et adaptées pour assurer le bon fonctionnement psychique de l'enfant. Des carences affectives vont engendrer par la suite des difficultés de communication et de relation aux autres.

e- Niveau représentatif

Le niveau des représentations apparaît comme le plus élaboré. Il met en jeu des représentations positives et négatives. S.B. Robert-Ouvray nous indique que nous ne savons pas à quelle période apparaissent les premières représentations claires chez l'enfant ; elle va donc parler de pré-représentations, présentes dès les premiers jours à travers l'amalgame du soi et de l'objet[13].

Au début de sa vie, le bébé a la sensation d'être à l'origine de tout ce qu'il vit. Lorsqu'il est envahi d'angoisses primitives, il va reporter son mal-être sur sa mère, qui devient la « mauvaise mère », à l'origine de ses tensions corporelles. En revanche, dans l'apaisement, la mère devient le « bon objet ». Il y a un amalgame entre lui et autrui, et la mère va l'aider à se différencier, mettre du sens et ainsi participer à sa construction psychique.

Ces quatre niveaux psychomoteurs reprennent la notion de dialogue tonique. J. De Ajuriaguerra[14] s'est inspiré des travaux d'H. Wallon pour la théoriser. Il décrit le dialogue tonique comme la façon d'échanger et de communiquer à travers les expériences toniques, sensorielles et émotives. C'est une forme de communication infra-verbale qui s'appuie sur l'interaction entre les deux partenaires. Ainsi, la façon dont la mère va porter, soutenir, regarder et parler son bébé va venir faire écho en lui. Si ses réponses sont adaptées, elles vont prendre sens pour le bébé. Le dialogue tonique permet de mettre en avant la dialectique tonus-émotion.

---

[12] *Ibid*, p.82
[13] *Ibid*, p.84
[14] AJURIAGUERRA J. DE, 1960

2- Les acteurs de ces processus

«*Pour survivre, le nouveau-né a besoin non seulement de recevoir les soins répétés et ajustés d'un entourage maternant, mais aussi a) d'émettre à l'égard de cet entourage des signaux susceptibles de déclencher et d'affiner ses soins ; b) d'explorer l'environnement physique à la recherche des stimulations nécessaires pour exercer ses potentialités et activer son développement sensori-moteur*»[15]. Le processus d'intégration psychomotrice demande donc une attention bien particulière de la mère aux réactions et aux tensions corporelles du bébé. Néanmoins ce dernier n'en demeure pas moins actif dans ce mouvement d'étayage et montre des capacités à le réaliser.

a- Le corps au cœur de ces changements

Depuis sa création, l'embryon, puis le fœtus et le nouveau-né connaissent des changements corporels externes et internes essentiels. Au fur et à mesure du développement, le système sensoriel s'éveille, permettant de capter les stimuli environnementaux. La relation au monde peut alors commencer.

L'étude du processus d'étayage a pu mettre en lumière l'importance du corps dans l'acheminement à un sentiment d'unité. De nombreux auteurs s'accordent à penser que c'est par le corps et les expériences sensorielles que va pouvoir se développer simultanément l'activité psychique. Ainsi, « *c'est par un ancrage essentiellement corporel que naît et perdure le sentiment d'exister, d'être soi. Le corps n'est plus uniquement matière, il est le nid des émotions, des pensées, des ressentis, des agis qui font que nous sommes nous* »[16]. B. Lesage parle de « *résonnance psycho-corporelle* », montrant bien que, tout comme les quatre niveaux décrits précédemment, le corps et le psychisme s'étaient mutuellement.

Le corps est le lieu des préoccupations. Le bébé ressent ses changements corporels sans pouvoir, tout d'abord, les mettre en sens. La mère « suffisamment bonne » va lui procurer les soins nécessaires, physiques et psychiques, parlant son corps. Ainsi, d'un corps sans limites, vecteur d'angoisses va pouvoir émerger un corps unifié et un sentiment de sécurité interne.

---

[15] BRAZELTON T.B. cité par ANZIEU D., 1985, p.54
[16] FRITIS-ARCAYA S., 2011, p.14

b- Le bébé, partenaire actif

Dans les années 80, T.B. Brazelton[17] met en évidence que le bébé est un être compétent, en interaction avec son entourage. Il démontre que le bébé est un partenaire actif dans la dyade nourrisson-entourage, et qu'il sollicite les adultes autant que les adultes le sollicitent. De même, Brazelton indique que si le bébé n'est pas stimulé, ou s'il est dans l'incapacité de communiquer, il va alors se retirer de la relation et se replier sur lui-même. Brazelton poursuit en expliquant que le bébé, de part des signaux qui lui sont propres, va faire comprendre à son entourage ce dont il a besoin. J. De Ajuriaguerra dira que l'enfant est « créateur de mère ». Ces réflexions montrent à quel point le bébé est dans une quête de l'autre, de la relation. Il n'est pas passif dans son développement. D. Anzieu, va dans ce sens et décrit chez le nouveau-né l'existence « *d'un pré-Moi corporel, doté d'un élan intégrateur des diverses données sensorielles, d'une tendance à aller à la rencontre des objets, à mettre en œuvre à leur égard des stratégies, à établir avec les personnes de l'entourage maternant des relations d'objet* »[18].

c- L'entourage maternant

Nous venons de le voir, le bébé participe de façon active à sa construction psychique et corporelle.

Le rôle de la figure maternelle reste, il en va de soi, primordial. Pour C. Potel, « *notre sentiment d'être en sécurité dans notre corps dépend pour beaucoup de la présence d'une mère attentive et contenante (ou de son substitut) […] dans ces premiers temps d'origine* »[19]. D.W. Winnicott[20] parle d'une mère « *ordinaire normalement dévouée* » : à la naissance de son bébé la mère ne va être préoccupée que par celui-ci : elle est le bébé et le bébé est elle. D'autant plus qu'à cette période, le bébé est en proie à des angoisses terribles primitives : se morceler, ne pas cesser de tomber, ne pas avoir de relation avec son corps, ne pas avoir d'orientation[21] ; il en va alors de la fonction de la mère de venir les apaiser.

---

[17] BRAZELTON, repris par ANZIEU D., 1985, p.54
[18] *Ibid*, p.57
[19] POTEL C., 2010, p.76
[20] WINNICOTT D.W., 1992, p.20
[21] WINNICOTT D.W., 1970, p.11

Développé par D.W. Winnicott, le holding décrit les attitudes et les comportements de maternage de la mère vis-à vis de son bébé. Il correspond à un portage physique mais aussi psychique : c'est la façon dont la mère va parler au bébé, venir mettre en sens ses émotions, le porter, le regarder, le toucher.

L'intégration, processus essentiel au développement de l'enfant, décrit par D.W. Winnicott, passe par un bon holding et donne accès à la compréhension du temps, de l'espace et à l'unité : « *tout d'abord vient le "Je" […]. Puis vient le "Je suis, j'existe, j'accumule des expériences vécues […]". Et nous pouvons ajouter à cela : "Quelqu'un d'autre voit ou comprend que j'existe"* »[22].

Le holding va permettre que se mette en place la fonction de maintenance du Moi-peau décrite par D. Anzieu : l'intériorisation du holding va permettre le développement de la fonction psychique[23]. D. Anzieu nous explique que le bébé va intérioriser ces bons éléments. Ces derniers, ajoutés à l'appui externe du bébé sur sa mère mais aussi sur son père, vont le conduire à éprouver un appui interne au niveau de l'axe qui permettra le redressement.

Le handling se rapporte à la façon dont la mère va prendre soin de son enfant au quotidien : toilette, habillage, échanges corporels.

Le handling permet la personnalisation ; le bébé va prendre conscience de son corps et de ses premières limites. Ce processus correspond à la fonction de contenance de la peau développée par D. Anzieu. Eveillée par les soins qu'apporte la mère, ses réponses, les jeux et les interactions, la contenance va permettre la sensation de la peau « *comme un sac* »[24].

La mère a un rôle de pare-excitation. Elle va protéger le bébé d'un excès de stimulations, des éléments néfastes à son développement, puisqu'il ne sait, au début, pas le faire de façon autonome. Le bébé va utiliser son hypertonicité pour venir renforcer le rôle maternel. S.B Robert-Ouvray parle « *d'enveloppe tonique* »[25], pour évoquer le recrutement tonique continuel qu'effectue le nouveau-né pour se protéger. La dialectique des fonctions de la mère et du bébé va construire sa capacité à

[22] WINNICOTT D.W., 1970, p.16
[23] ANZIEU D., 1985
[24] *Ibid*, p.100
[25] ROBERT-OUVRAY S., 2010, p.158

s'affirmer, à se protéger, à s'identifier. Ce rôle est fondamental dans l'acquisition d'une enveloppe protectrice suffisamment sécure.

La mère revêt une fonction contenante. E. Bick décrit la nécessité qu'a le nourrisson d'introjecter un objet contenant pour se sentir rassemblé. Pour ce faire, il s'accroche aux stimulations au début de sa vie: «*Le besoin d'un objet contenant apparaît […] comme la recherche effrénée d'un objet -une lumière, une voix, une odeur ou tout autre objet sensuel- qui peut tenir l'attention et de ce fait être expérimenté […] comme tenant les parties de la personnalité*»[26]. Une relation de contenant-contenu doit se mettre en place pour assurer l'unité du bébé. Le sein lors de la tétée va notamment venir jouer cette fonction.

Pour développer cette notion d'objet contenant, Bion[27] évoque l'existence d'éléments béta, de la fonction alpha et de la capacité de rêverie de la mère. La fonction alpha de la mère va permettre de détoxiquer les éléments béta du bébé, qu'il ne peut assimiler. « *La personnalité du petit enfant est par elle-même incapable d'employer les données des sens ; elle doit évacuer ces éléments dans la mère, en comptant sur elle pour faire tout ce qui doit être fait pour les convertir en une forme appropriée à leur utilisation en tant qu'éléments alpha* »[28] . De par sa présence, la mère va offrir un bon contenant au mauvais contenu du bébé. L'appareil « *contenant-contenu* » décrit par Bion va pouvoir se mettre en place, et dans le même temps permettre à la pensée de s'éveiller. A. Ciccone explique que les éléments alpha, assimilés par le bébé, vont pouvoir devenir inconscients et symbolisés. En revanche, si la mère n'opère pas ce changement, le bébé va garder les éléments béta qui resteront à l'état brut, comme des «*faits non digérés*»[29].

3- <u>Un être en relation</u>

«*Notre corps n'est pas une chose, il est soi*»[30].

Les soins apportés par l'entourage maternant, les expériences sensorielles et motrices et le développement de l'activité psychique et mentale vont permettre à

[26] BICK E. citée par CICCONE A., LHOPITAL M., 2001, p.33
[27] BION, 2003
[28] BION cité par CICCONE A., LHOPITAL M., p.74
[29] *Ibid*, p.75
[30] LESAGE B., 2012,p.55

l'enfant de se découvrir. Son corps, partenaire de la relation, de son être au monde, va être compris, habité, imaginé, vécu, ressenti.

a- Image du corps et schéma corporel

Ces expériences multiples vont créer et modifier le schéma corporel et l'image du corps de l'individu.

J. De Ajuriaguerra nous donne cette définition du schéma corporel : «*Edifié sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques, visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, et qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification*»[31]. Ainsi, nous pouvons exposer le schéma corporel comme la connaissance que nous avons de notre corps. Il se construit grâce aux expériences sensori-motrices et évolue au cours de la vie. Son intégration est essentielle dans le déploiement harmonieux de nos actions, dans le mouvement de notre corps.

L'image du corps quant à elle peut être définie par l'image que l'on a de soi. P. Schilder, la décrit comme «*la façon dont notre corps nous apparaît à nous même*»[32]. A l'inverse du schéma corporel, l'image du corps est investie d'affects. P. Schilder complète en disant que «*L'activité propre de l'individu ne suffit pas à construire l'image du corps ; les interventions des autres, leur attouchement, l'intérêt qu'ils portent aux diverses parties de ce corps ont aussi une importance énorme dans le développement du modèle postural*»[33]. Effectivement, l'image du corps se construit dans le rapport à l'autre, elle a besoin d'autrui pour s'édifier. Elle évolue conjointement à l'individu et est donc porteuse de nos ressentis et de notre rapport au monde. L'image du corps est une construction en perpétuelle remaniement qui nous permet d'appréhender notre corps comme un tout.

Ainsi, schéma corporel et image du corps se développent simultanément, dans l'interaction au monde. Leur intégration permet de ressentir et de (re)connaître son corps en tant que sien.

---

[31] AJURIAGUERRA J.DE, 1974, p.239
[32] SCHILDER P.,1950, p.35
[33] *Ibid*

b- La communication

La communication à l'autre de ses affects, ses pensées, ses avis, paraît nécessaire pour pouvoir parler de relation. La communication représente «*la propagation d'une certaine information d'un émetteur à un récepteur*»[34]. Elle n'est pas restreinte à la parole : l'importance des mots demeure certaine, mais le langage corporel n'en n'est pas moins à négliger. J.-C. Coste expose les éléments essentiels à la communication, développés par Jacobson[35] : toute communication nécessite au moins deux interlocuteurs, dans un contexte particulier, véhiculant un message. Les interlocuteurs doivent maintenir une «*connexion*» ; regards, mimiques et gestes jouant ici un rôle important.

La communication verbale commence par les mots de la mère, par l'intonation qu'elle y met et le sens qu'elle leur donne. Comme nous l'avons vu précédemment, le bain de sons est fondamental au développement de l'enfant. Par la suite, ces mots vont permettre de s'exprimer et d'entrer dans la relation.

La communication non verbale dans la relation reste tout autant importante, nécessaire et complémentaire. Ainsi, pour J.C Coste, «*toujours présents et sans cesse intervenants, nos postures, nos attitudes, nos gestes, tissent l'étoffe de nos rapports aux autres* ». J.-C. Coste indique qu'elle est composées de comportements innés, acquis et socio-culturels[36]. A nos mots s'ajoutent des postures, des mimiques, un tonus particulier, une attitude singulière, qui s'inscrivent dans l'individu et donnent sens au discours. Tout comme les mots de la mère doivent être concordants à la situation que vit le bébé, les attitudes corporelles doivent être cohérentes au discours.

c- Les émotions

L'émotion est un «*Etat particulier d'un organisme survenant dans des conditions bien définies (une situation dite émotionnelle) accompagnée d'une expérience subjective et de manifestations somatiques et viscérales*»[37]. L'émotion est ainsi intimement liée au tonus et à la vie interne de l'individu. Elle permet à celui qui l'éprouve la représentation d'une modification tonique de l'organisme.

---

[34] COSTE J.-C., 1977, p.47
[35] *Ibid*, p.50
[36] *Ibid*, p.52-54
[37] DORON R., FAROT F., 1991, p.250

Nous notons l'existence de six émotions primaires : la joie, la surprise, la colère, la peur, la tristesse et le dégout. Chacune d'elle détient une composante propre : posture, respiration, mouvement et expérience subjective accompagnent de façon singulière chacune des émotions. Bien que le vécu des émotions soit subjectif, ces dernières demeurent universelles et représentent ainsi un moyen de communication. Pour H. Wallon, les émotions sont un pré-langage ; c'est aussi elles qui vont permettre à l'entourage maternant de répondre aux besoins du bébé.

Pour B. Lesage[38], les émotions et leur intégration représentent un substrat à l'émergence du sentiment de soi. Comprendre et pouvoir réagir face à nos désorganisations internes et externes semblent nécessaire dans le processus de construction psychocorporelle.

II- Une rencontre avec la psychiatrie adulte

L'unité corporelle et le sentiment d'un Moi solide et cohérent se construisent progressivement dans l'enfance et nous semble acquis pour toujours. Cependant, divers évènements peuvent venir enrayer ce processus dans son développement ou une fois achevé. Nous développerons ici les notions de traumatismes psychiques et de troubles de la personnalité, plus spécifiquement la personnalité schizoïde, pour observer en quoi ils peuvent venir désorganiser ou entraver ce sentiment de sécurité interne.

1- Les traumatismes

a- Définition

Le traumatisme

Selon L. Crocq, «*Le traumatisme est un phénomène d'effraction du psychisme, et de débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un évènement agressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité (physique ou*

[38] LESAGE B., 2012

psychique) d'un individu, qui y est exposé comme victime, témoin ou acteur»[39]. Pour S. Freud le traumatisme correspond à *«une expérience vécue qui apporte, en l'espace de peu de temps, un si fort accroissement d'excitation à la vie psychique que sa liquidation ou son élaboration par les moyens habituels échoue, ce qui ne peut manquer d'entraîner des troubles durables dans le fonctionnement énergétique»*[40]. Nous voyons donc qu'un traumatisme entraîne, de par sa soudaineté et son intensité, un débordement d'excitations que l'appareil psychique ne pourra résoudre instantanément. Un traumatisme est une expérience subjective et personnelle ; un évènement potentiellement traumatique n'aura pas le même impact chez deux sujets.

L'attaque du pare excitation, l'intrusion d'un corps étranger

Comme nous l'avons décrit précédemment, le pare-excitation protège l'appareil psychique et l'organisme d'un trop plein d'excitations qu'ils ne pourraient gérer. Il assure ainsi deux fonctions principales : la transmission des excitations et leur filtration. Lors d'un traumatisme, il y a rupture et effraction du pare-excitation. Une quantité trop importante d'énergies négatives vient le percuter, ne lui laissant pas le temps de filtrer : toutes les excitations pénètrent au sein de l'appareil psychique. Le traumatisme survient alors que le sujet ne s'y attend pas. Ce qui est traumatique, c'est *«l'impossibilité dans laquelle se trouve le moi d'anticiper»*[41]. L'image traumatique va alors venir s'incruster au sein de l'appareil psychique comme *«un corps étranger interne, dont les effets se feront sentir indépendamment de la disparition de la menace»*[42]. Le traumatisme laisse pour toujours un corps étranger parasitant l'organisation interne de l'appareil psychique.

b- Clinique du traumatisme

La rencontre avec le réel de la mort

Le traumatisme psychique provoque une rencontre avec le néant. Or, S. Freud nous indique que la mort n'est pas représentée dans l'inconscient : nous savons immanquablement que nous allons mourir mais notre mort n'a pas de représentation au

[39] CROCQ L., 2007, p.7
[40] CROCQ L., 2007
[41] CICCONE A., 2000
[42] FERRAGUT E., 2005, p.68

sein de notre appareil psychique. C'est pourquoi l'image traumatique, image de mort, ne trouvera pas de représentation et ne pourra pas être symbolisée. Elle ne connaîtra pas les transformations nécessaires pour aboutir à un souvenir, et restera donc intacte. L'image traumatique erre dans l'appareil psychique, prête à ressortir à tout moment, de façon insidieuse. C'est la présence de cette image qui engendrera le syndrome de répétition, que nous décrirons plus loin. Dans cette rencontre avec mort, l'effroi vient frapper la victime. Ce sentiment est à différencier de la peur ou de l'angoisse, éprouvées face à l'attente d'une situation connue ou non. La frayeur percutante de l'effroi «*prive ordinairement le sujet de toute possibilité de réaction*»[43]. C'est un moment sans affects, sans émotions, un vide de la pensée.

