



HAL
open science

**S'envelopper pour exister : l'intérêt d'une
(re)structuration des enveloppes psychocorporelles pour
restaurer le sentiment d'exister, en prise en charge
psychomotrice**

Lucie Poyet

► **To cite this version:**

Lucie Poyet. S'envelopper pour exister : l'intérêt d'une (re)structuration des enveloppes psychocorporelles pour restaurer le sentiment d'exister, en prise en charge psychomotrice. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02944039

HAL Id: dumas-02944039

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02944039>

Submitted on 21 Sep 2020

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
Faculté de Médecine Sorbonne Université
91, Bd de l'Hôpital
75364 Paris Cedex 14



S'envelopper pour exister

L'intérêt d'une (re)structuration des enveloppes psychocorporelles
pour restaurer le sentiment d'exister, en prise en charge psychomotrice

Mémoire présenté par Lucie Poyet

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

Référent de mémoire :
Lucie Crépu

Session : Juin 2020

Remerciements

A ma référente de mémoire, Lucie Crépu. Merci pour votre implication, votre disponibilité et vos précieux conseils. Vous m'avez accompagnée et portée dans l'élaboration de ce travail.

A tous les maîtres de stage que j'ai eu le plaisir de rencontrer pendant ces trois années de formation. Merci, tout particulièrement, à Aude Sauzède, Gaëlle Carrette et Virginie Bonnaud-Le Roux pour avoir cru en mes capacités et m'avoir fait confiance durant les stages. Vous m'avez permis de construire mon identité professionnelle, vous êtes l'essence même de ma pratique.

Aux patients rencontrés, de tout âge, merci pour l'intérêt et l'implication que vous avez accordés à mon apprentissage.

A ma Marraine de promotion, Juliette. Merci d'être aussi contenante, soutenante, et épaulante depuis ma première année. Merci pour les riches conversations que j'ai pu avoir avec toi, et que j'aurais encore.

A mes formidables colocataires, Cléa et Tiphaine, et à mon amie Marine. Merci pour ces trois belles années à vos côtés. Merci pour votre écoute, votre compréhension et votre bienveillance constante. C'est avec le cœur gros que nos chemins se séparent, je n'oublierai jamais les échanges, les rires et les émotions partagées.

A mes amies, de la formation et d'ailleurs, pour avoir été présentes à chaque instant. Un remerciement spécial à mon extraordinaire cousine, Manon, pour ton soutien indéniab le depuis le début. Surtout, merci pour ta présence et ta motivation durant cette période, où l'accomplissement de nos études s'approchent.

A Tristan, pour l'amour que tu me donnes chaque jour. Merci à toi, pour m'avoir encouragée et épaulée durant ces études, malgré la distance qu'elles impliquaient.

A mes parents et à toute ma famille, pour avoir cru en mes capacités dès le premier instant. Votre implication dans mon projet professionnel a rendu possible l'existence de ce travail. Merci pour votre amour inconditionnel. Merci d'être là.

Sommaire

INTRODUCTION.....	6
PARTIE 1 : CLINIQUE.....	8
I. L'INSTITUTION	8
1. Le CMP	8
2. L'enveloppe institutionnelle fragile.....	8
3. La place de la psychomotricité	9
4. Ma place de stagiaire	10
II. LE CAS DE DANNY	11
1. Ma rencontre avec Danny	11
2. Séance révélatrice : Le 9 octobre 2019.....	12
3. Déroulement des séances et évolution	14
4. Anamnèse	16
4.1 Petite enfance	16
4.2 Histoire familiale.....	17
4.3 Entrée en soin et scolarité de Danny.....	17
III. LE CAS DE THOMAS	20
1. Ma rencontre avec Thomas.....	20
2. Séance marquante : Le 15 janvier 2020.....	21
3. Déroulement des séances et évolution	22
4. Anamnèse	24
4.1 Petite enfance	24
4.2 Histoire familiale.....	24
4.3 Scolarité et entrée en soin de Thomas	25
4.4 Accompagnement parental en psychomotricité	26
IV. CONCLUSION DE LA PARTIE CLINIQUE.....	27
PARTIE 2 : THEORIE.....	28
I. RELATION MERE-BEBE : CONTENANCE ET INTERACTIONS PRECOCES.....	28
1. Enveloppe primaire pendant la grossesse	28
2. Naissance et développement psychomoteur des premiers mois	29
3. La contenance qu'apporte le toucher dans la dyade mère-enfant	30
4. Le tonus et les émotions comme support des interactions précoces	32
4.1 Le tonus.....	32
4.2 L'émotion.....	33
4.3 Le dialogue tonique.....	33
4.4 Le dialogue tonico-émotionnel.....	34
II. LA CONSTRUCTION DES ENVELOPPES PSYCHOCORPORELLES CHEZ LE BEBE.....	35
1. Les composants de l'enveloppe	35
2. Le Moi-peau de D. Anzieu	36
3. Le concept d'enveloppe psychique.....	38
4. Les enveloppes psychocorporelles	39
4.1 L'enveloppe de construction de la corporéité	39
4.2 L'enveloppe d'appropriation	39
4.3 L'enveloppe de différenciation	40

III.	LORSQU'UN DEFAUT DE STRUCTURATION DES ENVELOPPES SURVIENT	41
1.	Fonction de pare-excitation défaillante.....	41
2.	Conséquences sur l'enveloppe tonique.....	42
3.	Enveloppe de construction de la corporéité fragilisée	43
4.	Conséquences sur l'individuation de l'enfant.....	43
4.1	Etayage psychomoteur et sécurité affective fragiles.....	43
4.2	Continuité d'existence et capacité d'être seul mises en péril.....	44
IV.	MANIFESTATIONS COMPORTEMENTALES DE CE DEFAUT DE CONTENANCE	46
1.	L'anxiété et l'angoisse.....	46
2.	Les angoisses archaïques	46
PARTIE 3 : DISCUSSION		49
I.	UNE ENFANCE TROUBLEE, UNE ENVELOPPE DESTRUCTUREE	49
1.	Si la mère n'est pas disponible dans les premiers mois	49
2.	Si l'enfant et sa famille sont en deuil.....	52
3.	Troubles tonico-émotionnels et agitation : conséquences d'une enveloppe attaquée ?	54
II.	LE TRAVAIL DU DEDANS/DEHORS A TRAVERS UN CADRE THERAPEUTIQUE	56
1.	Les notions clés d'une différenciation du dedans et du dehors : le schéma corporel, l'image du corps, les limites corporelles.....	56
2.	Les enveloppes spatiales et temporelles du cadre thérapeutique	57
2.1	L'enveloppe spatiale.....	57
2.2	L'enveloppe temporelle et rythmique : rituels et repères en séance de psychomotricité	59
3.	Travail du dedans/dehors à travers l'intégration de la structure du corps.....	60
3.1	L'os	60
3.2	L'enveloppe institutionnelle : une structure de soutien ou une enveloppe poreuse ?	61
3.3	L'articulation.....	64
3.4	L'articulation entre les différents espaces.....	64
3.5	Le muscle	65
3.6	La peau	66
III.	UN CONTENANT EXTERNE POUR UNE CONTINUTE INTERNE.....	68
1.	L'enveloppement : un besoin sensoriel	68
1.1	Sollicitation proprioceptive par le portage.....	68
1.2	L'apport de la machine à serrer de T. Grandin	69
2.	Le matériel de psychomotricité : un support pour exister.....	70
2.1	Le hamac	70
2.2	L'enveloppe sonore : une implication psycho-affective du thérapeute.....	70
2.3	La toupie géante	71
3.	La continuité d'existence au service d'un apaisement des symptômes visibles	73
IV.	LA PRISE EN CHARGE CONTENANTE : UN SOUTIEN DE L'IDENTITE	74
1.	La sensorialité au service de la construction identitaire	74
2.	Le narcissisme primaire et secondaire : une application de l'interface dedans/dehors.....	77
3.	L'estime de soi	79
V.	MA PLACE DE STAGIAIRE : UNE IDENTITE PROFESSIONNELLE EN CONSTRUCTION	80
CONCLUSION.....		81
BIBLIOGRAPHIE.....		83
ANNEXES		I

Introduction

Qu'est-ce que les enveloppes psychocorporelles : Leurs constructions ? Leurs structurations ? Leurs représentations ? En quoi consistent-elles ? Sont-elles psychiques ou physiques ? Sont-elles internes ou externes au corps propre ? Par quoi peuvent-elles être troublées ? Comment les réparer ?

Ces diverses interrogations sur les enveloppes, que je développerai plus loin, m'ont habitées tout au long de l'année. L'idée de traiter ce sujet m'est venu depuis mon terrain de stage en pédopsychiatrie. Dans ce milieu, le psychomotricien se trouve souvent face à des enfants présentant des manifestations psychocorporelles d'un mal-être psychique.

La clinique à laquelle je suis confrontée est particulièrement en demande d'enveloppe, de sécurité, de contenance. Je me suis donc penchée sur ce sujet afin de comprendre : Pourquoi ces enfants sont-ils en demande de cela ? En quoi le fait de répondre à cette demande leur permettraient-ils d'avancer dans leur problématique psychocorporelle ? Et surtout comment y répondre en séance de psychomotricité ?

Sur mon terrain de stage, j'ai choisi de m'intéresser à deux enfants en particulier, Danny et Thomas¹. Ils expriment des angoisses quotidiennement. Quand et de quelle manière ces angoisses sont-elles apparues ? Ont-elles un lien avec l'intégration des enveloppes psychocorporelles ? Témoignent-elles d'une structuration défailante de leurs enveloppes ? Sont-elles la manifestation corporelle d'un sentiment de ne pas, ou de mal habiter leur corps, de ne pas exister au travers de leur corps ?

