Soigner la dépression en psychomotricité : prendre conscience de son corps, aller à la rencontre de soi, devenir sujet

Diane de Passemar

▶ **To cite this version:**

Diane de Passemar. Soigner la dépression en psychomotricité : prendre conscience de son corps, aller à la rencontre de soi, devenir sujet. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-00936033

HAL Id: dumas-00936033

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00936033

Submitted on 24 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.

Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie
Site Pitié-Salpêtrière
Institut de Formation en Psychomotricité
91, Bd de l'Hôpital - 75364 Paris Cedex 13

Soigner la dépression en psychomotricité : Prendre conscience de son corps, aller à la rencontre de soi, devenir sujet

---

O.Redon, Les yeux clos, 1890

Mémoire présenté par **Diane de PASSEMAR**
en vue de l'obtention du Diplôme d'État de Psychomotricien

Maître de mémoire :
Gaëlle CARRETTE

Session de Juin 2013

« Soigner.
Donner des soins, c'est aussi une politique.
Cela peut être fait avec une rigueur dont la douceur est l'enveloppe essentielle.
Une attention exquise à la vie que l'on veille et surveille.
Une précision constante.
Une sorte d'élégance dans les actes, une présence et une légèreté, une prévision et une sorte de perception très éveillée qui observe les moindres signes.
C'est une sorte d'œuvre, de poème (et qui n'a jamais été écrit) que la sollicitude intelligente compose. »[1]

Paul VALERY

[1] Valéry P., 1957, p.322

SOMMAIRE

INTRODUCTION **7**

THÉORIE **9**

I. La dépression **9**

A. Généralités **9**

1. Définition 9
2. Sémiologie 9
3. Formes 10
4. Traitements 12

B. Un problème de santé publique **13**

C. Les théories de la dépression **14**

1. Les théories psychanalytiques 14
   - Sigmund Freud 14
   - Mélanie Klein 15
   - Donald W. Winnicott 16
2. La théorie biologique 16

II. L'image du corps dans la dépression **16**

A. Les théories de l'image du corps **16**

- Paul Schilder 17
- Françoise Dolto 17
- Éric Pireyre 18
- Juan-David Nasio 19

B. Le corps agressé dans la dépression **19**

1. Les éprouvés du corps dans la dépression 19
2. Alcoolisme et dépression 20
   - Effets 20
   - Traitement 20
   - Quelques caractéristiques 21
3. Suicide et dépression 21
   - Quelques données significatives 21
   - Facteurs de risque 22
   - Aspects psycho dynamiques 22

III. La conscience corporelle **23**

A. Définition et mécanismes neurophysiologiques **23**

1. Définition 23
2. Les bases physiologiques de la sensibilité somato-viscérale 23
3. Sensation ou perception ? 24
4. Place du tonus dans la conscience corporelle 25
   - Définition 25
   - Tonus et émotion 25
   - Le dialogue tonique 25

B. Conscience corporelle : quelles médiations ? **26**

1. Les méthodes de relaxation 26
   - Le training autogène de Schultz 27
   - La relaxation progressive de Jacobson 28
2. Le toucher thérapeutique 29
3. La thérapie de Pleine-Conscience et ses rapports avec la psychomotricité 30

Conclusion 31

CLINIQUE **32**

I. Présentation d'un Centre Médico-Psychologique pour adultes **32**

A. Fonction du Centre Médico-Psychologique **32**

B. L'équipe pluridisciplinaire **32**
C. La psychomotricité au CMP **33**
Le bilan psychomoteur 33
Mon stage : cadre et position 35

II. Cas Cliniques **36**
A. Mme B **36**
1. Anamnèse 36
Antécédents 36
Suivi depuis 2010 36
2. Bilan 37
3. Projet thérapeutique 40
4. Prise en charge et évolution de septembre à avril 2013 40
La première séance 41
Tout garder pour soi 42
Lâcher prise 42
Laisser venir les sensations 43
Accepter de prendre soin de soi 44
Entre espoir et désespoir 45
Ruptures 46
Et moi ? 46
B. Mme G **47**
1. Anamnèse 47
Antécédents 47
Suivi depuis 2008 48
2. Bilan 49
3. Projet thérapeutique 52
4. Prise en charge et évolution de septembre à avril 2013 53
La première séance 53
Une problématique relationnelle forte 53
Confusions 54
La mise au point 55
En chemin vers des sensations authentiques 55
Oser montrer sa souffrance 56
Émergence d'une parole authentique 57

DISCUSSION **60**

I. La prise de conscience corporelle et ses répercussions sur l'image composite du corps **60**
A. Sur l'identité **60**
1. Identité : définition 60
2. Identification, différenciation, empathie 61
3. Donner des limites 62
En touchant 62
En offrant un cadre thérapeutique 63
Corps et conscience, une thèse neurologique de l'identité (A. Damasio) 64
B. Sur l'identité sexuée **66**
C. Sur la continuité d'existence **67**
D. Sur la peau physique et psychique **67**
E. Sur la représentation de l'intérieur du corps **69**
F. Sur le tonus **70**
1. Tonus et relation : transfert et contre-transfert 70
Le transfert 71
Le contre-transfert 72
2. Tonus et intégration psychomotrice : une théorie de S. Robert-Ouvray 73
G. Sur la sensibilité somato-viscérale **76**
H. Sur les compétences communicationnelles du corps **76**
I. Sur les angoisses corporelles archaïques **78**

J. Considérations personnelles sur la conscience corporelle et l'identité **79**
Conclusion **79**
II. Du corps au sujet **80**
A. Être sujet : définition **80**
B. Devenir sujet, un processus **80**
1. Une première étape : l'émergence de la demande 80
2. La capacité de symbolisation 81
3. Le sujet dit « je » 82
3. Entraves 84
4. Sujet et désir 85
CONCLUSION **86**
BIBLIOGRAPHIE **87**
ANNEXE I **91**
ANNEXE II **99**
ANNEXE III **107**
LEXIQUE **109**
RÉSUMÉ / ABSTRACT **115**

INTRODUCTION

Le stage de troisième année qui fait l'objet de ce mémoire s'est déroulé en Psychiatrie Adulte, au sein d'un Centre Médico-Psychologique. J'ai eu à cette occasion la responsabilité de la prise en charge de plusieurs patients dans le cadre de séances individuelles, sous supervision de ma maître de stage. Ce stage s'est avéré particulièrement formateur puisque j'ai du assurer très rapidement une position de thérapeute dans la relation avec le patient.

J'ai rencontré dans ma pratique de stagiaire des pathologies psychiatriques variées. Dans le cadre de suivis individuels, j'ai particulièrement travaillé autour de la prise de conscience du corps et ce, quelle qu'ait été la pathologie. La conscience corporelle* me paraît être le cœur de la psychomotricité, son centre directeur puisqu'elle met directement au travail le schéma corporel et l'image du corps. Le Décret n° 88-659 du 6 mai 1988 relatif à l'accomplissement de certains actes en rééducation psychomotrice stipule d'ailleurs que le psychomotricien est un spécialiste de la prise en charge des troubles du schéma corporel et de la représentation du corps d'origine physique ou psychique. La prise de conscience corporelle fait l'objet d'un travail personnel au cours de la première année d'études en psychomotricité. Elle met en jeu les capacités de proprioception*, de représentation, de relation.

En clinique, la pathologie qui m'a le plus interpellée est la dépression. C'est un terme vaste qui regroupe, comme nous le verrons, un ensemble de syndromes aux causes et aux signes variés, et qui ne constitue pas une maladie isolée mais survient en comorbidité de bien d'autres pathologies. Les signes psychomoteurs de la dépression sont spécifiques et font partie des critères de diagnostic.

Dans la dépression, le narcissisme* est fragilisé, le temps s'arrête, le sujet se trouve coincé dans un ici et maintenant sans avenir, sans projet, sauf éventuellement celui de mettre fin à ses jours car il n'est plus capable de trouver des ressources propres et de se poser comme sujet dans sa vie. Sans désir, sans plaisir, sans espoir, sans créativité, le sujet n'est plus maître de son existence, il souffre d'un corps absent, comme anesthésié, ou bien au contraire d'un corps trop présent, objet de douleurs multiples, témoin de la souffrance psychique. L'identité et le désir sont mis à mal.

L'objet de ce mémoire est de montrer en quoi, dans le cadre d'un travail psychomoteur au long cours, la conscience corpor elle permet au patient dépressif de

* toutes les astérisques renvoient au Lexique, en fin de mémoire, qui comporte les définitions des mots ainsi signalés

redécouvrir son identité propre et à partir de là, de se ressaisir de son corps, de sa vie, de retrouver « l'en-vie » de se positionner à nouveau comme sujet dans son existence.

Je développerai en Théorie une présentation de la dépression, ses conséquences sur l'image du corps et définirai la notion de conscience corporelle. Je présenterai dans la partie Clinique le cadre de mon lieu de stage et l'évolution de deux patientes au cours des séances de psychomotricité. En Discussion, je m'interrogerai sur l'influence du travail de prise de conscience du corps au regard du concept d'image composite du corps d'Éric Pireyre, en lien avec ma clinique, afin de déterminer en quoi ce travail pourrait permettre au patient de retrouver une position de sujet dans sa vie.

THÉORIE

I. La dépression

A. Généralités

1. Définition

La 10ème Classification Internationale des Maladies (CIM-10) et le 4ème Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM IV) répertorient la dépression comme une pathologie appartenant aux troubles de l'humeur. Pierre Lévy-Soussan cite Jean Delay: « *L'humeur est cette disposition affective fondamentale, riche de toutes les instances émotionnelles et instinctives, qui donne à chacun de nos états d'âmes une tonalité agréable ou désagréable, oscillant entre les deux pôles extrêmes du plaisir et de la douleur»*[2] . Dans la dépression, l'humeur ne circule plus librement : elle est comme figée autour d'un seul pôle, celui de la douleur.

La CIM-10 distingue l'épisode dépressif isolé et le trouble dépressif récurrent, que nous détaillerons dans la partie suivante. Dans les épisodes typiques de chacun des trois degrés de dépression, légers, moyens ou sévères, le sujet présente un abaissement de l'humeur, une réduction de l'énergie et une diminution de l'activité.

2. Sémiologie

William de Carvalho et David Cohen[3] développent dans la sémiologie des syndromes dépressifs : des symptômes psychiques, des symptômes psychomoteurs et des symptômes dits somato-instinctuels. Ces syndromes dépressifs ne sont pas l'apanage d'une pathologie : on peut les retrouver en comorbidité de presque toutes les pathologies psychiatriques.

Parmi **les symptômes psychiques**, l'humeur dépressive est au premier plan « *L'humeur dépressive confère au syndrome dépressif tout son degré de souffrance, de douleur morale et parfois d'indicibilité (…) Le déprimé entrevoit soudain ses rapports à son histoire personnelle et au monde au travers d'un prisme dont les différentes facettes ne lui renvoient qu'échec, ratage, impossibilité, auto-dévalorisation, impuissance, impasse. (…) Rien n'est comparable à la douleur dépressive qui impose soudain les affres du désespoir »*[4]. Pour la personne dépressive, il semble que tout s'écroule, que l'accès au

[2] Lévy-Soussan P., 2001, p.37
[3] Carvalho (de) W. et Cohen D. in Olié J-P., Poirier M-F., Loô H., 2003, p. 3-14
[4] Ibid.

plaisir soit impossible. Ces deux auteurs évoquent, dans les cas les plus graves, la possibilité d'une anesthésie affective, d'une paralysie des émotions.

L'anxiété est également un symptôme psychique majeur. Elle se manifeste par *« l'incapacité à se détendre»*[5]. En psychomotricité, nous pouvons faire le lien avec une probable hypertonie*. L'état de tension psychologique et physiologique est fort, *« le malaise peut être tel qu'il engendre des passages à l'acte soudain ou raptus anxieux auto ou hétéro-agressifs »*[6]. Au niveau somatique, les signes peuvent être nombreux : gorge serrée, difficulté à déglutir, sueurs, nausées, troubles cardio-vasculaires, difficultés d'endormissement etc. Au niveau cognitif, cela peut s'exprimer par *« un déficit de l'attention, notamment lié à une hyper vigilance face à tout nouveau stimulus»*[7].

Il existe des troubles cognitifs typiques de la dépression : fatigabilité mais aussi, un trouble du jugement : *« les représentations et contenus de pensées (...) ont en commun d'être teintés par le pessimisme et le sentiment d'infériorité qui infiltrent la conviction du patient »*[8]. L'initiative, la prise de décision, la volonté, le désir sont très diminués et provoquent eux-mêmes de l'anxiété chez le patient.

Les **symptômes psychomoteurs** sont caractéristiques : le ralentissement psychomoteur peut être considéré comme *« la véritable pierre angulaire de la dépression »*[9]. Clinophilie*, asthénie*, aboulie*: il peut aller de la perte d'élan vital à la prostration. Il fait écho au ralentissement mental constaté, et l'impression pour le patient de ne plus arriver à penser.

Les **symptômes somato-instinctuels** sont constants. Ils comprennent les signes somatiques de l'anxiété évoqués précédemment. Par ailleurs, on note souvent une perte de poids. Les troubles du sommeil sont caractéristiques, avec le plus fréquemment des réveils précoces, des cauchemars. La libido est diminuée. On remarque aussi des troubles cénesthésiques* : paresthésies*, vertiges, céphalées*, crampes…

3. Formes

Nous détaillerons en premier lieu les formes se rapportant aux cas cliniques de ce mémoire :

Les états dépressifs névrotiques : l'état dépressif vient compliquer une névrose*. L'anxiété est importante, la sémiologie névrotique est présente, avec le plus souvent une symptomatologie hystérique* ou phobo-obsessionnelle*. *« L'état dépressif est souvent de*

[5] Ibid.
[6] Ibid.
[7] Ibid.
[8] Ibid.
[9] Ibid.

gravité moyenne et survient d'ordinaire alors que le sujet est en rupture d'une situation antérieurement valorisante, rupture vécue comme particulièrement frustrante »[10]. La personne se trouve dans une quête affective importante, elle est sensible aux réactions de ses proches. Dans le cas où l'état dépressif survient à nouveau, on parle alors de **trouble dépressif récurrent,** caractérisé par la survenue répétée d'épisodes dépressifs, en l'absence de tout antécédent d'épisodes d'exaltation de l'humeur et d'augmentation de l'énergie (manie).

Un sous-type de ces états dépressifs nous intéresse particulièrement : **La dépression masquée.** Le patient décrit majoritairement des symptômes somatiques, *« la totalité des affects dépressifs se traduisant en termes physiques »*[11]. Ces plaintes somatiques peuvent évoquer des précordialgies*, des douleurs abdominales, des paresthésies*, sans substratum organique.

Les états dépressifs psychotiques :

La mélancolie appartient au trouble bipolaire* anciennement dénommé psychose maniaco-dépressive. Dans le trouble bipolaire, l'accès mélancolique est le pendant de l'accès maniaque*. Cependant, il existe des formes unipolaires où seul l'aspect mélancolique est présent. Au cours de l'accès mélancolique, tous les symptômes dépressifs sont accentués : On constate une aboulie*, une anorexie*, une insomnie récalcitrante, des idées suicidaires. Il existe une dimension délirante dans laquelle le patient est envahi de culpabilité (idée de faute à expier, de ruine, de souillure ou de deuil), convaincu de son incurabilité. Le risque suicidaire est par conséquent très élevé.

Pierre Péron-Magnan distingue un sous-type de mélancolie, **la mélancolie souriante :** Elle est niée par le sujet, bien que l'entourage ait conscience d'un changement dans son caractère. Le patient présente un sourire plaqué, artificiel, comme un masque sur le visage. Le risque suicidaire est d'autant plus grand que cette présentation rend le diagnostic difficile.

Nous citerons également d'autres formes dépressives qui ne se rapportent pas aux cas cliniques de ce mémoire :

- La dépression réactionnelle dans laquelle *« l'état dépressif est secondaire à un événement traumatisant »*[12] *;*

- Les états dépressifs atypiques qui constituent parfois des modes d'entrée dans la schizophrénie : *« un sujet jeune développe un état dépressif où prédomine le ralentissement psychomoteur et où l'on va rechercher des signes de dissociation »*[13] *;*

[10] André P., 2006, p.64
[11] Péron-Magnan P. in Olié J-P., Poirier M-F., Loô H., 2003, chap.28, p.258
[12] André P., 2006, p.64
[13] Ibid.

- Les états dépressifs symptomatiques qui sont observés au cours d'affections organiques et qui sont une réaction psychologique à la maladie, ou bien le résultat d'une atteinte lésionnelle cérébrale ou des désordres physiologiques entraînés par la maladie.

4. Traitements

Chimiothérapie

Les antidépresseurs, dont le principe est pour la plupart d'inhiber la recapture de la sérotonine*, peuvent être prescrits. Ils font partie des psycho-analeptiques, une famille de médicaments qui a pour propriété de stimuler l'activité psychique, même si certains ont aussi des propriétés sédatives pour diminuer l'anxiété. Les effets secondaires peuvent varier d'un patient à l'autre, d'un médicament à l'autre, avec le plus souvent: des effets gastro-intestinaux, des effets centraux (céphalées, vertiges, insomnie), des effets dissociatifs (dépersonnalisation*, déréalisation*, hallucinations* visuelles et/ou auditives), des effets sexuels (impuissance, baisse de la libido), un émoussement émotionnel… Tous ces effets secondaires sont importants à prendre en compte en psychomotricité.

Des thymorégulateurs ou normo thymiques sont prescrits dans le cas d'épisodes mélancoliques se rapportant au trouble bipolaire, même si le patient n'a pas connu d'épisode maniaque. Leur effet tend non pas à faire disparaître entièrement le trouble, mais à allonger les périodes normo thymiques (parfois de plusieurs années) entre deux accès thymiques extrêmes. Plusieurs molécules peuvent être proposées : Les plus connues sont les sels de lithium. Certains types sont plus spécialisés dans les épisodes maniaques ou dans les épisodes mélancoliques. Les effets secondaires sont variables: digestifs (diarrhées, nausée), tremblement des extrémités, somnolence, vertiges, bouche sèche, prise de poids (liste non exhaustive).

Des anxiolytiques qui ont pour effet de réduire l'anxiété, et des hypnotiques (somnifères), peuvent aussi être prescrits, souvent en attendant le plein effet des antidépresseurs qui ne survient qu'au bout de quelques semaines.

Psychothérapies

La psychothérapie permet de travailler sur les aspects psychologiques qui peuvent être liés à l'épisode dépressif.

Les psychothérapies cognitives et comportementales constituent un traitement à court et moyen terme, très orienté sur la gestion de la crise en cours. Elles visent à modifier les pensées et les comportements qui peuvent déclencher ou perpétuer des épisodes dépressifs.

Les psychothérapies d'inspiration psychanalytique vont permettre d'appréhender ce qui, dans l'histoire du sujet a pu se figer à un stade d'évolution et entraîner la pathologie. Patient et thérapeute remontent aux sources de la maladie. Ce type de thérapie est plus long

et vise un objectif qui va au-delà de la résolution de la crise en cours, jusqu'à des modifications profondes de la personnalité du patient.

B. Un problème de santé publique

Dans leur étude réalisée pour l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES), Chan Chee C., Beck F., Sapinho D., Guilbert Ph. estiment que la dépression représente un problème majeur de santé publique, au regard de la charge de morbidité qui peut lui être attribuée. L'étude porte, entre autres, sur les facteurs socio-économiques de la dépression, le type de prises en charge proposées en France et le regard social porté sur les patients.

Les chiffres sont éloquents : Les auteurs estiment que *« d'après l'OMS, les problèmes de santé mentale seraient à l'origine de 35 à 45% de l'absentéisme au travail et la dépression représenterait la troisième charge de morbidité »*[14]. Jusqu'à 15% de la population serait susceptible d'être touchée au cours de l'année.

Au niveau du sex ratio, l'étude estime que les femmes connaissent la dépression deux fois plus souvent que les hommes. Elles sont aussi plus exposées qu'eux aux rechutes et à la chronicisation de cette pathologie. Les deux sexes connaissent les mêmes facteurs de risque de survenue d'un épisode dépressif majeur. Les plus importants sont : la solitude (célibat, veuvage, divorce), le fait d'être sans activité professionnelle, et les maladies chroniques.

L'enquête porte également sur le recours aux soins par un sondage sur la population générale. Le médecin traitant est le principal référent, il est consulté dans 67% des cas. *«Les deux modalités de prise en charge les plus fréquemment proposées sont les médicaments psychotropes et le soutien psychologique »*[15]. Dans une bien moindre mesure, et par ordre décroissant, les patients font appel à *« l'exercice physique, les médecines douces, l'information sur la maladie, la psychothérapie, les exercices de relaxation »*[16]. La psychothérapie (comme les autres thérapies non médicamenteuses) reste beaucoup moins fréquemment prescrite que les psychotropes par le médecin traitant.

Nous pouvons nous interroger sur le facteur économique qui pousse les médecins à prescrire surtout des médicaments, puisque ni les thérapies alternatives ni la psychomotricité ne sont prises en charge par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (C.P.A.M.) en libéral. Or, l'étude nous dit qu'elles sont légitimes dans la prise en charge de la dépression, et à ce titre, je souhaite que mes études de cas cliniques puissent montrer à quel point la psychomotricité peut être une thérapie adaptée pour ces patients. J'ajouterai

[14] Chan Chee C., Beck F., Sapinho D., Guilbert Ph., 2009, p. 84
[15] Ibid.
[16] Ibid.

que l'efficacité de la prise de conscience corporelle est déjà reconnue en quelque sorte, si l'on considère l'engouement actuel pour la Mindfulness Therapy* ou Thérapie de Pleine Conscience, méthode venue des États-Unis que je développerai ultérieurement et à laquelle se forment de plus en plus de thérapeutes français.

C. Les théories de la dépression

1. Les théories psychanalytiques

Sigmund Freud

Sigmund Freud a fondé la psychanalyse*. En 1917, dans *Deuil et Mélancolie*[17], il relie les deux états du deuil et de la mélancolie à la perte d'un objet aimé. Ils présentent le même état d'âme douloureux, la même perte de l'intérêt pour le monde extérieur, la même incapacité à choisir un nouvel objet d'amour. Le seul trait qui différencie la mélancolie du deuil est le trouble du sentiment de l'estime de soi.

Si le deuil est relié à une perte réelle et consciente, il n'en va pas de même pour la mélancolie : « *la perte de l'objet* est soustraite à la conscience* (…) *le malade lui non plus ne peut saisir consciemment ce qui a été perdu* »[18]. Le trouble du sentiment de l'estime de soi serait à corréler avec le fait que la perte, en réalité, concerne le Moi*. L'investissement d'objet du mélancolique est fondamentalement narcissique* et ambivalent, donc fragile car en aimant, il investit autant le Moi que l'objet d'amour. Après l'événement déclenchant, l'investissement d'objet est supprimé et le Moi est mis à mal : La libido* détachée de l'objet perdu, va faire retour sur le Moi. Le Moi s'identifie alors à l'objet abandonné. La perte de l'objet est donc transformée en une perte du Moi : le Moi se retrouve clivé avec une partie qui juge l'autre et la considère comme un objet d'aversion morale.

Freud affirme ensuite : « *La torture que s'inflige le mélancolique et qui, indubitablement, lui procure une jouissance, représente, la satisfaction de tendances sadiques* et haineuses qui, visant un objet, ont subi de cette façon un retournement sur la personne propre.* »[19]. Il explique ainsi les conduites auto-agressives du mélancolique, pouvant aller jusqu'au suicide.

En 1923, dans *Le Moi et le Ca*[20], il postule l'intervention d'une instance critique, le Surmoi*, qui serait responsable du sentiment de culpabilité du Moi et dirigerait les tendances sadiques sur lui. Le surmoi doit en principe protéger le Moi mais devient persécuteur. L'objet auquel la colère du Surmoi était adressée se retrouve fondu dans le

[17] Freud S., 2004 p.7-19
[18] Ibid.
[19] Ibid.
[20] Freud S., 1923

Moi par identification. Le Moi ne se défend pas, il admet sa culpabilité et se soumet à la punition : il se laisse mourir parce qu'il se sent haï par le Surmoi, au lieu d'être aimé.

John Bowlby, psychiatre et psychanalyste anglais, soutiendra cette thèse d'un déséquilibre entre l'investissement libidinal objectal et l'investissement narcissique. « *Ce dualisme s'exprime dans les efforts pour l'attachement ou la séparation et alimentent le substrat émotionnel nécessaire au développement de la personnalité. (...) La vulnérabilité à la dépression peut être en relation avec une tendance excessive à la dépendance de l'attachement à l'autre, ou inversement lors d'une tendance à l'évitement de relations trop proches* »[21].

Mélanie Klein

Psychanalyste britannique, elle s'intéresse au développement de l'enfant et reprend les travaux de Freud et d'Abraham sur la mélancolie. Elle postule l'existence du stade de la position dépressive infantile survenant vers l'âge de six mois au cours du développement de l'enfant. Elle évoque deux mécanismes intervenant dans la petite enfance : l'introjection et la projection. Dans l'introjection, le Moi « assimile » de bons objets. La projection consiste pour l'enfant à mettre à l'extérieur de lui ce qui est mauvais, sa propre agressivité, en la projetant sur des objets qu'il ressent donc comme persécuteurs. « *Le prototype de l'objet clivé est le sein maternel : l'objet est bon quand l'enfant le reçoit, mauvais quand il lui manque* »[22].Vers 6 mois, l'enfant va commencer à accéder à la position dépressive : il sort du clivage et comprend que l'objet clivé est en réalité une seule et même chose, bon et mauvais à la fois, qu'il aime cet objet et le déteste en même temps. La survie du bon objet prime, il doit être sauvé : le Moi doit accéder à la réparation c'est-à-dire accepter la frustration, accepter ses propres tendances agressives et reconnaître à l'objet plus de bénéfices que de torts.

Pour Mélanie Klein, le deuil pathologique, la mélancolie, correspondraient à une réactivation du processus de la position dépressive infantile. Chez ces personnes, les bons objets internes ne sont pas suffisamment solides, la position dépressive n'a pas pu être surmontée. Le désespoir du déprimé vient du doute du Moi à pouvoir effectuer la réparation, à pouvoir sauver l'objet : « *Le Moi sait inconsciemment que la haine est en lui aussi bien que l'amour et qu'elle peut, à tout moment, l'emporter* »[23]. « *Dans la mélancolie, la haine des mauvais objets se double d'une identification aux bons objets*

[21] [21] Péron-Magnan P. in Olié J-P., Poirier M-F., Loô H., 2003, chap.47, p. 468
[22] Péron-Magnan P. in Olié J-P., Poirier M-F., Loô H., 2003, chap.47, p. 464
[23] Klein M., 2004

intériorisés, en danger de voir la haine l'emporter »[24]. Le suicide viserait ainsi la destruction des mauvais objets et la sauvegarde des bons objets, internes ou externes.

Donald W. Winnicott

Pédiatre, psychiatre et psychanalyste britannique, il soutient la distinction de Mélanie Klein entre dépression et position dépressive. Il insiste sur le fait que l'objet maternel soit suffisamment gratifiant, que la mère soit donc *suffisamment bonne* et puisse survivre aux manifestations d'agressivité de l'enfant. La mère n'est pas détruite par la haine du bébé, et l'enfant peut alors différencier le fantasme de la destruction et la réalité extérieure. Si les défaillances de la mère dépassent les capacités de l'enfant pour les tolérer, les pulsions de destruction dominent : l'enfant craint d'avoir détruit la mère par son comportement ou de la détruire à l'avenir. L'accès à la réparation est empêché par une culpabilité insupportable. Dans le cadre du traitement psychanalytique de patients dépressifs ayant subi des carences affectives maternelles, tout se rejoue dans le transfert sur le thérapeute: « *l'analyste est amené à survivre aux attaques agressives et à se laisser utiliser pour que le patient puisse retrouver pleinement la spontanéité de son agressivité créatrice première, et la pleine liberté d'aimer et de haïr* »[25].

2. La théorie biologique

Elle s'appuie sur l'efficacité du traitement par antidépresseurs, arguant un déficit du neuromédiateur sérotonine dans la dépression.

Une autre théorie plus récente et plus systémique est celle de chercheurs de l'université de San Diego[26] en 2011. Les douleurs psychiques et physiques partagent les mêmes mécanismes biologiques : lors d'une douleur physique, les mécanismes de réparation entraînent parfois douleur chronique et inflammation. La réponse à un traumatisme psychique peut le faire également, entraînant une dépression chronique. Les chercheurs s'interrogent alors sur les potentiels effets antidépresseurs que pourraient avoir les antalgiques ou les traitements anti-inflammatoires. Des études à ce sujet sont en cours.

II. L'image du corps dans la dépression

A. Les théories de l'image du corps

Il est inenvisageable d'aborder la notion d'image du corps sans évoquer celle du schéma corporel. Les deux concepts font appel à des données issues de la neurophysiologie, de la phénoménologie et de la psychanalyse : on oppose généralement l'image du corps relevant de la psychanalyse, au schéma corporel relevant de la neurophysiologie. Nous

[24] Péron-Magnan P. in Olié J-P., Poirier M-F., Loô H., 2003, chap.47, p. 465
[25] Lehmann J.P., 2003, p. 238
[26] Markou K., Wager-Smith A., 2011

aborderons l'évolution de ces deux concepts, de façon non-exhaustive, pour nous rendre compte qu'ils ne sont pas si clairement distincts.

Paul Schilder

Le concept d'image du corps est introduit par Paul Schilder, psychiatre et psychanalyste autrichien : *« l'image du corps humain, c'est l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit la façon dont notre corps nous apparaît à nous-mêmes »*[27]. Elle s'étaie sur trois niveaux :

- Un niveau postural : Les diverses sensations sont intégrées pour former une sensation d'unité corporelle ;
- Un niveau libidinal : La libido investit le corps en suivant les étapes du développement (stades oral, anal, phallique…) de l'enfant. *« Aux différents stades du développement, le modèle du corps change continuellement »*[28] ;
- Un niveau social : L'image du corps se construit aussi en relation avec les autres.

Les notions de schéma corporel et d'image du corps sont utilisées indifféremment dans la théorie de Schilder.

Françoise Dolto

Pédiatre et psychanalyste française, Françoise Dolto va différencier schéma corporel et image du corps. Julian de Ajuriaguerra avait donné une définition du schéma corporel : « *Édifié sur la base des impression tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification* »[29].

Françoise Dolto s'appuie sur cette définition pour différencier les deux notions et préciser leur intrication : *«c'est grâce à notre image du corps portée par – et croisée à – notre schéma corporel que nous pouvons entrer en communication avec autrui »*[30].

Le schéma corporel renvoie à une réalité de fait : Il est une donnée anatomique naturelle, commune aux individus d'une même espèce. Il est à la fois conscient*, préconscient* et inconscient*. Il évolue dans le temps et dans l'espace.

L'image du corps *« est à chaque moment une mémoire inconsciente de tout le vécu relationnel et en même temps, elle est actuelle, vivante, en situation dynamique, à la fois narcissique et interrelationnelle : camouflable ou actualisable dans la relation ici et maintenant par toute expression langagière, dessin, modelage, invention musicale,*

[27] Schilder P., 1968, p.35
[28] Ibid. p.143
[29] Labes G., Joly F., 2010, p.14
[30] Dolto F., 1984, p. 23

plastique, comme aussi mimiques et gestes »[31] . L'image du corps, contrairement au schéma corporel, est profondément subjective, inconsciente, libidinalisée, liée aux affects.

Comme Schilder, elle en établit une lecture sur trois niveaux, indissociables :
- L'image de base : constitutive du narcissisme primordial*, elle permet au sujet de ressentir une certaine continuité d'être, corporelle et spatio-temporelle. Elle constitue donc la base du sentiment d'exister. Une notion d'identité en découlerait.
- L'image fonctionnelle : plus dynamique, elle se réfère à la satisfaction des besoins (donc des manques) de certaines zones corporelles. Cette sensation de manque en un lieu érogène, suscite l'apparition du désir dont le sujet cherche à obtenir la satisfaction.
- L'image érogène : associée à l'image fonctionnelle, elle se réfère à la libido en relation à l'autre et à l'identité sexuée.

Éric Pireyre

Psychomotricien, il actualise le concept d'image du corps au regard de sa clinique. Il conteste la séparation établie entre schéma corporel et image du corps. Au sujet du schéma corporel, il affirme qu'il vaudrait mieux *« abandonner cette dénomination confuse et parler de sensibilité somato-viscérale. Ce qui n'empêche nullement de penser la place de cette sensibilité dans une théorie de l'image du corps »*[32]. Le schéma corporel appartiendrait à l'image du corps.

