

**“ Ça fait du bien ! ” : la sensorialité en psychomotricité**  
Annabelle Pengam

► **To cite this version:**

Annabelle Pengam. “ Ça fait du bien ! ” : la sensorialité en psychomotricité. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02274209

**HAL Id: dumas-02274209**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02274209>**

Submitted on 29 Aug 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.

Institut de Formation en Psychomotricité  
de la Pitié-Salpêtrière  
91 boulevard de l'Hôpital  
75364 Paris Cedex 14



« Ça fait du bien ! »  
La sensorialité en psychomotricité

Mémoire présenté par Annabelle PENGAM  
en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de psychomotricien

Référent de mémoire  
Solène DAGORN

Session juin 2019

## **Remerciements**

Un grand merci à Adamé et Mr O., ainsi qu'à tous les patients croisés durant ma formation. Votre contact m'a fait grandir et je conserve précieusement les souvenirs de nos rencontres.

Je tiens à remercier l'Institut de Formation en Psychomotricité de la Pitié-Salpêtrière et l'ensemble de nos enseignants pour la qualité de leurs interventions et la richesse des expériences qu'ils nous donnent à vivre et à partager.

A Solène, merci d'avoir accepté de m'accompagner dans l'écriture de ce mémoire en m'épaulant de la grande bienveillance dont tu sais faire preuve. Je me réjouis de poursuivre nos échanges à l'avenir.

A Céline, Sophie, Maëva et Mélisande, je crois que le monde de la psychomotricité est captivant car il se nourrit de la pratique d'êtres humains de grande qualité. Merci à toutes pour vos enseignements et votre générosité dans le partage de votre approche du métier avec vos futurs collègues.

A Hortense, c'est avec un peu d'émotion que je t'adresse mes remerciements. Cette année de partages fut pour moi un honneur, merci pour ton humilité et la confiance que tu m'as accordée.

Aux amis et à ma famille qui, sans tout à fait connaître le métier de psychomotricien, ont su percevoir la passion qui m'anime et m'encourager à chaque instant ;

A mes formidables camarades de promotion, sans qui ces trois dernières années n'auraient pas eu la même saveur : MERCI !

Une pensée particulière pour ma petite Mamoune, merci pour tout.

# **Sommaire**

<b><u>Introduction</u></b>	<b><u>6</u></b>
<b><u>I-Présentations cliniques</u></b>	<b><u>9</u></b>
<b>1) Rencontre avec Adamé</b>	<b>9</b>
1.1) Anamnèse	9
1.2) Le TDA/H	10
1.3) Sémiologie psychomotrice dans le TDA/H	11
1.4) Le bilan psychomoteur	12
1.5) Le projet thérapeutique	13
1.6) La prise en charge	14
1.7) Conclusion	16
<b>2) Rencontre avec Mr O.</b>	<b>17</b>
2.1) Anamnèse	17
2.2) La schizophrénie paranoïde	18
2.2.1) La psychose	18
2.2.2) La schizophrénie paranoïde	19
2.3) Sémiologie psychomotrice dans la schizophrénie	20
2.4) Le bilan psychomoteur	24
2.5) Le projet thérapeutique	27
2.6) La prise en charge	28
2.7) Conclusion	30
<b><u>II-Étayage théorique autour du concept de sensorialité</u></b>	<b><u>32</u></b>
<b>1) La sensorialité</b>	<b>32</b>
1.1) Généralités	32
1.2) Physiologie de la sensation	33
1.2.1) De la sensation à la perception	33
1.2.2) L'intégration sensorielle	34
1.3) Théorie de l'intégration sensorielle	36
<b>2) Le clivage</b>	<b>38</b>
2.1) Généralités	38
2.2) Le clivage dans les théories psychanalytiques	39
2.3) La clinique du clivage	41
<b>3) La naissance de la sensorialité, son impact sur la construction du sujet</b>	<b>42</b>
3.1) Un bain sensoriel dès la vie intra-utérine	42
3.2) Le choc de la naissance	43
3.3) Les interactions précoces	43

3.3.1) Les trois niveaux de l'interaction	43
3.4) Le Moi-peau de Didier Anzieu	46
3.5) André Bullinger et le développement sensori-moteur	49
<b><u>III-Discussion</u></b>	<b><u>51</u></b>
<b>1) Adamé ou la difficulté de construire une sensorialité</b>	<b>51</b>
1.1) Le tout ou rien	51
1.2) L'entre-deux en psychomotricité	56
<b>2) Mr O. ou l'histoire du corps</b>	<b>57</b>
2.1) Des sensations ancrées dans une histoire	57
2.2) L'impossible réalité du corps	59
<b><u>Conclusion</u></b>	<b><u>61</u></b>
<b><u>Bibliographie</u></b>	<b><u>63</u></b>

**Je m'escorte**

**“ Je ne connais pas  
le squelette  
qui vit debout en moi**

**Obscurs sont les lieux de mon corps  
la gravitation me commande**

**Je m'escorte  
dans l'énigme totale  
de moi-même**

**Comment me traduire  
par le verbe “**

**Anise Koltz<sup>1</sup>**

---

<sup>1</sup> Anise Koltz – *Le cri de l'épervier* (2000) – *Somnambule du jour: Poèmes choisis* (Poésie/Gallimard, 2016)

## **Introduction**

### ***Je m'escorte.***

La question de la sensorialité en psychomotricité s'est posée pour moi lors des travaux pratiques de première année. Suite aux diverses propositions faites par nos enseignants, nous clôturons le cours par un temps de verbalisation libre. Tout d'abord, les difficultés à prendre la parole s'inscrivaient dans une sorte de timidité, à partager la forme d'intimité que composait mon vécu avec mes camarades. Lorsque j'ai pu me prêter à l'exercice, il n'a pas été aisé de mettre des mots précis et adaptés sur mon ressenti. Je n'avais jusqu'alors jamais pris le temps de m'allonger et d'écouter le dialogue que le corps cultive au travers des sens, dans un aller-retour où sensations et affects se nourrissent. Au détour de ces expériences, mes capacités de conscience corporelle et d'élaboration à propos de mes sensations se sont largement développées, m'apprenant davantage sur mes potentialités, sur mes limites et me rendant plus attentive à moi-même.

### ***Je ne connais pas***

### ***le squelette***

### ***qui vit debout en moi***

En tant que psychomotricienne stagiaire, j'ai été surprise de l'incapacité d'un grand nombre de patients à parler de leur vécu corporel et/ou de faire le lien entre leurs sensations physiques et leur état psychique et affectif. Je situais d'abord la source principale de cette impossibilité autour d'un défaut de verbalisation mais la multiplication de ce genre de présentations m'a questionné sur l'aspect perceptif des flux sensoriels internes et externes.

En dernière année de formation j'ai rencontré Adamé et Mr O., présentant respectivement un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) et une schizophrénie paranoïde. Tous les deux entretiennent un rapport singulier à leur sensorialité. Adamé, du haut de ses onze ans, ne se saisit que de stimulations très fortes, qu'il se procure lui-même dans l'expression de ses symptômes d'impulsivité et

d'hyperactivité. Il est par ailleurs en peine pour mettre en mots ses expériences sensorielles et alimente nos échanges de verbalisations très pauvres.

Mr O., lui, ne peut nous parler de ses sensations que par le prisme de ses expériences passées, qui le soutiennent dans la discrimination des sensations mais ne lui permettent jamais de décrire la nature des afférences, ni ce qu'elles provoquent en lui.

***Je m'escorte  
dans l'énigme totale  
de moi-même***

A la suite de mes premières constatations, j'ai émis l'hypothèse d'une mise à distance des éprouvés corporels plus ou moins volontaire. J'étais alors en stage auprès d'hommes détenus et il me paraissait tout à fait plausible que le milieu carcéral puisse entraîner une forme de rupture de l'unité psychocorporelle.

Dans un premier temps, la première notion qui me semblait pouvoir expliquer ces présentations était celle du clivage. Cette notion développée dans le champ de la psychanalyse se réfère à un mécanisme de défense permettant d'écarter de la conscience une partie de la réalité qui serait intolérable pour l'individu. La notion de traumatisme est souvent mise en lien avec l'avènement d'un clivage mais ce mécanisme s'organise également dans les troubles psychotiques. Ce clivage pourrait-il s'inscrire dans la sensorialité de l'individu ? Je choisis ici de me référer à ce questionnement sous l'appellation de clivage sensoriel. Si elle semble convenir pour appréhender une sensorialité propre de Mr O., il me paraît inexacte d'y faire adhérer le profil psycho-sensoriel du jeune Adamé.

En effet, ma rencontre avec lui s'inscrit dans un cadre tout à fait opposé à la détention. Cette différence de milieux m'a permis dans un second temps de faire évoluer ma réflexion vers un autre niveau de compréhension de ses particularités psychosensorielles. Il me semble que, pour Adamé, le symptôme soit en deçà des difficultés de verbalisation, ou de l'élaboration d'une défense psychique. Il s'agirait davantage d'un achoppement dans l'intégration des flux sensoriels. L'intégration sensorielle comprend l'ensemble des processus nécessaires à l'intégration et l'organisation des afférences sensorielles tactiles, proprioceptives, vestibulaire,

olfactives, visuelles et gustatives. L'intégration de tous les stimuli qui nous saisissent, nous mettent en relation avec le monde et nous fournissent alors le sentiment d'exister.

### ***Obscurs sont les lieux de mon corps***

L'extraction de ces invariants cliniques m'amène à poser la problématique suivante :

Comment un rapport déficitaire à la sensorialité vient-il modifier les liens qu'entretient le sujet par rapport à lui-même et à son environnement ?

Pour nourrir ce questionnement, il me paraît judicieux de rechercher des pistes quant aux origines de ce déficit. Est-ce une anomalie de développement structurelle ou plutôt un démantèlement consécutif à un événement de la vie du sujet ?

La question de la place de la psychomotricité de tels cas de figure m'intéresse également. Comment un travail en thérapie psychocorporelle peut venir soutenir une entrée ou un retour à une sensorialité étayante pour le sujet ? Un travail pour accompagner les capacités de symbolisations et de représentations des vécus corporels qui ancrent une unité psychocorporelle plus juste.

Dans ma tentative de répondre aux interrogations citées plus haut, je me propose dans un premier temps d'exposer ma rencontre avec Adamé et Mr O. pour fournir non seulement des éléments d'anamnèse mais également une trame illustrant leurs évaluations psychomotrices et le travail entrepris avec eux en psychomotricité.

Dans un second temps, un étayage théorique intéressant l'intégration et le clivage sensoriel permet de confronter mes hypothèses cliniques, en montrant notamment l'importance de la sensorialité dans la construction du sujet.

Enfin, la mise en lien des éléments cliniques et des éléments théoriques apporte une compréhension plus globale des symptômes psychosensoriels que présentent Adamé et Mr O et le rôle que peut tenir la thérapie psychocorporelle dans l'accompagnement de ces troubles.

***Comment me traduire  
par le verbe***

## **I- Présentations cliniques**

### 1) Rencontre avec Adamé

#### 1.1) Anamnèse

Adamé a aujourd'hui onze ans et demi.

Adamé est jumeau avec Adama, ils sont nés prématurément à 34 semaines d'aménorrhée, soit six semaines avant le terme. L'accouchement est déclenché par césarienne car Adamé ne grandissait pas suffisamment par rapport au deuxième fœtus. Les deux nouveaux-nés sont maintenus en couveuses durant quatre semaines pour maintenir leur proximité, bien que Adama n'ait besoin d'aucun soin.

Âgé de quelques mois, la mère d'Adamé s'aperçoit qu'il présente des mouvements stéréotypés de la tête. Après la consultation d'un pédiatre, il sera pris en charge en psychomotricité durant six mois.

Lorsqu'il entre en moyenne section, l'institutrice constate que Adamé bouge beaucoup et montre des difficultés de concentration. A cinq ans, il sera de nouveau suivi en psychomotricité durant trois mois, puis en CMPP pendant un an à la suite de cela.

Lors de la rencontre au cabinet, Adamé vient de redoubler son CE1, il est accompagné par une AVS depuis le CP car il continue à beaucoup bouger, éprouve des difficultés de concentration et se montre souvent fatigué en classe.

Sa mère le décrit comme un garçon volontaire mais qui perd facilement confiance en lui et n'est donc pas persévérant dans ce qu'il entreprend.

Adamé est un grand passionné de football, il aime également les jeux de constructions et faire de la trottinette. A la maison, il se montre autonome mais nécessite parfois des vérifications de la part de ses parents, notamment dans l'habillement où il commet quelques étourderies avec le sens des habits.

Adamé est diagnostiqué comme présentant un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) en juin 2018. Après un long moment de réflexion, la famille

attend actuellement la mise en place d'un traitement psychostimulant à base de méthylphénidate, la Ritaline.

## 1.2) Le TDA/H

Le Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDA/H) concerne 3.5 à 5.6% des enfants d'âge scolaire en France, soit environ un à deux élèves par classe et touche majoritairement les garçons ( deux à trois garçons pour une fille).

Dans le DSM 5<sup>2</sup>, le TDA/H apparaît dans les troubles neurodéveloppementaux. Il existe trois formes de TDA/H : inattentif, hyperactif-impulsif, mixte (combinaison des deux premiers).

Les critères d'inattention selon le DSM 5 : le patient ne parvient pas à prêter attention aux détails ou fait des fautes d'étourderie dans les devoirs scolaires. Il a souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux et semble ne pas écouter quand on lui parle personnellement. Régulièrement, il ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires. Il a régulièrement du mal à organiser ses travaux ou ses activités, et évite ou fait à contre-cœur les tâches qui demandent un effort mental soutenu. Il est amené à perdre les objets nécessaires à son travail, se laisse distraire par des stimuli externes et enfin il a des oublis fréquents dans la vie quotidienne.

Les critères d'hyperactivité-impulsivité selon le DSM 5 : Le patient remue les mains ou les pieds ou se tortille sur son siège ; il se lève compulsivement en classe, ou dans d'autres situations où il est supposé rester assis ; il court ou grimpe partout lors de situations inappropriées ; il est fréquemment incapable de se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir, et est souvent « sur la brèche » ou agit comme s'il était "monté sur ressorts". Il est amené à parler beaucoup, laisser échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée, et à avoir du mal à attendre son tour, ce qui peut le conduire à interrompre les autres ou à imposer sa présence.

---

<sup>2</sup> American Psychiatric Association (2015)

Dans 50% des cas, il y a des troubles associés : Trouble des apprentissages, trouble anxieux, Trouble Oppositionnel avec Provocation (TOP), Trouble des Conduites (TC). Dans 40% des cas, il s'associe avec un Trouble Oppositionnel avec Provocation (TOP) dans l'enfance, puis à l'adolescence il peut se transformer vers un Trouble des Conduites (TC) associé avec une mauvaise estime de soi.<sup>3</sup>

L'étiologie d'un TDA/H est multifactorielle et présente des facteurs génétiques, organiques, environnementaux, avec notamment les troubles des interactions précoces comme dépression post-partum ou la prématurité sur laquelle nous reviendrons plus tard au sujet de Adamé.