De ce cheminement de pensées est née la problématique suivante : **Comment une prise en charge psychomotrice, par un travail autour des enveloppes psychocorporelles, permet-elle à l'enfant d'avoir le sentiment continu d'exister et d'apaiser ses angoisses ?**

¹ Par soucis d'anonymat, leurs prénoms ont été changés

Pour tenter de répondre à cette question, dans un premier temps, je présenterai mon lieu de stage. Puis, je développerai ma rencontre avec ces deux enfants, mes observations psychomotrices, et leur histoire de vie. J'évoquerai ensuite, les séances de psychomotricité. Je témoignerai de ma réflexion autour de leurs enveloppes respectives, à travers mes observations cliniques.

Dans un second temps, j'étayerai mon sujet par des apports théoriques sur la mise en place des enveloppes psychocorporelles chez le tout-petit. Je développerai l'intérêt des interactions précoces avec son environnement, et sa construction en tant qu'individu propre. J'évoquerai ensuite les angoisses en tant que manifestations comportementales d'un mal-être interne.

Dans un troisième et dernier temps, j'élargirai ma réflexion autour des deux enfants, et de leur possible défaillance psychocorporelle. J'évoquerai les objectifs et les moyens thérapeutiques d'une prise en charge psychomotrice autour de la contenance. J'illustrerai ma réflexion avec des exemples cliniques basés sur l'intégration des enveloppes psychocorporelles chez Danny et Thomas.

Partie 1 : Clinique

I. L'institution

1. Le CMP

J'effectue mon stage dans un Centre Médico-Psychologique (CMP). C'est une institution extrahospitalière, sectorisée et rattachée à un Centre Hospitalier. Elle est donc publique et garantit des consultations médico-psychologiques et sociales gratuites. Ces consultations sont proposées par une équipe pluridisciplinaire, à des patients en souffrance psychique. Le CMP peut aussi orienter ses patients vers d'autres institutions psychiatriques plus adaptées.

Il existe des CMP pour adultes ou pour enfants.

Concernant mon lieu de stage, le centre accueille des enfants et adolescents de 0 à 20 ans. La structure partage ses locaux avec un CMP adulte. Au rez-de-chaussée, se trouvent les locaux du CMP enfant, et à l'étage ceux du CMP adulte. La salle d'attente a longtemps été commune aux deux structures. Seulement, pour des raisons de sécurité, elle a été dissociée l'année dernière.

La salle de psychomotricité est carrée avec une grande surface. Elle est composée d'une double porte à l'entrée formant un SAS, où les enfants enlèvent leurs chaussures avant d'entrer dans la salle.

2. L'enveloppe institutionnelle fragile

Dans un CMP enfant, l'équipe pluridisciplinaire est normalement constituée de cadre de santé, de secrétaires, d'infirmières, d'un ou plusieurs pédopsychiatres et psychologues faisant fonction de consultant, d'assistant social, d'un ou plusieurs psychomotriciens. Il peut aussi y avoir des orthophonistes, des ergothérapeutes, des arthérapeutes ou musicothérapeutes.

L'admission d'un enfant au CMP se fait soit par le biais d'une recommandation médicale soit à la suite d'une demande des parents. L'enfant et sa famille sont ensuite placés sur liste d'attente ou obtiennent directement un rendez-vous avec un consultant, selon l'urgence de la situation.

Cette année, tout au long de mon stage, je suis confrontée indirectement à des problématiques institutionnelles au CMP. L'enveloppe de l'institution est sensible. Les relations entre professionnels sont conflictuelles et le travail thérapeutique en équipe est délicat.

De ce fait, beaucoup de professionnels ont quitté l'institution cette année. A ce jour, trois psychologues, une psychomotricienne, la secrétaire, l'assistante sociale et l'infirmière sont partis du CMP. Ces professionnels n'ont pas encore été remplacés. Actuellement, il reste donc deux psychologues consultants, le pédopsychiatre et une psychomotricienne.

Du fait de ces nombreux départs, beaucoup d'enfants subissent une interruption thérapeutique complète. Ils sont alors replacés sur la liste d'attente, en attendant de nouvelles embauches. Cela agit sur l'aspect psycho-affectif des enfants et de leurs familles qui investissent ces espaces thérapeutiques. Certains ont pu ressentir des angoisses d'abandon, de séparation voire de mort à l'annonce du départ de leur thérapeute.

J'observe que la dynamique institutionnelle est précaire, les réunions de synthèse sont pauvres en informations cliniques, et les échanges verbaux entre thérapeutes sont quasi-inexistants.

3. La place de la psychomotricité

Le métier de psychomotricien en CMP permet une prise en charge globale du patient atteint de troubles psychiatriques. L'intérêt en psychiatrie, est de centrer la thérapie sur et par le corps. Les objectifs thérapeutiques sont variés mais vont tous dans le sens de l'acquisition, par l'enfant, d'une autonomie et des compétences psychomotrices, sociales et relationnelles.

Les indications en psychomotricité sont rédigées par les consultants (psychologues ou psychiatres). Pour qu'une prise en charge en psychomotricité ait lieu, il faut que l'enfant soit suivi en consultation par un psychologue ou un psychiatre.

Dans cette institution, la psychomotricité est présente : ma maître de stage est en Contrat à Durée Indéterminée (CDI) à mi-temps. Il reste actuellement un second mi-temps à pourvoir. Le rôle et l'intérêt de la psychomotricité dans ce CMP est peu compris et peu reconnu par les membres de l'équipe.

La psychomotricienne reçoit des patients en individuel pendant quarante minutes, à raison d'une fois par semaine. De plus, elle coanime, avec un psychologue, un groupe de quatre enfants présentant des troubles du spectre de l'autisme. J'assiste à ce groupe le mercredi matin.

4. Ma place de stagiaire

Pour ce qui est de ma place en tant que stagiaire je me suis intégrée au sein de l'équipe, même si l'accueil n'a pas été des plus chaleureux. Le stage est très intéressant et formateur. Les échanges cliniques et théoriques avec ma maître de stage et le psychologue animant le groupe m'apportent beaucoup.

Cependant, j'ai eu très peu l'occasion d'échanger avec d'autres professionnels durant les temps informels. Les conflits institutionnels ont rendu difficile l'accès aux informations médicales de mes cas cliniques.

Je développe, par la suite, mon observation de deux patients suivis en psychomotricité en séance individuelle.

II. Le cas de Danny

1. Ma rencontre avec Danny

Avant mon arrivée en septembre, l'alliance thérapeutique avec la psychomotricienne est fragile. Danny est souvent absent aux séances, le suivi thérapeutique n'est pas régulier. Il entame sa dixième séance de psychomotricité au moment de ma venue.

La psychomotricienne et moi allons le chercher dans la salle d'attente. Danny est un enfant de 8 ans (.../06/2011), plutôt grand, il adopte une démarche d'adolescent. Il est expressif et parle fort. Il semble intrigué, me regarde dans les yeux et me questionne immédiatement sur la raison de ma présence. Pour autant, Danny a été prévenu auparavant de mon arrivée.

Une fois dans la salle, la psychomotricienne me présente et réexplique les modalités de mon stage. Ce dernier accepte ma présence, même si il me regarde avec méfiance en début de séance. Il garde malgré tout son comportement habituel, selon les dires de la psychomotricienne.

La séance se déroule en fonction des envies de Danny. Nous jouons donc à différentes activités, il arrive à m'inclure dans celles-ci. Cependant, il instaure une relation plutôt concurrentielle entre lui et moi. C'est-à-dire qu'il souhaite être meilleur que moi lorsqu'on joue au tennis ou à la corde à sauter.

Danny présente une importante agitation psychomotrice et un besoin fréquent de chuter au sol pendant la séance.

J'ai pu aussi percevoir une intolérance à la frustration, puisqu'il s'est montré fâché lorsque j'ai sauté plus longtemps que lui à la corde. De même, en anticipant la fin de la séance, Danny a refusé de ranger le ballon de baudruche, qui nous a servi pour le tennis, et l'a même percé.

En fin de séance, nous réussissons malgré tout à effectuer un temps calme médiatisé par une balle à picots. A cet instant, il se montre plus apaisé lorsque la psychomotricienne passe la balle tout autour de son corps. De plus, il demande à inverser les rôles, et nous passe donc la balle dans le dos, à toutes les deux. Je le sens soucieux et appliqué dans ce qu'il nous propose.

La séparation n'a pas été compliquée sur la fin de séance. Le temps calme offrant une contenance corporelle par la balle à picots, et groupale par notre présence, aurait-il permis à Danny de se sentir suffisamment sécure pour se séparer ?

En discutant avec la psychomotricienne *a posteriori*, nous trouvons intéressant de reposer un temps calme à la fin de chaque séance, sachant qu'il ne l'avait pas expérimenté auparavant. Ceci permettrait à Danny de se poser et de prendre conscience de son corps autrement qu'à travers le mouvement.

2. Séance révélatrice : Le 9 octobre 2019

Lors de cette séance du 9 octobre 2019, la psychomotricienne instaure un jeu créatif avec de la pâte à modeler. Danny crée des formes en pâte à l'aide d'emporte-pièces. A plusieurs reprises il abîme sa forme lorsqu'il la retire de l'emporte-pièce. Il se met alors fortement en colère, détruit toutes ses créations et jette les morceaux de pâte à modeler partout dans la salle.

J'observe qu'il est confronté à la frustration de ne pas réussir ses créations et présente une impossibilité à contenir sa colère et par conséquent son tonus. C'est la première fois que je le vois dans un état d'explosion tonico-émotionnelle aussi conséquent.