Éric Pireyre prend pour point de départ la théorie de Dolto mais estime que *« son point de vue ne rend pas compte de toutes les facettes d'une image du corps abordées par le versant de la clinique en général, et de la clinique psychomotrice en particulier »*[33]. Certains aspects inconscients plus fantasmatiques seraient laissés de côté. Ces aspects peuvent être *« reliés à la maturation neurophysiologique et donc renvoyer à une interaction entre la matérialité du corps, c'est-à-dire l'organisme et le psychisme »*[34].

A l'image monolithique du corps des théories précédentes, il oppose le concept d'image composite du corps : « *l'image du corps ne peut se résumer à une certaine représentation que l'on se fait de notre propre corps (…). L'image du corps ne peut être monolithique, c'est-à-dire faite d'un seul tenant* »[35]. Il la conçoit comme composée de plusieurs éléments, d'où le terme d'image composite. Il établit neuf sous-composantes de l'image du corps.

[31] Ibid. p.23
[32] Pireyre E., 2011, p.45
[33] Ibid. p.46
[34] Ibid. p.46
[35] Ibid. p.47

Aux sous-composantes citées par Françoise Dolto - la sensation de continuité d'existence ; l'identité ; l'identité sexuée - il ajoute la peau physique et psychique ; la représentation de l'intérieur du corps ; le tonus ; la sensibilité somato-viscérale ; les compétences communicationnelles du corps ; les angoisses corporelles archaïques*.

Le concept d'image du corps prend bien plus de dimension vu sous cet angle. Ses aspects seront abordés plus précisément dans la partie discussion.

Juan-David Nasio

Psychiatre et psychanalyste français ayant beaucoup travaillé sur l'image du corps, il affirme « *Je tiens l'image du corps pour la substance même de notre Moi. (...) Nous sommes ce que nous sentons et voyons de notre corps. Notre Moi est l'idée intime que nous nous formons de notre corps, c'est-à-dire la représentation mentale de nos ressentis corporels, représentation changeante (...) j'ai le sentiment d'être moi-même quand je ressens et vois mon corps vivant*»[36]. Pour Nasio, l'image du corps constitue le Moi. Si l'on tient compte de ce que nous avons évoqué au regard des théories psychanalytiques, à propos de l'insupportable culpabilité éprouvée par le Moi du sujet déprimé, nous admettrons que l'agressivité du déprimé dirigée vers le Moi, soit donc dirigée sur l'image du corps.

B. Le corps agressé dans la dépression

1. Les éprouvés du corps dans la dépression

La personne déprimée a la sensation d'un corps faillible. Le ralentissement psychomoteur l'oblige à dépenser beaucoup d'énergie pour des actions qui n'en nécessitaient pas tant auparavant. Le registre d'éprouvés est pauvre, le corps subissant surtout des sensations douloureuses. Pierre André, Thierry Bénavidès et Françoise Giromini affirment *« le déprimé ne trouve plus l'étayage nécessaire à une bonne image de lui-même (...) L'appui corporel n'existe plus, ce qui renforce le malaise dépressif »*[37].

Tous ces éléments amènent au dégoût du corps, au dégoût de soi. Ralentissement psychomoteur et idéique nous montrent que la personne déprimée est comme coupée d'elle-même, de son corps, s'en désintéresse. Cette apparente indifférence peut sembler paradoxale vis-à-vis de la constatation fréquente d'actes auto-agressifs sur le corps.

Cette auto-agressivité peut prendre plusieurs formes. Toutes ces formes ont en commun d'être soumises à l'impulsivité du sujet, impulsivité qui entraîne le passage à l'acte. Selon le Larousse[38], l'impulsivité caractérise ce qui est impulsif c'est-à-dire ce qui agit comme sous la poussée d'une force irrésistible, en l'absence de toute volonté réfléchie.

[36] Nasio J-D., 2007
[37] André P., Bénavidès T., Giromini F. 2004, p.84
[38] Larousse 2013, ressources en ligne

La personne n'a donc pas de capacité à différer ou à anticiper les conséquences de l'acte. Pour Alexandre Dumais[39], l'impulsivité serait directement liée à un déficit en sérotonine, ce qui pourrait expliquer sa présence dans la dépression. Les formes d'auto-agressivité abordées seront celles qui se rapportent à nos cas cliniques, c'est-à-dire l'alcoolo-dépendance et la tentative de suicide.

2. Alcoolisme et dépression

L'alcoolisme et la dépression entretiennent des liens forts. Selon Pierre Fouquet, *« est alcoolique tout homme qui a, en fait, perdu la liberté de s'abstenir de consommer de l'alcool»* [40]. L'alcoolisme implique donc la notion de dépendance. On distingue généralement, dans le cadre de l'alcoolisme, les dépressions primaires qui apparaissent avant le début de l'abus d'alcool, et les dépressions secondaires dont l'alcoolisme est à l'origine.

Effets

Les propriétés de l'alcool pourraient le faire considérer au premier abord comme le médicament « idéal » : euphorisant et désinhibiteur, anxiolytique*, antalgique*, myorelaxant*, sédatif*. Pourtant, les effets de la consommation excessive sur le long terme sont dévastateurs, parmi lesquels: troubles neurologiques (encéphalopathie de Gayet-Wernicke*, polynévrite*, convulsions) ; troubles cardio-vasculaires (arythmie, hypertension, cardiomyopathies*) ; troubles respiratoires et ORL (cancer, pneumonie) ; troubles digestifs (cirrhose* du foie, cancer de l'œsophage) et des troubles musculaires ; l'humeur devient dysphorique* avec anxiété et irritabilité. Il faut bien évidemment y ajouter un élément majeur : La dépression associée à l'alcoolisme constitue *« un facteur de gravité, en particulier par les risques suicidaires qui sont importants dans cette population fragile »*[41].

Traitement

Le traitement consiste dans un premier temps en une cure de désintoxication. La personne est hospitalisée sur plusieurs semaines durant lesquelles elle doit être abstinente. Elle reçoit un traitement médicamenteux qui lui permet de faire face au syndrome de sevrage*. Une psychothérapie de soutien est généralement mise en place. La période de postcure est la plus délicate et les rechutes sont fréquentes. Un suivi médical régulier est nécessaire sur le plan médicamenteux et psychothérapeutique pour les éviter. Cependant, il est rare qu'une seule cure suffise.

[39] Dumais A., 2010
[40] Descombey J-P. 1994, p.13
[41] Ibid.

Quelques caractéristiques

Il me semble intéressant d'ajouter quelques mots sur l'alcoolisme au regard de la féminité : *« chez la femme, la dépression précède souvent la prise d'alcool (…) L'alcoolisme féminin, volontaire, solitaire et culpabilisé survient souvent chez des femmes présentant une histoire dysthymique associée à une pathologie névrotique ou à des troubles de la personnalité. »* [42].

Au regard du corps en général, *« le corps est perçu comme neutre »*[43], non sexué, « *il ne possède pas de contenu (…) et tout se passe comme si le patient cherchait à nier son corps tout en exhibant les stigmates de son intoxication chronique* »[44].

Au niveau relationnel, la désinhibition fait que *« le corps imprégné d'alcool modifie la relation à l'autre en rendant les échanges superficiels et inauthentiques ».* [45] Les relations avec autrui sont d'autant plus mises à mal que le patient se sent très facilement jugé par l'autre.

Enfin, nous évoquerons le rapport établi, en psychanalyse, entre l'alcoolisme et l'érotisme du stade oral* : *« la conduite alcoolique peut être considérée comme une régression au stade oral ; l'absorption d'alcool est recherchée par le sujet pour le plaisir d'incorporation propre à ce stade. Sur le plan de la relation d'objet, le sujet se montre dépendant de l'autre, considéré comme indispensable à la fonction nourricière. Le type de relation infantile que le sujet noue avec les autres est à l'origine de nombreuses frustrations. L'alcool représente alors pour l'alcoolique un moyen de satisfaire ses pulsions orales, quelles que soient les contraintes du monde extérieur »*[46]. Il est possible de relier cet état de dépendance toxicomane à l'état de dépendance relationnelle évoqué par Bowlby dans le cadre de la dépression.

3. Suicide et dépression

Quelques données significatives

L'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (I.N.S.E.E.) enregistrait 10400 suicides en France pour l'année 2010. Bien que le taux de suicide* ait baissé de près de 8% entre 1990 et 2010, la France demeure toujours parmi les pays européens à taux de suicide élevé[47]. Il faut différencier le suicide, et la tentative de suicide qui consiste en un suicide échoué : la personne tente de mettre fin à ses jours sans y parvenir, mais les séquelles de cette tentative peuvent être sévères. Le Conseil économique, social et environnemental (Cese) a rendu, en février 2013, un avis favorable à la création

[42] Bouvet O., Bouden-Zouaoui A., in Olié J-P., Poirier M-F., Loô H., 2003, chap.13, p.122
[43] André P., Bénavidès T., Giromini F., 2004, p.98
[44] Ibid.
[45] Ibid. p.99
[46] Darcourt G., 1993, p.138
[47] I.N.S.E.E., 2012

d'un observatoire des suicides en France. Il évoque le chiffre de 220 000 tentatives de suicides par an. Pour François Hartmann[48], dans 60% des cas, la dépression serait à l'origine de cette tentative. Au niveau du sex ratio, les tentatives de suicide sont plus nombreuses chez les femmes, et les décès par suicide plus nombreux chez les hommes. L'auteur donne également une estimation de 15% de décès par suicide dans la dépression.

Facteurs de risque

Les facteurs de risque sont nombreux : au cœur de la dépression, on retrouve l'isolement social, une rupture quelle qu'en soit la nature (conflit conjugal, changement de domicile, perte d'emploi…), des violences familiales. Les antécédents de tentatives de suicide et la sévérité de la dépression majorent le risque[49]. L'alcoolisme chronique, l'insomnie précoce, et l'association d'un trouble anxieux* ont aussi beaucoup d'influence. L'impulsivité peut être considérée comme un facteur de risque, cependant, elle n'est pas toujours à l'origine du passage à l'acte suicidaire dans la dépression : *« Le passage à l'acte suicidaire peut avoir été annoncé par le sujet déprimé ou au contraire constituer une surprise (…). Parfois, (…) certains suicides sont préparés et exécutés de sang froid. Il faut en particulier se méfier des patients qui semblent résignés et arborent un sourire équivoque »*[50], comme dans la dépression masquée.

Aspects psycho dynamiques

En psychanalyse : S'appuyant sur la théorie freudienne, Menninger, psychiatre américain, distingue trois éléments à l'origine de la tentative de suicide :

- Le **désir de mort** correspondrait à un désir oral passif de retourner au sein maternel ;
- Le **désir de tuer** qui résulterait d'un retournement sur soi d'une impulsion agressive contre autrui. Il repose sur l'identification narcissique avec l'objet d'amour, précédemment évoquée. *« Nul n'est probablement à même de trouver l'énergie psychique de se tuer, à moins de commencer par quelqu'un à qui il s'est identifié »*[51] *;*
- le **désir d'être tué** par nécessité d'un châtiment à subir soi-même. Il fait écho au retournement des tendances sadiques du Surmoi sur le Moi, et donc à la culture de la pulsion de mort, à l'œuvre dans le Surmoi.

En psychologie cognitive : Pour les cognitivistes, deux éléments sont à l'origine des préoccupations suicidaires : Le **désespoir** qui habite le déprimé joue le rôle d'agent catalyseur. *« Il est l'un des médiateurs principaux entre la dépression et les intentions suicidaires »*[52] ; le **trouble de la pensée** où la situation est vécue comme intenable et

[48] Hartmann F., in Olié J-P., Poirier M-F., Loô H., 2003, chap.5, p.57
[49] Ibid., p.58
[50] Ibid., p.56
[51] Freud S., 1917
[52] Hartmann F., in Olié J-P., Poirier M-F., Loô H., 2003, p.60

désespérée et le patient convaincu qu'il n'y a pas de solution à sa souffrance. Le suicide peut alors être considéré comme la seule solution envisageable.

III. La conscience corporelle

A. Définition et mécanismes neurophysiologiques

1. Définition

Il n'existe pas de définition canonique de la conscience corporelle. Cette absence de précision en fait un terme assez flou, utilisé de façon indifférenciée. Je m'appuierai sur les éléments donnés par Éric Pireyre : *« Prendre conscience de son corps, c'est, pour le système nerveux central, recenser et analyser des afférences sensorielles de la périphérie ou de l'intérieur du corps et y consacrer une certaine quantité d'énergie attentionnelle. (…) La prise de conscience du corps est possible aussi au niveau psychique. (…) par exemple en relaxation, c'est porter son attention vers certaines zones corporelles ou vers la globalité du corps. (…) La prise de conscience du corps est un phénomène qui se situe à l'interface de la sensibilité somato-viscérale et de l'image du corps. (…) elle est un vrai processus thérapeutique »*[53].

La conscience corporelle serait à envisager comme un processus qui consisterait en la focalisation de l'attention sur une sensation corporelle, entamant un dialogue entre les informations sensorielles et les représentations de l'image du corps. C'est dans l'espace de ce dialogue qu'interviendrait sa dimension thérapeutique.

2. Les bases physiologiques de la sensibilité somato-viscérale

La sensibilité ou somesthésie est une fonction cérébrale qui assure la réception et le traitement de stimuli internes et externes. Il faut différencier : le **système sensitif** dont les récepteurs sont ubiquitaires (ex : la peau, qui a des récepteurs sur tout le corps, en surface et en profondeur) et le **système sensoriel** dont les récepteurs sont regroupés sur un seul organe (ex : dans la vision, les récepteurs sont localisés dans la rétine). La sensibilité est en interaction constante avec la motricité : Toutes les informations transmises par les systèmes de la sensibilité nous permettent de nous protéger de ce qui pourrait agresser le corps, d'avoir une véritable représentation de notre corps dans l'espace, de nous insérer dans notre environnement pour agir en cohérence avec lui.

La sensibilité peut être **consciente** : Deux grands types de voies assurent cette sensibilité fine, discriminative : la voie lemniscale qui relaie les informations relatives au tact épicritique* et à la sensibilité profonde proprioceptive ; et la voie extralemniscale relayant les informations thermo-algiques. La sensibilité peut aussi être **inconsciente** :

[53] Pireyre E., 2011, p.185

c'est le cas des informations transmises au cervelet qui module automatiquement l'activité motrice. Il reçoit une copie de tous les messages moteurs élaborés au niveau cortical et des messages sensitifs enregistrés en périphérie. Le conscient et l'inconscient dont nous parlons ne sont ici pas à comprendre au sens psychanalytique, mais au sens neurologique : dans le conscient, le percept est accessible au langage.

Nous étudierons la sensibilité consciente qui intervient dans le travail de conscience corporelle. Les modalités de la sensibilité consciente sont différenciées :

- L'extéroception, liée à des récepteurs superficiels, traite les informations mécaniques, chimiques, thermo-algiques, relatives à des stimuli externes au corps ;
- La proprioception, liée à des récepteurs profonds dans les muscles, les tendons, les ligaments, les os, renseigne le cerveau sur la position du corps dans l'espace, le niveau tonique en relation avec l'attraction terrestre : *« Elle joue un rôle fondamental dans l'ajustement postural car elle contrôle le tonus de nos muscles et les positions de nos membres. Elle entretient la connaissance du corps »*[54]. Elle nous permet de savoir que notre corps nous appartient. La proprioception est notre sixième sens.
- La sensibilité nociceptive relaie les informations liées la douleur ;
- La sensibilité viscérale consciente traite les informations liées à la douleur viscérale des fonctions respiratoires, cardio-vasculaires, digestives.

3. Sensation ou perception ?

Il convient classiquement de différencier ces deux termes en admettant que la sensation relèverait du fonctionnement du récepteur sensoriel, c'est-à-dire du signal envoyé par ce récepteur après stimulus et avant qu'il n'atteigne le niveau cortical, tandis que la perception résulterait du traitement cognitif de la sensation, couplé aux affects individuels.

E. Pireyre, transforme cette dichotomie : *« On pourrait penser que [la sensation] peut n'exister que très brièvement (le temps pour le potentiel d'action de se propager du récepteur, jusqu'au premier relais médullaire), mais c'est compter sans le mécanisme d'inhibition latérale. (...) Ce phénomène permet (...), en exerçant une inhibition sur les cellules réceptrices voisines de celle qui est activée, de mettre en valeur une information sensorielle contrastée. Autrement dit, la sensation est traitée dés ses plus précoces instants »* [55]. Il cite ensuite Boisacq-Schepens et Crommelink : *« Le caractère indissociable des mécanismes d'analyse périphérique et des processus d'intégration centrale s'oppose*

[54] Robert-Ouvray S. et Servant-Laval A., in Albaret J-M., Giromini F., Scialom P., 2011, Chap.5
[55] Ibid., p.116

au maintien d'un clivage entre sensation et perception »[56]. Dans ce cas, on ne parlerait donc plus de sensation, mais uniquement de perception.

La perception s'appuie ainsi sur des bases physiologiques objectives mais demeure pourtant un phénomène très subjectif.

4. Place du tonus dans la conscience corporelle

Définition

La proprioception est une modalité sensitive intéressant tout particulièrement les psychomotriciens qui ont fait du tonus la pierre d'angle de leur travail. Suzanne Robert-Ouvray et Agnès Servant-Laval définissent le tonus musculaire comme *« la réaction d'un muscle à son propre étirement (...) c'est un état de tension active, permanente, involontaire et variable dans son intensité en fonction des diverses actions syncinétiques ou réflexes qui l'augmentent ou l'inhibent »*[57]. Il est au fondement de la posture, du mouvement et des dynamiques d'interaction avec l'environnement.

Ses différents niveaux déterminent des fonctions spécifiques :
Le tonus de base ou de fond est l'activité tonique minimale dans le muscle qui ne disparaît jamais, même dans le sommeil profond. Le tonus postural est le niveau de tonus nécessaire au maintien d'une posture, c'est-à-dire de la disposition relative des segments corporels dans l'espace, et de son équilibre. Il nécessite une lutte contre les forces de gravité. Il propose un niveau de tension optimum pour le point de départ d'une action, il prépare à la contraction phasique du muscle. Le tonus d'action est défini par l'activité phasique du muscle et permet l'action dans un déroulement spatialisé.

Tonus et émotion

Selon Henri Wallon, *« les émotions sont une formation d'origine posturale qui a pour étoffe le tonus musculaire »*[58]. Il prend pour exemple la posture et affirme *« la posture est déterminée par l'organisation tonique spécifique du moment, ou tonus postural, lui-même sous-tendu par l'émotion »*[59]. L'émotion est avant tout un mouvement au sein du corps et les modifications toniques en témoignent : Agnès Servant-Laval et Suzanne Robert-Ouvray compare le tonus à *« la chair de l'émotion »*[60].

Le dialogue tonique

En lien avec les émotions, les variations toniques constitueraient un véritable mode de communication infra verbale, qui peut être conscient ou inconscient. Ajuriaguerra,

[56] Ibid.
[57] Robert-Ouvray S. et Servant-Laval A., in Albaret J-M., Giromini F., Scialom P., 2011, p.145-177
[58] Wallon H., 1942, p.174
[59] Ibid.
[60] Robert-Ouvray S. et Servant-Laval A., in Albaret J-M., Giromini F., Scialom P., 2011, p.145-177

précise l'idée de relation tonico-émotionnelle de Wallon, qui s'étaie sur l'existence d'un dialogue tonique entre la mère et l'enfant, ayant pour instrument le corps entier et précédant le dialogue verbal : *« l'état tonique est un mode de relation, hypertonie d'appel, hypotonie de soulagement, de détente ou de satisfaction »*[61].

Les modifications toniques de l'enfant se font par rapport à autrui, et prennent sens dans les mots de la mère. Agnès Servant-Laval et Suzanne Robert-Ouvray distinguent plusieurs fonctions du dialogue tonique :

- permettre l'attachement entre la mère et l'enfant ;
- permettre l'intégration des sensations par les différences toniques entre les participants du dialogue ;
- changer de niveau d'organisation et accéder au symbolique : *« le bébé animé de tensions liées à ses émotions passe au niveau symbolique lorsque son parent donne du sens à ce qu'il vit »*[62].

La prise de conscience du corps, qui utilise la proprioception, donne au tonus une place fondamentale, en résonnance avec l'émotion et la relation.

B. Conscience corporelle : quelles médiations ?

Il n'existe pas de médiations spécifiques en conscience corporelle. De façon générale, toutes les propositions qui peuvent amener à porter son attention sur un état particulier du corps sont légitimes. Je présenterai cependant ci-dessous quelques médiations qui me paraissent particulièrement appropriées et que j'ai proposées aux patients, mettant notamment en jeu tout ce qui a été évoqué au sujet du tonus précédemment.

1. Les méthodes de relaxation

Selon le dictionnaire du Larousse, la relaxation est une *« détente physique et mentale résultant d'une diminution du tonus musculaire et de la tension nerveuse »*[63]. Elle est aussi définie comme la *« méthode visant à obtenir cette détente par le contrôle conscient du tonus physique et mental afin d'apaiser les tensions internes et de consolider l'équilibre mental du sujet »*[64]. Dans un second article de référence, le Larousse définit la relaxation comme un *« ensemble de phénomènes qui se produisent spontanément lorsque l'équilibre d'un système physique a été rompu et grâce auxquels le système revient progressivement à l'état d'équilibre »*[65]. Il me semble que cette définition qui concerne directement le champ de la physique pourrait aussi s'appliquer à la psychomotricité : Les

[61] Ajuriaguerra (de) J. et Cahen M. in Joly F. et Labes G., 2008, p.117
[62] Robert-Ouvray S. et Servant-Laval A., in Albaret J-M., Giromini F., Scialom P., 2011, p.145-177
[63] Larousse (ressources en ligne), 2013
[64] Ibid.
[65] Ibid.

patients en psychiatrie consultent parce que leur équilibre psychique est rompu. La relaxation permet entre autres, de recouvrer un état d'équilibre interne, physiologique et psychique, comme nous le développerons dans la partie Discussion.

Je ferai une présentation rapide des deux grandes méthodes qui ont inspiré les courants ultérieurs en relaxation.

Le training autogène de Schultz

Inspirée de l'hypnose, cette méthode est la plus ancienne de toutes les méthodes de relaxation thérapeutique : Schultz l'élabore entre 1908 et 1912. Marc Guiose[66] cite les travaux d'Oscar Vogt, qui signale que certains patients s'auto-hypnotisent et obtiennent un état de calme : *« Schultz pense alors à induire les sensations de calme, de repos, de lourdeur, de chaleur, qui caractérisent l'état hypnotique »*[67]. Le but de la méthode est de rendre le patient autonome dans son soin, capable en fin de prise en charge de s'auto-suggérer l'état de relaxation. Il existe deux cycles dans cette méthode, les psychomotriciens sont autorisés à pratiquer le cycle inférieur.

Le cadre de la séance doit favoriser la concentration : le lieu doit être calme, la température moyenne, et il faut instaurer une semi-obscurité. Il est capital de veiller au confort du patient : il peut être en position assise ou allongée, mais toujours de manière à le solliciter le moins possible sur le plan tonique.

Schultz instaure des rituels de début et de fin de séance : la séance commence toujours par une invitation à fermer les yeux, et s'ensuit l'induction au calme. A la fin, la reprise invite toujours à un mouvement de flexion de l'avant-bras, une respiration profonde et l'ouverture des yeux. Il existe six exercices de base, introduits chaque fois sur deux semaines.

De façon sommaire, les exercices comportent des inductions à la première personne du singulier qui invitent à ressentir : l'expérience de la pesanteur ; l'expérience de la chaleur ; le contrôle du cœur ; le contrôle respiratoire ; la chaleur de l'abdomen ; la fraîcheur du front.

Le but à atteindre est la généralisation, c'est-à-dire que *« l'effet suggéré diffuse spontanément dans tout le corps »*[68].

Les indications de cette méthode figurent en Annexe III. Schultz établit des contre-indications formelles : la psychose, la maladie de Parkinson (le tremblement augmente en relaxation), et le manque d'autonomie (jeunes enfants, déficients mentaux, grands névrosés).

[66] M. Guiose, 2007, p.11
[67] Ibid.
[68] Ibid., p.12

La relaxation progressive de Jacobson

En 1928, Jacobson, neurophysiologiste américain, propose une méthode très différente du training autogène : sa méthode est dite à point de départ physiologique, c'est-à-dire que la détente naît directement de la perception d'un état physiologique, il n'y a pas de suggestion verbale. Il croit en effet ainsi pouvoir éviter ce qu'il considère comme un asservissement du patient au thérapeute. Les travaux de Jacobson l'amènent à *« l'idée qu'il existerait une relation entre le vécu émotionnel et le degré de tension musculaire. (…) les émotions se traduiraient par des contractions localisées dans diverses parties du système musculaire et viscéral. »*[69]. Il étend cette affirmation aux activités cognitives : *« toute pensée et toute planification d'une action impliquent une activité musculaire, et sont liées à des phénomènes qui se passent simultanément dans les nerfs et dans les muscles, le tout formant un modèle caractéristique pour chaque individu »*[70]. Chaque personne exprime donc ces processus au niveau tonique, de façon tout à fait singulière.

Le but de la relaxation pour Jacobson, serait en quelque sorte d'inverser le sens de l'action du système nerveux : *« en agissant sur l'hypertonicité musculaire, on agit dans un sens favorable, sur l'état névrotique et sur l'angoisse »*[71].

La méthode, assez simple, consiste à repérer les tensions musculaires et à les contrôler en relâchant volontairement les muscles contactés. Il existe deux parties dans cette méthode : la relaxation générale et la relaxation différentielle.

Dans la relaxation générale, après un repos de cinq à dix minutes pour le patient, le thérapeute lui propose de contracter une partie du corps en se concentrant sur la localisation des sensations de tensions et d'effort, puis de relâcher cette partie et d'identifier la sensation de détente qui survient dans les muscles au repos. *« De séance en séance, on progresse à travers tout le corps, jusqu'à obtenir un contrôle global, une relaxation générale »*[72].

Dans la relaxation différentielle, le principe est de parvenir au minimum de contraction musculaire pour une action, tout en maintenant en état de relaxation les muscles dont l'activité n'est pas indispensable à cette action. Le patient commence à expérimenter la relaxation différentielle en position couchée, puis assise, puis à l'introduire dans les actes de la vie quotidienne.

Les indications de la méthode figurent en Annexe III. Au sujet des contre-indications, il faut noter que *« si la méthode ne présente aucune contre-indication dans le domaine des maladies mentales, celle-ci doit être utilisée avec prudence à cause de*

[69] Ibid. p.17
[70] Ibid.
[71] Ibid.
[72] Ibid., p.18

l'importance de son effet lorsqu'il s'agit de maladies organiques impliquant le système neuro-végétatif et cardio-vasculaire ».[73]

Le training autogène de Schultz est une méthode à point de départ psychologique ; la relaxation progressive de Jacobson est une méthode à point de départ physiologique : ces deux méthodes ont inspiré les courants ultérieurs. Marc Guiose cite ainsi quelques méthodes d'inspiration majoritairement psychologique : La relaxation Bergès, la rééducation psychotonique d'Ajuriaguerra, la relaxation à induction variable de Sapir, ou la sophrologie. D'autres méthodes sont d'inspiration majoritairement physiologique : la méthode Wintrebert (à base de mobilisations activo-passives), l'Eutonie ou encore la méthode Orlic.

2. Le toucher thérapeutique

En France, le législateur a réservé le terme de « massage » de façon exclusive aux masseurs-kinésithérapeutes. C'est pour cette raison que les psychomotriciens pratiquent le « toucher thérapeutique ».

Le toucher thérapeutique fait toutefois appel à des techniques de massages inspirées pour la plupart de méthodes ancestrales orientales. Ces techniques sont nombreuses, je ne citerai que celles dont j'ai pu m'inspirer durant mon stage.

- Le massage-minute de Joël Savatofski : il s'agit d'un massage sur le visage, les mains ou les pieds et qui permet, en étirant les muscles et en effectuant des pressions digitales, d'obtenir une détente rapide du segment corporel concerné, diffusant souvent ensuite à l'ensemble du corps. Ce massage-minute peut aussi être pratiqué pour une bonne part sur soi-même, en automassage.

- La relaxinésie de Joël Savatofski et la relaxation coréenne : j'ai rassemblé ces deux techniques, qui ont de nombreux points communs. Les différentes parties du corps sont mobilisées progressivement : le mouvement est sec et court, comme des secousses rapides répétées (sauf pour la tête), obligeant le membre mobilisé à se relâcher très vite. On observe moins de résistance et de paratonies qu'avec des mobilisations lentes. Ensuite viennent des mouvements de bercements de tout le corps, de la tête aux pieds. Joël Savatofski rajoute dans sa méthode un massage des extrémités : pieds, mains, tête.

- Le massage biodynamique : créé par Gerda Boyesen vers 1950, il repose sur la relation psyché / soma. Pour elle, chaque organe assure à la fois une fonction organique et une fonction émotionnelle. Elle développe l'idée d'un toucher « juste » ayant une influence positive sur les émotions de la personne. Dans mon apprentissage de cette technique, on

[73] Ibid., p.20

choisissait de travailler sur une profondeur du corps en particulier : os, muscle, ou peau. Selon la profondeur visée, le toucher se fait par pressions en lissage plus ou moins profondes. Le massage s'effectue sur vêtements, par segments, concerne l'ensemble corps, par exemple : haut du sternum à ventre, puis haut du sternum à os iliaque, puis haut du sternum – épaule – main, puis os iliaque – genou – pied pour la face avant. Le massage peut aussi s'effectuer sur la face arrière du corps. Le toucher doit être le plus souple possible, de manière à envelopper le relief du corps, les creux, les bosses, à faire ressentir le volume. Il peut être intéressant d'explorer les trois profondeurs en passant par exemple trois fois sur un même segment : la première fois avec un toucher allant contacter l'os, la seconde fois avec un toucher allant contacter le muscle, la dernière fois avec un toucher plus en surface sur la peau.

3. La thérapie de Pleine-Conscience et ses rapports avec la psychomotricité

La Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT), en français thérapie cognitive de pleine conscience en français est programme de réduction du stress (formation de huit semaines) développé aux États-Unis par John Kabat-Zinn, médecin. Je n'y ai pas été formée, mais nous verrons en quoi il me semble concerner directement la psychomotricité.

Ce programme s'inspire de la méditation bouddhiste. Dans une interview au magazine *Ca m'intéresse*, John Kabat-Zinn en définit le principe : « *il s'agit de prendre conscience de ce qui émerge quand on prête délibérément attention à l'instant présent sans aucun jugement. (...) On ne parle pas de l'intellect et de la cognition. Avec la pleine conscience, on n'est pas dans la théorie, mais dans la pratique. Êtes-vous conscient de ce qui se passe ? »*[74]. En pratique de conscience corporelle, il s'agit aussi d'être présent à ce qui se passe en soi, à ses sensations ici et maintenant. *«La méditation repose sur la découverte qu'il y a en nous une ressource qui ne repose pas sur la volonté, c'est l'attention. Méditer, c'est entraîner l'attention (...) notre cerveau est une extraordinaire machine à produire des pensées, très difficile à arrêter. En méditation, on n'arrête pas les pensées, on fait un pas de côté pour penser et se voir penser»*[75]. En relaxation, c'est également ce qui est proposé au patient : si des pensées préoccupantes viennent pendant la pratique ou le temps de silence, l'idée est de les laisser passer, de ne pas les accrocher. Se centrer sur sa respiration peut alors être une aide précieuse.

L'apprentissage de la méditation se base sur des propositions très concrètes directement en rapport selon moi avec la pratique psychomotrice. Pour la MBSR, les propositions sont basées sur des outils issus de la méditation bouddhiste *« comme le scan corporel qui consiste à explorer ses sensations des pieds à la tête, l'attention à la*

[74] Van Ingen F., Lescroart M., janvier 2013, p.56-65
[75] Ibid.

respiration, au corps en mouvement. Peu à peu, on apprend à distinguer sensations, émotions, sentiments»[76]. La technique se base donc sur une attention particulière aux sensations du corps, à ses appuis, ses tensions, la façon dont se fait la respiration, à laisser passer les pensées sans s'y attarder. Ce sont des éléments que de nombreux psychomotriciens proposent quotidiennement dans leur pratique.

Il m'a semblé important de présenter la MBSR car elle a un intérêt majeur pour les psychomotriciens: les nombreuses recherches dont elle a fait l'objet aux États-Unis confirment par l'evidence-based medicine* les bienfaits des pratiques psychomotrices de prise de conscience du corps.

Ca m'intéresse cite plusieurs études à ce sujet : La MBSR serait la source de nombreux bienfaits pour la santé, le cerveau, le vécu de la douleur, le stress, les relations interpersonnelles, le vieillissement. De nombreuses universités ont effectué des recherches en ce sens[77].