### 1.3) Sémiologie psychomotrice dans le TDA/H

#### Troubles de la régulation tonique et de la posture

Ces troubles dans l'ajustement tonique se manifestent soit sur un versant hypertonique avec un excès de tension musculaire, le blocage de la respiration, ou encore des oscillations entre la retenue et l'explosion psycho-comportementale. Soit sur un versant hypotonique avec des effondrements toniques face à la difficulté ou la frustration par exemple. Il est fréquent qu'une alternance entre ces deux profils se manifeste pour un même enfant.

D'un point de vue postural, l'enfant est en difficulté pour ajuster, maintenir, adapter son équilibre et sa posture en situations dynamiques et statiques.

#### Troubles du schéma corporel et de l'image du corps

Le TDA/H implique souvent un trouble de l'intégration du schéma corporel et une mauvaise connaissance du corps humain en général. La conscience corporelle est déficitaire et l'investissement du corps se fait sur un versant éclaté avec une estime de soi fréquemment faible.

---

<sup>3</sup> Newcorn JH., Halperin JM (2000) p. 172

## Troubles de la motricité et des coordinations

L'enfant présentant un TDA/H donne cette impression globale de maladresse, avec une non-efficacité du geste due à une mauvaise organisation praxique. Ces difficultés sont parfois masquées par une illusion d'aisance, où l'enfant fait preuve d'une certaine indolence vis-à-vis des consignes. Ces troubles sont expliqués par la présence de l'impulsivité psychomotrice et l'inattention propre au TDA/H, avec une tendance à se précipiter dans l'action.

## Troubles de la structuration spatio-temporelle

Les patients montrent des difficultés à la fois à se repérer dans l'espace et le temps, à mettre en récit et construire une histoire organisée.

Les fonctions exécutives, permettant à l'individu de s'adapter à l'environnement, ses modifications, et constituant la base des comportements sociaux, sont particulièrement impactées par le TDA/H. Pour rappel, les fonctions cognitives regroupent la planification, le contrôle attentionnel, la mémoire de travail, l'inhibition, et la flexibilité cognitive.

### 1.4) Le bilan psychomoteur

Le premier bilan réalisé à l'âge de huit ans montre chez Adamé un défaut de régulation des troubles posturaux évidents. Il présente de grandes difficultés dans les équilibres statiques et dynamiques ainsi que dans les coordinations oculo-manuelles et les dissociations motrices. Les tâches de motricités fines sont réalisées sans précision et avec empressement. Le geste graphique n'est pas automatisé, l'ensemble est saccadé et les lettres n'ont pas de lien entre elles, montrant un défaut de structuration spatiale.

Il semblerait que le schéma corporel ne soit pas, à ce moment là, encore tout à fait intégré. Il présente des difficultés de représentation, de conscience et d'aisance corporelle.

L'évaluation de l'espace montre des troubles visuo-perceptifs et visuo-constructifs, bien que Adamé porte ses lunettes de vue.

L'examen du tonus révèle une hypertonie d'action et de grandes difficultés de régulation tonique, qu'elle soit spontanée ou demandée.

De l'ensemble de l'évaluation ressort principalement de lourdes difficultés de concentration et une forte labilité émotionnelle. Adamé oublie à plusieurs reprises quelle était la consigne d'origine au milieu de l'exercice. Beaucoup d'épreuves sont échouées à cause de son impulsivité motrice qui l'empêche de prendre son temps et de réfléchir avant de passer à l'acte. Ses difficultés d'inhibition motrices impactent toutes ses performances de l'organisation corporelle à la structuration temporo-spatiale.

Adamé montre par ailleurs une dévalorisation, répétant à plusieurs reprises qu'il n'y "arrivera pas, que ses productions sont moches et qu'il est nul".

Un bilan d'évolution a été réalisé il y a quelques mois, Adamé est alors âgé de onze ans. Les conclusions tirées sont globalement les mêmes, avec tout de même des améliorations au niveau du graphisme, des capacités de régulation tonique et notamment une hypertonie d'action moins marquée. Le pendant de cette amélioration est la présence de chutes toniques. Face à l'échec ou la frustration, Adamé s'effondre et les comportements de dévalorisation sont encore très présents.

#### 1.5) Le projet thérapeutique

Le projet thérapeutique s'oriente dans un premier temps vers une approche psychocorporelle globale. Avant de travailler plus finement la structuration visuo-spatiale ou l'acte graphique, il paraissait important de permettre à Adamé de

mieux s'organiser dans son corps, de lui donner des outils pour contrôler son impulsivité.

#### 1.6) La prise en charge

Je me concentrerai ici sur un aspect de la prise en charge qui m'a conduit à orienter ma recherche sur le clivage sensoriel. Une séquence devenue le rituel de commencement de séance avec Adamé, bien avant mon arrivée en tant que stagiaire.

La psychomotricienne propose dans un premier temps de s'installer au "divan", temps calme avec ou sans couverture, avec ou sans masque, dans une ambiance tamisée. Bien entendu, cette immobilité était difficile à gérer dans un premier temps pour Adamé qui s'agitait et semblait ne pas trouver de position suffisamment confortable. Elle est alors venue exercer des pressions sur l'ensemble du corps, puis en a délimité les contours en passant les mains sur l'ensemble du corps en décubitus dorsal (à l'exception des parties génitales), c'est-à-dire en passant les mains sur la quasi-intégralité de l'enveloppe corporelle. L'utilisation de la couverture et les temps de stimulations corporelles me rappellent alors les "enveloppements secs" que j'ai pu voir pratiqués en psychiatrie adulte, notamment. Dans ce cadre précis, ils avaient pour vocation de venir soutenir et renforcer l'existence d'une enveloppe psychocorporelle unie. Il me semble que quelque chose de cet ordre là est également en question pour Adamé. En effet, il demande à être serré fort dans le linge, cette demande me faisant intuitivement penser à la contenance, au besoin de sentir les limites du corps. Le fait qu'Adamé puisse se montrer bien plus calme et attentif à la suite de "l'enveloppement" me laisse supposer que ce temps lui est réellement bénéfique, il permet d'apporter une forte stimulation sensorielle (la couverture serrée et les pressions passives) dans un cadre contenant et apaisant.

Ainsi enveloppé, le corps se détend, le visage est assoupli. Nous sentons les muscles relâchés sous nos mains. Il demeure immobile et concentré, parle à voix basse et parfois s'endort. Cet endormissement peut être vu de deux manières. Soit d'une résultante de la contenance du cadre thérapeutique, permettant un abaissement

de l'état de vigilance et/ou d'excitation psychocorporelle. Soit de manière défensive, car l'afflux de sensations serait difficile à gérer pour Adamé. Quand les contacts prennent fin, nous laissons à Adamé un petit temps en autonomie avant de laisser place aux verbalisations. Celles-ci demeurent pauvres et répétitives, Adamé dit se sentir "calme, dans son corps et dans sa tête" mais ne peut en dire plus sur ce qui lui fait se sentir calme. Nos propositions de sensations "chaud/froid, lourd/léger, sensations musculaires..." ne semblent pas étayer son discours ou stimuler ses représentations quant à son vécu sensoriel. Je me demande alors comment comprendre ces difficultés de mise en mots des sensations ? Une hypothèse pourrait être la suivante : Adamé est en difficultés pour se représenter ses sensations. Il se pourrait également que la problématique soit en deçà de quelques représentations et que, Adamé peine à percevoir et/ou intégrer les afférences sensorielles externes et internes. Il ne peut nous définir son "calme". Je me suis bien entendu posé la question d'une réponse adhésive à nos attentes de thérapeutes. Mais le langage infra-verbal que nous accueillons montre bien un pas de côté établi entre sa présentation originelle, lorsqu'il arrive en salle et qu'il jette son cartable/prend la balle/maltraite ses lunettes, s'agite, et lors de sa présentation suite à ce temps de "relaxation", où il sort tranquillement de la couverture, se redresse doucement et retrouve une dynamique psychocorporelle plus apaisée.

Mes questionnements m'ont amenés à approfondir ces temps de stimulations sensorielles pour tenter de provoquer des afférences suffisamment fortes pour qu'il puisse en dire quelques choses. Différents exercices ont pu être alors proposés, comme des percussions osseuses actives et passives, un travail avec des sacs lestés, ou encore les passages de différents médiateurs sur différentes parties du corps, etc. Adamé ne parvient pas à nous parler de son corps, il dit ne pas sentir la différence entre le toucher d'un os et celui d'un muscle, il est en difficultés pour distinguer les variations de poids et de formes des objets médiateurs utilisés. Pour autant, il se montre attentif et impliqué dans l'exploration sensorielle et semble profondément démuni de ne pouvoir répondre à nos questions, il lui arrive de se fâcher et de se fermer. Les stimulations provoquent malgré tout quelques améliorations sur les plans tonique et postural : nous notons moins de chutes toniques ainsi qu'un tonus plus harmonieux et également d'une présentation plus redressée et adressée.

Il est vraiment étonnant de voir à quel point Adamé se saisit de cette “pause” dans sa journée, alors qu’il rechigne presque toujours à faire telle ou telle proposition. Son unique demande en psychomotricité serait de jouer à la balle, préférentiellement au football bien sûr. Pourtant, après quinze minutes passées sur le divan, c’est un Adamé disposé qui se joint aux diverses propositions que nous allons maintenant développer.

Nous finissons chaque fois les séances par une activité de son choix en dehors des jeux de balles. Il choisit régulièrement la corde à sauter, voulant battre son record personnel des précédentes tentatives. Jusqu’à récemment, il se lançait dans l’activité avec beaucoup trop de force et de vitesse. Cette mauvaise régulation tonique associée à de grandes difficultés de coordinations le faisait manquer son essai. Les échecs entraînaient frustration et agacement de sa part, ce qui, évidemment, le poussait à échouer encore car il se précipitait dans une nouvelle tentative. Epuisé, il se laissait tomber au sol sans aucune réaction parachute malgré nos recommandations. Je lui propose un jour de poser la main sur son sternum et de sentir les battements de son cœur qui battait à tout rompre, lui indiquant que ce n’était pas physiologique et lui proposant d’écouter mon propre rythme cardiaque, bien plus calme. La comparaison sembla faire son effet, et nous mettions fin à la séance. La semaine suivante, alors qu’il tente à nouveau de sauter à la corde, de manière beaucoup plus ajustée cette fois, et qu’il parvient à battre son record, il s’assoit, pose la main sur sa poitrine et nous dit “je ne sens plus mes jambes”. C’est l’unique fois en six mois que Adamé évoquera spontanément un ressenti corporel.

### 1.7) Conclusion

Les moments où Adamé se “récupère”, et peut être plus disposé à porter son attention sur une tâche sans se désorganiser corporellement, sont possible dans cet espace-temps où nous tâchons de faire du lien entre les sensations corporelles vécues et les émotions/affects qui le traversent. Si ce tissage se nourrit davantage, ces moments d'apaisement pourraient potentiellement se généraliser et viendraient figurer

l'émergence d'une unité psycho-corporelle stable et une amélioration de ce qui apparaît comme une manifestation d'un trouble de l'intégration sensoriel.

La poursuite du travail en psychomotricité est actuellement remise en cause par ma maître de stage. La mise sous traitement ne se mettant toujours pas en place, il semblerait que le temps des séances en psychomotricité soit le seul moment où Adamé puisse se canaliser, sans répercussion sur ses autres environnements sociaux, d'après les retours de sa mère et de l'équipe éducative. Par ailleurs, Adamé montre de moins en moins de motivation à venir en séance, ce qui peut s'entendre après trois ans de suivi, maintenant qui lui "gâche" sa journée. Une pause thérapeutique est envisagée pour permettre à Adamé de prendre du temps pour lui, de faire des choses qui lui plaisent, et éventuellement d'observer les effets d'un traitement sur lui et son quotidien.

## 2) Rencontre avec Mr O.

### 2.1) Anamnèse

Mr O. est un homme d'une vingtaine d'années. Né au Sénégal et arrivé en France à l'âge de six ans, il semble avoir connu de grandes difficultés d'adaptation avec notamment de grandes difficultés pour l'apprentissage du français ainsi qu'un repli socio-affectif massif. Il témoigne au médecin de violences physiques et psychologiques administrées par son père. Son développement s'inscrit dans un contexte de carences affectives majeures.

Une première indication en CMPP est faite mais refusée par le père qui nie les potentiels troubles psychiques de son enfant. A l'âge de dix ans, il est placé une première fois en famille d'accueil puis renvoyé au Sénégal quelques années plus tard par son père. Il témoignera avoir vécu là-bas dans une certaine précarité, ayant connu des périodes d'errance. Lorsqu'il revient à quinze ans, il est de nouveau placé en famille et débute un suivi psychologique en CSAPA\* (Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) suite à sa consommation de cannabis.

Jeune adulte, il est condamné à trois reprises pour violences, et vivra durant ses incarcérations trois décompensations délirantes avec passages à l'actes hétéro-agressifs, ainsi qu'une tentative de suicide par ingestion médicamenteuse volontaire.

C'est dans ce contexte de décompensation délirante et de rupture de soins en détention qu'il est admis en unité de soins psychiatrique en milieu carcéral pour la seconde fois en trois ans. Lors de cette hospitalisation, le diagnostic d'une schizophrénie paranoïde est posé.

Afin de mieux comprendre le cas de Mr O. et le rapport subjectif qu'il entretient avec ses sensations, il me paraît important d'inscrire ce diagnostic dans des éléments théoriques liés à la schizophrénie et notamment sur l'aspect dissociatif que ces patients présentent.

## 2.2) La schizophrénie paranoïde

La schizophrénie est une sous catégorie des troubles psychotiques.

### 2.2.1) La psychose

Le terme est employé comme tel pour la première fois en 1947 par Ernst von Feuchtersleben comme alternative aux termes "manie, folie". Il est dérivé du grec et signifie "anomalie de l'esprit".

La psychose est définie aujourd'hui comme une "altération globale de la personnalité bouleversant les rapports du sujet avec la réalité". La dégradation se manifeste non seulement dans le rapport à la réalité mais également dans le rapport du sujet à lui-même, son identité, sa conscience de soi. L'anosognosie des troubles est souvent repérée en phase aiguë, où les symptômes sont les plus criants.

Dans le DSM 5<sup>4</sup>, au chapitre "Spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques", sont répertoriés comme troubles psychotiques les affections suivantes :

---

<sup>4</sup> DSM-5 (2015) p.116

le trouble délirant, le trouble psychotique bref, les troubles schizophréniformes, le trouble schizo-affectif, le trouble psychotique induit, le trouble psychotique dû à une affection médicale, la catatonie, et la schizophrénie qui nous intéresse ici particulièrement.

D'autres classifications existent comme la CIM-10<sup>5</sup>, qui mentionne la schizophrénie dans la section "Schizophrénie, les troubles schizotypiques et les troubles délirants" appartenant aux "troubles mentaux et du comportement".