Il lui est verbalisé qu'il est interdit de lancer la pâte dans la salle. Il cesse alors et part se cacher sous la toupie géante, objet de taille importante qui permet de se balancer et de tourner à l'intérieur.

Je comprends son comportement comme un besoin de s'isoler dans un coin de la salle, afin de contenir les émotions qui le submergent. Je perçois chez lui un besoin de réparation, de récupération de son état tonico-émotionnel de base. Pour cela, il retrouve une enveloppe contenante, dure, solide et sécurisante : la toupie géante.

La psychomotricienne et moi lui proposons alors de construire une cabane avec cette toupie, ce qu'il accepte. Il redevient jovial et moins rigide toniquement.

A sa demande nous sortons des tunnels en tissu pour prolonger la cabane. Nous jouons à faire semblant dans cet espace, et c'est Danny qui donne le thème du jeu, à savoir « la famille ». Nous l'étayons pour qu'il aille plus loin dans son imaginaire. Danny est en réelle difficulté pour ce qui est de créer des histoires, avec des personnages et des situations précises.

Il nous met, peu de temps après, sur la voie d'une proposition différente, lorsqu'il s'installe à l'intérieur du tunnel. Nous prenons, la psychomotricienne et moi, chacune un côté du tunnel, puis nous le soulevons et effectuons des bercements. Danny apprécie beaucoup cette exploration vestibulaire et proprioceptive, il la verbalise. Cette proposition est de l'ordre du retour vers l'archaïque et le régressif, par le portage. J'imagine que cet enfant est en recherche d'enveloppes matérialisant ses limites corporelles. Cela semble apaiser son agitation motrice.

En fin de séance, la psychomotricienne lui propose de se coucher sur un tapis. Nous disposons un deuxième tapis sur lui, puis chacune à notre tour, roulons sur ce deuxième tapis. Nous écrasons Danny afin qu'il ressente son corps différemment et qu'il puisse en prendre conscience, sans douleurs. Il trouve cette proposition ludique et ne cherche pas à y échapper.

La séparation est délicate pour Danny, il semble anxieux. Mais il supporte malgré tout de remettre ses chaussures et de quitter la salle calmement. Il me fait un câlin une fois dans la salle d'attente. La psychomotricienne lui verbalise que le bon comportement à avoir est plutôt celui de serrer la main.

3. Déroulement des séances et évolution

Tout au long de l'année, Danny investit très positivement les séances de psychomotricité, il est souvent content de nous voir et court immédiatement jusqu'à la salle. Dès qu'il entre dans cet espace de psychomotricité, il présente une forte agitation motrice et une impulsivité. Il n'est pas en capacité de s'asseoir à table pour nous parler. La psychomotricienne fait le choix de recevoir cette agitation sans chercher à la contrôler. La séance permet à Danny une décharge tonique dont il semble avoir besoin.

C'est souvent lui qui décide de l'activité ou du jeu à faire. Son hyperkinésie se ressent dans le déroulé de la séance, qui lui-aussi est brouillon. Nous pouvons faire des parcours, des jeux de « chamboule-tout » et récemment des jeux de faire semblant.

En séance, sa motricité globale est investie mais excessive et souvent inadaptée. Il a des difficultés à réguler et à préciser sa gestuelle, notamment lorsque les coordinations générales ou fines sont mobilisées. Il est sans cesse en mouvement et en recherche de sensations.

Il met très souvent son corps en danger, peut-être dans l'intérêt de susciter, chez la psychomotricienne et moi, une inquiétude pour sa sécurité. Par exemple, il grimpe en haut de l'espalier puis s'écroule par terre, fait des acrobaties la tête au sol et les jambes en l'air, s'agrippe aux étagères, monte sur le bureau, se laisse retomber violemment... Cependant, je note un certain apaisement lorsque le cadre spatio-temporel est défini avec lui.

Afin de créer un cadre temporel, la psychomotricienne a mis en place un Time-Timer (système de minuteur avec représentation visuelle du temps qui passe). Danny est très réceptif à cet objet, il lui permet de matérialiser le temps qui passe, de pouvoir le quantifier, et ainsi d'anticiper la séparation. Il s'en saisit et le réutilise à chaque séance de lui-même. Cela semble maintenant être un réel besoin pour lui.

Pour ce qui est de la gestion de l'espace, la salle de psychomotricité étant grande, il a tendance à s'éparpiller dans cet espace. Par exemple, il monte sur le bureau pour saisir des objets en

hauteur, sort des modules en mousse pour faire des galipettes, dispose le trampoline au milieu de la salle et saute dessus...

J'ai pu néanmoins remarquer que lorsque la proposition offre un cadre spatial plus restreint, Danny semble moins agité et plus précis dans sa motricité. Comme si, un espace plus petit lui permettait de se rassembler et de contenir son hyperkinésie.

En effet, lorsque nous jouons au tennis, la salle est divisée en deux parties, lui permettant ainsi d'être dans un plus petit espace. Il se prend au jeu, installe le matériel avec nous et se concentre sur la proposition.

Sur le plan psychomoteur, Danny présente des difficultés de régulation tonique, il est plutôt sur un versant hypertonique qu'on pourrait matérialiser comme une carapace tonique. Je remarque aussi une mauvaise régulation tonico-émotionnelle. Il peut s'effondrer ou « surinvestir » son tonus lorsqu'une émotion est trop forte. C'est arrivé lorsque la psychomotricienne lui a annoncé une annulation de la séance suivante du fait de vacances scolaires (Toussaint), il s'est laissé tomber au sol.

Danny semble être un enfant anxieux. J'ai pu le percevoir sur certaines fins de séance où il se montre violent avec des crises clastiques (crises avec violence et brisure d'objets) et hétéro-agressives lorsqu'il lui est annoncé que l'on va se quitter : il jette du matériel de psychomotricité volontairement dans notre direction, crie et verbalise qu'il ne veut pas s'en aller.

Ma maître de stage et moi avons donc réfléchi à des propositions contenant et rassurantes pour la fin de séance. Le but étant qu'il puisse s'apaiser, anticiper la séparation et explorer son corps autrement que par le mouvement.

Lors des séances qui ont suivi celle du 9 octobre 2019, Danny est en demande d'explorations proprioceptives, de portage, de contenance, comme il a pu l'explorer dans le tunnel. La psychomotricienne l'invite donc à se mettre dans le hamac, qui offre un portage plus

confortable. Au fil des semaines, il se saisit de cet objet à chaque fin de séance. Il semble avoir besoin d'être en enroulement, porté et contenu dans un tissu près de sa peau.

Ce temps calme devient un rituel, la psychomotricienne apporte une enveloppe sonore par des chants, et moi une enveloppe corporelle en venant faire exister ses limites du corps à l'aide d'une balle à picots. Danny est souvent plus apaisé toniquement, jusqu'à s'endormir quelques fois.

Le travail thérapeutique avec cet enfant m'est apparu clairement, Danny a besoin de contenance : enveloppes corporelles superficielles et profondes, spatiale, affective et de maternage/portage. C'est ce qu'il vient soulever en séance de psychomotricité. Nous nous sommes saisis de cette recherche d'enveloppes pour l'axer vers un étayage psychomoteur autour de ses limites corporelles et peut-être plus tard de son image du corps. Et pour comprendre son comportement actuel et ses besoins, il m'a fallu prendre connaissance de son anamnèse et de son histoire personnelle.

4. Anamnèse

4.1 Petite enfance

La grossesse de Danny est compliquée, sa mère est alitée au huitième mois, contrairement à sa précédente grossesse qui s'était bien déroulée. Il y aurait eu une apparition de violences conjugales pendant cette grossesse. L'accouchement se déroule correctement. Elle allaite son enfant jusqu'à ses 5 mois.

A la naissance de Danny, sa mère subit une lourde dépression post-partum. Elle est suivie en psychiatrie à plusieurs reprises, avec une suspicion de pathologie bipolaire.

Danny a eu un développement psychomoteur dans la norme : il tient assis à 4 mois, passe par le quatre-pattes et marche à 12 mois. Il acquiert la propreté diurne et nocturne à 2 ans et demi. Ses premiers mots ne sont pas en langue française mais en créole.

Danny a 2 ans, lorsque ses parents se séparent. La séparation a lieu sans la présence des enfants.

4.2 Histoire familiale

Danny vit au foyer familial avec sa mère et son frère de 13 ans.

Sa mère est d'origine guadeloupéenne et son père d'origine martiniquaise, ils sont séparés depuis six ans, avec un passé de violences conjugales.

Le père n'a pas la garde des enfants, cependant il est présent sur certains week-ends. Il ne s'oppose pas aux soins concernant son fils, mais n'y participe pas. Il soutient l'inscription de Danny à la boxe, cela lui semble important.

Il y a deux ans, un signalement pour violence du père a été fait, car Danny a dit : « *papa m'a frappé* ».

Les deux frères jouent très violemment à la maison, au point d'avoir eu recours à des soins en urgence. Actuellement, son grand frère est aussi suivi au CMP en psychothérapie, pour motif d'inhibition, d'hyper-maturité et de probables symptômes dépressifs.

4.3 Entrée en soin et scolarité de Danny

Danny entame un début de suivi dans un CMP en 2014, pour motif de difficultés comportementales. Seulement, sa mère dit ne pas accrocher avec le dispositif et préfère le libéral. Il est donc suivi en psychothérapie de 2015 à 2017.

Il intègre ensuite un autre CMP, à l'âge de 7 ans, qu'il quitte rapidement pour cause de déménagement.