Conclusion

Les méthodes de relaxation et de toucher thérapeutique sont des outils dont je me suis inspirée, sans suivre une méthode en particulier à la lettre. J'ai ainsi utilisé plusieurs outils dans une même séance, autour d'un même axe thérapeutique et je les ai adaptés en fonction de chaque patient.

[76] Ibid.
[77] Ibid.

CLINIQUE

I. Présentation d'un Centre Médico-Psychologique pour adultes

A. Fonction du Centre Médico-Psychologique

Le Centre Médico-Psychologique (CMP) est un lieu de consultation et de soins ambulatoires gratuits. C'est un centre de diagnostic, de traitement et de prévention des difficultés psychiatriques. Toute personne peut venir consulter de sa propre initiative ou adressée par son médecin traitant. Le soin au CMP concerne toutes les pathologies relevant de la psychiatrie générale : névroses*, troubles de l'humeur, troubles alimentaires*, addictions, états-limites*, psychoses*.

Le CMP est rattaché au pôle de psychiatrie générale d'un centre hospitalier. Il est sectorisé, c'est-à-dire qu'il offre des soins à la population dans un territoire déterminé. Le secteur de mon lieu de stage regroupe environ 65 000 personnes.

Le CMP est le pivot du secteur de psychiatrie publique. L'ensemble des actions ambulatoires s'organise à partir du CMP en articulation avec l'hospitalisation, ainsi que tous les projets de structure alternative pour éviter l'hospitalisation, réduire sa durée et réinsérer le patient. Le CMP coordonne ainsi les actions de l'unité d'hospitalisation à temps plein, de l'hôpital de jour et du centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP).

L'unité d'hospitalisation à temps plein accueille des patients dont l'état de santé nécessite des soins et/ou une surveillance en permanence. Elle peut être continue ou discontinue (les week-ends, les nuits).

L'hôpital de jour permet d'assurer des soins polyvalents individualisés et intensifs durant la journée, le cas échéant à temps partiel.

Le CATTP vise à maintenir ou favoriser une existence autonome du patient, par des actions de soutien et de thérapie de groupe. Le CATTP peut constituer le prolongement de l'activité d'un CMP, fonctionner dans les mêmes locaux et concerner ou non les mêmes patients. La prise en charge est généralement moins régulière et plus ponctuelle que dans un hôpital de jour. Elle est généralement d'une ou de plusieurs demi-journées par semaine.

B. L'équipe pluridisciplinaire

Le CMP offre des possibilités de prise en charge très riches grâce à une équipe de professionnels pluridisciplinaire. L'équipe travaille en étroite collaboration avec le Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) et l'Hôpital de Jour situés au même endroit.

Le **médecin psychiatre responsable** du CMP a une fonction de coordination dans l'équipe et avec le service d'hospitalisation en psychiatrie. Il a un rôle de décision et de maintien de la cohésion d'équipe.

Le **cadre de santé** gère les ressources humaines. Il organise les emplois du temps, fait le lien entre l'équipe soignante, les médecins et l'administration hospitalière.

Les **médecins psychiatres** reçoivent les patients pour poser un diagnostic, mettre en place un traitement médicamenteux et prescrire une psychothérapie et/ou des ateliers thérapeutiques. Ils effectuent des entretiens et réévaluent régulièrement l'évolution du patient, et son traitement.

La **secrétaire** accueille les patients, gère les rendez-vous et le suivi des dossiers. Elle a un rôle d'interface entre les patients et l'équipe.

L'**assistante sociale** accompagne les patients dans leurs démarches auprès de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), le Service d'Aide à la Vie Sociale (SAVS), les Établissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT). Elle peut aussi demander une protection juridique pour eux, une mise sous tutelle ou sous curatelle. Elle est à l'interface du sanitaire et du social.

Les **infirmiers** assurent une permanence d'accueil, reçoivent les patients pour des entretiens, ils ont un rôle d'écoute et de soutien. Ils les conseillent dans la prise de leur traitement, et suivent leur état quant à la nécessité éventuelle d'une hospitalisation. Ils peuvent également effectuer des visites à domicile.

Les **psychologues** assurent des consultations individuelles de psychothérapie, adaptées à chaque patient.

La **psychomotricienne** reçoit des patients en séance individuelle sur prescription médicale : elle effectue des bilans psychomoteurs et met en place si besoin à la suite du bilan, un projet thérapeutique pour une prise en charge en psychomotricité en cohérence avec l'avis du médecin psychiatre.

Une réunion de synthèse a lieu une fois par semaine, avec tous les acteurs du soin.

C. La psychomotricité au CMP

La prise en charge en psychomotricité a une place importante au CMP. La demande est forte, une journée supplémentaire de consultation devrait être proposée sous peu. Ma maître de stage exerce à la fois au CMP, au CATTP et à l'intra-hospitalier. Les patients sont adressés en psychomotricité sur prescription médicale de leur psychiatre référent.

Le bilan psychomoteur

Il n'existe pas de bilan-type en psychomotricité pour la psychiatrie adulte. Ma maître de stage a construit un bilan adapté à la psychiatrie, en collaboration avec sa

collègue de l'intra-hospitalier. Elles utilisent les mêmes items ce qui leur permet de comparer aisément leurs données.

Le bilan se fait généralement en deux fois. Le rôle principal du bilan est d'établir la nécessité ou non d'une prise en charge en psychomotricité. Il permet de repérer les difficultés mais aussi les capacités du patient. La conclusion du bilan donne une représentation du patient à un instant « T ». En psychiatrie, il peut aussi avoir un rôle d'aide au diagnostic. Cette évaluation spécifique psychocorporelle permet parfois de mettre en évidence des troubles *« tels qu'une impulsivité latente, une agressivité contenue, un trouble du schéma corporel, une désorientation spatiale, un trouble du tonus, de l'équilibre ou encore des troubles sensoriels qui peuvent contribuer au diagnostic psychiatrique et donc à l'orientation du projet thérapeutique global »*[78]. Ces signes ne sont en effet pas toujours visibles au cours du premier entretien psychiatrique. Par ailleurs, *« cette évaluation spécifique est tout à fait intéressante (...) lorsqu'il s'agit d'un premier entretien au CMP. (...) Il est fréquent que le patient (...) verbalise un vécu émotionnel, affectif, ou délirant qui n'a pas pu être exprimé en présence du psychiatre et de l'infirmier lors du premier entretien»*[79].

Nous accordons une attention particulières aux réactions du patient, à ses capacités et nous adaptons les items du bilan si nécessaire : il arrive en effet que certains patients trouvent par exemple trop difficile de fermer les yeux.

Le bilan évalue :

- Les capacités cognitives : les capacités d'attention du patient sont observées tout au long du bilan (ex : s'il comprend bien les consignes, s'il demande de répéter plusieurs fois). Lorsque le patient n'a pas au moins un niveau scolaire de classe de 3ème, nous faisons passer l'ERFC*.

- L'organisation temporo-spatiale : l'orientation spatiale est évaluée par certains items du Piaget-Head, la structuration spatiale par la figure de Rey. L'orientation temporelle est évalué pendant le discours du patient dans ce qu'il relate de son histoire, la structuration temporelle avec certains items du Stambak ;

- Le tonus et les manifestations anxieuses : les épreuves de ballant des bras de l'examen du tonus, l'épreuve des bras tendus permettent une évaluation du fond tonique et des réactions tonico-émotionnelles. Un entretien semi-dirigé nous aide à repérer les manifestations psychiques et corporelles de l'anxiété chez le patient.

- L'investissement du corps : Le schéma corporel est évalué par la dénomination des points d'appui du corps pour un patient allongé sur le dos. Un entretien semi-dirigé avec

[78] Christodoulou A., 2006, p.7
[79] ibid.

des questions autour de l'appréciation de son corps par le patient, et un dessin où il est demandé au patient de se représenter lui-même, nous donnent quelques aperçus significatifs de l'image du corps.

- La motricité générale : L'équilibre est évalué qualitativement avec quelques items issus du test de Lincoln-Oseretsky (équilibre statique pieds joints, sur demi-pointes, sur un pied, yeux ouverts ou fermés – équilibre statique en marchant talons contre orteils le long d'une ligne au sol). Pour les coordinations motrices, il demandé au patient d'exécuter l'exercice du pantin du test du Charlop-Atwell.

- La communication : Les capacités de communication verbales sont observées au cours de l'entretien. Les capacités de communication non verbales sont évaluées en demandant au patient de mimer trois émotions primaires* (joie / peur / colère). Nous observons aussi la qualité du contact visuel et la posture durant l'entretien.

Une attention particulière est portée sur la relation aux autres. Nous interrogeons de façon ouverte le patient sur ses relations familiales ou amicales, sur la possibilité de faire appel aux autres en cas de besoin.

Mon stage : cadre et position

En arrivant en septembre, je connaissais déjà l'équipe car j'avais eu la chance d'être en stage l'année précédente sur le même secteur, en CATTP et en unité d'hospitalisation. La grande nouveauté est que j'allais prendre en charge des patients en séance individuelle, sous supervision de ma maître de stage alors qu'il s'agissait de prises en charge de groupe l'année précédente. Mon stage s'est effectué le vendredi matin.

En tant qu'étudiante de 3ème année, ma maître de stage a souhaité que je sois opérationnelle dés le début du stage. J'ai fait passer des bilans dés les premières séances et ai commencé à suivre une patiente. Au bout de quelques semaines, comme j'avais pris de l'assurance et mieux compris les enjeux de l'individuel, ma maître de stage m'a confié trois autres patientes.

Les prises en charges ont lieu dans la salle de psychomotricité. La séance commence toujours par un entretien avec la patiente, ma maître de stage et moi. L'une de nous deux guide la séance. C'est toujours la même personne qui guide la séance pour un même patient. Lors de propositions dynamiques, nous sommes trois participants : celle qui guide la séance, la collaboratrice qui participe, peut faire des propositions mais ne guide pas, et le patient. Lors de propositions de relaxation statique ou de toucher thérapeutique, la personne qui ne guide pas se met en retrait. Ma maître de stage me fait après chaque séance un retour sur ce que j'ai proposé.

II. Cas Cliniques

A. Mme B

Mme B est une patiente âgée de quarante-trois ans. Elle est mariée depuis vingt-deux ans, son époux la soutient dans ses difficultés. Elle a deux fils âgés de seize et dix-sept ans. Mme B a été secrétaire puis assistante maternelle pendant longtemps. Elle a été plusieurs mois en arrêt de travail entre 2010 et septembre 2012. Depuis la rentrée, elle occupe un nouveau poste d'assistante de direction à mi-temps qui lui plaît beaucoup.

1. Anamnèse

Antécédents

La patiente a tenté de mettre fin à ses jours à plusieurs reprises : à dix-sept ans, à trente ans, à quarante ans. Elle a également vécu une période anorexique après sa deuxième grossesse. Ses souffrances somatiques sont nombreuses : Mme B est atteinte d'otospongiose* qui lui provoque une perte d'ouïe et des vertiges, d'une parodontite* aigüe, de scoliose* et d'arthrose* cervicale, de problèmes digestifs douloureux.

Suivi depuis 2010

En mai 2010, elle est hospitalisée plusieurs mois en psychiatrie à la suite d'une tentative de suicide par Intoxication Médicamenteuse Volontaire (IMV). Les médecins décrivent une personnalité abandonnique*, en recherche de réassurances multiples. La fin de cette hospitalisation l'amène à consulter pour la première fois au CMP en septembre 2010. En plus de son suivi psychiatrique, elle entame alors une psychothérapie avec le psychologue du CMP.

Son état s'améliore, mais elle rechute en mai 2011 et doit être ré hospitalisée pour une IMV qu'elle nie. Elle alterne alors les états d'hypomanie* et de dépression. Les sentiments de tristesse, de dévalorisation, de culpabilité, d'inutilité et de désespoir sont nombreux. Elle sort contre avis médical un mois plus tard, mécontente du soin dans le service.

Elle reprend le suivi au CMP et est adressée en août 2011 en psychomotricité au CATTP, en vue d'intégrer un groupe de relaxation dynamique auquel je participe en tant que stagiaire de seconde année. Sa demande est alors *« d'apprendre à m'apprécier mon corps et moi et de prendre les choses plus posément »*. Lors du court bilan spécifiquement adapté à ce groupe, la patiente se montre ambivalente : au début elle minimise les choses, dit ne pas ressentir de stress, être un peu fatiguée. A la fin, elle admet être très tendue, même la nuit, sans faire de lien entre anxiété et tension musculaire. Ce premier bilan court conclut à une dévalorisation de l'image du corps, éprouvé par les douleurs. Il met aussi en évidence

une grande tension corporelle en lien avec ses problèmes somatiques mais aussi avec l'anxiété.

Fin septembre 2011, Mme B est absente du groupe de relaxation car elle est à nouveau hospitalisée pour tentative de suicide. J'en suis surprise car la patiente ne me semble pas avoir donné d'indices sur ses intentions, présentant toujours un visage souriant, disant que tout va bien, comme dans la mélancolie souriante. Le diagnostic posé est alors un syndrome dépressif mélancoliforme persistant. Mme B répond bien au traitement thymorégulateur : le trouble évoqué est le trouble bipolaire, dont elle exprimerait surtout le versant mélancolique. Cette fois-ci, Mme B s'est beaucoup investie dans le soin, participant à plusieurs ateliers, souhaitant maintenir l'hospitalisation pour se protéger. Sa sortie est autorisée par son médecin psychiatre un mois plus tard.

Bilan de sa participation au groupe de relaxation dynamique

Mme B s'est montrée très assidue tout au long de l'année. Toujours souriante, elle donne l'illusion que tout va bien. Au cours de l'année, elle parvient cependant de plus en plus à s'autoriser à exprimer des ressentis, abandonnant un peu cette façade illusoire. Elle reste discrète mais se dit à l'aise dans le groupe. Le groupe lui a permis de prendre conscience de certains états de tension corporelle et elle se sent toujours plus relâchée en fin de séance. Au cours des exercices, elle s'applique et nous dit en reprendre quelques-uns chez elle. Pendant l'année, nous voyons progressivement que ses mouvements se font moins raides, qu'elle arrive à ralentir un peu, comme si son impulsivité diminuait. En fin d'année ma maître de stage lui propose de reprendre ce travail pour l'année suivante ce que Mme B accepte avec enthousiasme car dit-elle, *« j'ai encore du mal à me porter »*.

2. Bilan

A la rentrée 2012, Mme B a trouvé un nouveau poste dont les horaires ne lui permettent pas de participer au groupe du CATTP. Sa psychiatre lui propose de continuer les séances de psychomotricité en individuel au CMP. Mme B accepte de nous rencontrer pour un bilan complet. L'an passé, elle pouvait se protéger d'un regard trop direct en se fondant dans le groupe. Depuis, l'alliance thérapeutique* s'est consolidée, elle a pris confiance et il nous semble que Mme B est prête pour une prise en charge individuelle qui aurait été trop « brûlante » pour elle auparavant. Je propose un bilan sur deux séances. La demande de Mme B par rapport aux séances de psychomotricité est la suivante : *« je viens pour travailler sur mon corps et m'octroyer un moment pour moi »*. Je donne ici l'essentiel du compte-rendu détaillé de bilan figurant en Annexe I.

Fonctions supérieures

Attention : quelques **difficultés d'attention** se confirmant dans les tests d'espace et temps.
Capacités cognitives : bonnes. Études au-delà de la 3ème, pas d'ERFC.

Étude du tonus et manifestations anxieuses

- Tonus : hypertonie, résistances, anticipation. Bon ressenti de son état tonique.

Hypertonie de fond. parvient à se relâcher sur demande, mais résistance à la mobilisation. Le bras gauche est plus détendu. a conscience de son état tonique *« j'étais tendue »*. Réactions tonico-émotionnelles, (sursaute, a du mal à garder les yeux fermés).

- Manifestations anxieuses : anxiété chronique, somatisations, difficulté à s'écouter.

Anxiété en lien selon elle avec son très haut niveau d'exigence, dit y travailler *« je ne veux pas replonger »*. Ressent du stress tous les jours, depuis longtemps, dit ne pas s'écouter, ne s'occuper que des autres. Le stress la rend irritable.

- Manifestations corporelles: douleurs dans le bassin (constipation), palpitations et sensations d'étouffement, renforcement des migraines oculaires, tensions au niveau des épaules et trapèzes, ainsi qu'aux mâchoires.

- Manifestations psychiques : nervosité, tremblements quand elle se sent énervée, réveils nocturnes. Durant la journée, refuse d'accepter de ressentir de la fatigue *« je suis très dure avec moi-même »*.

Depuis qu'elle a participé au groupe de relaxation, elle utilise des exercices de respiration pour lutter contre l'anxiété.

Espace et temps :

- Orientation spatiale : Difficultés d'orientation spatiale

- Structuration spatiale : Difficultés de structuration spatiale et d'attention

EMG* : nombreuses réponses en pièce à pièce, un item mal orienté.

Test de la Figure de Rey :

La copie est de type 1, construction supérieure riche, faite en 3 min. Le dessin est correctement perçu. Mme B obtient 30 (moyenne à 32).

La mémoire est de type 1, la structure est riche. Se remémore les éléments mais a du mal à les resituer spatialement, ce que l'on peut relier à ses difficultés d'orientation spatiale. Elle obtient 17,5 (la médiane est à 22).

- Orientation temporelle : bonne orientation temporelle

Ponctuelle, bien repérée dans le temps, tenue adaptée à l'activité.

- Structuration temporelle: Accélération du tempo, impulsivité, difficultés d'attention

Stambak (9-12 ans), accélération du tempo, probablement en lien avec son anxiété. Nous devons recommencer plusieurs items, elle a du mal à reproduire les structures, elle semble dépassée par les rythmes parfois, bien qu'elle soit concentrée.

Investissement du corps

- Schéma corporel : bon

Omet de citer le dos et les bras, probablement lieux de tensions et de douleurs importantes.

- Image du corps : image dévalorisée, corps en souffrance et désinvesti

La tenue de Mme B est soignée.

La seule partie solide de son corps est les jambes, évoque un corps-fardeau, source de douleurs. Image de vieille femme, de corps-coquille. Dit ne pas faire attention à elle. Aucune activité sportive depuis 20 ans. Mal à l'aise pendant cette partie de l'entretien.

Épreuve de dessin : représentation de soi

Dessin centré, petit (peut-être en lien avec une dévalorisation de sa propre image). L'aspect général laisse une impression d'instabilité : reprise du trait, strabisme du regard, déséquilibre net au niveau des épaules, des hanches et des pieds.

La tête est détaillée et expressive : les yeux regardent sur le côté comme pour échapper au regard de l'examinateur, la bouche a un sourire forcé. Air enfantin.

Au niveau du buste, les épaules sont très carrées, relevées (lieu de tensions). Les clavicules sont marquées. Pour Mme B, ce détail la caractérise : *« chez moi ça ressort beaucoup ».*

Il n'y a pas véritablement de signe de féminité.

Les articulations des coudes et genoux ne sont pas dessinées, donnant à l'ensemble du corps une impression de raideur.

Mme B nous donne à voir par cette représentation d'elle-même une image d'un corps peu investi, peu féminisé, avec un défaut de stabilité et des tensions corporelles.

Motricité générale

- Équilibre : l'équilibre statique et dynamique est bon.

- Coordination motrice et praxie : perte d'équilibre quand le mouvement est accéléré

Marche sans difficultés mais ne peut accélérer le mouvement sans perdre l'équilibre en coordination dynamique. Opération de l'oreille interne l'an passé, suite à des vertiges.

Communications

- Communication non verbale : difficulté à exprimer ses émotions

Les émotions sont plus exprimées par la posture, l'expressivité du visage restant pauvre. Durant le bilan, le contact visuel est bon. La patiente se tient sur la défensive se livrant facilement en apparence, mais le ton varie peu en émotion.

- Communication verbale : Mme B exprime ses difficultés de façon très adaptée.

- Relation aux autres : Distance, culpabilité.

Sur le plan social, Mme B est entourée, a des amis. Elle maintient pourtant une distance avec eux car, nous dit-elle *« j'ai du mal à accepter l'aide des autres. Ici, j'ai besoin d'aide, c'est plus facile, mais pas avec les amis ».*

Conclusion :

Mme B rencontre des difficultés d'investissement du corps : tout au long du bilan, elle met en avant un corps douloureux, fatigué, encombrant, et de nombreuses manifestations anxieuses qui l'empêchent d'habiter pleinement son corps. Ce défaut d'investissement se retrouve dans ses difficultés de communication non-verbale. Au niveau de l'orientation et de la structuration spatiale, elle rencontre des difficultés de repérage du corps dans l'espace et de repérage interne du corps. Toutes des difficultés sont probablement en lien avec une représentation d'un corps qui serait comme une coquille à l'intérieur de laquelle les sensations corporelles seraient mal différenciées.

La patiente a besoin d'approfondir le travail entrepris en psychomotricité l'année dernière.

3. Projet thérapeutique

- Développer une attitude d'écoute de ses sensations afin d'enrichir la conscience corporelle à travers diverses expériences. Le fait d'expérimenter de nouveaux vécus corporels permettra à la patiente de diversifier et affiner son panel de sensations, notamment en proposant des expériences favorisant des éprouvés de plaisir et de sécurité. Le but est de permettre à Mme B d'accéder à d'autres sensations corporelles que la douleur et par là d'accéder à une autre image de son corps.
- Soutenir Mme B dans la verbalisation sur son vécu, dans ses demandes et ses envies, qui lui permettent de se réapproprier autrement son corps.
- Prendre conscience de son état tonique pour que Mme B puisse apprendre à mieux repérer ses tensions et à trouver le moyen de les apaiser en ajustant son état tonique. L'idéal serait de pouvoir ainsi rendre Mme B autonome dans ses soins, redevenant capable de repérer ses besoins et d'y répondre par elle-même.

Les médiations utilisées seront la relaxation et le toucher thérapeutique. Les séances hebdomadaires dureront environ 45 minutes.

4. Prise en charge et évolution de septembre à avril 2013

De novembre 2012 à avril 2013, Mme B est très ponctuelle. Elle participe à seize séances de psychomotricité. Durant cette période, elle est absente quatre fois mais nous prévient toujours.

Mme B a besoin de repères dans sa prise en charge. Je propose une organisation rituelle des séances avec : un temps d'accueil et d'échange, puis un temps d'échauffement dynamique, un temps de relaxation statique et à nouveau un temps de parole avec la prise d'un nouveau rendez-vous.

La fonction du temps d'échauffement est de proposer d'entrer dans le travail corporel par le mouvement et de préparer le de relaxation statique, en fonction de mon axe de travail. Le temps d'échauffement est assez créatif : selon les séances, je m'inspire de certains exercices de tai-chi et qi-gong, de toucher thérapeutique, de tout le « matériel » acquis durant les TD de première et seconde année de formation.

En ce qui concerne le temps de relaxation statique, je propose dans un premier temps à Mme B des séances s'inspirant de la méthode Jacobson. Je reviendrai plus tard sur le bien-fondé de cette méthode dans le cas spécifique de cette patiente. Ce temps de relaxation est aussi ritualisé. Il y a un temps d'installation de l'espace. Puis un temps d'entrée dans la détente : Ayant des douleurs, Mme B souhaite toujours s'allonger sur le dos, je lui propose alors de s'enrouler sur elle-même en prenant ses genoux dans ses mains et en ramenant la tête vers le thorax, de garder la position puis de relâcher et de se laisser aller au déroulement dans la détente, en soufflant. Ceci permet d'obtenir une détente générale assez rapidement. Pendant les séances de début, elle a besoin de le faire à plusieurs reprises. Ensuite, seulement une fois. Puis je verbalise autour des sensations d'appuis que peut éprouver la patiente, ce qui peut permettre de bien poser le corps avant un travail. Je procède toujours selon une seule direction : soit des pieds à la tête, soit de la tête aux pieds. Je propose ensuite trois contractions/relâchement selon ce que j'ai choisi de travailler ce jour-là, en associant l'inspiration avec la contraction et le souffle avec le relâchement. Associer la respiration permet de mieux ressentir les états de tension et de détente. J'accompagne toujours la patiente avec des mots et mon propre souffle. Enfin, je verbalise autour de l'idée de détente qui diffuse à l'ensemble du corps, de sensations de relâchement, de respiration calme, de la possibilité de profiter d'un temps de détente pour elle-même. Ceci me permet de l'accompagner vers un temps de silence de cinq à dix minutes. En fonction du temps qu'il me reste ou des signes montrés par la patiente, j'effectue alors la reprise en insistant toujours sur le fait de respecter son rythme, d'y aller progressivement.

La première séance

Durant le temps d'accueil et d'échange, Mme B se livre peu. Elle nous dit simplement que les vacances de la Toussaint n'ont pas été faciles. Son expression oscille entre la tristesse et un grand sourire un peu crispé. Si nous nous connaissons déjà, il y a des nouveautés : nous devons les unes comme les autres apprendre à faire avec le cadre thérapeutique de l'individuel. Je lui explique le déroulement de la séance, lui demande si cette organisation lui convient et lui précise que les choses ne sont pas figées, que nous pouvons à tout moment discuter ensemble de cette organisation. Elle acquiesce.

Assez rapidement, je lui propose de passer au temps d'échauffement, sous forme d'automassages du visage, des mains et des pieds. Mme B prend peu contact avec son corps, elle n'ose pas appuyer dans son toucher. Je l'encourage pourtant à être dans un toucher plus ferme. Je vois que la proposition la laisse dubitative. Dans l'automassage du pied, elle caresse plus qu'elle ne masse. Elle ne semble pas dans le ressenti. Cette prise de contact avec son corps est peut-être trop directe pour une première séance, mais me permet aussi de cibler ses difficultés.

Durant le temps de parole, elle me dira qu'elle arrive bien à ressentir les appuis du corps pendant la relaxation. Au cours du temps de silence, quelques pensées vont et viennent, Mme B dit avoir des difficultés à lâcher prise *« je pense à tout ce que je dois faire »*. Cependant, elle met un certain temps avant de répondre à la reprise. Elle s'est détendue, a l'air tout endormie en se relevant.

Tout garder pour soi

Durant les premières séances, Mme B a du mal à se confier. Je vois qu'elle paraît pourtant en souffrance. Je lui pose des questions ouvertes, espérant qu'elle se saisisse de cette ouverture. Je n'ose cependant pas trop insister, je ne veux pas paraître inquisitrice. Mme B a déjà évoqué durant le bilan ses difficultés à dire son mal-être, à culpabiliser de se sentir un poids pour les autres. Je souhaite qu'elle parvienne à se confier parce qu'elle se sent en confiance et il me semble que cette confiance se construit aussi dans le respect de son silence.

Ce silence ne survient pas qu'au sujet des difficultés de la vie quotidienne. A la fin des séances, malgré mon *« Alors… ? »* invitant à évoquer de manière libre ce qu'elle a pu ressentir, Mme B exprime très peu de choses sur son vécu corporel. Elle me dit souvent qu'elle s'est bien détendue sans développer son propos. Elle répond si je lui pose des questions directes, mais ne cherche pas à préciser ses réponses. Ce silence-là aussi est à respecter. Au fond, j'ignore ce qui se construit en elle au cours de ces séances, mais son assiduité m'indique l'importance qu'elle leur accorde.

Cette tendance à la rétention se voit aussi dans son tonus : hypertonique, ayant du mal à se relâcher volontairement. C'est ce type de défense chez elle qui m'a fait choisir la méthode Jacobson dans un premier temps. Cette méthode lui permet en effet de garder un certain contrôle sur le temps de relaxation : c'est elle qui agit, qui choisit quand et de quelle manière elle va effectuer sa contraction. Il me semble que ce contrôle la rassure. Le relâchement peut en effet inquiéter car il rend vulnérable. La sécurité est une condition sine qua non du relâchement.

Lâcher prise

Progressivement, je vois que Mme B se relâche plus vite et plus profondément au cours des séances. Elle prend aussi le temps de sortir de l'état de relaxation, à son rythme

alors qu'au départ, elle se relevait d'un coup. Tant et si bien qu'au bout de quelque temps, elle m'avoue sa peur de s'endormir. Je la rassure, cela peut arriver, ce n'est pas grave, je la réveillerai à la fin. Mme B souffre d'insomnie. Je lui signale l'importance de reconnaître ses besoins propres : la détente peut amener rapidement vers le sommeil lorsque l'on est fatigué et que l'on a besoin de repos. Si dans certains cas le sommeil peu aussi représenter une fuite, dans le cas de Mme B, il me semble que c'est surtout le signe d'un premier lâcher-prise, bénéfique et nécessaire pour la suite de notre travail.

Cette possibilité de relâchement tonique fait écho à la façon dont Mme B semble à présent pouvoir se confier. Les temps d'échange sont plus longs, Mme B nous confie ses maux (mots ?) corporels, s'autorise à nous dire que ça ne va pas *« je lutte contre la déprime, c'est dur »*. Tout au long de la prise en charge, Mme B nous parlera très régulièrement de ses douleurs physiques, beaucoup plus que du reste sur lequel elle demeure pudique.

Je note aussi que Mme B est beaucoup moins dans une recherche de perfection. L'année précédente, elle se crispait pour faire de son mieux, acquiesçait presque toujours lorsqu'on suggérait une sensation. Cette année, elle s'autorise à dire qu'elle n'a rien ressenti, ou que quelque chose ne lui a rien évoqué. Cependant, dire qu'on ne ressent rien, ce n'est pas rien !

Laisser venir les sensations

Les sensations deviennent un peu plus accessibles. Mme B parvient de temps en temps à élaborer un peu plus à ce sujet. Elle évoque de la lourdeur, des tensions, une sensation d'ancrage, repère des différences entre les hémicorps. A plusieurs reprises, je note le besoin d'action pour pouvoir ressentir. Il serait très difficile à ce stade pour Mme B de répondre à de simples suggestions. Mettre le corps en mouvement que ce soit de façon active ou passive (toucher thérapeutique) lui procure des sensations qui prennent le pas sur les douleurs.

Quand les douleurs s'accentuent pour Mme B, c'est un peu comme si son corps menait une vie indépendante, ce qui peut être très angoissant. Pour l'aider à faire du lien entre ses différentes douleurs et l'organisation du corps, ma maître de stage lui propose de regarder ensemble un atlas simplifié du corps humain. Nous observons la synergie des muscles de la respiration, la proximité des organes digestifs, des côtes et du diaphragme, les courbes de la colonne vertébrale. Nous échangeons librement sur les images, Mme B est intéressée. Comprendre un peu mieux comment le corps s'organise lui permet d'avoir des repères et de se réapproprier son corps. Pouvoir faire du lien entre ses sensations douloureuses est rassurant malgré tout.

Je propose régulièrement à Mme B de prendre un « cliché instantané » de l'état du corps. En fermant les yeux, il s'agit de se porter son attention successivement sur ce que

l'on ressent des différentes parties du corps : de la tête aux pieds ou des pieds à la tête. Je lui propose une fois en début de séance, et une fois en fin de séance, puis de comparer ses sensations. Au départ, Mme B reste peu loquace sur cette comparaison. Petit à petit, elle commence à trouver des mots *« c'est tout à fait différent. Je ne ressens plus les tensions de tout à l'heure, j'ai l'impression que tout est lourd et souple »*.

Durant les temps de verbalisations où je guide l'attention de Mme B sur certains aspects du corps, je sens qu'elle est au travail. A tel point qu'une ou deux fois, lorsque je suggère la possibilité de telle sensation ou d'une autre, elle me répond à voix haute alors qu'elle est allongée les yeux fermés, en silence depuis un moment. Je lui précise qu'il s'agit de répondre pour l'instant en son fort intérieur, de prendre ce temps pour se dire à elle-même ce qu'elle ressent. Je lui rappelle que nous aurons du temps en fin de séance pour évoquer ce qu'elle souhaite de ce voyage intérieur. Cela peut paraître contradictoire avec ce que j'évoquais précédemment : à l'instant où Mme B me dit enfin qu'elle ressent des choses, je lui dirais donc que ce n'est pas le moment ? Il m'a paru important alors de respecter le cadre de la séance pour que Mme B puisse accéder à la possibilité de ressentir d'abord pour elle-même, pas pour me faire plaisir.

Accepter de prendre soin de soi

A la seconde séance, Mme B nous avoue que c'est compliqué pour elle de *« vous avoir toutes les deux à ne vous occuper que de moi »*. Je suppose que c'est en lien avec sa difficulté à être confrontée à un regard direct. Elle me dira d'ailleurs plus tard *« avant dans le groupe, je pouvais me fondre »*. Mais ceci résonne aussi à mon avis avec son incapacité à accepter que les autres puissent prendre soin d'elle sans culpabiliser. Je réponds en lui disant que c'est notre travail de nous occuper d'elle et je mets aussi l'accent sur la nouvelle dynamique de l'individuel. Petit à petit, chacune trouvera sa place. Je sens au fur et à mesure que Mme B accepte bien la présence de deux thérapeutes.