### 2.2.2) La schizophrénie paranoïde

C'est Eugen Bleuler qui le premier introduit le terme de "schizophrénie", en 1911. Du grec "schizein" (fendre) et "phren" (cerveau, pensée)<sup>6</sup>, il implique une fragmentation des fonctions psychiques (fonctions cognitives, associatives, exécutives).

La schizophrénie se caractérise par un trépied symptomatologie et diagnostic :

**La dissociation** se définissant par la désorganisation de la pensée, du comportement, et des affects,

**Le délire paranoïde**, présent dans 90% des cas marqués par la présence de thèmes et de mécanismes multiples avec une participation intense des affects,

**Le repli autistique**, avec un émoussement affectif, allant parfois jusqu'à l'anhédonie (incapacité à ressentir des émotions positives). Sur un mode délirant, le sujet se replie dans un monde interne, impliquant l'émergence de troubles dans les interactions et la communication.<sup>7</sup>

---

<sup>5</sup> CIM-10 (1992) p.78

<sup>6</sup> Ades J., A. Feline A., Hardy P., Lemperiere T., Rouillon F. (1977) p. 330-331.

<sup>7</sup> Source (La planche ou DSM)

Les troubles apparaissent généralement chez le jeune adulte (15-25 ans). Il existe néanmoins des formes précoces qui se manifestent avant dix ans et des formes tardives qui apparaissent après cinquante ans.

Selon une étude de l'INSERM<sup>8</sup>, six cent milles personnes seraient concernées par la schizophrénie en France.

Aucune étiologie certaine n'a pu à ce jour être démontrée. Il semblerait que l'apparition des troubles puisse trouver une origine multifactorielle : génétique, immunologique, neurologique (avec un déficit en dopamine), mais aussi environnementale (épigénétique, prénatal, obstétrique, infectieux, toxique, socio-psychologique).

La **schizophrénie paranoïde** se caractérise par une prédominance des symptômes dit positifs tels que les productions délirantes et la récurrence des signes de persécution, par rapport au syndrome dissociatif.

### 2.3) Sémiologie psychomotrice dans la schizophrénie

Les signes cliniques repérables dans la schizophrénie et qui intéressent particulièrement notre regard de psychomotriciens sont d'importance car ils modifient profondément le rapport que le sujet entretient vis à vis de son corps, de ses émotions et donc sa relation au monde. Nous reviendrons ici sur les grands items psychomoteurs tels le tonus, le schéma corporel et l'image du corps, la structuration spatio-temporelle, la motricité générale et les coordinations, l'investissement corporel avec notamment le ralentissement psychomoteur.

#### Troubles de la régulation tonique et de la posture

---

<sup>8</sup> INSERM (2014) <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/schizophrénie>

L'étude réalisée par Treillet, Rouyère et Mechler (2008) a permis de démontrer l'existence de troubles toniques et posturaux chez les personnes schizophrènes au delà des effets secondaires indésirables des traitements antipsychotiques. Il est bien évident qu'une généralisation parfaite des profils toniques est impossible. Il existe néanmoins des présentations que l'on pourrait qualifier de typique lors de l'observation et l'évaluation clinique de nos patients.

Concernant le **tonus de fond**, il semblerait qu'une hypertonie axiale et distale soit repérée chez les patients. Elle est davantage marquée au niveau de l'axe et des ceintures, et résiste aux mobilisations passives dans une certaine forme de paratonie.

L'épreuve de la poussée sternale met en avant des difficultés de régulations du **tonus postural** impliquant un défaut d'ancrage corporel et des troubles de l'équilibre.

Le **tonus d'action**, lui, semble s'inscrire dans une hypertonie manifeste lors de la mise en mouvement du corps.

Par ailleurs, on repère souvent une forme de "nonchalance" chez nos patients, elle serait due à l'hétérogénéité du tonus avec une hypotonie distale tandis que l'axe reste sur un versant hypertonique.

### Troubles de la structuration temporo-spatiale

« L'histoire (le temps de l'individu), va s'inscrire dans son vécu corporel (l'espace de l'individu)<sup>9</sup>. »

Le développement de l'unité psychocorporelle est le support de toutes fonctions psychomotrices. La déconstruction de cette unité dans la psychose entraîne une déstructuration du lien à l'espace et au temps. Cette rupture du lien à l'espace et au temps peut se manifester de différentes manières. Il arrive que cela se présente comme une confusion entre le passé, le présent et le futur. Nous observons fréquemment la perturbation des rythmes biologiques (sommeil, alimentation, rythmes respiratoire et cardiaque, digestion).

---

<sup>9</sup> Desfiolles-Peltier V. (2000) p 223

## Troubles du schéma corporel (SC) et de l'image du corps (IC)

Chez le patient schizophrène, nous trouvons des **troubles de la perception des stimulations extéroceptives** par les récepteurs de la peau (pression, chaleur) et un **déficit des perceptions internes** (viscères, système musculaire et ostéo-tendineux) au corps qui peuvent altérer la connaissance et l'intégration du SC, donc le rapport au corps propre et à celui de l'autre.

De la même manière, puisque le schéma corporel et l'image du corps sont intimement liés, nous retrouvons chez nos patients une image du corps modifiée par l'**altération du vécu perceptif** et la présence des symptômes positifs tels que les délires et/ou les hallucinations.

On retrouve fréquemment des **préoccupations dysmorphophobiques**, c'est à dire des préoccupations excessives à propos d'une disgrâce corporelle. L'apparition ou l'aggravation de telles manifestations peut être vectrice d'angoisses. Ce défaut de reconnaissance du corps réel peut directement être mis en lien avec le phénomène de dépersonnalisation qui se manifeste par la perte de l'intégrité corporelle, des troubles de la motricité et un sentiment d'étrangeté vis-à-vis du corps et probablement du vécu sensoriel lié à celui-ci. Les manifestations positives telles que les hallucinations jouent probablement un rôle majeur dans l'avènement de ces signes cliniques.

L'adulte schizophrène peut également être en proie à des **angoisses de morcellement**. On parle de telles angoisses «lorsque le patient rapporte, plus ou moins verbalement, des vécus de détachement, de séparation, de décrochement, d'arrachage ou d'inexistence de certaines parties du corps»<sup>10</sup>. L'émergence de telles angoisses peut signer un défaut de contenance de l'enveloppe psychocorporelle avec une défaillance de la fonction du Moi-Peau, que nous développerons plus tard dans ce travail. Pour pallier à ce vécu de morcellement, le patient psychotique peut user d'une "**carapace tonique**" pour formaliser et ressentir le corps comme une entité unifiée, révélant alors un nouveau trouble de la régulation tonique.

---

<sup>10</sup> Pireyre E., Haillant S. (2007)

## Ralentissement psychomoteur

Lorsque Bleuler (1911) écrit sur la schizophrénie, il évoque le ralentissement moteur comme une “forme bénigne de stupeur” et le relie donc au symptôme catatonique potentiellement présent dans la maladie.

Le ralentissement psychomoteur est assez peu évoqué dans la littérature, ou alors rapporté à la conséquence des traitements neuroleptiques. Cependant, pour L. Bérubé (1991), il s’agirait davantage d’un trouble de l’activation, au delà d’un effet secondaire aux traitements. Les temps d’initiation et d’exécution des mouvements seraient plus longs chez les patients schizophrènes du fait de l’atteinte des fonctions exécutives, c’est la **bradykinésie**. Ces latences entre la planification de l’acte et sa mise en action se manifestent également dans la fluidité psychique du sujet, on parle alors de **bradypsychie** avec, pour conséquence, une mimique appauvrie, une économie gestuelle manifeste, des propos laconiques rarement spontanés et une diminution du débit verbal.<sup>11</sup>

## Troubles de la motricité et des coordinations

Au delà de l’hypertonie générale que présentent les patients schizophrènes, il semblerait que la commande de plusieurs actions motrices simultanées engendre des difficultés pour coordonner les différents mouvements.<sup>12</sup> Les patients schizophrènes ont souvent une présentation “en bloc” avec peu ou pas de dissociation des ceintures scapulaire et pelvienne.

La **motricité fine** se trouve également impactée, ainsi que la motricité faciale avec une expression des émotions à minima qui peut être reliée avec les symptômes négatifs et les facteurs psychologiques de la maladie.

---

<sup>11</sup> Henry JM et al (2006) p.1

<sup>12</sup>Treillet, Rouyère, Mechler ()2008

D'autres signes psychomoteurs sont à prendre en considération, comme l'impulsivité avec un risque de passage à l'acte auto ou hétéro-agressif, un déficit attentionnel qui entrave notamment la réussite aux épreuves d'évaluations, une grande fatigabilité, etc.

#### 2.4) Le bilan psychomoteur

A son arrivée à l'hôpital Mr O. présente une tension interne manifeste, avec une grande méfiance vis à vis de l'équipe soignante. Les manifestations psychotiques qu'il présente s'apaisent déjà légèrement avec l'introduction de traitements contre la production délirante et contre l'impulsivité. Nous le rencontrons quelques semaines après son admission avec, comme indication du médecin psychiatre, la présence de manifestations anxieuses.

L'évaluation psychomotrice telle qu'elle est formalisée par la psychomotricienne de l'établissement comprend les éléments de bilan suivants :

- Dessin du bonhomme (F. Goodenough, 1929)
- Evaluation de la motricité gnosopraxique distale (E.M.G, L. Vaivre-Douret 1997, à partir du test de Bergès & Lézine de 1963?)
- Épreuves de rythme (M. Stambak, 1951)
- Figures complexes de Rey A ou B (P. Wallon et C. Mesmin, 2010)
- Examen du tonus (ballant/extensibilité des membres supérieurs, équilibres statiques et dynamiques, ajustements posturaux)
- Certains items de l'Échelle de coordinations motrices de Charlop-Atwell (JM. Albaret et N. Noack, 1994), certains items de la Batterie

d'évaluation du mouvement chez l'enfant (MABC2, J. Marquet Doléac, JM. Albaret, R. Soppelsa, 2016)

- une séquence de reconnaissance et de reproduction des émotions de base
- quelques propositions d'images séquentielles à ordonner chronologiquement

L'ensemble de ces tests et de leur passation est bien entendu adapté à un public adulte et au domaine de la psychiatrie. Il présente une valeur qualitative quant à la production des patients et permet de dégager un profil psychomoteur pour élaborer un projet thérapeutique adapté à partir de l'analyse des observations recueillies.

Lorsque nous proposons une rencontre à Mr O., il se montre ouvert et compliant. La découverte de la salle de psychomotricité lui évoque le sport, et après une explication rapide du champ de la psychomotricité, il évoquera la "détente". Corporellement, Mr O. apparaît globalement bien structuré, harmonieux sur les plans tonique et moteur. Dans la relation, le regard s'adresse peu à peu à nous, il sourit et rit facilement. Son discours est spontané et compréhensible, même s'il parle de manière peu audible. La pensée et le discours sont légèrement désorganisés : fixations idéiques, répétitions, confusions. Il répond souvent à côté, revenant toujours à son fils et à son avenir de manière très idéalisée avec un positionnement de bon élève. Mr O. dit avoir « la pathologie de l'impulsivité » : il a souvent des difficultés à se contrôler et s'emporte.

A l'évocation de son vécu corporel, Mr O. est assez peu informatif. Il se sent alors bien dans son corps et ne perçoit pas de changement interne selon ses humeurs. Il peut parler d'angoisse mais ne peut la décrire ou la situer, seulement la contextualiser.

Le vécu psychique est lui aussi assez pauvre. Mr O. dit aller bien en ce moment, qu'il est parfois triste quand il pense à son fils ou angoissé quand il pense à son affaire judiciaire. Il ressent le besoin d'écrire beaucoup pour se calmer, notamment des listes de choses à faire dans l'avenir hors de la détention, montrant ainsi un probable besoin d'organisation psychique.

L'évaluation montre un schéma corporel bien intégré, une organisation praxique\* relativement efficiente. Malgré tout, l'organisation dynamique globale des mouvements mettant en jeu les coordinations et l'équilibre est étonnamment laborieuse au regard de l'apparente maîtrise corporelle que Mr O. montre. La question de l'évaluation peut générer une certaine anxiété de performance mais il me semble que cela aurait surtout tendance à amplifier des difficultés plutôt qu'à les créer.

La passation des épreuves de la figure de Rey, des épreuves de rythme de Mira Stamback et des images séquentielles met Mr O. en grandes difficultés et montre un défaut de structuration spatio-temporelle clair. Cette déstructuration est largement compréhensible car, le corps constituant le premier repère du sujet, si celui-ci se trouve désorganisé, les capacités "extéro centrées" s'en trouvent alors modifiées et altérées.

Sur le plan tonique, Mr O. accepte le contact et parvient à trouver un relâchement musculaire sur demande, sans toutefois réussir à le maintenir. Les courtes manipulations apportent déjà de la détente selon lui, il semble donc sensible au toucher. Il montre de bonnes capacités d'inhibition motrice mais des syncinésies\* à diffusion tonique sont repérées exprimant une régulation tonique efficace mais fragile.

Le test du dessin du bonhomme est ici utilisée pour évaluer non seulement le schéma corporel mais également l'image du corps en ce qu'il peut être une projection consciente, préconsciente ou inconsciente du corps du sujet. Le personnage représenté montre une enveloppe "graphique" contenue, avec la présence de l'ensemble des principales parties du corps même si elles sont représentées de manière peu fine et précise. L'ensemble des organes sensoriels et de la relation (yeux, bouche, oreilles, mains) sont présents mais les yeux sont vides et l'apparence enfantine. On note la présence d'éléments subjectifs investis (maillot du PSG, coiffures). Le rictus du visage est évoqué comme un sourire. Mr O. titre son dessin

«supporter du PSG », et y ajoute une liste de qualité concernant ce personnage dont il dit à répétition qu'il est un peu comme lui : « un garçon gentil, sérieux, époustouflant, incroyable, qui ne fait pas de mal aux femmes, qui veut un studio et un travail », ils ont tous les deux la même coiffure et c'est cela qui rend ce personnage heureux. L'investissement du corps semble se faire bien plus dans l'apparence et la personnalité que dans un éprouvé sensori-moteur du corps.

Quand nous lui demandons de se décrire brièvement, Mr O. nous répond qu'il est quelqu'un qui « veut passer son CAP/BEP/bac général pour travailler, trouver un studio et voir son fils ».

A partir des éléments de l'évaluation, nous parvenons aux conclusions suivantes : Mr O. présente une désorganisation psychocorporelle franche malgré une apparente stabilité. Il semble en proie à une insécurité interne avec assises narcissiques peu fiables. L'investissement du corps et des émotions est pauvre et se manifeste surtout à travers la superficialité de l'apparence.

## 2.5) Le projet thérapeutique

Au vu des conclusions de l'évaluation, le projet thérapeutique s'oriente vers une consolidation de l'organisation psychocorporelle permettant à terme une amélioration de la structuration spatio-temporelle. Pour cela, il nous paraît important de travailler à un rapport plus subjectif au corps avec notamment une approche sensorielle permettant à terme la création d'un nuancier des vécus sensoriels et un lien corps-psyché moins clivé.

