



**HAL**  
open science

**“ Mais... la semaine prochaine c’est trop long ” :  
accompagnement en psychomotricité de la fin de séance  
avec un enfant psychotique.**

Céline Perisse

► **To cite this version:**

Céline Perisse. “ Mais... la semaine prochaine c’est trop long ” : accompagnement en psychomotricité de la fin de séance avec un enfant psychotique.. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02078652

**HAL Id: dumas-02078652**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02078652>**

Submitted on 25 Mar 2019

**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.

Médecine Sorbonne Université  
Institut de Formation en Psychomotricité  
91, Bd de l'Hôpital  
75013 Paris



# **« Mais... la semaine prochaine c'est trop long »**

---

**Accompagnement en psychomotricité de la fin de séance  
avec un enfant psychotique.**

Mémoire présenté par **Céline PERISSE**

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien

Référent de mémoire :  
Lucie MERIAU

Session de juin 2018

# REMERCIEMENTS

---

Avant toute chose, je souhaiterais exprimer ma gratitude envers toutes les personnes qui, de près comme de loin, m'ont accompagnée et soutenue dans l'élaboration de ce mémoire.

Merci à Lucie Meriau pour avoir accepté de se lancer dans l'expérience de la supervision de mémoire. Je te suis reconnaissante pour l'aide que tu m'as apportée et le temps que tu as pu me consacrer.

Merci à Camille Larraufie et Aurore Giraud, mes deux (super) maîtres de stage qui ont rendu cette année enrichissante tant sur le plan humain que sur le plan théorico-clinique. Merci pour nos échanges, vos précieux conseils et votre présence tout au long de cette année.

Merci à tous les patients rencontrés au cours de ces trois années de formation, c'est aussi grâce à eux que j'ai pu me construire et devenir la (future) psychomotricienne que je suis aujourd'hui.

Merci à toute ma famille, et surtout à vous, papounet, mamounette et mon glouglou d'amour, qui m'avez supportée durant cette année intense, dans les moments de joie comme dans les moments de doute. Merci aussi à vous, papi et mamie, pour votre soutien et votre présence tout au long de cette année.

Merci à mes psychopotes pour ces trois années de folie, pour tous les fous rires que nous avons eus ensemble. Merci à toi, Jeanne, pour ta joie communicative, tes relectures et ton avis toujours pertinent et à toi, Juliette, pour tes encouragements au doux goût de mojito. Et, un merci tout particulier à toi, Charlotte, mon binôme depuis le premier jour de cette aventure. Merci pour ton grain de folie, ton amitié si précieuse et tout ce que nous avons partagé (TMTC).

Enfin, merci à toi, Sarah, ma ratatouille, qui m'a vue grandir et m'épanouir dans ces études. Merci pour ton soutien sans faille, tes mots rassurants et tes encouragements malgré les 1560 kilomètres qui nous séparent cette année.

# SOMMAIRE

---

REMERCIEMENTS .....	2
SOMMAIRE .....	3
INTRODUCTION .....	5

## **PARTIE 1 : OBSERVATION CLINIQUE ..... 7**

I. Présentation du Centre Médico-Psycho-Pédagogique .....	7
II. Présentation du patient : Alban .....	8
1. Anamnèse.....	8
2. Evaluation psychomotrice .....	10
3. Prise en charge psychomotrice .....	13
4. Ma rencontre avec Alban .....	15
a. Premières impressions .....	15
b. Evolution de la prise en charge.....	16

## **PARTIE 2 : APPORTS THEORIQUES ..... 23**

I. Le développement psycho-affectif de l'enfant .....	23
1. Les instances intra-psychiques .....	23
2. Le sentiment continu d'exister .....	24
3. Développement psychocorporel.....	26
4. Les angoisses archaïques .....	26
II. La psychose infantile .....	28
1. Origines et définition de la psychose infantile.....	28
2. Le point de vue des classifications .....	29
3. Le point de vue du psychomotricien .....	30
a. Le corps dans la psychose infantile .....	32
b. Les angoisses corporelles .....	36
c. Les mécanismes de défense .....	39

III.	Le tonus et sa fonction tonique.....	42
1.	Le tonus : définition et mise en place .....	42
2.	Tonus et émotion .....	43
3.	Le tonus dans la relation .....	45
a.	Transfert et contre-transfert .....	45
b.	Le dialogue tonique .....	46
4.	Le tonus et sa fonction contenante .....	47
 <b>PARTIE 3 : PISTES DE REFLEXION .....</b>		<b>50</b>
I.	La création d'une cabane.....	50
II.	L'aménagement temporel du cadre de la séance.....	55
1.	Le cadre thérapeutique : définition et fonction .....	55
2.	L'alliance thérapeutique .....	58
III.	L'ajustement du psychomotricien .....	60
1.	Ma place de stagiaire dans la relation thérapeutique .....	61
2.	Transfert et contre-transfert : entre corps et émotions.....	62
IV.	Mise en perspective de ma réflexion .....	66
 CONCLUSION .....		68
 BIBLIOGRAPHIE .....		70
 ANNEXES .....		75
o	Annexe I : image représentant un PNJ, le peintre .....	75
o	Annexe II : photographies représentant la modélisation en pâte à modeler du peintre, réalisée par Alban.....	75
o	Annexe III : photographies de la cabane initiale .....	76
o	Annexe IV : photographies de la cabane, deuxième version .....	76
o	Annexe V : photographies de la cabane, troisième version .....	77

# INTRODUCTION

---

Depuis mon plus jeune âge, je me sens animée d'une volonté d'aider les autres. Ce besoin de m'occuper des personnes qui m'entourent, de vouloir préserver leur bien-être colore toutes les facettes de ma vie. D'abord ma famille, mes proches et puis, un jour une évidence. Et si j'en faisais mon métier ? Il me faudra plusieurs années avant de trouver LA voie qui me corresponde. Le jour où je découvre la psychomotricité, ça y est je sais. Je sais que c'est le métier que j'ai toujours voulu faire. C'est décidé, plus tard je serais psychomotricienne.

C'est ainsi que je me lance dans la grande aventure de la psychomotricité. Bien plus qu'une formation professionnelle, c'est un cheminement de trois années, au travers de la découverte de soi et de l'autre. Apprendre à être psychomotricienne, c'est dans un premier temps apprendre à se connaître soi pour mieux connaître l'autre. C'est également découvrir les spécificités du métier au travers de nombreux stages, auprès de tous les âges de la vie. Chaque patient a été une rencontre unique qui est venue me former et nourrir ma pratique de future psychomotricienne.

De tous les patients dont j'ai pu croiser la route au cours de ces trois années, c'est d'un en particulier dont je vais parler dans ce mémoire. Alban c'est l'histoire d'une rencontre lors de mon stage de troisième année : premier jour, premier patient. C'est une rencontre forte et riche qui marque le début de toute une année de questionnements et de recherches. Dès les premiers instants, je sens qu'elle sera particulière, encore plus que les autres. Pourquoi ? Cette impression est sûrement due à la pathologie d'Alban chez qui ont été diagnostiqués des troubles psychotiques.

Me voilà plongée dans les méandres de la psychose infantile et de ses caractéristiques. Si je prends conscience des difficultés majeures d'Alban sur toute la durée des séances, c'est plus précisément la fin de séance et la séparation qui m'interrogent. Alban semble incapable de vivre ce moment sans s'effondrer psychiquement et corporellement. C'est de cette observation que découle la question centrale de mon propos dans ce mémoire.

## **Comment le psychomotricien peut-il accompagner les manifestations psychocorporelles (tonus, angoisses archaïques...) apparaissant lors de la séparation en fin de séance chez un enfant psychotique ?**

Face à cette interrogation, je débute une réflexion faites de diverses hypothèses dans le but de venir apaiser Alban dans ce moment difficile.

- Dans quelle mesure l'aménagement d'un espace contenant permettrait de soutenir les difficultés apparaissant à la fin de la séance ? La création d'une cabane pourrait apporter une contenance au patient dans les moments d'angoisse.

- De quelle manière un aménagement du cadre temporel de la séance pourrait aider à contenir les angoisses ?

- La psychanalyse parle de transfert et de contre-transfert dans la relation patient-analyste. En psychomotricité, le dialogue tonico-émotionnel a une place importante dans la relation avec le patient. De quelle manière le psychomotricien peut-il établir un lien avec un patient psychotique et s'ajuster à la spécificité de son fonctionnement psychocorporel ?

Ce mémoire s'organisera en trois parties. Dans la première, je commencerai tout d'abord par présenter mon lieu de stage puis je ferai une présentation générale d'Alban. La deuxième partie fournira une approche théorique quant à la problématique d'Alban afin de permettre une meilleure compréhension des différentes notions mises en jeu lors de la fin de séance. Enfin, j'exposerai ma réflexion, s'articulant autour des hypothèses mentionnées plus haut, dans une troisième partie.

# **PARTIE 1 : OBSERVATION CLINIQUE**

---

## **I. Présentation du Centre Médico-Psycho-Pédagogique**

Le Centre Médico-Psycho-Pédagogique (CMPP) est un centre médico-social qui propose un service de consultation, de diagnostic et de soins ambulatoires pour des enfants et adolescents de 0 à 20 ans ainsi que pour leurs familles. Le CMPP est agréé par l'Agence Régionale de Santé (ARS) et conventionné par la Sécurité Sociale (les soins sont pris en charge à 100%). Le CMPP, d'orientation psychanalytique, se trouve sous la responsabilité d'une directrice administrative et d'un directeur médical, médecin psychiatre.

L'équipe pluridisciplinaire se compose de :

- Deux pédopsychiatres et un psychiatre (directeur)
- Quatre psychologues cliniciens
- Deux orthophonistes
- Trois psychomotriciennes (50%, 50% et 60%)
- Une psychopédagogue
- Deux secrétaires médicales
- Un chauffeur

Les enfants et les familles sont accueillis au CMPP pour des difficultés d'ordre affectif, relationnel et comportemental (agitation, trouble du langage, trouble du sommeil, trouble de l'alimentation, inhibition, instabilité, anxiété, énurésie, dépression...), ainsi que scolaire (troubles de l'expression orale et écrite, difficultés en lecture ou en écriture, dyslexie, dysorthographe...).

Dans le cadre d'une admission au CMPP, la famille rencontre dans un premier temps un des trois médecins qui deviendra par la suite le médecin référent du patient. Les soins sont coordonnés par ce médecin référent qui, en synthèse

d'équipe pluridisciplinaire, oriente chaque patient vers la prise en charge la plus adaptée possible. Le CMPP propose des consultations et aides ponctuelles, des psychothérapies individuelles ou en groupe, des entretiens psychothérapeutiques familiaux, des prises en charge individuelles ou groupales en psychopédagogie, orthophonie et psychomotricité. Il y a également des groupes co-animés par différents professionnels (psychomotricienne - psychologue, psychomotricienne - psychopédagogue, psychomotricienne - orthophoniste).

## **II. Présentation du patient : Alban**

### **1. Anamnèse**

#### ○ Histoire de vie

Alban<sup>1</sup> naît en 2006 dans un pays asiatique où la famille, originaire de France, s'est installée en raison du travail du père. Il est âgé de 11 ans quand je le rencontre. Alban est le deuxième d'une fratrie de trois garçons (aîné né en 2008 et cadet né en 2003). Il fait une encoprésie réactionnelle, aujourd'hui disparue, suite à la naissance de son petit frère. Concernant la petite enfance, les parents ne rapportent aucune particularité si ce n'est une certaine sélectivité alimentaire et une difficulté avec les nouveaux aliments. La famille vit à l'étranger pendant quelques années avant de revenir en France lorsqu'Alban est âgé de 8 ans. Au sujet de cette période de vie en Asie, les parents indiquent qu'Alban parlait français et anglais. Il possède également quelques notions de mandarin. Depuis leur retour en France, la mère d'Alban ne travaille pas et son père est souvent en déplacement professionnel.

#### ○ Scolarité

A la rentrée en maternelle, Alban intègre le Kindergarden Montessori où il montre des difficultés face aux consignes de groupe et fait ce qu'il veut, sans pour autant être recadré par l'école. Au CP, des troubles du comportement apparaissent

---

<sup>1</sup> Prénom modifié pour conserver l'anonymat du patient et la confidentialité des informations

chez Alban. Il est agité et n'écoute pas en classe. Son attitude perturbe les cours et gêne ses camarades. Selon les parents, l'instituteur a alors fait preuve de violence, physique et verbale, envers Alban, le terrorisant. Par la suite, Alban a changé de classe. En CE1, sa scolarité se complique avec un refus de l'écriture.

A l'entrée en CE2, Alban et sa famille reviennent vivre en France. Il intègre ainsi une école primaire classique. L'école crée un dossier MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) et recrute une AVS (Auxiliaire de Vie Scolaire) qui aide Alban à partir du CM1, à raison de dix heures par semaine. A l'école, Alban présente des difficultés pour entrer en relation avec ses camarades et peut se montrer agressif. Il est agité et ne parle que de jeux vidéo. Son niveau étant inférieur à celui attendu, un parcours adapté pour les supports de cours et les devoirs est instauré, en collaboration avec l'enseignante. Alban est actuellement en CM2 et a redoublé son CM1. L'école constate quelques progrès mais de grandes difficultés sont toujours présentes.

- Histoire médicale

Depuis quatre ans, une prise en charge au CMPP est mise en place, à la demande des parents eux-mêmes. Alban est suivi par une psychologue de décembre 2014 à avril 2017. Le suivi en psychologie est difficile et s'arrête à l'initiative de la psychologue. Alban est également suivi par une psychopédagogue de mai 2015 à décembre 2016. Ses parents décident de stopper la prise en charge en psychopédagogie au moment où la psychomotricité démarre, décrétant que cela fait trop pour lui dans la semaine. La prise en charge en psychomotricité a démarré en novembre 2016 et se poursuit encore à ce jour.

Dans le cas d'Alban, poser un diagnostic est compliqué. Les parents ne sont pas en mesure d'entendre et d'accepter l'étendue et l'intensité des difficultés de leur enfant. De plus, les différents acteurs de la vie d'Alban, école et CMPP, présentent des avis divergents. Le pédopsychiatre référent et l'équipe qui le suit au CMPP s'orientent vers un diagnostic de psychose infantile, pathologie qui tend à disparaître dans les classifications actuelles. Ce diagnostic se base sur les anciennes classifications mais également sur les éléments cliniques d'observation.

Le terme de psychose n'est pas énoncé aux parents mais le pédopsychiatre leur fait part des angoisses importantes d'Alban et de ses difficultés.

D'autre part, au vu de l'agitation d'Alban, l'école souhaiterait que soit posé un diagnostic de Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH). Le CMPP n'allant pas selon leur volonté, l'équipe de l'école demande aux parents de consulter un autre médecin. Ainsi, un bilan neuropsychologique est réalisé en mai 2016 à la demande de l'école. Les résultats montrent des difficultés attentionnelles avec un indice de mémoire de travail faible par rapport à un enfant de son âge. Les résultats de l'évaluation neuropsychologique semblent objectiver un TDAH.

Sur préconisation de l'école, les parents consultent ensuite une pédopsychiatre, extérieure au CMPP, qui demande une évaluation psychologique. Un bilan pré diagnostique de Trouble du Spectre Autistique (TSA) est fait en novembre 2017. La psychologue fait passer à Alban l'ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule, échelle d'observation pour le diagnostic) et l'ADI-R (Entretien pour le Diagnostic de l'Autisme – version révisée). Les résultats semblent indiquer un TSA.

Les éléments des évaluations neuropsychologique et psychologique sont amenés à la pédopsychiatre, extérieure au CMPP, qui s'oriente alors vers un diagnostic de TSA et prescrit à Alban un neuroleptique atypique (Risperdal®). Dans le cadre de mon mémoire, je m'appuierai sur le diagnostic posé par le CMPP tout en prenant en compte les classifications actuelles, et la place de la psychose infantile au sein de celles-ci.

## **2. Evaluation psychomotrice**

L'évaluation psychomotrice d'Alban est réalisée en octobre 2016 suite à la demande de l'équipe du CMPP. Le bilan se déroule sur trois séances. A ce moment, Alban est âgé de 10 ans et demi. Il se montre en difficulté face à la situation d'évaluation et cette rencontre avec une personne inconnue. Alban instaure une distance physique vis-à-vis de la psychomotricienne et présente un regard en fuite. Tout au long de ces séances, il est quasi perpétuellement en mouvement.

- Tonus

Alban présente un tonus de fond très hypotonique, persistant lors des mouvements. Des raideurs périphériques dans le haut du corps (épaules, bras, mâchoires) sont remarquables et peuvent être associées à de l'auto-agrippement et/ou à une tentative de compensation de l'hypotonie. Alban montre de nombreuses réactions tonico-émotionnelles : écroulement, paratonies, auto-contacts fréquents. Il est en recherche d'appuis externes, durs et solides, dans le but de se soutenir, ne semblant pas y parvenir seul.

- Posture et motricité globale

Alban a une posture légèrement enroulée sur lui-même et le dos voûté. Ses épaules sont un peu affaissées et enroulées vers l'avant. Il a les genoux légèrement fléchis. L'immobilité en station debout est compliquée pour Alban, même sur demande. Spontanément, il se déplace d'un pas lourd et traînant. Lors de la marche, Alban dépose le poids de son corps passivement dans le sol. Son pas repousse peu le sol et manque de dynamisme. Les bras se balancent peu voire restent inanimés le long du corps. Pour la course, Alban laisse le poids du haut de son corps l'entraîner vers l'avant puis le reste de son corps suit le mouvement. L'hypotonie impacte les déplacements et peut expliquer le manque de dynamisme.

En cas de motricité dirigée vers un but précis, Alban est capable d'un plus grand recrutement tonique qui génère cependant certaines tensions (épaules tendues, mâchoires crispées, blocages respiratoires) ou des effondrements toniques soudains. Lors d'un parcours, l'équilibre dynamique est globalement satisfaisant. La tenue de l'axe corporel reste peu évidente et tout le corps d'Alban est entraîné dans l'action même lorsque cette dernière ne concerne que certaines parties du corps.

- Latéralité

Alban présente une latéralité homogène à droite. Il a une bonne connaissance de sa droite et de sa gauche. La réversibilité est acquise.