Les trois volets du syndrome psychotraumatique chronique

- **Reviviscences anxiogènes de l'évènement**

Les reviviscences, aussi dénommées syndrome de répétition, décrivent le fait de revivre l'évènement traumatique et sont spécifiques au traumatisme. Elles peuvent apparaître spontanément ou suite à un stimulus qui va rappeler la situation traumatique.

Le syndrome de répétition vient faire face à l'échec de la symbolisation de l'évènement traumatique dans le psychisme. Le sujet va, par ces répétitions, tenter de convertir l'élément perturbateur en un souvenir réintégrable, de s'approprier la situation, de maîtriser l'expérience traumatique, de la symboliser. Cette répétition représente donc une tentative de défense, mais s'appuie sur un paradoxe : le Moi cherche la répétition pour dissoudre une tension dérangeante mais la répétition devient elle-même dérangeante[44]. Le traumatisme suspend le temps, qui de part la répétition devient circulaire ; l'individu ressassant sans fin le traumatisme.

- **Altération de la personnalité**

Après un traumatisme, la victime remarque souvent un changement de son attitude, dans ses relations aux autres et à l'environnement. Pour Fenichel[45], la névrose traumatique va engendrer trois blocages au niveau des fonctions du moi :

- Fonction de filtration de l'environnement : le sujet traumatisé rencontre des difficultés à différencier ce qui est dangereux de ce qui ne l'est pas. Tout va être analysé comme étant une menace potentielle. Le sujet reste constamment

[43] DORON R., PAROT F., 1991, p.245
[44] CROCQ L., 2007
[45] *Ibid*

en état d'alerte, il sursaute au moindre bruit, est continuellement à l'affut et s'endort difficilement.

- Fonction de présence au monde : La victime apparaît comme déconnectée du monde qui l'entoure, elle ne trouve plus d'intérêt à s'y investir. L'avenir lui semble bouché et incertain.
- Fonction d'amour et de relation à autrui : La réparation de son Moi accapare le sujet, qui ne peut s'investir à d'autres relations. Il est en revanche très demandeur de signes d'affection et de protection.

- **Symptômes non spécifiques**

Divers symptômes non spécifiques au traumatisme vont s'ajouter aux reviviscences et à l'altération de la personnalité. Ces symptômes découlent de l'incapacité de l'appareil psychique à réagir, à intégrer l'évènement traumatique. Pour C. Barrois, «*Le traumatisme psychique est une blessure ouverte : ses symptômes ne sont que des pansements de fortune*»[46].

L'angoisse est quasiment toujours présente, pointant le fait que le sujet est encore dans la quête de symbolisation de l'image traumatique. Peuvent s'y ajouter des troubles du sommeil et des cauchemars, qui décrivent la tentative et l'échec de transformer l'objet interne intrusif en un souvenir intégrable. De nombreux traumatisés deviennent asthéniques, éprouvant une fatigue physique et psychique avec des difficultés de concentration et d'attention. Certains vont développer des manifestations psychonévrotiques : crises d'hystérie, rituels obsessionnels, phobies diverses. Les plaintes somatiques sont importantes et des troubles psychosomatiques tels que l'asthme, les ulcères, l'hypertension artérielle se développent. Des conduites addictives ou agressives peuvent apparaître ; c'est le cas de Mr B., que je présenterai en partie clinique.

c- Le travail thérapeutique auprès d'une personne traumatisée

Le vécu traumatique, sans symbolisation et représentant le néant, laisse l'impression à la victime d'avoir été abandonnée, écartée de la communauté humaine. Ce vécu d'abandon va se transformer à l'insu du sujet en un désir de se faire abandonner. C'est ici que la relation thérapeutique va s'avérer utile et nécessaire, pour redonner au sujet l'envie de s'investir et de réinvestir sa vie.

[46] CROCQ L., 2007

«La reconstruction se situe au niveau narcissique : il s'agit de redonner au Moi des certitudes narcissiques, une nouvelle structure»[47]. Ce travail thérapeutique est un long cheminement, qui ne se fera pas sans peur, sans angoisse et sans doute. Il fait nécessairement émerger des émotions et des affects, auxquels le sujet doit être préparé pour pouvoir les accueillir. Pour ce faire, le thérapeute va devoir construire un cadre rassurant et sécurisant ; cadre dans lequel la victime pourra s'investir dans ce travail de reconstruction. Il va également recevoir les verbalisations du patient avec empathie ; ce dernier ayant un besoin prégnant d'affection et de soutien. En psychomotricité, il sera alors pertinent de s'intéresser tout particulièrement à la fonction contenante : *«contenant pour couvrir les déchirures que l'effraction traumatique a provoquée dans l'enveloppe des défenses, et contenant pour atténuer les débordements émotionnels des premières abréactions»*[48].

2- Les troubles de la personnalité

Dans l'Antiquité, la personnalité se définit dans la façon dont on se donne à voir, elle décrit l'apparence externe, tournée vers autrui. En 1992, l'OMS décrit la personnalité en tant que *«patterns de pensées, de sentiments et comportements qui caractérisent le style de vie particulier à un individu et son mode d'adaptation. Ils résultent de facteurs constitutionnels, développementaux et du vécu social»*[49].

a- Les troubles de la personnalité

Comment peut-on alors définir et situer la limite entre le normal et le pathologique d'une personnalité ? Nous pouvons proposer le fait qu'une personnalité devient pathologique quand elle fait souffrir l'individu en société. Différentes approches se sont développées afin de tenter d'établir une classification de ces «troubles de la personnalité». Cependant, leur statut reste sujet à débat : les troubles de la personnalité représentent-ils des extrêmes de traits de personnalité ou l'expression de symptômes atténués ?

[47] FERRAGUT E., 2005, p. 94
[48] CROCQ L., 2007, p.90
[49] MICHEL G., PURPER-OUAKIL D., 2006, p.11

Le DSM-IV[50] décrit les troubles de la personnalité comme des conduites déviantes par rapport à ce qui est attendu dans la culture de l'individu, au niveau de la cognition, de l'affectivité, des fonctionnements interpersonnels et du contrôle des impulsions. Ces conduites déviantes ne sont pas dues aux effets physiologiques d'une substance ni à une affection médicale. Elles s'inscrivent de façon durable dans la vie du sujet et l'envahissent dans les situations personnelles et sociales diverses. Ce fonctionnement engendre une souffrance et une modification des relations à autrui.

Le DSM-IV décrit 10 troubles de la personnalité, classés en trois «clusters» :

- Cluster A : Personnalités bizarres/excentriques : les personnalités paranoïaques, schizoïdes, schizotypique ;
- Cluster B : Personnalités théâtrales/émotives : les personnalités antisociale, borderline, histrionique, narcissique ;
- Cluster C : Personnalités anxieuse/craintive : les personnalités évitante, dépendante et obsessionnelle compulsive.

A ces troubles de la personnalité peuvent s'ajouter des comorbidités, telles que des troubles dépressifs, bipolaires, ou dysthymiques, souvent associés à une souffrance subjective ou à des difficultés de fonctionnement social. Ces troubles apparaissent généralement au début de l'adolescence ou de l'âge adulte, et concernent environ 10% de la population.

Différentes approches théoriques permettent de les étudier: approches psycho-dynamiques, sociale et culturelle, cognitive, neurobiologique et génétique du comportement.

b- La personnalité schizoïde

Le DSM-IV décrit la personnalité schizoïde comme un «*mode général de détachement par rapport aux relations sociale et de restrictions de la variété des expressions émotionnelles dans les rapports avec autrui. Ce fonctionnement ne survient pas exclusivement pendant l'évolution d'une schizophrénie ou d'un trouble psychotique*»[51].

Le terme de schizoïdie a été proposé par E. Bleuler, à la fin du 19ème siècle, pour décrire «*une tendance à l'introspection et à l'isolement, l'absence d'expression*

[50] Mini DSM IV, 2004
[51] Mini DSM IV, 2004, p.287

émotionnelle, l'association contradictoire d'émoussement affectif et d'hypersensibilité et la poursuite d'intérêts vagues ou mystérieux»[52]. Ces critères ont été conservés dans le DSM-IV, et la CIM-10 y ajoute une exaltation de la vie imaginaire, un refuge dans un monde d'abstraction et de rêveries. Actuellement, la prévalence des personnalités schizoïdes serait de 1 à 10%.

Nous pouvons relever trois symptômes essentiels chez les personnalités schizoïdes[53] :

- Ce sont des personnes qui présentent une pauvreté des relations aux autres. Elles possèdent peu de contact en dehors de la famille proche, éprouvent des difficultés à lier de nouvelles relations et à saisir la réciprocité des interactions sociales. Les personnes schizoïdes montrent une tendance à l'isolement et au repli sur elles-mêmes ; elles se complaisent dans des activités solitaires.
- On observe une pauvreté de l'affectivité, avec une personnalité introvertie, déconnectée de son environnement social, sans pour autant être considéré comme marginal. Les signaux sociaux peuvent être mal intégrés et utilisés de façon non adaptée à la situation.
- Il découle de la pauvreté de l'affectivité une pauvreté de l'expression émotionnelle. L'humeur des personnes schizoïdes reste stable, quasiment « plate ». Ces dernières semblent n'éprouver aucun affect, leur registre émotionnel demeure réduit : les personnes schizoïdes disent ne ressentir aucune émotion forte. Les sensations corporelles considérées comme agréables paraissent ne procurer qu'un plaisir limité. Ce «néant émotionnel» masque cependant une grande richesse de l'imaginaire : de nombreuses pensées complexes et incessantes semblent habiter les personnalités schizoïdes.

Les personnalités schizoïdes semblent ne pas être touchées par ces symptômes ; mais ces troubles sont en fait à l'origine d'une grande souffrance psychique. Cette dernière est due à l'hypertonie permanente résultant des interactions sociales, ou au contraire, à l'attitude dépressive développée face à la prise de conscience de ce détachement relationnel et émotif. Il reste rare que les personnes schizoïdes verbalisent une demande de prise en charge. La thérapie psychomotrice y trouve parfaitement sa place : le psychomotricien aura ici tout un travail axé autour de la

[52] DEBRAY Q., NOLLET D., 2009, p.117

[53] PALAZZIO J., 2012

relation et des émotions, visant à élargir la palette émotionnelle du patient et à mieux décoder les émotions, les siennes comme celles d'autrui.

III- Les médiations

1- Les médiations psychocorporelles

a- Définition

Le terme de médiation existe dans différents domaines : juridique, psychologique et philosophique, chacun en ayant sa définition singulière. Le propre d'une médiation demeure d'assurer la fonction d'intermédiaire, d'entre deux, de tiers.

Les médiations thérapeutiques voient le jour dans les années 1990 pour tenter d'aider les deuils impossibles. Elles vont par la suite devenir un réel système de soins en utilisant différentes méthodes : peinture, relaxation, mime, musique…[54]. Pour s'inscrire dans un objectif thérapeutique, l'instauration d'un cadre sécurisant et contenant et la mise en avant d'objectifs de soins restent primordiales. Les médiations proposées doivent être habitées par le soignant, afin que celui-ci puisse les investir et amener ainsi le patient dans ce processus de soin.

Les médiations psychocorporelles n'ont pas pour objectif d'amener à une performance ; il apparaît important et nécessaire de se détacher de cette idée en proposant la médiation aux patients. Au contraire, ces dernières vont proposer d'expérimenter, de ressentir, de jouer son corps dans sa vérité, dans sa spontanéité.

[54] LESAGE B., 2012, p.255

b- La perception du corps

«*En prenant le langage corporel comme médiation, nous retrouvons les chemins, les traces des premières organisations ou désorganisations de l'individu, de ses premiers investissements libidinaux, de ses fixations, de ses souffrances*»[55].

Les médiations psychocorporelles engagent le travail de nombreux items psychomoteurs. Elles permettent d'aborder le tonus, les postures, l'organisation corporelle, gestuelle, l'image du corps, le schéma corporel, l'axe, les limites, l'espace, le temps. Ainsi, le travail corporel amène à ressentir son corps, qui va s'éprouver par la médiation et par le reflet que nous réfléchit l'autre. Ce travail demande une attention corporelle particulière ; il nécessite de l'écoute, et permet aussi de la développer. En psychiatrie adulte, les patients nous montre un rapport à leur corps parfois décousu : ils n'arrivent pas à l'écouter, se trouvent démunis face leur ressentis. B. Lesage parle «*d'inorganisation*»[56]. Par la médiation corporelle ils vont pouvoir faire «*l'expérience d'un corps resubjectivé, réintentionnalisé, explorer ce qu'ils sont et peuvent devenir, sans se perdre*»[57].

La médiation psychocorporelle met en jeu le corps physique mais aussi le corps psychique. «*Il n'y a rien dans l'esprit qui ne soit passé par les sens et la motricité*»[58]. C'est un véritable processus d'étayage corps-psychique qui est mis en place, où, par la mise en corps du corps, le sujet va nécessairement mettre en jeu son activité psychique.

c- La relation à l'autre

F. Désobeau expose que «*Dans la thérapie d'expression corporelle, ce n'est pas le corps du sujet qui est le lieu privilégié d'intervention mais le sujet dans son corps en relation*»[59].

Le travail corporel demande une dynamique expressive et relationnelle. Cette dynamique va être favorisée par la médiation : elle demande un accordage soignant-soigné, un va et vient entre les deux. La médiation ne peut exister sans l'autre, elle se partage et se crée avec l'autre. Ainsi, F. Giromini nous explique qu'«*En s'engageant*

---

[55] CALZA A., CONTANT M., 2007, p.218
[56] LESAGE B., 2012, p.16
[57] *Ibid*, p.62-63
[58] ANZIEU D., cité par LESAGE B., 2012, p.28
[59] CALZA A., CONTANT M., 2007, p.215

dans une action de rencontre avec l'autre, c'est tout notre être qui s'implique dans la relation : ce qui s'éprouve alors à l'instant même de la rencontre est une singularité et une altérité essentielle, du même et de l'autre, l'un avec l'autre dans un espace transitionnel»[60]. Dans la relation, les médiations font tiers et vont offrir un espace de projection au patient qui pourra se sentir plus libre d'exprimer sa souffrance. Le travail à deux autour du corps demande la prise en compte et le respect des limites, des siennes, et de l'autre.

Tout comme la mère va venir poser du sens sur les premières émotions du bébé, le travail corporel, tel un holding maternel, va venir entourer, protéger, symboliser, les ressentis du patient. F. Giromini nous parle de la «*fonction de miroir*» des médiations, dans le sens où «*elles permettent la mise en forme de l'indifférencié, de l'informe dans la pensée, de ce qu'il y a d'énigmatique en nous et qui parfois nous fait terriblement peur*»[61].

d- La verbalisation

La verbalisation revêt une place importante au sein des médiations corporelles. Elle n'est pas toujours facile car elle dévoile une certaine part d'intimité. L'instauration d'un cadre sécure et contenant apparaît nécessaire pour qu'elle puisse se dérouler en confiance. Le patient va pouvoir parler de ses ressentis et de ce qu'ils engendrent aux niveaux psychique et physique, sollicitant remémoration et imaginaire. La verbalisation va venir mettre en mot un vécu corporel, des sensations, et ainsi permettre d'accéder à la symbolisation et à la représentation. F. Giromini nous parle de la création d'un phénomène de distanciation entre le vécu corporel et la représentation qui en est faite. Le langage va alors devenir à son tour médiateur, entre le corps et la psyché[62].

2- <u>La relaxation</u>

a- Définition

Au XIIème siècle dans la langue française, le verbe «relaxer» avait pour signification «pardonner». Il prendra par la suite le sens de «détente, repos» pour

[60] LESAGE B., 2012, p.257
[61] *Ibid*, p.255-256
[62] *Ibid*, p.258

désigner aujourd'hui les méthodes de détente psychocorporelle et les états de détente. La relaxation détient une double dimension : «*la décontraction musculaire et la détente de l'esprit*»[63].

P. Brenot insiste sur la nécessité que «*l'ensemble des techniques, méthodes et thérapies, remplisse les quatre préalables suivants : immobilité, fermeture des paupières, silence et calme et focalisation sensorielle*»[64]. Néanmoins, cette définition exclut les méthodes dynamiques telles que Jacobson ou Wintrebert. La définition de R. Durand de Bousingen semble prendre en compte les différentes modalités de la relaxation : «*Les méthodes de relaxation sont des conduites thérapeutiques, rééducatives ou éducatives, utilisant des techniques élaborées et codifiées, s'exerçant spécifiquement sur le secteur tensionnel et tonique de la personnalité. La décontraction neuromusculaire aboutit à un tonus de repos, base d'une détente physique et psychique*»[65].

b- Les différentes méthodes de relaxation

Nous pouvons différencier trois familles de relaxation, en fonction de leur point de départ : les méthodes à point de départ psychologique, comme le training autogène de Schultz, les méthodes à points de départs physiologiques, la relaxation de Jacobson, et les méthodes psychotoniques, qui abordent l'aspect tonico-émotionnel du corps, telle que la méthode de Feldenkrais.

Le training autogène de Schultz est la méthode de relaxation qui a inspiré les différentes méthodes utilisant l'auto concentration. Schultz l'a élaboré à partir de l'hypnose et des travaux d'Oscar Vogt. Le training autogène est une méthode psychothérapique, puisque la détente musculaire apparaît comme un moyen à la détente psychique. Pour Schultz, l'objectif va être «*de permettre au patient d'accomplir cette déconnection suggestive spécifique de type hypnotique par un mécanisme d'autosuggestion* »[66]. La séance de relaxation se déroule en trois temps. Elle débute par une induction au calme, permettant d'entrer plus facilement dans la détente. Un exercice est ensuite proposé, basé sur une des six suggestions de bases : l'induction de pesanteur, de chaleur, le contrôle du cœur, le contrôle respiratoire, la chaleur au niveau de l'abdomen et la fraîcheur au niveau du front. La séance finit par

[63] BRENOT P., 1998, p.8
[64] *Ibid.*
[65] Cité par GUIOSE M., 2007(b), p.10
[66] *Ibid.*

un temps de reprise, nécessaire pour Schultz car permettant d'éviter tout état post-hypnotique.