## 2.6) La prise en charge

Nous voyons Mr O.. de manière hebdomadaire en séance individuelle. Il intègre également les groupes "Corps et mouvements" et "Jeu dramatique" (en co-thérapie avec l'ergothérapeute). Il bénéficie parallèlement de suivis individuels en ergothérapie

et en psychologie. Il participe activement aux groupes de “Reconnaissance de la maladie” et “d’Education thérapeutique”.

Au total, une dizaine de séances de psychomotricité auront lieu. Le travail se concentre sur des stimulations sensorielles variées associées à des temps de verbalisations autour des vécus sensoriels et émotionnels en séance.

Chaque arrivée en salle de psychomotricité débute de la même manière, par un temps d’échange au bureau où nous revenons sur l’état corporel et émotionnel du jour et, éventuellement, des jours précédents.

Lors de ces échanges, Mr O. rapporte systématiquement son vécu corporel à un état “physique” et peut seulement préciser qu’il n’a mal nulle part ou encore qu’aucun hématome ne marque sa peau. Ces références fonctionnelles et mécaniques au corps soulignent le peu d’investissement subjectif de Mr O. quant au sien. Le vocabulaire est dénué d’affect et renvoie une nouvelle fois à quelque chose d’extérieur de la surface du corps et surtout de l’absence de sensation. Il nous demandera à plusieurs reprises de lui définir le terme “sensation”, sans jamais s’en saisir pour évoquer ce qui se passe ou ne se passe pas en lui.

Du point de vue psychologique émotionnel, Mr O.. se montrera longtemps incapable de parler de lui et illustrera son vécu uniquement dans son rapport à autrui, mentionnant une lettre de sa famille, la visite d’une soeur au parloir, ou l’absence de dispute avec les autres patients. Il évoquera assez peu ses troubles psychiatriques auprès de nous, parlant davantage de la “pathologie de l’impulsivité” qu’il présente et qui l’amène à se montrer violent, car il ne peut canaliser sa colère et ses émotions vis-à-vis d’autrui. C’est d’ailleurs, selon lui, l’objet du travail dans ses différents suivis thérapeutiques.

Les propositions faites à Mr O. durant l’ensemble de la prise en charge semblent pleines de nouveautés et provoquent chez lui des réactions de plaisir évident, mêlées de curiosité et d’intérêt. Nous insistons particulièrement sur des stimulations tactiles, passives et actives dans un premier temps puis, dans un second temps, des

séances seront consacrées aux perceptions auditives, olfactives afin d'évaluer et de stimuler l'ensemble des canaux sensoriels et leurs afférences.

De manière générale, nous observons que la présentation corporelle de Mr O. évolue toujours entre le début et la fin de séance. En effet, un temps de latence relationnelle se manifeste presque à chaque fois, notamment lorsque nous allons chercher Mr O. dans sa chambre et non dans la salle commune. Sans tout à fait couper la relation, sa posture est plus fermée, son axe corporel moins bien maintenu, il semble avoir besoin d'un moment pour revenir à la relation. Les temps d'échanges et d'expérimentations sont saisis et semblent être une ressource de "récupération". En effet, l'axe est mieux maintenu, le tonus est plus harmonieux et la présentation est plus ouverte, non seulement dans le corps, mais aussi dans la relation. Quelque chose semble s'apaiser, sans que Mr O. en ait conscience dans un premier temps, car aucun lien ne s'organise entre son état corporel et son état psychique.

Au commencement de la prise en charge, les explorations dynamiques spontanées étaient rares. Non pas par manque d'intérêt mais par manque ou perte de l'investissement du corps semble-t-il, d'où l'émerveillement exprimé parfois lors des manipulations. Lors de propositions en face à face, l'exploration se faisait principalement par imitation, avec quelques persévérations dans les gestes, et les verbalisations étaient souvent plaquées aux nôtres. L'étayage verbal était nécessaire et permettait à Mr O. de mieux distinguer la variété et les nuances des différentes stimulations et d'aller plus loin dans ses prospections.

Au fil des séances, l'exploration des médiateurs devient plus franche et spontanée. Mr O. parvient à définir ses sensations de manière générale, sans pouvoir les nommer précisément et concrètement. Le vocabulaire employé est assez riche mais ne se réfère pas à l'anatomo-physiologie, il montre une tendance à personnifier des sensations et des parties du corps (par exemple : "ma cuisse gauche est zen" ou encore "mon bras me dit d'être calme"). Il est alors très attentif à nos explications, sur

le nom et l'emplacement des os ou des muscles mais également sur les mécanismes physiologiques comme la respiration ou la régulation tonique.

Lors d'expériences nouvelles, la surprise de la découverte des propositions déclenche souvent une excitation qui se manifeste par des rires probablement défensifs dont Mr O. ne peut ou ne veut rien dire. L'implication dans les séances apparaît énergivore pour Mr O.. qui se montre fatigable, principalement lors des séances où il joue un rôle actif, comme si le cumul d'agir et de ressentir était réellement coûteux et demandait une division de l'attention et donc un maximum d'attention. C'est d'ailleurs au cours de ces séances que Mr O. discourt le moins.

Les verbalisations de Mr O. sur les différentes propositions sont très binaires, généralement sur un présent/absent ou agréable/désagréable. La notion de plaisir paraît importante à ses yeux car il évoque souvent la qualité des exercices qu'il a trouvé "intéressants, formidables, etc."

## 2.7) Conclusion

Du travail en psychomotricité, Mr O.. semble se saisir principalement de la relation thérapeutique installée dans notre trio. Il paraît très satisfait de ce temps privilégié auprès de soignants et le formule régulièrement en fin de séance, en adoptant une posture enfantine.

Néanmoins, Mr O. se montre plus attentif aux sensations du corps. Lors de l'entretien de conclusion de prise en charge, il a pu nous dire qu'il parvient mieux à sentir les variations émotionnelles, souvent soudaines chez lui, dans son corps et qu'il peut selon lui "contrôler" son corps, c'est-à-dire anticiper un potentiel passage à l'acte.

Cette évolution peut bien entendu être vue comme un progrès car elle permettra d'améliorer considérablement la qualité des interactions sociales de Mr O.. Malgré tout, la capacité d'attention qu'il peut porter à ses sensations paraît toujours très fragile et peu autonomisée.

Quand il a fallu dégager un ou plusieurs cas pour élaborer ce mémoire, j'ai choisis Adamé Et Mr O. car ils me paraissaient présenter les mêmes caractéristiques en terme de sensorialité. J'y voyais alors une manière d'apporter un double soutien à mon hypothèse alors unique du clivage sensoriel. Ce parallèle était d'autant plus facile à faire car j'ai parfois pu proposer les mêmes exercices de stimulations sensorielles à ces deux patients.

C'est l'étayage théorique qui m'a permis de repenser les liens de cause à effet qui intéressait les troubles de Mr O. et de Adamé.

## **II- Étayage théorique autour du concept de sensorialité**

Dans cette seconde partie, je tente d'explorer les données théoriques qui me paraissent pertinentes à la compréhension des cas cliniques développés plus haut.

Dans un premier temps, je souhaiterais revenir sur le concept de sensorialité et sur la théorie de l'intégration sensorielle qui peuvent constituer une explication des impasses psychosensorielles que rencontrent Adamé.

Dans un seconde temps, c'est la notion de clivage sensoriel, étayée par les concepts de clivages du Moi et de l'objet, qui sera développée pour éclairer l'appréhension des perturbations sensorielles que présentent Mr O..

Suite à ces deux points théoriques, j'ai souhaité souligner l'importance du développement de la sensorialité pour une construction optimale d'un individu pour mieux comprendre comment les achoppements peuvent impacter le rapport au monde de celui-ci.

### **1) La sensorialité**

#### **1.1) Généralités**

Le terme de sensorialité se réfère au système sensoriel. Ce dernier est composé de l'ensemble des organes des sens, de l'ensemble des structures nerveuses qu'ils mettent en jeu et des messages qu'ils véhiculent (Dictionnaire Larousse). Le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL) classe le terme "sensoriel" dans le champ de la psychophysiologie. Cette science étudie les rapports entre l'activité psychique et l'activité physiologique, en particulier celle du système nerveux. La sensorialité relève alors "des sens, de la sensation ainsi que des fonctions psychophysiologiques"<sup>13</sup>.

Le philosophe M. Merleau-Ponty, dans son apport à la phénoménologie, nous parle de la sensorialité : "en tant que j'ai des fonctions sensorielles, un champ visuel, auditif, tactile, je communique déjà avec les autres, pris aussi comme sujets psychophysiques."<sup>14</sup> Nous pouvons entendre à nouveau ici que la seule capacité à user

---

<sup>13</sup> CRNTL <http://www.cnrtl.fr/definition/sensoriel>

<sup>14</sup> Merleau-Ponty M. (1945) p.406

de nos fonctions sensorielles nous permet déjà d'entrer en relation avec autrui. Cet autre, de part son système sensoriel existant, sera d'office en relation avec nous. C'est un niveau de relation au seuil infra-verbal très bas, une triangulation entre deux entités psychophysiologiques et le contexte de leur rencontre.

## 1.2) Physiologie de la sensation

### 1.2.1) De la sensation à la perception

En psychophysiologie la perception est définie comme une opération psychologique complexe par laquelle l'esprit, en organisant les données sensorielles, se forme une représentation des objets extérieurs et prend connaissance du réel.<sup>15</sup> La sensation serait donc une prise de conscience des stimuli externes et internes tandis que la perception serait l'interprétation de ces stimuli.<sup>16</sup>

Il existe des perceptions conscientes liées à l'utilisation des sens (tact, odorat, ouïe, vue, audition, système vestibulaire) et des perceptions dites inconscientes liées au fonctionnement neurovégétatif de l'organisme et donc au fonctionnement des viscères.

Le traitement de l'information sensorielle est un processus neurophysiologique impliquant les systèmes nerveux périphérique (SNP) et central (SNC). Quatre étapes sont nécessaires pour une résolution optimale de la boucle stimulus-réponse : la **réception**, la **modulation**, l'**intégration** et l'**organisation** de l'information sensorielle.

Il est tout d'abord nécessaire de recevoir et détecter le stimulus qui est capté par nos différents récepteurs sensoriels.

Suite à cette étape, il est nécessaire de moduler l'information pour permettre une réponse adaptée à la situation. Pour ce faire, le cerveau doit réguler le niveau d'attention porté aux stimuli pour favoriser l'entrée de certains stimuli et/ou inhiber

---

<sup>15</sup>CNRTL <http://www.cnrtl.fr/definition/perception>

<sup>16</sup>Cours de D. Hasboun sur les "Sensibilités" (2016/2017)  
[http://www.chups.jussieu.fr/polys/eia\\_neuro/sensib\\_eia.pdf](http://www.chups.jussieu.fr/polys/eia_neuro/sensib_eia.pdf)

l'entrée à d'autres étant moins pertinents afin de mieux ajuster ses réponses (Tami Bar-Shalita T. 2008)<sup>17</sup>. Pour P. Kramer (2010), c'est cette modulation sensorielle qui permet au sujet de conserver un niveau d'attention et d'excitabilité nécessaire à la tâche en cours et ainsi de maintenir une stabilité émotionnelle et comportementale<sup>18</sup>. Il est aisé de comprendre que l'incapacité à prioriser les afférences sensorielles puisse entraîner des troubles du développement des capacités fonctionnelles et provoquer des difficultés d'attention dans les activités de la vie quotidienne<sup>19</sup>.

L'intégration définit la projection des afférences sur les différents territoires cérébraux (thalamus, hippocampe, système limbique...). A un niveau supérieur, c'est le cortex qui mémorise ces informations pour lancer une recherche du comportement réponse le plus adapté parmi les protocoles prédéfinis dans nos expériences passées.

L'organisation de la réponse motrice dépend intimement du sujet selon ses besoins, ses attentes, sa personnalité, sa motivation et ses acquisitions antérieures<sup>20</sup>.

### 1.2.2) L'intégration sensorielle

Lors de l'afférence d'un stimuli, celui-ci est catégorisé selon trois paramètres. Le premier paramètre se réfère à la **modalité sensorielle** qui définit le type de stimulus reçu selon le système sensoriel impliqué. Le corps est composé de différents systèmes sensoriels :

**Le système gustatif** permet la distinction des différents goûts (sucré, salé, amer). Il joue également un rôle de protection de l'intégrité interne du corps en évitant l'ingestion et/ou la digestion d'un élément non-assimilable ou dangereux pour l'homme.

**Le système olfactif** est à la base de la reconnaissance des odeurs. Intrinsèquement lié au sens du goût, il a également un rôle de protection et se trouve lié aux émotions par sa forte capacité de reviviscence quant aux odeurs conservées dans nos mémoires olfactives.

---

<sup>17</sup> Tami Bar-Shalita T., Parush S. (2008) p.935

<sup>18</sup> Kramer P.(2010). p102

<sup>19</sup> Tami Bar-Shalita T., Parush S. (2008) p.936

<sup>20</sup> Math F., Kahn JP., Vignal JP.(2008) p.236

**Le système auditif** comporte la perception de sons, de fréquences et d'intensités différentes. Il permet la localisation des sons dans l'espace et la reconnaissance des phonèmes et donc de la parole. Son rôle est central dans la conquête du langage. A l'instar du goût et de l'odorat, il a également un rôle de protection dans la perception d'une menace plus ou moins distante pour ajuster un comportement réponse.

**Le système visuel** se réfère à la perception de lumières de natures et d'intensités différentes. Il recense l'acuité visuelle, la perception visuelle (discrimination figure-fond, de la profondeur et de l'espace) et joue lui aussi un rôle de protection.

**Le système tactile** comprend la perception des différentes sensations de pression, de douleur, de vibration, de température liées au système tégumentaire (peau, poils et ongles). Il permet la discrimination d'objets, de la force et de la direction du mouvement sur la peau. Il participe à la thermorégulation et au maintien du niveau de vigilance. Il informe le sujet sur son niveau de confort ou d'inconfort ainsi que sur son sentiment de sécurité ou de mise en danger.

Intimement lié au système tactile se trouve le **système proprioceptif** qui informe l'individu sur la direction et la force de ses contractions musculaire. Il permet ainsi le contrôle des tensions musculaires et le contrôle postural ainsi que l'organisation tonique du mouvement.

**Le système vestibulaire** détecte les mouvements de la tête dans les différents plans. Il s'associe alors au contrôle de l'équilibre, du tonus musculaire et tâche de maintenir un champ visuel stable. Tout comme le système tactile, il détermine le sentiment de confort, de sécurité et inversement lors des déplacements corporels.

C'est la coordination de ces différents systèmes qui permet d'obtenir un point de vue global sur notre corps, sur son fonctionnement, il nous renseigne sur le lieu où nous nous trouvons et également sur ce qui se passe dans notre environnement.