- Motricité fine et écriture

Alban semble apprécier les activités de motricité fine pour lesquelles il présente une bonne dextérité. La pince fine est acquise et utilisée à bon escient. Les coordinations oculo-manuelles sont efficaces. Le domaine scolaire engendre un évitement chez Alban. Lors du BHK (échelle d'évaluation rapide de l'écriture), Alban montre de grandes tensions corporelles et des blocages respiratoires. La passation du test nécessite de nombreux encouragements. Sa prise du crayon se fait à quatre doigts, sans doute pour compenser le manque de force. Son écriture est lente et très appuyée. Alban se plaint de douleurs dans le membre supérieur droit suite au BHK et dit qu'elles sont également présentes à l'école.

- Schéma corporel

Pour les somatognosies, Alban a quelques oublis. Son dessin du bonhomme (test de Florence Goodenough) est minimaliste. Il ne représente aucun organe sensoriel ou de relation. Le corps du bonhomme est sans volume ni épaisseur. Dans le cadre de l'EMG (Evaluation de la Motricité Gnosopraxique distale), Alban peut imiter la forme globale de la position de mains ou de doigts mais reproduit peu les détails. Ces éléments d'observation semblent indiquer chez Alban une représentation du schéma corporel relativement globale, presque floue, et peu précise. Alban semble peu percevoir ses limites corporelles.

- Espace et temps

Au niveau de l'aménagement de l'espace, Alban cherche souvent à se créer une enveloppe externe dans un but de contenance mais aussi de protection face à l'extérieur. Dans sa kinésphère, Alban réalise des mouvements de faible amplitude et proches de l'axe. Il peut également faire preuve de moments plus explosifs avec des mouvements très périphériques. Ces moments peuvent être liés à des surcharges émotionnelles. Alban montre un repérage spatial et une organisation dans l'espace corrects.

En ce qui concerne l'évaluation du temps, cette dernière n'a pu être réalisée du fait du manque de temps et des angoisses générées chez Alban face à la situation de test.

En conclusion, Alban est un enfant avec une très grande sensibilité. La présence d'autrui peut parfois être perçue comme menaçante et générer des tentatives de protection chez Alban. Il peut mettre une distance physique, fuir le regard ou encore être logorrhéique. Alban est parfois absent dans sa disponibilité à l'autre et à lui-même. Il est fragile d'un point de vue psychoaffectif. Cette fragilité impacte la perception de son corps, tant dans l'investissement corporel que dans le mouvement. Ces observations cliniques illustrent la pertinence d'un suivi en psychomotricité.

### **3. Prise en charge psychomotrice**

Le suivi en psychomotricité se met en place à la suite des conclusions de l'évaluation psychomotrice, en novembre 2016. Les axes thérapeutiques sont de travailler autour de la perception corporelle d'Alban, en lien avec son état psychoaffectif. Alban bénéficie d'une séance de 45 minutes par semaine avec la psychomotricienne.

Le début de la prise en charge est marqué de plusieurs absences d'Alban qui compliquent la mise en place d'un cadre stable et sécurisant. Alban cherche souvent à éprouver la solidité du cadre et de la psychomotricienne dans le but de déterminer leur fiabilité. Ainsi, il est souvent dans la maîtrise de la séance, laissant l'autre spectateur. Alban montre une persévération au sujet des jeux vidéo qui envahit son esprit et de ce fait les séances, durant lesquelles le sujet revient fréquemment.

Dès le commencement du suivi en psychomotricité, la fin de séance est compliquée pour Alban et génère chez lui une angoisse importante. Celle-ci se manifeste généralement par un effondrement tonique ou par une décharge d'excitation entraînant une grande agitation. Parfois l'angoisse est si intense

qu'Alban *expl*ose dans la salle et finit par s'effondrer comme si son corps ne pouvait plus le porter. Cette problématique implique une nécessité de structurer les séances pour renforcer et consolider le cadre. Les séparations longues, lors des vacances scolaires, sont d'autant plus difficiles à gérer pour Alban. De nombreux médiateurs (Time Timer, musique d'accueil...) sont mis en place pour l'aider à gérer cette séparation mais rien ne semble l'apaiser sur le long terme.

Alban est empli d'agressivité qu'il laisse à voir en séance. Il évacue sa colère au travers des jeux réalisés. Souvent, il s'agit de jeux de guerre avec des personnages construits en différentes matières (sable magique, pâte à modeler...). Alban peut également éprouver de l'agressivité envers la psychomotricienne, notamment dans les jeux et majoritairement lorsqu'il en situation d'échec. Il a également des difficultés à se saisir des propositions faites. De ce fait, c'est souvent lui qui mène la séance et on peut retrouver une certaine redondance au sujet du contenu : les jeux de guerre avec des personnages et des armes modelés sont très présents.

Pour pallier ces difficultés, la psychomotricienne fait de nombreuses propositions qu'Alban accepte parfois mais qui ne tiennent pas dans le temps. La proximité et le contact corporel sont compliqués pour Alban qui préfère maintenir une certaine distance physique. Cependant, au fil de la prise en charge, Alban est en mesure de s'ouvrir à la psychomotricienne et de faire part de son vécu comme de ses angoisses. Il craint même l'arrêt des séances lorsque sa mère demande à rencontrer la psychomotricienne pour faire le bilan de l'année, en mai 2017. Cela peut faire écho à l'arrêt soudain de la psychopédagogie, en décembre 2016, auquel il n'était pas préparé.

A la rentrée 2017, Alban est content de retrouver la psychomotricienne malgré une longue séparation. Il fait même du lien avec un projet démarré en séance au mois de juillet. C'est également à ce moment que lui est annoncée ma venue en tant que stagiaire, pour la durée de l'année scolaire.

## 4. Ma rencontre avec Alban

### a. Premières impressions

Lorsque de mon premier jour au CMPP, en septembre 2017, Alban est le premier patient que je rencontre. Ma maître de stage prend le temps de m'en dire quelques mots pour me le présenter, avant le début de la séance : l'information principale étant qu'Alban est un enfant psychotique. Malgré ces précisions, j'aborde la séance sans savoir exactement à quoi m'attendre. La séance se déroule et Alban semble accepter ma présence sans difficulté. A la deuxième séance, de même, je ne constate aucune des difficultés relatées par la psychomotricienne. Elle-même le qualifie d' « étrangement calme ».

Puis, progressivement, je commence à entrepercevoir toute la problématique d'Alban et notamment lors de la fin de séance, très difficile pour lui. A ce moment, Alban me donne une toute autre impression que lors des premières séances. Face à ma présence, récente et inhabituelle, il me semble qu'Alban a su contenir ses angoisses. Après quelques séances, paraissant plus en confiance avec ma présence, il commence à me laisser entrevoir l'ensemble de ses difficultés. Lorsque je vois la complexité de la prise en charge d'Alban, une multitude de questions me viennent en tête, majorées par mon ignorance au sujet de la psychose infantile. Bien qu'abordée en cours théorique dans ma formation, cette notion me semble très floue et complexe.

Alban est un garçon assez menu présentant une posture plutôt renfermée. Il ne semble pas habiter son corps me laissant l'impression d'un corps purement mécanique, sans ressenti ni émotion associés. Ses pieds ne semblent pas ancrés dans le sol et son engagement corporel est très global. De plus, il est sans cesse en mouvement, ne se posant réellement que lorsqu'il est assis sur la chaise, le dossier créant alors un arrière-fond contenant. Je ressens Alban comme ayant une enveloppe psychocorporelle floue. À cela s'ajoute une logorrhée quasi-permanente d'une voix d'*outré-tombe*, elle aussi désincarnée et sans variation. Cette façon de s'exprimer est probablement due ou influencée par les mâchoires très contractées d'Alban.

De toutes ces premières observations découle un constat : cela va être difficile d'entrer en relation avec lui tant sur le plan psychique que sur le plan corporel. En séance, je ne sais pas toujours comment me placer et réagir face à ce que montre Alban. Et je ne suis pas non plus capable d'interpréter ce qu'il se passe durant la séance. La première fois qu'Alban s'effondre au sol lors d'une fin de séance difficile, je ressens un malaise, ne sachant pas comment l'accompagner dans ce moment. Son état de désorganisation résonne en moi. Je me sens spectatrice, passive lors de ces premières semaines de stage. C'est après, quand nous en reparlons avec la psychomotricienne, que cette dernière est en mesure d'apporter un éclairage à mes pensées. Puis, progressivement, en apprenant à connaître Alban, j'arrive moi aussi à mettre des mots sur ses actions et son vécu.

## **b. Evolution de la prise en charge**

### o L'arrivée en séance

Pour venir au CMPP, Alban est accompagné en voiture par sa mère. La séance est programmée pour neuf heures le matin mais bien souvent il arrive en avance. Alban reste plutôt calme dans la salle d'attente et réalise quelquefois des constructions avec les briques en plastique à disposition ou crée des personnages lorsqu'il amène sa propre Patafix®. Mais cette attente est compliquée pour Alban : parfois il s'écroule ou se *liquéfie* sur les canapés le temps que la psychomotricienne et moi-même venions le chercher ; parfois il vient directement dans la salle de psychomotricité et nous fait part de son désir de commencer la séance, même en avance. Alban semble comprendre que ce n'est pas la bonne heure mais il ne peut se résoudre à attendre.

Lorsque nous allons le chercher pour sa séance, nous lui demandons de nous décrire ses constructions, lorsqu'il y en a. Alban peut nous répondre mais son œuvre survit rarement au trajet jusqu'à la salle de psychomotricité. Cette destruction pourrait être une métaphore de son état corporel à ce moment-là, morcelé, mais aussi la représentation du clivage entre les deux espaces (salle d'attente et salle de psychomotricité) ainsi que de l'impossibilité de penser une transition. Si l'attente est

réellement difficile pour lui, la rencontre peut en pâtir car Alban ne peut nous saluer et exprime alors une certaine colère envers nous.

Il peut aussi arriver à Alban d'être en retard, mais plus rarement. Néanmoins, il semble moins affecté que lorsqu'il est en avance. Peut-être est-ce dû à l'absence d'attente. Souvent, nous anticipons son arrivée et venons à sa rencontre dans la salle d'attente. Ainsi, il vient directement dans la salle de psychomotricité, ne faisant que traverser l'espace de la salle d'attente, sans y passer un temps seul. Selon la durée du retard, Alban semble plus ou moins perturbé. Plus le retard est important, plus la séance en pâtira. Il n'est pas aisé d'expliquer à Alban que malgré son arrivée tardive, la séance finira tout de même à l'heure prévue initialement. Lorsqu'une fois il est en retard pour trois séances de suite, je me questionne quant au pourquoi. Cette période fait suite aux vacances de Noël. Je me demande si la séparation de deux semaines n'a pas été compliquée et pour Alban, et pour sa mère.

La séance toute entière est conditionnée par cette arrivée. Et, l'attente ou le retard influence l'état d'Alban. Cette notion temporelle n'est pas évidente pour Alban qui peut éprouver une certaine colère et de l'agressivité envers nous, venant ainsi questionner le cadre thérapeutique. Cadre malléable mais qui reste solide dans le cas de cette prise en charge. Je peux aussi ressentir une attaque en cas de séparation, notamment pour les vacances scolaires. Cette question d'avance ou de retard me laisse supposer que venir au CMPP semble ardu pour Alban et sa mère, probablement car la séparation n'est pas évidente pour eux. Par exemple, pour une séance au retour des vacances, Alban et sa mère viennent au CMPP accompagnés de leur chien. Ce dernier semble être un soutien tant pour la mère que pour Alban. Cependant, Alban peut exprimer l'importance de cette séance de psychomotricité pour lui en témoignant d'une sensation de manque lorsqu'il rate une séance.

- Etat psychocorporel d'Alban durant la séance

Lorsqu'Alban arrive en séance, la psychomotricienne et moi-même pouvons facilement évaluer son état psychocorporel car ce dernier est palpable. Les premières minutes de rencontre sont un bon indicateur quant au déroulé de la séance.

Souvent, Alban présente une agitation due à ses angoisses. Il bouge beaucoup et recherche des appuis, surtout au niveau du dos, pour sentir son corps. Le recrutement tonique impliqué dans le mouvement lui permet de tenir. Quand il y a un trop-plein d'émotions, le corps d'Alban ne semble plus le soutenir et il s'effondre. Au sol, il semble chercher un support dur et étayant. Support qui ne peut pas encore être l'autre. Je ressens une grande fragilité au niveau psycho-affectif.

Par ailleurs, je perçois son enveloppe psychocorporelle comme poreuse et cela traduit, pour moi, d'importantes failles au niveau du sentiment continu d'exister. De ce fait, Alban est énormément en recherche de contenance lors des séances. J'ai pu remarquer cela par exemple lorsqu'il garde son manteau. Ça n'est pas systématique mais cela correspond généralement aux séances où Alban semble plus en difficulté que d'habitude. Le manteau viendrait, comme une deuxième enveloppe, renforcer la première. Et il vient également figurer des limites entre le dedans et le dehors qui paraissent floues pour Alban. Parfois, Alban a des gaz comme s'il cherchait à s'envelopper de son odeur pour *sentir* son corps.

D'autre part, Alban me semble être *plat* dans son corps. En effet, en séance, tel un personnage de ses jeux vidéo, je le perçois en deux dimensions. Il est soit debout, soit allongé mais je ne le vois jamais dans une posture plus complexe telle qu'accroupi ou assis par terre. C'est comme s'il n'existait pas en trois dimensions. Ainsi, il investit majoritairement les plans vertical et sagittal dans le mouvement mais peu les torsions autour de l'axe.

Je ressens également chez Alban une agressivité importante qu'il tente de contenir et de juguler au quotidien. Il est en permanence dans le contrôle et, le cadre sécurisé des séances vient lui offrir un espace pour lâcher prise et laisser s'exprimer cette violence. Cela peut se faire sous la forme d'un jeu de boxe ou de catch, par exemple. Alban enfile des gants de boxe et nous prenons un module pour faire son adversaire. C'est un moyen pour lui de se libérer et parfois de se venger si nous avons engendré une frustration chez lui. Il refuse souvent que la psychomotricienne ou moi animions le module, pour éviter de nous faire mal me semble-t-il.

Toutes ces constatations quant à Alban découlent de ce que me renvoie son état : sensations, impressions, questionnement. Comment établir un lien avec lui par rapport à ses particularités de fonctionnement psychocorporel ? Je m'interroge

également sur la juste distance à trouver avec lui dans le cadre de la relation thérapeutique.

- Contenu de la séance

Le contenu des séances s'inspire largement des jeux vidéo dont nous parle Alban. Lorsqu'il les évoque, ce sont souvent des jeux violents et qui lui font peur. De plus, nombre des jeux qui se déroulent en séance tournent autour de la notion d'attaquer mais également de pouvoir être attaqué. Je ressens également une fascination pour la mort mêlée à de la peur : il en parle comme d'un coma éternel.

Dès mon arrivée, Alban me montre les petits soldats en pâte à modeler que lui et la psychomotricienne ont fabriqués en me disant qu'il faut que je façonne les miens. Ce jeu des soldats revient régulièrement en séance. À chaque fois, Alban construit un décor qui servira de champ de bataille à nos personnages : la *map*. Ces décors viennent comme des échos de sa propre construction corporelle. D'une séance à l'autre, la nature de ces *maps* varie, allant de la solidité (avec des briques) à quelque chose de plus mou (avec des modules en mousse), de la lave à un « truc qui flotte au-dessus du vide ». Cette dernière dénomination est exprimée par Alban pour une *map* après une période de vacances scolaires, évoquant le vide qu'elles auraient laissé en lui.

Au cours de ces guerres, comme il les appelle, il ne peut pas perdre. Je ressens un besoin de toute-puissance, il va jusqu'à arranger les règles pour que ses soldats ne meurent pas. Il me donne l'impression d'être ses soldats. Un jour, alors que nous préparons le terrain d'une nouvelle guerre, Alban introduit dans le jeu de nouveaux personnages. Ils s'apparentent à des robots, contrôlés par quelqu'un d'extérieur à nos équipes respectives, que nous devons tenter d'éliminer. Lors de la partie, seul Alban se trouve en mesure de les tuer. Et à la fin, lorsqu'il nous dit à toutes les deux de récupérer nos soldats, Alban s'empare des siens mais également de ces robots. Par ce geste, il me semble qu'Alban montre qu'il y a une part de lui qu'il essaye de combattre.

Tout au long de l'année, nous construisons d'autres personnages en pâte à modeler. Certains ne concerneront qu'une séance, d'autres plusieurs. La plupart

des réalisations d'Alban représentent des personnes armées. Je me demande si cette omniprésence d'armes est à interpréter comme une défense dans la relation. En revanche si au début nous étions chacun dans une équipe, désormais dans la plupart des jeux, nous ne formons qu'une seule équipe, tous les trois.

Alban fait peu de liens d'une séance à une autre. Lorsque le contenu d'une séance nous semble important pour Alban ou intéressant pour être repris ultérieurement, nous lui proposons d'en prendre une photo. C'est également un moyen de symboliser et d'accompagner la séparation afin de montrer une continuité entre les séances. Plusieurs fois au cours de l'année nous le faisons mais Alban refuse quasi systématiquement de consulter la photo, comme si la séance précédente n'existait plus pour lui.

Alban est peu ouvert aux propositions que nous amenons. Par exemple, l'idée de faire un parcours suscite chez lui de l'intérêt mais lorsqu'il comprend qu'il faudra enlever les chaussures, il refuse net. Peut-être que ce serait comme enlever une protection, une deuxième peau pour lui. Lors d'une séance, il dit lui-même qu'il y a peu de chances qu'il accepte nos propositions.

Par ailleurs, Alban peut être assez directif quant aux consignes ou au déroulé des jeux. Néanmoins, progressivement, une sorte de confiance s'installe et Alban est en mesure de co-construire les jeux et les séances avec nous. Lors d'une séance, Alban souhaite confectionner un personnage de jeu vidéo en pâte à modeler mais ne peut se résoudre à le faire sans support visuel. En effet, j'ai pu remarquer que lorsqu'il construit des personnages de jeux vidéo, il est impossible pour lui d'envisager de faire un personnage légèrement différent de l'original. En revanche, s'il construit des personnages ne venant pas d'un jeu vidéo, il est en mesure d'inventer, sans nécessiter un support. Dans le cas décrit ici, nous lui proposons une alternative : faire selon ses souvenirs et inventer, puis vérifier sur internet. Alban hésite mais accepte. En lâchant prise et en étant moins dans la maîtrise, cela permet de laisser la place à un peu plus d'imaginaire et de créativité. Mais cela reste rare.