Cependant, Mme B rencontre de sérieuses difficultés pour s'autoriser des moments de détente, de plaisir dans la vie quotidienne. Régulièrement, je lui suggère de reprendre certaines propositions en cas de stress ou d'insomnie. Je lui propose aussi de s'octroyer du temps pour elle au cours de la semaine. Ces libertés à saisir pour échapper à la douleur et à la fatigue lui sont pour l'instant inaccessibles : *« Chez moi, je n'y arrive pas »*.

Il me semble pourtant important de signaler l'apparition du rire dans notre relation. C'est le signe que l'alliance thérapeutique est de bonne qualité. Au fur et à mesure de la prise en charge, Mme B s'autorise à sourire pour de vrai, à rire avec nous. Nous rions en fin de séance, lorsque nous baillons toutes en même temps, le dialogue tonique circule librement ! Elle rit aussi souvent après nous avoir dit quelque chose comme *« Oui je sais, je dois m'écouter plus mais que voulez-vous ? Je suis terrible »*. Elle ajoute ensuite *« mais*

ça va venir ». Pouvoir rire d'elle-même permet de prendre de la distance d'avec sa souffrance et signe peut-être un début d'acceptation de ce qu'elle est aujourd'hui.

Depuis quelques séances, Mme B accorde toutefois plus d'importance à son confort pendant le temps de relaxation. Elle prend la liberté d'agencer les coussins en fonction de ses douleurs, de me demander une épaisseur supplémentaire sous les genoux, ce qu'elle ne s'autorisait pas avant, malgré mes propositions. Lorsqu'elle nous parle de ses douleurs dans la vie quotidienne, nous lui donnons des conseils pour améliorer sa posture et diminuer les tensions, particulièrement à son poste de travail. Elle écoute un peu plus son corps et s'organise pour le soulager. Pouvoir agir concrètement sur la douleur lui permet de réinvestir son corps. Elle retrouve alors une certaine autonomie.

A chaque début, je demande toujours à Mme B si elle a des envies particulières pour sa séance. J'insiste sur le fait que c'est un moment pour elle et qu'il est important qu'elle puisse dire ses envies, que je peux trouver un moyen de les y inclure. Mais Mme B me répond invariablement *« non, pas d'envie particulière »*. Je pense qu'il est encore difficile d'émettre un désir pour son corps, car elle commence tout juste à en distinguer les messages et les besoins.

Entre espoir et désespoir

L'évolution de Mme B ne se fait pas de façon linéaire au cours de l'année. A partir du mois de janvier, Mme B connaît une rechute thymique. Les signes de dépression sont plus forts, elle nous confie qu'elle a souvent envie de mourir, ce dont elle ne parlait jamais avant. Cette période correspond au départ de son psychologue, remplacé par quelqu'un d'autre au CMP. Mme B nous confie sa crainte de devoir tout recommencer, *« je n'en ai pas la force (…) je suis nulle, je me déteste, je souffre trop, le seul moyen d'en sortir ce serait de me foutre en l'air mais je sais bien que ce n'est pas possible, mes enfants en souffriraient trop »*. Dans ce désespoir, les points positifs sont le fait de pouvoir se confier à présent à son mari, de pouvoir reconnaître qu'elle a besoin d'aide (était prête à aller aux urgences si nécessaire), de pouvoir nous parler ouvertement de ses envies suicidaires et de différer pour l'instant le passage à l'acte. Nous insisterons sur le fait qu'il ne s'agit pas de tout recommencer. Tout ce qu'elle a accompli en travaillant en psychothérapie n'est pas effacé par le départ de son psychologue. Elle conserve ses acquis, mais commence un nouveau travail avec une personne différente, à partir de ce qu'elle est aujourd'hui.

Je ne sais pas si cet épisode signifie que Mme B va vraiment moins bien : il me semble qu'aujourd'hui, elle nous laisse enfin voir la vérité de ce qu'elle ressent, l'ampleur de son désespoir. En psychomotricité, je lui ai bien précisé que nous n'avions pas d'attentes particulières, qu'il s'agissait d'accueillir et de travailler sur ce que l'on ressent corporellement ici et maintenant. Il me semble que le fait que Mme B puisse à présent nous dire ses émotions est en lien avec ce travail.

Si depuis le mois de janvier Mme B nous dit aller moins bien, ce mal-être est parfois éclairé de lueurs d'espoir. Mme B prend conscience de certains changements en elle par rapport à l'année précédente, je soutiens alors son propos, la félicitant et l'encourageant. Elle me dira *« j'arrive beaucoup mieux à me détendre que l'année dernière »*, remarque *« je suis moins brusque, je ralentis depuis un moment »*. Elle paraît étonnée de ces découvertes, semblant à peine y croire.

Quand Mme B va moins bien, son corps s'exprime, ses douleurs s'intensifient : *« j'ai mal partout »* nous dit-elle. Je lui demande alors de préciser ses douleurs, de me parler de son corps. Elle me décrit des douleurs lombaires, cervicales, intenses. Mme B a aussi des douleurs au ventre car elle est très constipée. Elle nous parle aussi de sensations d'étau dans les jambes. *« Les médecins n'y comprennent rien*, nous dit-elle. *J'ai fait tous les examens possibles »*. Si elle ne trouve pas d'explication à ses symptômes physiques, elle explique ses symptômes psychiques invariablement par *« c'est normal, dans la dépression ».*

Ruptures

Courant mars, il m'a semblé que Mme B était prête à aborder autre chose : elle avait bien saisi la différence entre contraction et relâchement, elle accédait très rapidement à la détente, et il me semblait parfois qu'elle anticipait même mes propositions. Je lui ai proposé de changer un peu le dispositif sur la partie de relaxation statique : je souhaitais à présent continuer le travail en proposant des mouvements inspirés de la méthode de relaxation dynamique psychomotrice de Dupont et en terminant par des mobilisations ou du toucher thérapeutique. Mme B est d'accord pour changer. Au départ, il me semble toutefois qu'elle se relâche un peu moins. J'ai plusieurs hypothèses à ce sujet : il est difficile pour Mme B d'avoir affaire à un contact direct, comme dans le toucher. Je peux également supposer que c'est en lien avec une période de suites d'absences car Mme B doit suppléer à sa chef, en arrêt de travail. Quoiqu'il en soit, il me semble que toute situation de rupture est difficile à vivre pour Mme B, que cela concerne le changement de psychologue, le changement de méthode ou les périodes d'absence (de notre part ou de la sienne). Ceci fait peut-être écho à des angoisses de séparation, d'abandon. Cependant, Mme B accepte à présent le contact comme une invitation à la détente, elle ne me dit pas encore ce qu'elle en ressent, mais se relâche bien. J'estime qu'il y a donc une évolution, entre le mois de novembre où Mme B montrait de la réticence à prendre contact avec son corps dans les automassages, à lâcher-prise, et le mois d'avril où elle accepte à présent d'être touchée par moi, de faire confiance à son corps pour accéder à la détente.

Et moi ?

Par rapport à Mme B, je me reproche en début de prise en charge, d'avoir souvent vouloir proposer trop d'un coup. Mais pour Mme B, ressentir une seule chose, c'est déjà

énorme. Lui faire trop de propositions, ne pas lui laisser assez de temps pour expérimenter une seule et même chose devait peut-être la noyer sous un flot de sensations : ce qui va justement à l'encontre de la prise de conscience corporelle. Est-ce que j'avais peur qu'elle s'ennuie, qu'elle ne vienne plus ? Je m'efforce à présent de ne cibler qu'un seul axe, de laisser plus de temps, et de parler un peu moins. Ainsi, Mme B et moi, nous travaillons toutes les deux ensemble à n'être pas dans la performance…

B. Mme G

1. Anamnèse

Mme G est une patiente actuellement âgée de cinquante ans suivie au CMP pour un syndrome dépressif associé à une alcoolo-dépendance. Elle est célibataire, et a un fils unique âgé de dix-neuf ans. Elle est aide-soignante depuis vingt ans et travaille depuis douze ans en service de réanimation.

Le dossier médical est particulier, il y règne un certain flou : toutes les dates ne concordent pas, notamment au niveau des temps d'abstinence de la patiente. A certains médecins, elle annonce des durées différentes de ce qu'elle peut dire aux autres. Par ailleurs, ce flou se retrouve aussi dans les différents diagnostics posés au cours des ans : En 2001, elle est diagnostiquée dépressive. En 2008, une dépression réactionnelle est évoquée lors de son hospitalisation. En 2009, son médecin référent au CMP évoque un état dépressif sur personnalité alcoolo-dépendante. En 2012, lors d'une cure de sevrage le diagnostic posé par le centre de désintoxication est un trouble bipolaire de type II qui se traduit par une dépression associée à des phases hypomaniaques spontanées discrètes.

Antécédents

Mme G a commencé à boire à quinze ans. Ses premiers abus d'alcool commencent à l'âge de dix-huit ans. A vingt-cinq ans, elle est dépendante. Mme G est tombée enceinte lors d'une soirée trop arrosée. Le père n'a jamais reconnu son fils.

Mme G est hospitalisée dans le service de psychiatrie en février 2001. Cette hospitalisation s'est faite en HDT* (Hospitalisation sur Demande d'un Tiers). Mme G a tenté de se suicider en se couchant sur la voie publique, dans un contexte de forte alcoolisation. La consultation psychiatrique met en évidence des idées suicidaires, une très forte anxiété, mais aucune demande d'aide formelle ni de critique par rapport à sa situation personnelle. La patiente refuse cette hospitalisation et sort très vite contre avis médical.

Sa sœur infirmière l'incite alors à consulter au CMP. Lors de la première consultation avec le psychiatre, elle évoque des antécédents de dépression et son

alcoolisme ancien. Abstinente depuis plusieurs années, elle a rechuté récemment à la suite du décès du père de son fils par infarctus. La patiente présente des signes de dépression : elle se dit triste, elle s'isole, est fatiguée, n'a envie de rien, souffre d'insomnie. L'alcool, dit-elle, l'aide à ne plus penser. Ce premier entretien met en évidence l'importance de sa relation avec son fils alors âgé de huit ans. Sa psychiatre lui propose un traitement antidépresseur et l'oriente vers une consultation alcool. La prise en charge permet à Mme G d'être abstinente. Elle ne revient au CMP que sept ans plus tard.

Suivi depuis 2008

A la suite d'une intoxication alcoolique, Mme G est à nouveau hospitalisée en HDT en mars 2008 pour ivresse pathologique. Son fils (quinze ans alors) a appelé les pompiers, ayant pris peur face aux troubles du comportement de sa mère qui émettait des velléités suicidaires. Après une abstinence d'une durée de cinq ans, Mme G s'est remise à consommer de l'alcool il y a dix-huit mois. Durant l'hospitalisation, son sevrage se passe bien, la patiente semble avoir conscience de sa dépendance et être motivée pour en sortir. Mme G se montre toujours très préoccupée par son fils qui est déscolarisé et consomme des toxiques (cannabis et alcool). A sa sortie de l'hôpital, elle est à nouveau adressée au CMP.

A sa consultation au CMP, Mme G met sa consommation d'alcool sur le compte du stress occasionné par son rôle d'aidant principal auprès de ses parents âgés et malades, et de son fils. Elle donne de ce dernier l'image d'un véritable tyran domestique avec lequel elle entretient une relation symbiotique. Sa psychiatre lui prescrit un traitement antidépresseur et l'adresse à un atelier CATTP, auquel elle viendra très peu. Mme G entreprend aussi une psychothérapie au CMP qu'elle abandonne rapidement.

En février 2009, elle est à nouveau hospitalisée en HDT, pour un trouble anxieux généralisé* accompagné de comportement violent.

En mars 2009, elle annonce au CMP qu'elle n'est plus abstinente. Ses troubles du comportement dus à ses alcoolisations se répètent, elle inquiète ses voisins. L'alcool l'amène à un mode d'action impulsif, par le tout ou rien, la désinhibe, la rend sthénique*. Ceci a pour conséquence une mise en danger d'elle-même (elle se casse quatre côtes en tombant dans l'escalier, alcoolisée) et d'autrui. Son travail et ses relations s'en ressentent, en mai elle est mise à pied pour faute professionnelle relative à un abandon de poste suite à une altercation avec des collègues. Vis-à-vis de sa dépendance, Mme G se montre très ambivalente : elle entame des démarches de soin (consultation alcoologie, présentation de dossier en centre de cure) mais ne va jamais jusqu'au bout.

En avril 2010, elle est arrêtée sur la route en état d'ivresse par la police. Elle avait déjà été arrêtée en 2007, il s'agit donc d'une récidive de moins de trois ans pour la justice et son permis lui est retiré. Le tribunal va alors lui imposer une obligation de soins d'une durée de trois ans pour traiter son alcoolo-dépendance. Régulièrement, elle doit présenter un certificat médical de suivi par son médecin référent du CMP. Cet événement est un choc pour elle : elle décide d'effectuer une cure de sevrage dans un centre spécialisé. Mme G se montre très motivée et investie pendant la cure qui a lieu en juin 2010.

Mme G demeure abstinente quelques mois. Ses difficultés à s'inscrire dans le soin perdurent : elle ne participe pas au groupe thérapeutique prescrit. Elle est toujours très préoccupée par son fils : il a arrêté ses études, elle craint qu'il ne deale. Son humeur fluctue en fonction des humeurs de son fils, sans aucune distance. Sa psychiatre évoque l'alcool comme une possible réponse symptomatique d'une relation problématique intriquée à son fils. Entre juin 2011 et juillet 2012, elle traverse à nouveau des périodes de consommation et d'abstinence, elle effectue deux cures mais ça ne tient pas.

En juillet 2012 sa psychiatre l'adresse en psychomotricité, en vue d'intégrer le groupe CATTP de relaxation statique. Elle ne la pense pas encore prête à entamer un travail psychothérapeutique mais estime que la psychomotricité pourrait l'y préparer.

2. Bilan

Mme G se présente au CATTP en septembre pour un bilan psychomoteur. La patiente est à l'heure, mais devant son état d'alcoolisation massif, la psychomotricienne se voit obligée de reporter le bilan. Mme G effectue alors une nouvelle cure de sevrage courant octobre. Entre temps, ma maître de stage et la psychiatre ont pensé qu'une prise en charge individuelle serait finalement plus adaptée. La prescription pour Mme G mentionne la nécessité de l'aider se revaloriser, à prendre confiance en elle et à sortir du repli.

Nous recevons à nouveau Mme G en pour un bilan en septembre, juste avant son départ en cure. Elle est alors sobre. Sa demande par rapport à la psychomotricité reste un peu floue. Elle dit souhaiter *« aller mieux »* en venant en séance. Elle précise cependant qu'elle a déjà fait de la relaxation pendant une cure de sevrage et que cela l'avait aidée. Elle préfère être en individuel plutôt qu'en groupe. Je ne donne ici que l'essentiel du compte-rendu détaillé de bilan figurant en Annexe II.

Fonctions supérieures

- Attention : difficultés d'attention soutenue.

Attention diffuse. Besoin de beaucoup répéter les consignes.

- Capacités cognitives : Mme G a un niveau de brevet supérieur, et travaille (pas d'ERFC).

Organisation temporo-spatiale

- Orientation spatiale : bonne orientation spatiale

- Structuration spatiale : difficultés de structuration spatiale, de mémoire

EMG : les éléments sont bien perçus et bien reproduits.

Test de la Figure de Rey :

La copie est de type 2, la construction est supérieure riche, faite en 2min30. Globalement, le dessin a un aspect fouillis, les diagonales ne se croisent pas au centre mais dans le carré à gauche en haut. Ne remarque pas son erreur. Nombreux dépassements de traits (en lien avec de l'impulsivité ?). Elle obtient 33 (moyenne haute de l'étalonnage).

Pour la reproduction de mémoire, grandes difficultés. Le dessin est de type 2, de la structure il ne reste quasiment que le rectangle. Il manque les éléments de l'architecture interne. Se souvient de quelques détails, mais les replace mal. Certains éléments ont perdu leur orientation initiale. Mme G obtient un résultat de 7,5, se situant nettement en dessous de la moyenne qui est à 22. La structuration spatiale est défaillante, peut-être en lien avec des difficultés mnésiques dues à l'abus d'alcool.

- Orientation temporelle : Bonne orientation temporelle.

- Structuration temporelle : Défauts de structuration temporelle majorés par une impulsivité et une attention flottante par moment.

Tonus et manifestations anxieuses

- Étude du tonus : Le fond est hypotonique. Assez bonne capacité à se relâcher.

Au ballant, anticipation lors des changements de position. Résistances en « blocages » à la mobilisation de l'avant bras. Difficultés à ressentir son véritable état tonique : décalage avec la réalité, dénotant une difficulté à être à l'écoute de ses ressentis corporels et peut être souhaitant donner une fausse image d'elle. Réactions tonico-émotionnelles. Ferme les yeux sans difficulté.

- Manifestations anxieuses : dit être anxieuse depuis toujours. Ressent de l'anxiété de façon quotidienne surtout au réveil et le soir. Les causes sont floues, évoque une difficulté *« à gérer les choses »* ainsi qu'à supporter ce qui n'est pas propre et rangé. Dans sa vie quotidienne, dit regretter d'avoir *« des sautes d'humeur qui me pourrissent la vie ».*

- Manifestations corporelles : envie de ne rien faire, de se coucher. Beaucoup de difficulté à exprimer ce qui se passe dans son corps, parle de bouche sèche, de spasmophilie.

- Manifestations psychiques : avec aide de ma part, reconnaît pleurer facilement, une grande fatigabilité et des perturbations importantes de son sommeil. Le symptôme le plus handicapant pour elle est l'insomnie récurrente.

Pour lutter contre ses anxiétés elle dit aller marcher, sortir avec des amis. Ce discours apparaît moyennement authentique, elle acquiesce quand je parle d'alcool comme un autre moyen de lutte. Elle minimise alors son addiction, dit ne pas tenir l'alcool, ne boire que du vin et avoir utilisé cela pour *« dormir »* car les médicaments ne marchent pas sur elle.

Investissement du corps

- Schéma corporel : bon

- Image du corps : distance d'avec son corps, peu d'écoute de ses sensations et de ses douleurs.

Sa présentation est soignée. Elle précise *« quand ça va je suis comme ça ».*

Dans son corps ce qui est fragile pour elle c'est sa tête. N'aime pas son apparence, surtout rapport à son surpoids (a pris 17kg en 10 ans en lien avec alcool selon elle).

Au décours du bilan lors de changements de positions, montre des signes douloureux. Finit par expliquer que pendant une bagarre avec son fils il y a quinze jours, elle a eu quatre côtes cassées mais n'en a parlé à personne. Minimise. Elle dit avoir toujours été résistante à la douleur. Essaie de faire bonne figure.

Dessin : représentation de soi

Il existe un défaut d'investissement du corps. Dessin bien centré, contours du corps fermés. La forme du corps est donnée par l'extérieur, il y a très peu de détails à l'intérieur, il n'y a pas de vêtements. Ce corps est sexualisé par des seins qui semblent tirés vers le bas avec un trait qui les relie au bout du torse, ainsi que les boucles d'oreille. Rigidité, épaules très carrées. Les bras sont curieusement très courts sans articulation arrivant juste à la hauteur des seins. Les mouvements avec ces « embryons » de bras semblent impossibles. Dissymétrie entre les hémicorps, le bras et le sein gauches étant plus courts que de l'autre côté.

Le regard est vide et sans prunelles, comme s'il n'y avait personne à l'intérieur. Le visage est fendu d'un sourire comme de façade.

Le torse est disproportionné, très grand par rapport au bas du corps. Les jambes sont très courtes, les articulations ne sont pas marquées, l'entrejambe très arrondie.

Se dévalorise beaucoup : *« je ne suis pas dessinatrice, le haut me va mais pas le bas car il manque la culotte de cheval»*.

Motricité générale

- Équilibre : L'équilibre statique est bon, l'équilibre dynamique un peu moins. Semble plus à l'aise les yeux fermés.

- Coordination motrice et praxie : La marche se fait harmonieusement. Pas de problème de coordination.

Communications

- Communication verbale : aisance verbale, mais discours néanmoins peu authentique, cherche à faire illusion.

- Communication non verbale : On retrouve la même difficulté à exprimer et ressentir les émotions, elle dit n'avoir peur de rien, ne pas savoir ce qu'est la colère tout en soulignant que lorsqu'elle est alcoolisée elle devient alors violente. Quasi-incapacité à mimer des émotions (trop de défenses ?). Durant le bilan, varie le ton et l'émotion, passant des larmes à quelques rires plutôt défensifs. Bon contact visuel.

- Relation aux autres : Fait illusion, dit avoir des amis puis se contredit. Au niveau familial, évoque des relations difficiles avec ses sœurs, ses parents qui la rejettent à cause de son alcoolisme. Continue toutefois à s'occuper de ses parents par devoir.

Conclusion : Mme G est avant tout marquée par un très large défaut de ressentis et de structuration interne au niveau corporel. Elle est peu authentique face à elle-même et face aux autres ayant des difficultés à être dans l'empathie. Mme G est une bonne indication d'une prise en charge individuelle en psychomotricité.

3. Projet thérapeutique

Les axes thérapeutiques à travailler sont les suivants :

- Réinvestir son corps passant par des modalités concrètes à travers d'expériences sensorielles nouvelles.
- Évoluer dans son rapport à la relation : travailler dans un premier temps la confiance dans la relation via des médiations autour du portage, de l'enveloppement. Ce travail doit faire écho à un travail sur la juste distance relationnelle. Tous ces éléments pourront l'inciter à prendre confiance en elle, en l'autre, et à accéder à plus d'authenticité.
- Réduire son impulsivité, l'accompagner vers des ressources propres pour pouvoir différer ses pulsions et s'apaiser.

Le travail de Mme G ne lui permettant pas d'être présente chaque semaine, les séances de psychomotricité auront lieu tous les quinze jours. Leur durée est de quarante cinq minutes.

4. Prise en charge et évolution de septembre à avril 2013

Mme G effectue son bilan psychomoteur en septembre. Elle part ensuite en cure et commence son travail en psychomotricité à partir du mois de novembre.

Au cours de sa prise en charge, Mme G s'investit beaucoup : très assidue, elle prévient toujours de ses absences. Au vu des nombreuses prises en charges qui n'ont pas tenu auparavant, ma maître de stage décide dans un premier temps de mener les séances avec Mme G, pour établir une relation solide.

La première séance

La 1ère séance est forte en émotion. Au cours d'un exercice de relaxation dynamique, où Mme G doit marcher lentement vers ma maître de stage, des difficultés surgissent : Mme G dit qu'elle ne peut pas le faire seule, qu'elle perd l'équilibre, que sa vision se brouille. Elle nous dit marcher tête baissée dans la rue. Je lui propose alors de l'aider en lui offrant un appui. Mais ce n'est que lorsque ma maître de stage vient elle aussi donner un appui de l'autre côté que Mme G peut réaliser l'exercice sans trop de difficultés, s'agrippant littéralement à nous. L'accroche se fait donc physiquement aussi ! Nous évoquons ensemble la difficulté d'avancer, de se tenir debout face au regard de l'autre. Mme G se met à pleurer, le sujet est très brûlant. Ma maître de stage termine la séance par un massage des mains.

A la suite de cette séance, il nous a semblé qu'il serait plus facile dans un premier temps pour la patiente d'investir prioritairement une seule personne, ma maître de stage. L'objectif est d'établir une alliance thérapeutique solide. Ma maître de stage proposera sur les séances suivantes un toucher thérapeutique des mains, suivi d'un petit temps de détente, d'abord assise puis allongée. Progressivement, nous gagnons la confiance de Mme G et lorsque nous la sentons suffisamment « accrochée », nous lui proposons de rentrer plus en avant dans le travail avec un toucher thérapeutique des contours du corps que je détaillerai plus loin.

Une problématique relationnelle forte

Dés le départ, l'un des aspects les plus frappants pour moi chez Mme G est sa tendance à s'accrocher fortement (s'agripper) dans la relation. Mme G est logorrhéique, nous parle beaucoup, peut-être trop : j'ai l'impression qu'elle remplit tout l'espace sonore et pourtant, sa parole sonne faux. Peut-être fait-elle beaucoup de bruit pour que l'on n'entende pas la vraie nature de sa souffrance ? Son accroche après la première séance de psychomotricité est très (trop ?) forte *: « ça a été une révélation, ça m'a rendu ma voix »*. Elle ne peut nous en expliquer davantage, mais nous précise que grâce à ça, elle a pu *« dire merde »* à des gens qui profitaient d'elle. Elle idéalise la relation thérapeutique comme quelque chose qui la libère immédiatement. Ce faisant, il me semble qu'elle

cherche aussi peut-être à nous séduire, nous offrant l'image d'une patiente qui se transforme du jour au lendemain. Peut-être pense-t-elle que nous avons des attentes idéales à son sujet. D'ailleurs, au départ, elle est toujours souriante, nous dit que tout va bien, n'aborde jamais le problème de l'alcool, comme si ça n'existait pas.

Très régulièrement, elle nous parle des ses problèmes relationnels, rejetant la responsabilités de ses maux sur les autres. Elle se plaint beaucoup de son fils, dit qu'il est la cause de ses problèmes, qu'il lui donne de vrais soucis (violence, drogue) mais se refuse à lui poser des limites. Elle-même semble en manquer : *« mon fils, c'est moi. Je ne peux pas vivre si je ne sais pas ce qui lui arrive, où il est, ce qu'il fait »* nous dira-t-elle un jour.

Confusions

Cette recherche de fusion fait écho selon moi aux nombreuses confusions que l'on retrouve au niveau corporel et dans son discours.

Lors des premières séances, les sensations décrites par Mme G sont en effet confuses : elle sent par exemple qu'un endroit du corps est plus détendu qu'un autre mais se trompe dans la localisation. Plus généralement, alors que nous la questionnons sur l'absence de manteau un jour de grand froid, elle nous dit ne rien ressentir en général : *« je ne sens pas vraiment le chaud ou le froid. Un jour, je me suis à peine rendue compte que je me brûlais la jambe avec un pot d'échappement. Petite, je me jetais sous l'eau glacée de la gouttière, ça faisait rire tout le monde…Je ne sens pas la douleur, ça ne me fait rien, non ».* Nous lui rappelons alors le rôle d'alerte et de prévention que joue la douleur, la nier peut être dangereux. Au cas où, nous lui conseillons tout de même de consulter son médecin au sujet d'un éventuel problème neurologique. Mais il me semble que ceci est plus en lien avec une négation de sa souffrance actuelle.

La confusion se retrouve aussi au niveau des liens qu'elle établit entre les évènements : lorsqu'elle s'alcoolise, le contexte dans lequel le passage à l'acte survient est toujours très confus. Elle donne parfois plusieurs versions d'un même événement : elle s'est foulée le poignet et nous dit un jour que c'est parce qu'elle est tombée dans l'escalier, ensuite que son fils aurait été violent avec un elle, une autre fois que c'est parce qu'elle était alcoolisée. Un jour, elle arrive en séance bouleversée: elle en veut à ses collègues et sa cadre car elle a reçu un blâme pour avoir été alcoolisée sur son lieu de travail. Elle semble confondre la cause et la conséquence, rejetant la responsabilité de son mal-être sur les autres dans un mouvement de défense infantile. C'est aussi la confusion des émotions, elle ne sait pas si elle triste ou en colère.

Mme G a-t-elle conscience de cette confusion ? Je doute qu'elle nous manipule, elle me semble souvent croire elle-même à ses allégations. Ses explications confuses ont peut-être une tentative pour donner le change et éviter sa hantise : se regarder en face.

La mise au point

Durant la séance où Mme G nous confie avoir reçu un blâme, (en lien avec une énième alcoolisation sur son lieu de travail), ma maître de stage trouve nécessaire d'établir une mise au point. A Mme G qui nous dit ses angoisses de perdre la seule chose qui la tient dans la vie, son boulot, elle oppose le principe de réalité. Elle lui dit qu'elle doit prendre ce blâme comme un avertissement : elle doit se ressaisir. Le cadre lui a dit que c'était sa dernière chance. Mme G doit reconnaître sa responsabilité, elle a les moyens alors d'agir pour changer le cours des choses. Ma maître de stage fait aussi le lien avec ce qui se passe en séance de psychomotricité : *« Ici, le principe est d'être le plus sincère possible avec soi-même. Vous ne devez pas avoir peur de dire la vérité. C'est la seule manière dont nous pourrons travailler ensemble. Je n'attends rien de vous, sinon de la sincérité. Vous savez bien que si vous venez ici, c'est parce que ça ne va pas. Vous n'avez pas besoin de faire semblant, ici, on travaille sur ce qui ne va pas et on avance ensemble »*. Comme souvent lorsque l'on a touché juste, Mme G se met à pleurer. A partir de ce jour, Mme G nous paraît beaucoup plus authentique.

Nous décidons à partir de là de m'inclure beaucoup plus dans les séances : dorénavant, je propose un certain type de travail à Mme G. Il s'agit d'un toucher thérapeutique à base de pressions profondes sur tout le contour du corps : on part d'un pied, on remonte jusqu'à la tête et on redescend ensuite jusqu'à l'autre pied. L'idée est de progresser lentement, d'avoir un toucher ferme et profond qui permette au patient de ressentir jusqu'à ses os, sans faire mal et en évitant les parties intimes, bien entendu.

En chemin vers des sensations authentiques

Le jour où je propose à Mme G cette nouvelle méthode, je lui en explique le principe, lui précise qu'à tout moment nous pouvons interrompre le toucher si ça ne va pas. L'idée n'est pas de rechercher la détente à tout prix, mais d'être attentive à ses sensations. Mme G accepte ma proposition.

Durant la première partie, elle se tient très tranquille. Quand j'arrive à la tête, je suggère que peut-être elle sent une différence entre la moitié du corps touchée et l'autre qui ne l'a pas encore été. Pendant que je touche le second hémicorps, Mme G bouge un peu, sa respiration n'est plus si calme. Je fais la reprise dés que j'ai terminé le toucher car elle s'agite. Elle se redresse d'un bond. Elle me dit avec véhémence : *« Qu'est ce que vous m'avez fait ? C'était très bizarre, je sentais toute cette moitié (la première), gelée, et l'autre très chaude, presque brûlante. C'était dérangeant. En même temps, je me sentais très ancrée dans le sol, comme si j'étais attirée par le matelas. »* Elle a l'air surprise, étonnée, intriguée, dérangée. Elle répète en boucle ces mots. C'est le choc des sensations, on dirait qu'elle fait une vraie découverte. Ca me paraît alors faire écho à la dissymétrie des hémicorps du dessin de son bilan. Je lui réponds que j'entends son inconfort. Pour la

rassurer, je lui explique pourquoi il peut y avoir une différence de sensation entre les deux hémicorps : lorsqu'on se relâche, on a froid, ce qui était le cas pour le premier hémicorps. Ceci a contrasté ensuite avec les sensations du second, qui venait d'être touché alors que j'ai moi-même les mains très chaudes. Je relève aussi qu'elle est peut-être dérangée parce qu'elle renoue avec des sensations perdues (froid, chaud) ce qui peut être déstabilisant. Je la félicite aussi d'être investie dans ce travail de repérage. Mme G se rassérène. Elle commence à comprendre qu'un des enjeux n'est pas simplement la détente ou le confort, mais de retrouver des sensations perdues.

Les séances suivantes, la différence entre les hémicorps s'estompe progressivement. Mme G semble intriguée par de nouvelles sensations. Celles-ci sont probablement très inhabituelles car elle a du mal à trouver des mots : pour décrire ses sensations, elle utilise des couleurs. Par exemple, elle me dit : « *Au début, c'était rose et vert, qu'est-ce que c'était bien…. Quand vous êtes arrivées au niveau de mon autre épaule, j'attendais que le rose suive mais ça n'a pas suivi. De l'autre côté, c'était violet, bleu foncé… J'ai retrouvé un peu de rose sur mon second pied. »*. Au fur et à mesure des séances, Mme G et moi parvenons à établir que le rose correspond à des sensations de détente tandis que le violet ou le bleu foncé correspondrait plus à de sensations de tension et de froid. A une séance, Mme G nous dit même qu'à la fin, *« tout était blanc ».* Le blanc pour elle correspond à une sensation d'harmonie, de détente égale dans tout le corps : *« c'est la première fois que je me sentais si bien… ».*

Oser montrer sa souffrance

Fin mars malheureusement, c'est la rechute. Mme G arrive, empestant l'alcool, et nous prévient d'emblée : *« ça va pas, je suis bourrée ».* Ses propos sont confus : Mme G se met à pleurer *« j'ai tellement honte que vous me voyiez comme ça. C'est mon fils, il est rentré hier soir avec de l'alcool, pour faire la fête avec des copains. Je me suis levée à 3h du matin et j'ai bu le rhum ».* Elle ne peut nous dire si elle a bu plusieurs verres, ou plusieurs bouteilles. Elle voulait appeler son fils mais a composé le numéro de sa mère qui a bien compris qu'elle était en état d'ivresse. Cela la fait s'effondrer encore plus. Elle ajoute *« Mais je suis venue, je voulais pas que vous croyiez que je vous avais oubliées, que je ne m'investis pas»*. Nous lui disons que nous savons qu'elle s'investit, elle nous le montre depuis un moment, elle est venue aujourd'hui. La thérapie avance, ce n'est pas pour ça que tout change du jour au lendemain, qu'il n'y a pas des rechutes de temps en temps. Nous restons là pour l'aider à avancer. Nous l'incitons à rentrer chez elle pour se reposer. Mme G a du mal à nous quitter, ses émotions sont au paroxysme, son raisonnement est confus, elle repart en boucle sur les mêmes propos. Elle est rassurée lorsque nous lui redonnons rendez-vous pour la fois prochaine.