Le deuxième paramètre entrant en jeu dans la perception d'un stimulus est son **intensité** qui correspond à la force ou l'amplitude de celui-ci. Cette notion est très

subjective car les seuils de stimulation ne sont pas les mêmes pour tous les individus. De la même manière, la perception d'un stimulus peut varier pour une même personne selon le moment où elle le percevra.

Le troisième paramètre caractéristique de l'intégration sensorielle est la **durée** de la stimulation. La durée comprend non seulement le temps de stimulation pure mais également le temps où le sujet continuera de sentir la stimulation, quand bien même celle-ci a cessé. Pour favoriser l'attention portée à soi ou à l'environnement, il existe deux mécanismes permettant de moduler nos perceptions : l'habituation permet de mettre de côté une stimulation familière et répétée (comme la conscience de porter un vêtement). La sensibilisation est un mécanisme inverse qui majore le comportement réponse en cas de perception d'un stimulus nouveau ou repéré comme dangereux pour soi, elle permet le maintien du niveau de vigilance.

Lorsqu'une stimulation sensorielle "ressentie" se maintient dans le temps et qu'elle s'associe à d'autres stimulations elles-mêmes pérennes, le sujet ne peut revenir à son "niveau de base". Cette surstimulation sur une longue période peut entraîner une saturation des canaux avec pour conséquence l'apparitions de troubles du comportement<sup>21</sup>.

### 1.3) Théorie de l'intégration sensorielle

"Avant d'apprendre à lire, écrire et à calculer, nous devons donner une signification à ce que nous voyons et entendons, nous devons être capable de planifier nos mouvements et d'organiser notre comportement. Cette capacité dépend de l'efficacité avec laquelle notre système nerveux organise les messages que nos sens lui transmettent" - AJ. Ayres.

Cette ergothérapeute américaine conceptualise la théorie de l'intégration sensorielle à partir de sept postulats tirés de la neurophysiologie :

---

<sup>21</sup> Anzalone ME., & Lane SJ.(2011) p.439

1. les informations sensorielles fournissent une base importante pour l'apprentissage et les comportements ;
2. l'intégration sensorielle est un processus développemental ;
3. l'intégration et l'organisation adéquates des informations sensorielles sont la base et le résultat d'éventuelles réponses adaptées ;
4. le défi adapté à l'enfant (« just right challenge ») est nécessaire à l'intégration sensorielle ;
5. l'enfant a une motivation intrinsèque à s'engager dans des activités significatives dans son environnement ;
6. les expériences affectent le système nerveux grâce à la plasticité neuronale ;
7. l'intégration sensorielle est la base d'un engagement social et d'une participation aux activités de la vie quotidienne et aux routines.

### Les troubles de l'intégration sensorielle

LJ. Miller définit le trouble du traitement de l'information sensorielle, aussi appelé trouble de l'intégration sensorielle (Ayres 1927), comme "un trouble d'organisation des stimuli entraînant une incapacité à produire une réponse adaptée qui résulte en des problèmes dans la routine de tous les jours et dans les activités". Il se caractérise par l'inhabileté à moduler, différencier, coordonner ou organiser correctement les stimulations sensorielles<sup>22</sup>.

Dans cette même étude, LJ. Miller et ses comparses proposent une classification des troubles de l'intégration sensorielle selon leur origine. Les troubles peuvent se limiter à un système sensoriel ou en atteindre plusieurs.

Ils mentionnent tout d'abord les troubles de la modulation sensorielle avec un défaut dans l'enregistrement ou la modulation des stimuli. Ce trouble génère différents profils tels que l'hypersensibilité sensorielle, l'hyposensibilité sensorielle.

---

<sup>22</sup> Miller L.J., Anzalone M.E., Lane S.J., Cermak S.A., Osten E.T. (2007). p.135

A ce propos, W. Dunn parle d'un "style comportemental" qui serait lié en partie à la personnalité des individus mais aussi au seuil neurologique de perception des stimuli". Ce seuil de stimulation est à mettre en lien avec des stratégies actives pour contrer le seuil : le comportement de recherche sensorielle ou le comportement évitant vis à vis d'une stimulation excessive<sup>23</sup>.

Le trouble de l'intégration sensorielle peut également s'inscrire en phase de discrimination sensorielle, c'est à dire que le sujet aura des difficultés ou sera incapable d'interpréter l'information sensorielle. Cette absence de sens est bien entendu néfaste à l'adaptation psycho-comportementale et peut se révéler génératrice d'angoisse.

L'étude évoque en dernier lieu un trouble moteur avec une origine sensorielle. Dans ce cas précis, l'individu est en difficulté pour utiliser le stimulus pourtant bien modulé et discriminé. Cela impacte l'organisation d'une réponse motrice efficace générant alors des troubles posturaux et des difficultés praxiques voire une dyspraxie.

### Les troubles associés

Les troubles de l'intégration sensorielle sont parfois cumulés avec d'autres troubles neurodéveloppementaux, tels que le trouble du spectre autistique (TSA), les troubles des apprentissages et le TDA/H qui nous intéresse particulièrement ici. En 2010, La Fondation des Troubles du Traitement Sensoriel (SPD Foundation) annonce que 40 à 60% des enfants présentant un TDA/H présentent également des symptômes d'un trouble sensoriel.

## 2) Le clivage

### 2.1) Généralités

D'après le dictionnaire Larousse, le terme "clivage" se rapporte à un phénomène géologique. Il se définit comme une « fracture selon certains plans d'orientation précise, particulière à certains minéraux, cristaux et roches ». Cette approche est intéressante car elle met en lumière la spécificité du clivage selon chaque

---

<sup>23</sup> Dunn, W. (2001) p.612

support. Elle apporte d'emblée un recul quant à mon sujet de réflexion et la potentielle facilité à émettre des généralités et des préjugés, par rapport à la singularité des sujets rencontrés sur les lieux de stage et en dépit d'un diagnostic commun, qui est à priori la seule chose qu'ils partagent réellement. Le terme de fracture renvoie également à une idée de rupture brutale d'une cohésion interne préexistante. Cette idée de rupture va à l'encontre de mon questionnement préliminaire, la question que je me posais étant alors l'origine de clivage sensoriel. Marque-t-il un achoppement dans le développement structurel du sujet quant à sa sensorialité ? Ou résulte-t-il d'un démantèlement ultérieur au développement inaugural du sujet ? Pour l'un ou l'autre de ces processus, d'où prend-t-il son origine ? Le clivage sensoriel peut-il également être envisagé comme un mécanisme de défense visant à maintenir l'équilibre psycho-corporel du sujet ?

## 2.2) Le clivage dans les théories psychanalytiques

C'est Bleuler qui le premier emploie le terme du clivage pour désigner « le symptôme fondamental du groupe d'affections qu'il a nommé schizophrénie »<sup>24</sup>. En effet, le terme allemand "Spaltung" connaît une double traduction : celle de la dissociation et celle du clivage.

Par la suite, S. Freud modifiera ce concept pour évoquer le "clivage du Moi" (de l'allemand "Ichspaltung"). Il entend par là, la coexistence au sein du Moi de deux attitudes psychiques différentes à l'égard de la réalité.<sup>25</sup> Cette coexistence vise à maintenir au maximum la satisfaction du sujet en se détournant de la réalité, sans pour autant en compromettre tout à fait le rapport que le sujet entretient avec elle. V. Di Rocco, lorsqu'il parle du clivage freudien, en rapport aux productions psychotiques délirantes, nous dit ceci : " C'est une opération de survie, de défense contre un éclatement, une angoisse de morcellement, provoquée par la confrontation avec des expériences qui n'ont pu être ni assimilées, ni subjectivées".<sup>26</sup>

---

<sup>24</sup> Laplanche et Pontalis (1967) p.67

<sup>25</sup> Freud S. (1938)

<sup>26</sup> Di Rocco V. (2010) p.20

Au tournant de sa pensée, en 1920, S. Freud a affirmé que le Moi était avant tout un Moi Corporel car celui-ci se fonde à partir des stimuli de la réalité externe qui se sont inscrits sur la zone de projection que représente le corps. Le Moi est, parmi les trois instances de la seconde topique de Freud, celui qui tâche de trouver un compromis entre les pulsions du Ça et les interdictions tyranniques du Surmoi. C'est la confrontation du principe de plaisir et du principe de réalité. Or, si le corps véhicule des sensations et des perceptions qui ne peuvent être intégrées par le sujet, ce dernier fait face à une somme d'afférences qu'il se trouve en peine d'assimiler et qui le confrontent alors à une impossible réalité du corps. Le clivage sensoriel permettrait de maintenir hors du champs de la conscience ces vécus sensoriels pour ne laisser vivre au sujet que son corps en relation à l'autre et façon intellectuelle, rationalisée. C'est la principale thématique que nous retrouvons chez Mr O. Il ne peut se référer à son vécu corporel que de manière fonctionnelle et factuelle (par exemple l'injection d'un traitement provoque un hématome douloureux). Cependant, il place ses verbalisations uniquement dans un contexte social avec un fort appui sur ses expériences passées et sur ses projections dans l'avenir.

Un nouvel exemple peut être illustré ici, le manque d'exercice le fait grossir, il le voit dans le miroir. Il aime se projeter en se disant qu'il pourra retrouver la forme en sortant de détention et quand il aura trouvé un appartement. Cette tendance à se référencer à son histoire sera très prégnante durant le suivi en psychomotricité.

M. Klein dans sa réflexion autour du clivage, et à partir des jalons posés par S. Freud, choisit de placer le clivage comme se rapportant à la relation objectale du sujet. On entend par "objet" l'objet pulsionnel, soit la manière dont est investie une personne par le sujet. Cet investissement pulsionnel peut être de "bonne" ou de "mauvaise" nature. Dans le développement de l'enfant, le bon objet (maternant le plus souvent) est intériorisé par le bébé qui s'appuiera sur lui et sur ses qualités pour construire son Moi, son individualité. Le mauvais objet revêt plus souvent les expériences de frustrations connues par l'enfant et le sujet grandissant. Il est lui aussi intériorisé pour organiser les différentes expériences vécues et les "classer" dans des référentiels de recherche ou d'évitement des-dites situations.

Mais, il est possible qu'une scission se crée au sein d'un seul et même objet, M. Klein nous parle alors du "clivage de l'objet". Le clivage se forme dans le sens où il permet au sujet d'attribuer à l'objet une bonne et une mauvaise facette, lui permettant alors d'aimer l'objet d'une part mais aussi de le haïr d'autre part. Cette coexistence épargne au sujet un conflit intrapsychique excessivement coûteux pour lui. En maintenant à distance les comportements problématiques à son endroit, le sujet limite l'advenue d'un conflit qui pourrait se révéler traumatique. Le clivage est alors structurant pour l'enfant en développement.

S. Freud et M. Klein semblent apprivoiser la notion de clivage de deux abords différents. En effet, Freud parle du clivage comme de la coexistence au sein d'un même individu de deux parties cohérentes, qui ne paraissent pas communiquer entre elles, dans un mécanisme passif. Tandis que Klein théorise le clivage comme un mécanisme de défense qui devient, s'il se maintient à terme, un processus violent de morcellement et d'annihilation du Moi.

### 2.3) La clinique du clivage

Lors de mes recherches d'informations concernant l'entité "clivage sensoriel", il s'est avéré que la quasi-totalité de la littérature s'appliquait à l'étude de cas d'autismes infantiles. Des autrices comme G. Haag, C. Lheureux-Davidse ont construit leurs réflexions théoriques à partir de leur travail de psychanalyste auprès d'enfants atteints de TSA et dont le spectre s'ancre à priori sur une symptomatologie que l'on jugerait sévère.

Ces nombreuses lectures m'ont tout de même permises de reconnaître en elles, et à de nombreux égards, les présentations psychocorporelles de mes patients et ainsi de mieux comprendre les mécanismes se jouant pour eux dans leur rapport à leur sensorialité. Je me propose alors d'étayer mon propos en tentant un parallèle entre la clinique de l'autisme, celle de la schizophrénie et celle du trouble déficitaire avec hyperactivité.

### 3) La naissance de la sensorialité, son impact sur la construction du sujet

#### 3.1) Un bain sensoriel dès la vie intra-utérine

De la conception à la naissance, le développement embryonnaire et foetal suit une succession ontogénétique précise ainsi que la mise en place de systèmes sensoriels fonctionnels.

Le système tactile est le premier à se développer, suivi des systèmes olfactif et gustatif puis enfin du système auditif. Plus tardivement, se met en place le système visuel. Dans l'enveloppe utérine se construisent déjà la sensibilité intéroceptive provenant des viscères, le système proprioceptif et le système vestibulaire que nous avons évoqués plus tôt dans ce travail.

Le développement de chaque système sensoriel participe à la création d'une sensorialité globale et donc de l'intersensorialité. Il semblerait que chez le foetus et le nouveau-né, l'intégration sensorielle globale soit limitée. "Les jeunes organismes n'ont qu'une capacité globale à recevoir des stimulations sensorielles et qu'ils équilibrent entre elles les «entrées sensorielles» afin de ne pas être sur-stimulés.<sup>27</sup>" Très tôt, le foetus est donc en possession d'un premier système de pare-excitation.

Le système de pare-excitation est décrit par S. Freud en 1920<sup>28</sup> comme un "filtre permettant de protéger l'organisme contre des excitations venant de l'extérieur et qui, par leur intensité, risqueraient de le détruire<sup>29</sup>."

Le foetus montre déjà des capacités d'apprentissages en mémorisant un certain nombre de stimuli et en réagissant à ces derniers selon les modalités d'habituation ou de sensibilisation (*cf supra*). Ces réactions permettent dès lors la création d'interactions entre le foetus et ses parents, interactions précoces venant nourrir le lien d'attachement primordial pour le développement psycho-corporel optimal de l'enfant.

---

<sup>27</sup> Busnel MC., Heron A. (2010) p.10

<sup>28</sup> Freud S. (1920). Au delà du principe de plaisir.

<sup>29</sup> Audibert C. (2011) p.48

### 3.2) Le choc de la naissance

Certains auteurs parlent de la naissance comme d'un événement traumatique pour le jeune sujet tant la rupture avec le milieu est brutale. Privé de l'enveloppe utérine, le bébé doit faire-face à des afférences sensorielles décuplées et parfois inconnues : la force gravitaire, le froid, la faim. Démuni, et faisant face à de fortes angoisses archaïques, le nouveau-né peut pourtant se raccrocher à ce que Stern appelle "l'accrochage affectif". En effet, la coutume veut que le bébé en bonne santé soit déposé immédiatement sur le sein maternel après la délivrance, il noue alors un contact tactile, visuel, olfactif et sonore avec sa mère et/ou son autre parent. Cette rencontre réelle, intense et unique vient à son tour alimenter l'attachement du tout-petit à ses parents, et inversement.