La relaxation progressive de Jacobson a servi de modèle de référence aux relaxations neuro-musculaires, à point de départ physiologique. Jacobson identifie sa relaxation à une «psychothérapie physiologique», dans le sens où elle ne s'appuie ni sur des suggestions ni sur la psychanalyse. Jacobson est le premier chercheur à découvrir que les pensées engendrent des contractions musculaires, et s'attardera alors sur la relation existante entre le degré de tension musculaire et le vécu émotionnel pour élaborer sa méthode. Pour lui, la relaxation correspond à l'absence de toute contraction musculaire. Le but de sa méthode va être de diminuer l'activité tonique de repos et de s'en servir pour «*obtenir un calme dans le domaine psychique*»[67]. Au travers d'expérimentations de contractions des différents segments corporels puis de leur relâchement, le patient va tenter de repérer ses zones de tensions et d'observer les sensations que provoque le relâchement.

Par la suite, diverses méthodes de relaxation se sont développées, s'appuyant sur ces deux relaxations de base.

c- Une médiation riche en apports

La relaxation permet de toucher et d'aborder différents niveaux :

Au niveau physiologique

La relaxation permet une diminution de l'état de conscience et un abaissement du seuil de vigilance. Etat de conscience et seuil de vigilance sont deux termes à différencier : le premier évoque une expérience subjective propre à chacun, alors que le deuxième décrit un état cortical, mesurable. La relaxation induit une modification des rythmes cardiaque et respiratoire, une diminution de la pression artérielle et un abaissement du tonus. Wallace nous parle d'«*état de veille hypométabolique*»[68].

[67] GUIOSE M., 2007(b), p.17
[68] BRENOT P., 1998, p.20

Au niveau psychologique

La relaxation peut donner lieu à une régression. J.-G. Lemaire[69] explique que cette dernière permet un retour à des relations de types archaïques, retrouvées dans les débuts de la vie de l'individu. Pour qu'elle puisse se dérouler, un cadre approprié et sécure paraît nécessaire. M. Guioz fait le parallèle entre la relation relaxateur/relaxé et la situation de maternage, en se rapportant à la notion de holding décrite par D.W. Winnicott. Au même terme que le sein, la voix ou le regard que le bébé introjecte, la voix, le toucher et la présence du relaxateur vont être autant d'objets partiels que le patient va pouvoir intérioriser. La relaxation amène à un état de détente. Pour J. De Ajuriaguerra, «*la détente est apaisement du corps, des sens et de l'esprit, sans qu'apaisement veuille nécessairement dire passivité ou vide absolu*»[70]. Le patient demeure actif dans sa relaxation ; celle-ci n'est pas comparable à la situation de sommeil.

Au niveau psychomoteur

La relaxation est en lien avec le tonus, le schéma corporel et l'image du corps.

C'est le jeu tonus-émotion et l'implication du tonus dans le rapport à autrui qui va nous intéresser ici. La relaxation crée ce dialogue tonique, moyen de communication des débuts de la vie. Le relaxé va pouvoir s'intéresser (ou non) à son corps, aux changements toniques induits par la relaxation et à leurs effets au niveau émotionnel. Grâce à la voix du relaxateur et à son attitude contenante, il va pouvoir tenter d'accéder à un état de détente. Dans le même temps, le relaxateur va s'adapter à ce qu'il perçoit du relaxé : son état tonique, ses réactions tonico-émotionnelles face aux différentes inductions.

Par les inductions, la relaxation demande une attention à son corps ; schéma corporel et image du corps sont ainsi concernés. Les inductions verbales nommant le corps concret - ses point d'appuis, la localisation de ses membres ou encore les mobilisations de ces derniers - amènent à penser son corps réel et aident à le « cartographier ». Les inductions plus imagées - citant la lourdeur, la fraîcheur, recherchant une image de calme – ainsi que la relation établie avec le relaxateur vont venir interroger l'image du corps. De plus, la relaxation pouvant permettre une

[69] LEMAIRE J.-G., 1991
[70] *Ibid*, p.8

régression, M. Guiose expose qu'elle peut alors «conduire le sujet à vivre une image du corps enfouie dans les strates du passé»[71].

La relaxation vient toucher, interroger l'individu et peut ainsi l'aider à une reconstruction d'une meilleure image de lui-même.

3- L'expressivité du corps

a- L'expression

«*L'expression, c'est une voix de plus qui est donnée à l'homme. C'est un langage supplémentaire qui s'ajoute ou se substitue au verbe, et quelquefois même le terrasse ou le nie. C'est un moyen de murmurer ou de crier quelque chose qui ne serait peut être jamais dit*»[72]. L'expression a pour valeur de transmettre un message, de faire valoir une pensée. C'est grâce à l'expression, dans ses différentes formes, que les hommes vont pouvoir se faire comprendre et entrer en relation.

b- Une connexion avec son corps

Travailler avec l'expressivité du corps demande une attention toute particulière à ses ressentis. Le corps figure au premier plan, il devient le lieu de toutes les investigations faites au sein des séances. P. André, T. Benavidès et F. Giromini nous montrent toute l'importance de cette médiation en psychiatrie adulte : «*L'expressivité du corps en tant que technique de soin en psychiatrie acquiert un sens, dans la mesure où l'être humain, fragilisé par sa maladie, devient moins apte à vivre et à exprimer, avec son corps, les afférences sensorielles de la vie quotidienne*»[73]. Ces expériences corporelles peuvent ne plus avoir de sens chez ces patients, chez qui le corps reste souvent cantonné à un corps fonctionnel, privé de sensations. Il en va du rôle du thérapeute de l'accompagner dans ses gestes, sa création et la symbolisation.

Ainsi, au fil des séances et dans un cadre sécure, le sujet va pouvoir ré-expérimenter des notions ambivalentes, telles que des sensations de tension/détente, des rythmes lents et rapides, des espaces restreints et ouverts. En quelque sorte, le

[71] GUIOSE M., 2007(b), p.97
[72] BARA A., 1974, p.26-27
[73] ANDRE P., BENAVIDES T., GIROMINI F., 2004, p.192

sujet va pouvoir revivre des états et des sensations du début de la vie. C'est ce que décrit C. Potel, pour qui «*s'imprégner d'une communication non verbale, c'est accepter une certaine régression en soi pour réinvestir cette sensorialité primaire et ces communications primitives*»[74].

c- Le corps comme langage

Le toucher, la voix, le mouvement, sont autant de moyens d'expression dont nous pouvons nous servir en expressivité corporelle. Ils ne s'excluent pas les uns et les autres et engendrent chez chacun un vécu subjectif. Ici, le corps devient langage. Pour R. Arnheim, «*la pensée s'ancre dans des trajets moteurs qui la génèrent et la porte*»[75]. C'est à partir de notre corps que nous allons transmettre un message, conscient ou non.

Les séances d'expressivité corporelle interrogent des notions psychomotrices[76] :

- Le dialogue tonico-émotionnel : il est mis en place par les différentes propositions mettant en jeu le toucher, la voix, le regard ;
- L'acte créateur : il vise à développer les différentes façons de s'exprimer, à les mettre en forme et à les mémoriser ;
- La représentation : elle désigne le travail sur la mémoire et le temps, l'écoute et l'attention nécessaire.

Mettre en mouvement le corps n'est pas sans conséquences ; l'attention du thérapeute reste importante. Il en va de ses qualités de soignant d'accompagner le patient là où il en est, et de ne pas l'emmener dans des situations qu'ils ne sauraient gérer par la suite.

L'expressivité corporelle ne laisse pas de traces tangibles. «*Tout se passe comme si un mouvement trouvait son début, son accomplissement et sa fin, en étant voué à un oubli total*»[77]. Ce n'est évidemment pas le cas. Une fois la séance terminée, il reste au patient son propre vécu, ses ressentis, ses représentations. Il ne reste que ça. Mais cette entité n'est surtout pas à négliger. C'est exactement ce travail qui va permettre au patient de se (re)connecter à son corps, d'évaluer ses propres ressentis, de faire du lien. C'est cette mémoire corporelle, personnelle et subjective, qui va permettre au sujet d'avancer.

---

[74] POTEL C., 2010, p.426
[75] LESAGE B., 2012, p.212
[76] ANDRE P., BENAVIDES T., GIROMINI F., 2004, p.193
[77] BARA A., 1974, p.46

PARTIE CLINIQUE

I- L'institution

1- L'Hôpital

Durant ma 3ème année, je réalise chaque vendredi mon stage au sein d'un service d'addictologie rattaché à un hôpital psychiatrique de province. Il est composé de 5 pôles, répartis dans la région :

- Un pôle central au département, composé d'un Centre Médico-Psychologique (CMP), d'un Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP), de quatre unités d'hospitalisation complète, d'un hôpital de jour (HDJ) et de dispositifs d'accueil et de soins.
- Un pôle périphérique, composé de trois CMP, de deux CATTP, de trois unités d'hospitalisation complète, de deux HDJ et d'un dispositif d'accueil et de soins.
- Un pôle de pédopsychiatrie, composé d'un CMP, d'un CATTP et de deux HDJ.
- Un pôle de réinsertion, composé d'une unité d'hospitalisation complète et d'un accueil familial thérapeutique.
- Un pôle d'addictologie, au sein duquel j'effectue mon stage.

2- Le pôle d'addictologie

a- Les structures du pôle

Le pôle d'addictologie regroupe deux unités de soins sur le même domaine :

- Un Centre d'Accueil et de Soin en Addictologie (CASA), composé d'un CMP et d'un hôpital de jour
- Une unité d'hospitalisation complète.

Le **CMP** accueille toute personne de plus de 16 ans qui souffre de conduites addictives. C'est ici que s'établit le premier contact avec le pôle d'addictologie. La personne peut s'y présenter seule, accompagnée ou peut être orientée par un médecin. L'équipe pluridisciplinaire est là pour la recevoir et l'orienter : elle informe la personne sur la maladie en lien avec son addiction et établit, avec elle, un projet de soin.

L'**Hôpital de Jour** accueille des patients qui présentent une addiction, en hospitalisation à la journée ou à temps partiel. Il dispose de onze places par semaine. Cette structure permet différentes prises en charge :

- Une préparation à une cure programmée ultérieurement, mais cela reste assez rare ;
- La plupart du temps une poursuite de soins après la cure.

La prise en charge médico-psychologique est assurée par l'équipe pluridisciplinaire. Des activités de groupes sont proposées ainsi que des ateliers thérapeutiques variés.

L'**Unité d'Hospitalisation Complète** comprend seize lits. La durée du séjour est variable en fonction du projet de soins. La cure se compose de deux étapes :

- La surveillance du sevrage est l'objectif principal de la première étape. Les visites ne sont pas autorisées durant les cinq premiers jours.
- La seconde phase est axée sur une réflexion relative à la dépendance.

Pendant son séjour, le patient est amené à rencontrer des associations d'anciens buveurs et à participer aux activités thérapeutiques proposées. Après la cure, différentes orientations sont possibles : une prise en charge dans une unité de post-cure, un suivi régulier en consultations ambulatoires ou un suivi en hôpital de jour.

b- L'équipe pluridisciplinaire du pôle d'addictologie

L'équipe pluridisciplinaire est composée de:

- Cinq médecins
- Quatorze infirmiers
- Une psychomotricienne
- Une assistante sociale
- Une secrétaire médicale
- Un agent d'environnement
- Seize agents de service hospitalier.

3- La place de la psychomotricité

La psychomotricienne exerce à plein temps, sur les trois structures : consultations CMP, HDJ et hospitalisation complète. Elle propose des séances de groupe ou en individuel, qui permettent de travailler différemment les items psychomoteurs. La psychomotricité a une place pertinente au sein d'un service d'addictologie. En effet, les patients alcooliques présentent souvent un schéma corporel défaillant, une image du corps altérée, un équilibre précaire. De plus, leurs relations à autrui peuvent être altérées, compliquées, en lien avec la problématique alcoolique.

Lors des séances en groupe, les patients peuvent aborder par des gestes simples divers items psychomoteurs :

- Sentir leur corps, leur gestuelle, leur tonus, leur respiration ;
- Retrouver un certain plaisir à se mouvoir ;
- Eprouver leur équilibre ;
- Ressentir leur rythme.

La psychomotricité pratiquée en groupe permet de faire ensemble, d'imiter, de trouver un certain plaisir à jouer mais aussi d'oser se différencier, laisser émerger des gestes, des idées, de prendre des initiatives motrices.

Un temps de relaxation conclut les séances en vue de trouver un apaisement, de découvrir ou redécouvrir une gamme de sensations et de se recentrer sur soi tout en se ressourçant.

Les séances individuelles permettent un suivi plus personnalisé, en lien avec le vécu et l'histoire du patient. Ce sont parfois les patients participant aux groupes qui viennent faire la demande d'un suivi individuel.

La psychomotricienne participe à des groupes en co-thérapie avec des infirmières auprès des patients de l'hospitalisation complète.

Les différents pôles de l'hôpital n'ont pas tous un psychomotricien au sein de leur structure. Ainsi, il arrive que la psychomotricienne du C.A.S.A reçoive des patients rattachés à d'autres pôles. C'est le cas de Mr N., que je présenterai par la suite.

II- Mr B.

Mr B. est né en 1979, il a 33 ans lorsque je le rencontre. Il est infirmier et vit en concubinage avec sa compagne ; ils ont un enfant de 20 mois. Mr B. n'exerce actuellement plus son métier. Il est suivi en hôpital de jour (HDJ) depuis mars 2012, suite à plusieurs cures pour son addicto-dépendance. Son dossier indique une addiction à l'alcool de son père et de sa belle-mère. Sa mère est infirmière dans un service d'addictologie en hôpital.

1- L'histoire de Mr B.

a- Les traumatismes

Mr B. a connu 2 traumatismes, psychique et sexuel, rapprochés.

En **1999**, âgé de 20 ans, Mr B. travaille en tant que jeune pompier. Durant cette période, il est appelé en renfort sur un exercice, s'avérant en fait être une réelle intervention. L'équipe de Mr B., croyant à un simple exercice, n'apporte pas le matériel nécessaire à l'intervention, engendrant son échec et plusieurs décès. L'équipe éprouve alors une importante culpabilité. Mr B. raconte qu'un de ses collègues décompensera par la suite. Suite à ce premier évènement traumatique, Mr B. est hospitalisé à deux reprises durant trois mois dans une clinique psychiatrique. Au cours de cette période, il commence à fumer du cannabis.

En **2000**, Mr B. subit un deuxième évènement traumatique. Alors qu'il dort chez sa grand-mère, des hommes en lien avec la consommation et le trafic de cannabis rentrent chez elle par effraction et abusent sexuellement de Mr B. Il taira pendant très longtemps cette agression à son entourage, et ne se décidera à porter plainte que récemment.

b- Le milieu hospitalier

Les cures :

Mr B. commence à consommer de l'alcool suite à l'arrêt du cannabis en 2008. Il entreprend une première cure fin 2008 et maintient l'abstinence pendant un an.

Suite à une rechute, Mr B. débute une nouvelle cure fin 2011 puis une post cure en 2012, sans parvenir à maintenir l'abstinence. Il revient en cure et continuera par un suivi en HDJ - au sein duquel j'effectue mon stage cette année - à raison de quatre jours par semaine.

Les hospitalisations :

Entre avril et décembre 2012, Mr B. fait de nombreux passages aux urgences.

En **avril**, Mr B. est hospitalisé d'urgence face à une allergie aux poils de chat.

Le **9 mai**, il est hospitalisé suite à une crise d'asthme due à sa consommation de tabac.

Dans la même période, Mr B. fait plusieurs passages aux urgences le soir ou les week-ends en les justifiant par des crises d'asthme mais cela laisse plutôt penser à des crises d'angoisse.

Le **23 mai**, il est hospitalisé d'urgence en raison d'un surdosage de benzodiazépines et d'alcool. Il est conduit en service de réanimation car il tombe dans le coma. Ce passage à l'acte fait suite à la reviviscence de ses éléments traumatiques et à sa situation actuelle compliquée. Suite à cette hospitalisation, Mr B. retourne en HDJ.

Le **30 août**, Mr B. croise dans la rue un homme qui lui paraît être son agresseur sexuel. Face à ce dernier, il devient violent et l'attaque physiquement. Cela lui remémore un passé douloureux et lui provoque des émotions trop fortes ; Mr B. se réalcoolise et retourne aux urgences. De cette agression se développe la crainte de se retrouver à nouveau devant cet homme, et la culpabilité d'avoir agi impulsivement ; Mr B. n'étant plus sûr à 100% de l'identité de cet homme.

Le **11 septembre**, il est hospitalisé 3 jours pour crises d'asthme.

Le **26 décembre**, Mr B. appelle à trois reprises les pompiers suite à des crises d'angoisse, entraînant une réalcoolisation. Les pompiers ne se déplacent pas ; Mr B. s'interroge alors sur sa crédibilité vis-à-vis d'eux, et éprouve un sentiment de culpabilité et de honte.

2- Le discours de Mr B.

a- Sa famille

Sa compagne :

Mr B. et sa compagne entretiennent des rapports assez conflictuels. Mr B. a arrêté sa consommation de cannabis à la demande de sa conjointe, mais a par la suite commencé à boire. Sa conjointe est devenue et restée très suspicieuse de ses alcoolisations et lui accorde toujours peu de confiance, malgré les efforts qu'il essaie de mettre en place. Il lui arrive parfois de lui demander de souffler dans des éthylotests, ou de l'accuser à tort d'avoir pris des médicaments. A plusieurs reprises, elle a jeté tous ses traitements, ce qui n'a fait qu'augmenter l'angoisse de Mr B. Cette situation le fait souffrir et le met en difficulté car ces crises peuvent lui donner envie de s'alcooliser. Il pense souvent à la rupture sans jamais la concrétiser. Mr B. est très préoccupé par son enfant, il sait qu'une séparation avec sa conjointe pourrait entraîner une séparation avec son fils. Il se remet beaucoup en question quant à ses capacités d'exercer son rôle de père.

Son père :

Le père de Mr B. est aussi inscrit dans une problématique alcoolique. D'après le dossier, il ne paraît pas avoir été très présent dans son enfance ; il est décrit des rapports plutôt tendus. Dans sa démarche de soins, Mr B. est d'abord peu soutenu par son père, qui continue à boire devant lui. Cette attitude change par la suite et Mr B. en est reconnaissant. Son père peut parfois l'aider financièrement.