Il est alors admis dans le CMP où j'effectue mon stage, à partir de septembre 2018, pour motif de difficultés comportementales à l'école et par conséquent de retard dans les apprentissages.

Il est suivi par un psychologue consultant dès son entrée. Ce dernier quitte l'institution quelques mois plus tard, en mai 2019, et rompt donc la thérapie avec Danny. En octobre 2019, un autre consultant psychologue reçoit Danny et sa famille. Mais le suivi sera une nouvelle fois rompu, trois mois après, du fait du départ de ce thérapeute. A la venue d'une jeune psychologue diplômée en février 2020, Danny entame à nouveau un suivi.

Beaucoup d'abandons thérapeutiques accompagnent cet enfant, investissant néanmoins avec affection ce lieu de soins.

Concernant la psychomotricité, les séances commencent en février 2019, lors du recrutement de la psychomotricienne actuelle. Le projet thérapeutique pour Danny s'axe sur la gestion des émotions, de la frustration et de l'échec, en vue d'une amélioration du comportement et de l'acquisition des apprentissages à l'école. Il lui est proposé une séance de quarante minutes par semaine.

En avril 2019, un bilan neuropsychologique en libéral est réalisé, à l'initiative de la mère de Danny. Le praticien exprime alors un tableau évocateur d'un Trouble Déficitaire de l'Attention avec/sans Hyperactivité (TDA/H) pour Danny. Cependant, aucun diagnostic n'est réalisé par un médecin.

Sur le plan scolaire, Danny présente des difficultés comportementales à l'école. Il a du mal à réguler ses émotions. Il réagit par des fortes colères et des crises clastiques en classe, lorsqu'il se trouve face à l'échec sur un exercice ou par rapport aux autres élèves. Il a pu aussi évoquer des menaces suicidaires à plusieurs reprises.

Il présente des difficultés d'adaptation au cadre et au rythme scolaire. Il a du mal à rester assis, à se concentrer et à respecter les consignes instaurées par l'adulte. Cet enfant a un retard sur les apprentissages et peine à investir positivement l'école.

Il est aidé d'un Auxiliaire de Vie Scolaire (AVS), sans notification de dossier provenant de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH). Il reste malgré tout agité en classe.

Il bénéficie d'un groupe « Réseau d'Aides Spécialisées pour les Elèves en Difficulté » (RASED) animé par un maître G (professeur avec une formation de suivi relationnel et comportemental). Le groupe, de trois ou quatre élèves, consiste à travailler et acquérir les habiletés sociales.

A la rentrée 2019, il intègre une classe avec deux maîtresses. Mais pour des difficultés de gestion du comportement de Danny, ce dernier est amené à changer de classe.

Il rejoint donc une autre classe avec un maître. Suite à cela, ses excès de colère semblent s'être contenus et tranquilisés. La présence d'une autorité masculine a-t-elle impactée sa gestion des troubles comportementaux ?

La relation entre la famille et l'école reste conflictuelle. Une demande d'intervention d'un Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile (SESSAD) a été déposée.

III. Le cas de Thomas

1. Ma rencontre avec Thomas

Lors de ma première rencontre avec Thomas, la psychomotricienne et moi allons le chercher dans la salle d'attente. Il se cache derrière les jeux et sous la petite table. Il a l'air malgré tout content de retrouver la psychomotricienne et de faire ma connaissance.

C'est un enfant de 8 ans (.../06/2011), plutôt petit et très mince. Il présente un faciès particulier, avec un périmètre crânien qui semble inférieur à la moyenne pour son âge. Thomas présente une attitude plutôt régressée, avec une agitation et une immaturité motrice. A ce jour, aucune anomalie n'a été relevée à la suite d'un bilan neuropédiatrique.

Nous nous rendons dans la salle de psychomotricité, où lui sont expliqués les intérêts de ma venue et la durée de mon stage. Il accepte très bien ma présence.

Nous commençons par un jeu à table : le tangram (puzzle de formes géométriques en trois dimensions). Nous jouons l'un contre l'autre, tandis que la psychomotricienne l'aide à réaliser l'exercice.

Il supporte bien le fait que je sois en concurrence avec lui, mais il peine à se représenter l'assemblage en trois dimensions des différentes pièces du puzzle. J'ai pu percevoir ses difficultés de compréhension des consignes et de flexibilité mentale sur ce jeu notamment.

Nous passons ensuite à une activité plus corporelle.

Nous avons chacun un ruban de Gymnastique Rythmique et Sportive (GRS). Nous inventons un mouvement avec ce ruban associé à un son. L'intérêt est de reproduire tous ensemble les mouvements puis de les mémoriser.

Lors de cette proposition, je perçois l'hyperkinésie chez Thomas ainsi que son incapacité de régulation tonique. Il reste très hypertonique au niveau de ses membres supérieurs. En effet, il n'arrive pas à adapter son mouvement afin que le ruban prenne la forme souhaitée. Il présente une pauvreté de variétés de mouvements et de sons.

Ce manque d'imaginaire pourrait-il être associé à une éventuelle anxiété de la situation ; créé notamment par le regard que nous, adultes, lui portons en attendant qu'il effectue un mouvement ?

La mémorisation est aussi peu efficace, probablement du fait d'un encodage défaillant. En effet, il a des décrochages attentionnels fréquents durant la proposition. Il peine donc à reproduire correctement tous les mouvements.

Thomas arrive à accepter la séparation sans problème, mais reste agité en fin de séance.

2. Séance marquante : Le 15 janvier 2020

Cette séance du 15 janvier 2020, se déroule en deux temps : tout d'abord nous travaillons la coordination oculo-manuelle et la motricité fine à travers un jeu de construction de Kapla. Thomas est relativement posé et attentif à ce qu'il fait. Il semble apprécier les jeux coopératifs avec des défis à relever.

Dans un deuxième temps, nous utilisons la pâte à modeler comme support de l'imaginaire. Chacun est libre de créer ce qu'il souhaite. Thomas crée des personnages à qui il tranche la tête avec un couteau en bois. Cela amène à des verbalisations de sa part. Il évoque la décapitation et l'assassinat à plusieurs reprises. Son champ lexical concerne essentiellement la mort.

De plus, mon absence pendant les deux semaines précédentes avait fait remonter chez Thomas des verbalisations anxieuses telles que : « *Est-ce que Lucie est morte ?* ». Je perçois une anxiété importante voire une angoisse de mort chez cet enfant.

3. Déroulement des séances et évolution

Les séances avec Thomas sont plutôt structurées au niveau spatio-temporel. Il se cache d'abord sous la table en salle d'attente, puis court ensuite jusqu'à la salle, avec souvent un très grand sourire. Dès qu'il rentre en salle de psychomotricité, il saute sur le trampoline avant de pouvoir s'asseoir au bureau et nous parler de sa semaine. C'est un rituel qui a été mis en place. Tous les trois, nous décidons au préalable du nombre de sauts qu'il va effectuer. Ensuite, nous le regardons sauter et comptons ensemble jusqu'à ce nombre. Cette étape semble être sécurisante pour lui, lui permettant par la suite d'être disponible aux propositions.

Lorsqu'il s'installe à table avec nous, il bouge beaucoup, a de nombreuses réactions de prestance et de rires nerveux. Il semble être intimidé, voire anxieux à l'idée de parler de lui, en face de nous.

Thomas a besoin d'être étayé, il est nécessaire de lui poser plusieurs fois les mêmes questions afin qu'il puisse nous en répondre quelque chose.

Nous lui avons mis à disposition une planche d'équilibre sous ses pieds lorsqu'il est assis, afin qu'il puisse avoir des appuis plantaires corrects et maintenir une posture plus stable. Cela fonctionne certaines fois.

Dans ces débuts de séances, Thomas évoque souvent le fait qu'il a peu de copains, cela semble lui peser beaucoup. Il arrive fréquemment en séance avec des dessins de bonhomme évoquant des émotions fortes, essentiellement tristesse et colère.

Il lui semble plus facile d'exprimer ses émotions à travers une création artistique plutôt qu'à travers la sphère orale, encore immature pour son âge. J'ai pu remarquer une difficulté de régulation émotionnelle. Thomas semble avoir du mal à repérer, interpréter et verbaliser ses émotions, qui semblent alors le déborder voire l'angoisser.

Thomas est souvent en demande de parcours, cela nous permet de trianguler la relation afin qu'il puisse attendre son tour et améliorer son comportement social.

Je remarque de grosses difficultés de coordinations globales, d'équilibre et d'acquisition du schéma corporel. C'est un garçon qui se cogne et chute beaucoup en séance. Il présente une agitation psychomotrice et une rigidité qui ne lui permettent pas d'effectuer des gestes efficaces et précis. Plutôt sur un versant hypertonique, Thomas rencontre des difficultés lorsqu'il s'agit de réguler et d'adapter son tonus à la situation.

Néanmoins, ce jeune garçon a beaucoup de motivation et de volonté pour réussir, il gère plutôt bien la frustration face à l'échec et souhaite recommencer jusqu'à réussir.

Au fil de l'année, Thomas témoigne de plus en plus d'un besoin de se cacher sous des objets : le bureau, la toupie, de faire une cabane...

Je me suis saisie de ses demandes afin de lui proposer des temps enveloppants d'explorations proprioceptives et vestibulaires. Lorsqu'il se loge dans la toupie par exemple, j'étaye sa perception globale du corps à l'aide d'un objet massant ou d'une balle à picots. Cela lui permet de ressentir ses limites corporelles autrement que par l'agitation psychomotrice. Je lui propose aussi des expériences vestibulaires en faisant tourner tranquillement la toupie.