Durant la semaine, Mme G appelle pour dire qu'elle sera bien là vendredi, a honte de ce qui s'est passé la dernière fois, sera sobre pour sa séance. Ce vendredi-là, elle est à nouveau alcoolisée mais moins que la dernière fois car elle est beaucoup plus cohérente dans ses propos. Elle ne parvient plus à s'arrêter de boire : *« J'ai honte que vous me voyiez dans cet état. Je ne vais pas pouvoir faire la séance. Mais moi je suis carrée, alors je suis venue quand même ».* Elle pleure, nous avoue que ça ne va pas du tout *« je ne comprends pas, j'allais si bien, si bien !... Maintenant, je ne pense qu'à mourir. D'ailleurs, je ne vous l'ai pas dit, mais il y a un mois et demi, j'ai voulu me pendre, c'est mon fils qui m'a trouvée. Il m'en veut terriblement. Mais je ne vois pas d'autre solution. »* Elle nous dit qu'elle n'est pas allée voir sa psychiatre, elle a manqué deux rendez-vous. Nous évoquons ensemble la possibilité d'une hospitalisation, les bienfaits qu'elle pourrait en tirer, l'effet nocif de l'alcool sur l'humeur, l'organisation de la pensée, l'importance de se faire aider pour en sortir. Mme G refuse d'aller aux urgences : *«Ce WE je travaille, j'ai dit que j'étais là. Je ne peux pas les décevoir. La semaine dernière, ma cadre m'a incitée à aller aux urgences : ils m'ont donné rendez-vous lundi avec un spécialiste en addictions. ».* Elle nous promet d'aller aux urgences si ça ne va pas. Après nous avoir dit au revoir, quelques minutes plus tard, elle frappe à la porte : *« est-ce que je peux rester un peu avec vous ? »* Ce n'est pas possible car nous avons une autre patiente à recevoir. Nous lui indiquons les urgences si besoin.

Mme G nous a investi très positivement, nous sommes actuellement son seul lien avec le soin au CMP. Cependant, l'accueillir ainsi serait nous mettre hors-cadre et ne répondrait pas vraiment à sa demande d'aide. Notre rôle à ce moment-là est surtout de l'orienter vers les structures adéquates, lui rappelant d'aller aux urgences si les idées noires reviennent et prévenant son médecin référent au CMP de ces évènements.

Émergence d'une parole authentique

Juste après ces évènements, suivent les deux dernières séances avant le rendu de mémoire. Mme G arrive apprêtée, sobre et fière de l'être. Elle a vu le spécialiste en addictions, qui lui a conseillé à nouveau une cure, puis une postcure, ce à quoi elle réfléchit. Elle nous confie que la semaine a été difficile. Elle dit avoir un souvenir vague de la dernière fois qu'elle nous a vues. Nous l'interrogeons sur les désirs de mort dont elle nous a fait part, ma maître de stage insiste *« même si c'est douloureux à évoquer, je ne peux pas faire comme si rien ne s'était passé ».* Elle nous répond : *« En ce moment ça va. Je n'ai envie de mourir qu'après avoir bu, le lendemain, tellement je m'en veux ».* Elle nous confie ensuite des éléments douloureux : *« Avec mon fils, ça ne va pas du tout, mais je sais que je suis responsable… »* Elle hésite à continuer. Ma maître de stage lui demande si depuis septembre, il a à nouveau fait preuve de violence ou pas : *« Oui, enfin non… Enfin peut-être, je ne sais pas. L'autre jour, il m'a demandé, un lendemain d'ivresse, si je*

n'avais pas des bleus sur le corps. J'en avais. Il m'a dit : « ben y en a certains, c'est moi qui te les ai fait mais tu t'en souviens pas, t'étais bourrée »…Je ne savais pas quoi répondre ». Elle nous raconte alors que la violence est une chose courante chez son fils : ayant perdu son téléphone portable cette semaine, il aurait ensuite tout cassé *« chez lui »* (Mme G fait le lapsus, ne réalisant peut-être pas que c'est d'abord « chez elle » que son fils de 19 ans vit), arrachant la tapisserie de sa chambre, jetant les meubles à terre… La question des limites se repose ici avec violence, jusqu'au domaine intime de la sexualité. Mme G nous raconte qu'il y a peu de temps, son fils se serait présenté nu devant elle, se cachant le sexe avec sa main, pour lui dire *« Maman, y a un problème, je bande plus »*. Cette fois-ci, Mme G a réagit très fort en lui tournant le dos, criant *« ca suffit, dégage ! »*. Tout en nous racontant ces évènements, Mme G nous regarde régulièrement avec un air interrogateur. J'ai l'impression qu'il y a de la confusion dans son appréhension de cette relation conflictuelle, qu'elle ne sait plus où est la limite de ce qui est acceptable ou non, qu'elle se retrouve dans une situation sans issue où elle se pose comme coupable de ce qui lui arrive, payant pour ses erreurs, et croyant que tout le monde la jugera pour lui dire *que « c'est bien fait pour elle, elle n'avait qu'à être une bonne mère »*.

Nous insistons auprès de Mme G pour lui signaler que la situation est anormale, voire dangereuse. Elle doit poser plus de limites. Ma maître de stage lui dit qu'elle est peut-être à l'origine de ce qui arrive, mais qu'elle n'en est certainement pas la seule cause. La personnalité, le contexte extérieur sont des éléments à prendre en compte. Aujourd'hui, ils ont tous deux un grand besoin d'aide et Mme G qui est fragile, ne pourra pas aller mieux si son fils continue à la persécuter. Mme G semble nous entendre.

Je lui propose de commencer la séance, Mme G s'allonge sur le matelas, ferme les yeux. Elle demande à ce qu'on mette la couverture dés le début. Elle semble à la fois fatiguée et soulagée. Je lui propose le toucher thérapeutique habituel. Sa respiration est très calme, son tonus est bas. A la fin, je verbalise plus longuement autour des sensations de détente. Dés que le silence se fait, Mme G gigote, je fais alors la reprise. Elle se relève d'un coup pour s'asseoir : *« c'était tout gris, c'était bien hein, mais pas autant que d'habitude. C'était tout gris. Et puis j'avais des flashes dans ma tête, des images qui venaient ».* Elle ne veut pas développer. Nous reprenons avec elle sur le fait qu'ayant évoqué des choses difficiles juste avant, il est peut-être moins facile de ressentir la détente. Cependant, les sensations demeurent harmonieuses, le corps n'est pas morcelé par des sensations, des couleurs différentes comme lors des premières séances.

A la dernière séance, Mme G est toujours sobre, et fière de l'être. Nous la félicitons d'autant plus que les tentations ont été rudes : son fils fête son anniversaire et depuis deux jours, la maison est *« remplie d'alcool »*. Cependant elle veut tenir bon, être là pour son fils et pour les autres jeunes au cas où il y aurait un problème, adoptant véritablement une

posture maternelle responsable et protectrice, peut-être même un peu trop. Elle ne peut toujours pas poser de limites à son fils, par exemple pour lui demander de ne pas rapporter d'alcool à la maison. Mme G est plus paisible que la fois d'avant. Après la séance de psychomotricité, elle me dit que *« cette fois-ci, c'était différent. D'habitude, ce sont des couleurs qui me viennent, mais là, c'était des images »*. Nous échangeons sur ces images. Mme G dit avoir eu des images de bateau qui tanguait *« et quand vous avez touché mon bassin, ça s'est arrêté, ça s'est posé, la mer est devenue calme »*. Je lui suggère alors une sensation d'ancrage et de bercement pour expliquer cette image, elle acquiesce. *« J'entendais les vagues, j'ai voyagé »*.

En conclusion, c'est la première fois que Mme G s'investit aussi longtemps et régulièrement dans un dispositif, depuis le début de sa prise en charge. Petit à petit, grâce à notre travail corporel, elle s'est laissée allée à plus d'authenticité, jusqu'à se montrer sous son jour le plus difficile, testant peut-être notre capacité à la supporter. Ce cheminement lui a permis, lors de cette dernière séance, de nous confier des choses qu'elle n'avait jamais confiées avant, dans le soin. Si Mme G continue à s'investir dans ce travail, elle sera peut-être prête à entamer une psychothérapie dans quelque temps. Passant des couleurs aux images, ses capacités d'élaboration de ses sensations sont de plus en plus variées.

DISCUSSION

I. La prise de conscience corporelle et ses répercussions sur l'image composite du corps

Pour Juan-David Nasio, l'image du corps correspond au Moi de la personne. Travailler sur la prise de conscience du corps, c'est effectuer un travail sur l'image du corps et donc sur la prise de conscience de soi. C'est au regard de cette considération que nous aborderons la question des répercussions de la prise de conscience corporelle sur l'image du corps telle que l'a conceptualisée Éric Pireyre. Nous aborderons donc les répercussions de la prise de conscience corporelle :

A. Sur l'identité

1. Identité : définition

Selon l'Encyclopédie Philosophique Universelle, l'identité est le *« caractère de ce qui est identique, du rapport de continuité et de permanence qu'un être entretient avec lui-même, au travers de la variation de ses conditions d'existence et de ses états »*[80]. L'encyclopédie précise que *« lorsqu'il s'agit d'individus vivants, on parle aussi d'identité personnelle, et en un sens plus précis, à propos des humains, d'identité juridique. Cette acception rejoint le sens banal du terme, qui fait devoir à chacun, le cas échéant, de « justifier de son identité », par exemple, à l'aide d'un document officiel qui garantit que cet individu est bien untel ou untel, en raison d'une certaine permanence d'être, physiquement et socialement reconnaissable »*[81]. Si pour l'État, l'identité de chaque citoyen est une évidence définie par la Loi, pour la personne, elle demeure parfois labile, insaisissable, comme pour Mme G au départ.

Pour A. Mucchielli, *"Le sentiment d'identité est composé de différents sentiments : sentiment d'unité, de cohérence, d'appartenance, de valeur, d'autonomie et de confiance organisés autour d'une volonté d'existence". Les dimensions de l'identité sont intimement mêlées : individuelle (sentiment d'être unique), groupale (sentiment d'appartenir à un groupe) et culturelle (sentiment d'avoir une culture d'appartenance) »*[82]. L'identité est donc ce qui fait de tout un chacun un être entier, avec des qualités physiques mais aussi psychiques, singulières et permanentes malgré les variations des conditions d'existence.

[80] Jacob A. et Auroux S., 1998, p.1208
[81] Ibid., p.1209
[82] Mucchielli A., 1986, p.5

L'objet de cette partie est de déterminer en quoi le travail de prise de conscience du corps permet une prise de conscience de soi pour un patient, en venant directement interroger l'image du corps.

Pour Éric Pireyre, *« en pathologie psychiatrique grave, l'identité est inexistante ou au mieux, fragile. Dans ce cas, il est logique de tenter de s'approprier celle d'un autre »*[83]. Nous avons bien vu comment Mme G est fragilisée dans son identité, particulièrement lorsqu'elle est alcoolisée *« c'est plus fort que moi… A ce moment-là, je ne sais plus ce que je fais, qui je suis »*.

2. Identification, différenciation, empathie

Ce qu'Éric Pireyre sous-entend probablement est en lien avec le phénomène d'identification dans la relation thérapeutique.

Pierre André classe l'identification parmi les mécanismes de défense et la définit comme un processus formateur de la personnalité : *« l'enfant se trouve, tout au long de son développement, de multiples modèles d'identification pour se personnaliser (…) L'identification est un processus par lequel le sujet assimile un aspect de la personnalité d'autrui, ce qui va partiellement le transformer »*[84]. Au cours de la thérapie, le psychomotricien peut devenir un modèle d'identification pour son patient. Le patient, empêtré dans ses difficultés psychocorporelles peut alors prendre appui sur le corps du thérapeute. Dans les propositions dynamiques, j'ai souvent vu Mme B réajuster son tonus, ou sa position en nous regardant, tentant de se calquer sur notre état de relâchement, sur la position de l'axe. De même, je l'ai souvent accompagnée dans les propositions, lui offrant un appui corporel, inspirant et soufflant avec elle. Petit à petit, même si le patient ne reprend que quelques caractéristiques de l'état corporel du thérapeute, il les intègre pour lui-même, de façon personnelle et sans aliénation, et il se transforme. L'importance de la communication corporelle que nous développerons ultérieurement, est ici majeure : nous devons prêter une attention particulière à notre posture, notre équilibre, notre état de relâchement car ils seront une part du terreau qui va nourrir le patient, un terreau qui doit être de qualité.

A l'inverse de l'identification, le patient peut aussi traverser des périodes où il a besoin de se différencier du thérapeute, pouvant aller jusqu'à le rejeter. Cela peut être le signe d'une résistance. Mais cela permet aussi une individuation du patient, rend compte de sa singularité et signe aussi les prémisses d'une possibilité de séparation.

[83] Pireyre E., 2011, p.62
[84] André P., 2006, p.24

En revanche, l'identification du thérapeute au patient peut fragiliser la relation thérapeutique. Pour aider et guider le patient dans la prise de conscience de son corps, le thérapeute doit être non pas dans l'identification mais dans l'empathie : *« l'empathie est (…) une façon de sentir le monde intérieur du patient et ses significations intimes comme s'il était le nôtre, quoiqu'en n'oubliant jamais que ce n'est pas le nôtre (…) Être presque l'autre, sans être l'autre et sans cesser d'être soi-même »*[85]. C'est dans l'espace du « comme si » que réside la différence entre l'identification et l'empathie. Pour O. Gaucher-Hamoudi et M. Guiose, *« l'identification, définie comme l'assimilation d'un Moi à un Moi étranger est essentiellement un phénomène inconscient et permanent, tandis que l'empathie est préconsciente et temporaire »*[86]. Selon moi, la qualité de l'empathie est fonction de la qualité du contre-transfert. Il a été beaucoup plus aisé pour moi d'être dans l'empathie dés lors que mon contre-transfert était positif.

3. Donner des limites

En touchant

D. Anzieu, dans *Le Moi-peau*[87], fait référence à cette limite que constitue la peau. Il détermine un feuillet externe, la face de la peau en contact avec le monde extérieur et un feuillet interne, la face qui se trouve vers l'intérieur du corps. Cette organisation en feuillets est reprise par Bullinger (cité par Pireyre[88]) : le feuillet interne correspondrait à la proprioception musculaire et articulaire, tandis que le feuillet externe serait constitué des organes sensoriels et représenterait la surface où le milieu extérieur vient prendre sens. Pour Agnès Servant-Laval et Suzanne Robert-Ouvray, *la proprioception est un « sens qui constitue l'une des bases de l'ancrage organique de notre identité »*[89].

Le travail du toucher thérapeutique vient directement solliciter cette problématique de limite corporelle. Pour O. Gaucher-Hamoudi, le tact est un sens qui doit être stimulé pour conserver sa sensibilité. Une de ses grandes fonctions est de permettre *« la conscience de l'unité corporelle, de la continuité du corps (…). Nos activités quotidiennes permettent des sensations tactiles qui réactualisent notre schéma corporel et notre image du corps »*[90]. Ainsi en va-t-il pour l'activité de toucher thérapeutique qui vient stimuler cette fonction tactile. Ce faisant, le toucher thérapeutique vient aussi réactualiser les limites du corps, la différence entre l'intérieur et l'intérieur, entre le corps et le monde environnant. Je suggère régulièrement aux patientes, après le toucher thérapeutique, la possibilité d'avoir senti les contours du corps, ses limites, mais aussi ses formes, ses creux, ses arrondis, son volume…

[85] Gaucher-Hamoudi O., Guiose M., 2007, p.102
[86] Ibid.
[87] Anzieu D., 1995
[88] Pireyre, 2011, p. 62
[89] Robert-Ouvray S. et Servant-Laval A., in Albaret J-M., Giromini F., Scialom P., 2011, Chap.5
[90] Ibid.

C'est pour Mme B et Mme G un moment de bien-être (actuellement), sur lequel elles ont encore du mal à mettre des mots. Mais je me permets de supposer que leur offrir des limites les sécurise. Par ailleurs, je souhaite signaler la dimension de la singularité dans le toucher thérapeutique : aucun des patients que j'ai touché en stage ne m'offraient le même contact, et ils ont parfois pu dire à quel point notre façon de toucher était spécifique, reconnaissant sensiblement mon toucher ou celui de ma maître de stage. Le toucher touche donc directement l'identité.

En offrant un cadre thérapeutique

Cette définition, trouvée sur le site de la revue *Santé Mentale*[91] me paraît correspondre à la notion de cadre thérapeutique tel que je l'envisage : *« Le cadre thérapeutique désigne l'ensemble des conditions pratiques et psychologiques qui, ajustées aux possibilités du patient, permettent un processus soignant. Ce sont des éléments fixes non rigidifiés – un espace, un rituel, des repères temporels, des règles et des seuils –, mais également des personnes, un objectif, une ambiance et surtout une conception, celle de l'esprit du soin ».*

Sur mon lieu de stage, les conditions matérielles de notre cadre sont les suivantes : les séances ont lieu dans la salle de psychomotricité dont nous veillons à conserver l'organisation. Les patients savent où se trouve le matériel nécessaire à leur séance, et souvent, nous aident spontanément à l'installer. Le rendez-vous est convenu à l'avance pour une heure précise. La durée des séances est d'environ quarante minutes. Leur déroulement est ritualisé, tel que je l'ai décrit pour mes deux cas cliniques. Il y ainsi pour les patients un environnement stable, solide, permanent. Une des fonctions du cadre thérapeutique est d'assurer une contenance. Le caractère répétitif et immuable de ce cadre permet de donner au patient la sécurité nécessaire à sa propre mise en mouvement corporelle et psychique, à l'intérieur d'une structure solide. Mme B a particulièrement besoin de cette permanence du cadre. La confiance qu'elle nous offre a besoin de repères fiables pour subsister

Le cadre a aussi à voir avec la présence ou l'absence des patients ou des thérapeutes. Les absences par exemple doivent être de préférence prévues, clairement énoncées. Même lorsqu'elle est prévue à l'avance, l'absence du thérapeute me paraît jouer dans la relation thérapeutique : au retour de vacances, les patients vont souvent plus mal. On pourrait interpréter cela comme l'expression du besoin de la thérapie et le reproche sous-jacent au thérapeute d'être parti. La possibilité de l'absence des patients fait partie du cadre : dés le départ, ils sont informés des moyens possibles pour nous prévenir de leur absence ou prendre un autre rendez-vous si besoin. Cependant, pour les patients, l'absence est souvent vécue comme une faute : Mme G ne s'autorise pas à rester chez elle et se reposer quand

[91] Site de la Revue Santé Mentale

elle est alcoolisée, elle a peur qu'on lui en veuille, que l'on croie qu'elle n'est pas investie dans son soin si elle ne vient pas. Je me souviens aussi d'une fois où Mme B avait été absente. A la séance suivante, nous avions exceptionnellement vingt minutes de retard (Il peut aussi arriver au thérapeute d'être hors-cadre) et Mme B de se confondre en excuses pour son absence de la fois d'avant : peut-être a-t-elle cru que nous voulions la punir en étant nous-mêmes en retard ?

Les conditions psychologiques du cadre sont que le patient a le droit de tout dire, dans le cadre de sa séance. Nous-mêmes sommes tenues au secret médical et rien de ce qu'il nous confie ne sera répété en dehors du cadre du secret médical. En revanche, il est interdit de faire du mal : à soi-même ou à l'autre.

Ce faisant, le cadre thérapeutique joue aussi le rôle de tiers dans la relation car il soumet thérapeute et patient à une même loi, la sienne.

Le comportement du patient face au cadre apporte des éléments intéressants, particulièrement sur une problématique par rapport aux limites. Pour Mme G, le cadre est thérapeutique parce qu'il la renvoie systématiquement à son manque de limites : lorsqu'elle vient intoxiquée, nous la recevons quelques instants mais lui signalons l'impossibilité de faire une séance. Lorsqu'elle nous demande de lui venir en aide en dehors de ses séances, il est important, malgré toute l'émotion que sa détresse suscite en nous, de lui dire non et de lui indiquer l'aide adéquate. Ce faisant, il me semble qu'elle teste aussi notre solidité. Par ailleurs, son débordement verbal de début de séance nous a obligées parfois à écourter le travail corporel, tant et si bien que nous avons quelquefois décidé de la couper de façon très directe dans ses ressassements pour lui proposer d'entrer en action (afin aussi de respecter les temps rituels de séance), ce à quoi elle répond de façon positive. Le travail n'est en effet possible pour Mme G que si elle respecte le cadre. Et le travail du respect du cadre est déjà une étape importante dans l'évolution de la patiente

Corps et conscience, une thèse neurologique de l'identité (A. Damasio)

Antonio Damasio est un neurologue américain ayant effectué un travail important sur l'émergence du sentiment de soi et de la conscience. Il présente un intérêt majeur pour la psychomotricité puisque son hypothèse repose sur une construction de la conscience à partir du corps. Je ne présenterai qu'un petit résumé de cette hypothèse présentée et approfondie dans quatre de ses ouvrages[92].

Damasio reprend une idée de William James, selon laquelle l'émotion serait due à des modifications physiologiques du corps. Les émotions fonctionnent en lien étroit avec des états corporels qui voient varier les données biologiques: température, marqueurs

[92] Damasio A., 1995, 1999, 2003, 2012

métaboliques, états de tension des membranes, des muscles lisses ou striés, zones de vascularisation, pH, fonctionnement des organes. Toutes ces variations sont transmises au cerveau qui construit alors des cartes de représentation d'un état donné du corps. La perception des émotions correspond donc à une information sensorielle. Les circuits neuronaux qui sont à la base de la perception des émotions sont localisés dans le système limbique, dans le cortex préfrontal mais aussi dans les régions du cortex somato-sensoriel. A partir de là, il existe une boucle de résonnance entre les parties du corps qui bombardent le cerveau en permanence de leurs signaux et le sont en retour par lui.

Pour Damasio, *« il existe diverses sortes de perceptions de l'état du corps. Un premier type repose sur les émotions, dont les plus universelles sont la joie, la tristesse, la colère, la peur et le dégoût, et qui correspondent à des états du corps largement préprogrammés. »*[93]. Il existe également un deuxième type de perception de l'état du corps, *« reposant sur de subtiles variations par rapport aux cinq émotions mentionnées ci-dessus ; l'euphorie et l'extase sont des variations par rapport à la joie (...) Cette seconde sorte de perception est modulée par l'expérience. »*[94] Mais Damasio va plus loin en posant l'hypothèse de l'existence d'une troisième sorte de perception de l'état du corps, la plus ancienne dans l'évolution, qu'il appelle perception d'arrière-plan du corps : *« elle a trait à la perception d'un état de fond plutôt qu'à un état émotionnel. (...) Il s'agit de la perception de la vie elle-même, de la sensation d'être. (...) Nous ne sommes conscients de cette perception d'un arrière-plan que de façon subtile »* [95]. L'état d'arrière-plan correspondrait en fait à l'état du corps tel qu'il se présente entre deux émotions. Cette perception *« ne correspond à aucune partie spécifique du corps mais plutôt à l'état global de la plupart des organes. »*[96], en lien donc avec la sensibilité somato-viscérale et l'image du corps selon moi. Elle reflète la permanence interne du corps. Sans cette perception, nous n'aurions pas de représentation de notre moi.

Sans perception en général, il n'y aurait pas de conscience. Pour Damasio, l'accès à la conscience est complexe: *« La simple présence d'images organisées s'écoulant dans un courant mental produit un esprit mais (...) pour que le cerveau devienne conscient, il doit acquérir une propriété nouvelle : la subjectivité. »*[97] La conscience est indissociable du soi : *« Quand un esprit n'a pas de soi, il n'est pas conscient au sens strict. (...) Le soi existe bel et bien, mais c'est un processus et non une chose : ce processus est présent toutes les fois que nous sommes censés être conscients »*[98]. Ce processus ne va pas du haut

[93] Damasio A., 1995, p.207
[94] Ibid.
[95] Ibid., p.208
[96] Ibid., p.211
[97] Damasio A., 2010, p.16
[98] Ibid., p.15

vers le bas. Il vient du bas et va vers le haut. Il vient de l'intérieur. Il vient de ce que, dans le cerveau, il est possible de représenter l'intérieur d'un organisme actif et il comprend des sous-composantes.

Comme évoqué précédemment, le cerveau a en mémoire des cartes neuronales représentant des états multiformes des viscères et des muscles. Ces cartes sont différenciées et rendent une image multidimensionnelle du corps, qui construisent littéralement les bases de l'identité individuelle. Cette image multidimensionnelle forme le Proto-Soi, c'est-à-dire une collection unique, liée à un seul organisme, de représentations non conscientes de l'état du corps. Le Proto-Soi est la condition d'existence du Soi Central qui correspond au soi ressenti actuel ici et maintenant. Proto-Soi et Soi-Central s'associent pour former la conscience noyau. Nous partageons cette conscience avec les animaux : elle est éminemment individuelle et se base sur les enregistrements sensoriels de l'ici et maintenant. Mais il existe également un Soi Autobiographique qui contient l'identité et la personnalité en lien avec les données de la mémoire. Soi-Central et Soi Autobiographique s'associent pour former la conscience étendue : elle fait appel à la mémoire du passé, aux projections dans le futur en corrélation avec le langage et la société, donc à un sentiment élaboré de soi, de son identité. *« A la lumière de ces faits, on peut estimer que le corps est le rocher sur lequel est bâti le Proto-Soi, tandis que celui-ci est le pivot autour duquel tourne l'esprit conscient »*[99].

Le corps et particulièrement les voies de la sensibilité seraient à l'origine de l'émergence de la conscience et du sentiment d'identité. En proposant des expérimentations sensoritoniques, le travail de conscience corporelle participe donc à cet enrichissement permanent de l'identité, *« le substrat neurologique de l'identité se trouve dans le cortex sensoriel »*[100]. Je m'interroge sur l'intérêt et la possibilité de vérifier à l'imagerie, des modifications cérébrales entre avant et après un travail de conscience corporelle.

B. Sur l'identité sexuée

Nous avons vu en théorie F. Dolto et E. Pireyre inclure le concept d'identité sexuée dans l'image du corps. E. Pireyre évoque la théorie freudienne de la bisexualité infantile. Se sentir homme ou femme n'est pas qu'une affaire de biologie, c'est un processus qui se fait par étapes, au regard notamment de l'étape de découverte de la différence des sexes, de la période oedipienne et en relation avec les propres représentations sexuées des parents.

Mme B me semble présenter une problématique dans son identité sexuée. Le dessin où je lui ai demandé de se représenter (Annexes I et II) montre ainsi peu d'éléments de

[99] Ibid., p.30
[100] Pireyre E., 2011, p.64

féminité : pas de détails (bijoux, accessoires, vêtements) permettant de l'identifier d'emblée femme, à l'exception de la coupe de cheveux et la présence discrète de seins. Lors du toucher thérapeutique ou de l'examen du tonus, le contact est difficile dans un premier temps, Mme B se raidit. Est-ce en lien avec des difficultés au niveau de la sensibilité touchant par là à la sensualité ? Toucher fait en effet notamment ressentir les formes féminines, les rondeurs… Est-ce la raison de sa crispation passagère ?

Mme G au contraire, se montre très féminine dans sa présentation. Lorsqu'elle est sobre, elle fait attention à son apparence, assortissant les couleurs, portant des bijoux et du maquillage. Peut-être est-ce une manière de se ressaisir de son identité après les ravages de l'alcool, que l'on considère d'ailleurs dans la société plutôt comme une pathologie d'homme. Je pense aussi à son statut de mère célibataire depuis la naissance de son fils, ayant du mal à assumer ce rôle maternel. Elle ne pouvait pas non plus endosser le rôle de père pour imposer l'autorité, donner les limites nécessaires à son fils.

C. Sur la continuité d'existence

E. Pireyre cite Winnicott[101], pour qui la structuration du Moi repose sur un sentiment continu d'exister suffisant. Ceci entre en résonnance avec l'image de base de F. Dolto. Lorsque le sentiment de continuité d'existence est défaillant, la personne peut avoir besoin de stimuler son corps pour mieux le sentir, se sentir exister. Mme B me semble ainsi s'accrocher véritablement à ses douleurs, alors partie intégrante de son identité, et sans doute garantes de cette sensation d'exister. Certaines conduites à risque peuvent être en lien avec ce besoin de se sentir exister. Pour renforcer cette sensation de continuité, je propose toujours aux patientes de se centrer sur le mouvement régulier de la respiration. C'est un élément perpétuellement à leur disposition, auquel elles pourront se raccrocher si besoin en dehors des séances de psychomotricité.

D. Sur la peau physique et psychique

E. Pireyre s'appuie ici sur la théorie du Moi-peau. Pour D. Anzieu, toute fonction psychique s'étaie et se construit sur une fonction de la peau. La peau constitue une enveloppe sur mesure qui *« achève d'individualiser le bébé par la reconnaissance que lui apporte la confirmation de son individualité : il a son style son tempérament propre, différent des autres sur un fond de ressemblance. Être un Moi, c'est se sentir unique »*[102]. A travers le toucher, je procure à Mme B ou à Mme G des sensations uniques, uniques parce que personne d'autre qu'elles-mêmes, à cet instant, ne peut faire la même expérience. Elles ressentent ce toucher de façon tout à fait personnelle, singulière. Cette expérience leur appartient totalement et je ne peux qu'en avoir un vague reflet dans ce qu'elles

[101] Ibid., p.55
[102] Anzieu D., 1995, p.84

choisiront de m'en dire ou pas. Prendre conscience de la sensation de sa peau, c'est prendre conscience d'une partie de son Moi, singulier, qui se sent unique.

La théorie de D. Anzieu est très complexe, je n'en présente ici que quelques aspects simplifiés. Didier Anzieu postule l'existence de huit fonctions physiques et psychiques de la peau, je développe celles qui sont le plus en lien avec ma clinique.

La première fonction est une **fonction de maintenance** du squelette et des muscles. Parallèlement, le Moi-peau remplit une fonction de maintenance du psychisme, qui s'appuie sur l'intégration de *« ce que Winnicott a appelé le holding, c'est-à-dire par la façon dont la mère soutient le corps du bébé »*[103].

La seconde fonction de la peau est une **fonction de contenance** : la peau contient tous les organes des sens externes. S'il y carence de cette fonction, *« l'angoisse d'une excitation pulsionnelle diffuse, permanente, éparse (...) traduit une topographie psychique un noyau sans écorce ; l'individu cherche une écorce substitutive dans la douleur physique ou dans l'angoisse psychique : il s'enveloppe dans la souffrance »*[104]. Il me semble que ceci entre tout à fait en résonnance avec les douleurs de Mme B. La souffrance lui permet peut-être aussi de sentir ses limites corporelles, ce qui a quelque chose de rassurant.

La troisième fonction est une **fonction de protection** : pour la peau physique, la couche superficielle de l'épiderme l'organisme contre les agressions physiques. Le Moi-peau a quant à lui une fonction de pare-excitation. Dans un premier temps, la mère sert de pare-excitation auxiliaire au bébé, jusqu'à ce que le Moi en croissance du bébé trouve sur sa propre peau un étayage suffisant pour assumer cette fonction. Une des défaillances de cette fonction a pour conséquence la constitution d'un Moi-crustacé *« avec une carapace rigide qui remplace le conteneur absent »*[105]. Est-ce la raison pour laquelle Mme B présente une telle hypertonie ? Par ailleurs, lorsque l'objet remplissant le rôle de pare-excitation auxiliaire n'a pas été ressenti comme suffisamment permanent ou solide *« la toxicomanie peut alors apparaître comme une solution pour constituer entre le Moi et les stimulations externes une barrière de brouillard »*[106]. La mère de Mme G a-t-elle été défaillante dans son rôle de pare-excitation ? L'alcool est-il consommé directement dans un but d'anesthésie des sensations ? En psychomotricité, je propose des sensations inhabituelles à Mme G. Un des éléments-clés de la prise en charge est donc de lui donner suffisamment de sécurité pour qu'elle puisse les intégrer sans être désorganisée. Je joue un premier rôle de pare-excitation en mettant du sens sur ses sensations, en la rassurant. Elle s'autorise alors à les laisser venir encore plus librement.