Sa mère :

La mère de Mr B. est infirmière dans un service d'addictologie. Elle semble avoir toujours été anxieuse et protectrice envers son fils, faisant très rapidement recours à des médicaments pour le moindre problème de santé. Mr B. verbalise plusieurs fois le fait qu'elle puisse être trop envahissante ; il regrette qu'elle se comporte comme une infirmière. Cependant, malgré cela, la mère de Mr B. paraît représenter un soutien dans la situation actuelle ; elle l'accompagne de façon sécure dans les problèmes qu'il

rencontre. Elle l'aide financièrement et moralement et l'encourage dans sa démarche de soins.

b- Son métier

Mr B. est infirmier, mais n'exerce plus actuellement. Sa reprise du travail paraît compliquée. A plusieurs occasions elle a été envisagée, mais chaque fois un élément l'a faite repousser. Mr B. a d'abord pensé à reprendre un métier manuel, à travailler dans les espaces verts, ne se sentant pas capable d'exercer à nouveau son métier d'infirmier, à responsabilités trop importantes. Il souhaiterait maintenant reprendre en tant qu'infirmier mais pas au sein d'un service de réanimation, plutôt en médecine ou en chirurgie. Cependant, il évoque actuellement ses réticences face à la reprise du travail, ses doutes faces à sa capacité d'abstinence, sa peur d'affronter ses collègues qui sont inévitablement au courant de ses problèmes.

c- Son traitement

Mr B. a tendance à ne pas toujours suivre le traitement prescrit. S'il pense que le médicament va avoir un effet néfaste, il ne le prend pas. A l'inverse, malgré les mises en garde du médecin sur les risques encourus, il a de nombreuses fois abusé de la ventoline par anticipation face à ses crises d'asthme. Mr B. éprouve une certaine dépendance à sa ventoline. L'angoisse qu'il ressent s'il ne l'a pas sur lui peut aller jusqu'à lui déclencher une crise d'asthme.

3- Les séances de psychomotricité

Je rencontre Mr B. pour la première fois en novembre 2012, en séance individuelle. Il a commencé les séances de psychomotricité par l'expérience du groupe, puis a fait la demande de venir aussi en séance individuelle, mettant en avant les bénéfices que lui apportait la relaxation. Les séances durent une heure, partagée entre un temps de parole et un temps de relaxation.

a- Le déroulement des séances

Je remarque vite que Mr B. éprouve le besoin de parler, d'évoquer ses ressentis et ses angoisses. A chaque début de séance, il verbalise à la psychomotricienne ce qui s'est passé dans la semaine, les éléments qui ont pu le perturber. Ma maître de stage insiste sur la façon dont il a alors pu gérer ses émotions et adapter son comportement face aux situations difficiles. Des éléments de sa vie reviennent souvent : ses problèmes avec sa compagne, son travail, ses démarches pour les aides financière, ses doutes et ses angoisses. En observant sa posture, l'expression de son visage et son discours, on peut rapidement distinguer l'état du jour de Mr B. : lorsqu'il va bien, il se présente ouvert, le visage détendu. Son discours est censé, plutôt élaboré, et ses analyses sont pertinentes. En revanche, quand il est angoissé par un évènement qui s'est déroulé dans la semaine, l'inquiétude se lit sur son visage et sa posture se ferme. Mr B. est alors en demande de paroles rassurantes et apaisantes.

Pour s'installer dans sa relaxation, Mr B. s'allonge sur un tapis mais laisse ses pieds dans le vide, il ne les pose jamais sur le tapis. La psychomotricienne utilise une relaxation à inductions verbales, s'adressant au corps réel. Il est important pour Mr B. de nommer ce corps concret, de désigner des sensations. Ma maître de stage insiste sur les ressentis des différents points d'appuis. Elle conduit Mr B. à penser et à ressentir les différentes parties du corps, jusqu'aux muscles et aux organes. Elle induit des sensations de poids, de lourdeur, de solidité, de détente et de calme et l'invite à sentir sa respiration, son rythme. Pendant ces inductions, la respiration de Mr B. est calme et régulière. Son visage est détendu ; il paraît apaisé. Pour finir la séance, ma maître de stage passe une musique et Mr B. peut s'en saisir pour se laisser aller dans sa détente. Je remarque que contrairement à beaucoup de patients, Mr B. prend son temps pour faire la reprise : il s'étire, replie ses jambes et se frotte le visage, avant de revenir en position assise sur le tapis. Il verbalise peu, et dit souvent « ça fait du bien ». A ce moment là, Mr B. me donne l'impression d'être comme un enfant à qui on apporte du bon, qui a besoin de nous pour l'envelopper, le porter.

b- Mon implication dans les séances

Séance du 11/01/2013 :

Je propose à Mr B. une séance de relaxation type Bergès - que j'adapte à ma façon. Nous avons réfléchi à cette séance avec ma maître de stage, et nous avons pensé qu'il serait judicieux pour Mr B. de faire une séance qui conserve une globalité du corps ; ce qui n'est pas le cas dans la relaxation Bergès puisqu'elle amène à se concentrer sur un endroit particulier du corps. Cette relaxation induit du toucher. Avant de commencer, au vue de son vécu traumatique, j'indique donc à Mr B. que je vais toucher ses bras pendant la séance, et lui demande son accord. En effet, Mr B. a déjà verbalisé sa frayeur d'être touché, d'autant plus quand il ne s'y attend pas. Cette relaxation contient un toucher bref, elle est un entre-deux entre verbal et toucher, et permet d'évaluer les réactions que pourrait alors avoir Mr B. Je débute par une induction d'image de calme, puis par un inventaire des différents points d'appuis du corps sur le tapis, des mollets jusqu'à la tête. Je l'amène par la suite à penser à ses deux bras, puis les lui mobilise. Je n'observe pas de réactions sur son visage. Ses bras sont assez tendus pendant la mobilisation, il ne les relâche pas. Je finis par des inductions portant sur tout le corps.

Après la reprise, Mr B. parle beaucoup, et semble en ressentir le besoin. Il évoque alors ses deux traumatismes, ses séjours en hôpital psychiatrique, sa rencontre avec le cannabis puis l'alcool. Il nous relate sa peur d'être touché depuis son viol, que ce soit par des amis ou par le corps médical. Pour finir, il parle des séances de relaxation auxquelles il avait participé lors d'un séjour en hôpital. Il ne réussissait alors jamais à rester jusqu'à la fin de la séance : il n'arrivait pas à penser à des images ou à laisser les idées passer sans que des images traumatiques lui reviennent. Il paraît satisfait aujourd'hui de pouvoir profiter des séances et nous dit l'importance qu'il trouve à être porté, guidé dans l'attention à son corps.

Séance du 18/01 :

Je propose de nouveau à Mr B. une séance de type Bergès, cette fois en portant l'attention sur les deux jambes, tout en induisant une globalité du corps en début et fin de séance. J'observe une mimique sur le visage de Mr B. au moment du toucher et de la

mobilisation des jambes et le sens se contracter un peu. Cependant, il ne le verbalisera pas après la reprise. Il parlera beaucoup moins qu'après la séance dernière.

c- Face à une désorganisation de Mr B., la reprise de la psychomotricienne

Durant le mois de **janvier**, en se rasant, Mr B. a revu dans le miroir la scène du viol. Cela l'a terriblement angoissé, il a ingéré de l'eau de Cologne et beaucoup de médicaments, a appelé la gendarmerie et a dévoilé l'histoire de son viol. Cette déclaration arrive juste avant sa reprise du travail, ce qui ne me semble pas anodin. On peut sans doute y voir ici un passage à l'acte, face à sa peur de reprendre le travail ; Mr B. ayant jusqu'à maintenant refusé de porter plainte contre son agresseur, préférant taire cette histoire. Le dépôt de plainte l'a soulagé puis angoissé : Mr B. a tout d'abord estimé que l'homme qui a « pourri sa vie », selon ses propos, se devait d'être puni. Mais il n'a pas eu le soutien de sa compagne qui estime que ses différentes prises en charge le perturbent. Par la suite, il lui a fallu dévoiler cette histoire à son entourage. Sa mère et son beau-père l'ont compris et soutenu dans cette démarche, mais Mr B. vit mal le fait que sa famille paternelle ait tendance à le prendre pour un menteur.

Mr B. est donc dans un état d'angoisse palpable, et c'est ma maître de stage qui reprend la séance de relaxation. Il nous semble en effet important qu'il retrouve en séance un cadre rassurant, un lien qu'il connaît. La psychomotricienne commence par plusieurs inductions reprenant le corps dans sa globalité. Elle y ajoute un toucher des différentes parties du corps. Mr B. sursaute légèrement au moment du toucher des flancs. De même que pour la semaine précédente, il ne verbalisera pas ce moment en fin de séance, il dira juste « ça fait du bien ».

Les 3 semaines suivantes, Mr B. rencontre des problèmes de voiture et de santé ; il ne viendra pas en séance. C'est là un des points difficiles dans le travail en psychiatrie adulte : il faut réussir à travailler avec les absences des patients. Des imprévus quotidiens, des angoisses ou des alcoolisations sont autant de motifs qui peuvent les pousser à annuler leur séance.

En **février**, la compagne de Mr B. est partie en vacances avec leur fils dans le sud chez sa famille pour une durée indéterminée. Cela a désorganisé Mr B., qui s'est alcoolisé et rasé la tête. Quant il arrive en séance, l'inquiétude se lit sur son visage. Il semble désorienté et a besoin de parler. Il émet de nombreux propos négatifs à l'égard de sa conjointe, mais espère en même temps son retour rapide. Malgré leur relation chaotique, Mr B. semble avoir du mal à gérer cette séparation. Il paraît avoir besoin d'une personne à ses côtés pour l'accompagner ; c'est, il me semble, ce qu'il vient entre autres chercher dans ces séances individuelles de psychomotricité.

Ma maître de stage lui propose un temps de relaxation, toujours très axée sur le corps réel, sur la sensation du corps dans sa globalité.

Début **mars**, Mr B. se sent en meilleure possession de ses moyens. Son projet de reprise du travail est encore repoussé ; mais il verbalise l'appréhension qu'il éprouve face à la reprise. Il doute de ses capacités d'abstinence au travail. Mr B. me donne une nouvelle fois l'impression d'être un petit garçon, qui a besoin qu'on l'accompagne et qu'on l'étaie. Il dira plusieurs fois dans la séance qu'il «ne se sent pas capable». Nous lui sentons des capacités, mais il demeure confus dans son comportement et dans les décisions qu'il prend.

Mr B. me paraît pris dans une spirale de répétitions d'éléments négatifs : chaque fois que sa situation s'apaise, un évènement perturbateur vient bousculer son équilibre et le désorganiser. S'en suit alors des conduites d'alcoolisation, des démarches impulsives, des crises d'angoisse. Je me questionne alors sur ce que cela peut lui apporter : en restant dans cette dynamique négative, Mr B. continue à venir à l'HDJ, lieu où il est protégé, contenu, accompagné. Peut être n'est-il pas encore capable d'aller seul de l'avant et préfère-t-il se sentir protégé au sein de l'HDJ ? Effectivement, Mr B. a toujours été protégé : sa mère paraît l'avoir peu laissé faire des expériences. De plus, il semble avoir manqué d'un tiers pour le séparer de sa relation à tendance fusionnelle avec sa mère. A-t-il pu alors se construire, faire les expériences nécessaires à l'émergence d'un Moi unifié, solide, confiant ?

Avec ma maître de stage, nous observons cette période comme une période de crise. S'en suit une période où le discours de Mr B. change, paraît s'éclaircir. Il reste avec sa compagne, mais ose s'affirmer d'avantage. Il prend une place, et surtout celle de père dans son ensemble. Il insiste sur le fait qu'il souhaite prendre son temps et prendre lui-même ses décisions. Ses situations administrative et financière se sont arrangées ; il souhaite se soigner avant de reprendre le travail.

Les séances de relaxation continuent. Au cours du suivi, Mr B. expérimente et choisit avec la psychomotricienne plusieurs formes de relaxation : celle qu'il connaît, un « scanner corporel » et une relaxation induisant le toucher. Mr B. nous dit reprendre le scanner corporel chez lui. Le choix d'aller vers une relaxation incluant un toucher semble pointer son envie de travailler sur son appréhension.

d- L'apport de la psychomotricité

Les séances de psychomotricité semblent apporter à Mr B. une enveloppe contenante et sécurisante ; en témoignent ses présences régulières et sa participation aux groupes. C'est un lieu qu'il paraît avoir privilégié pour déposer ses angoisses. Chaque semaine, un temps «rien que pour lui» lui est proposé, temps au cours duquel son corps a toute notre attention. Son corps est nommé, pensé, et amené à la détente. Il me semble que le corps de Mr B. reste fonctionnel, privé de sensations positives. Ses angoisses et ses désorganisations engendrent des alcoolisations et des conduites impulsives. Cela nous montre-t-il qu'il ne possède pas une structuration psychocorporelle suffisante pour s'appuyer sur son propre corps dans la résolution de ses tensions ? Cette question a alimenté ma réflexion, et je l'exposerai dans la discussion.

III- Mr N.

Mr N. est né en 1990, c'est un jeune homme de 22 ans. Sa mère est décrite psychotique, il a été placé chez ses grands parents qui l'ont élevé, depuis l'âge de 6 ans. Mr N. est aujourd'hui en formation pour devenir chauffeur de taxi.

1- Le parcours de Mr N.

a- En hôpital psychiatrique

Mr N. a été admis en 1996 au sein d'un hôpital psychiatrique pour cause de troubles spécifiques de la personnalité. Je n'ai pas accès à son dossier de l'époque, et n'ai donc pas d'informations plus précises concernant ses séjours et consultations. On peut néanmoins remarquer que l'entrée dans le milieu psychiatrique concorde avec le moment de sa séparation avec sa mère et de son placement chez ses grands parents.

Depuis 2007, Mr N. est suivi régulièrement par le même médecin psychiatre, qui connaît ainsi bien son histoire de vie. Mr N. semble avoir établi une relation de confiance avec son médecin, à qui il peut faire part de ses angoisses et de ses états. Le discours du médecin, tout comme celui des autres professionnels qui l'entourent, paraît très important pour Mr N., qui essaie de s'en saisir pour avancer.

En 2008, le diagnostic de personnalité schizoïde a été posé pour Mr N.

b- Son traitement

Mr N. reste très méfiant vis-à-vis de ses différents traitements. Il assimile le fait d'avoir des médicaments au fait d'être considéré comme malade, ce qui le dérange. Néanmoins, il perçoit que cela est parfois nécessaire pour l'aider à réguler ses moments d'angoisse. Cette question le ramène à un corps fonctionnel, qui « marche » ou non, qui

« répond » de façon plus ou moins adaptée. Il n'apprécie pas le fait d'être classé dans une catégorie psychiatrique. Les questions médicales semblent le préoccuper : il se demande s'il est normal, pense avoir du cholestérol car son sang est épais, s'interroge sur la vie et la mort.

c- Sa scolarité

Mr N. a eu une scolarité assez irrégulière, parsemée de doutes et d'absences. Pendant plusieurs années, il a fait entendre qu'il allait en cours mais que cela ne lui convenait pas. Malgré son manque de motivation et ses présences irrégulières, Mr N. a obtenu son BEP et son Bac Pro en comptabilité. En 2012, il a trouvé une formation dans laquelle il est maintenant très investi ; dans le but de devenir chauffeur de taxi. Il a été reçu à l'écrit mais a échoué à l'épreuve pratique, qu'il repassera début mai 2013. Cependant, cet échec n'a pas remis en question sa motivation. Mr N. semble aujourd'hui en accord avec la formation qu'il suit, d'autant plus que cela lui a permis de rencontrer d'autres jeunes. Les liens sociaux qu'il a pu tisser au sein de ce cursus me semblent importants, Mr N. étant quelqu'un de plutôt introverti.

2- Les séances en psychomotricité

a- L'indication

Mr N. a commencé les séances de psychomotricité en juin 2012, sur prescription médicale. Son médecin référent l'a indiqué à la psychomotricienne pour de la relaxation, face aux fortes angoisses qu'il éprouve. Mr N. est rattaché au CMP d'un service de psychiatrie mais n'a aucun lien avec le service d'addictologie. Il vient en séance de psychomotricité à raison d'une fois par semaine.

b- La rencontre avec Mr N. et l'observation

Je rencontre Mr N. pour la première fois en novembre 2012. Pendant un mois et demi, je reste observatrice pendant les séances.

Les séances de psychomotricité durent une heure, divisée en deux temps : un temps de parole et un temps plus moteur, constitué d'exercices de conscience corporelle et de relaxation.

Mr N. se saisit du temps de parole pour exprimer toutes les angoisses et les doutes qui l'habitent.

Ce sont souvent les mêmes qui reviennent : il est anxieux par rapport à ses relations aux autres, il a peur de ne pas être normal. Mr N. se pose beaucoup de question quant à son fonctionnement psychique et intellectuel. Ses émotions semblent figées, faisant de nouveau appel à son questionnement sur la normalité : il n'arrive pas à exprimer sa colère, ou pense parfois ne pas ressentir les émotions de façon adéquate à la situation. Le dialogue avec la psychomotricienne revêt alors une importance bien particulière : il permet à Mr N. de faire certains liens et de se poser ses questions différemment, de les aborder sous un autre angle. Mr N. semble s'en servir comme un véritable étai, en témoigne ses retours lorsqu'il dit qu'il s'est «souvenu de ce qu'on avait dit dans la séance» pour faire face à une situation qui s'est présenté dans la semaine. Néanmoins, malgré les bienfaits qu'il évoque, Mr N. s'interroge et questionne souvent ma maître de stage sur ce temps laissé au dialogue ; il pense lui faire perdre son temps en lui parlant de ses problèmes.

Je remarque que Mr N. est moins à l'aise face aux propositions corporelles que pendant le temps de parole.

Ma maître de stage commence par un « échauffement corporel », en passant par des mobilisations actives de la tête aux pieds, debout. Mr N. reste très tendu, surtout au niveau des épaules : il subsiste tout le long une hypertonie, malgré les relâchements proposés et induits. Les différents mouvements paraissent mécaniques et peu naturels. Mr N. reproduit beaucoup par imitation sur la psychomotricienne. La marche de Mr N. est particulière, et semble presque «pensée», maîtrisée à chaque pas. En revanche, pendant la relaxation, Mr N. paraît détendu. Sa respiration est fluide, son corps posé calmement sur le tapis. La psychomotricienne propose une relaxation basée sur la conscience corporelle et sur le ressenti des sensations, avec des inductions verbales amenant à penser le corps dans sa globalité, dans son unité et dans sa lourdeur. Elle termine par un moment musical, où elle laisse alors Mr N. «s'envelopper de la musique». La séance de relaxation dure entre 10 et 15 minutes. Après sa reprise, Mr N.

verbalise peu. Toutefois, il dira une fois avoir pensé à sa mère et que «cela sert à panser les bobos».

c- Mes impressions

Très vite, Mr N. m'apparaît comme un jeune homme assez renfermé, apeuré par le monde qui l'entoure. Son rapport à la normalité, ses questionnements face au regard de l'autre mettent en avant son inquiétude vis-à-vis des jugements d'autrui mais aussi de son propre jugement. Son intellectualisation et ses nombreux questionnements m'évoquent un moyen de compensation face à un sentiment de sécurité interne insuffisant. Mr N. semble en effet ne pas avoir confiance en son corps, ne pas l'habiter pleinement. En l'observant je ressens comme un «vide» dans son corps, comme s'il lui était étranger. Ses mouvements me paraissent peu naturels, et sa tendance à faire par imitation me questionne sur l'image qu'il a de son corps. Mr N. verbalise un réel désir d'aller de l'avant, mais montre des difficultés à réaliser les initiatives qu'il se fixe.