Durant ce temps, il est très calme et semble à l'écoute de ses sensations. Sa respiration devient plus profonde et ralentie. Je remarque un relâchement tonique et une disparition de son hyperkinésie. Je présume que le fait qu'il soit contenu et en position d'enroulement à l'intérieur d'un objet solide lui permet ce relâchement.

C'est souvent moi qui met fin à cette proposition, par manque de temps, et non lui. Il retrouve ensuite son recrutement tonique habituel, mais je remarque qu'il est plus posé et appliqué à ce qu'il fait.

Je perçois qu'un travail autour des limites corporelles et de la prise de conscience de celles-ci est nécessaire afin qu'il puisse réguler au mieux sa gestuelle, son anxiété et ses émotions débordantes.

4. Anamnèse

4.1 Petite enfance

La grossesse de Thomas et l'accouchement se sont bien déroulés.

Thomas a eu un développement psychomoteur efficient durant la petite-enfance.

Il a marché à 10 mois, n'est pas passé par le quatre-pattes mais se déplaçait sur les fesses. Il a acquis la propreté à 2 ans et demi. C'était un bébé calme selon les dires de ses parents. Il avait cependant quelques difficultés à s'exprimer en maternelle.

A l'âge de 5 ans, Thomas et sa famille ont subi un événement tragique : son demi-frère (fils de la mère) de 24 ans, est mort dans un accident de voiture en 2016. Il vivait et entretenait de très bons rapports avec Thomas.

Les parents évoquent un déclenchement des symptômes chez Thomas à partir de ce moment-là. Mais lorsque la psychomotricienne les questionne plus précisément, ils disent qu'il était déjà agité avant la mort de son frère.

Il a été suivi par une psychologue scolaire juste après le décès.

4.2 Histoire familiale

Thomas vit au foyer familial avec sa grande sœur de 19 ans, son petit-frère de 6 ans, et ses deux parents.

Ces derniers ont un écart d'âge assez important, le père est plus âgé que la mère, d'environ 30 ans. Ils ont tous les deux eu des enfants d'une précédente union. Le père en a eu trois, et la mère deux.

Le père est d'origine française. Il a eu un parcours professionnel difficile. Non lecteur et diagnostiqué déficient intellectuel, à l'âge adulte il a été en Institut Médico-Professionnel (IMPro).

Il verbalise à plusieurs reprises qu'il n'a pas eu l'opportunité de faire des études et semble le vivre comme un regret. Ce père a souffert d'alcoolisme, et a été atteint d'un Accident Vasculaire Cérébral (AVC) il y a 2 ans. Il a récupéré 90% de l'usage de ses bras, mais présente une légère dysarthrie.

Il est peu dans la verbalisation et le jeu avec Thomas. Cependant il est très présent dans l'accompagnement médical et éducatif de celui-ci. Ce père semble prendre à cœur le rôle de figure autoritaire de la famille. Il révèle aux thérapeutes du CMP recadrer Thomas physiquement, par l'intermédiaire de « fessées ». Une réunion d'équipe éducative a été réalisée pour évaluer l'importance des inquiétudes concernant une éventuelle maltraitance. Cette réunion n'a pas débouché sur la nécessité d'une évaluation de la part de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE).

La mère est d'origine martiniquaise. Plutôt joviale, elle a un bon contact avec les thérapeutes du CMP. En raison de son travail, elle accompagne très peu Thomas au rendez-vous de psychomotricité, c'est plutôt son père qui s'en charge. La mère semble malgré tout à l'écoute des demandes de son fils et n'hésite pas à jouer avec lui.

4.3 Scolarité et entrée en soin de Thomas

Les difficultés scolaires de Thomas ont débutées en CP, il est actuellement en CE2.

Elles concernent le comportement et la négligence que Thomas apporte à ses affaires. De plus, il n'arrive pas à rester assis en classe. Il a du mal à comprendre les consignes et cela se répercute sur l'acquisition des apprentissages.

Lorsqu'il écrit, il appuie fort sur le crayon et ne régule pas son geste, avec une micrographie. Cet enfant aurait besoin d'un AVS, selon l'assistante sociale du CMP. Un dossier MDPH est en cours de préparation.

Il participe néanmoins au Projet de Réussite Educative (PRE) de la ville, qui lui apporte une aide aux devoirs, une à deux fois par semaine. Ce dispositif l'accompagne dans les apprentissages et semble bénéfique pour lui. Le PRE propose aussi une guidance parentale pour aider le père à trouver des méthodes éducatives adéquates, différentes des « fessées ».

Dernièrement à l'école, il lui a été proposé de participer au groupe RASED animé par un maître G, nous n'avons pas plus d'informations pour le moment.

Thomas est admis au CMP en octobre 2018, pour motif de difficultés scolaires et comportementales à l'école.

Il entame un suivi en psychothérapie qui s'interrompt au départ du psychologue en mai 2019 (le même que consultait Danny). Thomas est resté de longs mois sans consultant psychologue. Ce n'est qu'en décembre 2019, qu'il lui est proposé un autre consultant.

Concernant la psychomotricité, les prises en charge débutent en juillet 2019. Le projet thérapeutique en psychomotricité est de soutenir les apprentissages chez Thomas en repassant par des acquisitions précoces toniques, motrices et émotionnelles.

4.4 Accompagnement parental en psychomotricité

Les parents viennent à plusieurs reprises dans l'espace de psychomotricité pour parler des difficultés que Thomas rencontre à l'école. Lorsque c'est le cas, ils occupent les quarante minutes de prise en charge dédiées à leur fils normalement.

La psychomotricienne conseille quelques aménagements à faire en classe afin qu'il puisse travailler dans les meilleures conditions : pot à crayon plutôt que trousse, objets à mâchouiller, planche d'équilibre sous les pieds ou coussin sur la chaise...

Le père évoque, en rentrant des vacances de la Toussaint, qu'il ressent un « mal-être » chez son fils. Il rajoute que ça a été difficile pour Thomas de se rendre sur la stèle de son frère pendant les vacances. L'enfant en parle d'ailleurs à plusieurs reprises sur les séances qui suivent, et dessine même la tombe de son frère.

IV. Conclusion de la partie clinique

J'ai choisi de traiter ces deux patients en cas clinique puisqu'ils m'ont interpellés du fait de leur comportement. En effet, ils présentent tous deux une agitation psychomotrice associée à des angoisses facilement repérables.

Ce n'est que lorsque nous instaurons un cadre contenant et sécurisant en psychomotricité, qu'ils s'apaisent et régulent leurs émotions pendant un court instant. Je me suis alors demandée si cette agitation serait-elle en lien avec un besoin de se sentir exister et vivant ? J'ai pu aussi repérer un besoin de contenance, d'enveloppes, de portage, de construction de cabane, et de sollicitation des limites corporelles, chez ces deux enfants.

La contenance offerte en psychomotricité leur permettrait-ils de s'individualiser et d'avoir un sentiment continu d'être, autrement que par l'agitation ?

Ainsi, l'hypothèse d'un éventuel défaut de structuration des enveloppes psychocorporelles et donc de sentiment de continuité d'existence m'a mené à approfondir ce sujet dans mon mémoire.

Partie 2 : Théorie

I. Relation mère-bébé : contenance et interactions précoces

1. Enveloppe primaire pendant la grossesse

Le fœtus, dans le ventre de la mère, est d'ores et déjà contenu dans une enveloppe : la poche des eaux. Cette dernière est un « *espace rempli de liquide amniotique, compris entre la membrane ovulaire interne (amnios) et le fœtus [...] elle joue un rôle capital dans la protection du fœtus contre les traumatismes pendant la grossesse.* » (Larousse Encyclopédie médicale, 2012). Il est donc protégé et contenu dans cet espace restreint, en fusion avec sa mère.

Ce fœtus baigne dans le liquide amniotique, avec une posture en enroulement, lui permettant ainsi de ne pas ressentir la pesanteur comme dans un environnement aérien. Pour autant, selon A. Bullinger, le flux gravitaire est présent dès la vie intra-utérine, il est perçu par le système vestibulaire et témoigne des mouvements et des positions de son corps et de celui de sa mère (Bullinger, 2004).

Au moment où le bébé naît, il se trouve écrasé par cette force de pesanteur du fait de ce changement d'environnement. Il est limité dans ses mouvements : « *les premières réactions motrices de placement et d'orientation du nouveau-né sont organisées en relation avec les forces de la pesanteur.* » (Ibid, p.78).

Il subit de nombreux autres changements, il se retrouve dans un environnement inconnu, frais, et aérien. Il devient dépendant d'autrui afin de subsister à ses besoins physiologiques, notamment pour se nourrir. Ses fonctions respiratoires se mettent en marche. De nombreuses stimulations sensorielles nouvelles s'offrent au nourrisson (respiration, gustation, succion, toucher). L'enveloppe physique qu'offre la vie intra-utérine n'est plus présente.

2. Naissance et développement psychomoteur des premiers mois

La qualité de l'environnement qui entoure le bébé est essentielle pour son bon développement. Et en particulier les dimensions relationnelles et affectives qu'il détient avec sa mère, ou sa figure maternelle.

La relation mère-bébé, que J. Bowlby qualifie de « *dyade mère-enfant* » (Morel, 2015, p.63) est innée et naturelle. Elle se caractérise par l'attachement qu'ils ont l'un pour l'autre, et leurs interactions mutuelles. D. W. Winnicott évoque l'importance de la fonction contenante de la mère. Elle doit être « *suffisamment bonne* » pour que l'enfant se sente en sécurité et apte à explorer son environnement seul par la suite (Winnicott, 1969).