Au fil de l'année, Alban semble se détacher partiellement de ses constructions en pâte à modeler et de ces jeux violents. D'autres jeux sont possibles comme des jeux de société par exemple. Une fois, il propose de faire un Mastermind®. Avec

notre soutien, Alban réussit à accepter les règles, et notamment une compliquée. Dans les moyens de vérification, il y a le pion rouge (couleur et position fausses), le pion blanc (couleur et position justes) et le vide (couleur juste, position fausse). C'est ce dernier qui pose problème. Il est difficile pour Alban d'accepter que le vide puisse signifier quelque chose. Mais il réussit tout de même à s'en saisir et le jeu est possible. Cette ouverture vers de nouveaux jeux apparaît comme une opportunité de découvrir de nouvelles choses et surtout de découvrir Alban sous un nouveau jour, dans d'autres situations.

- Fin de la séance

Dès ma première rencontre avec Alban, la séparation à la fin de la séance se montre difficile et problématique. Comme je l'ai énoncé plus haut, c'est quelque chose qui dure depuis le début de la prise en charge. L'annonce de la séparation engendre un morcèlement et/ou un effondrement tonique chez Alban. Dans ces moments, je perçois un mal-être chez lui qui résonne en moi.

Cette désorganisation m'interroge et me fait réfléchir à comment accompagner cette fin de séance. En découle ainsi une autre hypothèse de travail pour ce mémoire : dans quelle mesure l'aménagement d'un espace contenant permettrait de soutenir les difficultés apparaissant lors de la fin de la séance ? Accompagnée par la psychomotricienne, je pense la création d'une cabane. Il s'agirait d'un espace uniquement pour lui et qui pourrait apporter une contenance face à l'angoisse.

- Retour à la salle d'attente (et à la mère)

Lorsque la séance est terminée, c'est l'heure du retour à la salle d'attente. C'est le moment pour Alban de nous dire au revoir et d'aller retrouver sa maman. C'est également une opportunité pour nous de créer et d'entretenir une alliance thérapeutique avec la mère, en l'intégrant à la prise en charge. Nous pouvons lui faire nos retours, écouter ses questions et ses demandes. Je sens la mère fragile dans son lien au CMPP et souvent désireuse de nous parler à la fin de la séance. Son attitude me laisse penser que cette rencontre semble compliquée pour elle.

Notre accueil de la mère se fait parfois aux dépens d'Alban qui, lui, n'est pas toujours accueilli par sa maman. De plus, il peut arriver que la mère d'Alban soit en retard pour venir le chercher. Ainsi, Alban peut se retrouver seul à attendre ce qui vient renforcer ses angoisses de la fin de séance. Alban s'effondre alors sur les canapés de la salle d'attente voire fait semblant de dormir lorsque nous nous approchons de lui. Par ce comportement, Alban semble fuir cette situation de transition qui le désorganise.

Cependant, j'ai remarqué que lorsque sa mère l'accueille à la fin de la séance, Alban semble plus serein et apaisé. Elle lui apporte un soutien dans ce moment difficile. Il me semble nécessaire d'organiser la fin de séance afin de ne pas le laisser seul, livré à ses angoisses. Je me pose alors une question : de quelle manière aménager le cadre temporel de la séance pour contenir les angoisses ?

# PARTIE 2 : APPORTS THEORIQUES

---

## I. Le développement psycho-affectif de l'enfant

Avant de pouvoir expliciter et développer les divers mécanismes à l'œuvre dans la psychose infantile, il me paraît nécessaire de rappeler ici quelques points importants du développement psycho-affectif de l'enfant. Ils ne représentent nullement la totalité du processus développemental mais constituent un éclairage théorique quant à mon propos sur la psychose infantile.

### 1. Les instances intra-psychiques

Dans *L'interprétation du rêve* (1900/2010), Sigmund Freud propose une cartographie de l'appareil psychique appelée première topique. La psyché se scinderait en trois systèmes : Inconscient, Préconscient et Conscient. Plus tard, dans *Le Moi et le Ça* (1923/1981), Sigmund Freud construit une deuxième topique où il distingue trois instances intra-psychiques : Ça, Moi et Surmoi. Ces deux topiques s'articulent ensemble pour permettre une géographie psychique du sujet.

Le Ça, présent dès la naissance, désigne le « pôle pulsionnel de l'appareil psychique »<sup>2</sup>. Il se rattache à l'inconscient. Ensuite, le Moi s'élabore progressivement à partir du Ça. Il désigne la part la plus consciente de l'appareil psychique, dite de « surface »<sup>3</sup>. Sa fonction principale est de maintenir un équilibre psychique. Dans la différenciation entre le Moi et le Ça, Freud évoque également le rôle du corps propre et plus exactement des perceptions externes et internes. Il parle de *Moi corporel*. Dans la conception freudienne, « toute fonction psychique se développe par appui sur une fonction corporelle dont elle transpose le fonctionnement sur le plan mental »<sup>4</sup>. En parallèle, le Surmoi s'érige également sur

---

<sup>2</sup> Golse, 1985, p. 20

<sup>3</sup> Freud, 1923, p. 53

<sup>4</sup> Anzieu, 1985, p. 119

le Ça mais fait partie du Moi. Il représente les règles et les interdits. Le Surmoi a trois fonctions : censure, auto-observation et Idéal du Moi.

Dans cette organisation tripartite, le fonctionnement psychique se fait dans un premier temps selon le processus primaire de pensée (principe de plaisir) puis selon le processus secondaire de pensée (principe de réalité). « Cette adaptation du fonctionnement psychiques aux contraintes de l'environnement est liée à la prise d'influence du Moi qui va peu à peu établir un compromis entre les nécessités internes [...] et les nécessités externes »<sup>5</sup>.

## 2. Le sentiment continu d'exister

L'organisation et la structuration du Moi décrit plus haut vont dépendre de ce que Donald Winnicott a appelé « un sentiment continu d'exister suffisant »<sup>6</sup>. Il s'apparente à une sécurité interne, aussi connue sous le nom de sécurité de base, qui assure au bébé « la conviction qu'à tout instant la continuité de la vie sera réelle et se prolongera dans l'instant suivant même en cas de menace »<sup>7</sup>. Dans la constitution de ce sentiment continu d'exister, Donald Winnicott met en avant le rôle prépondérant des soins prodigués à l'enfant dès sa naissance.

Durant la grossesse, la mère développe un état de *préoccupation maternelle primaire*, autre concept winnicottien. Cet état se prolonge quelques semaines après la naissance mais ne laisse aucun souvenir chez la mère. Il s'agit d'une préoccupation psychique qui lui permet de s'identifier à son enfant, de sentir ses besoins et de s'y adapter. La satisfaction des besoins est immédiate : c'est la phase de dépendance absolue. Durant cette phase, la relation entre la mère et le bébé s'apparente à une sorte de fusion. Tous deux forment une dyade. « La mère (suffisamment bonne) procure à l'enfant l'illusion qu'une réalité extérieure existe qui est conforme à sa propre capacité de créer »<sup>8</sup>. En d'autres termes, le bébé ressent une omnipotence suite à l'illusion de créer une satisfaction à ses besoins au

---

<sup>5</sup> *ibid.* p. 22

<sup>6</sup> Funck- Brentano, 1985, p. 77

<sup>7</sup> Pireyre, 2011, p.55

<sup>8</sup> Aubourg, 2003, p. 25

moment où sa mère la lui procure. Cela se fait grâce à la préoccupation maternelle primaire et à l'adaptation sensible de la mère à son enfant.

Puis, ce dernier commence à se différencier de sa mère. La satisfaction des besoins n'est plus immédiate, apparaît alors la frustration. C'est la phase de dépendance relative. La mère n'est ni trop présente, ni trop absente. La différenciation se poursuit jusqu'à ce que de la dépendance naisse l'indépendance. C'est la troisième phase. L'enfant prend conscience que sa mère est différente de lui et va acquérir la « capacité d'être seul »<sup>9</sup>, liée à « l'intériorisation graduelle du sentiment de la continuité d'exister »<sup>10</sup>.

La figure maternelle et ses soins font partie de l'environnement de l'enfant. Ce dernier, contenant et sécurisant, va permettre au bébé de se construire et donc d'intégrer son Moi. « Le soutien du moi de la mère facilite l'organisation du moi du bébé »<sup>11</sup>. Je ne m'attarderai pas ici sur les fonctions de l'environnement (*holding, handling* et *object-presenting*) ni sur la constitution du *self* de Winnicott. Ces notions ont leur place plus loin dans ce mémoire, dans la partie sur le tonus et sa fonction contenante.

La notion de continuité d'existence a été reprise par d'autres auteurs dont Antonio Damasio. Lui, parle de *conscience-noyau* tel un sentiment de soi relatif à l'ici et au maintenant. Il fait l'hypothèse de noyaux sous-corticaux impliqués dans la gestion des ressentis du corps, pour faire le lien entre les sensations et les émotions. Il s'agit d'un phénomène présent toute la vie et qui participe à la structuration du Moi.

Cette conscience-noyau fait écho à l'*image de base* de Françoise Dolto (1984), première modalité de l'image inconsciente du corps que j'aborderai plus loin. Il s'agirait de ce qui permet de se ressentir dans une mêmeté d'être, « c'est-à-dire dans une continuité narcissique ou dans une continuité spatio-temporelle qui demeure et s'étoffe depuis [la] naissance, malgré les mutations de [la] vie et les

---

<sup>9</sup> Funck-Brentano, 1985, p. 79

<sup>10</sup> Golse, 2010, p. 9

<sup>11</sup> Winnicott, 1988, p. 29

déplacements imposés [au] corps et en dépit des épreuves qu'il est amené à subir »<sup>12</sup>. Elle ajoute que la notion d'existence découlerait de cette mêmeté d'être.

Que l'on prenne le concept de Donald Winnicott, celui d'Antonio Damasio ou celui de Françoise Dolto, il en ressort une certitude : le sentiment continu d'exister est un élément fondamental dans l'élaboration du Moi chez l'individu, et donc de l'identité. C'est « une des premières capacités de base à acquérir pour tout sujet humain »<sup>13</sup>.

### **3. Développement psychocorporel**

En parallèle du développement psycho-affectif, se déroule une appropriation du corps comme un corps à soi. Il faut envisager le corps comme le « socle d'une construction identitaire, porteur d'une identité différenciée, objet d'une appropriation autant physique que psychique »<sup>14</sup>.

Grâce à l'intégration du sentiment continu d'exister et aux multiples expériences qui vont jaloner son développement, l'enfant va pouvoir développer une conscience de soi et « investir son corps comme sien, différencié, individualisé, séparé du corps de l'autre »<sup>15</sup>. Cependant, pour ce faire, les limites corporelles entre dedans et dehors, entre Soi et Non-Soi doivent être établies et solides. Intervient ici le concept d'enveloppe psychocorporelle qui sera plus spécifiquement développé dans le cadre de la fonction contenante du tonus.

### **4. Les angoisses archaïques**

« L'archaïque concerne le commencement, le début, l'origine, le primaire... »<sup>16</sup>. Parmi les expériences précoces dans le développement de l'enfant, certaines

---

<sup>12</sup> Dolto, 1984, p. 50

<sup>13</sup> Pireyre, 2011, p. 58

<sup>14</sup> Potel, 2010, p. 72

<sup>15</sup> *ibid.* p. 73

<sup>16</sup> Ciccone, 2008, p. 135

relèvent de l'archaïque. Elles peuvent déposer une empreinte dans le fonctionnement de l'individu sur le long terme. Cette empreinte peut prendre différentes formes, dont des angoisses, ainsi appelées angoisses archaïques.

Dans son livre, *Clinique de l'image du corps : du vécu au concept*, Éric Pireyre (2011) revient sur l'apparition des premières angoisses archaïques. Elles seraient provoquées par le changement d'environnement imposé par la naissance. L'apport de nouvelles sensations par le passage au milieu aérien engendrerait des angoisses. « L'angoisse est une réaction qui se présente au sujet à chaque fois qu'il se trouve dans une situation plus ou moins traumatique, c'est-à-dire qu'il est soumis à un afflux, trop important pour lui, d'excitations d'origines externes ou internes, excitations non maîtrisables et non compréhensibles »<sup>17</sup>.

Donald Winnicott parle d'*angoisses disséquant primitives* pouvant se manifester de différentes façons : « se morceler », « ne pas cesser de tomber », « ne pas avoir de relation avec son corps » ou encore « ne pas avoir d'orientation »<sup>18</sup>. Éric Pireyre (2011) évoque également Frances Tustin, qui, elle, utilise le terme de *terreurs primitives* pour désigner le vécu corporel du nourrisson.

La présence d'angoisses archaïques est dite normale chez le tout-petit. Leur devenir classique veut qu'elles soient « surmontées »<sup>19</sup> au cours du développement. Cependant, tout au long de la vie, elles peuvent ressurgir dans la vie quotidienne, de façon plus ou moins prononcée. Sur un versant pathologique, elles pourront avoir des répercussions sur le sentiment continu d'exister et être un frein à l'élaboration du Moi. C'est dans ma partie théorique concernant la psychose infantile que j'aborderai plus précisément le vécu corporel lié à ces angoisses archaïques.

---

<sup>17</sup> Pireyre, 2011, p. 142

<sup>18</sup> as cited in Pireyre, 2011, p. 143

<sup>19</sup> *ibid.* p. 141

## II. La psychose infantile

Après avoir revu quelques éléments du développement psycho-affectif de l'enfant, il est temps d'aborder le sujet principal de ce mémoire : la psychose infantile. Au-delà des définitions et des classifications, c'est toute l'articulation de cette pathologie avec le corps et l'angoisse qui m'intéresse et qui oriente ma réflexion. Cependant, avant de développer le fonctionnement psychotique, je vais tout de même m'atteler à une présentation rapide de la psychose infantile.

### 1. Origines et définition de la psychose infantile

Longtemps, la psychose fut considérée comme une pathologie de l'adulte. C'est Margaret Mahler (1970/1977) qui est la première à employer le terme de psychose infantile. Elle distingue l'autisme infantile (Kanner, 1943) et la psychose symbiotique en tant que deux formes de la psychose infantile.

Selon elle, « le trouble central dans le cas de psychose infantile est donc une déficience ou un défaut dans l'utilisation intra-psychique par l'enfant du partenaire maternant pendant la phase symbiotique, et son incapacité subséquente à internaliser la représentation de l'objet maternant pour une polarisation »<sup>20</sup>. Autrement dit, ce serait le processus de séparation-individuation, inhérent au développement du nourrisson, qui serait mis à mal. Il en résulterait une altération du développement du Moi au sein de la dyade mère-enfant.

Dans le cadre de ce mémoire, je ne m'attarderai pas sur les différentes théories concernant la psychose infantile mais j'axerai plutôt ma réflexion autour des différentes manifestations cliniques de cette pathologie.

Avant cela, il me semble important de proposer une définition globale de la psychose infantile. Pour ce faire, je choisis celle-ci : « la psychose infantile se définit comme un trouble portant sur l'organisation de la personnalité de l'enfant, entraînant des défaillances majeures dans l'organisation de son Moi et de son appareil

---

<sup>20</sup> Mahler, 1970, p. 41

psychique ainsi que dans l'organisation de sa relation au monde et à autrui »<sup>21</sup>. Pour moi, cette définition fait écho à ce que j'ai pu observer dans ma clinique, notamment au niveau de l'état de désorganisation d'Alban.

## 2. Le point de vue des classifications

Et où se situe la psychose infantile dans les classifications actuelles ? Poser cette question me paraît nécessaire avant d'aborder plus en détail le sujet. Sans rentrer dans une description des divers critères diagnostiques, je me suis interrogée quant à la place accordée à la psychose dans le diagnostic.

Dans le DSM-5 (Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles mentaux), il y a une disparition du terme de psychose infantile. Dans la version antérieure, le DSM-IV, la psychose infantile faisait partie des Troubles Envahissants du Développement (TED). Dans le DSM-5, les différents TED laissent place à une seule et unique sous-catégorie, celle des Troubles du Spectre Autistique (TSA) appartenant à la catégorie des troubles neurodéveloppementaux. Dans l'optique où la psychose infantile serait indiciblement rattachée aux TSA, il n'y aurait donc aucune distinction clinique avec l'autisme. Ils présenteraient ainsi tous deux les mêmes critères diagnostiques : troubles de la communication et de l'interaction sociales, et comportements restreints et répétitifs. Pourtant, les mécanismes psychiques impliqués ne sont pas les mêmes dans ces deux pathologies.

D'un autre côté, la CFTMEA R-2012 (Classification Française des Troubles Mentaux de l'enfant et de l'adolescent R-2012), tout comme sa version révisée de 2015 (CFTM R-2015), classe la psychose infantile dans la catégorie des « Troubles Envahissants du Développement (TED), schizophrénies, troubles psychotiques de l'enfance et de l'adolescence » et plus précisément dans la sous-catégorie « Autisme et TED ». Cependant, elle n'y apparaît pas en tant que psychose infantile mais sous la dénomination de « dysharmonies multiples et complexes du développement, dysharmonies psychotiques ».

---

<sup>21</sup> Ferrari, 1994, p. 116

La classification française établit une correspondance avec la CIM-10 (Classification Internationale des troubles Mentaux et des Troubles du Comportement), classification de référence de la Haute Autorité de Santé (HAS). Dans cette dernière, la psychose infantile se retrouverait sous le nom de « autres TED ». Ainsi, l'acronyme TED n'a pas encore disparu de la CIM-10 contrairement au DSM-5. Le terme TED désigne un « groupe de troubles caractérisés par des altérations qualitatives des interactions sociales réciproques et des modalités de communication, ainsi que par un répertoire d'intérêts et d'activités restreint, stéréotypé et répétitif. Ces anomalies qualitatives constituent une caractéristique envahissante du fonctionnement du sujet, en toutes situations »<sup>22</sup>.

En somme, de toutes ses classifications, il ressort une certaine ambiguïté entre psychose infantile et autisme. À propos du DSM-5, Jérôme Boutinaud (2017) énonce que « d'une certaine manière, et si nous poussions le raisonnement dans ses confins les plus absurdes, la psychose de l'enfant deviendrait une forme d'autisme »<sup>23</sup>. Cette option ne semble pas envisageable à ses yeux. Néanmoins, elle témoigne de la nécessité de discriminer ces deux entités. À l'inverse, le terme de dysharmonie psychotique de la classification française « correspond probablement le plus à ce que nous entendons par le vocable 'troubles psychotiques chez l'enfant' »<sup>24</sup>.