3- Mon implication et un tournant dans les séances

Au vue de l'évolution de Mr N. dans ses séances et face à ses discours teintés d'angoisse et de difficultés à ressentir les émotions, nous pensons avec ma maître de stage qu'il serait opportun et judicieux de profiter de cette relation à trois pour mettre en place des propositions mettant d'avantage le corps en mouvement, en jeu et en relation, d'autant plus que Mr N. nous paraît moins investi dans la relaxation. Nous commençons ces nouvelles séances à partir du 14 décembre 2012.

a- Quelques items de bilan psychomoteurs

Face à l'évolution des séances, nous décidons de faire passer à Mr N. certaines épreuves de bilans pour resituer plus précisément là où il en est, évaluer ses difficultés et ses capacités. Nous lui proposons donc durant quelques séances des items de bilan. Cela n'est pas sans l'interroger : il nous demande ce que nous cherchons à voir, si ce

qu'il a fait était normal ou ce qu'il aurait du faire. Ainsi, je lui fais passer le test de Mira Stamback, l'E.M.G, le dessin du bonhomme et des items du test de motricité faciale de Kwint. Plus que l'aspect quantitatif, c'est plutôt l'aspect qualitatif qu'il me paraît intéressant d'observer : comment Mr N. va-t-il réagir face aux différentes épreuves ? Le stress va-t-il le gagner ? Comment s'ajuste-t-il alors corporellement ?

Le dessin du bonhomme

Mr N. paraît tout d'abord étonné que je lui propose de réaliser un dessin d'un personnage ; mais il se prend très rapidement au jeu. Son personnage est centré sur la page, entouré de traits qui forment une carapace. La tête de son personnage est très détaillée. Il ne lui fait pas de mains, car «il ne saurait pas quoi faire avec». Ses pieds, à l'inverse de la tête, sont dessinés grossièrement. Sa prise du stylo est presque palmaire, et plutôt hypertonique. Mr N. nous dit qu'il a hésité à dessiner un bonhomme bâtons mais il s'est dit que nous préférerions un personnage plus complexe. Il nous parle de l'ambivalence de son personnage qui pourrait aussi bien représenter un musicien d'un groupe de rock qu'un étudiant en droit.

Le test de Mira Stamback

Mr N. n'éprouve aucune difficulté à reproduire les différentes structures, que ce soit en imitation ou en symbolisation. Il cherche en revanche une stratégie au départ pour le tempo spontané, ce qui me ramène à son besoin de tout intellectualiser. Ayant oublié de cacher mon stylo au départ, il s'appuie sur le visuel, mais s'adapte de suite lorsque je cache mon stylo. Il est capable de se rendre compte parfois quand il s'est trompé. Il tient le crayon de manière assez hypertonique mais cela ne semble pas se répercuter sur sa capacité de réalisation.

L'EMG

Je suis surprise des capacités que nous montre Mr N. face à ces épreuves. En m'appuyant sur la façon dont il investit et vit son corps, je pensais que l'abord de ce test lui serait difficile. Au contraire, Mr N. s'en saisit bien et réussit quasiment tous les items. Il se surprend lui-même, et nous verbalise qu'il pensait ne pas être capable de réaliser cela. J'observe alors chez Mr N. un sentiment de satisfaction et de valorisation quant à sa réussite à ce test ; son visage s'ouvre.

La motricité faciale de Kwint

Nous observons au fil des propositions demandées en séance que Mr N. a du mal à prendre des expressions faciales, au même titre qu'il lui est difficile d'exprimer des émotions. Avec ma maître de stage, nous trouvons donc intéressant de lui proposer des items du test de la motricité faciale de Kwint. De la même manière que pour l'EMG, les capacités de Mr N. vont m'étonner. Alors qu'il lui avait été très difficile d'imiter des mimiques que nous lui montrions en photos, il réussit très bien à faire les différents items proposés, en même temps que nous. Il va même jusqu'à l'exagération. Nous lui verbalisons cette réussite. Lui-même est surpris de ses capacités, et nous dira qu'il a «toujours eu le visage lisse».

b- Ses paroles

Le temps de parole reste conservé, car bien qu'interrogeant parfois Mr N., celui-ci semble important. Il permet souvent en effet de faire le point avant de commencer la séance. L'état et les ressentis de Mr N. sont assez fluctuants au fil des semaines.

Le discours de Mr N. me laisse la sensation d'une certaine anhédonie. Un sentiment de tristesse semble l'habiter. Mr N. ne rêve pas mais fait beaucoup de cauchemars. Il en vient parfois à se demander «s'il n'y a pas quelqu'un qui commande cela». La description de ses cauchemars dépeint un univers morbide, dans lequel des personnes qu'il connaît apparaissent démembrés, se traînant au sol. Mr N. verbalise le fait de ne pas ressentir de «bonnes émotions», d'être continuellement dans la peur. Cependant, en l'interrogeant et en l'amenant à réfléchir sur ce point, il peut prendre conscience qu'à la lecture d'un livre, ou l'écoute d'une musique il se sent bien, dans son corps et dans sa tête. Lors d'une séance, Mr N. arrive l'air particulièrement inquiet, et la psychomotricienne le lui fait remarquer. Mr N. commence par nous signifier qu'il va bien, puis au fil de l'entretien il finira par réaliser et verbaliser qu'effectivement, il ressent de l'anxiété. Les mots que nous pouvons mettre sur ses états semblent alors venir mettre en sens les ressentis de Mr N. Il m'apparaît dans ces moments comme un nourrisson qui a besoin de sa mère pour transformer les mauvais éléments qu'il ne peut s'approprier faute de les comprendre, en éléments compréhensibles et intégrables.

L'intellectualisation et la persistance de pensées parasites restent prégnantes dans le discours de Mr N., et viennent pointer un rapport au corps compliqué.

Mr N. ne se sent pas en harmonie. Il me semble qu'il pense son corps au lieu de le vivre. Il dit lui-même «calculer ses émotions» en fonction de la personne et de la situation qui se présente à lui. Lors d'une séance, Mr N. développe l'idée qu'un traumatisme ou un accident pourraient lui procurer des effets secondaires bénéfiques : il prendrait ainsi conscience de ce qu'il a, de ce qu'il est, et deviendrait plus heureux. Au cours de la séance suivante, pendant un temps d'auto-massage, Mr N. se questionne sur l'intérêt des exercices corporels et l'utilité d'investir et de ressentir son corps. Il nous explique que s'il devenait tétraplégique lors d'un accident, il ne ressentirait alors plus aucune sensation. Ces paroles, fortes et percutantes, viennent à leur tour m'interroger sur l'image du corps de Mr N. Son corps m'apparaît comme un simple contenant, presque mécanique, dénué de sensations, de perceptions, de ressentis. La cause de ce détachement corporel m'interpelle : pourquoi ne pas investir son corps ? Que peut-on y risquer, de quoi peut-on avoir peur ? Qu'est-ce que cela vient mettre en jeu chez lui ?

Par la suite, Mr N. nous parlera de son besoin continuel de planifier chacune de ses actions. Il sait que cela le ralentit mais cette attitude le rassure. Ces paroles viennent une fois encore questionner sa confiance corporelle : que se joue-t-il quand on laisse parler notre corps ?

Au cours du temps de parole, ma maître de stage fait régulièrement le point sur les différentes initiatives qu'a Mr N. : l'inscription dans une agence d'intérim, au sport, la prise de contact avec ses amis de formation. Mr N. montre de l'enthousiasme mais a du mal à concrétiser ces envies. Il le justifie d'abord par un manque de temps puis nous met finalement en avant la peur qu'il éprouve à affronter ces situations.

c- Les propositions psychomotrices

Mr N. exprime son adhésion aux différentes propositions corporelles que nous lui proposons. Il dit que parler lui fait du bien mais que cela «n'amène pas toujours de bonnes choses». Face à cette motivation pour ces mises en corps, nous en profitons pour investir divers items psychomoteurs.

La posture et les émotions

Nous avons commencé par travailler sur la marche, et sur les différentes postures et attitudes que nous pouvons adopter en marchant. Il n'est pas aisé pour Mr N. de prendre les postures induites ; il éprouve des difficultés à les mettre en corps (rentrer les épaules, mettre le bassin en arrière, bomber le torse…). Par la suite, nous lui demandons ce que lui évoquent les différentes postures : joie, crainte, honte, ouverture… Les associations que fait Mr N. sont dans l'ensemble en résonnance avec les postures adoptées. Nous continuons à marcher normalement dans la salle de psychomotricité ; au «Top», nous devons nous arrêter sur une émotion citée. Mr N. a du mal à réaliser cette proposition : il nous montre son hésitation et son incertitude quant à la «bonne» expression à adopter.

Lors d'une autre séance, nous montrons à Mr N. des photos de visages exprimant une émotion. Nous lui demandons de raconter ce qui a pu se passer pour que la personne affiche cette expression, puis de tenter de l'imiter. Mr N. n'éprouve aucune difficulté à nous raconter pourquoi la personne pourrait arborer cette attitude. Je suis étonnée de sa capacité imaginative rapide et perspicace. Il analyse les visages de façon pertinente. En revanche, il lui est beaucoup plus compliqué d'exprimer à son tour l'expression. Son visage ne se modifie quasiment pas, ses traits restent assez figé. Mr N. est conscient de sa difficulté, il nous regarde et semble alors avoir besoin de notre soutien pour lui indiquer si ce qu'il fait est en accord avec ce que l'on attend.

La séance se poursuit avec un jeu de posture. Une première personne prend une posture en pensant à une action, une seconde se met dans la posture qui pourrait survenir avant ou après, idem pour la troisième personne. Dès le début, Mr N. exprime ce à quoi lui font penser nos attitudes. Il fait une nouvelle fois preuve d'imagination. Les situations qu'il décrit sont réfléchies, détaillées et développées. Mr N. se prend à ce jeu de posture et réussit, enveloppé par ses paroles, à adopter des attitudes tout à fait adaptées. Le contraste avec ses difficultés à reproduire des émotions est flagrant. Mr N. dégage moins d'inquiétude lors de cette proposition. Je me demande alors s'il lui est plus facile d'aborder dans un premier temps le corps dans son ensemble, avant de travailler plus spécifiquement sur les émotions du visage. De plus, je m'interroge sur le rôle de sa verbalisation : cela lui a-t-il donné la sécurité nécessaire pour s'investir dans cette proposition ?

Tonus, relation et équilibre

Au cours des séances, nous décidons d'aborder la régulation tonique ; le tonus étant intimement lié aux émotions. Pour ce faire, nous passons par des propositions mettant en jeu la relation à l'autre et l'équilibre.

Nous proposons à Mr N. des jeux de bâtons. Dans un premier temps, je suis face à lui. Nous tenons chacun l'extrémité d'un bâton contre notre paume. Je lui indique que nous allons faire des mouvements tous les deux, en essayant de ne pas faire tomber le bâton. Nous pouvons nous déplacer dans la salle, explorer le haut et le sol. Mr N. reste très concentré tout le long de la proposition. Il fixe le bâton et guette le moindre déséquilibre qui pourrait le faire tomber. Il n'initie pas le mouvement et me suit alors dans l'exploration de l'espace. Dans le mouvement, il exprime qu'il a l'impression que le monde pourrait s'écrouler si le bâton venait à tomber. J'observe Mr N. pendant que nous bougeons ; il me paraît comme absorbé par ce bâton. Plus rien ne semble exister à l'extérieur. Il fixe intensément le bâton comme si son regard pouvait venir soutenir cet équilibre précaire.

Nous continuons ensuite par un combat de bâton : un attaque, et l'autre pare. Dans l'attaque, Mr N. use de stratégies, qu'il énonce tout haut. Il met en place des plans d'attaques. Dans la protection, Mr N. devient très agité. Il bouge sans cesse pour parer, sautille, fait de nombreux mouvements. Il paraît aux aguets, en hypervigilance. Sa motricité me rappelle celle d'un enfant qui joue, qui a besoin de bouger. J'ai l'impression qu'il ne peut se poser calmement et parer les attaques tranquillement.

Dans une séance différente, nous abordons des propositions mettant en jeu l'équilibre. Tous les deux face à face, d'abord debout puis accroupis, ma maître de stage vient nous donner des impulsions pour nous amener en situation de déséquilibre. Chacun doit essayer de ne pas tomber. De la même manière que dans l'exercice de bâtons, Mr N. réagit de façon vive, impulsive. Il a du mal à ajuster son tonus : lorsque ma maître de stage s'apprête à le déséquilibrer, il exécute un recrutement tonique, prêt à affronter n'importe quelle impulsion. Nous continuons par un «combat de coq» : accroupis, nous devons nous déplacer et venir faire tomber l'autre. Mr N. se saisit de cette proposition, il use de stratégies et reste assez concentré. A la fin, il verbalisera que cela lui a fait penser à un jeu de rôle car il ne pouvait pas me pousser aussi fort qu'il l'aurait voulu, il s'est retenu pour ne pas me faire mal. Il parlera aussi des

sensations qu'il a ressenti pendant la mise en déséquilibre : agréables mais le mettant mal à l'aise.

Nous lui proposons de faire « la bouteille soûle » : Mr N. est entre nous deux et doit se laisser aller en avant et en arrière. Ayant déjà vécue cette proposition, je compare ses réactions aux miennes. Mr N. me paraît à l'aise, confiant en nous, il se laisse facilement aller. Pourtant, il nous dit qu'il a eu peur de la chute et qu'il s'y est préparé. Cela me questionne sur ce que Mr N. laisse percevoir et ce qu'il ressent vraiment. Comment peut-il masquer cette peur ? Passe-t-elle uniquement par ses pensées mais pas dans son expression ?

Temps sportif

En fin de séance, nous avons pris pour habitude de terminer par un temps sportif. Tout en mobilisant le corps, ce temps permet de revenir à une réalité plus concrète. Cela nous semble nécessaire, car l'imaginaire a tendance à engendrer chez Mr N. des pensées négatives qu'il rumine. Ce retour à la réalité nous paraît donc important, comme une reconnexion. Une salle de sport avec table de ping-pong, punching-ball et appareils de musculation est à notre disposition. Mr N. apprécie ce moment. Il aimerait s'inscrire dans une salle de sport, mais a pour l'instant trop d'appréhension. Ce temps le conduit parfois à verbaliser : il nous parle de l'agressivité qu'il ressent mais qu'il n'arrive pas à exprimer. Cette dernière se transforme alors en pensées négatives qui tournent dans sa tête. Lors d'une séance, pendant des échanges au ping-pong, Mr N. nous parle de sa mère, qui aurait fait des études de psychomotricité en même temps que ma maître de stage. Ces paroles nous interrogent toutes les deux : était-ce un délire ? Pourquoi ce parallèle entre ma maître de stage et sa mère ?

Il semble que ce temps permette à Mr N. d'investir et de ressentir son corps. Je reste étonnée face à sa manière de frapper dans le punching-ball : cela ressemble à une réelle décharge. Mr N. utilise toutes les parties de son corps pour frapper, et frappe partout, fort. Il est concentré et utilise des stratégies. Mr N. nous dit qu'il aime sentir ses muscles et ses veines gonflées après un effort. Il apprécie de s'étirer car il se sent alors plus libre.

Nous finissons ce temps et la séance par un bref moment de retour au calme, en utilisant la respiration. Mr N. investit bien cet instant. Il ferme les yeux, sa respiration se fait entendre. Mr N. me semble alors plus apaisé et détendu qu'en début de séance.

d- L'apport de la psychomotricité

Les séances de psychomotricité semblent étayer Mr N. dans le rapport qu'il entretien avec son corps, avec ses émotions, avec les autres. Il se sent en sécurité dans le cadre contenant des séances et peut venir y déposer ses angoisses. Le temps de parole se fait de plus en plus court, mais Mr N. nous verbalise ses impressions et ses questionnements au cours des propositions psychomotrices. Il semble prendre du plaisir à mettre son corps en mouvement, à retrouver des sensations corporelles. Le contrôle permanent qu'il nous montre vis-à-vis de son corps vient-il pointer une organisation psychocorporelle précaire ? C'est une des questions qui à nourrie ma discussion ; je l'évoquerai par la suite.

DISCUSSION

L'orientation et le plan de ma discussion ont pris sens au cours de l'année, grâce à l'observation clinique de Mr B. et Mr N. Au travers des séances, de leurs discours et de leurs attitudes, leur rapport différent aux émotions m'a questionnée. Face à ces émotions qui nous entourent quotidiennement, l'un m'est apparu « éponge » et l'autre « carapace », captant et rejetant respectivement les émotions ; émotions qu'il ne leur est pas simple de gérer. Je me suis alors interrogée sur les évènements de leur vie susceptibles d'avoir engendré ce mode de fonctionnement et sur l'adaptation que chacun a dû mettre en place pour réagir aux désordres émotionnels entraînés. Je voudrais évoquer dans cette discussion l'importance de l'écoute du corps en psychiatrie adulte et l'apport et la place particulière qu'a la thérapie psychomotrice dans la réorganisation individuelle et le réinvestissement corporel. La place de stagiaire introduit un tiers au sein de la relation thérapeutique et n'est donc pas anodine. Ce positionnement m'a permis de riches observations et des apprentissages. C'est grâce à ces observations que j'ai pu me laisser toucher par les patients et que ma réflexion a pu s'élaborer ; c'est pourquoi je commencerai par décrire mon vécu en tant que stagiaire.

I- Ma place de stagiaire

La place de stagiaire n'est pas toujours évidente. J'ai découvert cette année la psychiatrie adulte et les ressources personnelles nécessaires pour travailler et penser les patients.

1- Mes observations

Durant mon stage, j'ai adopté de façon régulière la position d'observatrice. Les patients n'ayant pas un rendez-vous fixe chaque semaine, j'ai été amenée à vivre diverses rencontres, certaines ponctuelles, d'autres qui sont devenues plus régulières.