Lors des premiers mois après sa naissance, le nourrisson n'a pas conscience de ses limites corporelles. Il ne se distingue pas du corps de sa mère. En effet, « *à la naissance, l'enfant n'est conscient ni du monde qui l'entoure ni de son propre corps* » (Wintrebert, 2003, p.14).

Dans la théorie psychanalytique, M. Klein évoque la « *position schizo-paranoïde* » du nourrisson qui se caractérise par des angoisses d'objets extérieurs et intérieurs au Moi, perçus comme dangereux. Pour pallier à ces angoisses de persécution, le bébé effectue un clivage entre l'objet « *bon* » et l'objet « *mauvais* » pour lui.

Il distingue donc l'environnement bon comme lui appartenant (bonne mère : celle qui répond à ses besoins) et l'environnement mauvais comme extérieur à lui (mauvaise mère : celle qui refuse). Il procède à une opération mentale de projection, à savoir de rejet des éléments négatifs, ou d'introjection, à savoir d'intégration des éléments positifs (Morel, 2015, p.53).

De part ses échanges préverbaux avec sa mère : le regard, le toucher, le portage, le nourrisson va progressivement distinguer son Moi du non-Moi et se détacher symboliquement du corps de sa mère.

3. La contenance qu'apporte le toucher dans la dyade mère-enfant

Les expériences sensori-motrices ont un rôle important dans le développement du bébé. A condition que celui-ci n'ait pas de perturbations neurologiques qui altèrent ses capacités sensorielles et/ou motrices.

La sensorialité lui permet de percevoir l'environnement qui l'entoure, de part ses modalités visuelles, auditives, olfactives, gustatives, tactiles, proprioceptives et vestibulaires. Toutes sont essentielles dans la dyade mère-enfant.

Le toucher est le premier sens qui se développe chez le fœtus, il permet de percevoir les caractéristiques d'un corps ou d'un objet par le contact (Lejeune & Gentaz, 2015).

Pendant la gestation, le toucher permet notamment d'établir une relation précoce entre parents et enfant à travers le ventre de la mère. A la naissance, ce sens reste essentiel pour la continuité de cette relation parents-bébé.

D. W. Winnicott évoque justement l'importance du toucher chez le tout-petit, à travers la fonction maternante qu'apporte son environnement et plus particulièrement sa mère.

Il détaille que la mère doit être préoccupée par son bébé, qu'elle soit capable de s'identifier à lui afin de comprendre et interpréter ses besoins fondamentaux.

Il parle de « *préoccupation maternelle primaire* » (Winnicott, 1969, p.168).

Les trois caractéristiques de cette fonction maternante, sont les suivantes :

- Le *holding* (maintien) définit la manière dont l'enfant est porté physiquement et psychiquement par sa mère. A savoir, le portage qu'elle lui offre et son attention, sa disponibilité psychique et sa capacité à traduire les émotions de son bébé. Cette mère représente un environnement qui contient et qui s'adapte au bébé afin qu'il puisse se sentir suffisamment en sécurité pour s'individualiser. D. W. Winnicott parle de « *mère suffisamment bonne* ».
- Le *handling* définit la manière dont la mère manipule, soigne et panse l'enfant avec une dimension de plaisir. Elle permet à l'enfant de ressentir son corps à travers la sensorialité que ces soins lui confèrent, et ainsi commencer à percevoir son corps propre et ses limites.
- L'*object-presenting* définit l'introduction d'objets extérieurs par la mère dans la dyade, cet objet extérieur peut être le père, faisant office de fonction paternelle. (Winnicott, 1969)

Le *holding* et le portage s'expriment grâce à la modalité sensorielle tactile. H. Wallon et J. de Ajuriaguerra évoquent justement le toucher comme support relationnel dans les interactions précoces, à travers les notions de dialogue tonique et tonico-émotionnel développées par la suite.

4. Le tonus et les émotions comme support des interactions précoces

4.1 Le tonus

Le mot « tonus » est introduit pour la première fois par Galien qui le définit comme « *l'activité d'un muscle sans mouvement* » (Kayser, 1963, p.522).

Puis Müller, en 1840, propose une définition plus fine du tonus, à savoir : « *la légère tension contractile dans laquelle se trouve en permanence tout muscle squelettique normal non directement engagé dans la performance d'un acte spécifique* » (Ibid).

Il existe trois niveaux toniques :

- Le tonus de fond : permanent et involontaire, il ne disparaît pas, même pendant le sommeil.
- Le tonus postural : l'activité tonique minimale permettant de maintenir une posture antigravitaire.
- Le tonus d'action : variations de tensions pour réaliser un mouvement.

Le tonus dépend de la maturation neuronale, évoluant au travers des lois céphalo-caudale et proximo-distale. C'est pour cela que chez le tout-petit, la répartition tonique est hétérogène.

A la naissance, le nourrisson présente une hypertonie des membres et une hypotonie de l'axe.

C'est en associant maturation neurologique et expérience de la pesanteur, que l'évolution de l'état tonique permet au bébé de repousser le sol et de redresser l'axe. (Carric, 2000)

4.2 L'émotion

Le mot « émotion » provient étymologiquement du latin « *ex* » qui signifie « en dehors » et « *movere* » qui signifie « mouvement ».

L'émotion se définit comme : « *un état affectif accompagné de réactions physiologiques – comme le fait de rougir, l'accélération du rythme cardiaque, les tremblements et la transpiration – qui est provoqué par des stimuli internes ou externes, et que l'on évalue par rapport à ses conséquences positives ou négatives sur notre bien-être.* » (Coget et al., 2009, p.121).

La mère transmet à l'enfant ses émotions, il les perçoit par les mimiques faciales mais aussi à travers le portage, les soins et donc le toucher que lui propose sa mère.

4.3 Le dialogue tonique

« *L'émotion et le tonus sont les constituants essentiels qui enracinent la psychomotricité dans le milieu humain.* » (Golse et al., 2004, p.106).

C'est d'abord H. Wallon qui théorise le « *dialogue tonique* » en 1930, puis J. de Ajuriaguerra emprunte cette notion pour la développer et l'étendre au « *dialogue tonico-émotionnel* », en 1977 (Bachollet & Marcelli, 2010).

Le dialogue tonique entre deux individus, naît de ces variations toniques interpersonnelles détectables au toucher. J. de Ajuriaguerra le définit comme « *le prélude du dialogue verbal ultérieur* » (Ajuriaguerra, 1970, p.239).

En effet, le corps et la fonction tonique sont l'essence même de ce langage.

Dans les interactions précoces, le *holding* et la *handling* ont pour support le dialogue tonique. Le bébé perçoit l'état tonique de sa mère et peut en ressentir son état émotionnel, et vice-versa. Il peut alors réagir à cet état émotionnel lui-même par une émotion qui va alors se transmettre corporellement.

4.4 Le dialogue tonico-émotionnel

A partir des réactions tonico-émotionnelles, J. de Ajuriaguerra développe la notion de dialogue tonico-émotionnel.

Ce dialogue se définit comme étant : « *le reflet des états émotionnels des deux partenaires avec la possibilité d'une transmission de l'un à l'autre, en particulier chez le bébé, et dès le plus jeune âge.* » (Bachollet & Marcelli, 2010, p.14).

Le dialogue tonico-émotionnel implique quatre instruments médiateurs à savoir : le tonus, les émotions, la relation fusionnelle mère-bébé et le corps (Corraze, 2007).

Lorsque le bébé se trouve dans les bras de sa mère, le dialogue tonico-émotionnel est fondamentalement présent. Notamment à travers le tonus des bras qui le portent, la prosodie de la voix, le rythme du portage, le regard et les mimiques faciales (Bachollet & Marcelli, 2010).

« *On connaît depuis H. Wallon les liens entre ces états toniques et les dimensions émotionnelles. L'équilibre sensori-tonique issu de cette interaction constitue une plateforme, à partir de laquelle l'enfant peut développer des actions instrumentales.* » (Bullinger in Golse et al., 2004, p.107).

C'est grâce aux expériences sensori-motrices et tonico-émotionnelles que le bébé va pouvoir entrer en relation avec son environnement extérieur.

La contenance et les interactions précoces qu'apportent la figure maternelle, à travers ce dialogue notamment, permet à l'enfant de se construire sa propre enveloppe psychocorporelle.

II. La construction des enveloppes psychocorporelles chez le bébé

1. Les composants de l'enveloppe

L'enveloppe matérialise la différenciation du dedans et du dehors, du Moi et du non-Moi.

L'enveloppe psychocorporelle contient un aspect physique à savoir la peau puis, plus en profondeur les fascias et les muscles, dotés de récepteurs sensoriels tactiles. L'ossature fonde, quant à elle, la structure corporelle et la solidité interne du corps.

L'aspect psychique de cette enveloppe se détermine par la relation affective avec la mère, la qualité du *holding*, du *handling* et du dialogue tonico-émotionnel. L'enveloppe psychocorporelle dépend donc de soi mais aussi de l'environnement.

L'interface avec l'environnement extérieur est la peau. Véritable surface d'échange, elle matérialise la limite entre le dedans et le dehors du corps.

Du latin « *pellis* », elle signifie la « *membrane résistante, imperméable et élastique qui recouvre le corps des animaux vertébrés et de certains invertébrés* » (*Académie française*, 1835).

Elle est constituée de trois couches : l'épiderme , le derme et l'hypoderme. Le derme est doté de récepteurs sensoriels au toucher, plus ou moins nombreux selon les zones du corps. La peau est l'organe le plus étendu de notre corps et la barrière physique qui scinde le Moi et l'extérieur.