La question du diagnostic, bien qu'elle soit importante dans le cadre d'une prise en charge, ne peut résumer à elle seule le travail dans la clinique. À mon sens, il n'en demeure pas moins que le psychomotricien doit se fier à sa clinique et à ses observations pour accompagner au mieux un patient en difficulté.

### **3. Le point de vue du psychomotricien**

Comme je l'ai exposé dans la sous-partie précédente, la psychose infantile s'efface de plus en plus des classifications (et donc des diagnostics) mais le psychomotricien peut bel et bien encore rencontrer des patients psychotiques. Cela

---

<sup>22</sup> Organisation Mondiale de la Santé, 1993, p. 224

<sup>23</sup> Boutinaud, 2017, p. 35

<sup>24</sup> *ibid.* p. 42

a été mon cas lorsque ma maître de stage m'a présenté Alban. Et il est difficile d'ignorer des signes cliniques lorsqu'ils sont évidents et bien présents chez le patient.

Tout au long de mes recherches, la psychose infantile apparaît comme une entité psychopathologique complexe et délicate à cerner. Au-delà du fonctionnement particulier et des mécanismes psychocorporels mis en jeu, c'est tout ce que la psychose évoque qui questionne également. « Les références au handicap, au retard, à la maladie, déjà chargées de représentations complexes lorsqu'elle s'applique à l'adulte, semblent voir leurs effets démultipliés dans le champ de l'enfance »<sup>25</sup>. L'ambiguïté autour de la psychose infantile et les représentations qui y sont associées viendraient renforcer le sentiment tabou qui s'en dégage.

Avant toute chose, il est important de préciser que chaque enfant psychotique a un fonctionnement qui lui est propre. C'est une pathologie qui impacte fortement le développement de l'enfant et sa relation à l'environnement. Jérôme Boutinaud (2017) parle de « processus psychotisant »<sup>26</sup> et envisage ainsi la psychose infantile dans une perspective de déploiement. Les troubles psychotiques viendraient progressivement teinter le développement sans laisser voir de failles majeures dès la petite enfance. C'est pourquoi, chez certains enfants, la pathologie pourrait ne pas être décelable tant que rien ne vienne mettre à jour une défaillance du fonctionnement.

Au premier abord, il serait possible de seulement qualifier ces patients d'*étranges*. Il y a la nécessité d'une observation pluridisciplinaire et de longue durée pour mettre en évidence et comprendre le fonctionnement psychotique. Il faut prendre en compte toutes les dimensions de ce « cheminement hors des sentiers battus »<sup>27</sup> : psychiques, corporelles, symptomatiques. Je vais décrire ici les spécificités du fonctionnement dans la psychose infantile tout en faisant des liens avec mes observations d'Alban.

---

<sup>25</sup> *ibid.* p. 53

<sup>26</sup> *ibid.* p. 67

<sup>27</sup> *ibid.* p. 68

## **a. Le corps dans la psychose infantile**

En psychomotricité, le corps et toutes ses intrications avec l'esprit constituent un élément d'observation très riche. La première chose que l'on voit chez une personne, ici un patient, est son corps. Il nous donne une impression qui fait écho à notre propre vécu. Il reflète le fonctionnement d'une personne, ses émotions, son organisation tonique.

Dans notre profession, pour parler du corps et plus exactement du vécu qui s'y rapporte, nous parlons de schéma corporel et d'image du corps. Ce sont des concepts fondamentaux en psychomotricité qui, dans la psychose infantile, sont mis à mal. Ainsi, je vais donc revenir sur ces notions puis en aborder les spécificités dans le fonctionnement psychotique.

### ○ Rappel sur les concepts de schéma corporel et d'image du corps

Dans la littérature, les notions de schéma corporel et d'image du corps sont, la plupart du temps, intriquées entre elles, dans une perspective d'étayage réciproque. Elles balayent plusieurs domaines, allant de la neurophysiologie à la psychanalyse.

Plutôt d'inspiration neurologique, le schéma corporel serait un modèle perceptif du corps. Présent tout au long de la vie, il s'établit à partir de nos diverses expériences, aussi bien motrices que perceptives. Il désigne notre connaissance des différentes parties du corps, de leurs relations entre elles ainsi que de leur position dans l'espace. Julian de Ajuriaguerra (1970) en propose une définition à mon sens plutôt complète : « édifié sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques, visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification »<sup>28</sup>.

De ce point de vue, le schéma corporel semble ne pas prendre en compte les dimensions psychologiques et sociales de l'être humain, pourtant inhérentes à sa

---

<sup>28</sup> Ajuriaguerra, 1970, p. 83

condition. Dans une approche bio-psycho-sociale, Paul Schilder (1935/1968) reprend les travaux de Henry Head sur le schéma corporel et y associe l'image du corps. À la perception, il associe la représentation du corps. Cependant, une confusion se crée entre les deux concepts, mettant ainsi en évidence toute la complexité et l'ambiguïté du lien corps-esprit.

À l'inverse, Françoise Dolto (1984) établit une distinction nette entre image du corps et schéma corporel. Elle parle d'*image inconsciente du corps*, cantonnant le schéma corporel à la neurophysiologie. Pour Françoise Dolto, « l'image du corps est à chaque moment 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 »<sup>29</sup>.

Plus récemment, Éric Pireyre (2011) s'appuie sur les théories développées jusque-là pour proposer le concept d'*image composite du corps*. Selon lui, « l'image du corps ne peut pas être monolithique. Elle ne peut qu'être composée de plusieurs éléments différents »<sup>30</sup>. Il décrit alors neuf composantes : la sensation de continuité d'existence, l'identité, l'identité sexuée, la peau physique et psychique, la représentation de l'intérieur du corps, le tonus, la sensibilité somato-viscérale ou sensorialité, les compétences communicationnelles du corps et les angoisses corporelles archaïques. Ces différentes composantes illustrent bien les multiples facettes constituant le sujet, et dont certaines sont impactées dans la psychose infantile.

- La problématique corporelle

Les enjeux corporels semblent centraux dans la psychose infantile et variables selon l'intensité des troubles. La psychose serait « marquée par un défaut majeur de métabolisation des impressions et sensations corporelles dans le précipité symbolique que constitue l'image du corps »<sup>31</sup>. Autrement dit, la traduction du vécu en représentation ne pourrait se faire correctement.

---

<sup>29</sup> Dolto, 1984, p. 23

<sup>30</sup> Pireyre, 2011, p. 47

<sup>31</sup> Boutinaud, 2009, p. 115

« Dans le cadre des troubles psychotiques de l'enfance, il apparaît évident que l'avènement de l'image du corps subit de profondes distorsions, entraînant dans son sillage des effets conséquents sur l'émergence de l'appareil psychique »<sup>32</sup>. Dans son livre *Les troubles psychotiques chez l'enfant*, Jérôme Boutinaud (2017) avance que, chez les enfants psychotiques, une première forme d'enveloppe se constituerait mais serait menacée et non sécurisée. La fragilité de l'enveloppe traduirait une différenciation partielle entre le dedans et le dehors, entre le Soi et le Non-Soi. Il en résulte un vécu corporel générateur d'angoisse et de peurs. Ce vécu aux formes multiples peut n'en privilégier qu'une ou les faire exister toutes à la fois.

Si l'image du corps semble évidemment impactée, il ne faut pas pour autant en oublier le schéma corporel. À ce propos, Jérôme Boutinaud (2009) propose deux perspectives. L'une serait que le schéma corporel se retrouve lui aussi perturbé par les troubles de l'image du corps, ne pouvant alors pas assurer son rôle de référentiel. L'autre cas de figure voudrait qu'un clivage s'établisse entre une connaissance du corps correcte et des représentations angoissantes voire délirantes.

Ainsi, durant son développement, l'enfant psychotique tente de mettre du sens sur ses sensations pour se créer une représentation de soi, tant bien que mal. Pour se figurer son corps, il peut piocher dans divers registres (animaux, monstres, mécanique, minéraux...) qui s'apparentent rarement à une figure humaine stable. Jérôme Boutinaud (2017) qualifie ces représentations de protoplasmiques, en perpétuelle transformation. Bien qu'elle soit délirante ou étrange, cette tentative de figuration vient tenir l'enfant face à son vécu corporel. « Il s'agirait en quelque sorte de rétablir une forme d'homéostasie mise en danger par le manque de consolidation de l'image du corps, en utilisant des sortes de greffes symboliques plus ou moins opérantes »<sup>33</sup>.

Dans le cadre de la thérapie psychomotrice, les enfants psychotiques pourront transposer leur vécu dans leurs constructions, dans leurs dessins, dans leurs récits et dans leur corps. Il appartient alors au psychomotricien d'accueillir ce vécu et,

---

<sup>32</sup> Boutinaud, 2017, p. 122

<sup>33</sup> *ibid.* p. 127

sans le déconstruire, de proposer des expériences pour l'enrichir et fournir des représentations plus stables.

*En séance, Alban a souvent parlé des personnages, nommés PNJ, d'un jeu vidéo auquel il joue actuellement. Il en a reproduit plusieurs en pâte à modeler. Chacun représente un métier. Pour l'aider, nous avons imprimé une feuille qui illustre ces personnages de manière pixelisée. Aujourd'hui, Alban souhaite construire le peintre (cf. Annexe I). Plutôt habile avec ses doigts, il construit le personnage très rapidement. Comme à son habitude, il modèle d'abord la tête puis s'attaque au corps. Sur l'image, le PNJ porte une salopette. Alban commence par faire le devant, puis fabrique une petite bande pour mettre autour du cou, sans que cela ne se prolonge dans le dos du personnage. Et ensuite il nous regarde en disant : « je crois me souvenir que le personnage a un pantalon bleu ». Tandis qu'il sculpte un pantalon, nous lui rappelons que la salopette est un vêtement qui habille les jambes et le buste en même temps. Alban acquiesce mais persiste à faire le pantalon (cf. Annexe II).*

Au travers de cette vignette clinique, il est possible de discerner un clivage entre l'avant et l'arrière du corps mais également entre le haut et le bas, dans le personnage en pâte à modeler. Ce dernier fait écho aux propos d'Alban : il parle de personnages qui flottent, comme s'il n'y avait pas de jambes pour les soutenir, pour les animer. Cette observation peut s'appuyer sur les travaux de Geneviève Haag (1997) quant aux étapes de la constitution du moi corporel. Dans le processus d'individuation et de séparation, elle décrit le clivage horizontal comme la dernière étape. Ainsi, l'enfant se détache de la figure maternelle et commence à exister en tant que soi, différencié des autres. Cette différenciation ne semble pas complète pour Alban.

Dans cette vignette clinique, il m'apparaît également que, malgré ce clivage corporel, Alban essaye tout de même de maintenir une sorte d'unité dans sa construction (et donc dans son corps) avec le pantalon. Cette impression fait un lien avec les propos de Jérôme Boutinaud, cités plus haut, quant aux enfants psychotiques qui recherchent un équilibre dans la représentation de leurs corps malgré un vécu effractant.

## **b. Les angoisses corporelles**

Comme je l'ai énoncé précédemment, les angoisses archaïques peuvent devenir envahissantes sur un versant pathologique. Dans la psychose infantile, elles représentent une part importante du tableau clinique. Selon Jérôme Boutinaud, « les angoisses dites psychotiques possèdent leurs caractéristiques propres, non assimilables à ce que peut vivre et éprouver le tout-petit »<sup>34</sup>. Elles restent néanmoins qualifiées d'archaïques et fortement liées aux émotions, parfois trop intenses pour être assimilées correctement. Ces angoisses corporelles archaïques découlent des troubles de l'image du corps. Nous l'avons vu plus haut, dans les troubles psychotiques, le vécu corporel non structuré peut être pétri d'angoisses. Je vais décrire ci-après les principales angoisses archaïques rencontrées dans cette pathologie.

### ○ Angoisse de morcèlement (ou morcellement selon les auteurs)

L'angoisse de morcèlement fait partie des angoisses archaïques les plus connues. Pour autant, sa définition ne semble pas si simple. Cette angoisse est souvent employée pour décrire des vécus corporels face à une situation anxiogène. Le morcèlement désigne « cette impression que le corps est atteint dans son unité, sa globalité, sa cohésion et sa continuité »<sup>35</sup>. Cela touche donc au sentiment continu d'exister dont j'ai parlé plus tôt. Éric Pireyre (2011) rattache le morcèlement à « des vécus de détachement, de séparation, de décrochement, d'arrachage ou d'inexistence de certaines parties du corps »<sup>36</sup>. L'angoisse de morcèlement peut s'apparenter à la terreur de voir son corps tomber en morceaux.

L'angoisse de morcèlement peut ainsi concerner différentes parties du corps. En effet, « certaines zones du corps sont plus chargées que d'autres de phénomènes archaïques »<sup>37</sup>. Dans la psychose, les angoisses liées aux orifices sont centrales et peuvent aussi bien être du côté du vidage que de l'intrusion. Elles

---

<sup>34</sup> Boutinaud, 2017, p. 127

<sup>35</sup> Pireyre, 2011, p. 157

<sup>36</sup> *ibid.* p. 158

<sup>37</sup> *ibid.* p. 147

témoignent d'une enveloppe psychocorporelle poreuse. De même, un trop-plein d'émotions ou d'excitation, impossible à contrôler par l'enfant, peut générer un vécu de morcèlement avec une *explosion* de l'enveloppe psychocorporelle.

Un jour, en arrivant en séance, Alban se montre très désorganisé. Lorsque nous lui demandons comment il va, il nous dit qu'il a perdu une dent et que la petite souris n'est pas passée. Il raconte qu'il a mis la dent sous son oreiller et qu'elle est tombée à nouveau. Sans qu'il ne puisse en dire plus à ce sujet, il évoquera pourtant pendant la séance les termes de « décapité, démembré, guillotiné ».

Ici, il apparaît clairement que la perte d'une dent pour Alban entraîne une angoisse importante et une désorganisation totale. Ce vécu s'illustre par les mots qu'il emploie et qui font référence à la perte brutale et violente d'une partie du corps. À cela, s'ajoute une perte non symbolisée car sa dent est *tombée* une deuxième fois sans être *remplacée* par une pièce.

- Angoisse d'effondrement

L'angoisse d'effondrement est une autre angoisse archaïque majeure dans la psychose infantile. C'est également celle que j'ai rencontrée le plus fréquemment chez Alban.

Donald Winnicott, expliqué par Jean-Pierre Lehmann (2009), parle d'une crainte de l'effondrement. Plus spécifiquement, il emploie le terme de *breakdown* pour signifier un « effondrement de la constitution du *self* unitaire »<sup>38</sup>. Il s'agirait d'un effondrement temporaire des défenses du fait de leur inefficacité. De plus, Donald Winnicott soutient que, dans la clinique, la crainte de l'effondrement est la crainte d'un effondrement déjà vécu antérieurement. Ce dernier serait lié à une « défaillance de l'environnement primaire »<sup>39</sup>. Cependant, l'effondrement originel serait enfoui dans un inconscient défini comme une incapacité d'intégration du Moi. « Le patient continue donc d'être tourmenté parce que l'expérience originelle de

---

<sup>38</sup> Lehmann, 2009, p. 207

<sup>39</sup> *ibid.* p. 209

l'agonie primitive ne peut entrer dans le temps passé si le moi ne peut d'abord la recueillir dans sa propre expérience du temps présent et dans le contrôle omnipotent actuel »<sup>40</sup>.

Si Donald Winnicott a exposé les mécanismes de la crainte de l'effondrement, il ne faut pas négliger leurs effets sur le corps. « L'effondrement renvoie à l'annihilation du tonus d'attitude (ou postural) »<sup>41</sup>, autrement dit de l'état tonique qui permet la posture debout et lutte contre la gravité. La présence d'un réel effondrement tonique atteste d'une angoisse d'effondrement.

D'origine psychique, l'effondrement peine à trouver une explication physiologique. Éric Pireyre (2011) avance une hypothèse quant au rôle des noyaux gris centraux. Rattachées au système extra-pyramidal, ces structures sous-corticales interviennent dans la régulation du tonus et notamment du tonus postural. Plus précisément, le noyau sous-thalamique serait « susceptible à la fois d'enclencher une action inhibitrice sur la motricité et le tonus postural et de participer au traitement des émotions »<sup>42</sup>. L'effondrement serait donc bien en lien avec des moments émotionnels forts. Éric Pireyre parle même de « vécu de séparation »<sup>43</sup>.

*Souvenir de l'annonce d'une fin de séance. Lorsque nous annonçons la fin de séance à Alban, l'intensité des émotions face à la séparation provoque un effondrement. Alban s'écroule au sol, non pas comme pour une chute mais plutôt une chute sans fin. Il fusionne avec le sol, ne semblant pas pouvoir s'en extirper. Puis, il commence à ramper en se dirigeant vers la porte. Il ne semble pas capable d'en franchir le seuil seul, debout. Nous l'aidons et il se relève. Arrivé dans la salle d'attente, nouvel effondrement, cette fois sur les canapés lorsque vient le moment de se dire au revoir.*

Ce récit montre que les défenses d'Alban ne semblent pas pouvoir être efficaces durant ce moment à tel point qu'un effondrement tonique survient. Cette description illustre également le vécu de séparation évoqué par Éric Pireyre.

---

<sup>40</sup> *ibid.* p. 208

<sup>41</sup> Pireyre, 2011, p. 174

<sup>42</sup> *ibid.* p. 178

<sup>43</sup> *ibid.*

### c. Les mécanismes de défense

Si les angoisses font partie intégrante du tableau de la psychose infantile, il en découle une question évidente : qu'est-ce que le sujet met en place pour essayer de les circonscrire ? De manière générale, nous possédons tous des mécanismes de défense que le Moi met en place pour se défendre. Ils nous servent à réguler notre psychisme de façon à maintenir une sorte d'homéostasie, un équilibre.

Dans le cadre de la pathologie et plus précisément de la psychose infantile, les stratégies mises en place vont varier selon les patients. Les enjeux sont tels que l'on pourrait presque parler de « défenses archaïques »<sup>44</sup>. La massivité et l'omniprésence des angoisses engendrent un système de boucle : les moyens mis en place sont activés en permanence. Les stopper permettrait à l'angoisse de reprendre le dessus. Bien qu'ils puissent être qualifiés d'archaïques, leur fonction reste néanmoins similaire à celle décrite dans le paragraphe précédent : venir circonscrire les débordements menaçant de rompre l'équilibre. Dans la psychose infantile, il est possible de noter deux grands types de mécanismes de défense : le couple clivage/déni et l'identification projective.