### 3.3) Les interactions précoces

Le bébé est parfaitement dépendant à son environnement. Sa sensorialité s'exprime sur un versant très binaire, des sensations que l'on pourrait qualifier de désagréables (faim, soif, froid...) provoquent des états de tension interne majeurs et des comportements d'appel (cris et pleurs) auxquels répond plus ou moins justement le(s) parent(s). Le comportement réponse du parent comble les besoins de l'enfant et entraîne l'apaisement des tensions exprimées plus tôt. On parle alors de spirale transactionnelle<sup>30</sup> car l'environnement, les parents et le nourrisson s'influencent l'un l'autre dans un processus continu de développement et de changement.

#### 3.3.1) Les trois niveaux de l'interaction

Il existe trois niveaux d'interactions entre le parent et son enfant mis en évidence par S. Lebovici, P. Mazet et S. Stoleru en 1989 et 1993.

---

<sup>30</sup> Stern DN. (1985)

## Les interactions comportementales

Elles réunissent les différents comportements visibles entre la figure maternante et son enfant et l'agencement de ces comportements les uns par rapports aux autres. Les auteurs répertorient l'ajustement tonico-postural et les contacts cutanés, les jeux de regards et les vocalisations du bébé liées aux paroles maternantes<sup>31</sup>.

La notion d'ajustement postural se rapporte à celle de dialogue tonique décrite par J. de Ajuriaguerra. Chaque modification tonique, de détente ou de crispation de la mère ou du bébé, est perçue par le partenaire et affecte son propre tonus donnant alors lieu à un ajustement réciproque des postures.

Celle des contacts cutanés rappelle les notions de holding et de handling développée par D. Winnicott faisant référence à la manière dont le parent porte physiquement et psychiquement son enfant, dans le portage mais aussi dans la mise en place des soins. Le parent tâche au maximum de valider le vécu sensoriel de son enfant et de réagir en conséquence.

D. Winnicott, au sujet des jeux de regards, théorise la notion de "miroir" où « la mère regarde le bébé et ce que son visage exprime est en relation directe avec ce qu'elle voit », c'est un autre canal d'interaction et de validation du vécu du petit humain.

Les cris et les pleurs sont le premier langage du nourrisson. La mère, elle, adapte sa prosodie à son enfant et le berce dans un bain vocal rythmé qui vient rassurer l'enfant et mettre des mots sur ses ressentis. Ce "cordon ombilical acoustique"<sup>32</sup> favorise le rapprochement spatial et restaure la proximité parent-enfant. L'alternance des vocalisations se met en place vers neuf mois et signe la possibilité d'une attention conjointe.

---

<sup>31</sup> Mazet P., Féo A. (1996) p.3

<sup>32</sup> Sander et Julia (1966) dans Pinon M. *La relation mère- nourrisson Description et évaluation des interactions du nourrisson avec ses partenaires.*  
[http://www.medical78.com/nat\\_fmc\\_relation\\_mere\\_nourrisson.pdf](http://www.medical78.com/nat_fmc_relation_mere_nourrisson.pdf)

### Les interactions affectives

Elles se composent de la tonalité affective générale de l'interaction et qualité de l'harmonisation affective permettant au bébé et à son partenaire de partager leurs expériences émotionnelles<sup>33</sup>. La tonalité affective globale des échanges entre les partenaires de l'interaction permet de dégager des sentiments de plaisir, bien-être, tristesse, ennui, indifférence, insécurité, excitation, voire de la haine. La mise en mots par le parent permet à l'enfant de construire un lien entre sensation, affects et émotions et d'intégrer le sens et l'impact de ces derniers afin de les repérer ultérieurement.

### Les interactions fantasmatiques

Ces interactions comportent une double dimension imaginaire consciente ou préconsciente et fantasmatique inconsciente. Il existe une interaction fantasmatique : la mère, avant la naissance de son petit et même avant sa conception, se figure un enfant idéal. La naissance de son enfant réel déclenche alors un processus de deuil fantasmatique qui laissera place à une interaction comportementale.

De son côté, le bébé possède très tôt un système de représentations mentales. Grâce à l'excitation des zones érogènes le bébé peut «halluciner» la satisfaction et imaginer le plaisir qui vient de l'objet qu'il se représente. S. Lebovici nous dit que «les soins maternels et leurs vicissitudes sont pourvoyeurs de fantasmes chez le bébé».

La notion d'accordage affectif développée par Stern est, elle aussi, fondamentale pour la construction du sujet. Il décrit là l'expérience subjective partagée par la mère et son bébé notamment lorsque celui-ci a atteint environ 8-9 mois. Chaque partenaire reproduit alors la qualité des états affectifs de l'autre sur un ou plusieurs canaux sensori-moteurs ; par exemple, à un des gestes du bébé correspondront des vocalisations maternelles, dans une transposition inter-modale essentielle dans le processus de symbolisation qui conduit peu à peu à la construction du langage<sup>34</sup>.

C'est la répétition de ces interactions et leur intégration qui permet au bébé de se distinguer de sa mère. Cette distinction implique qu'une enveloppe psychocorporelle

---

<sup>33</sup> Mazet P., Féo A. (1996) p.3

<sup>34</sup> Ibid

unifiée se construit pour l'enfant, marquant l'avènement d'une conscience propre au sujet. S. Freud se réfère à cette conscience en parlant d'une interface entre le milieu interne et le milieu externe à l'enfant. Il nous dit également que le Moi conscient est avant tout un Moi corporel, une enveloppe contenante et lieu de contact entre le psychisme et le monde extérieur<sup>35</sup>.

Le concept d'enveloppe psychique est fondamental pour comprendre la construction psychocorporelle du sujet. Afin d'étayer ce propos, je souhaite revenir sur la conception de Moi-peau développé par D. Anzieu (1985).

#### 3.4) Le Moi-peau de Didier Anzieu

Étayé par ce concept freudien, D. Anzieu développe le concept d'enveloppe corporelle et théorise le Moi-Peau et ses neuf fonctions indissociables pour le maintien de l'individualité et de l'identité du sujet. D. Anzieu part du postulat que le sentiment d'être une personne distincte et unifiée repose sur la peau. En voici sa définition :

« Par moi-peau, je désigne une figuration dont le moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps. Cela correspond au moment où le moi psychique se différencie du moi corporel sur le plan opératif et reste confondu avec lui sur le plan figuratif »<sup>36</sup>

D. Anzieu part de l'hypothèse que le nourrisson pour survivre ne peut pas s'appuyer sur ses ressources propres, mais uniquement sur les sensations qu'il ressent à la surface de sa peau. Hors, les premières perceptions de nouveau-né sont perçues comme morcelées et sans lien entre elles, impliquant alors une perception morcelée du corps et donc une représentation toute aussi morcelée. La multiplication des temps de portage et de soins vont venir ancrer dans le corps de l'enfant la sensation d'une face interne et d'une face externe qui, en soutenant la perception d'un contour uni et unique, marqueront alors une distinction entre le dedans et le dehors. Le dedans renvoie à

---

<sup>35</sup> Freud S. (1923) p. 238.

<sup>36</sup> Anzieu D. (1985) p.29

cette notion de contenance, ou le Moi-Peau est à la fois support de la construction et contenant du Moi psychique.

Huit fonctions principales du Moi-Peau sont développées par D. Anzieu, chacune des fonctions possède une acception physiologique au sens de la peau réelle (au sens propre) et une acception psychanalytique autour de la fonction du Moi-peau (au sens figuré). Ces deux sens sont indissociables pour la construction psychique du sujet, le psychisme s'appuyant d'abord sur les sensations pures. J'ai choisi d'évoquer dans ce travail, quatre fonctions qui me paraissent importantes pour notre sujet :

**La fonction de maintenance**, c'est l'intériorisation du holding présentée par Winnicott. La peau maintient les os et les muscles, permet l'érection de l'axe corporel. Le Moi-peau maintient le psychisme.

La défaillance de cette fonction provoque un sentiment de vide interne, le défaut de présence d'un axe érigé est un frein à la constitution d'une pensée organisée.

**La fonction contenante**, c'est l'intériorisation du handling winnicottien. La peau enveloppe les organes sensoriels externes tandis que le Moi-peau agit comme contenant des pulsions du psychisme.

Un défaut de constitution de cette fonction entraîne l'émergence de deux angoisses antagonistes. Le sujet peut ressentir de grandes excitations qu'il ne parvient ni à localiser, ni à identifier et donc à apaiser. D. Anzieu parle de noyau sans écorce. A l'inverse le sujet peut redouter que, par défaut de continuité de l'enveloppe corporelle, son corps se vide de sa substance et, par conséquent, le psychisme de sa pensée. Le psychanalyste appelle ce phénomène le Moi-peau passoire.

**La fonction de pare-excitation** est issue de l'intériorisation de la fonction de pare-excitation de la mère. L'épiderme protège les couches plus sensibles du derme et l'organisme des agressions physiques extérieures. Le Moi-peau, lui, protège le psychisme des excès de stimulations.

En cas d'échec de la fonction, le sujet ne peut développer les autres fonctions du Moi-peau. Une stratégie de compensation peut se figurer dans la construction d'une carapace tonique, rigide, qui sera une sorte de mirage de la fonction pare-excitatrice mais ne permet pas l'évènement des autres fonctions car la carapace ne s'inscrit pas dans ce double registre corps-psyché. Si le parent prend avec excès son rôle de pare-excitant, il prive alors son enfant du ressenti du besoin de cette fonction, qui ne peut donc pas être intériorisée par lui.

**La fonction d'individuation du soi**, qui assure le sentiment d'être unique, et la possibilité de s'affirmer comme individu différencié et différent. La peau est unique à chaque être humain dans sa couleur, sa texture, son odeur. La construction du Moi-peau permet d'assurer au Moi psychique ce vécu de singularité.

"L'inquiétante étrangeté" est une angoisse qui se manifeste lorsque les frontières du corps et de Soi ne sont plus solides et menacent le sentiment d'individuation du sujet. La distinction soi / non-soi est alors partiellement ou totalement anéantie.

**La fonction d'inter-sensorialité.** La peau devient une enveloppe contenant de tous les organes sensoriels et donc de toutes les sensorialités. Le sentiment d'unité régnant pour le sujet dont le Moi-peau est constitué permet la construction d'un sens commun, où les afférences ne sont plus morcelées ou vécues comme étrangères à soi. Le Moi-peau devient une surface de projection qui relie entre elles toutes les perceptions sensorielles et permet une perception globale de l'environnement et du vécu corporel.

En 1975, Meltzer décrit le processus de démantèlement. Reprenant cette idée et établissant un parallèle avec l'angoisse de morcellement, D. Anzieu théorise l'échec de la fonction d'intersensorialité comme l'existence indépendante des différents systèmes sensoriels, apportant au sujet un vécu anarchique des sensorialités. Les perceptions sensorielles ne peuvent prendre sens pour le sujet.

### 3.5) André Bullinger et le développement sensori-moteur

Lorsque A. Bullinger développe le concept de la sensori-motricité, partant du postulat que «c'est la concomitance de ces signaux qui permet de construire une proprioception, première élaboration sensori-motrice de l'organisme.» La coordination de l'ensemble des signaux sensoriels va donc permettre à l'enfant de passer de la sensation à la perception globale de son corps. La cohérence entre chacun des sens est ainsi nécessaire pour une mise en forme du corps de l'enfant, renvoyant ainsi à la fonction d'inter-sensorialité du Moi-peau de D. Anzieu. Pour que des représentations émergent dans le psychisme de l'enfant, il est important que soient mises en relation les perceptions sensorielles et les modulations toniques liées aux événements<sup>37</sup>.

Cette mise en lien n'est possible que si l'enfant parvient à un équilibre sensori-tonique car, la présence d'une hypertonie fixe le sujet dans ses interactions à l'environnement, tout comme la présence d'une hypotonie prive le sujet de ses capacités de mobilisations de l'organisme. L'équilibre est dans un premier temps soutenu par les paroles du parent qui met du sens sur la modulation tonique et les afférences sensorielles qu'il perçoit chez son petit, plus tard l'enfant ayant intégré ces variations pourra se saisir de ce rôle pour lui-même réguler ces variations.

L'existence d'un nouvel être le place d'emblée dans un bain relationnel puisqu'il se développe tout d'abord dans le giron maternel et poursuit à sa naissance son épanouissement dans un état de dépendances physique et psychique complètes qui demande une implication totale des parents à son endroit. C'est cette dépendance qui permet la construction de la dyade figure maternante/enfant et l'ajustement réciproque des deux partenaires.

Dès la vie intra-utérine, le fœtus est donc soumis à une multitude d'afférences sensorielles qui provoquent chez lui différentes réactions physiologiques et les débuts de sa motricité. Bien que sa sensorialité soit encore immature et le demeurera plusieurs mois après la naissance pour certains systèmes (la vision par exemple n'est nette qu'à quinze mois de vie), elle lui permet déjà, par l'intégration des sensations, une mise en lien, une forme de premières représentations qui relie la sensation à un

---

<sup>37</sup> A. Bullinger (2015) p.67

état, et à l'environnement présentant le stimulus. C'est la mise en mots du parent et la répétition des événements dans le rythme de la dyade qui vont nourrir et ancrer ces représentations. Petit à petit, à partir du portage tactile et sonore qui berce l'enfant, se construit l'enveloppe psychocorporelle qui marque la distinction Soi / Non-Soi et le sentiment que l'enfant a d'être unique. La poursuite de la maturation neurologique et de la myélinisation permet à l'enfant de développer ses sens et sa motricité avec un rapport au qui s'enrichit de plus en plus. La multiplication des expériences sensorielles, motrices.

### **III- Discussion**

Après les quelques expositions théoriques qui me paraissaient nécessaires à la compréhension des troubles sensoriels présentés par mes deux patients, je me propose maintenant d'étayer mes hypothèses cliniques.

La répétition de mes rencontres avec ces deux patients m'a permis de relever des observations cliniques qui me paraissent intéressantes à la compréhension de leurs manifestations. Ces observations trouvent leurs appuis dans différentes conceptions théoriques concernant la schizophrénie et le TDA/H.

Adamé montre de grandes difficultés à demeurer calme sans le soutien de fortes stimulations. Ce besoin constant de stimulation peut être envisagé comme mécanisme de défense face à l'angoisse de la perte de l'objet. Il peut également s'inscrire dans l'histoire de sa naissance prématurée, venue rompre de manière précoce la symbiose entre le fœtus et sa mère, à laquelle s'ajoute sa mise en couveuse durant plusieurs semaines au cours desquelles les interactions précoces ont été perturbées.

Dans le cas de Mr O., la problématique semble s'inscrire davantage dans une volonté inconsciente de ne pas faire face aux perceptions corporelles par la mise en place d'un mécanisme de défense : le clivage sensoriel. Cette défense s'exprime chez Mr O. par une incapacité presque totale à verbaliser son vécu sensoriel. Son histoire domine sa manière d'être au monde et sa sensorialité. Au delà de la verbalisation c'est la difficulté à percevoir les sensations qui semble être au premier plan de sa problématique corporelle.