Elle se trouve être le support du toucher et des enveloppes psychiques.

2. Le Moi-peau de D. Anzieu

Le Moi-peau est un concept créé par le psychanalyste D. Anzieu.

Il trouve son étayage sur les fonctions de la peau, et prend naissance dans la corrélation entre le Moi-psychique et le Moi-corporel.

L'auteur donne la définition suivante : « *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.* » (Anzieu, 2006, p.61).

Selon D. Anzieu, la structuration de l'enveloppe psychique est en double-feuillet.

A savoir, un feuillet orienté vers le monde extérieur « *figurant la pare-excitation* » et un feuillet orienté vers le monde intérieur « *figurant la réception sensorielle des excitations exogènes et l'inscription de leurs traces* » (Ibid, p.109).

Il développe aussi que « *le Moi-peau se constitue comme une enveloppe suffisamment souple aux interactions de l'entourage et suffisamment contenante de ce qui devient alors des contenus psychiques.* » (Ibid, p.109).

Le Moi-peau détient huit fonctions détaillées dans l'ouvrage du même nom. Celles-ci naissent d'une correspondance entre les fonctions physiologiques de la peau et les fonctions psychiques du Moi.

Ce sont les suivantes :

- 1) Fonction de *maintenance* : se produit par l'intériorisation du *holding* maternel.
- 2) Fonction *contenante* : exercée par le *handling*, elle distingue deux aspects, le « contenant » réceptacle passif des projections du bébé, et le « conteneur » réceptacle actif, fait de rêveries maternelles et de transformations des projections.
- 3) Fonction de *pare-excitation* : la mère assure une pare-excitation auxiliaire du bébé, elle le protège des excitations du monde extérieur. Et cela, jusqu'à ce qu'il trouve un étayage corporel suffisant pour satisfaire cette fonction seul.
- 4) Fonction d'*individuation du Soi* : « apporte à celui-ci le sentiment d'être un être unique » (*Ibid*, p.126).
- 5) Fonction d'*intersensorialité* : à partir des sensations tactiles sur la peau, cette fonction constitue une enveloppe tactile intériorisée psychiquement.
- 6) Fonction de *soutien de l'excitation sexuelle* : « surface sur laquelle, en cas de développement normal, des zones érogènes peuvent être localisées, la différence des sexes reconnue, et leur complémentarité désirée. » (*Ibid*, p.127).
- 7) Fonction de *recharge libidinale* : assure le « maintien de la tension énergétique interne et de sa répartition inégale entre les sous-systèmes psychiques. » (*Ibid*, p.128).
- 8) Fonction d'*inscription des traces sensorielles* : inscrit les informations du monde externe du bébé, sur sa peau à travers les sensations tactiles.

D'autres théories, précédentes à celles du Moi-peau, développent la notion d'enveloppe psychique.

3. Le concept d'enveloppe psychique

S. Freud partage une définition du Moi dans sa deuxième topique, à savoir : « *Le Moi est avant tout une entité corporelle, il n'est pas seulement un être de surface, mais lui-même la projection d'une surface [...] il représente la surface de l'appareil mental.* » (Freud, 1921, p.270).

S. Freud lui attribue aussi les fonctions de pare-excitation, qui sera ensuite la troisième fonction du Moi-peau, et de zone frontière entre monde extérieur et intérieur.

Quelques décennies plus tard, M. Klein postule l'existence d'un Moi précoce, chez le bébé pendant ces quatre premiers mois de vie. Elle définit ce Moi comme étant « *à la fois le réservoir de pulsion de vie qui lui permet d'investir des objets, de créer des liens avec eux, et de la pulsion de mort susceptible de le détruire de l'intérieur, de lui faire perdre sa cohérence et sa stabilité.* » (Houzel, 2010, p.59).

Pour éviter la désintégration de ce Moi précoce, le bébé va assurer la *position schizo-paranoïde* afin d'introjecter le bon objet et projeter le mauvais, comme détaillé précédemment.

Cette introjection / projection des stimulations externes n'est possible que si l'enveloppe du bébé est perméable. Elle sous-tend la distinction entre le dedans et le dehors, la construction du Moi. « *Les informations bénéfiques passeront à travers l'enveloppe et viendront nourrir l'intérieur, le noyau psychique du bébé.* » (Robert-Ouvray, 2007, p.171).

W.R. Bion conceptualise le modèle « *contenant – contenu* » en 1962, sur le principe d'identification projective de M. Klein. « *le nourrisson projette une partie de son psychisme, notamment ses émotions incontrôlables, le "contenu", dans le bon sein "contenant", pour les recevoir en retour détoxiquées et être du coup capable de les supporter.* » (Potel, 2019, p.364).

La mère fait donc office de fonction contenante pour le bébé, l'aidant à penser les éléments sensoriels présents dans son environnement. Au fil de transformations et de réintrojections de ces éléments, le bébé pourra développer son propre « *appareil à penser les pensées* ». (*Ibid.*)

4. Les enveloppes psychocorporelles

D. Courberand développe la notion d'enveloppes psychocorporelles et leurs structurations au fil du développement psychomoteur de l'enfant. Il conceptualise trois enveloppes psychocorporelles, à savoir : l'enveloppe de construction de la corporéité, l'enveloppe d'appropriation et l'enveloppe de différenciation (Courberand, 2015).

4.1 L'enveloppe de construction de la corporéité

Cette enveloppe est la toute première apparaissant au cours des premiers mois de vie du nourrisson. Elle se construit à partir des expériences sensorielles de l'enfant, plus particulièrement tactiles, proprioceptives et vestibulaires.

« C'est le premier contenant corporel à mettre en place, contenant primordial qui s'organise autour des premiers signifiants archaïques, qui prennent sens parce que l'autre maternel vient être le premier interprète du corps de l'enfant. » (Courberand, 2015, p.16).

D. Courberand évoque l'importance de la *préoccupation maternelle primaire* et des interactions précoces mère-enfant, qui permettent la structuration de l'enveloppe de construction de la corporéité. Elle est le support de l'unité corporelle, du soi corporel et de la motricité primaire.

4.2 L'enveloppe d'appropriation

L'enveloppe d'appropriation est la deuxième enveloppe, qui apparaît une fois que l'unité corporelle est bien intégrée. Elle représente le lien social entre deux individus, la communication qui passe à travers leur corps.

« L'enfant va s'approprier des "choses de l'autre" dans son propre corps mais il ne va plus passer par des signifiants archaïques mais par la mise en place d'un processus de pensée » (Courberand, 2015, p.18).

En effet, à cette période l'enfant prend plaisir à mimer l'autre, à faire semblant, à se reconnaître et reconnaître l'autre dans le miroir. L'enfant internalise l'autre en s'appropriant la mise en

corps de ses gestes et mimiques. A la suite de cela, l'enfant va pouvoir être seul et se sentir sécurisée en l'absence de l'autre, puisqu'il l'aura intériorisé en partie (*Ibid*).

Le stade du miroir de J. Lacan rentre dans la dynamique de cette enveloppe d'appropriation de l'autre. La perception qu'à le bébé de son image dans le miroir évolue entre ses six et dix-huit mois. Il essaye de l'attraper à six mois, il perçoit ensuite que ce n'est qu'une image, puis enfin il comprend, à dix-huit mois, que cette matière reflète sa propre image.

Ce stade permet l'individuation du Moi, la distinction du Moi – autrui, du Moi – mon image, mais aussi de percevoir, de s'approprier et de jouer avec l'image d'autrui dans le miroir (Morel, 2015).

4.3 L'enveloppe de différenciation

La troisième et dernière enveloppe, celle de différenciation, prend forme lorsque la deuxième est intériorisée. Elle permet à l'enfant de se distinguer de la mimétique d'autrui afin de se construire en tant qu'individu unique.

Les processus psychiques et corporels évoluent, l'enfant prend conscience que l'autre n'est plus comme lui et la communication interrelationnelle change. « *L'enfant devra composer psychiquement et corporellement son rapport aux corps différenciés, sexués et temporalisés.* » (Courberand, 2015, p.21).

La structuration de cette enveloppe se repère chez l'enfant à travers « *la qualité de toute l'organisation perceptivo-motrice de l'enfant : l'organisation complexe et multidimensionnelle des relations spatiales, la mise en sens de toute la trajectoire temporelle, et enfin l'organisation de la trace et du graphisme dans son acception tridimensionnelle.* » (*Ibid*, p.22). L'enfant entre dans un processus d'organisation psychique névrotique, il accède à des pensées et des idées plus complexes.

La structuration des enveloppes chez le bébé se base sur l'existence d'un environnement de qualité et d'un développement psychomoteur efficient. Lorsqu'il existe une faille dans les premières années de vie, cela engendre des conséquences sur le développement psycho-affectif et donc la construction des enveloppes psychocorporelles de l'enfant.

III. Lorsqu'un défaut de structuration des enveloppes survient

Si dès les premiers mois de vie, le nourrisson ou la mère présente un trouble (neurologique, psychiatrique, sensoriel) qui met en péril la bonne mise en place du dialogue entre eux, cela peut engendrer une défaillance dans cet attachement.

Ils sont tous les deux acteurs de ce dialogue tonique infra-verbal. Si l'un d'eux ne réagit pas à cette relation comme attendu, alors il y aura des conséquences sur leur relation, sur le développement psycho-affectif et psychomoteur du bébé.

Cette faille relationnelle peut engendrer un défaut de structuration des enveloppes psychiques et psychocorporelles chez le bébé. Dans ces situations, les fonctions du Moi-peau ne peuvent s'intégrer convenablement.