#### ○ Clivage / déni

Mélanie Klein décrit le clivage comme « la défense la plus primitive de l'angoisse »<sup>45</sup>. Au clivage de l'objet (scindé en bon objet et en mauvais objet), serait associé un clivage du Moi défini par Sigmund Freud comme la « coexistence, au sein du moi, de deux attitudes psychiques à l'endroit de la réalité extérieure en tant que celle-ci vient contrarier une exigence pulsionnelle »<sup>46</sup>. L'une prend en compte la réalité tandis que l'autre la dénie pour mettre à la place une production du désir, tout cela sans qu'elles ne s'influencent réciproquement. Ainsi, la définition même du clivage ne peut se faire sans y lier le concept de déni, celui de « la réalité d'une perception traumatisante »<sup>47</sup>.

---

<sup>44</sup> Boutinaud, 2017, p. 131

<sup>45</sup> Laplanche et Pontalis, 1967, p. 67

<sup>46</sup> *ibid.*

<sup>47</sup> *ibid.* p. 115

Dans la psychose infantile, le couple clivage/déni est considéré comme l'un des principaux mécanismes de défense. Il y apparaît comme un moyen de fuir la réalité lorsque celle-ci devient trop dure à supporter. L'étanchéité entre les deux attitudes permet de placer sous le sceau du déni tout élément psychique interne auquel le sujet refuse de se confronter. Dans la clinique, ce fonctionnement peut compliquer le travail avec le patient, notamment au niveau de la généralisation d'éventuels progrès ou dans la verbalisation qui accompagne certains moments difficiles.

En plus de ce fonctionnement clivé, c'est aussi le rapport à la réalité et la relation avec le monde extérieur qui se trouvent impactés. Le lien avec la réalité constitue la perturbation principale dans la psychose infantile. Cette dernière est à prendre en compte dans le processus de développement de l'enfant. Mais elle ne peut également s'envisager sans la relation à l'objet. L'objet extérieur se trouve pris dans un conflit chez le sujet psychotique : il est à la fois source d'angoisses car considéré comme une menace et en même temps indispensable car étayant pour le sujet.

*Lors des séances avec Alban, j'ai ressenti un clivage au sein même de la relation thérapeutique. Plusieurs fois, Alban a présenté deux attitudes distinctes envers moi et la psychomotricienne. Nous étions comme indifférenciées, comme deux parties d'un même objet : elle le mauvais objet et moi le bon objet. Ainsi, corporellement, Alban se tient à distance de la psychomotricienne mais tolère une certaine proximité avec moi. Le clivage qu'il fait entre nous deux semble être le reflet de son propre clivage interne. Il faut préserver le bon et mettre à distance le mauvais. À propos de l'indifférenciation, elle s'illustre par le fait que parfois je ne sais pas dire à qui Alban s'adresse quand il parle : il n'emploie pas de prénom mais utilise le « tu ». Il nous faut alors lui demander à qui s'adresse ses mots. Lors d'une séance, je me rends même compte qu'il ne semble pas connaître nos prénoms. En effet, il s'adresse à la psychomotricienne en l'appelant « madame ». C'est aussi compliqué pour Alban de nous parler en même temps, dans une discussion à trois.*

« Dans sa relation à l'autre, l'enfant ne cesse d'osciller entre ces deux positions clivées qui l'entraîne sur un terrain où la distance est constamment mise à mal, passant d'une proximité qui le soumet à des risques de fusions à une séparation

qui le laisse seul et démuné »<sup>48</sup>. C'est toute la question d'une juste distance qui se pose ici. Elle est intensifiée par les limites floues entre Soi/Non-Soi et dedans/dehors car elle vient les tester. La difficulté à trouver un juste milieu entre confusion et séparation empêche l'installation et la pérennisation d'une relation entière.

- Identification projective

L'identification projective est un concept introduit par Mélanie Klein. Elle le définit comme un « mécanisme qui se traduit par des fantasmes, où le sujet introduit sa propre personne (*his self*) en totalité ou en partie à l'intérieur de l'objet pour lui nuire, le posséder et le contrôler »<sup>49</sup>. En d'autres termes, il s'agit de conférer à autrui ses sensations désagréables et de s'approprier les sources de satisfaction de l'autre.

Ce processus est initialement décrit comme faisant partie du développement : au début de la vie, « le nourrisson va tenter de maintenir séparés (clivage) le bon et le mauvais, en lui comme dans 'l'objet' (le 'bon sein' et le 'mauvais sein'), et d'expulser les parties mauvaises de soi dans l'objet lui-même clivé »<sup>50</sup> (position schizo-paranoïde). Puis, un équilibre se crée et il prend conscience que les deux parties clivées coexistent dans un unique objet. C'est l'ambivalence (position dépressive).

Dans la suite de son article, Catherine Bolgert (2003) fait un lien entre le fonctionnement psychotique et la persistance du sujet dans la position schizo-paranoïde. L'identification projective est alors considérée comme pathologique. Le sujet projette sur autrui certains de ses aspects psychiques et s'y identifie dans un fantasme de contrôle. Au sein de la relation thérapeutique, ce processus fait partie du transfert, notion que j'aborderai dans la partie suivante. Le thérapeute se doit de faire réceptacle de ce que lui projette le patient et d'en renvoyer au sujet quelque chose de symbolisé, grâce au contre-transfert.

---

<sup>48</sup> Boutinaud, 2009, p. 109

<sup>49</sup> Laplanche et Pontalis, 1967, p. 192

<sup>50</sup> Bolgert, 2003, p. 142

### III. Le tonus et sa fonction tonique

Le tonus constitue un des principes fondamentaux de la psychomotricité. Ses multiples facettes, tant physiologiques que relationnelles, en font un élément d'observation d'une richesse inestimable. Dans le cadre de mon stage, il me semble d'autant plus précieux : les premières interrogations qui ont mené à l'élaboration de ce mémoire se portaient sur les angoisses archaïques, apparaissant principalement lors de la fin de séance, et notamment l'angoisse d'effondrement.

Comme je l'ai évoqué plus haut, l'angoisse d'effondrement n'est autre qu'un effondrement tonique, expression d'une souffrance psychique si intense que le corps ne peut tenir. Au-delà de l'aspect physiologique, on peut donc entrepercevoir le lien tissé entre tonus et émotion, aspect que j'aborderai plus loin dans cette partie. En préambule, je souhaiterais débiter par une présentation physiologique et développementale du tonus.

#### 1. Le tonus : définition et mise en place

- Définition

Le tonus est avant tout un phénomène neuromusculaire défini comme « l'état de légère tension des muscles au repos, résultant d'une stimulation continue réflexe de leur nerf moteur »<sup>51</sup>. Il s'agit d'une contraction isométrique (contraction du muscle sans mouvement articulaire) involontaire et permanente. Le tonus musculaire constitue la « toile de fond des activités motrices et posturales »<sup>52</sup>.

Le tonus se distingue généralement sur trois niveaux étayés les uns sur les autres. Le tonus de fond est présent en permanence, même au repos. C'est l'état de base du tonus mis en évidence lors de l'examen du tonus, par des épreuves d'extensibilité et de ballant. Dans le mouvement, c'est le tonus d'action qui est mis en jeu. Il désigne l'ensemble des variations de l'état tonique visant à amorcer et à accompagner le mouvement. Si le tonus de fond est involontaire, il est en revanche

---

<sup>51</sup> Jover, 2000, p. 17

<sup>52</sup> *ibid.* p. 18

possible d'agir consciemment sur le tonus d'action. Entre les deux, il y a le tonus postural. Il correspond à l'activité tonique minimale nécessaire pour adopter une posture et la maintenir. Bien que majoritairement automatique, il est possible d'agir sur ce niveau tonique de façon volontaire.

- Développement du tonus

La mise en place du tonus dans le développement psychomoteur est fortement corrélée à la maturation neurologique. *In utero*, la maturation neurologique concerne dans un premier temps le système corticospinal inférieur (ou système archaïque) dont la myélinisation se déroule dans le sens caudo-céphalique. La myélinisation du système corticospinal (ou système supérieur) est plus tardive et se prolongera après la naissance.

Quand le bébé naît, le système nerveux n'a pas terminé sa maturation. Désormais la myélinisation se poursuit de manière céphalo-caudale. La tonicité du nourrisson est particulière : hypotonie axiale et hypertonie périphérique. Puis, peu à peu, la tonicité axiale va augmenter, permettant le redressement, tandis que l'hypertonie des membres va s'atténuer du fait d'un meilleur contrôle moteur. Cette évolution se fait jusqu'à atteindre un équilibre.

Bien qu'universel, le tonus est aussi singulier, intime : chaque individu présente une organisation tonique qui lui est propre. Le développement du tonus dépend ainsi de l'environnement et de la génétique de chacun. On parle de variations toniques individuelles.

## **2. Tonus et émotion**

Le tonus sert de trame au mouvement mais il est également le lieu d'inscription de l'affectivité et des émotions. Le Petit Robert définit l'émotion comme un « état de conscience complexe, généralement brusque et momentané, accompagné de troubles physiologiques »<sup>53</sup>. Par extension, elle désigne une sensation envisagée

---

<sup>53</sup> Le Petit Robert, 2013, p. 851

sur un versant affectif. L'affectivité, quant à elle, désigne l' « ensemble des phénomènes de la vie affective »<sup>54</sup>.

Pour Antonio Damasio, les émotions « se manifestent sur le théâtre du corps. Les sentiments sur celui de l'esprit »<sup>55</sup>. Les émotions seraient donc à différencier des sentiments. De plus, elles seraient reliées à notre histoire personnelle. Les émotions sont également prises dans les relations interindividuelles et se partagent, se communiquent. Nous sommes capables de reconnaître une émotion chez une autre personne grâce à notre propre vécu de cette émotion.

En reprenant les propos d'Antonio Damasio, il apparaît évident que les émotions viennent produire des modifications corporelles, notamment à l'échelle du tonus. Et vice-versa. Dans le langage commun, il est courant de retrouver ce lien : tensions musculaires aux épaules en cas de stress, manque d'énergie et indolence en cas de tristesse. Ainsi, les phénomènes de contraction/relâchement des muscles seraient corrélés aux différentes émotions qui peuvent nous traverser, dans une perspective de réciprocité.

Henri Wallon (1949) écrit « les émotions sont une formation d'origine posturale et elles ont pour étoffe le tonus musculaire »<sup>56</sup>. Et dès le début de la vie, le lien entre tonus et émotion est présent. L'état tonique du bébé constitue le reflet de son état émotionnel : quiétude et détente musculaire, déplaisir et augmentation du tonus. Henri Wallon explique que les émotions s'inscrivent dans le corps. Le bébé ne pouvant subvenir seul à ses besoins, c'est son corps qui indique à ses parents son état. Et grâce à cela, ils peuvent y répondre.

Dans le cas d'Alban, c'est souvent une lecture corporelle qui me permet de déterminer son niveau d'angoisse. Et face à ce que je décrypte chez lui, mon ajustement tonique varie. Il s'agit du dialogue tonique, concept que je vais aborder dans la partie suivante.

---

<sup>54</sup> *ibid.* p. 42

<sup>55</sup> as cited in Pireyre, 2011, p. 126

<sup>56</sup> Wallon, 1949, p. 174

### **3. Le tonus dans la relation**

Avant d'aborder la notion de dialogue tonique, élément clé de la relation thérapeutique en psychomotricité, je souhaiterais évoquer les notions de transfert et de contre-transfert. Elles appartiennent au champ de la psychanalyse et s'inscrivent dans la description de la relation analyste-patient. Ces notions m'ont aidée à affiner ma réflexion quant à la relation qui peut s'instaurer entre le psychomotricien et le patient psychotique. Il me semble donc important de faire, ici, un court rappel théorique.

#### **a. Transfert et contre-transfert**

Le transfert et le contre-transfert désignent des mouvements subjectifs qui ont lieu dans le cadre de l'espace analytique. Le transfert représente le « processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent sur certains objets dans le cadre d'un certain type de relation établi avec eux et éminemment dans le cadre de la relation analytique »<sup>57</sup>. Autrement dit, il s'agit de l'outil de travail de l'analyste.

Le contre-transfert quant à lui désigne l'« ensemble des réactions inconscientes de l'analyste à la personne de l'analysé et plus particulièrement au transfert de celui-ci »<sup>58</sup>. Au départ, il est considéré comme un obstacle à la cure psychanalytique. Puis, il a pris de l'importance du fait de l'élargissement du champ de la psychanalyse et de l'abord de la cure en tant que relation.

Dans le cadre de la psychomotricité, un transfert se fait également entre le patient et le thérapeute. Si, ici, le vecteur principal des échanges est le corps, il ne faut pas pour autant mettre de côté ces phénomènes psychiques. Le psychomotricien doit être conscient de ce qui se joue pour le patient. Il doit également prêter attention à ses propres ressentis et vécus qu'il renvoie au patient. C'est d'un point de vue corporel et émotionnel que je reprendrai ces notions au cours de ma discussion.

---

<sup>57</sup> Laplanche et Pontalis, 1967, p. 492

<sup>58</sup> Laplanche et Pontalis, 1967, p. 103

## **b. Le dialogue tonique**

Comme je l'ai dit avant, la psychomotricité associe le corps et l'esprit dans son approche de la relation thérapeutique. Et pour moi, celle-ci passe essentiellement par le dialogue tonique ou plus exactement par le dialogue tonico-émotionnel. En effet, le tonus est un vecteur de communication infra-verbale.

Henri Wallon (1949) a mis en évidence la capacité d'expression des émotions, en lien avec le tonus. Suite à cela, Julian de Ajuriaguerra (1962) introduit la notion de dialogue tonique, « prélude du dialogue verbal ultérieur »<sup>59</sup>. Ce dialogue tonique prend le corps comme instrument. « La relation tonique n'est, en effet, qu'expérience du corps, et à l'inverse le corps est le produit vécu de cette expérience tonique »<sup>60</sup>.

« Le dialogue tonico-émotionnel serait le reflet des états émotionnels des deux partenaires avec la possibilité d'une transmission de l'un à l'autre, en particulier chez le bébé, et dès le plus jeune âge »<sup>61</sup>. Ainsi, il prend ses origines dans la relation entre la mère et son enfant. Dans la dyade qu'ils forment, ce sont les variations toniques du bébé, en fonction de son état, qui font office de signe d'appel à la mère. Et cette dernière, en répondant aux besoins de son enfant, pourra vérifier son apaisement grâce au relâchement musculaire. Il y a donc une réciprocité dans l'échange, une communication entre deux vécus corporels.

Le bébé a un rôle actif dans le dialogue tonique. C'est un des premiers modes de communication non-verbale du bébé. Et il est nécessaire qu'elle soit cohérente. En effet, le bébé est sensible à ce qui l'entoure mais ne peut encore y apposer du sens. C'est la mère qui va mettre des mots et donner des réponses au vécu du bébé. « Le discours parental communique à l'enfant le sens affectif de [son] expression »<sup>62</sup>. De cette manière, il va pouvoir intégrer son vécu et le faire sien.

S'il apparaît dès la naissance, le dialogue tonique persiste tout au long de la vie. Tous les jours, il est mis en jeu dans des situations de la vie quotidienne : serrer

---

<sup>59</sup> Ajuriaguerra & Angelergues, 1962, p. 193

<sup>60</sup> *ibid.*

<sup>61</sup> Bachollet & Marcelli, 2010, p. 14

<sup>62</sup> *ibid.* p. 15-16

la main pour dire bonjour, enlacer une personne qui nous est chère. Dans cette interaction, ce que l'on ressent chez l'autre va engendrer en nous un ajustement tonique. Ce dialogue tonique est un outil de travail précieux pour le psychomotricien. Face à un patient qui ne pourra pas nécessairement exprimer son état par des mots, c'est par l'infra-verbal qu'il sera possible de le déterminer. Je l'ai dit plus haut, c'est par une lecture corporelle que je suis parfois en mesure d'identifier le vécu d'Alban. Et c'est mon observation qui me permet d'ajuster mon propre niveau tonique et psychique.

#### **4. Le tonus et sa fonction contenante**

Tout au long de ce mémoire, j'ai fait plusieurs fois référence au concept d'enveloppe psychocorporelle. Il est temps de l'aborder plus en détail dans cette partie. Mais avant toute chose, en quoi consiste une enveloppe ? Didier Houzel (2005) propose de définir une enveloppe comme « ce qui entoure complètement un espace et qui, de ce fait, contient tout ce qui se trouve dans cet espace, qui est ainsi fermé »<sup>63</sup>. Ainsi, l'enveloppe, quelle qu'elle soit, semble venir poser les limites entre un dedans et un dehors. Il ajoute qu'elle serait différenciée de ce qu'elle délimite.

« Le psychisme construit lui-même sa propre enveloppe sous l'effet des forces qui l'animent de l'intérieur [...], et au contact de la réalité extérieure et de ses contraintes »<sup>64</sup>. Dans sa conception dynamique de l'enveloppe psychique, Didier Houzel (2005) lui attribue quatre propriétés :

- Orientabilité : distinction entre une face interne et une face externe
- Connexité : continuité de la surface
- Compacité : surface faite de plusieurs éléments constitutifs
- Élasticité : malléable face aux influences extérieures mais solide

---

<sup>63</sup> Houzel, 2005, p. 9

<sup>64</sup> Houzel, 2005, p. 23

Ces fonctionnalités permettent à l'enveloppe de remplir son rôle de délimitation du corps, entre dedans et dehors, mais aussi d'assurer une fonction de communication grâce à l'interface de la peau.

Ensuite, comment parler d'enveloppe psychocorporelle sans évoquer le *Moi-peau* de Didier Anzieu (1985) ? « L'instauration du Moi-peau répond au besoin d'une enveloppe narcissique et assure à l'appareil psychique la certitude et la constance d'un bien-être de base »<sup>65</sup>. Il définit le Moi-peau comme une « figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps »<sup>66</sup>. C'est une enveloppe qui se construit et qui va faire de l'enfant un être unique. Dans la dyade mère-bébé, Didier Anzieu envisage la peau comme une interface commune qui les lie mais qui symbolise également une séparation future.