[103] Ibid., p.121
[104] Ibid., p.125
[105] Ibid., p126
[106] Ibid.

La quatrième fonction est une **fonction d'individuation** : la peau humaine présente des différences individuelles considérables. Parallèlement, le Moi-peau assure une fonction d'individuation du Soi, qui donne le sentiment d'être un être unique. J'ai déjà évoqué cette unicité en introduisant la théorie de D. Anzieu. Lorsque cette fonction est défaillante, le Moi-peau est menacé par la fragilisation de ses frontières. Le dessin de Mme B (Annexe I) montre peut-être une fragilité des limites du corps : le trait est fin, tremblotant, presque transparent. Un des buts de la médiation du toucher est justement pour Mme B et pour Mme G de retrouver cette sensation de limites, et d'aller vers l'individuation. Si le toucher vient réactualiser les limites du corps, il vient aussi faire ressentir sa forme, dans une qualité de contact qui enveloppe les reliefs corporels. Faire ressentir cette forme unique participe à la prise de conscience de soi dans l'ici et maintenant.

Je ne fais que citer les trois fonctions suivantes : **fonction d'intersensorialité, fonction de soutien de l'excitation sexuelle** et **fonction de recharge libidinale**.

Enfin, la huitième fonction est une **fonction d'inscription des traces sensorielles** : par la somesthésie, la peau fournit des informations sur le monde environnant. Le Moi-peau remplit une fonction d'inscription des traces sensorielles tactiles. Il y a pour D. Anzieu, *« un double appui, biologique et social. Biologique : un premier dessin de la réalité s'imprime sur la peau. Social : l'appartenance d'un individu à un groupe social se marque par des incisions, scarifications, peintures, tatouages, maquillage, coiffures et leurs doublets que sont les vêtements »*[107]. Mme G porte sur sa peau les traces de l'alcoolisme : sa peau est bouffie, ses yeux sont rougis, sa peau est jaune ou rouge, son ventre est enflé… Socialement, le regard des autres doit être lourd sur cette apparence pathologique.

E. Sur la représentation de l'intérieur du corps

Il est plus difficile de se représenter l'intérieur du corps, puisqu'on ne le voit pas. L'absence d'information visuelle donne une plus grande liberté à cette représentation dans l'image du corps. La proprioception offre des sensations des os, des muscles, des tendons. Les organes sont aussi perceptibles : bruits de la digestion (organes digestifs), bruit et mouvement de la respiration (poumons), bruits et vibration du pouls (cœur).. Tous ces rythmes dont nous n'avons pas conscience peuvent se manifester avec beaucoup plus d'acuité en état de relaxation. Le mouvement de la respiration par exemple, est souvent assimilé par les patientes à une sensation de bercement, des images de vagues régulières surgissent, quelque chose de tranquillisant, qui pose et repose… En revanche, les bruits de la digestion ou les craquements soudain des os dans le mouvement peuvent susciter de l'inquiétude… Que se passe-t-il à l'intérieur du corps ? Quelque chose ne peut pas être contrôlé… Est-ce que ça se casse ? Comment cela va-t-il être accueilli par l'autre ?

[107] Ibid.

Un jour, Mme B me dessine sa colonne vertébrale, toute droite et raide. A la séance suivante, je propose de travailler sur l'axe vertébral. Avec une balle à picot, je lui fais sentir les courbes de sa colonne. Je lui propose d'échanger les rôles, et de voir sur ma colonne le trajet de la balle. Nous dessinons ensuite ensemble les courbes dans l'air. Mme B me dit *« oui, mais chez moi, c'est raide »*. Je lui réponds que la réalité physiologique est différente de ce qu'elle se représente (et qui appartient à son image du corps). Elle a l'air à la fois dubitative et intriguée. Je lui proposerai à plusieurs reprises de travailler sur la mobilité de la colonne : les résultats ne sont pas encore spectaculaires, mais il me paraît important de prendre le temps d'imaginer la possibilité de cette mobilité depuis l'intérieur du corps, même si elle n'est pas d'emblée évidente.

Par ailleurs, je souhaite émettre l'hypothèse que l'une des fonctions de la prise de conscience du corps serait de modifier les représentations de l'intérieur du corps en renforçant les « bons objets internes » (cf. théorie de Mélanie Klein), avec des sensations de plaisir, de détente, de confort…Cela permet peut-être de redonner au patient de bons objets internes sur lesquels s'appuyer, un premier pas dans le traitement de la dépression.

F. Sur le tonus

Nous avons abordé la notion de tonus en partie théorique. Le travail de prise de conscience corporelle est toujours, entre autres, un travail sur le tonus. Je souhaite approfondir ici la dimension affective et relationnelle du tonus.

Pour Agnès Servant-Laval et Suzanne Robert-Ouvray, le tonus de fond détermine une fonction de contenance, *« façon de se ressaisir autour d'un centre et à l'intérieur de limites. Le tonus soutient alors un sentiment d'unité corporelle et d'individuation et constitue une véritable enveloppe tonique en support de l'enveloppe-peau »*[108]. Cette fonction de contenance du tonus vient faire écho à la fonction de contenance de la peau vue précédemment. C'est peut-être la raison pour laquelle la méthode Jacobson a tout de suite convenu à Mme B qui a été particulièrement sensible aux propositions de contraction et relâchement du corps en globalité.

1. Tonus et relation : transfert et contre-transfert

Le vécu émotionnel est indissociable du vécu relationnel. La posture est comme un point de départ pour que le sujet s'oriente, s'ajuste à la relation. Les modulations toniques émotionnelles se feraient en fonction de ce qui est vécu dans la relation. Cependant, au quotidien, les ajustements posturaux se font le plus souvent selon une organisation qui serait quasi automatique : la personne n'est pas vraiment en contact avec ses ressentis

[108] Ibid.

internes, qui sont comme refoulés. *« Cette perte de contact peut être à l'origine de difficultés de repérage ou d'identification des vécus émotionnels »*[109].

La relation thérapeutique est dépendante des phénomènes de transfert et de contre-transfert. En psychomotricité, la spécificité de ces phénomènes réside dans l'attention qu'en tant que psychomotriciens, nous apportons aux modifications toniques qui surgissent dans notre corps et celui du patient et qui nous renseignent sur la qualité émotionnelle du transfert.

Le transfert

Selon le Dictionnaire de psychanalyse, le transfert est un terme introduit par S. Freud et S. Ferenczi pour désigner un processus de la cure psychanalytique par lequel *« les désirs inconscients de l'analysant concernant des objets extérieurs viennent se répéter, dans le cadre de la relation analytique, sur la personne de l'analyste mis en position de ces divers objets »*[110]. P. Delaroche précise que *« le transfert est une répétition en actes d'une relation ou même d'un défaut de relation avec un personnage marquant de son histoire ou de sa préhistoire (...) Le transfert sur le médecin est fort, ambivalent et du même coup souvent, pour ne pas dire toujours, dénié »*[111]. Il me semble que le mécanisme de transfert peut s'étendre à toute relation thérapeutique dés lors qu'un travail sur le psychisme est à l'œuvre, ce qui est bien le cas en psychomotricité puisqu'elle propose un travail psychocorporel.

Durant mon stage, je me suis interrogée sur la nature du transfert établi entre les patients et moi, entre les patients et ma maître de stage. Je me questionne particulièrement sur ce qui se rejoue pour Mme G dans notre relation. Dans son discours, elle se répète beaucoup, cherchant toujours de l'approbation dans notre regard. J'ai le sentiment qu'elle recherche une sorte de fusion avec nous.

Il me semble également intéressant de revenir sur la configuration relationnelle des séances. Dans la thérapie individuelle, la relation est duelle entre un patient et son thérapeute. Le transfert est alors plus enclin à faire se rejouer la relation entre la mère et l'enfant qu'a été le patient (sans que ce soit systématique). Je suis présente cette année comme stagiaire, nous sommes donc trois dans la pièce, le patiente, ma maître de stage et moi qui sommes co-thérapeutes. L'une d'entre nous peut alors signifier le tiers pour le patient, la présence paternelle qui vient séparer la mère et l'enfant. Symboliquement, le père signifie l'autorité, et permet aussi l'ouverture au monde. Qu'en a-t-il été en vérité ? Je l'ignore…

[109] Robert-Ouvray S. et Servant-Laval A., in Albaret J-M., Giromini F., Scialom P., 2011, p.145-177
[110] Roudinesco E., Plon M., 1997, p.1067
[111] Delaroche P., 2003, p.26

Je citerai aussi le point de vue de Marc Guiose en ce qui concerne le transfert, dans le cadre spécifique de la relaxation : *« L'état de relaxation est un état modifié de conscience. (...) Ses principales caractéristiques sont une réduction de l'épreuve de réalité, la réduction de la notion de temporalité, une disparition de la logique externe, avec notamment, l'absence de respect du principe de contradiction »*[112]. Le psychisme du patient, dans cet état de conscience modifié devient en quelque sorte plus vulnérable, plus perméable : *« le sujet revit par l'intermédiaire du transfert un mode de fonctionnement psychique archaïque, infantile. Le relaxateur peut devenir un objet fantasmé, mais aussi une partie du Self du sujet »*[113]

Le contre-transfert

Le Dictionnaire de psychanalyse définit le contre-transfert comme l'ensemble *« des manifestations de l'inconscient de l'analyste en relation avec celles du transfert de son patient »*[114].Tout comme le processus de transfert, il semble aussi applicable dans la relation thérapeutique en psychomotricité. Je me suis moi-même trouvée aux prises avec des sentiments forts et étranges. Il me semble que le contre-transfert a une importance capitale, car c'est en observant mes propres sentiments, en me demandant à quoi ils réagissaient dans la relation, que j'ai pu mieux comprendre quel type de transfert était à l'œuvre. Pour Agnès Servant-Laval et Suzanne Robert-Ouvray une des fonctions relationnelles du tonus serait en effet de pouvoir rencontrer l'autre à travers soi : des informations sensorielles surviennent lorsque nous rentrons en communication avec autrui. Ces informations provoquent en nous, par des processus d'association, une modification de notre espace affectif qui nous fera répondre à la relation en fonction de notre ressenti.

Concernant Mme B, j'ai particulièrement envie de prendre soin d'elle, de la protéger, de répondre à ses besoins au plus près. Alors que parfois, il est plus intéressant de ne pas répondre au plus près, mais d'instaurer suffisamment d'espace entre les besoins et la réalité, pour évoluer. Je ressens Mme B comme une personne fragile et j'ai parfois envie de la materner. C'est peut-être une réaction à sa propre difficulté à demander de l'aide, à vouloir porter seule de lourdes souffrances. Son attitude est en effet ambivalente : elle vient pour demander de l'aide mais ne peut pas toujours entrer pleinement dans la thérapie : tantôt elle parvient à se confier, à se relâcher, tantôt elle met une distance entre elle et nous, entre elle et son corps. Malgré ces difficultés, elle fait preuve de sincérité, de courage, d'assiduité, ce qui donne envie de l'aider. Sa volonté aussi de s'appliquer, de bien faire, (et qui constitue pourtant un axe de travail avec le but pour elle de s'individuer) est aussi très certainement narcissisante pour moi.

[112] Guiose M., 2007, p.70
[113] Ibid.
[114] Roudinesco E, 1997, p.191

Toujours au sujet de Mme B, j'avais comme elle envie que *« tout soit bien »*. Au début, j'aurais voulu être une thérapeute géniale et voir Mme B avoir des révélations et évoluer à vitesse « grand V » ! Or l'évolution des patients ne se fait pas en ligne droite, il me semble qu'elle se fait plutôt en forme hélicoïdale, avec des hauts et des bas dans une même direction. Lorsqu'il m'a semblé que Mme B allait moins bien, ou lorsque j'avais l'impression de ne pas obtenir de réponse à mes propositions, c'était difficile. J'avais parfois le sentiment de ne pas savoir ce que je faisais. Comment savoir ce qui se passait pour elle ?

Avec Mme G, les choses ont été plus difficiles d'emblée. Lors des premiers entretiens, je me rendais compte que j'avais beaucoup de mal à l'écouter : mon attention fuyait sans que je puisse la contrôler, je me mettais à penser à des tas d'autres choses, sans jamais me souvenir à quoi. Était-ce par mimétisme avec ce flou qui se dégageait de sa personne, cette impression d'inconsistance de sa personnalité ? Il y a aussi eu des moments où je n'étais pas à l'aise dans le toucher thérapeutique : j'avais le sentiment qu'avec sa difficulté au niveau des limites, il lui serait bien plus facile qu'à une autre de chercher à érotiser la relation. Une autre de mes craintes, toujours au sujet du toucher, était au contraire de l'entraîner vers trop de régression, où il me semblait qu'elle s'engouffrerait pour tomber comme dans un puits sans fond. C'est avec ces craintes que j'ai toujours cherché à maintenir la distance la plus sécurisante pour elle et pour moi au cours de la prise en charge.

Avec Mme G encore, il m'est arrivé d'avoir envie de la repousser parfois. J'avais le sentiment qu'elle était dans une recherche de collage, de fusion qui me faisaient peut-être craindre pour ma propre intégrité psychique. Quand Mme G vient en psychomotricité alcoolisée, ou quand elle nous demande de la recevoir en dehors des séances prévues, j'entends sa grande demande d'aide mais j'entends aussi sa difficulté à respecter les limites du cadre thérapeutique. Au cours de la prise en charge, mon contre-transfert se modifie : plus Mme G est authentique, plus elle montre ses souffrance et donc son besoin, plus j'ai envie de prendre soin d'elle, plus je sens que je peux lui être utile.

2. Tonus et intégration psychomotrice : une théorie de S. Robert-Ouvray

La théorie de Suzanne Robert-Ouvray met en lumière un processus d'intégration qui se fait sur quatre niveaux d'organisation *« mettant en rapport et en dialectique des pôles opposés »*[115]. Ces niveaux sont : le niveau Tonique, le niveau Sensoriel, le niveau Affectif et le niveau Représentatif (soit en abrégé les niveaux TSAR).

Le niveau Tonique fait écho à l'organisation tonique de la naissance, en bipolarité : le bébé présente alors une hypotonicité axiale et une hypertonicité périphérique, dues à son immaturité neurophysiologique. *« L'effervescence motrice du bébé est la preuve de sa vie*

[115] Robert-Ouvray S., 2002, p.78

affective et nous pouvons en déduire que la réaction corporelle et la réaction affective sont amalgamées »[116]. Par la suite, lorsque l'enfant ressent des stimulations, ou des besoins, il s'exprime sur le plan moteur en bougeant, pleurant, criant : *« l'enfant est alors à un niveau hypertonique que la présence de la mère et la satisfaction de ses besoins feront chuter. Il passera ainsi d'un pôle hypertonique lié affectivement à l'absence d'autrui à un pôle hypotonique lié à sa présence »*[117]. Progressivement, à travers l'alternance des variations de son état tonique, l'enfant intègre le rythme relationnel.

Le niveau Sensoriel s'étaie sur le niveau Tonique : la contraction ou le relâchement des muscles entraînent des modifications sur le plan sensoriel. L'enfant ressent la contraction comme une sensation dure et désagréable, contrairement au relâchement, associé à la sensation de mou qui lui est agréable. *« Les sensations toniques donnent la tonalité vibratoire à toutes les expériences sensorielles que vit l'enfant »*[118] S. Robert-Ouvray donne l'exemple de la tétée *« si les conditions affectives et environnementales sont satisfaisantes, l'enfant sera détendu et le lait sera bu dans un état d'hypotonie ; le lait chaud s'associera à la détente, au calme, au mou »*[119]. Une famille sensorielle du mou se constitue alors assimilant les sensations de doux, de chaud, de lumineux etc.. Deux familles sensorielles s'étaient ainsi sur le couple tonique tendu-détendu et *« la trame de base reste toujours conditionnée par l'opposition plaisir-déplaisir »*[120].

Le niveau Affectif s'étaie à son tour sur les niveaux précédents, à condition qu'un autre soit présent car *« le passage du niveau sensoritonique au niveau affectif est un passage d'un état de précommunication à un état de communication »*[121]. Par exemple, si le nourrisson pleure, il est en état d'hypertonie, ressent des sensations désagréables et dures : sa mère arrive et met du sens sur ce qui lui arrive en avec des mots qui nomment l'état affectif du bébé *« Allons mon bébé, calme toi, tu es en colère… J'étais occupée, je ne suis pas venue tout de suite… »*. La mère donne du sens au bébé à partir de sa propre intégration des niveaux TSAR : *« l'accès de l'enfant au palier affectif n'est possible que si la mère est suffisamment disponible psychiquement et physiquement pour maintenir un courant émotionnel entre elle et son bébé »*[122].

Le niveau Représentatif peut alors s'étayer sur les niveaux précédents. Nous ne pouvons savoir ce qu'un bébé se représente exactement. C'est pourquoi S. Robert-Ouvray choisit de parler de pré-représentations. Au début, les pré-représentations de soi et de l'objet sont amalgamées. *« Mais très vite, dés les premiers jours de la vie, le processus d'intégration fondé sur la dualité tonique, va séparer l'objet et le soi en deux : une bonne*

[116] Ibid., p.77
[117] Ibid., p.79
[118] Ibid., p.80
[119] Ibid.
[120] Ibid., p.81
[121] Ibid., p.82
[122] Ibid., p.83

partie, une mauvaise partie. Grâce à ces deux extrêmes, des positions intermédiaires vont naître et l'objet entier, ambivalent, pourra exister dans le psychisme de l'enfant »[123]. S. Robert-Ouvray donne ainsi une base corporelle à la théorie de Mélanie Klein.

Les quatre paliers s'étaient donc les uns sur les autres. A partir de la bipolarité innée, progressivement, *« l'intégration des deux positions extrêmes c'est-à-dire leur mise en rapport et leur dialectisation qui donne accès à l'ambivalence est dépendante d'un rythme relationnel satisfaisant (…) entre ces deux extrêmes, entre la souffrance et le plaisir, l'enfant se constitue en tant que sujet »*[124].

Mon propos est ici de signaler que le travail de conscience corporelle, le repérage des tensions ou du relâchement dans le corps fait écho à la bipolarité tonique des premiers mois de vie. Dans le travail de conscience corporelle, nous travaillons directement sur les niveaux toniques et sensoriels et par extension sur les niveaux affectifs et représentatifs, puisque ces quatre niveaux son indissociables. C'est en réapprivoisant des sensations corporelles que Mme G se met à pouvoir tenir un discours de plus en plus authentique, de plus en plus cohérent, en lien les sensations d'un corps qui ne triche pas.

Mme G oscille dans un fonctionnement relationnel par le tout ou rien, dans une ambivalence extrême. Elle en veut par exemple à certains collègues de ne pas la couvrir lorsqu'elle vient travailler alcoolisée, c'est de leur faute si elle est malheureuse. Avec d'autres collègues, elle entretient une relation fusionnelle : s'ils font primer le travail sur la relation, elle coupe immédiatement les ponts. A plusieurs reprises, elle nous raconte toutefois des situations où elle est vue comme un bouffon ridicule par ses collègues : elle en rit, peut-être que ce qui compte pour elle est avant tout d'exister à leurs yeux même si cela signifie qu'elle est maltraitée. Cela vaut mieux que rien. Elle nous dit aussi se dépenser sans compter pour ses parents ingrats mais la semaine suivante leur écrit une lettre pour rompre à la suite d'une dispute.

Du côté de Mme B, pour l'instant, la différenciation entre tension et relâchement est acquise. Il me semble d'ailleurs que pour elle, l'hypertonie de fond peut être interprétée comme une tentative d'agrippement, de se retenir pour ne pas s'effondrer, de tenir bon, voire de lutter contre la douleur. Mme B avait des difficultés à laisser venir l'hypotonie au départ, peut-être dans l'angoisse d'un lâcher-prise, ou de ne plus sentir son corps… Progressivement, grâce à la relation thérapeutique, elle intègre l'hypotonie comme un état de détente, de plaisir évoquant de la lourdeur, du relâchement. Mme B est en train de mettre en place une palette d'états intermédiaires entre hypertonie et hypotonie. Si elle n'en rend pas compte verbalement pour l'instant, j'imagine cependant que ce travail a des répercussions au niveau psychique, à partir de cette théorie. C'est dans cette exploration

[123] Ibid., p.84
[124] Ibid., p.86

des pôles opposés, la construction d'états intermédiaires que se construit l'identité individuelle.

G. Sur la sensibilité somato-viscérale

E. Pireyre évoque ici la sensorialité en lien avec l'image du corps[125]. Il évoque notamment les différences de seuil sensoriels d'une personne à l'autre. A ce titre, je m'interroge sur la grande sensibilité de Mme G : très suggestible, répondant immédiatement à la moindre de inductions, elle présente aussi une grande sensibilité physiologique contrastant avec son *« je ne sens rien »* du début de prise en charge. Dans le toucher, alors que je posais délicatement mes mains sur sa tête, elle dit avoir eu parfois une *« sensation d'étau, de grande chaleur ».* Ses sensations en général sont fortes. Peut-être lui paraissent-elles d'autant plus fortes qu'elles semblent les redécouvrir pour la première fois.

Par ailleurs, le travail de prise de conscience corporelle mettant en jeu la proprioception, je tiens à signaler que j'entends ce terme comme une invitation à se réapproprier son corps : après tout, ne signifie-t-il pas « sensation du corps propre » ? La proprioception nous donne des informations sur ce que nous sentons, nous ressentons de nous-mêmes, ici et maintenant.

H. Sur les compétences communicationnelles du corps

Reprenant une idée de C. Ballouard, E. Pireyre tient à parler de communication corporelle[126] et non pas de communication infra-verbale ni de langage du corps, arguant de la différence de structure entre la communication corporelle et la communication langagière.

Le dialogue tonico-émotionnel est l'une des modalités de cette communication corporelle. Il s'instaure dés les premiers jours entre la mère et l'enfant, si ce n'est déjà au niveau intra-utérin pendant la grossesse. Il constitue le premier mode de communication. Il perdure cependant dans la phase verbale : *« Notre attitude tonique est déjà particulière dés l'émission verbale dans l'attente de la réponse de l'autre. Le langage, en tant que communication, implique un engagement (…) ressenti corporellement »*[127].

Nous sommes ainsi en perpétuelle interaction tonico-émotionnelle dés que nous entrons en relation. Lorsque je serre la main de Mme B pour la saluer, je ressens d'emblée dans son contact, sa pression, l'expression de son visage, une part de l'émotion actuelle dans laquelle elle se trouve, et je lui communique aussi une information sur ma propre émotion. En réponse, j'adapte ma posture pour favoriser le type de communication qui convient le mieux à ce ton émotionnel perçu. Pour les séances de relaxation, ce dialogue

[125] Pireyre, 2011, p.111
[126] Ibid., p.123
[127] Robert-Ouvray S. et Servant-Laval A., in Albaret J-M., Giromini F., Scialom P., 2011, p.118

tonico-émotionnel a été un précieux indicateur de la qualité de relâchement de mes patientes : plus elles se relâchaient, plus je me relâchais et avais besoin à la reprise de bailler et de m'étirer (discrètement) avec elles. En tant que relaxateur j'induis la détente, mais je la reçois aussi en retour, de la personne relaxée. Inversement, lorsque la personne a des difficultés à accéder à la détente, je sens bien que je dois faire des efforts conscients et parfois coûteux pour maintenir mon propre état de relâchement et ne pas me laisser envahir pas son état de tension. Par ailleurs, deux semaines avant de rendre ce travail, j'étais moi-même stressée et en tension. Il a fallu que je sois d'autant plus attentive à mon contrôle tonique pour ne pas communiquer cette tension.

Le dialogue tonico-émotionnel est évidemment à l'oeuvre dans le toucher thérapeutique. Je m'appuie sur le travail d'O. Gaucher-Hamoudi : *« le massage entraîne soignant et soigné dans un rapprochement corporel, le toucher. Il s'agit d'un contact physique, mais aussi d'une émotion partagée : nous sommes touchés, nous sommes émus »*[128].

Ce contact, même s'il s'effectue dans la distance intime définie par E.T. Hall[129], ne vient pas signifier une relation intime. Garder une juste distance est thérapeutique en soi : *« la délicatesse du soignant consiste à gérer l'approche tactile avec une mise à distance verbale qui accompagne ce toucher intime pour le rendre social »*[130]. C'est la raison pour laquelle j'explique toujours à Mme B ou à Mme G la manière exacte dont je vais procéder avant le toucher, à la suite de quoi je leur demande toujours leur accord.

La qualité du contact visuel est aussi un mode de communication corporelle. Le regard peut être direct, ou plutôt évitant. On dit souvent d'une personne qu'elle a quelque chose à se reprocher quand elle n'est pas capable de regarder l'autre dans les yeux. Quoiqu'il en soit, le regard est pour moi un indicateur de la qualité de la relation : Quand Mme G ne se sent pas capable d'avancer sous le regard de l'autre, il me semble que c'est parce qu'elle le ressent comme un jugement potentiel et que c'est trop difficile à supporter pour son narcissisme fragile. Le regard de l'autre nous renvoie notre reflet dans son œil : le retour de cette image de soi peut être difficile à accepter si le narcissisme est trop vulnérable. Depuis que l'alliance thérapeutique s'est consolidée et qu'elle a pris ses distances avec cette crainte d'être jugée par nous, son regard se fait plus franc, plus direct.

[128] Gaucher-Hamoudi O., Guiose M., p.95
[129] Hall E.T., 1984
[130] Gaucher-Hamoudi O., Guiose M., p.100

I. Sur les angoisses corporelles archaïques

Pour Éric Pireyre, *« telles une toile de fond, elles sont très présentes dès que l'on cherche à comprendre les rapports de l'être humain à son corps »*[131]. Ces angoisses sont dites archaïques car présentes avant l'apparition du langage. Je développerai surtout les angoisses de chute et de morcellement, en lien avec ma clinique. A titre d'information, les autres angoisses citées par Pireyre sont : l'angoisse de dévoration et l'angoisse de liquéfaction.

L'angoisse de morcellement vient directement menacer l'intégrité du corps : Au début, le nouveau-né n'est pas capable de ressentir l'unicité de son corps, peut-être à cause d'un manque de maturité neurophysiologique : *« le tout petit ne dispose pas à la naissance d'une représentation globale unitaire de son corps : il est morcelé »*[132]. Progressivement, au cours de sa maturation et ses expériences sensori-motrices, la sensation dune globalité corporelle pourra surgir. Au début de la prise en charge, Mme G a peut-être fait état de sensations de morcellement : elle décrivait des sensations différentes en plusieurs endroits du corps, les évoquant en couleurs opposées (rose / vert / bleu / noir / blanc). Cette diversité de sensations la désorganisait, il fallait la rassurer. En ce qui concerne le bébé, c'est *« le corps de ses parents mais aussi le portage psychique qui assure le sentiment de continuité d'existence, d'unité et de solidité du corps »*[133]. Est-ce alors la relation thérapeutique qui est venue porter Mme G dans un apprivoisement de ses sensations, pour aller progressivement vers une sensation d'unité ?

Lorsqu'en relaxation j'induis des sensations de détente ou que je suggère de prêter attention aux appuis du corps, je procède toujours dans une seule direction : des pieds à la tête, ou de la tête aux pieds, afin de demeurer dans une cohérence du corps, dont les parties sont liées entre elles dans une organisation stable. Ceci permet à mon avis d'éviter les sensations de morcellement.

L'angoisse de chute du nourrisson est en lien avec les modifications labyrinthiques à la naissance, passant d'un milieu aquatique à un milieu terrestre soumis aux lois de la pesanteur. *« Les manifestations d'angoisse de chute s'observent en premier dans les agrippements »*[134]. Ce type d'angoisse me paraît résonner dans l'histoire de Mme B : son hypertonie que j'interprète comme une forme d'agrippement à elle-même, et sa peur de tomber dans le sommeil, de lâcher-prise, me semblent manifester une lutte contre une angoisse de chute. Petit à petit, Mme B prend confiance dans la relation, acceptant plus de se laisser porter et je l'espère, sans crainte de chuter !

Un des moyens de faire céder cette angoisse a pu résider dans le travail systématique de la prise de conscience des appuis du corps : je verbalise systématiquement

[131] Pireyre E., 2011, p.135
[132] Ibid., p.139
[133] Ibid.
[134] Ibid., p141

ensuite sur une sensation d'ancrage, de solidité. Ainsi, le corps bien ancré dans ses appuis ne peut pas tomber.

J. Considérations personnelles sur la conscience corporelle et l'identité

L'idée est répandue que pour changer, se transformer, il faudrait abandonner certains pans de son identité pour en intégrer de nouveaux. Je sens parfois à quel point pour les patients il peut être difficile d'envisager un fonctionnement différent. La pathologie peut ainsi avoir une fonction rassurante, assurant une identité continue. Il est alors difficile d'aller mieux car la souffrance peut constituer un repère dont il serait difficile de se défaire. Je pense ici particulièrement à Mme B qui donne parfois l'impression de se raccrocher véritablement à ses maux corporels.

Cependant, mon expérience personnelle me fait envisager les choses différemment : Le travail psychocorporel permet d'enrichir l'identité, d'en révéler de nouvelles facettes qui n'étaient pas accessibles à la conscience jusqu'ici. Il n'est pas nécessaire de perdre des parts de son ancienne identité, de se défaire, pour les remplacer par d'autres. La transformation se fait surtout en ajoutant du nouveau, qui vient éclairer l'identité sous un nouveau jour, un peu comme un éventail, dans un mouvement d'ouverture progressive.

Le travail de conscience corporelle offre comme on l'a vu, la possibilité d'accéder à des sensations nouvelles pour les patients. L'expérience a pour eux quelque chose de surprenant, comme un nouvelle dimension de soi qui s'ouvre. D'où sans doute l'expression surprise de Mme G très souvent, lors de la reprise, juste avant qu'elle ne se mette à me raconter ce qui s'est passé pour elle. Cette identité que souvent ils méconnaissent, ou qu'ils croient figée peut alors être conçue comme évolutive.

Un autre élément qui peut être amené par le travail de conscience corporelle et qui appartient aussi à l'identité est la capacité d'autonomie : le travail tonique en particulier permet au patient une prise de conscience des états de tensions et détente, et par la suite d'apprendre à les moduler et trouver ainsi par lui-même des moyens d'apaisement. Le patient devient ainsi capable de répondre à ses besoins. Mme B est en chemin dans cette autonomisation, reprenant parfois chez elle des exercices sur le souffle pour relâcher ses tensions.

Conclusion

La prise de conscience corporelle et ses médiations peuvent entraîner de profondes modifications de l'image du corps, permettant à la personne d'accéder à une conscience de soi plus accrue ce qui peut lui permettre de reprendre une place de sujet dans sa propre existence.

II. Du corps au sujet

A. Être sujet : définition

Selon le Dictionnaire de Philosophie, le sujet désigne *« d'un point de vue philosophique, l'individu humain considéré comme source et auteur de ses représentations et de ses actions »*[135]. Pour Descartes, le sujet est en plus et avant tout pensant. L'Encyclopédie Philosophique Universelle explique ainsi la position de Descartes : *« le sujet qui pense est le seul à se connaître existant, capable de vouloir et faire, en un mot de dire Je. Dire Je en parlant de soi, c'est se découvrir sujet, se poser à titre de sujet »*[136]. Pour Hegel et la phénoménologie, *« le sujet est l'être qui fait l'épreuve de son être »*[137], et qui la fait précisément par les sens. Benveniste pose la notion de sujet parlant : *« une langue ne fonctionne que si elle dit – et elle ne dit que si quelqu'un est là pour lui faire dire quelque chose. Dire est l'acte de quelqu'un »*[138]. Enfin, on peut citer Freud et son *« Wo es war, soll Ich werden »* traduit à l'origine en *« Là où était le ça*, le Moi doit advenir »* et que Lacan traduisit par *« Là où c'était, Je dois advenir »*[139]. Il y aurait de nombreux développements et compléments à apporter à ces définitions, et bien de quoi fournir matière à une thèse, or ce n'est pas (encore) là mon propos.

J'ai compris, au travers des éléments que j'ai rassemblés, la notion de sujet comme un être qui a conscience de son existence car il l'éprouve sensitivement, qui a une identité et qui peut, à partir de cette différenciation se poser comme source et auteur de son discours, de ses actions, dans l'idée d'un mouvement permanent, du ça au Je. Le sujet est celui qui sent, qui ressent, qui se ressent, et qui le dit.