#### **1) Adamé ou la difficulté de construire une sensorialité**

##### **1.1) Le tout ou rien**

Pour parler de la manière d'être au monde de Adamé ou, tout du moins de la manière dont il se présente à nous durant ce temps en psychomotricité, la notion de tout ou de rien me paraît être la plus adaptée. En effet, les états psychocorporels de

Adamé sont très binaires, avec différentes alternances entre l'excès et la rupture à l'environnement et à lui-même.

Cette observation se manifeste dans différents temps cliniques. Lorsque nous jouons aux cartes par exemple, Adamé est animé d'une forte volonté de remporter la partie. La conclusion de la manche entraîne selon sa position de gagnant ou de perdant, soit une jubilation extrême avec un recrutement tonique massif et des exclamations de joies, soit une très grande frustration et un effondrement tonique général avec un retrait dans la relation et un comportement de dévalorisation.

Lors d'activités plus dynamiques, Adamé ne semble pas trouver le juste niveau d'engagement corporel et d'autostimulation nécessaire à la tâche entreprise. Cette implication corporelle excessive dans la tâche entraîne, elle aussi, un temps soudain d'abandon, de "lâchage" corporel. Il oscille perpétuellement entre hyperactivité et ce qui semble être de l'épuisement psychocorporel.

Les différents points théoriques développés plus haut, et en particulier la théorie de l'intégration sensorielle me permettent l'hypothèse suivante : Adamé maintient à outrance une forte tension interne et des stimulations vestibulaire et proprioceptive massives car les afférences sensorielles ne prennent pas sens pour lui et désorganisent sa construction psycho-corporelle, pouvant mettre à mal ses enveloppes psycho-corporelles et donc son sentiment d'individuation. Le maintien constant de stimulations viendrait apporter à Adamé un sentiment d'existence. L'absence de mouvement entraîne l'absence de perceptions sensorielles, ce vide perceptif est particulièrement anxiogène car porteur d'un risque d'anéantissement.

Dans la réflexion clinique développée autour du TDA/H, un certain nombre d'auteurs semblent s'accorder à parler des manifestations agitées et hyperactives comme un moyen pour l'enfant de lutter contre une posture dépressive.

Dans son article *La mise à l'épreuve de la perte chez des enfants présentant un « trouble :déficit de l'attention/hyperactivité »*<sup>38</sup>, Maïa Guinard tâche de montrer, par l'interprétation des réponses d'une trentaine aux tests projectifs comme le Rorschach

---

<sup>38</sup> Guinard M.(2016) p.188

ou le TAT, quels sont les modalités de traitement de la perte chez les enfants présentant un TDA/H.

Certains enfants présentent une perte de la capacité à se représenter un vécu, une situation, etc. L'hyperactivité serait alors un mécanisme de défense permettant de faire face à cette absence de symbolisation, où le corps qui produit des manifestations pour combler le vide représentatif.<sup>39</sup>

La perte que nous évoquons ici est celle de l'objet. L'objet en tant qu'unité de perception qui englobe tout ce qui peut être perçu par le sujet, en opposition au néant (l'absence absolue). D'après J. Laplanche et JB Pontalis, l'objet est ce "par quoi la pulsion cherche à atteindre son but, à savoir un certain type de satisfaction. Il peut s'agir d'une personne ou d'un objet partiel, réel ou fantasmatique".<sup>40</sup>

Le concept d'angoisse de perte de l'objet se réfère généralement aux angoisses auxquelles fait face le nourrisson lors de l'absence de sa "mère", son objet primaire. L'angoisse de la perte se rapproche à "l'angoisse d'abandon" développée par G. Guex. Elle se manifeste par une insécurité constante et des comportements visant la recherche d'une réassurance venant de l'environnement.

Au delà des éléments de l'environnement que nous pouvons investir comme objet, notre corps lui-même est un objet. Nous percevons notre corps, ce qui s'y trouve à l'intérieur et nous utilisons tout ce matériel à notre propre profit, dans un but de satisfaire nos pulsions. Tout ce qui est perçu peut être employé à satisfaire la pulsion. Si nous établissons un parallèle entre l'angoisse de perte de l'objet primaire et l'angoisse de perte de l'objet en tant que l'ensemble des perceptions du sujet, quelles peuvent être les conséquences d'un trouble de la perception et de l'intégration sensorielle ? Si les perceptions internes sont des objets mais qu'elles ne peuvent être symbolisées pour le sujet, celui ci fait face à une certaine perte de l'objet sensoriel et rencontre alors une forme de vide intérieur. L'agitation et l'hyperactivité sont alors des moyens de colmater cette vacuité interne.

---

<sup>39</sup> Ibid p.188

<sup>40</sup> Laplanche J.,Pontalis JB. (2007) p.290

Nous avons déjà démontré l'importance fondamentale de la qualité des premières interactions pour le développement de l'enfant en tant que sujet.

Dans le cadre d'une naissance prématurée, l'environnement particulier dans lequel se trouve le nouveau-né peut être un frein à la mise en place d'interactions précoces satisfaisantes. Dans l'utérus, les stimuli sont réduits pour permettre au fœtus de les assimiler dans leur ensemble car un excès ou une forte intensité de stimulation serait saturant pour ses capacités de traitements sensoriel. La nécessité des soins apportés au bébé le plonge dans un environnement sensoriel que son équipement sensoriel immature peut ne pas être en mesure de traiter et qui peut se révéler sur-stimulant et entravant pour la construction notamment de la fonction d'inter-sensorialité.

Au cours de son développement, le fœtus montre déjà des capacités de régulation active de son niveau de vigilance et de gestion des flux sensoriels. La régulation du tonus le met directement en lien avec son environnement extérieur puisqu'en variant sa motricité il entre en communication infra-verbale avec sa mère qui réagit en conséquence. Le bébé prématuré possède un système musculaire plus frêle encore que celui d'un enfant né à terme, la gravité l'impacte d'autant plus, nuisant à une position en enroulement rassurante et nécessaire à l'exploration sensorielle.

L'installation en incubateur (ou couveuse) implique la découverte de sensorialités particulières. A. Bullinger les mentionne dans son ouvrage "Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars. Tome 2 – L'espace de la pesanteur, le bébé prématuré et l'enfant avec TED"<sup>41</sup>.

Cet environnement prive l'enfant de stimulations vestibulaires, ce défaut de stimulation nuit à la construction des coordinations oculaires qui viendront par la suite accompagner le redressement de l'axe corporel. L'incubateur limite également les comportements d'exploration.

L'appauvrissement des flux tactiles impacte l'existence du dialogue et les capacités d'ajustements tonico-posturales du tout-petit. Il est également un frein à l'élaboration du Moi-peau et à la construction psychique du sujet.

Les flux olfactifs sont relativement constants au sein de la couveuse et peuvent avoir un rôle contenant de par leur invariance. En revanche, l'alimentation par sonde ne

---

<sup>41</sup> Bullinger A. (2015) p.61

permet pas de construire le lien entre le goût et l'odorat et ne favorise pas la construction d'une inter-sensorialité. Ce mode d'alimentation est également dommageable pour le développement des capacités gustatives, en plus de limiter la construction de la motricité bucco-faciale.

Les flux auditifs sont perturbés par l'enceinte de l'incubateur. Ils se réverbèrent et bloquent la localisation spatiale de la source sonore. Cela empêche l'enfant d'orienter son regard sur cette source et donc de provoquer d'intéressantes stimulations vestibulaires.

Malgré un système visuel immature, le bébé perçoit les variations d'intensité lumineuse. Elles sont alors un facteur de fatigue et d'endormissement supplémentaire, et donc d'un manque de temps d'exploration. De ce même système immature découle une vision floue à plus de vingt centimètres, ce qui correspond justement à la distance qui le sépare des limites de sa couveuse.

Un enfant prématuré passe donc d'un environnement contenant et pourvoyeur de stimulations adaptées à ses capacités d'intégration sensorielle à celui que nous connaissons sans pour autant posséder toutes les compétences nécessaires à son intelligibilité. Sa mise en incubateur lui procure des sensations différentes de son milieu écologique, parfois déformées, souvent pauvres. Au bout de quelques semaines, il regagnera le cocon familial et des sensations pures dont l'intégration aura été différée par la rupture du lien familiale. L'organisation du lien d'attachement peut avoir été mise à mal, et implique un potentiel manque d'ajustement tonico-relationnel des parents à l'enfant.

Comme nous l'avons dit plus tôt, la prématurité représente un facteur de risque pour l'émergence d'un TDA/H.

La prématurité a donc un impact massif sur la construction de la sensorialité du sujet. De cette situation peut facilement découler un trouble de l'intégration sensorielle qui peut se pérenniser pour le sujet.

## 1.2) L'entre-deux en psychomotricité

Je souhaiterais revenir au temps d'enveloppement sec que nous effectuons avec Adamé en début de séance. Sa principale demande réside dans le fait d'être maintenu très serré dans la couverture.

Cette demande ne semble pas tant tenir d'une volonté de confort que d'une nécessité. De mon point de vue, l'installation en position allongée, avec un masque sur les yeux est génératrice d'angoisse car, comme nous l'avons plus tôt, l'absence de stimulation laisse Adamé face à un vide interne. Le flux tactile extrêmement contenant de la couverture vient nourrir le sentiment d'existence *via* le sentiment de continuité de l'enveloppe corporelle. La sensation répétée de contact de nos mains contre les muscles et les os lui permet de renouveler l'expérience de la prise de conscience des constituants internes et solides du corps, renforçant alors le vécu d'intériorité du corps propre.

Le fait qu'Adamé soit plus disponible suite à l'enveloppement traduit que ces sensations, étayées de nos verbalisations, peuvent être intégrées au moins pour un temps et garantir à Adamé une sécurité psychocorporelle. Cette sécurité a malheureusement tendance à disparaître quand un événement trop intense se présente pour lui (défaite, victoire, exercice demandant une forte attention intellectuelle ou corporelle).

Adamé est toujours très en difficultés pour verbaliser ce qu'il traverse durant nos séances et davantage encore lorsqu'il s'agit de ce temps calme. Néanmoins, le fait qu'il puisse vivre des temps paisibles sans ressentir le besoin d'être à l'origine des stimulations sensorielles nécessaires à son sentiment de sécurité interne, montre qu'un entre-deux est possible dans cette sensorialité si binaire par ailleurs.

L'essence de notre travail avec Adamé relèverait quasiment d'une position maternante. Nous venons par nos contacts apporter le sentiment de l'unité corporelle sur laquelle peuvent se projeter les sensations et à terme prendre sens. De la perception que nous avons de son vécu psycho-corporel, nous tâchons de proposer une mise en mots qui lui permettra de mettre du sens à l'expérience qu'il vit. L'incorporation de ces symbolisations permettrait peut-être à Adamé de garantir la

continuité spatio-temporelle de ses enveloppes psychocorporelles et d'apaiser les angoisses qui semblent être à l'origine des manifestations symptomatiques du TDA/H.

## 2) Mr O. ou l'histoire du corps

### 2.1) Des sensations ancrées dans une histoire

Comme je l'ai expliqué dans la première partie de ce travail, Mr O. est en extrême difficulté lorsqu'il s'agit de d'exprimer le contenu des sensations corporelles éprouvées et leurs caractéristiques.

Tout comme pour Adamé, je pense que la difficulté ne se situe pas au niveau représentatif (qui permet les verbalisations) mais à un niveau inférieur dans la construction de la sensorialité. Ce qui diffère selon moi entre Adamé et Mr O est la nature de l'obstacle à accéder aux sensations. Les entraves sensorielles d'Adamé semblent s'inscrire dans son développement dès les premiers temps de vie.

Pour Mr O., les connaissances (certes lacunaires) de son histoire et les observations que j'ai pu tirer de notre travail ensemble, me laissent envisager que son rapport à sa sensorialité s'est étiolé durant ses jeunes années par la mise en place d'une défense contre le manque de soutien affectif dont il était victime. En effet, Mr O. a été maltraité par son père durant plusieurs années. Ces violences sont de natures et physiques psychologiques et n'ont pu être exprimées aux médecins que très récemment.

S. Robert-Ouvray offre une lecture intéressante des conséquences de la maltraitance sur l'enfant<sup>42</sup>. Le bébé dépendant ressent et exprime des besoins, la réponse adaptée d'un parent à ces besoins permet de construire une sécurité affective. Cette sécurité permet à terme la transformation des besoins en désirs car une latence est possible pour l'enfant qui sait que la satisfaction arrivera tôt ou tard.

Lorsque des dysfonctionnements existent dans la dyade parent(s)-enfant, un déséquilibre tonique apparaît et se manifeste principalement par une "hypertonie

---

<sup>42</sup> Robert-Ouvray, S. (2014). p.19

réactive et douloureuse”<sup>43</sup>. Au delà de la non-satisfaction des besoins, tels le respect et l’amour, c’est la surstimulation en afférences désagréables qui provoquent une rigidité des enveloppes psychotoniques. La présence d’une carapace tonique vient entraver la circulation des afférences sensorielles externes avec le milieu organique et émotionnel du sujet. S. Robert-Ouvray parle de “sensations anesthésiées”, ce qui semble en effet correspondre à la réalité sensorielle de Mr O.

Les maltraitances qu’il a subi ont débutées plusieurs années après sa naissance mais ont pu venir effracter la psycho-sensorialité construite aux origines. Le caractère intolérable des traitements reçus peut justifier la nécessité pour Mr O. de se protéger et d’écarter toutes sensations corporelles pour ne pas avoir à soutenir les plus douloureuse. C’est peut-être ici que se fait la mise à distance d’une réalité insupportable, et l’utilisation du clivage qui s’adresse ici à la sensorialité.

Ce clivage sensoriel est un frein à l’adaptation du sujet à son environnement car toutes les nuances sensibles qui peuvent lui indiquer les particularités d’une situation dans laquelle il se trouve sont gelées. Il semblerait alors que le sujet, privé de ce précieux lien de relation à lui et à l’autre, connaisse des épisodes d’éclatement tonico-émotionnel .

Si le clivage sensoriel peut avoir fonction de préservation, il peut donc également être le point de départ de troubles de la régulation tonique, relationnelle et comportementale.

La notion d’éclatement sensorielle me rappelle la manière dont Mr O. attribue ses passages à l’acte hétéro-agressifs à son “impulsivité”. Il nous explique qu’il entre dans de grandes colères en quelques instants, et qu’elle l’empêche de se contrôler. Ces expériences l’ont menées à plusieurs reprise en détention.

Les prisons sont à la fois lieu de privation sensorielle et un lieu de sur-stimulations potentiellement effractantes pour le sujet détenu et son intimité. J. Chamond explique que l’univers carcéral est un facteur aggravant pour toutes pathologies préexistantes à la condamnation<sup>44</sup>. Le placement en maison d’arrêt ou en centre de détention n’implique pas seulement une privation de liberté, le détenu est soumis à “des pressions, des privations des sévices, une insuffisance d’hygiène, une

---

<sup>43</sup> *Ibid* p.19

<sup>44</sup> Chamond et al. (2014), p.679

altération des rythmes naturels, une inhibition de la kinesthésie et une mauvaise qualité des soins.”<sup>45</sup> Le corps est donc le lieu d’inscription de vécus sensoriels et affectifs hautement négatifs qui semble eux aussi expliquer la perte du lien corps-psyché ou justifier la mise à distance des éprouvés corporels. Le recours au sport et particulièrement à la musculation est extrêmement fréquent. Il vient nourrir encore davantage la carapace tonique qui tend à se construire pour une personne incarcérée.