Au Moi-peau sont attribuées huit fonctions, en faisant un parallèle entre la peau et le fonctionnement psychique : maintenance du psychisme, contenance, fonction de pare-excitation, fonction d'individuation du Soi, fonction d'intersensorialité, fonction de soutien de l'excitation sexuelle, fonction de recharge libidinale et fonction d'inscription des traces sensorielles. Didier Anzieu évoque également une fonction négative d'autodestruction, d'attaque des liens.

D'un point de vue corporel, la peau vient matérialiser les limites du corps. Et ce dès la naissance. Cependant, « le bébé naît sans avoir une conscience très précise de lui-même hormis dans les éprouvés de son corps »<sup>67</sup>. C'est l'environnement, et notamment la figure maternelle, qui vont lui permettre d'élaborer une sensation d'unité corporelle.

Je l'ai énoncé au début de ce chapitre théorique, l'environnement, selon Donald Winnicott, présente trois fonctions : *holding*, *handling* et *object-presenting*. Le *holding* désigne tant le portage physique que psychique. « Le 'holding' joue essentiellement une fonction de protection contre toutes les expériences souvent

---

<sup>65</sup> Anzieu, 1985, p. 61

<sup>66</sup> *ibid.*

<sup>67</sup> Potel, 2010, p. 137

angoissantes qui sont ressenties dès la naissance, qu'elles soient de nature physiologique, sensorielle, ou qu'elles concernent le vécu psychique du corps »<sup>68</sup>. Il présente un rôle déterminant dans la mise en place du sentiment continu d'exister et donc dans le processus de maturation de l'enfant. A cela s'ajoute le *handling* qui désigne « la manière de toucher l'*infans* en lui prodiguant les soins nécessaires, toilette, change »<sup>69</sup>. Enfin, l'*object-presenting* correspond au « mode de présentation de l'objet »<sup>70</sup>. Catherine Potel (2010) ajoute que « c'est dans la relation au corps de la mère que se forme la constitution d'une enveloppe qui contient, protège, limite »<sup>71</sup>. Revient ici la notion de dialogue tonique. Les sensations et informations apportées par ce mode d'interaction non-verbale permettent à l'enfant d'élaborer une enveloppe fiable faisant le lien entre son corps et sa psyché.

« L'intégration d'une enveloppe qui contient est essentielle et va permettre le passage entre ce qui est vécu à l'intérieur et ce qui s'exprime à l'extérieur, dans un échange où l'autre est reconnu différent et séparé »<sup>72</sup>. Ainsi, au travers de l'élaboration d'une enveloppe psychocorporelle efficiente, l'enfant va prendre conscience qu'il est un être à part entière, unique, différent des autres.

---

<sup>68</sup> Funck-Brentano, 1985, p. 78

<sup>69</sup> Lehmann, 2009, p. 80

<sup>70</sup> Funck-Brentano, 1985, p. 78

<sup>71</sup> Potel, 2010, p. 139

<sup>72</sup> *ibid.* p. 140

## **PARTIE 3 : PISTES DE REFLEXION**

---

### **I. La création d'une cabane**

Pour débiter cette partie, je souhaiterais reprendre une citation de Winston Churchill : « nous donnons des formes à nos constructions, et, à leur tour, elles nous forment »<sup>73</sup>. Cette phrase illustre en tout point la réflexion derrière la mise en place d'une cabane pour Alban.

Mais, dans un premier temps, revenons à mon interrogation de départ : que faire pour apaiser Alban face à l'émergence d'une angoisse d'effondrement au moment de la fin de séance ? Ce questionnement a constitué le fil directeur de ce mémoire. J'ai donc décrit la situation de départ, recherché dans la littérature ce que représentait l'angoisse d'effondrement et précisé son lien avec le tonus.

C'est l'idée de fonction contenante qui m'intéresse le plus au sujet du tonus. En effet, mes recherches ont mis en évidence l'importance d'une enveloppe psychocorporelle intègre dans le développement de l'enfant. Mais quel serait l'effet des angoisses archaïques d'Alban sur la construction et la stabilité de son enveloppe psychocorporelle ? A ce propos, Éric Pireyre (2011) explique que « l'angoisse d'effondrement, lorsqu'elle est massive, entrave le développement de l'image du corps, car l'enveloppe corporelle, construction psychique immédiatement consécutive et nécessaire à un bébé pour devenir sujet, ne pourra devenir ni 'solide' ni contenante »<sup>74</sup>.

Face à l'intensité des angoisses d'effondrement et mon impression d'une enveloppe psychocorporelle fragile chez Alban, je recherche quelque chose qui pourrait venir soutenir et renforcer son enveloppe. L'émergence d'une angoisse intense témoigne d'une « situation de séparation, insupportable frustration qui vient couper le lien et attaquer le sentiment d'existence »<sup>75</sup>. Ainsi, mon raisonnement

---

<sup>73</sup> as cited in Ballouard, 2003, p. 180

<sup>74</sup> Pireyre, 2011, p. 174

<sup>75</sup> Potel, 2010, p. 326

démarre au début de mon stage, lorsqu'avec ma maître de stage, nous évoquons mon sujet de mémoire. Dès le départ, nous sommes en accord quant à la création d'un espace contenant. Notre réflexion commune nous amène à l'idée d'une cabane.

Mais pourquoi une cabane ? Et comment l'introduire à la séance et à Alban ? Avant toute chose, examinons ce que représente une cabane et quelles sont ses fonctions. Dans Le Petit Robert, la cabane désigne une « petite habitation grossièrement construite »<sup>76</sup>. Dans ma vision des choses, j'aimerais associer cette idée de cabane à une *maison-corps*. Je l'envisage comme un abri contenant permettant de se protéger des attaques extérieures. De plus, une cabane vient poser des limites matériellement visibles entre un dedans et un dehors.

Dans mes recherches, je m'aperçois qu'une construction matérielle peut représenter la construction corporelle du sujet. Philippe Gutton l'explique en ces termes : « l'objet construit symbolise le corps du sujet ; le face-à-face avec la construction est de l'ordre du miroir rendant une image globale du corps de l'enfant »<sup>77</sup>. Dans le développement de l'enfant, c'est le corps qui se trouve à la base des expériences sensori-motrices et de l'exploration de l'espace. Contrairement à un enfant qui pourrait construire spontanément une cabane, reflet de sa propre organisation, ici, c'est la psychomotricienne et moi-même qui avons pensé la création d'une cabane pour Alban. Mon postulat serait plutôt d'élaborer un abri qui pourrait lui apporter une représentation de limites corporelles claires, les siennes semblant plutôt floues.

Intéressons-nous désormais à l'intérieur de la cabane. Il peut représenter un espace contenant et accueillant à l'image de plusieurs espaces de la vie : le ventre de la mère, la maison où l'on vit. Tout au long de son existence, l'être humain est à la recherche de contenance. Cette dernière peut procurer un apaisement dans les moments angoissants. Après les limites corporelles, la cabane pourrait incarner une autre fonction de l'enveloppe corporelle : celle de Moi-peau. En effet, construire une cabane c'est « trouver ou [...] confectionner un cadre où l'on se sente suffisamment bien, pour un temps donné, et qui soit le reflet le plus proche possible de son

---

<sup>76</sup> Le Petit Robert, 2013, p. 319

<sup>77</sup> as cited in Miglioranza, 2006, p. 106

‘intérieur’, au point où il en est dans sa construction et dans ses besoins fondamentaux de contenance et de réassurance »<sup>78</sup>. Ainsi, à cette image de cabane, j’y associe un sentiment de sécurité que j’espère transmettre à Alban lorsque nous lui proposerons la cabane.

Maintenant que j’ai développé le *pourquoi*, je vais désormais dérouler le *comment* : de quoi serait faite la cabane et où serait-elle placée dans la salle ? D’instinct, nous choisissons de bâtir la cabane dans un coin de la salle, pour la solidité des murs, et à distance du bureau. Puis, nous nous posons la question du matériel pour la construire afin qu’elle soit à la fois en *dur* mais également accueillante. Il s’agirait de pallier le manque de dur dans le corps d’Alban : il ne semble pas avoir intégré son squelette comme support de la sécurité corporelle. Nous recherchons donc à la fois de la solidité et de la contenance.

Dans un premier temps, nous faisons la cabane très près du sol (cf. Annexe III) voulant offrir un espace possible de régression aux premiers temps de la vie. De plus, le retour au sol permet la sécurité de base. Pour cela, nous utilisons une petite table. Alban ayant déjà utilisé plusieurs fois le tunnel comme une carapace durant les séances, nous le prenons pour symboliser l’entrée et la sortie de la cabane. A l’intérieur, nous ne mettons qu’un coussin et une couverture, afin de ne pas trop effacer le dur du sol. Enfin, le drap déposé sur la table ainsi que la *physioball* en forme de cacahuète (je la nommerai cacahuète par la suite) viennent fermer cette cabane.

La cabane est mise en place dans la séance au cours du mois de décembre 2017. Nous décidons de l’installer systématiquement avant le début de la séance. Pour présenter la cabane à Alban, nous lui expliquons que c’est un espace seulement pour lui dans lequel il peut aller à la fin de la séance. Cependant, cela n’exclut pas qu’Alban puisse y aller quand bon lui semble. C’est à lui d’investir cet espace selon ses besoins, ce que nous lui expliquons.

La première fois qu’il va dans la cabane, Alban ferme la porte (le tunnel) puis change d’avis. Je l’interprète comme une tentative d’appropriation de la cabane pour la faire sienne. Mais Alban ne semble pas pour autant vouloir couper tout lien

---

<sup>78</sup> Huerre, 2006, p. 23

avec nous. La sortie de la cabane par le tunnel semble difficile : il ne s'aide pas de ses jambes et se coince dans le tunnel. Cependant, il réussit à en sortir seul. Ensuite, Alban peut franchir le seuil de la porte debout et nous dire au revoir. A mon sens, cette première expérience avec la cabane semble concluante mais certains changements sont nécessaires. En effet, durant cette première rencontre avec la cabane, nous avons questionné Alban pour recueillir son avis. De ses réponses découlent quelques modifications à faire.

A la séance suivante, nous rajoutons des briques en mousse sous les pieds de la table pour agrandir l'espace qui avait semblé étroit pour Alban. La cacahuète qui bordait la cabane se trouve désormais en partie à l'intérieur, comme Alban en avait fait la demande la semaine précédente. Malgré les difficultés d'Alban au passage dans le tunnel, nous le laissons car il semble être un élément important pour lui. Alban apprécie cette nouvelle version de la cabane (cf. Annexe IV) à tel point qu'il *mange* la cacahuète, comme pour en emmener une partie avec lui. Installé dans sa cabane, il semble pouvoir s'apaiser un peu. Pour l'aider, nous le faisons parler de ses perceptions sensorielles au sein de la cabane : chaud/froid, doux/dur, sombre/lumineux. Par ce biais sensoriel, nous visons à étayer l'élaboration d'un sentiment continu d'exister chez Alban.

Si j'appréhendais la réaction d'Alban face à la cabane et à son investissement de cette dernière, cela n'a pas duré longtemps. Au bout de quelques séances, après avoir pris le temps de la découvrir et de se l'approprier, Alban peut dire qu' « elle est bonne ». Il a même été en mesure de la transformer pour l'adapter à sa convenance. En effet, il rajoute des couvertures et des coussins, au risque d'être « trop détendu » comme il le dira une fois, peut-être pour combler le vide. Plus les séances avancent et plus je me rends compte que cette cabane peut faire émerger en lui des souvenirs de la vie intra-utérine. En effet, lors d'une ou deux séances, il évoque des éléments du champ de la grossesse. A ce sujet, Patrice Huerre (2006) met en lumière le rôle de la cabane comme « un intermédiaire qui ouvre une voie d'accès privilégiée à l'intimité et à l'archaïque de l'enfant mais aussi à ses capacités de transformation et de création »<sup>79</sup>.

---

<sup>79</sup> Huerre, 2006, p. 25

A partir de ce moment, la cabane (cf. Annexe V) sera toujours la même. Progressivement, elle intervient comme un rituel de fin de séance qui vient accompagner Alban pour sortir de la salle. Je ressens un réel bénéfice quant à l'angoisse d'effondrement. Cette dernière se fait plus rare au fil de l'année. La sortie de la cabane, compliquée au début et souvent faite en rampant, en se *traînant* au sol, devient de plus en plus structurée et rapide. Le bas du corps, très peu utilisé jusque-là pour s'extirper du tunnel, devient plus actif. Cette évolution semble esquisser un début de représentation de l'unité corporelle, peut-être permis par la cabane.

En ce qui concerne le temps passé dans la cabane, il varie selon les séances. Une séance compliquée pourra générer une installation dans la cabane plus longue et plus silencieuse. A l'inverse, d'autres fois, Alban ne restera qu'un temps très court à l'intérieur.

Alban investira majoritairement la cabane lors de la fin de séance à l'exception d'une fois, lors de retrouvailles difficiles après une séparation non planifiée (annulation d'une séance). Alban vient dans la salle, silencieux, fatigué et distant. Il se rend directement dans la cabane et y passe la moitié de la séance. Dedans, il parle peu et réalise des percussions contre la cacahuète. La recherche de rythme montre un besoin de réassurance. Nous verbalisons peu ce moment pour ne pas être intrusives voire persécutantes. Cependant, nous lui demandons régulièrement si tout va bien. Après un temps, il sort et nous pouvons faire des jeux tous ensemble. Cette séance me laisse penser qu'Alban paraît capable d'aller de lui-même dans la cabane lorsqu'un moment est ardu pour lui alors qu'au début cela se faisait uniquement sur notre initiative.

Pour revenir à mon interrogation initiale, la création d'un espace contenant et solide pour Alban semble avoir des effets positifs sur les angoisses qui l'habitent. Mais, si la sortie de la salle peut se faire debout, l'arrivée dans la salle d'attente constitue une réactivation des angoisses : la séparation devient réelle, concrète. J'évoquerai dans la partie suivante la nécessité de penser une transition pour prolonger les bénéfices apportés par la cabane.

## II. L'aménagement temporel du cadre de la séance

Accompagner les difficultés lors de la fin de séance implique également de penser une transition entre la fin de séance en elle-même et le retour à la salle d'attente. Je tâcherai de développer ici la place de cet accompagnement au sein du cadre thérapeutique.

Le retour à la salle d'attente donne également l'occasion d'échanger avec les parents du patient à propos du suivi. Entre en jeu la notion d'alliance thérapeutique que j'aborderai dans le lien avec la mère d'Alban.

### 1. Le cadre thérapeutique : définition et fonction

Pour Le Petit Robert, le cadre se définit comme « ce qui circonscrit et entoure un espace, une scène, une action »<sup>80</sup>. Il désigne également « les limites prévues, imposées par »<sup>81</sup>. Catherine Potel (2010) définit le cadre thérapeutique comme « ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée »<sup>82</sup>.

Dans le cadre de mon stage en CMPP, le travail en psychomotricité vient s'inscrire au sein du fonctionnement institutionnel. Ce dernier constitue à lui seul un premier cadre. Le cadre de la séance implique des conditions précises, que je développerai ci-après. Il y a également des modalités d'encadrement à déterminer : le psychomotricien peut animer ses séances seul ou être accompagné d'autres professionnels, dans une perspective de co-thérapie.

La mise en place d'un cadre thérapeutique contenant, solide et fiable nécessite plusieurs conditions. Tout d'abord, il y a l'espace. « Il faut concevoir l'espace comme un vrai réceptacle contenant les expériences sensorielles et motrices où l'enfant va pouvoir se vivre dans son corps »<sup>83</sup>. Cet espace c'est la salle de psychomotricité, qui sera invariablement la même tout au long d'une prise en charge. C'est un espace

---

<sup>80</sup> Le Petit Robert, 2013, p. 325

<sup>81</sup> *ibid.*

<sup>82</sup> Potel, 2010, p. 321

<sup>83</sup> *ibid.* p. 322

à la fois physique et psychique. Le temps est également une composante importante. Le psychomotricien va définir, selon les besoins du patient, la durée et la fréquence des séances. Il faut une « durée suffisante [...] et une régularité de temps »<sup>84</sup>. Ces deux notions que sont le temps et l'espace vont constituer des repères nécessaires au patient pour se sentir en sécurité. Enfin, le matériel fait lui aussi partie intégrante du cadre de la séance. Au sein de celle-ci, il va venir organiser et délimiter les diverses activités. Pour choisir le matériel, « le psychomotricien implique sa propre sensibilité et son investissement sensoriel dans le choix de ses objets »<sup>85</sup>.

Le cadre agit comme un invariant dans une prise en charge en perpétuelle évolution. Mais quelles sont ses fonctions ? Au sein d'une séance, « tout ce que l'on y vit est signifiant, chargé de sens, et utilisable pour comprendre le monde spécifique de chaque patient »<sup>86</sup>. Ainsi, le cadre thérapeutique fait office de réceptacle au vécu psychocorporel du patient dont le psychomotricien se trouve garant. Il vient, dans ce cas, avoir une fonction contenante. Catherine Potel (2010) parle de la « capacité du psychomotricien à contenir ce qui déborde, ce qui n'est pas organisé, ce qui est en menace d'inexistence ou de déconstruction »<sup>87</sup>. Le cadre va également venir jouer une fonction de pare-excitation face aux éventuels débordements du patient : il faudra les accueillir mais aussi y apporter du sens.

Le cadre thérapeutique représente également le rôle du psychomotricien. Dans son article sur *La souplesse du cadre*, Alain Delourme (2003) décrit un cadre interne du praticien en lien avec « son propre fonctionnement interne »<sup>88</sup>. Le psychomotricien va penser le projet thérapeutique et le cadre selon son histoire de vie et son propre vécu, ses impressions et ses connaissances théoriques. Il se doit d'être solide et souple pour venir accompagner le patient dans le processus thérapeutique.

---

<sup>84</sup> *ibid.*

<sup>85</sup> *ibid.*

<sup>86</sup> Delourme, 2003, p. 29

<sup>87</sup> Potel, 2010, p. 324

<sup>88</sup> Delourme, 2003, p. 38

Dans le cas d'Alban qui présente une sécurité de base fragile, le cadre thérapeutique semble être d'autant plus important. Il doit procurer à la séance un espace contenant pour qu'Alban puisse exprimer et laisser libre cours à son vécu. Tout au long de l'année, ce cadre a été mis à mal par l'arrivée peu ponctuelle d'Alban, soit en avance soit en retard. Il nous a fallu être fermes pour maintenir un cadre temporel cohérent. Et pourtant, dans ma réflexion quant à la fin de séance, je me suis rendue compte que, malgré sa solidité, il fallait que ce cadre soit également malléable.