B. Devenir sujet, un processus

L'idée de ce processus donne à penser que l'on se trouve dans mouvement permanent de devenir (sujet). Être sujet, n'est pas un état atteint ou figé, c'est un processus en cours tout au long de notre vie. Devenir sujet c'est alors se situer dans un désir propre, agir pour soi, créer de façon singulière, autant de façon de dire « Je ». C'est aussi subir des périodes où il est plus difficile de se positionner comme sujet.

1. Une première étape : l'émergence de la demande

La personne peut traverser des moments où elle a le sentiment de subir les choses, de ne rien pouvoir faire pour les changer, d'être ballottée par les épreuves… C'est bien le cas, comme nous l'avons vu en partie théorique, au coeur de la dépression. La personne vit alors cette souffrance dans sa subjectivité, mais ne trouve plus les ressources nécessaires

[135] Godin C., 2004, p.1273
[136] Jacob A. et Auroux S., 1998, p. 2499
[137] Ibid.
[138] Ibid., p. 2500
[139] Ibid.

pour continuer à se poser comme sujet dans sa vie. De façon plus générale, toute pathologie qui entraine une dépendance, toute atteinte du narcissisme fragilisent la personne dans son identité et entravent sa capacité à se positionner comme sujet. Mme G nous dit, quand elle est alcoolisée *« je ne suis plus moi-même, je ne pense plus comme d'habitude… C'est plus fort que moi »* : j'entends bien ici, comment le Ca déborde le Je… Lorsque la souffrance devient insupportable, l'aide est alors indispensable. Se mettre en position de demander de l'aide est un processus qui peut prendre du temps, nous l'avons bien vu, dans l'anamnèse de Mme B, dans la prise en charge de Mme G.

Cette demande d'aide est une adresse à l'autre et nécessite de poser un choix en tant que sujet. Dans cette demande, le processus est déjà en train de se relancer, puisque le sujet émet alors un désir : celui d'aller mieux. Dans la dépression, tout se construit autour d'un objet manquant, et tout l'enjeu est de pouvoir modifier son positionnement quant à ce manque, cette absence : en passant du sentiment de perte au désir, grâce aux capacités de symbolisation.

2. La capacité de symbolisation

Je développe cette idée en reprenant la théorie de Mélanie Klein : *« Selon Mélanie Klein, l'épreuve dépressive proviendrait du sentiment d'avoir perdu le bon objet par sa propre capacité de destruction. Ce qui entraîne la culpabilité, support archaïque de toutes les culpabilités (…). C'est la perte de la mère qui revient pour l'imaginaire à une mort de la mère. À partir de là s'organise la capacité symbolique du sujet : Se séparer de la mère devient la condition «sine qua non» pour accéder au symbole »*[140].

Accéder à la symbolisation implique donc de se séparer, de s'individuer. La symbolisation est la capacité à symboliser, à construire des symboles. Selon le Larousse, le symbole est un *« signe figuratif, être animé ou chose, qui représente un concept, qui en est l'image, l'attribut, l'emblème »*[141]. Les mots sont des symboles. En linguistique, *« le mot est une unité à deux faces. C'est l'aspect matériel : le son d'un côté, et c'est l'aspect spirituel : le sens de l'autre. Tout mot, et tout signe verbal en général, présente l'union du son et du sens ou en d'autres termes l'union du signifiant et du signifié »*[142]. Le mot n'est pas la chose qu'il représente ; signifiant et signifié sont deux choses différentes. Le signifiant est le signe, le signifié est la représentation mentale d'un élément de la réalité.

Pour Pierre Jeammet, la fonction essentielle de la symbolisation est d'instaurer et maintenir une différence entre le symbole et l'objet symbolisé. La capacité de symbolisation requiert donc la capacité de se représenter l'espace d'un manque, d'un écart,

[140] Andjelkovic L., 2002, p.49
[141] Larousse en ligne, 2013
[142] Jakobson R., 1976, p. 23

d'une absence entre le symbole et l'objet symbolisé. Le symbole jaillit donc de l'absence et par la représentation, il en fait quelque chose de supportable pour le sujet.

La symbolisation fait appel aux capacités de créativité personnelle : la prise de conscience du corps, en suscitant des sensations singulières donne matière à symboliser. Si le travail est régulier, on peut voir progressivement apparaître de plus en plus d'élaboration : Au début, Mme G peut seulement décrire des sensations sous forme de couleurs. Au fur et à mesure que celles-ci se font plus harmonieuses, et que Mme G accède à une sensation unifiée de son corps, de véritables images lui viennent alors : elle imagine un bateau, une forêt avec des oiseaux…Elle retrouve là sa capacité d'imaginaire, de créativité propre : les sensations nouvelles libèrent cette capacité. Du côté de Mme B, cette capacité n'est pas encore visible dans son discours. J'ignore si des images lui viennent, elle ne me le dit pas pour l'instant.

3. Le sujet dit « je »

C'est à partir du corps que se construit la pensée, le langage. Pour Bernard Golse, *« le corps est aussi le lieu-source de notre réflexivité et donc de notre réflexion (...) : se toucher, se voir, se sentir, se goûter, s'écouter, préalables indispensables avant de pouvoir se penser pensant, acte réflexif par excellence et dont on sait le rôle fondateur pour notre psyché »*[143]. L'émergence des sensations est donc un préalable à l'émergence du sujet.

Mme B a rencontré dès le début de la prise en charge des difficultés de symbolisation : lors de la prise de contact avec son corps, il semble lui manquer des mots pour décrire ses sensations, on dirait que son corps est un étranger pour elle, qu'il lui paraît bizarre d'en parler. Elle a sans doute besoin de temps, de s'habituer à écouter son corps autrement avant de pouvoir en dire quelque chose. Cette difficulté à symboliser est aussi visible selon moi dans les nombreuses souffrances corporelles qu'elle évoque : elle ne peut nous parler d'émotions, mais nous parle tout de même de souffrance. Les maux du corps sont peut-être plus évidents à évoquer que la douleur psychique. Je pense pourtant qu'en nous disant *« j'ai mal »*, elle évoquait aussi cette souffrance-là.

J'ai tenté au cours des séances de susciter les sensations, de favoriser l'émergence de représentations… Mais ce travail me paraît très lent avec Mme B. Mme B parle simplement de détente, de changement par rapport à l'an passé, de plaisir dans la relaxation. Et c'est déjà beaucoup ! J'aimerais ajouter que lorsque je la guide dans l'exploration du corps, des appuis, des sensations, je souhaite qu'elle reste alors en silence, se concentrant sur cette exploration mentale, gardant pour elle un certain temps ce qu'elle ressent. Il m'a semblé que différer sa parole et garder pour soi ses sensations permet de

[143] Golse B. 1999, p.123

créer un espace psychique pour ses pensées, de leur donner une épaisseur, au regard de tout ce qui peut suivre avant le temps de parole.

Je m'interroge aussi sur les réponses à apporter à Mme B ou pas. Elle arrive souvent avec des questions sur ses douleurs, sur ce qui se passe dans son corps. Il m'a semblé que parfois, nous cherchions trop systématiquement à lui apporter nos réponses. Or ce n'est pas de nos réponses qu'elle a besoin, mais des siennes propres, pour dire vraiment « Je ». J'aurai pu simplement partager son questionnement plus souvent en lui laissant entendre sa capacité à répondre pour elle-même.

Lorsqu'elle a des pensées morbides, des idées suicidaires, Mme B dit fuir dans l'action *« pour ne pas penser »*. Le travail proposé en psychomotricité est tout à fait différent : l'action aide ici à entrer dans la sensation, dans l'écoute de ce que l'on sent ici et maintenant, dans l'écoute du «Je ».

Au départ, Mme G se montrait inauthentique, transformant certains éléments de son histoire, tentant de nier la maladie. Petit à petit, grâce au travail psychomoteur, grâce à la rencontre des sensations de son corps, grâce à la qualité de la relation thérapeutique, Mme G progressivement se dévoile, et dépose auprès de nous des ressentis, des émotions, et des pans de son histoire douloureuse. Si une des fonctions de la prise de conscience du corps est d'apporter de la matière pour la symbolisation, lorsque le processus est lancé, on ne sait pas toujours jusqu'où il va nous emmener. Mme G ne bénéficie pas actuellement de psychothérapie, l'espace de la psychomotricité est son seul espace de soins pour l'instant. Dans la découverte de ses sensations, de son identité, elle ne fait pas le tri dans ce qu'elle nous dit : et comment pourrait-elle aujourd'hui le faire ? Son discours émouvant est entremêlé de sensations, de sentiments, de liens avec son histoire personnelle : Mme G se raconte, Mme G dit « je.. ». Que faire alors de ce qui est déposé ici ?

Impossible de laisser Mme G avec son discours sur les bras, ce serait l'abandonner dans le soin. Difficile aussi de répondre sans empiéter sur le rôle de psychothérapeute. Comment et jusqu'où assumer son rôle de psychomotricien dans le retour sur la verbalisation du patient ? Pour E. Pireyre, *« l'attitude en quelque sorte minimaliste est de se cantonner à une écoute empathique, partant du principe que la libération de l'affect au moyen du langage est en soi thérapeutique. Un choix plus actif peut être fait, partant du principe qu'il est important par exemple, de faire ressentir la solidité du corps. (...) En aucune façon ce dialogue ne peut consister en autre chose qu'une reformulation des paroles du patient. Dans ce cas, le psychomotricien-écho aide à la mise en mots par le patient de son propre vécu »*[144] Un de mes professeurs a fait un jour cette remarque : le rôle du psychologue est d'interpréter, notre rôle à nous en tant que psychomotricien est de

[144] Pireyre E., 2011, p.184

faire du lien. Il s'agit alors de rester dans cet espace de lien et de mettre des mots du corps à la psyché et vice versa.

3. Entraves

Au cours de ces prises en charge, j'ai cru apercevoir quelques entraves à l'advenir du sujet… Une de ces entraves me paraît résider dans le diagnostic : celui-ci est indispensable pour l'institution, pour le traitement pour établir une prise en charge cohérente. Cependant lorsque l'on voit tous les diagnostics qui ont été posés pour Mme G, il y a de quoi se poser des questions. Diagnostiquer quelqu'un, c'est mettre un mot sur ce dont il souffre et souvent, supposer un mode de fonctionnement. Dans la clinique, nous rencontrons pourtant des cas aux diagnostics similaires, et qui pourtant diffèrent singulièrement les uns des autres. Le diagnostic me semble nier cette singularité. Lorsque Mme B me dit à la fois *« j'ai mal partout, les médecins n'y comprennent rien »* et *« si je suis comme ça, c'est à cause de la dépression»*, j'entends à la fois une demande d'être écoutée de façon singulière, une façon de me dire que sa souffrance ne ressemble à aucune autre et aussi le désir peut-être de se rassurer avec quelque chose de connu. Pourtant, lorsqu'on nie la singularité, quelle possibilité reste-il au sujet pour se saisir de son histoire, trouver ses ressources propres ?

Une autre entrave est celle de l'obligation de soins. Ce dispositif juridique peut avoir des effets pervers : comment soigner quelqu'un contre son gré ? Et même si cette personne avait éventuellement envie d'être soignée, comment peut-elle à présent poser un choix libre ? C'est ainsi que Mme G est venue régulièrement pendant des années chercher un certificat médical sans pour autant entrer dans une véritable démarche de soin… La psychomotricité me semble avoir représenté son premier choix libre en tant que patiente.

Au début de la prise en charge, Mme G était dans un grand désir de nous plaire : Cette peur de ne pas pouvoir se montrer telle qu'elle est, cette adhésion trop systématique à la moindre de mes suggestions me paraissait faire écho à une problématique de personnalité en *faux-self*. Selon D. Winnicott, le bébé traverse une phase de dépendance absolue à la mère. Pour sortir de cet état de dépendance, il faut que l'adaptation de l'environnement soit *suffisamment bonne*. Si cette adaptation est défaillante, *« il n'y a pas d'instauration d'un moi authentique mais on voit se développer un pseudo-self qui est une somme de réactions innombrables à une succession de défauts d'adaptation »*[145]. La mère fait partie de cette adaptation de l'environnement. Le faux-self sert à protéger le vrai-self : *« le développement d'un faux self est l'une des organisations de défense les plus réussies »*[146]. Le prix à payer est pourtant lourd pour ces personnes : *« il y a un sentiment*

[145] Winnicott D., 1958, p.280
[146] Ibid., p.265

de futilité tant que le centre opérationnel de l'individu se trouve dans le faux self »[147]. Au cours de la thérapie, si le thérapeute crée à nouveau un environnement dont l'adaptation est suffisamment bonne, une régression se produit, et le vrai self peut apparaître. A ce moment-là, *« le sentiment de futilité fait place à « la vie vaut la peine » (...) ce qui procède du vrai self est senti comme réel »*[148]. Tout ceci a-t-il un rapport avec ce qui s'est produit lors de la première séance de toucher thérapeutique profond avec Mme G ? Était-elle bouleversée par des sensations ressenties comme dérangeantes parce que profondément réelles ? Ce qui est certain, c'est que progressivement, elle a pu admettre la réalité de sa maladie, et s'emparer de cette réalité pour poser des vrais choix, allant par elle-même consulter pour sa dépendance, ce qui est un premier pas non négligeable.

Une autre entrave encore est la maladie elle-même. Lors des périodes de rechute, patient et thérapeute se sentent impuissants : Le défi pour le thérapeute est de sortir de la toute-puissance, de croire qu'il va guérir le patient en un tour de main. C'est le patient lui-même qui est sujet de son processus de guérison. Le thérapeute ne fait qu'accompagner ce processus appartenant à un temps interne mystérieux, personnel et dépendant des évènements de la vie quotidienne qui touchent le patient. Le défi pour le patient est de croire que la rechute ne le fait pas retourner à la case départ : tout ce qu'il a accompli en thérapie n'est pas annulé.

4. Sujet et désir

Le travail de prise de conscience corporelle suscite des sensations, amène à nouvelle forme de connaissance de soi. Ainsi, lorsque le sujet dit « je », une bonne partie du chemin est déjà faite… L'aboutissement de ce chemin dans la prise en charge de la dépression pour Mme B et Mme G me semblerait résider dans l'émergence d'un désir propre : apparition d'envies et de projets, et de la capacité à s'en saisir, à les assumer, à se croire en capacité de sujet pour les mettre en œuvre. Ce serait alors le signe que la personne sort de la dépression.

Pour Mme B et Mme G, le chemin est encore long, mais elles sont bel et bien en route. Le dispositif de prise en charge qui consiste à demander au patient s'il a des envies particulières est là pour signifier une porte ouverte à la créativité, au désir… Et lorsqu'il obtiendra une réponse de leur part, et particulièrement de la part de Mme B, cette réponse sera probablement le signe que la fin de la prise en charge approche.

L'ensemble de la prise en charge institutionnelle se doit d'être cohérente pour aboutir à ce résultat.

[147] Ibid.
[148] Ibid.

CONCLUSION

L'objectif de ce mémoire était de démontrer de quelle façon la pratique de prise de conscience corporelle participait au traitement de la dépression, notamment en favorisant la capacité à se poser comme sujet dans sa vie. Si les patientes n'en sont pas encore tout à fait à ce stade, elles ont néanmoins déjà connu un remaniement important de la relation à leur corps propre.

Nous avons vu comment la prise de conscience corporelle suscite l'émergence de sensations propres et participe à la transformation de l'image du corps dans toutes ses dimensions. Ce faisant, elle modifie le Moi même de la personne, lui propose un nouveau champ de prise de conscience de son identité.

C'est en s'appuyant sur les bases d'une identité personnelle bien définie, et sur la capacité à se connaître soi-même que la personne peut à nouveau occuper une position de sujet : un sujet individué, qui réactive sa capacité de symbolisation en renouant avec un imaginaire propre grâce au travail de prise de conscience corporelle, qui pose des choix, qui assume ses désirs, en un mot, qui dit « Je », et qui sort ainsi de la dépression.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a émis récemment de façon officielle une recommandation sur la prise en charge de la dépression par l'apprentissage de la relaxation. Cette recommandation est encourageante pour la pratique psychomotrice en France et dans d'autres pays européens.

Je l'interprète comme une invitation à faire connaître la psychomotricité et son travail de recherche : A quand une étude étalonnée sur les bienfaits de la pratique prise de conscience corporelle en psychomotricité ? Mon mémoire concerne la prise en charge de la dépression, mais la prise de conscience corporelle peut aider au traitement de bien d'autres pathologies.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages :

- ALBARET J-M, GIROMINI F., SCIALOM P., (2011), *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, Marseille, Solal
- ANZIEU D. (1985), *Le Moi-Peau*, Paris, Dunod, 1995
- AJURIAGUERRA (de) J. (1970), *Manuel de Psychiatrie de l'enfant*, Paris, Masson
- ANDRE P. (2006), *Psychiatrie de l'adulte*, Paris, Heures de France
- ANDRE P., BENAVIDES T., GIROMINI F. (2004), *Corps et psychiatrie*, Paris, Heures de France
- ASSOUN P-L. (1997), *Corps et symptôme*, Paris, Anthropos, 2009
- BAILLY D. et VENISSE J-L. (2001), *Addictions et psychiatrie*, Paris, Masson
- BION W. (1967), *Transformations*, Paris, Presses Universitaires de France, 1982
- CHAN CHEE C., BECK F., SAPINHO D., GUILBERT PH. (sous la dir.), *La dépression en France*, Saint-Denis, INPES, coll. Études santé, 2009
- DAMASIO A. (2010), *L'autre moi-même*, Paris, Odile Jacob
- DAMASIO A. (2003), *Spinoza avait raison*, Paris, Odile Jacob
- DAMASIO A. (1999), *Le sentiment même de soi. Corps, émotions, conscience*, Paris, Odile Jacob
- DAMASIO A. (1995), *L'erreur de Descartes. La raison des émotions*, Paris, Odile Jacob
- DARCOURT G., (1993), *Internat de psychiatrie – Nouveau programme*, Paris, Heures de France
- DELAROCHE P. (2003), *La peur de guérir*, Paris, Albin Michel
- DELAY J. (1946), *Les dérèglements de l'humeur,* Paris, Presses Universitaires de France
- DOLTO F. (1984), *L'image inconsciente du corps*, Paris, Seuil, 1992
- FREUD S. (1917), *Deuil et Mélancolie*, Paris, Petite Bibliothèque Payot, 2011
- EY H., BERNARD P., BRISSET C. (1960), *Manuel de Psychiatrie*, Paris, Masson, 1989

- GAUCHER-HAMOUDI O., GUIOSE M. (2007), *Soins palliatifs et psychomotricité*, Paris, Heures de France
- GODIN C. (2004), *Dictionnaire de Philosophie*, Paris, Fayard Ed. du Temps
- GOLSE B. (1999), *Du corps à la pensée*, Paris, Presses Universitaires de France, 2008
- GUIOSE M. (2007), *Relaxations thérapeutiques*, Paris, Heures de France
- HALL E.T. (1984), La dimension cachée, Paris, Seuil
- JACOB A. et AUROUX S. (1998), *Encyclopédie Philosophique Universelle – Les Notions Philosophiques – Dictionnaires 1 et 2*, Paris, Presses Universitaires de France
- JAKOBSON R, (1976), *Six leçons sur le son et le sens*, Paris, Les Ed. de Minuit
- JEUGE-MAYNART I., (1997), Petit Larousse de la Médecine, Paris, Larousse, 2010
- JOLY F. et LABES G. (2008), *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité – Vol.1*, Montreuil, Ed. du Papyrus
- JOLY F. et LABES G. (2010), *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité – Vol.3*, Montreuil, Ed. du Papyrus
- KLEIN M. (1940), *Deuil et dépression*, Paris, Petite Bibliothèque Payot, 2004
- KRAEPELIN E., (1907), *Clinical psychiatry : a textbook for students and physicians*, New York, Mac Millan
- LARGIER G., (2008), *Comprendre et pratiquer les thérapies psychocorporelles*, Paris, Dunod
- LEHMANN J.-P., (2003), *La clinique analytique de Winnicott. De la position dépressive aux états-limites,* Paris, Erès
- LEMPORIERE T., FELINE A., ADES J., HARDY P., ROUILLON F., (1977), *Psychiatrie de l'adulte*, Paris, Masson, 2006
- LESAGE B. (2012), *Jalons pour une pratique psychocorporelle*, Toulouse, Erès
- LÉVY-SOUSSAN P. (2001), Psychiatrie, Paris, Estem
- MALHER M. (1980)*, La Naissance psychologique de l'être humain*, Paris, Payot, 2010
- MUCCHIELLI A. (1986), *L'identité*, Paris, Presses Universitaires de France
- NACCACHE L. (2006), *Le Nouvel Inconscient, Freud, le Christophe Colomb des neurosciences*, Paris, Odile Jacob
- NASIO J-D. (2007), *Mon corps et ses images*, Paris, Payot

- OLIE J-P., POIRIER M-F., LOÔ H. (1995), *Les maladies dépressives*, Paris, Flammarion, 2003
- PIREYRE E. (2011), *Clinique de l'image du corps*, Paris, Dunod
- ROUDINESCO E et PLON M. (1997), Dictionnaire de la Psychanalyse, Paris, Fayard
- ROBERT-OUVRAY S. (2002), *Intégration motrice et développement psychique,* Paris, Desclée de Brouwer, 2010
- SCHILDER P. (1968), *L'image du corps*, Paris, Gallimard
- VALERY P., (1957), *Œuvres – Mélange*, Paris, Bibliothèque de la Pléiade, Éditions Gallimard
- WALLON H. (1942), *Les origines du caractère chez l'enfant*, Paris, Presses Universitaires de France, 1970
- WINNICOTT D. W., (1958), De la pédiatrie à la psychanalyse, Paris, Payot, 1989
- WINTREBERT H. (2003), *La relaxation de l'enfant*, Paris, L'Harmattan

Articles

- ANDJELKOVIC L., (2002)*, « Apport de Mélanie Klein à la compréhension du processus de séparation »*, L'Esprit du temps Coll. Imaginaire & Inconscient, 2002/4 - no 8, p. 45-53
- BIOY A., BACHELART M., (2010) « *L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques »*, Perspectives Psy, 2010/4 (Vol. 49), p.317-326
- CHRISTODOULOU A., (2006) *« Le Corps Psychiatrique – Indications et prescriptions de la psychomotricité en psychiatrie de l'adulte »*, Évolutions Psychomotrices, vol. 18 n°71, p.5 à 9
- CRICK F., KOCH C., (2005), *« Dossier spécial : Comment les neurones fabriquent la conscience ?»*, La Recherche, n°390, p.48
- DUMAIS A., (2010) *« Troubles mentaux et agression impulsive : le rôle de la sérotonine »*, Psychiatrie et violence, vol. 10 n°1, p. 1-30
- FREUD S., (2004), « *Deuil et mélancolie »*, Extrait de « *Métapsychologie »*, Revue Sociétés, 2004/4 no 86, p. 7-19
- I.N.S.E.E., (2012) Dossier *« Les indicateurs de la stratégie nationale de développement durable 2010-2013 »*

- JEAMMET P., (1989), *« Les assises narcissiques de la symbolisation »*, Revue française de psychanalyse, Vol. 53 n° 6, p. 1763-1774
- MARKOU A., WAGER-SMITH K., (2011) *« Depression : a repair-response to stress-induced neuronal microdamage that can grade into a chronic neuro-inflammatory condition ? »,* Neurosciences and Biobehavioral Reviews, Vol. 35, Issue 3, p.743-751
- PARMENTIER S., (2001) *« Généalogie de la position dépressive chez Mélanie Klein »*, Figures de la psychanalyse, 2001/1 n°4, p. 43-67
- VAN INGEN F., LESCROART M., (2013) *« La Méditation – Pourquoi ça marche »,* Ca m'intéresse, n°383, p.56-65

Thèse

- FLÉMAL S., *D'une étude métapsychologique de la fonction délirante dans les processus psychiques de la schizophrénie*, Thèse de doctorat en Psychologie présentée et soutenue publiquement le 28 juin 2011, Université Lyon II

Ressources en ligne :

- Site du dictionnaire du Larousse : http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/

- Site de la revue Santé Mentale : http://www.santementale.fr/boutique/acheter-numero/numero-172-novembre-2012.html

- Site du Conseil économique, social et environnemental : http://www.lecese.fr/content/revoir-la-seance-du-12-fevrier-2013

ANNEXE I

Bilan psychomoteur détaillé de Mme B.

Compte-rendu détaillé du bilan de Mme B

Nom : B. Date : 19.10.2012

Date de naissance : 1970

Médecin prescripteur : DR D.

Psychomotricienne : G. C.

PRESENTATION DU PATIENT :

Mme B est suivie au CMP depuis 2010 pour mélancolie. Elle a été hospitalisée à de nombreuses reprises depuis ses 17 ans pour tentatives de suicide. Sa dernière hospitalisation a eu lieu en septembre 2011. Elle a entrepris une psychothérapie depuis 2 ans sur le CMP qui devrait s'arrêter en janvier (départ psychologue).

Mme B est mariée depuis 22 ans, et son mari l'a toujours soutenue dans les moments difficiles. Elle a deux fils de 17 et 16 ans. Les relations sont très conflictuelles avec le premier.

Le père de Mme B est décédé il y a 8 ans. Elle avait peu de rapports avec lui *« ca m'a beaucoup manqué »*, suite au divorce de ses parents quand elle avait 6 ans. Sa mère vit dans le 95. Son frère qui ne lui parlait plus depuis qu'elle avait quitté la maison a repris contact avec elle depuis 3 ans.

Mme B a fait un BEP comptabilité qu'elle n'a pas validé. Elle a quitté le domicile à 18 ans et a fait beaucoup de petits boulots, puis a travaillé comme secrétaire de direction. Elle est devenue assistante maternelle après avoir eu ses deux enfants. Depuis début septembre, elle a changé de travail et repris à mi-temps un poste d'assistante de direction qui lui plaît beaucoup, dans une école de musique.

La demande de Mme B par rapport aux séances de psychomotricité est la suivante : *« je viens pour travailler sur mon corps et m'octroyer un moment pour moi »*. Nous l'avons suivie l'année dernière en groupe de relaxation dynamique au CATTP.

EVALUATION PSYCHOMOTRICE :

	Absence de trouble	Troubles légers	Troubles moyens	Troubles sévères
Fonctions supérieures	X			
Organisation temporo - spatiale			X	
Motricité		X		
Tonus / manifestations anxieuses			X	
Investissement du corps			X	
Communications		X		

Fonctions supérieures

Attention : quelques difficultés d'attention qui se confirment dans les tests d'espace et temps.

Capacités cognitives : Je ne fais pas passer l'ERFC, Mme B a effectué des études au-delà de la 3ème.

Étude du tonus et manifestations anxieuses

- Tonus : Hypertonie, résistances, anticipation. Bon ressenti de son état tonique.

Mme B présente une hypertonie de fond. Elle parvient à se relâcher sur demande, mais je note des résistances à la mobilisation. Le bras gauche est plus détendu. Elle a conscience de son état tonique *« j'étais tendue »*.

A l'épreuve des bras tendus, lorsqu'elle laisse les bras retomber sur demande, elle a du mal à se relâcher. Il y a des réactions tonico-émotionnelles, elle sursaute, a du mal à garder les yeux fermés. La capacité à se relâcher est meilleure lorsque l'action est accomplie spontanément, mais Mme B rencontre des difficultés à se relâcher volontairement.

- Manifestations anxieuses : anxiété chronique, beaucoup de somatisations, difficulté à s'écouter.

Pendant notre entretien, Mme B reconnaît spontanément son anxiété qu'elle met en lien avec son très haut niveau d'exigence. Elle essaie de travailler là-dessus *« je ne veux pas replonger »*. Mme B dit ressentir du stress tous les jours, depuis longtemps, sans préciser de pics précis dans la journée : *« je m'occupe des autres mais je ne m'écoute pas, je*

*n'écoute pas mon corps mais ça finit par ressortir. Je me suis maltraitée ».*Cela la rend irritable *« j'essaie de ne pas le montrer ».*

Cette anxiété se traduit dans le corps : elle ressent des douleurs dans le bassin car elle est très constipée. Les palpitations et sensations d'étouffement sont fréquentes. Ses migraines oculaires se renforcent quand elle est stressée. Elle dit subir beaucoup de tensions au niveau des épaules et trapèzes, ainsi qu'aux mâchoires.

Psychiquement, Mme B dit se sentir nerveuse, avoir des tremblements quand elle se sent énervée. Son sommeil est perturbé par des réveils nocturnes. Durant la journée, elle refuse d'accepter de ressentir de la fatigue *« je suis très dure avec moi-même ».*

Depuis qu'elle a participé au groupe de relaxation, elle utilise des exercices de respiration pour lutter contre l'anxiété.

Espace et temps :

- Orientation spatiale : Difficultés d'orientation spatiale

Au **Piaget-Head,** Mme B rencontre de légères difficultés et imite en miroir.

- Structuration spatiale : Difficultés de structuration spatiale et d'attention

EMG* : j'observe de nombreuses réponses en pièce à pièce, un item mal orienté. Mme B paraît concentrée. Le schéma corporel est peut-être en cause.

Test de la Figure de Rey :

La copie est de type 1, construction supérieure riche. Elle la réalise rapidement (3min). Pendant tout l'examen, elle se tient crispée, mâchoire serrée, très concentrée. Sa respiration est courte. Le trait est tremblant. Le dessin est correctement perçu. Mme B obtient 30 (moyenne à 32).

La mémoire est de type 1, la structure est riche. Le dessin est deux fois plus petit que lors de la copie. Il manque de nombreux éléments. Beaucoup de détails sont présents, mais mal placés. Mme B se remémore les éléments mais ne peut les resituer spatialement, ce que l'on peut relier à ses difficultés d'orientation spatiale. Elle obtient 17,5 (la médiane est à 22). Mme B rencontre des difficultés de structuration spatiale.

- Orientation temporelle : bonne orientation temporelle

Mme B, toujours ponctuelle, est bien repérée dans le temps. Sa tenue est toujours adaptée à notre activité.

- Structuration temporelle: Accélération du tempo, impulsivité, difficultés d'attention

Au test de Mira Stambak (9-12 ans), Mme B accélère le tempo sur toutes les structures à reproduire, probablement en lien avec son anxiété. Nous devons recommencer plusieurs items, elle a du mal à reproduire les structures, elle semble dépassée par les rythmes parfois, bien qu'elle soit concentrée.

Investissement du corps

- Schéma corporel : bon

A la dénomination des points d'appui au sol, Mme B omet de citer le dos et les bras, qui sont probablement le lieu de tensions musculaires et de douleurs importantes.

- Image du corps : image dévalorisée, corps en souffrance et désinvesti

La tenue de Mme B est soignée.

La seule partie solide de son corps selon elle est les jambes, *« elles maintiennent debout ».* Elle évoque un corps *« très lourd, avec toutes ces douleurs, c'est une charge depuis une dizaine d'année », « je me vois comme une femme de 70 ans »*. Mme B dit n'aimer aucune partie de son corps *« cela ne change pas, mon mari me trouve belle mais j'ai du mal à accepter ce genre de compliment. J'y crois pas »*. Elle dit ne pas faire attention à elle. Elle évoque un corps *« coquille », « c'est utile mais pas plus »*. Mme B n'a aucune activité sportive régulière depuis 20 ans. Pendant cet entretien autour du corps, je vois que la patiente est mal à l'aise.

Épreuve de dessin : représentation de soi

Le dessin de Mme B tient entier sur la feuille, il est centré, petit (peut-être en lien avec une dévalorisation de sa propre image). L'aspect général laisse une impression d'instabilité : le trait est repris sans cesse, il y a un strabisme du regard et un déséquilibre net au niveau des épaules, des hanches et des pieds.

La tête est détaillée et expressive : les yeux regardent sur le côté comme pour échapper au regard de l'examinateur, la bouche a un sourire forcé. La joue droite est grosse (lien avec parodontite ?). Ce visage me paraît enfantin.

Au niveau du buste, les épaules sont très carrées, relevées (lieu de tensions). Les clavicules sont marquées. Pour Mme B, ce détail la caractérise : *« chez moi ça ressort beaucoup ».*

Il n'y a pas véritablement de signe de féminité.

Les articulations des coudes et genoux ne sont pas dessinées, donnant à l'ensemble du corps une impression de raideur.

Mme B nous donne à voir par cette représentation d'elle-même une image d'un corps peu investi, peu féminisé, avec un défaut de stabilité et des tensions corporelles.

Motricité générale

- Équilibre : L'équilibre statique et dynamique est bon.