Cette position n'a pas toujours été confortable. En effet, il m'est arrivé de me demander quoi observer, à quels détails m'attacher. Puis, en participant un jour à une séance, j'ai réalisé à quel point la position d'observateur était riche en enseignements ;

elle permettait de saisir des détails qui échappent lorsque nous sommes pris dans la rythmicité de la séance. Alors, j'ai pu réellement observer les patients, au sens tel que je le conçois maintenant.

Esther Bick, psychanalyste anglaise, s'est attachée à l'observation des bébés et a mis en place une méthode d'observation. Mon expérience en tant qu'observatrice a comporté des temps qui m'ont semblé similaires à ceux décrit dans sa méthode. Elle énonce trois temps nécessaires[78] :

- Le temps de l' «*impact émotionnel*». L'observateur se laisse imprégner par la situation. Il se doit d'être attentif au patient, mais aussi à ses propres ressentis. Cette situation demande de «*prendre le temps de se laisser toucher par la teneur émotionnelle de la situation*»[79]. Il s'agit bien là d'accepter de se laisser toucher. Car observer ne signifie pas pour autant être exclu de l'impact émotionnel qui se joue dans la séance. Certaines observations se sont avérées plus intenses que d'autres. J'ai appris à être attentive à mes ressentis et à travailler avec eux. Il me semble nécessaire de prendre en compte cette modalité. Pour observer attentivement, A. Ciccone parle de «*mise en suspend de la nécessité d'agir*»[80]. Le patient est en mouvement, en relation avec la psychomotricienne, mais ma position d'observatrice me demande de rester fixe face à cette action. Alors, j'ai pu observer les variations toniques, les postures adoptées, l'investissement de l'espace, les façons de se déplacer, les mimiques, les réactions tonico-émotionnelles…

- Le temps de la «*reconstruction*» : Ce temps concerne la rédaction de ce que nous venons d'observer. C'est un temps d'élaboration nécessaire. Il va permettre de donner un sens à l'observation brute, à partir d'éléments objectifs et subjectifs, pour arriver à une représentation. A. Ciccone nous met en garde face à nos interprétations : «*Grâce à ce travail de pensée, un sens pourra se déployer. Ce sens ne sera jamais Le sens mais toujours un sens potentiel*»[81]. Je crois qu'il est important de souligner cette notion de potentialité. En effet, nous observons, nous travaillons, nous cherchons à poser du sens sur le vécu du patient, mais nous ne serons jamais certains d'avoir touché la vérité.

[78] SANDRI R., 1998
[79] CICCONE, 2000
[80] *Ibid*
[81] *Ibid*

C'est à partir de ces sens hypothétiques que prendra forme notre travail. Pour moi, ce moment est venu après le troisième temps que décrit E. Bick. Mes prises de notes régulières m'ont permis de me détacher de ce vécu brut, de poser des mots sur des ressentis. Ces écrits ont eu un impact libérateur, comme si déposer mes sensations et mes impressions étaient nécessaires pour pouvoir m'en détacher.

- Le temps de «*séminaire*» : R. Sandri parle d'un «*lieu psychique*»[82] où les observations sont réfléchies et élaborées de façon groupale, permettant de donner une autre lecture de l'observation. C'est le temps du partage du vécu qui permet de faire émerger les questionnements et les émotions dégagés de l'observation. Ma maître de stage m'a chaque fois donné ce temps, qui m'a été extrêmement bénéfique. Effectivement, cela a permis d'élaborer des idées, des hypothèses, d'éclairer certains points non compris et de mettre en mots ce qui n'était pas encore conscient pour moi. Ces temps de paroles ont été très formateurs.

R. Sandri énonce un 4ème temps, qu'elle appelle «*l'après*». Il correspond au temps où l'observateur laisse murir ce qu'il a vécu, écrit, représenté. Pendant ce temps, l'observateur pense moins à la situation, mais le travail effectué n'en n'est pas moins riche. C'est notamment dans ces moments que des liens peuvent apparaître, que des hypothèses peuvent venir prendre sens. Je relierais cette étape au moment d'élaboration du mémoire. Effectivement, il m'a fallu du temps avant de trouver mon sujet, d'élaborer des hypothèses et de relier. Cependant ce temps m'a semblé nécessaire. Laisser murir mes observations m'a permis de tisser des liens par la suite.

2- « Et surtout, prenez soin de vous »

J'ai souvent entendu au sein de notre formation, des professeurs nous dire cette phrase. Ces mots ont pris sens aujourd'hui. J'ai appris cette année au cours de mes deux stages l'importance d'être attentif à nos ressentis, à nos limites et à composer avec.

[82] SANDRI R., 1998, 19

a- Attentif à soi

Les patients m'ont beaucoup touché, et je suis souvent sortie de stage avec le besoin de me couper un instant de l'intensité de ce que j'avais vécu dans la journée. E. Ferragut pose cette question qui me semble être pertinente dans le travail de psychomotricien : «*Comment contenir toutes ces angoisses, ces peurs, cette agressivité que nous recevons chaque jour sans être égratignés ?*»[83]. L'histoire de vie des patients, leur difficulté et leur perte dans le monde qui les entoure m'a parfois déstabilisée. Les échanges avec ma maître de stage ont été importants et bénéfiques, car, tout comme les mots venaient panser Mr B. et Mr N., ses mots me permettaient d'y voir plus clair, de créer du lien et de prendre du recul.

J'ai pu m'apercevoir que mon état affectif et interne du moment jouait sur ma qualité d'écoute et d'approche. Il m'a parfois été plus difficile de m'investir pleinement, d'être dans une écoute attentive. Cependant, j'ai remarqué le pouvoir que peuvent détenir les patients à me sortir de cet état. Ainsi, les paroles inquiètes de Mr B., ses élans de vie, ses changements autant que l'envie d'aller de l'avant, la soif de découverte de Mr N. m'ont parfois transportée dans la séance, me permettant de «laisser mes pensées dehors» et de me rendre disponible.

b- Attentif à la relation

La relation aux patients a pu certaines fois répercuter en moi des aspects inquiétants, interrogeant. Néanmoins, ces situations m'ont permis de m'interroger sur la façon de s'investir dans la relation thérapeutique, sur la qualité d'adaptation nécessaire dans le métier de psychomotricien, et sur l'impact que les patients peuvent avoir sur nous.

J'ai beaucoup observé Mr B. Dans le temps de parole, je n'intervenais pas, préférant rester plus à l'écart, le laissant dans la relation duelle qu'il avait avec ma maître de stage. Mr B. me regardait parfois quand il avançait un propos, comme pour voir si j'approuvais ce qu'il disait. Le contact visuel s'est révélé ici important : le regard et l'expression de Mr B. traduisent bien ses émotions. Ainsi, je le voyais parfois chercher par le regard un étai, un sourire, un acquiescement. Il n'a pas toujours été évident de réussir à soutenir un regard empathique, notamment face à son regard

[83] FERRAGUT E., 2005, p.10

inquiet, en recherche de soutien. Comment rester à ma place, quelle attitude adopter alors ?

Avec Mr N., la relation n'a pas toujours été confortable. En effet, nous avons le même âge. Mr N. a souvent eu tendance à me tutoyer. Il n'a pas été évident pour moi de conserver le vouvoiement ; cela ne me semblait pas naturel. Cependant, le vouvoyer m'a permis, je crois, de contenir le cadre thérapeutique. Cela me rassure sans doute aussi, je me sens alors protégée par l'enveloppe thérapeutique. Je me suis souvent identifiée à lui, me retrouvant parfois dans ses problématiques, tentant de le comprendre. Quel rôle pouvais-je revêtir pour lui ? Tantôt paire, tantôt thérapeute, il me semble que tout autant que moi, Mr N. pouvait avoir du mal à me situer dans cette relation triangulaire.

3- Le mouvement du corps à trois

L'introduction d'un tiers, stagiaire, au sein d'une relation thérapeutique demande nécessairement de l'adaptation de la part des trois sujets.

Cela ne va pas de soi que le patient accepte cette tierce personne. Je me suis souvent questionnée sur l'impact que ma présence en tant que stagiaire pouvait provoquer chez les patients. Pouvaient-ils me percevoir comme un intrus qui viendrait bouleverser l'équilibre relationnel ? Tel le père entrant dans la relation fusionnelle mère-bébé, n'allais-je pas être vécue comme un élément dérangeant ? Allaient-ils me laisser pénétrer dans l'intimité de la séance, m'accueillir dans cet espace qui est le leur ?

La place de stagiaire demande adaptation et humilité. Mon regard d'étudiante m'a permis de me questionner, de ne pas m'imposer dans la relation duelle mise en place. Il m'a fallu du temps avant de m'investir pleinement dans la séance, avant d'oser questionner les patients et les observer sans me sentir intrusive.

Un mouvement, «*une valse à trois temps*» s'est doucement mis en place au cours des séances. Nous adaptant mutuellement, j'ai pu, grâce à ma maître de stage, prendre ma place.

Avec Mr B., je suis donc restée plutôt observatrice, mise à part les deux séances de relaxation que je lui ai proposées. Je trouve ce mouvement à trois intéressant : en me laissant l'observer dans sa relaxation, Mr B., en quête de réassurance et parfois inquiet rapidement, a montré sa capacité d'adaptation et a su accepter une situation qui aurait pu venir le désorganiser.

Avec Mr N., la relation triangulaire nous a permis d'investir des propositions psychomotrices plus variées. Nous avons pu expérimenter des situations d'échanges à trois, des moments où nous devions nous accorder, communiquer. Cela nous a aussi donné la possibilité d'introduire un observateur sans que cela désorganise Mr N. Cette disposition m'a semblé bénéfique pour lui, qui est tant soucieux du regard d'autrui.

II- Des patients en quête de corps

Au fil de mes observations et de mon implication, j'ai pu entrevoir chez Mr B. et Mr N. une réelle quête de corps, de leur corps. Il me semble que c'est un des éléments fondamentaux qu'ils viennent chercher dans les séances de psychomotricité. «*Faites-moi bouger, donnez-moi ces repères que je n'ai plus*» ! Quand le corps se défait, c'est aussi l'identité et la perception du monde qui se détériorent[84]. Or, tous deux vivent leur corps comme s'il leur était étranger, comme s'ils ne l'habitaient pas entièrement, harmonieusement. Il ne leur est pas suffisamment sécure pour qu'ils puissent s'appuyer dessus face aux désorganisations qu'ils rencontrent. Dès lors, chacun a trouvé son moyen de défense contre cette vulnérabilité.

[84] LESAGE B., 2012

1- Mon corps ?

Traumatismes et trouble de la personnalité ont entraîné chez Mr B. et Mr N. ce rapport conflictuel qu'ils entretiennent avec leur corps. Celui-ci semble ne pas pouvoir être source de bien-être et de réassurance. Mais comment peut-on faire alors pour s'adapter au quotidien dans un corps qui nous est étranger ?

a- Ne le touchez pas

Suite à son viol, Mr B. a développé une frayeur à être touché à certains endroits : le toucher engendre des reviviscences anxiogènes et vient réactiver le souvenir du traumatisme. La question du toucher n'est pas simple. Toucher un individu, c'est venir le contacter au plus proche de son être. Cet acte n'est pas sans conséquence. Le rôle contenant du toucher, induit par la présence, le contact, peut devenir à l'inverse oppressant, intrusif et alors angoissant.

Comme nous avons pu le voir en partie théorique, la fonction de filtration de l'environnement est attaquée lors d'un traumatisme : l'individu a alors du mal à appréhender la dangerosité des situations. Il me semble que la peur du toucher chez Mr B. vient interroger cette notion de filtration. Mr B. discrimine difficilement ce qui peut être dangereux de ce qui ne l'est pas ; en témoignent ses réactions de sursauts et ses difficultés d'endormissement. Comment peut-il retrouver un sentiment de confiance à l'égard du toucher d'autrui ? Ses réactions peuvent parfois être disproportionnées : le toucher par surprise au niveau de ses flancs peut ainsi aller jusqu'à le mettre à terre, en période de fortes angoisses.

La mémoire corporelle paraît inévitablement investie du traumatisme de Mr B. : son corps semble ne plus accepter ce toucher qui a pu être si intrusif et violent. Cependant, son corps entier ne s'oppose pas au toucher. Alors que le contact du dos ne lui procure aucune sensation désagréable, le toucher des flancs lui reste insupportable. Mr B. exprime bien les sensations douloureuses qu'il ressent : il décrit des fourmillements partant du ventre, « comme quand on s'endort sur son bras », qui remontent tout le long de l'œsophage pour venir former une boule qui s'installe dans la gorge. Deux phénomènes sont à différencier : le toucher et la pensée. Ainsi, alors que ses bras acceptent le toucher, c'est sur ces derniers que va se fixer la douleur à l'évocation du traumatisme.

Cette inquiétude et ces réactions face au toucher handicapent Mr B. dans sa vie quotidienne : hospitalisations, vie intime et relations sociales sont autant de contextes angoissants pour lui. Mr B. est actuellement dans une période plus positive, et le toucher commence à être abordé en relaxation. Cela ne paraît pas anodin et vient pointer son envie et son besoin d'avancer.

b- Tout va bien, je contrôle

Mr N. éprouve de grandes difficultés face aux relations avec autrui. Il a du mal à s'investir dans des relations amicales, de peur que l'autre le trouve anormal. Il a alors tendance à s'enfermer dans l'intellectualisation, la télé ou les jeux vidéo. Ainsi, sa motricité a été peu investie depuis son adolescence. Il me semble que Mr N. pense son corps au lieu de le vivre.

L'adolescence est une période de transition importante ; notamment au niveau corporel. Le schéma corporel se modifie, l'image du corps évolue et peut être fragilisée par des failles narcissiques. Le faible investissement corporel de Mr N. à l'adolescence m'interroge sur l'image qu'il peut avoir de son corps. Comment se construire une sécurité et une confiance corporelle sans expérimenter ces changements qui se présentent ?

Ayant peu de confiance corporelle, Mr N. réfléchit et pense chacune de ses actions. Cela lui donne la confiance nécessaire à la réalisation de ses actes. Il exerce un contrôle permanent sur son corps, s'adaptant comme il le pense aux situations qu'il rencontre. Cette maîtrise s'exerce aussi sur ses émotions, qu'il adapte aux contextes. Mr N. semble dans l'incapacité de laisser parler son corps ; de lui faire confiance dans les réponses spontanées qu'il peut lui offrir.

Les répercussions psychomotrices sont diverses. L'hypertonie prédomine chez Mr N., notamment au niveau des épaules au cours des propositions corporelles. Ses mouvements manquent de fluidité et d'aisance ; et je remarque qu'ils se modifient lorsque je l'observe. Mr N. n'est pas sûr de ses mouvements, et il vient souvent nous questionner sur la qualité de ce qu'il vient de réaliser.

2- Leur rapport aux émotions

Lors de mon stage, j'ai découvert au fil de l'année l'importance des émotions dans le travail en psychiatrie adulte. Outre les désordres psychomoteurs qui peuvent être présents, les émotions régulent et affectent la vie psychique et corporelle des patients. D. Vigne[85] en parle comme des indicateurs, qui vont donner sens au traitement. Il me semble donc que les émotions font partie intégrante au sein de la thérapie psychomotrice, d'autant plus au vu du lien qu'elles entretiennent avec le tonus.

a- Une passoire émotionnelle

C'est l'image d'une enveloppe poreuse, trouée, accueillant tous les stimuli qui m'apparaît en observant Mr B. Peu protégé, il se laisse envahir par les éléments qui traversent son enveloppe et viennent le désorganiser. Au vue de son histoire, il me semble que nous pouvons poser l'hypothèse d'une fonction pare-excitatrice défaillante.

Nous l'avons vu, la fonction pare-excitatrice est au début de la vie assurée par la mère. La mère de Mr B. semble l'avoir protégé et avoir montré beaucoup d'anxiété face à ses expérimentations. Or, comme le décrit C. Potel, « *Les expériences sensori-motrices permettent à l'enfant tout petit de se sentir et de se construire, encore faut-il qu'il puisse s'approprier ces expériences vécues* »[86]. Ne pouvant le faire seul, il a besoin du regard soutenant et sécurisant de sa mère. Les expériences permettent la construction d'un soi confiant. D. Anzieu expose un paradoxe qui émerge lorsque « *la mère, qui sert au bébé de pare-excitation originaire contre les agressions du milieu extérieur, provoque chez lui, par la qualité et l'intensité libidinale de ses soins corporels, une surexcitation pulsionnelle d'origine interne dont l'excès s'avère plus ou moins rapidement désagréable* »[87]. Très protégé et peut-être trop stimulé, il me paraît possible que Mr B. ait pu vivre des moments d'insécurité. Les expérimentations sensori-motrices de l'enfance se sont-elles toujours déroulées dans un climat de quiétude ? Son anxiété actuelle face aux évènements de la vie peut venir réactiver cette anxiété initiale.

---

[85] CALZA A., CONTANT M., 2007, p.213
[86] POTEL C., 2010, p.75
[87] ANZIEU D., 1985, p.43

De plus, Mr B. a vécu l'expérience douloureuse de deux traumatismes. Le traumatisme, dans sa définition, vient effracter le système de pare-excitation. La fonction pare-excitatrice de Mr B., déjà fragilisée, s'est vue cette fois-ci disloquée.

Cette vulnérabilité est palpable. Mr B. dit se sentir bien au sein de l'hôpital de jour ; il me semble que l'institution le contient et lui procure la sensation d'une enveloppe protectrice venant panser la sienne.

b- Une carapace protectrice

Contrairement à Mr B., l'enveloppe de Mr N. m'évoque une carapace solide, étanche à toutes émotions. Mr N. dit ressentir majoritairement des « mauvaises émotions », être continuellement dans la peur et l'angoisse. J'observe qu'en le questionnant, il peut prendre conscience de moments agréables. Néanmoins, son répertoire émotionnel semble être restreint à la joie, la colère et la peur.

Mr N. a été élevé par ses grands parents maternels, sa mère étant décrite psychotique. Il n'a donc pas bénéficié pleinement de la fonction pare-excitatrice qu'elle pouvait lui offrir. En séance, Mr N. a déjà verbalisé qu'il pensait avoir manqué d'affection étant petit. J'émets l'hypothèse que Mr N. a pu alors mettre en place une hypertonie protectrice trop importante, lui créant une « *seconde peau musculaire* »[88]. Dans le même sens, D. Anzieu expose l'idée de F. Tustin d'un « *Moi-crustacé, avec une carapace rigide qui remplace le conteneur absent* »[89]. Il nous informe que la carence d'un conteneur va engendrer de l'angoisse traduisant « *une topographie psychique constituée d'un noyau sans écorce* »[90] ; l'individu va s'envelopper dans la souffrance. La problématique de Mr N. peut s'inscrire dans ce contexte. Son hypertonie est aujourd'hui prégnante, et Mr N. éprouve une certaine difficulté à se laisser aller. Une dialectique hypertonie-contrôle permanent de son corps semble s'être établie.