Malléable pourquoi ? Bien que j'aie commencé à exposer mes interrogations et hypothèses dans la partie clinique de ce mémoire, je vais les reprendre et les approfondir ici. Dès le début de l'année, j'ai observé comment se passait le retour à la salle d'attente pour Alban. J'ai compris que la ponctualité d'Alban était inhérente à celle de sa mère. Si j'ai pu remarquer une évolution positive, il m'est apparu que, quelle que soit l'heure d'arrivée, souvent la mère d'Alban venait le chercher 45 minutes après l'avoir déposé au CMPP. Ainsi, en cas de retard, les difficultés engendrées par celui-ci au début de la séance se trouvaient parfois compliquées par l'attente en salle d'attente à la fin de la séance. A l'inverse, qu'il soit déposé plus tôt ou à l'heure, lorsque nous sortions de la séance, sa mère était présente. Et dans ce cas, il semblait plus apaisé au moment du retour dans la salle d'attente.

Face à mes observations, j'en ai déduit qu'Alban vivait mieux la fin de séance lorsque sa mère l'accueillait en arrivant dans la salle d'attente. Je me suis alors demandée si un aménagement du cadre pourrait aider à contenir ses angoisses. Cependant, le cadre peut-il s'ajuster à chaque séance pour que cette situation de retrouvailles se produise systématiquement ? Cela vient questionner les conditions mêmes de l'élaboration d'un cadre thérapeutique.

Je l'ai dit plus haut, le temps, associé à l'espace, constitue un repère fiable et invariable. Invariable, est-ce synonyme de fixe ? Selon moi, une certaine malléabilité reste envisageable tant que le psychomotricien, garant du cadre, est au clair quant aux raisons de l'aménagement. Ici, l'objectif est de mettre en place des conditions qui pourraient apaiser Alban face à ses difficultés.

Dans l'intérêt d'Alban, pour son bien-être, il me semble nécessaire de moduler le contenu des séances, comme je l'ai présenté précédemment avec la cabane,

mais également leur organisation. Afin de la mettre en place de manière concrète, j'ai impliqué la psychomotricienne dans ma réflexion. Toutes deux, nous avons pensé cette organisation et conclu qu'un aménagement du cadre temporel était possible. Suite à cette décision, j'ai pu remarquer une amélioration lors du moment du retour à la salle d'attente. Alban s'en est saisi et a intégré ce nouveau paramètre après quelques mois. Désormais, lorsque nous annonçons que sa mère est arrivée et que nous allons rejoindre la salle d'attente, il vérifie nos dires en s'assurant de la présence de la voiture de sa mère<sup>89</sup>. D'autres fois, c'est lui qui ira guetter l'arrivée de sa mère à la fenêtre et nous indiquera la fin. Ce cas de figure se fait plus rare et survient généralement lors d'une séance compliquée.

Cette modulabilité du cadre que nous proposons peut s'inscrire dans ce que dit Jérôme Boutinaud (2001) : il faut que « l'espace de la séance soit préservé d'une trop grande confusion extérieur-intérieur et qu'en même temps des liens puissent se tisser entre le dedans et le dehors de la thérapie »<sup>90</sup>.

Néanmoins, comme pour toute hypothèse, il y a des aléas. Pour Alban, ils se trouvent au niveau de l'accueil par sa mère à la fin de séance. Au fil de l'année, j'ai pu ressentir que la mère cherchait à *s'accrocher* à nous. Comme je l'ai dit dans la clinique, la rencontre me paraît difficile pour elle. A tel point, qu'elle n'accueille pas toujours Alban qui se retrouve alors *lâché* dans la salle d'attente. Un projet thérapeutique ne peut se construire sans alliance thérapeutique. Cette alliance, que nous avons essayé de travailler avec la mère tout au long de l'année, sera le sujet de la partie suivante.

## 2. L'alliance thérapeutique

Selon Le Petit Robert, le terme d'alliance désigne une « union contractée par engagement mutuel »<sup>91</sup>. Appliquée à la relation entre un psychomotricien et son patient, cette définition impliquerait un accord tacite ainsi que des efforts actifs entre

---

<sup>89</sup> La fenêtre de la salle de psychomotricité donne sur le parking du CMPP.

<sup>90</sup> Boutinaud, 2001, p. 70

<sup>91</sup> Le Petit Robert, 2013, p. 69

les deux partenaires pour faire fonctionner le processus thérapeutique. « La qualité du lien entre le thérapeute et le patient va constituer le socle du travail »<sup>92</sup>.

J'aborderai plus spécifiquement ce qui se joue entre le psychomotricien et son patient dans la partie suivante. Avant cela, je souhaiterais poser la question d'une alliance thérapeutique avec la famille. Dans le cadre du CMPP, et donc de la prise en charge d'enfants, la place de la famille est tout aussi importante que celle du patient. En effet, si une alliance thérapeutique s'installe avec l'enfant, elle pourrait pâtir d'un manque d'adhésion de la part de la famille, et notamment de ses parents. L'enfant, véritable éponge émotionnelle, pourrait ressentir le désinvestissement de ses parents pour la prise en charge, et donc la désinvestir à son tour. A ce propos, Didier Houzel (2003) dit que si « professionnels et parents réussissent à renouer une relation d'alliance et de compréhension, l'enfant en tire un immense bénéfice »<sup>93</sup>.

En ce qui concerne Alban, c'est sa mère qui l'accompagne au CMPP. Ainsi, le suivi en psychomotricité dépend de son engagement à elle aussi. Comme évoqué précédemment, le retard ou l'avance d'Alban à certaines séances peuvent témoigner d'une fragilité du lien établi entre le CMPP et cette famille. Dans ces conditions, il me paraît essentiel de travailler une alliance thérapeutique avec la mère d'Alban pour venir étayer tout le travail mis en place lors des séances. Cette perspective me semble d'autant plus nécessaire que la mère montre un réel besoin d'être accueillie à la fin de la séance.

Si nous rencontrons Alban chaque semaine pour sa séance, ce sont ses parents qui le côtoient au quotidien. Dans l'intérêt de la prise en charge, il me semble important de les impliquer pour qu'ils puissent adhérer aux objectifs thérapeutiques. Au début de l'année, la mère était en recherche d'un diagnostic pour son enfant, à l'initiative de l'école d'Alban. Si elle semblait inquiète des difficultés, elle ne paraissait pas pour autant en mesure d'en saisir toute l'étendue. Pour cela, avec la psychomotricienne, nous avons pris le temps de lui expliquer régulièrement ce qui était compliqué pour Alban. Par exemple, dans la salle

---

<sup>92</sup> Potel, 2010, p. 317

<sup>93</sup> Houzel, 2003, p. 82

d'attente, lorsqu'il était effondré au sol, elle parlait de fatigue ou de jeu. Il a fallu lui exposer toute l'angoisse se cachant derrière le comportement d'Alban.

Progressivement, la mère a pu voir au-delà de l'agitation et commencer à accepter les difficultés plus profondes d'Alban. Un réel dialogue a pu se nouer et s'instaurer chaque semaine. Ainsi, nous l'avons accompagnée dans les démarches concernant l'entrée au collège et pris le temps de l'écouter dans ses diverses interrogations. Cette maman m'a donné l'impression d'être très seule et peu entourée. D'où mon sentiment d'agrippement au moment du retour à la salle d'attente. Si la rencontre avant la séance n'a jamais été possible, après la séance elle peut tout de même se faire.

J'aborde dans cette partie uniquement l'alliance thérapeutique mise en place avec la mère. En effet, tout au long de mon stage, je n'ai jamais rencontré le père d'Alban. Celui-ci me semble peu présent dans la prise en charge de son enfant. Son manque d'implication n'aide pas à la création d'une alliance thérapeutique solide avec la famille d'Alban.

Cependant, l'alliance thérapeutique qui s'est mise en place avec la mère ainsi que l'aménagement du cadre temporel nous ont permis d'accompagner Alban et ses difficultés en dehors du cadre de la prise en charge. Maintenant que j'ai présenté de quelle manière nous avons moduler l'organisation des séances, il est temps désormais de se pencher sur la relation à proprement parler du psychomotricien et de son patient. J'aimerais centrer ma réflexion autour de l'investissement corporel et émotionnel du psychomotricien dans ses séances.

### **III. L'ajustement du psychomotricien**

Un autre aspect de l'accompagnement proposé en psychomotricité auquel je souhaiterais m'intéresser est l'ajustement du psychomotricien. Si l'instauration d'un cadre thérapeutique contenant et d'une alliance avec la famille est importante, la relation qui se joue entre le psychomotricien et son patient constitue un élément central de la prise en charge.

Pour exposer les caractéristiques de cet ajustement, je parlerai en premier lieu de ma place de stagiaire puis des enjeux transféro-contre-transférentiels entre corps et émotions en psychomotricité.

## **1. Ma place de stagiaire dans la relation thérapeutique**

Dans la relation duelle, inhérente à une prise en charge individuelle, que change la présence d'un stagiaire ? Ce dernier a une place particulière. Christian Ballouard (2003) dit que le stagiaire « se situe ainsi, à la fois au-dedans et au-dehors de la prise en charge »<sup>94</sup>. En effet, il se trouve entre action et observation. De par son statut d'apprenant, il attire la curiosité des patients, et notamment des enfants. Alors, se rapproche-t-il plus du psychomotricien, adulte, ou du patient, enfant ?

Ma propre expérience en tant que stagiaire au CMPP m'inviterait à répondre que le stagiaire peut être amené à se sentir plus proche du patient que du thérapeute. Non pas en termes de pathologie, mais en termes de figure d'autorité. Tout au long de l'année, ma maîtresse de stage a dû rappeler à certains patients qu'ils devaient m'écouter tout autant qu'elle. Une alliance a pu parfois se mettre en place, comme si le patient me plaçait au même niveau que lui, face à l'autorité de la psychomotricienne. Mon âge pourrait également influencer mon positionnement face aux patients ainsi que mon statut d'étudiante face à des enfants eux aussi à l'école.

Avec Alban, ma présence a permis une triangulation de la prise en charge. Les notes prises par la psychomotricienne à propos des séances précédant mon arrivée montraient des difficultés dans la relation duelle. Dès les premières séances avec Alban, ma place de stagiaire permet une diffraction de la relation. Comme je l'ai dit en illustration de ma partie théorique sur les mécanismes de défense, un clivage s'est instauré dès le début. J'y parlais d'une indifférenciation entre la psychomotricienne et moi-même. Bien qu'elle ait persisté une bonne partie de l'année, Alban a été capable de montrer une ébauche de différenciation lors d'une séance. Au moment du retour à la salle d'attente, il sort sur le parking du CMPP et

---

<sup>94</sup> Ballouard, 2003, p. 183

nous ramène deux fleurs, une chacune. Auparavant, Alban nous en avait déjà offert, mais seulement une pour deux. C'est l'une des seules marques de différenciation que j'ai pu remarquer au cours de l'année.

En apportant du tiers et de la distance, j'ai pu permettre à Alban de sortir de la complexité d'une relation à deux avec la psychomotricienne. Mais, il a également fallu que je trouve ma propre place au sein de cette prise en charge. Je l'ai évoqué au début de cette partie, je me situais entre observation et action. Au début, j'étais dans une posture plus passive, plus observatrice, laissant à la psychomotricienne le soin de mener et de verbaliser le contenu de la séance. Progressivement, j'ai pris part aux séances en apportant parfois ma vision des choses et des idées venant compléter celles de la psychomotricienne. Cela a aussi pu se faire grâce à cette dernière qui a su me laisser une place plus grande, dans un objectif de co-thérapie. Vers la fin de l'année, j'avais le sentiment que nous étions deux psychomotriciennes impliquées dans l'accompagnement d'Alban, et non plus une stagiaire et sa maître de stage.

Après avoir abordé les grandes lignes de ma place de stagiaire dans la prise en charge d'Alban, j'approfondirai maintenant ce qu'il s'est joué entre lui et moi.

## **2. Transfert et contre-transfert : entre corps et émotions**

Ayant présenté précédemment les notions de transfert et de contre-transfert, mécanismes psychiques actifs au sein de la relation thérapeutique, je vais désormais parler de « la spécificité de l'approche en psychomotricité [qui] va se caractériser par l'implication active, corporelle et motrice du psychomotricien »<sup>95</sup>. En effet, le travail de ce dernier est rendu possible par un ensemble de connaissances théoriques et pratiques ainsi que par un savoir-être. Le psychomotricien doit présenter des qualités d'écoute, tant verbales que corporelles.

Dans la relation thérapeutique en psychomotricité, « le corps parlant du psychomotricien rencontre le corps parlant du patient »<sup>96</sup>. C'est un dialogue entre

---

<sup>95</sup> Liotard, 2000, p. 56

<sup>96</sup> Désobeau, 2010, p. 61c

corps qui se crée, un dialogue appelé tonico-émotionnel. Dans le cas de la prise en charge d'Alban, c'est en observant son attitude lors des premières séances que j'ai pu penser un moyen de le rencontrer. Alban est un garçon qui parle beaucoup et qui met son corps à distance. Ainsi, dans un premier temps, le dialogue se noue par le biais de la parole. Très rapidement, il m'intègre aux séances me racontant les activités faites avant mon arrivée. Il montre le désir que j'y prenne part à mon tour. Si pour d'autres patients un certain temps s'écoule avant que je ne puisse prendre place à part entière dans les séances, avec Alban tout s'installe très vite.

La rencontre me paraît également déstabilisante. Pour pouvoir rencontrer Alban, il faut que je m'ajuste, que je m'adapte à ce qu'il me montre. Cependant, les caractéristiques de sa pathologie rendent cela difficile. Toutes ses particularités nécessitent que je trouve une bonne distance dans la relation, ni trop proche et intrusive, ni trop distante et absente. Le clivage que j'ai décrit plus haut, dans ma partie théorique, ne facilite pas cette rencontre. Le transfert qu'Alban fait sur moi est fort. Il m'investit énormément.

A plusieurs reprises au cours de mon stage, Alban tisse une relation avec moi au point d'oublier parfois que nous sommes trois dans la salle. Peut-être aimerait-il que nous ne soyons que tous les deux ? Lors d'un jeu, cette hypothèse se confirme. Nous sommes en train de jouer avec un jeu nécessitant un changement de pile. La psychomotricienne tergiverse ne sachant pas si elle peut quitter la salle sans rompre le cadre. Mais Alban insiste pour que nous changions les piles alors elle finit par aller en chercher de nouvelles au secrétariat. A peine est-elle partie qu'Alban se tourne vers moi et me dit « ça marche mieux quand elle est pas là ».

A l'inverse, je me sens plus à l'aise lorsque nous sommes trois. La psychomotricienne m'aide à décrypter et interpréter tout ce qu'Alban met au travail dans les séances. Cependant, tout au long de l'année, c'est la résonance du vécu d'Alban sur le mien qui me permet d'ajuster ma posture par rapport à lui. Cet écho vient mettre en lumière ses éprouvés dans ma compréhension de son cas. J'affine petit à petit mon observation et met des mots sur mon ressenti lors des séances. Les troubles psychotiques d'Alban me renvoient un vécu parfois étrange dont je ne sais pas quoi faire. Mais, les mots de la psychomotricienne et mes recherches pour ce mémoire m'aident à y voir plus clair. Mon ajustement corporel face à Alban se

fait plus précis et plus fin. J'adapte la distance corporelle presque inconsciemment selon les besoins d'Alban. C'est toute la notion de contre-transfert émotionnel et corporel qui est en jeu. « Le retour des affects originaires transférés sur [la] personne [du thérapeute] produit en lui des émotions, des sentiments, dont une part lui appartient 'en propre' et dont l'autre part revient au patient »<sup>97</sup>.

L'investissement de ma présence par Alban se prolonge sur toute la durée de mon stage. Je fais de ces échanges transféro-contre-transférentiels un outil pour la prise en charge. Avec le soutien de la psychomotricienne, je m'en saisis pour faire des propositions à Alban. Depuis qu'un hamac est présent dans la salle, Alban semble vouloir l'essayer. Plusieurs fois il s'installe dessus mais abandonne car il ne peut pas s'enrouler dedans. De plus, dès que la psychomotricienne propose son aide, il s'en va et change d'activité. Pourtant, ce hamac apporte un arrière-fond sécurisant qui pourrait apaiser Alban et lui apporter de la contenance. Mais une fois installé dans le hamac, le devant du corps est exposé, vulnérable. Je ressens un désarroi chez Alban de ne pas pouvoir s'y installer car il tombe au sol suite à cela. Lors d'une séance où il montre de nouveau son intérêt pour le hamac, je profite du lien établi avec lui pour l'accompagner dans ce moment. Je sens en moi une inquiétude que le hamac ne lui convienne pas une nouvelle fois. Alors, lorsqu'il s'assoit dans le hamac, je me pose au sol près de lui. Je tiens le hamac le temps qu'Alban s'installe. Puis, avant qu'il ne cherche à s'enrouler dedans, je prends une couverture et lui pose sur l'avant du corps. De cette manière, tout son corps est contenu par du tissu. Alban semble accepter ma présence et peut rester dans le hamac. Je commence doucement à le bercer tandis que la psychomotricienne fredonne une chanson. Durant un temps, Alban semble s'apaiser. Mais cela ne dure pas. Lorsque la psychomotricienne annonce que la séance touche à sa fin et que la mère d'Alban est arrivée, celui-ci se lève d'un bond en direction de la porte. Je suis déstabilisée et surprise face à ce recrutement tonique brusque et presque *violent*. Je me demande si ce changement d'attitude est dû à l'annonce de la fin de séance ou à un début de lâcher prise, trop effrayant pour qu'il ne le supporte. Perdue dans ma réflexion et inquiète à l'idée d'avoir accentué son mal-être, je rejoins la salle d'attente avec la psychomotricienne et Alban. C'est à ce moment qu'il sort dehors

---

<sup>97</sup> Potel, 2015, p. 115

puis revient avec une fleur pour moi. Il accompagne son geste d'une phrase pleine de reconnaissance : « merci de m'avoir bercé dans mon hamac ».