- Coordination motrice et praxie : perte d'équilibre quand le mouvement est accéléré

La marche se fait sans difficultés. La patiente réalise un item du Charlop-Atwell, le pantin. Mme B ne peut alors pas accélérer le mouvement sans perdre l'équilibre. Elle a été opérée l'année dernière de l'oreille interne, suite à des vertiges.

Communications

- Communication non verbale : difficulté à exprimer ses émotions

Au mime d'émotions (joie-peur-colère) les émotions sont plus exprimées par la posture, l'expressivité du visage restant pauvre. Pour la colère, elle nous dit *« si y avait que moi je claquerais la porte, mais j'ai arrêté »*, ce qui peut aussi être interprété comme une difficulté à vivre la présente situation d'évaluation. Durant le bilan, le contact visuel est bon. La patiente se tient sur la défensive se livrant facilement en apparence, mais le ton varie peu en émotion.

- Communication verbale : Mme B exprime ses difficultés de façon très adaptée.

- Relation aux autres : Distance, culpabilité. Sur le plan social, Mme B est entourée, a des amis. Elle maintient pourtant une distance avec eux car, nous dit-elle *« j'ai du mal à accepter l'aide des autres. Ici, j'ai besoin d'aide, c'est plus facile, mais pas avec les amis ».*

Conclusion :

Mme B rencontre des difficultés d'investissement du corps : tout au long du bilan, elle met en avant un corps douloureux, fatigué, encombrant, et de nombreuses manifestations anxieuses qui l'empêchent d'habiter pleinement son corps. Ce défaut d'investissement se retrouve dans ses difficultés de communication non-verbale. Au niveau de l'orientation et de la structuration spatiale, elle rencontre des difficultés de repérage du corps dans l'espace et de repérage interne du corps. Toutes des difficultés sont probablement en lien avec une représentation d'un corps qui serait comme une coquille à l'intérieur de laquelle les sensations corporelles seraient mal différenciées.

La patiente a besoin d'approfondir le travail entrepris en psychomotricité l'année dernière.

ANNEXE II

Bilan psychomoteur détaillé de Mme G.

Compte-rendu détaillé du bilan de Mme G

Nom : G. Date : 07.09.2012

Date de naissance : 1963

Médecin prescripteur : Dr P

Psychomotricienne : G.C.

INDICATION :

Aider à la revalorisation et améliorer la confiance en elle

Sortir du repli

PRESENTATION DU PATIENT :

Mme G. est une patiente de 50 ans présentant des troubles anxio dépressifs sur un alcoolisme ancien. Elle est suivie depuis sur le CMP. Il y a eu plusieurs tentatives de suivi sur le CATTP (groupe nature et culture, groupe relaxation dynamique) qui se sont toujours soldées par un échec, oubliant de venir ou alors arrivant trop alcoolisée.

Elle est aide soignante en service de réanimation depuis 12 ans. Auparavant, elle a travaillé dans différents services. Elle a été diplômée à 17 ans après avoir passé un BEP sanitaire et social.

Elle est célibataire, n'a jamais été mariée. Elle a un fils de 20 ans qui vit avec elle, les relations avec lui sont conflictuelles.

Mme G. souhaite en venant en séance *« aller mieux »*, la demande reste un peu floue, elle précise cependant qu'elle a déjà fait de la relaxation en cure et que cela l'avait aidée et qu'elle préfère être en individuel plutôt qu'en groupe.

EVALUATION PSYCHOMOTRICE :

	Absence de trouble	Troubles légers	Troubles moyens	Troubles sévères
Fonctions supérieures	X			
Organisation temporo - spatiale		X		
Motricité	X			
Tonus et manifestations anxieuses			X	
Investissement du corps			X	
Communications		X		

Fonctions supérieures

- Attention : Difficultés d'attention soutenue. Mme G a une attention diffuse. Durant tout le bilan à diverses reprises il faut qu'on lui répète les consignes. Elle ne commet pourtant aucune erreur au test des barrages et elle obtient un score de 5/5.

- Capacités cognitives : Mme G a un niveau de brevet supérieur, elle travaille, je ne lui fais donc pas passer l'ERFC.

Organisation temporo-spatiale

- Orientation spatiale : bonne orientation spatiale, Mme G réalise sans problème les items du Piaget-Head. Elle commet une erreur dans l'orientation des objets mais semble – t-il plutôt en lien avec un défaut d'attention.

- Structuration spatiale : difficultés de structuration spatiale, de mémoire

EMG : les éléments sont bien perçus et bien reproduits mais dès que cela se complique, elle est en grande difficulté (cf. figure de Rey)

Test de la Figure de Rey :

La copie est de type 2, la construction est supérieure riche. Elle l'exécute rapidement (2min30), sans montrer d'appréhension particulière. Globalement, le dessin a un aspect fouillis, les diagonales ne se croisent pas au centre : Elles sont décalées vers la gauche et en haut (elle se croisent alors dans le carré à gauche en haut), elle ne semble pas remarquer son erreur. Il y a de nombreux dépassements de traits (en lien avec de l'impulsivité ?). Elle obtient 33 et est donc dans la moyenne haute de l'étalonnage.

Pour la reproduction de mémoire, Mme G rencontre de grandes difficultés. Le dessin est de type 2 aussi, de la structure il ne reste quasiment que le rectangle. Il manque les éléments de l'architecture interne (ni les diagonales, ni la croix). Mme G se souvient de quelques

détails, mais les replace mal. Certains éléments n'ont plus la même orientation spatiale que lors de la copie. Mme G obtient un résultat de 7,5, se situant nettement en dessous de la moyenne qui est à 22. La structuration spatiale est défaillante, probablement en lien avec des difficultés mnésiques dues à l'abus d'alcool.

- Orientation temporelle : Bonne orientation temporelle.

- Structuration temporelle : Défauts de structuration temporelle majorés par une impulsivité et une attention flottante par moment. Au Stambak (9-12), Mme G échoue à cinq structures sur 12, tout en réussissant la plus difficile. Elle a tendance à rajouter des éléments *« c'est compliqué »*. Elle ajoute ou enlève des coups, sans rapport apparent avec la difficulté de la structure.

Tonus et manifestations anxieuses

- Étude du tonus : Le fond est hypotonique. Assez bonne capacité à se relâcher.

A l'étude du ballant, je note une anticipation lors des changements de position. Mme G parvient mieux à se détendre lors de la mobilisation du poignet, à l'engagement de l'avant bras elle a d'énormes résistances, on peut même parler de « blocages ». Mme G a des difficultés à ressentir son véritable état tonique : elle dit s'être sentie bien relâchée des deux côtés mais cette affirmation est en décalage avec la réalité, dénotant une difficulté à être à l'écoute de ses ressentis corporels et peut être souhaitant donner une fausse image d'elle. Elle a quelques réactions tonico émotionnelles aux bruits mais ne présente pas de difficulté à fermer les yeux.

- Manifestations anxieuses : Mme G se décrit comme quelqu'un d'anxieux depuis aussi loin qu'elle se souvienne (environ l'âge de sept ans), elle est l'aînée d'une fratrie de trois. Elle dit ressentir de l'anxiété de façon quotidienne surtout au réveil et le soir. Les causes sont un peu floues, elle évoque une difficulté *« à gérer les choses »* ainsi qu'à supporter ce qui n'est pas propre et rangé. Dans sa vie quotidienne, elle regrette d'avoir *« des sautes d'humeur qui me pourrissent la vie ».*

Corporellement, cette anxiété se traduit chez elle par une envie de ne rien faire, de se coucher. Elle a beaucoup de difficulté à exprimer ce qui se passe dans son corps, elle parle de bouche sèche et parfois de spasmophilie.

Psychiquement, avec aide de ma part, elle reconnaît avoir les pleurs faciles, une grande fatigabilité ainsi qu'une grosse perturbation de son sommeil. Le symptôme le plus handicapant pour elle est l'insomnie récurrente.

Pour lutter contre ses anxiétés elle dit aller marcher, sortir avec des amis. Ce discours apparaît moyennement authentique, elle acquiesce quand je parle d'alcool comme un autre

moyen de lutte. Elle minimise alors son addiction, dit ne pas tenir l'alcool, ne boire que du vin et avoir utilisé cela pour *« dormir »* car les médicaments ne marchent pas sur elle.

Investissement du corps

- Schéma corporel : à la dénomination des points d'appui du corps, Mme G est assez précise dans les parties du corps citées.

- Image du corps : Mme G parle de son corps avec distance, montrant peu d'écoute de ses sensations et particulièrement de ses douleurs. Sa présentation est soignée. Elle précise *« quand ça va je suis comme ça ».*

Dans son corps elle dit que ce qui est fragile c'est sa tête et ce qui est solide ce sont ses os avant de se reprendre *« je me suis cassée la malléole et des côtes »*. Elle n'est pas satisfaite de son apparence, surtout par rapport à son surpoids (elle a pris 17kg en 10 ans car *« je ne fais pas de régime et puis il y a l'alcool »*). Elle n'aime pas ses fesses, apprécie ses yeux.

Au décours du bilan lors de changements de positions, elle montre des signes douloureux, elle m'avoue que pendant une bagarre avec son fils il y a quinze jours, elle a eu quatre côtes cassées mais n'en a parlé à personne. Elle minimise. Elle dit avoir toujours été résistante à la douleur. Elle essaie de faire bonne figure appuyant sur le fait que ses analyses sanguines sont très bonnes.

Dessin : représentation de soi

Il existe un défaut d'investissement du corps. Une impression d'impossibilité de mouvement se dégage. Son dessin est bien centré, les contours du corps sont fermés. La forme du corps est donnée par l'extérieur, il y a très peu de détails à l'intérieur, il n'y a pas de vêtements. Ce corps est sexualisé par des seins qui semblent tirés vers le bas avec un trait qui les relie au bout du torse, ainsi que les boucles d'oreille. Il est rigide, les épaules sont très carrées. Les bras sont curieusement très courts arrivant juste à la hauteur des seins, il n'y a pas d'articulation, pas de main juste des doigts au bout de ces bras avec un traits les séparant. Les mouvements avec ces « embryons » de bras semblent bien impossible. Par ailleurs, il existe une dissymétrie entre les hémicorps, le bras et le sein gauches étant plus courts que de l'autre côté.

La tête est ronde, le regard est vide et sans prunelles, comme s'il n'y avait personne à l'intérieur. Le visage est fendu d'un sourire comme de façade. Les cheveux sont représentés ainsi que des boucles d'oreille.

Le torse est complètement disproportionné, très grand par rapport au bas du corps. La taille est légèrement marqué mais pas le bassin. Les jambes ont un aspect étrange, elles sont elles aussi très courtes, les articulations ne sont pas marquées, l'entrejambe très arrondie.

Au cours du dessin, elle se dévalorise beaucoup : *« je ne suis pas dessinatrice, le haut me va mais pas le bas car il manque la culotte de cheval»*.

Motricité générale

- Équilibre : L'équilibre statique est bon, l'équilibre dynamique un peu moins. Curieusement, elle semble plus à l'aise les yeux fermés.

- Coordination motrice et praxie : La marche se fait harmonieusement. Pas de problème de coordination.

Communications

- Communication verbale : Mme G a une aisance verbale, son discours reste néanmoins peu authentique, elle cherche à faire illusion.

- Communication non verbale : On retrouve la même difficulté à exprimer et ressentir les émotions, elle dit n'avoir peur de rien, ne pas savoir ce qu'est la colère tout en soulignant que lorsqu'elle est alcoolisée elle devient alors violente (manque d'authenticité ?). Elle est quasi incapable de mimer des émotions (trop de défenses ?). Pour la peur et la colère, elle nous dit *« je ne sais pas ».* Durant le bilan, elle varie le ton et l'émotion, passant des larmes à quelques rires plutôt défensifs. Il y a un bon contact visuel. Mme G se tient de manière un peu figée, en lien peut être avec ses côtes cassées.

- Relation aux autres : Mme G là encore fait illusion, elle nous dit avoir des amis puis se contredit. Au niveau familial, elle évoque des relations difficiles avec ses sœurs, ses parents qui la rejettent à cause de son alcool. Elle continue toutefois à s'occuper de ses parents car elle *« fait son devoir de fille ».*

Conclusion :

Mme G est avant tout marquée par un très large défaut de ressentis et de structuration interne au niveau corporel. Elle est peu authentique face à elle-même et face aux autres ayant des difficultés à être dans l'empathie. Mme G est une bonne indication d'une prise en charge individuelle en psychomotricité.

ANNEXE III

Indications du training autogène de Schultz
Indications de la relaxation progressive de Jacobson
D'après M. Guiose, 2007

Indications du training autogène de Schultz :

Schultz affirme que sa méthode est indiquée pour: les syndromes cardio- vasculaires, respiratoires, endocriniens, ou digestifs ; le système uro-génital et les troubles de la fonction sexuelle, les troubles oculaires, les troubles dermatologiques, les affections d'ordre neurologique (syndrome subjectif des traumatisés crâniens*, épilepsie, algies). La névrose et ses troubles associés (anxiété, rachialgies, insomnie, troubles tonico-émotionnels*...) sont aussi une bonne indication du training autogène.

Indications de la relaxation progressive de Jacobson :

Jacobson affirme que sa méthode peut s'appliquer dés l'âge de six à sept ans. *« Elle s'adresse aux sujets de tous niveaux, qu'ils soient frustes ou cultivés, pourvu qu'ils comprennent le langage utilisé et consentent à s'exercer »*[149]. Marc Guiose reprend la classification des indications majeures par Masson :

- Les troubles psychomoteurs : retards psychomoteurs, dysharmonies, maladresse, troubles tonico-émotionnels, inhibition, instabilité ;
- La déficience intellectuelle légère ;
- Les troubles de l'intégration du schéma corporel, de l'organisation spatio-temporelle ;
- Les troubles du langage écrit ou parlé ;
- Les troubles psychologiques et de l'affectivité : hyperémotivité, anxiété, obsession, irritabilité, troubles du sommeil, états névrotiques ;
- Les maladies psychosomatiques ;
- Les patients relevant de la médecine générale, en particulier la rhumatologie.

[149] Guiose M., 2007, p.19

LEXIQUE

A

aboulie
Diminution ou insuffisance voire disparition de la volonté. le sujet éprouve des difficultés à faire des efforts, à prendre des décisions (André P., 2006, p.241)

accès maniaque
État d'excitation caractérisé par une agitation motrice intense, le sujet est hyperactif; une exaltation de l'humeur, le malade est euphorique (André P., 2006, p.67)

angoisses corporelles archaïques
Voir Partie Discussion p.76

anorexie
Affection psychopathologique qui touche essentiellement les jeunes filles à la période post-pubertaire. Elle associe des troubles psychologiques et somatiques : Le refus d'alimentation, l'aménorrhée et un amaigrissement pouvant aller jusqu'à la cachexie en son les trois symptômes principaux. (André P., 2006, p.242)

antalgique
Médicament destiné à supprimer ou à atténuer la douleur (Jeuge-Maynart I., 1997, p.70)

anxiolytique
Médicament utilisé dans le traitement de l'anxiété et de ses différentes manifestations, faisant partie des tranquillisants (Jeuge-Maynart I., 1997, p.86)

arthrose
Affection articulaire, d'origine mécanique et non inflammatoire, caractérisée par des lésions dégénérative des articulations, associées à une atteinte du tissu osseux sous-jacent. (Jeuge-Maynart I., 1997, p.99)

asthénie
État de faiblesse générale caractérisé par une diminution du pouvoir fonctionnel de l'organisme, non consécutive au travail ou à l'effort et ne disparaissant pas avec le repos. (Jeuge-Maynart I., 1997, p.105)

C

ça
Selon la théorie freudienne de la personnalité, le ça est l'une des trois instances de l'appareil psychique. C'est le pôle pulsionnel (libido) de l'appareil psychique. Le fonctionnement psychique tire son énergie du ça. (André P., 2006, p.244)

cardiomyopathies
Atteinte non inflammatoire du myocarde (muscle cardiaque) sans relation avec une valvulopathie, une atteinte coronaire ou une hypertension artérielle (Jeuge-Maynart I., 1997, p.651)

cénesthésique
Se rapporte à la cénesthésie définie par le sentiment vague que chaque individu a de la totalité ou d'une partie de son corps, indépendamment du concours des sens. (Larousse en ligne, 2013)

céphalée
Toute douleur de la tête, quelle que soit sa cause. (Jeuge-Maynart I., 1997, p.173)

cirrhose
Maladie chronique du foie caractérisée par une réorganisation tissulaire et une altération cellulaire. (Jeuge-Maynart I., 1997, p.197)

clinophilie
Propension pathologique à rester au lit qui trahit souvent le désintérêt et/ou la crainte d'affronter les difficultés. (Jeuge-Maynart I., 1997, p.245)

conscience corporelle
Voir Partie Théorie, La conscience corporelle, définition p.23

conscient
Terme utilisé par S. Freud soit pour qualifier un état psychique, soit comme substantif pour indiquer la localisation de certains processus constitutifs du fonctionnement de l'appareil psychique. A ce titre le conscient est, avec le préconscient et l'inconscient, l'une des trois instances de la première topique freudienne. (Roudinesco E., Plon M., 1997, p.188)

D

dépersonnalisation
Sentiment d'étrangeté qui donne au sujet l'impression qu'il n'est plus lui-même, que le monde extérieur et sa propre personnalité ont été modifiés. Se rencontre le plus souvent dans les accès psychotiques aigus. (André P., 2006, p.248)

déréalisation
Impression d'irréalité des personnes et des choses. Elle accompagne souvent le sentiment de dépersonnalisation. (André P., 2006, p.248)

dissociation
Désagrégation de la personnalité et de la vie psychique du schizophrène, qui se révèle dans l'expression de la pensée, le comportement, les relations affectives. (André P., 2006, p.249)

dysphorique
relatif à un état de malaise contraire à l'euphorie avec sentiment d'insatisfaction. (André P., 2006, p.249)

E

EMG
Examen de la Motricité Gnoso-praxique de Laurence Vaivre-Douvret

émotions primaires
Ou émotions universelles introduites dans toutes les cultures et partagées avec les animaux : joie, colère, peur, tristesse, dégoût, surprise. (Damasio A., 2010, p.153)

encéphalopathie de Gayet-Wernicke
Atteinte diffuse de l'encéphale par carence en vitamine B1. L'encéphalopathie est due à une carence découlant elle-même le plus souvent d'un alcoolisme chronique. Les signes en sont une désorientation temporo-spatiale, des troubles de la vigilance, de la station debout et de la marche, une hypertonie, une paralysie des mouvements oculaires. (Jeuge-Maynart I., 1997, p.402)

épicritique
Se dit des terminaisons sensorielles cutanées ou viscérales donnant lieu à des perceptions précises ; se dit de ces perceptions elles-mêmes. (Larousse en ligne, 2013)

ERFC
Test d'Évaluation Rapide des Fonctions Cognitives.

états-limites
Patients présentant des troubles multiples d'aspect névrotiques en apparence; des traits de personnalité rappelant la psychopathie avec, en particulier une relation de dépendance et des conduites sexuelles déviantes; une facilité à passer à l'acte; des risques de décompensation psychotique (André P., 2006, p.105)

evidence-based medicine, 31
Médecine fondée sur des preuves

H

hallucination
Trouble psychosensoriel où le sujet a la conviction d'avoir perçu une sensation alors qu'aucune stimulation extérieure ne peut la justifier. Il faut donc la différencier de l'illusion qui est l'altération d'une sensation réelle. L'hallucination peu s'associer aux cinq sens et l'on parle alors d'hallucination visuelle, auditive, tactile, olfactive et gustative. (André P., 2006, p.252)

HDT
Hospitalisation sur Demande d'un Tiers (actuellement SPDT, Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers)

hypertonie
Exagération permanente du tonus musculaire d'origine neurologique. (Jeuge-Maynart I., 1997, p. 478)

hypomanie
État d'excitation passager ou durable se manifestant par une hyperactivité, une humeur exubérante et un flot de paroles. L'hypomanie peut représenter une forme atténuée de manie dans le trouble bipolaire. (Jeuge-Maynart I., 1997, p.484)

hystérique
se rapporte à un trouble névrotique caractérisé par la conversion corporelle d'un conflit psychique. La personnalité hystérique est très influençable malgré une froideur apparente, se réfugie dans l'imaginaire (tendance au théâtralisme, à la mythomanie), souffre d'insatisfaction sexuelle et joue un jeu ambigu de séduction et de mise à distance. (Jeuge-Maynart I., 1997, p.490)

I

inconscient
En psychanalyse, l'inconscient est le lieu inconnu de la conscience : une "autre scène". Dans la première topique élaborée par S. Freud il est une instance ou un système constitué de contenus refoulés qui échappent aux autres instances du préconscient et du conscient. Dans la deuxième topique, il n'est plus une instance mais sert à qualifier le ça et, pour une large part, le Moi et le surmoi. (Roudinesco E., Plon M., 1997, p.488)

L

alliance thérapeutique
L'alliance thérapeutique peut se définir comme la collaboration mutuelle, le partenariat, entre le patient et le thérapeute dans le but d'accomplir les objectifs fixés. Cette notion est actuellement centrale dans les études portant sur les mécanismes des psychothérapies, et l'évaluation de leurs effets. Elle permet notamment de montrer que les méthodes thérapeutiques employées ne sont pas efficaces du seul fait de leurs outils propres, mais par un jeu subtil d'adéquation entre un praticien et son patient. (Bioy A., Bachelart M., 2010, p.317)

libido
Encore appelée "pulsion de vie". Le langage commun l'associe au désir sexuel. Dans le langage freudien, elle désigne l'énergie de la pulsion sexuelle. Elle peut être refoulée si elle ne débouche pas sur une satisfaction ou sublimée si elle applique sa finalité à des domaines non sexuels : intellectuels, artistiques, altruistes. (André P., 2006, p.255)

M

Mindfulness Therapy
Voir Partie Théorie, La conscience corporelle, p. 31

Moi
Selon la théorie freudienne, le Moi est un pôle défensif à l'origine des mécanismes de défense. C'est un médiateur qui tente de faire la synthèse entre les exigences du ça et les contraintes du surmoi. C'est donc un lieu de conflits, de compromis où s'opposent des forces contradictoires, le moi cherchant à résoudre ces conflits dans le meilleur intérêt global du sujet. Il définit la personnalité. (André P., 2006, p.256)

myorelaxant
Médicament qui favorise la détente musculaire (Jeuge-Maynart I., 1997, p.654)

N

narcissique
se rapporte au narcissisme, investissement affectif de soi, de sa propre personne, à l'origine du sentiment de sécurité, de confiance en soi, de l'estime de soi et qui fonde la

connaissance de soi et l'identité. (André P., 2006, p.256)

narcissisme primordial
Narcissisme du sujet en tant que sujet du désir de vivre, préexistant à sa conception. (..) et qui constitue en quelque sorte une intuition vécue de l'être au monde pour un individu de l'espèce c'est-à-dire dépourvu e tout moyen expressif, comme l'est encore l'enfant in utero. (Dolto F., 1984, p.50-51)

névrose
Groupes de symptômes et/ou des troubles du comportement et des conduites qui ont une répercussion sur la vie affective, relationnelle, sexuelle et sociale. Il n'y a pas d'altération du contact avec la réalité. Le malade a conscience du caractère pathologique de son trouble. Les manifestations névrotiques surviennent sur une personnalité prédisposée. Elles sont la traduction pathologique, l'accentuation, la caricature de traits de personnalité. Les facteurs psychologiques traumatisants ont une importance considérable dans l'apparition des états névrotiques.

O

objet
Terme employé par les successeurs de S. Freud pour désigner les modalités fantasmatiques de la relation du sujet au monde extérieur telles qu'elles se présentent dans les choix d'objets que ce sujet effectue. (Roudinesco E., Plon M., 1997, p.737)

otospongiose
Maladie héréditaire de l'oreille moyenne, d'évolution progressive et entraînant une surdité. Le traitement de l'otospongiose est la stapédectomie (ablation chirurgicale de l'étrier) suivi d'un remplacement de l'étrier par une prothèse. L'intervention qui connaît un très bon taux de réussite (90%) entraîne la récupération définitive d'une bonne partie de l'acuité auditive. (Jeuge-Maynart I., 1997, p.706)

P

paresthésies
Sensation anormale non douloureuse mais désagréable ressentie sur la peau qui se manifeste par des signes spontanés tels que fourmillements, raideur de la peau, engourdissement. (Jeuge-Maynart I., 1997, p.720)

parodontite
Inflammation du parodonte (tissus de soutien de la dent). (Jeuge-Maynart I., 1997, p.722)

personnalité abandonnique
Individu qui présente des troubles d'ordre dépressif et une profonde insécurité affective, non nécessairement liés à un abandon réel. (Larousse en ligne, 2013)

phobo-obsessionnelle
qui comporte des traits de la névrose phobique associé à des traits de la névrose obsessionnelle La névrose phobique est une appréhension irraisonnée, peur morbide concernant certains actes, situations ou objets, entraînant une inquiétude, une angoisse, qui entravent la vie personnelle et peuvent mener à une invalidité partielle ou totale. La névrose obsessionnelle est caractérisée par des obsessions associées à des rituels (compulsions) de conjuration de ces obsessions. (Jeuge-Maynart I., 1997, p.670-671)

polynévrite
Atteinte du système nerveux périphérique caractérisée par des troubles sensitifs et moteurs survenant symétriquement des deux côtés du corps et prédominant à l'extrémité des membres. (Jeuge-Maynart I., 1997, p.768)

préconscient
S. Freud utilise le terme préconscient comme substantif pour désigner l'une des trois instances, avec le conscient et l'inconscient, de sa première topique. Employé comme adjectif, le terme qualifie les contenus de cette instance ou système, qui, pour n'être pas présents dans la conscience; lui demeurent

accessibles, à la différence des contenus du système inconscient. Dans le cadre de la seconde topique freudienne, le préconscient, distinct du Moi et notamment de la partie inconsciente de celui-ci, est cependant inscrit dans le domaine de cette instance. (Roudinesco E., Plon M., 1997, p.812)

précordialgie
Douleur ressentie dans la région thoracique antérieure gauche. (Larousse en ligne, 2013)

proprioception
Voir Partie Théorie, La conscience corporelle, p.24

psychanalyse
Freud, à la charnière des XIXe et XXe siècle élabora une théorie selon laquelle notre psychisme est dépendant de sa partie enfouie, l'inconscient, où affluent nos pulsions et s'enfouissent nos refoulements. Dans les conflits entre conscient et inconscient, il perçut l'origine d'un certain nombre de troubles psychiques médicalement inexplicables. Faire émerger ces conflits pouvait permettre de les dénouer. Ainsi naquit la psychanalyse, fondée sur la verbalisation aussi complète et libre que possible, sur l'écoute des souvenirs, des rêves, des associations d'idées ou d'images qui viennent spontanément à l'analysant et permettent de reconstituer sa genèse psychique. Elle est donc à la fois théorie qui a complètement modifié la conception que l'on avait de l'être humain et méthode de cure. Aujourd'hui il existe un grand nombre d' "écoles " psychanalytiques, chacune avec ses particularités, mais sans remise en cause radicale des concepts du Maître.

Méthode : Étendu sur le divan, le client peut projeter sur son analyste, assis derrière lui, des sentiments refoulés inconscients. Associations libres, analyse du transfert, interprétation des rêves. (http://www.psychologies.com/Dico-Psycho/Psychanalyse)

psychose
Trouble mental caractérisé par une désorganisation de la personnalité, la perte du sens réel et la transformation en délire de l'expérience vécue. Le langage médical réserve le terme de psychose aux maladies mentales non lésionnelles, se caractérisant par des symptômes essentiellement psychologiques, que sont les bouffées délirantes aigües, la schizophrénie, les délires chroniques (paranoïa, paraphrénie). (Jeuge-Maynart I., 1997, p.801)

S

sadique
se rapporte au sadisme, perversion sexuelle où la satisfaction dépend de la souffrance physique ou morale que le sujet inflige à son partenaire. (André P., 2006, p.261)

scoliose
Incurvation latérale pathologique de la colonne vertébrale. (Jeuge-Maynart I., 1997, p.877)

sédatif
Médicament qui calme l'activité d'un organe ou du psychisme. Les sédatifs forment un ensemble médicamenteux assez hétérogène , comprenant par exemple les antitussifs, les analgésiques (antidouleurs), les anxiolytiques. (Jeuge-Maynart I., 1997, p.881)

sérotonine
Substance dérivée d'un acide aminé, le tryptophane, synthétisé par les cellules de l'intestin et ayant par ailleurs un rôle de neurotransmetteur dans le système nerveux central. (Jeuge-Maynart I., 1997, p.888)

stade oral
En psychanalyse, stade de développement (de la naissance à 1 an) : à la naissance il y a spontanément recréation d'une symbiose (état de non-distinction) entre l'enfant et sa mère. Le principal moyen de communication se fait alors par le biais de la nourriture: c'est ce que l'on appelle le Stade Oral,

avec présence de 2 zones érogènes: la bouche et la peau, et de 2 systèmes de régulation: un externe (la Mère) et un interne (la vie mentale du bébé). (http://psychiatriinfirmiere.free.fr/infirmiere/formation/psychologie/lexique/stade-oral.htm)

sthénique
Qui a de la force, de l'énergie, du tonus. (André P., 2006, p.262)

suicide
Acte de se donner volontairement la mort. (Jeuge-Maynart I., 1997, p.932)

Surmoi,
Selon la théorie freudienne de la personnalité, c'est l'instance "morale" du psychisme, dépositaire de tous les interdits, en premier lieu de l'interdit de l'inceste, qui fonde toute société humaine. Plus largement il est constitué par l'ensemble des interdits parentaux, des valeurs culturelles et éducatives. (André P., 2006, p.263)

syndrome de sevrage
Ensemble de signes consécutifs à l'arrêt progressif ou immédiat de la consommation d'uns substance toxique dont le sujet est dépendant. Pour le sevrage de l'alcool, le traitement n'est possible que si le sujet est motivé. La prise en charge peut nécessiter une hospitalisation pour lutter contre les divers symptômes de manque : agitation, agressivité, insomnie, delirium tremens. (Jeuge-Maynart I., 1997, p.888)

T

trouble anxieux
Trouble émotionnel se traduisant par un sentiment indéfinissable d'insécurité. L'anxiété comporte trois caractères principaux : pressentiment d'un danger vague et imminent, réactions physiques variées, impression pénible d'impuissance ou de faiblesse devant la menace. (Jeuge-Maynart I., 1997, p.86)

trouble anxieux généralisé
Aussi nommé névrose d'angoisse. État névrotique dont l'angoisse sous ses diverses formes, constitue le symptôme central, avec un état permanent d'attente anxieuse sur lequel se greffe la forme paroxystique : la crise d'angoisse aigüe ou attaque de panique. (André P., 2006, p.27-28)

trouble bipolaire
Anciennement psychose maniaco-dépressive. Trouble de l'humeur qui évolue de façon caractéristique par la succession d'états thymiques soit dans le sens positif de l'expansion(accès maniaque) soit dans le sens négatif (dépression - accès mélancolique). (André. P., 2006, p.65)

troubles alimentaires
Le comportement alimentaire mobilise des charges affectives complexes et dépend en partie des premiers rapports avec la mère ou les personnes charges de l'alimentation. Il constitue un vrai langage et participe aux échanges et aux liens existant à l'intérieur d'un même système culturel. Les troubles de l'alimentationpeuvent avoir une cause organique, résulter d'un stress ou d'un conflit mais ausis recouvrir un tableau plus grave. L'anorexie peut ainsi être l'indice d'une dépression, d'un état névrotique, voire psychotique. Il en va de même pour la boulimie. (Jeuge-Maynart I., 1997, p.40)

RÉSUMÉ

Soigner la dépression représente un enjeu majeur de santé publique. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), cette pathologie touche plus de 350 millions de personnes dans le monde en 2012, entraînant plus d'un million de suicides par an. La dépression porte atteinte à l'identité physique et psychique, ainsi qu'à l'image du corps, entravant la capacité à se positionner comme sujet dans sa vie. L'objectif de ce mémoire est de démontrer l'efficacité de la prise en charge psychomotrice dans le traitement de la dépression grâce aux médiations de prise de conscience corporelle. Les cas cliniques sont issus d'une expérience de stage en Centre Médico-Psychologique pour adultes.

Mots-clés : Psychomotricité - Dépression - Conscience corporelle - Image du corps - Identité - Sujet

---

ABSTRACT

The treatment of depression is a global public health concern. The World Health Organisation (WHO) stands that depression is due to affect a 350 million people in 2012 causing over a million suicides a year. Depression can damage both physical and psychological identity as well as body image and prevent oneself to stand as a subject of its own life. This study attempts to show the efficiency of *psychomotricité* developing body awareness to cure depression. Clinical cases have been studied during an internship at a community mental health centre for adult patients.

Keywords : *Psychomotricité* - Depression - Body awareness - Body image – Identity - Subject