Le dossier de Mr N. que j'ai consulté ne décrivant pas de façon détaillée les conditions de vie de son enfance, je ne peux poser que des hypothèses. Ainsi, il me semble qu'une autre piste peut être abordée, toujours en lien avec la fonction pare-excitatrice. Effectivement, D. Anzieu nous apprend que « *L'angoisse de la perte de*

[88] ANZIEU D., 1985, p.102
[89] *Ibid*, p.102
[90] *Ibid* p.101

l'objet remplissant le rôle de pare-excitation auxiliaire est maximisée quand l'enfant a été donnée par la mère à élever par sa propre mère et que celle-ci s'est occupée de lui avec une telle perfection qualitative et quantitative qu'il n'a pas connu la nécessité ni la possibilité d'en venir à un auto-étayage »[91]. Cette réflexion retient mon attention car c'est aussi l'auto-étayage que nous travaillons avec Mr N. Ce dernier a en effet été élevé par ses grands parents maternels, bien que je ne puisse m'avancer sur l'aspect qualitatif des soins apportés. Il est cependant notable que Mr N. éprouve des difficultés à concrétiser ses initiatives. Son rapport inquiet face au monde peut-il être du à cette difficulté d'auto-étayage ? L'angoisse alors éveillée pourrait-elle être à l'origine de cette carapace protectrice ?

Je ne peux qu'émettre des hypothèses quant à la cause et l'installation de cette carapace. Cependant, éminemment présente, elle interfère dans sa vie quotidienne, dans ses relations, dans son rapport aux autres et à lui-même.

3- A chacun son adaptation

Mr B. et Mr N. ne peuvent s'appuyer sur leur unité psychocorporelle pour gérer les émotions, captées ou rejetées. Ils ont du mettre en place des moyens de défense pour se contenir face aux désorganisations provoquées.

a- L'alcool comme contenant

Suite à ses traumatismes, Mr B. a commencé à consommer du cannabis puis de l'alcool, de façon excessive, jusqu'à s'en créer une réelle addiction. Après un long parcours de cures, il réussit aujourd'hui à ne plus consommer régulièrement. Cependant, au fil de l'année, je me suis aperçu que ses alcoolisations revenaient chaque fois qu'un évènement venait le désorganiser.

La situation actuelle de Mr B. est loin d'être simple : son statut de travailleur demeure précaire et ses revenus sont faibles, ses relations avec sa compagne et sa mère restent conflictuelles. J'ai comparé l'état émotionnel de Mr B. à des montagnes russes :

[91] *Ibid*, p.102

tout concoure à aller vers des moments meilleurs, puis un élément négatif vient enrayer le bon fonctionnement, et plus rien ne tient, tout s'écroule. Quand «l'élément de trop» survient, Mr B. a alors souvent recours à l'alcool. Il me semble que ces conduites d'alcoolisation correspondent à une recherche d'évacuation, de fuite face à ces problèmes qui semblent l'envahir. Grâce à l'alcool, «*l'environnement et la réalité sont écartés au profit de l'illusion*»[92]. Mr B. cherche à oublier l'espace d'un instant, éphémère, ces soucis qui le submergent et face auxquels il ne peut réagir autrement que par cette conduite impulsive. L'alcool le coupe de tout. «*L'ivresse ne procure pas de rêveries riches mais une totale et complète absence de sensations, de pensées, d'émotions, de mémorisation, de temporalisation et de spatialisation*»[93]. Mr B. s'abandonne littéralement dans l'alcool.

Face à ces conduites addictives impulsives, une hypothèse m'apparaît. Lors de ses deux traumatismes, Mr B. a été coupé de la réalité pendant un temps. La situation est devenue incontrôlable, tout est allé trop vite, il n'a pas pu réagir. Mr B. s'est retrouvé impuissant. Au cours de son premier traumatisme, lorsqu'il était pompier, Mr B. a vu défiler un épisode dramatique devant ses yeux. Il a assisté, pétrifié, aux décès de nombreuses personnes. Durant son deuxième traumatisme, le viol, Mr B. n'a pu se défendre, cédant son corps à ses agresseurs. Ces deux situations sont marquées par le manque d'emprise sur le monde. Aujourd'hui, les conduites d'alcoolisation viendraient-elles stopper ces cascades d'évènements avant que ceux-ci ne deviennent à leurs tours incontrôlables ? L'alcool assure-t-il un rôle de «bouée de sauvetage» face à ces situations dans lesquelles Mr B. aurait peur une nouvelle fois de se perdre ?

A. De Mijolla et S. Shentoub[94] émettent l'hypothèse d'un lien entre traumatisme et problématique alcoolique. La prise d'alcool viendrait réveiller un jour le traumatisme et lui donner l'illusion d'une représentation. Ces auteurs parlent de «*rencontre initiatique*» avec l'alcool, et de son recours alors indispensable.

Le geste de boire vient résoudre une tension psychique. Chez Mr B., c'est le trop plein d'angoisse qui va induire la conduite alcoolique. Pour M. Oberlé, «*l'alcoolique est*

[92] ANDRE P., BENAVIDES T., GIROMINI F., 2004, P.98
[93] *Ibid*, p.99
[94] MONJAUZE M., 2008, p.99

un sujet dont les digues ont cédé devant les flots d'angoisse»[95]. M. Monjauze parle de l'effet annihilant de l'alcool. Elle énonce que «*l'alcool infiltre l'humain sans discontinuité. La propriété de l'alcool, liquide par excellence, c'est de dissoudre*»[96]. Dans l'alcool, l'individu se perd, se liquéfie. Paradoxalement, c'est à ce moment qu'il peut se sentir le plus unifié. J. Clavreul expose l'idée que dans l'ivresse l'alcoolique se ressent comme entier, alors que dans l'abstinence il perd la face[97]. Dans son paradoxe, l'alcool semble unifier tout en effaçant les limites de l'individu.

La question de l'alcool vient donc interroger les limites corporelles. En recherche d'un objet contenant pour se sentir unifié, l'alcool peut-il venir jouer ce rôle pour Mr B. ? La «*machine à tenir*» évoquée par M. Monjauze semble répondre à ce questionnement. Mise en place face à la menace de liquéfaction psychique, elle permet de créer des zones de solidifications orientées. Comme l'introjection de l'objet contenant, «*la machine inclut le Soi, corporel et psychique, et l'objet réel, outil ou verre*». De la même façon qu'il va permettre au nouveau né un sentiment d'unité, la machine «*tient le buveur jusqu'à ce que l'excès d'alcool face éclater le système*»[98].

Il me semble que pour Mr B., l'alcool vient jouer ces deux rôles : mise à l'écart de la réalité insupportable et mise en jeu des limites corporelles. Trop peu confiant en ces dernières, son corps ne peut répondre à des situations trop envahissantes. C'est alors l'alcool qui va lui permettre d'affronter, de fuir, ce sentiment d'impuissance.

b- Les pensées comme contenant

Face à ses désorganisations corporelles, et à la précarité de sa sécurité interne, Mr N. utilise les pensées et l'intellectualisation pour se rassurer. Comme l'explique F. Désobeau «*L'émotion perçue et refoulée charge l'imaginaire et verrouille la voix somato-psychique*»[99]. Comment alors être à l'écoute de son corps ?

Je me suis questionnée sur ce mode de fonctionnement. Comment les pensées peuvent-elles pallier à la compréhension émotive ? Que peuvent procurer des questionnements incessants ?

---

[95] *Ibid*, p.55
[96] *Ibid*, p.13
[97] *Ibid*, p.78
[98] Ibid, p.155
[99] CALZA A., CONTANT M., 2007, p.221

Les émotions jouent un rôle important dans la relation aux autres et à soi même. Ne pas saisir le message que nous renvoie autrui, ou ne pas capter ce qui se passe en nous devient vite angoissant. Il me semble que c'est cette incompréhension qui nourrit les inquiétudes de Mr N. ; ce flou, cette difficulté d'identification l'inquiète.

Plusieurs hypothèses me sont apparues en réfléchissant aux rôles que pouvaient porter ces pensées.

Tout d'abord, il me semble que l'activité de penser bloque le rapport aux corps. Il est effectivement difficile de se centrer sur ses ressentis ou de se laisser aller lorsque les pensées envahissent l'esprit. Mr N. a du mal à identifier ce qui se passe pour lui, ce que son corps lui transmet comme message. Parfois, c'est nos propres mots qui vont venir mettre en sens ses ressentis, de façon similaire à la mère qui va «détoxifier» les mauvais éléments du bébé afin de les rendre assimilables. Il me semble que Mr N. peut se couper du monde jugé trop dangereux, insécure pour lui, comme s'il avait peur de s'y perdre.

Face à l'angoisse, les pensées peuvent avoir un rôle rassurant, sécurisant, d'autant plus quand on a l'impression de ne plus comprendre son corps. Il paraît logique de se rattacher aux choses qui nous sont familières. Peut-être Mr N. utilise-t-il ses pensées comme fonction de maintenance, de pare-excitation ? Réfléchir et élaborer lui permettent de se sentir confiant, unifié, solide, prévisible.

Qui ne s'abandonne pas de temps à autres à des rêveries ? Il est certain que penser permet de s'évader et de vivre un instant par procuration. Mr N. semble aujourd'hui plus investi dans sa vie, mais il a longtemps décrit une situation qui ne le satisfaisait pas : sa formation, sa vie chez ses grands parents parfois oppressante, son impression de ne pas être normal, ses angoisses. Je crois que ses pensées et ses questionnements lui ont permis de s'éloigner un peu de cette réalité qui ne lui convenait pas. Les films et les jeux vidéos lui ont donné cette évasion nécessaire, mais ont aussi renforcé et développé son activité de penser.

J'ai ainsi supposé et développé ces hypothèses face au mode de fonctionnement de Mr N. Il me semble qu'un élément les relie : penser paraît faire rupture l'espace d'un instant, offrir un tiers dans une situation difficile: que ce soit le corps, l'angoisse ou la réalité, tous trois sont mis à l'écart par les pensées.

III- Ca bouge en psychomotricité !

Ces rapports au corps conflictuels, ces angoisses et ces émotions difficilement gérables trouvent de quoi les accueillir au sein des séances de psychomotricité. Ces dernières semblent revêtir une importance particulière auprès de Mr B. et Mr N. Ils paraissent s'y sentir en sécurité et peuvent alors se permettent de se laisser aller à ressentir, ré-expérimenter, ré-apprivoiser leur corps.

1- Un cadre sécure, qui ne bouge pas trop, pour expérimenter

Pouvoir expérimenter, penser, travailler son corps demande un cadre sécure. Mr B. et Mr N. ont connu un environnement peu sécurisant ou une rupture à cet environnement; le cadre se doit ainsi de leur apporter contenance et fiabilité. La relation psychomotricien-soignant demeure essentielle pour qu'un travail puisse être mis en place. Il me semble aussi que les mots du thérapeute jouent un rôle important.

a- Le cadre thérapeutique

L'instauration d'un cadre thérapeutique demeure fondamentale à toute pratique psychomotrice, il va «*contenir l'action dans un lieu, dans un temps, dans une pensée*»[100]. L'instauration d'un cadre sécure apparaît nécessaire pour que le patient puisse expérimenter en toute confiance. Diverses conditions sont essentielles pour garantir le cadre. J'en exposerai trois qui me semblent primordiales dans le travail en psychiatrie adulte :

- L'espace doit être défini et perçu comme un contenant près à accueillir les expériences et les sensations. Autour de la permanence de cet espace va pouvoir se créer un lieu privilégié. J'ai pu observer cette année l'importance de la salle de psychomotricité. Elle apparaît comme un lieu à part, notamment auprès des patients de l'hôpital de jour ; je me risquerai presque à dire qu'elle revêt pour eux un côté « magique ». De plus, il me semble que la stabilité de cet espace est d'autant plus importante chez des personnes pour qui la stabilité corporelle est souvent mise à mal.

[100] POTEL C., 2010, p.321

- La temporalité est une notion aussi essentielle que l'espace. La séance a une durée et une fréquence déterminées ; il en va du psychomotricien de les respecter. Le temps de la séance devient le temps du patient. Angoissant, flou, vide, de la même façon que pour l'espace, la notion du temps n'est pas toujours évidente en psychiatrie adulte. Offrir un cadre temporel stable va permettre au patient d'intégrer (ou non) une temporalité et ainsi de se créer un premier repère temporel.
- Le fonctionnement institutionnel me semble aussi garant essentiel du cadre. Les séances de psychomotricité s'inscrivent au sein de l'institution. Au-delà du cadre de la séance, c'est le cadre thérapeutique du projet du patient dans sa globalité dont il est question. Le travail interdisciplinaire permet de créer une enveloppe institutionnelle qui va jouer un rôle important dans l'adhésion du patient au projet thérapeutique.

b- Une relation thérapeutique

Je crois que tout travail thérapeutique commence avant tout par l'installation d'une relation entre le psychomotricien et le patient. Cette relation me paraît nécessaire en psychiatrie adulte pour que le patient puisse évoluer ; le travail psychocorporel à mettre en place demande un investissement, tant du psychomotricien que du patient.

Je comparerai les bienfaits de la relation thérapeutique à deux des fonctions du Moi-peau : maintenance et pare-excitation ; la contenance étant apportée par le cadre «suffisamment bon». La relation thérapeutique m'a aussi semblé être un moyen d'étayage pour Mr B. et Mr N.

Au fil de cette année, j'ai pu repérer à quel point le rôle de la psychomotricienne pouvait s'apparenter à celui de la mère et de ses qualités de holding. Je reprends les propos de F. Désobeau[101] qui compare notre présence à une enveloppe contenante, un support, et notre regard à un cordon liant. Mr B. Mr N. m'ont tous deux donné cette image d'enfant qui a besoin d'être soutenu et porté dans ses actes, ses pensées, son évolution. Leur accroche et leur demande de séances de psychomotricité m'évoquent un enfant en apprentissage : «Ne me lâche pas, je ne sais pas encore faire sans toi» !

[101] CALZA A., CONTANT M., 2007, p.223

Le rôle de pare-excitation que tente de jouer la psychomotricienne m'est apparu aussi prédominant au sein de mon stage. Face à Mr B. et Mr N., qui se laissent vite assaillir, notre rôle est aussi d'essayer de les protéger d'un trop plein d'excitations nocives. Comme une seconde enveloppe, notre présence peut venir les apaiser le temps d'une séance. Puis, comme l'enfant s'autonomisant, peut être arriveront-ils un jour à le faire seul…

Enfin, je me suis aperçue que nous avions de même un rôle d'étayage pour Mr B. et Mr. N. C'est en effet à une recherche d'intégration des stimulations internes et externes que nous essayons d'aboutir. Les mots ont alors une importance particulière dans ce processus.

c- L'importance des mots du psychomotricien

Les séances de psychomotricité contenaient cette année un de temps de parole, plus ou moins important selon les patients. Ce temps m'a tout d'abord interrogé – dans sa difficulté à se placer en tant que stagiaire, et dans sa pertinence -, puis j'ai perçu son impact pour les patients.

Le temps de parole représente un moment donné pour le patient, qui est libre de s'en saisir ou non. Ainsi, ce moment a été essentiel pour Mr N. au début de l'année ; et il se montre actuellement plus en demande de propositions corporelles. Il me semble que c'est un moment clé à relever ; une demande qui pointe l'envie d'aller de l'avant et de travailler sur ses faiblesses. En effet, s'attaquer directement au corps de l'adulte en psychiatrie peut être refusé, intrusif, provoquer des réticences. Je pense que si nous avions dès le début proposé à Mr N. les exercices que nous faisons actuellement, son angoisse et l'insuffisante confiance auraient entravés les bénéfices que j'observe aujourd'hui. Ce temps de parole permet d'instaurer la relation, de parler son corps avant de le mettre en jeu. Il peut représenter un soutien, un étai, jouer les prémices de la mise en place d'une relation «conteneur-contenant».

La fonction libératrice de la parole m'est aussi apparue. F. Désobeau explique que «*Le cri permet des passages d'un niveau d'expression à un autre, du mouvement-acte au mouvement-émotionnel, de l'émotion aux mots. Ces mots en se disant alors, vont permettre chez le sujet un remaniement de sa structure interne, de ses modes de*

fonctionnement et de ses modes relationnels»[102]. C'est encore la fonction d'étayage qui est mise en jeu, permettant de passer d'un niveau à un autre. Je ne pourrais énoncer que la parole a permis d'éviter les passages à l'acte chez Mr B. - ses conduites d'alcoolisation attestant le contraire - mais elle a pu du moins les mettre en mot, les conscientiser et les penser.

Il me paraît important que le patient sente qu'il peut s'exprimer. Les séances de psychomotricité mettent en jeu le corps et bien sûr aussi l'esprit. Mr B. et Mr N. ayant une approche corporelle difficile, il reste essentiel qu'ils puissent témoigner de l'impact provoqué par les propositions psychomotrices. On ne peut les laisser repartir avec leur expérience brute, sans retour. Ainsi, suite à une séance de relaxation, Mr B. nous a beaucoup parlé de ses traumatismes et de leurs conséquences. Cela a marqué un tournant dans la façon d'envisager la suite des prises en charge avec lui ; il nous a semblé que ses paroles pouvaient représenter une demande d'un travail sur ses symptômes. Quant à Mr N., il continue de verbaliser ses pensées et ses remarques entre les différentes propositions. Ces paroles sont souvent riches et nous permettent entre autres d'orienter les exercices proposés.

2- Je bouge ici… et ça bouge là !