En revanche, les enjeux transféro-contre-transférentiels sont variables d'une séance à une autre. Parfois, ils peuvent être tellement forts qu'ils laissent une sensation d'absence. C'est arrivé lors d'une séance où Alban arrive dans la salle, très silencieux et fermé. La séance se passe après une période de vacances scolaires. Elle se déroule machinalement, Alban nous parle de jeux vidéo et construit un personnage en pâte à modeler. La séance ressemble à beaucoup d'autres et, pourtant, j'ai l'impression de ne pas y être. Je n'écoute pas tout ce que dit Alban et ne m'investis pas vraiment dans la séance. Lorsque nous reparlons toutes les deux de cette séance, le vécu de la psychomotricienne fait écho au mien. Les retrouvailles ont semblé difficiles pour Alban et ont mis à mal le lien créé avant les vacances. C'est comme s'il fallait repartir de zéro et reconstruire une dynamique de travail.

Mon contre-transfert corporel et émotionnel a également été fort dans les moments d'effondrement tonique d'Alban durant la fin de séance. Face à cela, je pense le rôle du psychomotricien comme un support sur lequel le patient pourrait s'étayer. Lorsqu'il est effondré, Alban recherche un support dans le sol. Néanmoins, il ne semble pas encore prêt pour s'appuyer sur l'autre. Si la psychomotricienne ou moi-même nous approchons de lui pour lui proposer de l'aide, Alban aura tendance à refuser. Pour moi, cela rejoint toute la question de la distance corporelle, difficile à ajuster dans la psychose infantile. Je peux également mettre cette observation en lien avec l'enveloppe psychocorporelle d'Alban. Si ses limites corporelles semblent floues, une trop grande proximité dans un moment d'angoisse archaïque pourrait engendrer une confusion et intensifier la désorganisation liée à ce moment.

La relation qui s'est établie entre Alban et moi s'inscrit plus globalement dans le suivi en psychomotricité. Elle s'articule avec les propositions faites durant les séances, notamment la cabane, mais également dans la construction d'un cadre et d'une alliance thérapeutiques. La présence d'un stagiaire vient en changer les codes. En effet, pour Alban comme pour sa mère, il a fallu accepter et prendre en compte ma présence dans la prise en charge.

## **IV. Mise en perspective de ma réflexion**

Ce mémoire touche à sa fin, tout comme la présentation de ma réflexion sur l'accompagnement proposé à Alban. Si mes hypothèses ont pu montrer des effets bénéfiques face à l'angoisse d'effondrement émergeant en fin de séance, il me semble toutefois important de venir nuancer leur efficacité.

Je l'ai énoncé à plusieurs reprises, l'angoisse palpable d'Alban dans les moments difficiles a guidé le fil de ma réflexion. J'ai axé le propos de ce mémoire plus spécifiquement autour de la fin de séance mais l'angoisse d'Alban s'inscrit dans la problématique globale de sa pathologie. Quand j'ai rencontré ce dernier, il n'était pas sous traitement. Le projet autour de la création d'une cabane s'est mis en place avant la mise sous traitement d'Alban. Ainsi, les effets positifs que nous avons observé à cette période peuvent être liés à la cabane. En revanche, bien que les difficultés de fin de séance se soient un peu atténuées, le traitement peut également y être lié. La prescription de Risperdal®, faite au cours de l'année, a pu venir influencer la prise en charge.

La part d'efficacité du médicament nous est confirmée par la mère d'Alban qui le trouve plus calme. Cette dernière semble soulagée de voir une évolution positive quant à l'état de son enfant. Alban peut lui-même évoquer une amélioration : « j'arrive à finir mes devoirs maintenant ». En séance, nous avons également constaté une amélioration notable. Cependant, je pourrais parler d'une évolution en dents de scie, faite de hauts et de bas. Alban semble s'apaiser corporellement et psychiquement grâce à ce que nous mettons en place dans la prise en charge mais aussi grâce au médicament qu'il prend tous les jours. Son agitation dans les séances diminue. Néanmoins, chaque longue séparation imposée par les vacances scolaires vient perturber l'amélioration de son état et provoquer un léger retour en arrière par rapport aux progrès effectués avant les vacances.

En ce qui concerne l'aménagement du cadre temporel, il n'a pu se faire que sous le coup de conditions particulières. Au tout début de mon stage, la psychomotricienne suivait une autre enfant après Alban. Cependant, la patiente a demandé à changer de créneau pour sa séance. En temps normal, la psychomotricienne aurait placé une autre prise en charge à ce moment mais, ayant

décidé de faire mon mémoire au sujet d'Alban, nous avons convenu de laisser le créneau libre. Cela nous donnait un temps d'échanges pour parler de la séance et de ce que nous allions pouvoir proposer pour la suite des séances. Dans d'autres circonstances, je ne suis pas sûre que cet aménagement du cadre temporel aurait pu être proposé.

Faire d'Alban mon sujet de mémoire et de réflexion au cours de cette année a peut-être également eu un impact sur la relation qui s'est tissée entre lui et moi. Durant une bonne partie de mon stage, j'ai regardé Alban au travers du prisme du mémoire. Ainsi, je doute de l'objectivité de mon propos, ayant probablement été absorbée par tous les enjeux transféro-contre-transférentiels. Cependant, toutes les recherches théoriques qui ont nourri ce travail m'ont permis de comprendre une chose : la subjectivité du psychomotricien fait partie intégrante de son travail auprès des patients. Nous sommes notre propre outil de travail. Prendre du recul au sein d'une prise en charge n'est pas chose évidente. La présence de la psychomotricienne et son regard expérimenté ont pu m'aider à aborder les particularités d'Alban sous un angle plus large.

# CONCLUSION

---

Au travers de ce mémoire, j'ai proposé de retranscrire ma réflexion ainsi que son cheminement tout au long de cette année. Elle débute au moment de ma rencontre avec Alban. Une rencontre particulière qui a généré en moi de nombreuses interrogations. C'est également une rencontre avec une pathologie complexe, parfois difficile à saisir : la psychose infantile.

Les troubles psychotiques chez l'enfant viennent impacter son développement tant sur le plan psychique que sur le plan corporel. Dans le cas d'Alban, l'expression de ses troubles peut être plus ou moins bruyante au cours des séances mais c'est à la fin de ces dernières qu'elle me marque le plus. Ce que l'effondrement d'Alban dans ces moments me laisse à voir n'est autre qu'une intense souffrance psychique face à la séparation. La dimension psychocorporelle qui s'inscrit dans ces difficultés fait écho, selon moi, à l'une des spécificités de la psychomotricité : l'intrication du corps et de l'esprit.

En découle une question : comment le psychomotricien peut-il accompagner les manifestations psychocorporelles apparaissant lors de la séparation en fin de séance chez un enfant psychotique ? Cette interrogation a constitué le point de départ de ce mémoire et a servi de fil directeur au développement de ma réflexion. D'abord par des observations et des constatations cliniques puis par des apports théoriques, j'ai cherché à éclairer mon questionnement.

Mon but était de mieux comprendre le fonctionnement psychotique afin de pouvoir proposer un accompagnement à Alban au plus proche de ses besoins. J'ai alors mis en lien les compétences et les spécificités du psychomotricien avec la caractéristique psychotique la plus flagrante apparaissant lors de la fin de séance : l'angoisse d'effondrement. Résonne ainsi en Alban un besoin de contenance et une fragilité de son enveloppe psychocorporelle. Tout en essayant de créer un lien avec lui, au gré des enjeux transféro-contre-transférentiels, j'ai recherché de quelle manière le psychomotricien pourrait venir soutenir ces difficultés.

Dans un premier temps, si l'enveloppe psychocorporelle d'Alban ne semble pas être fiable, que penser pour venir la renforcer ? L'idée qui me vient est celle d'une cabane. Et la création d'un espace contenant semble venir apaiser Alban. Cependant, dans un second temps, j'ai abordé les choses sous un plus grand angle. La fin de séance débute dans la salle de psychomotricité mais elle s'achève dans la salle d'attente. C'est pourquoi, il m'a semblé primordial de penser une transition entre ses deux espaces. Pour cela, il a fallu impliquer la mère d'Alban dans ma réflexion. Lorsqu'il nous quitte à la fin de séance, c'est elle qu'il retrouve. Et c'est entre ces deux moments distincts que peuvent réémerger les angoisses apaisées par un temps passé dans la cabane. C'est ainsi que la psychomotricienne et moi-même avons procédé à un aménagement du cadre temporel de la séance.

Au-delà de la séparation lors de la fin de séance, c'est la séparation définitive liée à la fin prochaine de mon stage qu'il va désormais falloir accompagner. Si une semaine de séparation entre deux séances semble trop longue pour Alban (« Mais... la semaine prochaine c'est trop long »), comment travailler une séparation *pour toujours* ? S'il est difficile de dire au revoir sachant que l'on va se revoir, comment dire un au revoir définitif ? C'est une question pour laquelle je n'ai pas de réponse mais qui fera l'objet des séances à venir avec Alban.

Enfin, ce mémoire représente non seulement l'aboutissement d'une année de stage faite de rencontres, d'apprentissage et d'expériences, mais il vient également clore trois années de formation. Comme le dit l'adage, toute histoire a une fin. Néanmoins, toute fin signe le commencement d'une nouvelle histoire.

# BIBLIOGRAPHIE

---

- Ouvrages

Ajuriaguerra, J. de (1970). *Manuel de psychiatrie de l'enfant*. Paris : Masson, 1974.

Ajuriaguerra, J. de & Angelergues, R. (1962). De la psychomotricité au corps dans la relation avec autrui, à propos de l'œuvre de Henri Wallon. In F. Joly & G. Labès (Eds). *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité. Volume 1 : corps, tonus et psychomotricité* (pp. 185-196). Montreuil : Editions du papyrus, 2008.

American Psychiatric Association (2016). *Mini DSM-5* (M.-A. Crocq & J.-D. Guelfi, trad.). Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

Anzieu, D. (1985). *Le Moi-peau*. Paris : Dunod, 2006.

Ballouard, C. (2003). *Le travail du psychomotricien*. Paris : Dunod, 2006.

Boutinaud, J. (2009). *Psychomotricité, psychoses et autismes infantiles*. Paris : Editions In Press, 2010.

Boutinaud, J. (2017). *Les troubles psychotiques chez l'enfant*. Malakoff : Armand Colin.

Dolto, F. (1984). *L'image inconsciente du corps*. Paris : Editions du seuil, 2014.

Ferrari, P. & Epelbaum, C. (1994). *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris : Flammarion - médecine sciences.

Freud, S. (1900). *L'interprétation du rêve* (J-P. Lefebvre, trad). Paris : Editions du seuil, 2010.

Freud, S. (1923). *Le Moi et le Ça* (J. Laplanche, trad). Paris : Editions Payot et Rivages, 2010.

Funck-Brentano, I. (1985). Donald W. Winnicott (1896-1971). In B. Golse (Eds). *Le développement affectif et cognitif de l'enfant* (pp. 75-89). Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2008.

Garrabé, J. & Kammerer F. (2015). *Classification française des troubles mentaux R-2015. Correspondance et transcodage – CIM10*. Rennes : Presses de l'EHESP.

Golse, B. (1985). Sigmund Freud (1856-1939). In B. Golse (Eds). *Le développement affectif et cognitif de l'enfant* (pp. 3-34). Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2015.

Houzel, D. (2005). *Le concept d'enveloppe psychique*. Paris : Editions In Press, 2010.

Jover, M. (2000). Perspectives actuelles sur le développement du tonus et de la posture. In J. Rivière (Eds). *Le développement psychomoteur du jeune enfant : idées neuves et approches actuelles* (pp. 17-52). Marseille : Solal éditeur.

Laplanche, J. & Pontalis, J.-B. (1967) *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : Presses Universitaires de France, 2009.

Lehmann, J-P. (2009) *Donald W. Winnicott : un créateur indépendant*. Paris : Armand Colin, 2013.

Liotard, D. (2000). Réflexions actuelles sur la spécificité du soin psychomoteur. In C. Potel (Eds). *Psychomotricité : entre théorie et pratique* (pp. 51-63). Paris : Editions In Press, 2010.

Mahler, M. (1970). *Psychose infantile* (J. & P. Léonard, trad). Paris : Petite Bibliothèque Payot, 1977.

Misès, R. (2012). *Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent R-2012. Correspondance et transcodage - CIM10*. Rennes : Presses de l'EHESP.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (1993). *CIM-10 / ICD-10 Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement : Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic*. Paris : Masson.

Pireyre W., E. (2011). *Clinique de l'image du corps : du vécu au concept*. Paris : Dunod, 2015.

Potel, C. (2010). *Etre psychomotricien : un métier du présent, un métier d'avenir*. Toulouse : Erès, 2015.

Potel, C. (2015). *Du contre-transfert corporel, une clinique psychothérapique du corps*. Toulouse : Erès.

Schilder, P. (1935). *L'image du corps : étude des forces constructives de la psyché* (F. Gantheret & P. Truffert, trad). Paris : Editions Gallimard, 2004.

Wallon, H. (1949). *Les origines du caractère chez l'enfant*. Paris : Presses Universitaires de France, 2009.

Winnicott, D. W. (1988). *Le bébé et sa mère* (M. Michelin & L. Rosaz, trad). Paris : Editions Payot, 1992.

- Articles

Aubourg, F. (2003). Winnicott et la créativité. *Le Coq-héron*, 173, 21-30. doi : 10.3917/cohe.173.002

Bachollet, M.-S. & Marcelli, D. (2010) Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements. *Enfances & Psy*, 49, 14-19. doi : 10.3917/ep.049.0014

Bolgert, C. (2003). L'identification projective. *Gestalt*, 24, 141-159. Retrieved from <https://www.cairn.info/revue-gestalt-2003-1-page-141.htm>

Boutinaud, J. (2001). Réflexions et hypothèses autour d'une pratique institutionnelle. *Thérapie psychomotrice et recherches*, 125, 68-80.

Ciccone, A. (2008). L'archaïque et l'infantile. *Spirale*, 45, 133-147. doi : 10.3917/spi.045.0133

Delourme, A. (2003). La souplesse du cadre. *Gestalt*, 25, 29-47. Retrieved from <https://www.cairn.info/revue-gestalt-2003-2-page-29.htm>

Désobeau, F. (2010). Identité et fonction du psychomotricien. *Thérapie psychomotrice et recherches*, 162, 58-68.

Golse, B. (2010). Du concept de dialogue tonique au concept d'interactions. Emotions et polysensorialité. *Thérapie psychomotrice et recherches*, 162, 6-17.

Haag, G. (1997). Contribution à la compréhension des identifications en jeu dans le moi corporel. *Journal de la Psychanalyse de l'enfant*, 20, 104-125.

Houzel, D. (2003). Un autre regard sur la parentalité. *Enfances & Psy*, 21, 79-82. doi : 10.3917/ep.021.0079

Huerre, P. (2006). L'enfant et les cabanes. *Enfances & Psy*, 33, 20-26. doi : 10.3917/ep.033.0020

Miglioranza, S. (2006). L'utilisation de l'espace en psychomotricité. *Enfances & Psy*, 33, 104-112. doi : 10.3917/ep.033.0104

- Mémoires

Alberge, D. (2016) « Être » en souffrance : les angoisses chez l'enfant : une souffrance psychique aux multiples expressions psychocorporelles. Mémoire DE de psychomotricité, Université Paris VI.

Cluzeau, P. (2014), *Sur les chemins de la relation patient-psychomotricien : éléments de réflexion sur la genèse et les fondements de la relation thérapeutique*. Mémoire DE de psychomotricité, Université de Bordeaux.

Flack, J. (2017). *Le positionnement du psychomotricien dans l'instauration et l'ajustement d'un cadre thérapeutique contenant et sécure*. Mémoire DE de psychomotricité, Université Paris VI.

Herve, T. (2013). *La cabane : ce qui contient un homme seul debout*. Mémoire DE de psychomotricité, Université Paris VI.

Renard, F. (2009). *Le cadre thérapeutique en psychomotricité : une enveloppe qui entoure la relation thérapeutique*. Mémoire DE de psychomotricité, Université Paris VI.

Texier, M. (2015). *S'é-mouvoir. Le mouvement en psychomotricité au service de la perception de soi chez les patients psychotiques*. Mémoire DE de psychomotricité, Université de Bordeaux.

Tiznel-Saïdani, S. (2017). *Le préjugé est enfant de l'ignorance : quand les ressentis du psychomotricien s'immiscent dans l'instauration de l'alliance thérapeutique avec les parents*. Mémoire DE de psychomotricité, Université Paris VI.

- Dictionnaires

*Le Petit Robert*. (2013). Paris : Dictionnaires Le Robert.

# ANNEXES

---

- **Annexe I : image représentant un PNJ, le peintre**



- **Annexe II : photographies représentant la modélisation en pâte à modeler du peintre, réalisée par Alban**



○ **Annexe III : photographies de la cabane initiale**



○ **Annexe IV : photographies de la cabane, deuxième version**





○ **Annexe V : photographies de la cabane, troisième version**



# RÉSUMÉ

---

Ce mémoire retrace l'histoire d'une rencontre avec un patient. Un patient qui, par ses particularités, me questionne quant aux capacités d'ajustement du psychomotricien face à ces dernières. Que faire quand la détresse psychique et corporelle s'invite lors de la fin de séance ? C'est à cette question que je vais tenter d'apporter des réponses, en explorant plusieurs pistes de réflexion. De la création d'une cabane à l'aménagement du cadre temporel, le travail du psychomotricien s'inscrit dans une dynamique transféro-contre-transférentielle, entre corps et émotions, dans laquelle il est parfois difficile de trouver une juste distance.

**Mots-clés :** Psychomotricité – Psychose infantile – Angoisses archaïques – Ajustement tonique – Manifestations tonico-émotionnelles – Séparation – Relation thérapeutique.

# ABSTRACT

---

This essay tells the story of a meeting with a patient. A patient who, by his distinctive characteristics, makes me wonder about the psychomotor therapist's abilities to adjust to these characteristics. What has to be done when psychological and physical distress comes without warning in the end of a session ? This is the question to which I'll try to bring answers by exploring some lines of thought. From the creation of a hut to the time frame's adjustment, the work of the psychomotor therapist falls within a transference and counter-transference dynamics, between body and emotions, into which it is sometimes tough to find the right balance.

**Keywords :** Psychomotricity – Infantile psychosis – Primitive anguishes – Adjustment tonic – Tonico-emotional demonstrations – Separation – Therapeutic relation.