C. Oulanier-Zanette parle de la carapace tonique comme d’un moyen de contenir un “espace intérieur trop en souffrance ou vide de son intériorité.”<sup>46</sup> C’est l’enveloppe corporelle qui est prégnante à la conscience de l’humain enfermé et la représentation de lui même n’est possible en surface, sans que le corps puisse être habité.

## 2.2) L’impossible réalité du corps

Cette superficialité de la représentation du corps est présente dans l’ensemble du discours de Mr O.. Au delà de la pauvreté des verbalisations, c’est l’approche très fonctionnelle du corps qui est criante ici. Un corps “sans douleur, avec ou sans hématome”. La manière dont il se perçoit est intimement liée au regard, et principalement au regard de l’autre. Sa manière d’être au monde, il la résume à la qualité de ses relations.

Au travers des séances effectuées avec Mr O., un invariant se dégage. Mr est dans une quasi-impossibilité à percevoir, discriminer et décrire ses sensations. Néanmoins, un lien peut se créer entre l’afférence sensorielle et sa représentation par le biais de ses expériences passées. Le contact d’un tissu lui convoque l’image d’un tapis de prière, il peut identifier la farine sans la voir car il aime cuisiner et reconnaît cette texture... Malgré nos étayages pour rechercher les caractéristiques des éléments présentés à l’aveugle, les souvenirs sont toujours au premier plan.

Mr O. semble en grande difficulté à s’inscrire dans l’ici et maintenant. Il présente une grande tension interne liée à la présence d’une anxiété massive qu’il relie à ses questionnement quant à son avenir. Ses inquiétudes sont bien entendu tout à fait légitimes au vue de sa situation actuelle mais il semble pris en étau entre un passé

---

<sup>45</sup> *Ibid* p.679

<sup>46</sup> Oulanier-Zanette C. (2000), p.100

difficile dont il n'a pas fait le deuil et l'incertitude d'un futur qu'il nourrit de nombreux projets mais dont la capacité de réalisation semble fortement l'angoisser.

Pour illustrer le travail psychocorporel entrepris avec Mr O., je choisis de citer à nouveau C. Oulanier-Zanette qui résume non seulement l'objectif thérapeutique de la prise en charge mais également la justification de la médiation employée :

“La mise en place d'un travail progressif pour se structurer, se confronter à soi-même sur un plan anatomo-physiologique et développer la conscience corporelle pour inscrire le corps dans un lien qui nous relie à l'ici et maintenant , un lien sensible à la réalité”<sup>47</sup>

La psychomotricité, comme soutien à l'apaisement des tensions internes, à la perception des variations homéostatiques (tonus, température, rythme cardiaque...). Et à leurs mis en lien avec le vécu psychoaffectif qui permet l'analyse d'une situation. Dans le cas de Mr O., cette potentialité pourrait prévenir ses explosions psychocorporelles et éviter de potentiels passages à l'acte.

La psychomotricité pour réduire la nécessité de cliver, en construisant une fonction pare-excitatrice efficace et autonome, qui autorise d'accueillir et d'accepter la sensation, qu'elle soit agréable ou non, sans risquer de rompre l'unité psycho-corporelle.

---

<sup>47</sup> Oulanier-Zanette C. (2000), p.96

## Conclusion

Deux cadres de soins, deux patients, deux pathologies, par deux fois une sensorialité dysfonctionnelle. En rencontrant Adamé et Mr O. j'ai cru que, parce que leurs difficultés paraissaient similaires, elles dépendraient du même mécanisme fondamental. C'était une erreur car leur relation à leur sensorialité se fondait sur deux constructions opposées.

Le sujet en proie à un déficit sensoriel tâche de mettre en place des stratégies lui permettant de se donner à vivre des expériences sensorielles qui le nourrissent psychocorporellement. Adamé souffre d'un trouble déficitaire de l'attention associé à une hyperactivité. La pauvreté des impressions sensorielles provoque chez lui un sentiment de vide intérieur et ce vide est facteur d'angoisses qui menacent son sentiment continu d'exister. La stimulation par l'hyperactivité serait alors un rempart à l'angoisse, une protection ambivalente car, si elle le protège de l'anéantissement, elle le coupe d'une relation prospère à son environnement social et matériel.

A l'inverse, le sujet dont les expériences sensorielles se sont révélées désagréables voire insupportables construit des défenses pour prévenir l'attaque du psychisme par de nouveaux vécus déplaisants. C'est le cas de Mr O. qui clive ses sensations pour ne pas mettre en péril son intégrité psychique. Le clivage qu'il présente est encore accru par les manifestations sémiologiques de sa psychose et, très probablement, renforcé par son milieu de vie en détention, qui est loin d'être écologique pour l'homme. Cette protection possède également un pendant, car l'absence de lien au corps propre lui interdit de s'inscrire dans une réalité actuelle, lui imposant de voguer entre les fantômes de son passé et les tourments de son avenir.

Au chevet de ces deux patients, le travail de développement de la conscience corporelle et des capacités d'introspection apparaît plus important que le soutien des capacités de verbalisation. **“Ça fait du bien !”**, une formule souvent entendue en fin de séance, sans que le sujet soit toutefois capable de déposer un vécu tangible corrélé à cette exclamation.

La place de psychomotricienne stagiaire auprès d'Adamé, de Mr O. et de bien d'autres patients s'est parfois révélée très frustrante. Confrontée aux résistances des

patients, je désespérais de trouver la clé permettant de déverrouiller leur sensorialité. Mais chaque Être possède sa temporalité et c'est une leçon d'humilité que d'apprendre à simplement accompagner pour un temps inconnu une subjectivité parfois ébranlée, toujours substantielle.

## **Bibliographie**

- Albaret J., Marquet-Doléac, J. & Soppelsa, R. (2011). Psychomotricité et Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité : Nouvelles perspectives dans l'approche de l'enfant agité et distrait. *Développements*, 9(3), 9-16.
- American Psychiatric Association. (2015). DSM-V-TR : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (5ème éd ; traduit par M.-A. Crocq,J.-D. Guelfi). Paris, France : Elsevier Masson.
- Anzalone ME., Lane, S. J. (2011). Sensory Processing Disorder. Dans Anita C. Bundy & Shelly J. Lane (Éds.), *Kids can be kids: a childhood occupations approach* (pp. 437-459). Philadelphie: FA Davis Company.
- Anzieu D. (1985). Le Moi-peau. Paris, France : Dunod. 291p.
- Audibert C. (2011). L'incapacité d'être seul. Paris, France : Payot & Rivages, p.48
- Bullinger A. (2015). *Le développement psychomoteur*. Dans: A. Bullinger, Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars: Tome 2 – L'espace de la pesanteur, le bébé prématuré et l'enfant avec TED (pp. 15-55). Toulouse, France: ERES.
- Bundy A.C., Lane, S.J. & Murray, E.A. (2002). *Sensory Integration:Theory and practice*. Philadelphie: F. A. Davis Company
- Busnel MC., Heron A. (2010). Le développement de la sensorialité fœtale. In La Naissance : histoire, cultures et pratiques d'aujourd'hui. R. Frydman & M. Szejer, Albin Michel:pages 633-643
- Chamond J. et al., « La dénaturation carcérale. Pour une psychologie et une phénoménologie du corps en prison », *L'information psychiatrique* 2014/8 (Volume 90), p. 673-682.
- Delisle G., Brunet L. (2008). *Dépression, hyperactivité et projectifs. De quelle dépression parlons-nous ?* in *Psychologie clinique et projective*, vol. 14, p. 109-126.
- Di Rocco V. (2010). Le clivage : se couper pour ne pas éclater. *Santé Mentale*, 144, p.2
- Dunn, W. (2001). The Sensations of Everyday Life: Empirical, Theoretical, and Pragmatic Considerations. *The American Journal of Occupational Therapy*, 55(6), p.608-620
- Freud S. (1923/1981). « Le Moi et le ça », *Essais de psychanalyse*. Paris, France : Payot, p. 238.
- Freud S. (1938). Le clivage du moi dans le processus de défense.

- Ghanizadeh, A. (2008). Tactile sensory dysfunction in children with ADHD. *Behavioural Neurology*, 20, 107-112.
- Guinard M. (2016). La mise à l'épreuve de la perte chez des enfants présentant un « trouble : déficit de l'attention/hyperactivité » (tda/h). *Psychologie clinique et projective*, 22(1), 181-197.
- Henry J.-M., Védie C., Witjas T., Azulay J.-P., Poinso F. *Sémiologie des troubles psychomoteurs*. EMC(Elsevier SAS, Paris), Psychiatrie, 37-117-A-10, 2006.
- Jaeger P. (2017). Entre André Green et Pierre Marty, la psychosomatique. *Revue française de psychosomatique*, 52(2), 29-48.
- Kramer P. (2010). «A Frame of Reference for Sensory Integration» (chap. 6), dans *Frames of Reference for Pediatric Occupational Therapy*. L. W. Wilkins: 99-186.
- Laplanche J., Pontalis JB. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris, France : Quadrige/PUF. 523p.
- Lheureux-Davidse, C. (2012). De l'agrippement sensoriel à la métaphore partagée dans la clinique de l'autisme. *Chimères*, 78(3), 75-85.
- Lheureux-Davidse, C. (2014). Les vécus corporels chez des personnes autistes: La place du corps et de la sensorialité dans les installations en clivage. Dans : Pierre Ancet éd., *Le corps vécu chez la personne âgée et la personne handicapée* (pp. 173-186). Paris, France : Dunod.
- Maes, J. (2005). Essai de (re)définition des mécanismes de clivage. *Psychothérapies*, vol. 25(2), 81-89.
- Math F., Kahn JP., Vignal JP. (2008). *Neurosciences cliniques : De la perception aux troubles du comportements*. Bruxelles, Belgique : De Boeck Universités.
- Mazet P., Féo A. (1996). Interactions précoces. *Pour la Recherche* n° 09, juin.
- Merleau-Ponty M. (1945), *Phénoménologie de la perception*. P.406
- Miller LJ, Lane SJ, (2000). *Toward a consensus in terminology in sensory integration theory and practice: Part 1: Taxonomy of neurophysiological processes*. *Sensory Integration: Special Interest Section Quarterly*, 23(1).
- Miller LJ., Anzalone ME., Lane SJ., Cermak S.A., Osten ET. (2007). Concept evolution in sensory integration: a proposed nosology for diagnosis. In US National Library of Medicine National Institutes of Health Mar-Apr;61(2):135-40.
- Newcorn JH., Halperin JM. (2000). *Attention-Deficit Disorders With Oppositionality and Aggression*. In Thomas E. Brown, chapitre 5. p. 172

- Noël-Winderling M. (2014). Autisme et syndrome d'Asperger. Toulouse, France: ERES.
- Oulanier-Zanette C. (2000). Psychomotricité en milieu carcéral. In *Thérapie Psychomotrice et recherche*, n123. p94-101
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). CIM-10 / ICD-10 Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement : critères diagnostiques pour la recherche. Paris : Masson, 2000.
- Piéron H. (1945) , La sensation, guide de vie. Aux sources de la connaissance, Paris, Gallimard, coll. «L'avenir de la science:nouvelle série».
- Pireyre E, Haillant S. (2007). Vers une compréhension psychomotrice du morcellement du vécu corporel. In *Évolution Psychomotrice* n° 7
- Potel-Baranes C. (2010). Être psychomotricien. Toulouse, France: ERES.
- Robert-Ouvray S. (2014). La fonction d'apaisement de la motricité chez l'enfant. *Le Journal des psychologues*, 316(3), 16-21.
- Rodriguez M. (2010). 1. Les troubles psychomoteurs : plaidoyer pour une pensée complexe. Dans : Catherine Potel Baranes éd., Être psychomotricien (pp. 149-193). Toulouse, France:ERES.
- Roussillon R. (1999). Agonie, clivage et symbolisation, Paris, Puf.
- Stern DN. (1985), The interpersonal world of the infant / trad. de l'américain : Le monde interpersonnel du nourrisson, Paris, PUF, 1989
- Tami Bar-Shalita T., Parush S. (2008). «Sensory modulation disorder: a risk factor for participation in daily life activities». *Developmental Medicine & Child Neurology* 50(12): 932-937.
- Tanase, E. (2016). *Le trouble du déficit d'attention avec ou sans hyperactivité : un état limite ?* L'information psychiatrique, volume 92(3), 241-247.
- Treillet, L., Rouyère, N., Mechler, I. (2008). Présentation d'outils d'exploration des profils psychomoteurs en psychiatrie adulte. In : Entretiens de psychomotricité (pp. 3-18). Paris, France :Expansion Formation et Éditions.
- Winnicott D. (1972). *Le bébé en tant que personne*. in L'enfant et le monde extérieur. Paris, France : Payot.
- WINNICOTT D. (1935). *La défense maniaque*. In De la pédiatrie à la psychanalyse, Paris, France : Payot, p. 15-32.

## **Résumé**

L'homme, en tant qu'être unique et pensant, se construit à partir des perceptions sensorielles que son environnement et son organisme lui apportent. Il est pourtant récurrent que des patients soient incapables de porter un regard sur leurs vécus corporels et, a fortiori, de les verbaliser. Notre posture de psychomotricien nous incite à veiller à ce qu'une harmonie soit possible dans les éprouvés psychocorporels.

Ce travail propose de réfléchir à la question de la sensorialité en psychomotricité et à l'impact d'un rapport sensoriel déficitaire sur les liens qu'entretient le sujet par rapport à lui-même et à son environnement. A partir de l'étayage clinique de la rencontre avec un patient schizophrène et celle d'un enfant présentant un TDAH, c'est également l'origine de cette perte de lien qui sera abordée ainsi que l'intérêt d'une approche psychocorporelle pour accompagner le sujet.

**Mots clés** : Schizophrénie - TDA/H - Sensorialité - Intégration sensorielle - Clivage sensoriel

## **Summary**

Men, as unique and thinking being, are built from sensory perceptions brought by their environment and organism. However, it is recurrent that patients are incapable of looking back on their bodily experiences and, a fortiori, to verbalise them. Our stance as psychomotricians encourages us to ensure harmony is possible during the psychocorporal perceptions.

This work proposes to reflect on the question of sensoriality within psychomotricity and of the impact of a deficit in sensory rapport may have on the bonds that a subject has with himself and his environment. Based on the clinical propping of the meeting with a schizophrenic patient and that of a child with an ADD, it is also the origin of the loss of this bond that will be tackled as well as the interest that a psychocorporal approach to accompany the subject.

**Key words** : Schizophrenia - ADD - Sensoriality - Sensory integration - Sensory devide