Relaxation et expressivité du corps semblent apporter à Mr B. et Mr N. les appuis nécessaires pour tenter de se reconstruire, de solidifier leur unité psychocorporelle. J'observe la façon dont ils se saisissent tous deux de ces pratiques ; qu'ils ré-expérimentent parfois chez eux.

a- La relaxation, bouger à travers la statique

Avec Mr B., l'accent est mis sur le corps réel dans la relaxation. Il me semble que ces nominations concrètes permettent de l'ancrer dans la réalité. Elles lui donnent un premier appui dans sa quête de corps. De façon imagée, j'ai l'impression que ces nominations viennent «plaquer», ancrer le corps de Mr B. au sol, lui permettant alors d'en ressentir les appuis, les limites. Il a déjà parlé de son incapacité à suivre les

[102] CALZA A., CONTANT M., 2007, p.215

séances lorsqu'elles proposaient trop d'imaginaire. Cela m'évoque alors un lien, en rapport avec les niveaux psychomoteurs décrits par S.B. Robert-Ouvray. Il me semble que Mr B. expérimente par la relaxation le premier niveau, le palier tonique. Il perçoit ses tensions, il les situe. Il s'attarde à ressentir son corps. Les inductions à la détente viennent poser du sens, lui permettant d'accéder au palier sensoriel. Les nominations décrivent ses limites. Les difficultés de Mr B. à se laisser porter par une relaxation induisant des images mentales peuvent-elle être liées à une faille, pour le moment, du palier représentatif ? Dans le traumatisme, quelque chose de non représentable s'est installée. Cela vient-il interférer avec les difficultés de Mr B. à se laisser aller à des propositions plus imagées ?

Le contexte de la relaxation n'est pas sans rappeler le holding maternel. Il me semble que nous revêtons cette fonction à travers la relaxation. La présence, la voix, la préoccupation que nous avons à son égard montrent à Mr B. que nous sommes là pour lui, pour tenter de le contenir, de le réassurer. J'exposerais l'idée qu'à l'inverse de ce que décrit D. Anzieu chez le tout petit : «*L'appui externe sur le corps maternel conduit le bébé à acquérir l'appui interne sur sa colonne vertébrale, comme arrête solide permettant de se redresser*»[103], l'appui interne de Mr B. sur le corps de la psychomotricienne va le conduire à acquérir des appuis externes suffisamment sécures pour avancer. De même, je reprends l'idée de M. Guiose[104] qui parle dans la relaxation de l'intériorisation d'un bon objet nécessaire pour développer la capacité d'être seul de D.W. Winnicott. Je remarque que Mr B. «intériorise le bon objet», représenté par le cadre sécure, la séance et la psychomotricienne, et nous verbalise qu'il fait de la relaxation seul chez lui quand il sent que l'angoisse peut monter. Un auto-étayage semble alors prendre forme…

Mr B. est actuellement dans une phase positive, et apparaît en demande d'évolution. Ses mots viennent pointer son envie de « se prendre en main », de se soigner, d'avancer. Sentant cette demande, ma maître de stage a alors un jour proposé à Mr B. de choisir entre deux types de relaxation, la méthode habituelle ou un «scanner corporel». Mr B. a choisit la seconde. Ce type de relaxation nécessite une autonomie plus importante, puisque la psychomotricienne laisse le patient penser les différentes parties de son corps à son rythme. Ce choix ne me paraît pas anodin, et montre une

[103] ANZIEU D., 1985, p.98
[104] GUIOSE M., 2007

certaine évolution de Mr B., qui peut, ce jour, penser son corps sans l'aide d'un autre. Il est capable d'y être attentif sans se laisser envahir d'angoisse, il entretient un rapport avec son corps. Récemment, toujours en lui laissant le choix, Mr B. a décidé d'une relaxation induisant le toucher. C'est là encore un point notable non négligeable, puisque nous approchons au centre du symptôme : le toucher du corps. Mr B. a été capable de verbaliser les douleurs qu'il a ressenti mais ces dernières ne l'ont ni désorganisé ni trop interrogé.

«*Continuez de me faire bouger, je sens que quelque chose se passe*» !

b- L'expressivité du corps, d'accord, mais vous bougez aussi

Le passage à des propositions corporelles a marqué pour Mr N. un tournant dans l'évolution de sa prise en charge. Mr N. avait un grand besoin de verbaliser ses angoisses et ses doutes. Aujourd'hui, il dit que «parler c'est bien, mais ca n'amène pas que des bonnes choses» ; il se montre en réelle demande du travail corporel que nous lui offrons. Je remarque son élan, son envie et sa curiosité de découvrir à chaque séance ce que nous allons lui proposer.

Il me semble que nous représentons un double appui pour Mr N., un moyen pour lui de tenir dans ses expériences sensori-motrices : par notre présence psychique, nous lui fournissons un appui dans la prise de confiance corporelle, par notre présence physique, nous lui donnons un appui réel, visible et concret sur lequel s'adosser.

Notre présence et notre action dans les séances apparaissent essentielles pour Mr N. Il a besoin de pouvoir s'appuyer sur nous pour affronter plus sereinement la réalité corporelle que nous lui proposons. Je reprendrai les propos de D. Vigne : «*il est souhaitable qu'en plus d'un dialogue verbal, ils [les patients] s'appuient sur le 'corps propre' du psychomotricien, qui met à leur service l'empathie dont il est capable, favorisant ainsi l'ouverture au réel : ce qui est palpable permet le contact*»[105]. Ainsi, je crois qu'en nous imitant, Mr N. peut prendre plus facilement conscience de son corps. Il semble parfois s'accrocher, s'agripper, notamment par le regard, à ce que nous lui proposons. La façon intense dont il regardait les bâtons qui nous reliaient afin qu'ils ne tombent pas, ou celle dont il fixait mes gestes pour pouvoir les imiter en miroir en

[105] CALZA A., CONTANT M., 2007, p.211

témoignent. Tel le bébé décrit par E. Bick qui va s'agripper à toute stimulation pour se sentir unifié, l'agrippement de son regard permet-il à Mr N. de se sentir alors plus solide ?

D. Vigne précise que « *Cet étayage par le réel est sollicité chez des patients de structure psychotique afin de réduire un processus dissociatif ou délirant, ainsi pour reprendre une métaphore chère à Lowen, de leur permettre 'd'avoir les deux pieds sur la terre'* »[106]. Il me paraît en effet important et nécessaire d'ancrer Mr N. le plus possible dans la réalité. Ses verbalisations me montrent la prégnance de son imagination : chaque proposition devient propice à un «on dirait que, cela me fait penser à». Ce travail avec la réalité me paraît d'autant plus perspicace que Mr N. y prend du plaisir et dit que «cela lui fait du bien». Il aime sentir son corps : ses muscles durs après un exercice physique, sa sensation de liberté quand il s'étire, les mouvements d'auto-palpation et de lissage des membres. Dans les propositions plus physiques, son corps se met vite à trembler. La même hypothèse me revient encore : a-t-il besoin de sentir son corps tendu pour se sentir existant, présent au monde ? Je me souviens de ses paroles fortes lorsqu'il se questionnait sur l'importance d'investir son corps alors qu'il pourrait le lâcher à tout moment.

Tout comme Mr B., Mr N. refait parfois chez lui les exercices corporels que nous lui proposons, surtout ceux des échauffements. Les notions d'intériorisation du bon objet, d'auto-étayage et d'individualisation semblent alors être au travail.

Nous pourrions décrire ce cheminement comme un enracinement psychique énergétique et corporel qui aide Mr N. à tenir debout : «debout dans sa tête», debout sur ses pieds, solide et plus confiant. Actuellement, Mr N. s'autorise à expérimenter sans nous. Apres des échanges à trois avec un gros ballon, nous l'avons laissé un temps jouer seul, faire ce qu'il souhaitait avec. J'ai alors pu percevoir chez Mr N. la joie, la curiosité, l'excitation, caractéristiques d'un enfant face à la découverte d'un nouveau jouet. Mr N. retrouve la capacité de jouer, et par le jeu met son corps en mouvement. Il expérimente, vit son corps, le ressent et se trouve des capacités.

«*Laissez- moi encore bouger, ça me fait du bien*» !

[106] Ibid, p.211

c- *Et alors, ça bouge où?*

La relation thérapeutique de confiance qui s'est installée, différente et singulière avec chacun d'eux a permis leur évolution, et notamment la mise en place d'un contenant. «*Un des principes fondamentaux est de constituer un contenant solide à l'intérieur duquel le patient, se sentant en sécurité, peut régresser à son lieu de fixation et donner libre cours à sa vie pulsionnelle sans risque de désintégration*»[107]. Grâce à la mise en place de ce contenant, à la fonction de holding que nous avons apportée, et au travers des expériences motrices et de la relaxation, Mr B. et Mr N. ont pu adopter une position régressive. Ils ont ainsi pu expérimenter, vivre leur corps et se risquer à le ressentir en toute sécurité.

«*Bouger avec vous, c'est rassurant*» !

La question des limites corporelles m'apparaît comme un des enjeux centraux de ces prises en charges. La restauration de ces dernières chez Mr B. et Mr N. semble nécessaire pour que tous deux puissent aller de l'avant et se sentir moins attaqués par le monde environnant. Ces limites interrogent bien sur leur image du corps. J'ai pu observer cette année à quel point cette dernière était fragile chez eux. L'image du corps est continuellement affectée par les évènements internes et externes. Jouer sur ses limites corporelles, mettre en mots ses ressentis et ses angoisses tendent à restaurer une image du corps plus acceptable.

«*Je bouge ici et là, et je me (res)sens mieux*» !

Mr B. et Mr N. ont tous deux touché l'expérience de l'autonomisation. Par l'intériorisation de notre fonction, par la prise de conscience des bénéfices qu'apporte ce travail corporel, je crois que tous deux ont commencé à saisir que leur corps pouvait être un allié.

«*Regardez, j'arrive un peu à bouger seul*» !

Ainsi, leurs expérimentations corporelles et l'autonomisation leur permet d'établir un contact entre leur corps et leur esprit, et de se ressentir tout entier, d'être. Devenir soi-même, se sentir vivant et cohérent me semble essentiel pour aborder le monde sans se désorganiser.

«*On ne répétera jamais assez que être est le début de tout et que, sans cela, faire et subir ne veulent rien dire*»[108].

---

[107] CALZA A., CONTANT M., 2007, p.223
[108] WINNICOTT D. W., 1992, p.30

CONCLUSION

«Long chemin que parcourent ensemble patient et thérapeute. C'est un peu comme si nous acceptions de descendre au fond du puits avec lui, et, que pour rester avec nous, le sujet finissait par apprendre à remonter en tissant des liens, en s'ouvrant à nouveau, comme les poumons du nouveau-né se déploient à la rencontre de l'air, milieu extérieur, pour vivre. Peu à peu, le thérapeute accompagne le patient sur un trajet de reconstruction de soi, par re-liaisons successives, jusqu'au jeu des associations libres, des remémorations, des représentations»[109].

Ces propos de F. Désobeau me paraissent exposer précisément le travail que nous avons tenté d'élaborer avec Mr B. et Mr N. au cours de cette année. Au travers des médiations que nous leur avons proposées, Mr B. et Mr N. ont pu *bouger*.

Véritables étais, contenues dans un cadre thérapeutique sécurisant, relaxation et expressivité corporelle ont tenté de répondre à leur quête de corps. Tous deux ont été conduits dans une position régressive afin de pouvoir expérimenter à nouveau et essayer de se reconstruire différemment, autour de nouveaux liens psychomoteurs. Tiers permettant d'aborder le corps, les médiations sont venues toucher leurs limites corporelles, psychiques, relationnelles –leur globalité humaine. Mr B. et Mr N. ont pu s'en saisir au cours des séances, y trouver des bénéfices et les réutiliser à leur manière dans leur vie quotidienne. Ils ont bougé dans leur corps, bougé dans leur «être».

Ce chemin se fait à deux, à trois, et l'accompagnement thérapeutique doit être «suffisamment bon». Accueillir Mr B. et Mr N. là où ils en étaient, accepter de se laisser toucher par ce qu'ils nous transmettent, et cheminer avec eux dans leur régression et leur étayage, tel a été notre perspective tout au long de l'année. Ils nous ont fait bouger avec eux.

Entre régression et étayage, le psychomotricien doit s'adapter et être continuellement attentif à ses ressentis et à ce qu'il perçoit du patient. Il l'accompagne dans sa reconstruction psychocorporelle, pour le conduire progressivement à savoir *bouger* seul.

[109] CALZA A., CONTANT M., 2007, p.223

BIBLIOGRAPHIE

DICTIONNAIRES ET OUVRAGES DE REFERENCE

- **DORON R., PAROT F.,** (1991), *Dictionnaire de psychologie*, Paris, Presse Universitaire de France

- Mini DSM IV, critères diagnostiques, (2004), MASSON

OUVRAGES

- **AJURIAGUERRA J.DE.,** (1970), *Manuel de psychiatrie de l'enfant*, Paris, Masson

- **ANDRE P., BENAVIDES T., GIROMINI F.**, (1996), *Corps et psychiatrie*, 2ème édition révisée et augmentée, Heure De France, Paris, 2004

- **ANZIEU D.,** (1985), *Le Moi-peau*, Dunod, Paris

- **BALLOUARD C.,** (2008), *L'aide mémoire de psychomotricité en 25 notions*, 2ème édition, Dunod, Paris, 2011

- **BARA A.,** (1974), *L'expression par le corps, principes et méthodes*, PRIVAT, Toulouse

- **BION W.R.**, (1962), *Aux sources de l'expérience*, 5ème édition, Presse Universitaire de France, Paris

- **BRENOT P.,** (1998), *La relaxation*, Que sais-je ?, Presse Universitaire de France, Paris

- **CALZA A., CONTANT M.**, (2007), *Psychomotricité*, 3ème édition, Masson, Issy-les-Moulineaux

- **CICCONE A., LHOPITAL M.,** (1991), *Naissance à la vie psychique*, Dunod, Paris, 2001

- **COSTE J.-C.,** (1977), *La psychomotricité*, 5ème édition, Presse Universitaire de France

- **CROCQ L.,** (2007), *Traumatismes psychiques, prise en charge des victimes*, Masson, Issy-les-Moulineaux

- **DEBRAY Q., NOLLET D.,** (2009), *Les personnalités pathologiques, approche cognitive et thérapeutique*, 5ème édition, Masson, Issy-les-Moulineaux

- **FERRAGUT E.**, (2005), *Emotion et traumatisme, le corps et la parole*, Masson, Paris

- **GUIOSE M.,** (2003) *Relaxations thérapeutiques*, 2ème édition, Heure de France, Paris, 2007(b)

- **JOVERS M.**, (2000), *Perspectives actuelles sur le développement du tonus et de la posture*, in *Le développement du jeune enfant*, Idées jeunes er approches actuelles, RIVIERE J. (sous la dir. de), Marseille, Edition Solal

- **LESAGE B.**, (2012), *Jalons pour une pratique psychocorporelle, structure, étayage, mouvement et relation*, Eres, Toulouse

- **LEMAIRE J.-G.,** (1991), *La relaxation*, Payot, Paris

- **MICHEL G., PURPER-OUAKIL D.**, (2006), *Personnalité et développement, du normal au pathologique*, DUNOD, Paris

- **MONJAUZE M.,** (1991), La problématique alcoolique, Edition In Press, Paris, 2008

- **POTEL C.,** (2010), Etre *psychomotricien, un métier du présent, un métier d'avenir*, Toulouse, Eres

- **ROBERT-OUVRAY S.B.**, (2002) Intégration *motrice et développement psychique, Une théorie de la psychomotricité*, Desclée De Brouwer, Paris, 2010

- **ROBERT-OUVRAY S.B.,** (1996), *L'enfant tonique et sa mère*, Hommes et perspectives, Paris

- **SANDRI R.,** (1998), *Penser avec les bébés, parcours, réflexions à partir de l'observation du bébé selon Esther Bick*, Eres, Ramonville Saint-Agne

- **SCHILDER P.,** (1950), *L'image du corps*, Traduction française, Editions Gallimard, Paris, 1998

- **WINNICOTT D.W.,** (1965), *Processus de maturation chez l'enfant, Développement affectif et environnement*, Payot

- **WINNICOTT D.W.,** (1987), *Le bébé et sa mère*, Payot, Paris, 1992

ARTICLES :

- **AJURIAGUERRA J.DE.**, (1960), *Tonus corporel et relation à autrui. L'expérience tonique au cours de la relaxation,* Revue de psychosomatique, Tome II, n°2

- **CICCONE A.,** (2000), *Traumatisme et temporalité*, in Thérapie psychomotrice et Recherches, N°122, p.107

- **FRITIS-ARCAYA S.,** (2011), *Les poupées russes, ou la mise en abyme du soi dans soi* in Thérapies psychomotrice et Recherches, N°167, p.14

- **PALAZZIO J.,** (2012), *La personnalité schizoïde*, in Cerveau & Psycho, N°49, p.92

- **PONTON G.,** (2012), *La réorganisation de la conscience corporelle, se construire vivant dans la durée, rendre visible l'invisible*, in Thérapies psychomotrice et Recherches, N°169, p.132

- **ROBERT-OUVRAY S.B.,** (1995), *Hypothèse : un archétype psycho-corporel,* in Thérapies psychomotrice et Recherches, N°104, p.5

MEMOIRES DE PSYCHOMOTRICITE

- **KREBS Z.,** (2011), *Les Poupées Russes : l'être au cœur des enveloppes du soin - Approche psychomotrice auprès d'adolescents présentant une psychose infantile,* Psychomotricité, Paris

- **GUY C.,** (2010), *Contre la douleur, tout contre… Relaxation auprès de patients souffrants au sein de l'unité douleur d'un hôpital général*, Psychomotricité, Paris

Résumé

L'unité psychocoprorelle, base du sentiment d'intégrité, se construit dès la naissance dans le rapport à nous-mêmes et à autrui. Elle peut se trouver mise à mal face à la survenue d'évènements perturbateurs. Ici, Mr B. - victime de traumatismes psychiques - et Mr N. – présentant une personnalité schizoïde- montrent tous deux une unité psychocorporelle fragilisée, un rapport à leur corps conflictuel : malmené et incompris, il leur apparaît comme étranger. Les médiations représentent un tiers ; leur utilisation semble judicieuse dans la mise en jeu corporelle. Je me suis questionnée dans cet écrit sur le rôle de la psychomotricité en psychiatrie adulte, et sur la façon dont les médiations, inscrites dans un cadre thérapeutique, pouvaient venir panser des enveloppes fragilisées.

Mots-clés : Construction psychocorporelle, traumatisme, personnalité schizoïde, médiation thérapeutique, relation, étayage.

Abstract

Psychocorporal unity, being the basis of sensation of integrity, is built since our birth thanks to relationship to the others and to ourselves. This psychocorporal unity can be undermined because of the happening of disturbing events. To be specific, Mr B., - suffering from psychic disorders -, et Mr N., - having a schizoid personality - have both a weakened psychocorporal unity and a conflictual relation with their body : ill-treated and misunderstood, they consider it as a stranger. Mediations work as a third actor, their use seems relevant in the body acting In this paper, I chose to question the part played by psychomotricity in grown-up psychiatry, and the way that mediations as a therapy could heal weakened envelopes.

Key words : psychocoporal construction, trauma, schizoid personality, mediation therapy, relationship, propping up