1. Fonction de pare-excitation défaillante

La fonction de pare-excitation s'appuie sur les deux fonctions antérieures du Moi-peau, à savoir la fonction de maintenance et de contenance, qui concernent respectivement le *holding* et le *handling* de D. W. Winnicott. Cette fonction dépend de l'acquisition et l'intériorisation des deux précédentes, mais aussi des deux feuilles du Moi-peau.

La fonction de pare-excitation est normalement assurée par la mère, qui fait office de Moi-auxiliaire au bébé, le protégeant des stimulations du monde extérieur.

Le déficit de pare-excitation de la mère, en cas de trouble chez celle-ci, engendre des conséquences sur l'aspect psychocorporel de l'enfant et donc sur sa tonicité. Cela se traduira par une hypotonicité ou une hypertonicité excessive (Anzieu, 2006).

« Quand la mère répond à la tension de son bébé, il y a relation. Si elle n'y répond pas ou mal, de graves perturbations relationnelles vont en découler. L'enfant est alors en danger dans la mesure où la mère est celle qui convoque l'enfant vers le dehors, et l'introduit dans la réalité ; c'est elle qui fait le lien entre le corps de son bébé et l'espace familial et social, entre le dedans et le dehors. » (Robert-Ouvray, 2007, p.168-169).

2. Conséquences sur l'enveloppe tonique

« *L'enveloppe tonique du nourrisson peut être considérée comme un contenant du corps et comme un contenant du psychisme.* » (Robert-Ouvray, 2007, p.167).

Selon S. Robert-Ouvray, dès le début de la vie, il y a une alternance et une variation des états toniques (hypotonicité / hypertonicité) pour permettre l'entrée en relation avec l'environnement extérieur.

L'enveloppe tonique de l'enfant bien portant va être perméable et malléable en fonction des stimulations internes ou externes. Cette enveloppe permet l'échange entre le dedans et le dehors du corps du bébé. Ce dernier communique avec sa mère à travers sa tonicité et projette ses émotions (*Ibid*).

Lorsqu'un enfant s'organise sur un versant tonique extrême : à savoir trop mou (hypotonique) ou trop dur (hypertonique), cela témoigne d'une difficulté.

En dehors d'un problème neurologique, il peut s'agir d'une problématique communicationnelle avec sa mère : « *Une lésion interactionnelle n'agira pas sur le mouvement lui-même mais sur la tension du mouvement et sur l'expression motrice, infra-verbale émotionnelle du bébé.* » (*Ibid*, p.173).

En effet, par lésion interactionnelle S. Robert-Ouvray évoque : « *les attitudes maternelles incohérentes, gratifiantes puis frustrantes dans un rythme non intégrateur, toutes modalités sensorielles brutales et discordantes, tous comportements autoritaires et importuns de la part de la mère constituent les causes les plus communes d'une stimulation excessive qui transforme l'enveloppe tonique en paroi tonique.* » (*Ibid*, p.181).

3. Enveloppe de construction de la corporéité fragilisée

Lorsque la mère assure difficilement sa fonction contenant et sa fonction de pare-excitation, l'enveloppe de construction de la corporéité et donc la perception d'un soi corporel sont fragilisées.

« *Le défaut ou les défaillances de cette première enveloppe, de ce premier container psychocorporel entraîne souvent une organisation psycho-pathologique ou des défenses massives de type psychotique.* » (Courberand, 2015, p.18). L'enveloppe est alors poreuse, non contenant et instable.

4. Conséquences sur l'individuation de l'enfant

4.1 Etayage psychomoteur et sécurité affective fragiles

S. Robert-Ouvray évoque l'étayage psychomoteur du bébé comme support de son individuation. Elle le définit comme étant : « *un système organisateur de la psyché à plusieurs niveaux d'organisation. Il explique l'universalité des structures psychiques primaires issues des structures motrices primaires : la projection, l'introjection, le clivage* » (Robert-Ouvray, 2010, p.222).

- *Le clivage* s'exprime par la bipolarité tonique, à savoir l'hypotonie axiale et l'hypertonie périphérique du nouveau né.
- *La projection* naît de cette hypertonie qui permet l'apparition d'une enveloppe tonique.
- *L'introjection* se caractérise par l'hypotonie axiale, faisant référence aux sensations de mou et de chaud procurées par la mère. Le bébé va introjecter des éléments extérieurs comme étant le bon objet.

L'hypotonie de l'axe progresse vers un recrutement tonique au fil des mois. S. Robert-Ouvray évoque la *mère-rachidienne* comme support d'introjection de l'identification primaire. Dans un second temps, la présence du tiers dans la relation, à savoir le père, permet des variations toniques de l'axe. Et plus tard, l'accès à la verticale. Elle le nomme *père-rachis*.

« Symboliquement je peux dire que l'enfant étayera sur le “dos mou-mère” sécurisant, le “dos dur-père” soutenant » (Ibid, p.171).

Ces modifications toniques et cette construction de l'axe corporel ont un impact sur le développement psychique de l'enfant. Il peut alors percevoir son Moi comme étant total et unifié, il s'individualise.

Lorsqu'il y a un défaut dans les interactions précoces, l'environnement extérieur est jugé insécure par l'enfant. Lui-même n'a pas reçu la sécurité affective suffisante pour construire l'enveloppe tonique nécessaire à son individuation. Ainsi, le bébé ne s'étant pas suffisamment attaché à sa mère, aura plus de difficultés à se détacher et à s'individualiser.

4.2 Continuité d'existence et capacité d'être seul mises en péril

Les soins maternels primaires ainsi que le processus de séparation / individuation permet au bébé d'intégrer le *sentiment de continuité d'existence*, concept énoncé par D.W. Winnicott (Winnicott, 1969). « Ce processus peut se comprendre en termes de stabilité structurelle permettant à l'enfant de construire un monde intérieur et d'acquérir une identité. » (Houzel, 2016, p.128).

D. W. Winnicott parle de « *l'état d'unité* » chez l'enfant lorsque la distinction entre le dedans et le dehors peut se faire, conduisant ainsi à ce sentiment. Cela s'associe à la construction de l'image du corps chez le bébé.

Lors d'une défaillance dans le *holding* maternel, D. Houzel évoque qu'« *Il ne peut alors y avoir intériorisation d'un sentiment d'unité dans un noyau central que procure normalement l'expérience du couple nourrisson / soins maternels. L'individuation reste imparfaite. La dépendance vis-à-vis de l'entourage demeure excessive, le sentiment d'exister est appauvri.* » (*Ibid*, p.116).

Dans la suite du développement psychique et affectif de l'enfant, il acquiert la *capacité d'être seul* en présence de l'autre. Cela est possible lorsqu'il a d'ores et déjà pu intérioriser « *la mère-support du Moi* » (Winnicott, 2012, p.55). Ainsi, il se sent suffisamment sécurisé pour être seul. Cette capacité fait partie intégrante du processus de séparation / individuation.

Si l'enfant n'intègre pas ce sentiment continu d'exister, et par conséquent présente des difficultés à être seul, il pourra avoir des comportements anxieux et développer diverses angoisses.

IV. Manifestations comportementales de ce défaut de contenance

1. L'anxiété et l'angoisse

L'anxiété (du latin *anxietas*) « est une émotion souvent ressentie comme désagréable qui correspond à l'attente plus ou moins consciente d'un danger ou d'un problème à venir. » (*Troubles anxieux : trouble anxieux généralisé*, s. d.).

L'angoisse (du latin *angustia* qui signifie « lieu resserré »), est un « sentiment pénible d'alerte psychique et de mobilisation somatique devant une menace ou un danger indéterminés et se manifestant par des symptômes neurovégétatifs caractéristiques (*spasmes, sudation, dyspnée, accélération du rythme cardiaque, vertiges, ect.*). » (*Larousse Encyclopédie médicale*, 2012).

Par conséquent, l'anxiété et l'angoisse vont de pair, elles évoquent un sentiment interne d'insécurité externe. L'angoisse représente plutôt les répercussions sur le versant somatique, alors que l'anxiété représente le versant psychique, à savoir l'essence même de ce sentiment.

2. Les angoisses archaïques

Les angoisses archaïques, sont dites archaïques puisqu'elles s'expriment avant le développement du langage. Ces angoisses sont présentes dans la petite-enfance, mais disparaissent normalement lors de l'intégration du Moi unifié chez l'enfant, conduisant au sentiment continu d'exister.

Si ces angoisses perdurent en grandissant et à l'âge adulte, elles sont alors synonymes de pathologie psychique. Néanmoins, ces angoisses, même chez l'adulte névrotique, peuvent refaire surface lors d'un événement de vie. Cependant, la personne saine et unifiée saura faire face à ces angoisses et trouver les ressources internes afin de les repousser. (Pireyre, 2011).

Il existe différents types d'angoisses archaïques :

- *Angoisse de morcellement* : perception de son propre corps en morceaux, non unifié ; peur d'une destruction ou d'une explosion imminente du corps.
- *Angoisse d'effondrement et de chutes* : peur de chuter sans fin, de se faire aspirer par le sol, d'être anéanti. Perception vraisemblablement née de la pesanteur ressentie au moment de la naissance.
- *Angoisse de dévoration* : peur non systématique au moment où la bouche d'un adulte approche le corps du bébé ; peur de se faire mordre, manger, dévorer.
- *Angoisse de liquéfaction* : dérivée de l'angoisse de morcellement et de chute, elle s'exprime lorsqu'il a déjà une construction d'enveloppe primaire. Elle correspond à l'angoisse de se liquéfier, de se transformer en flaque, d'être aspiré avec l'eau du bain...
- *Angoisse de vidage et d'intrusion* : angoisse présente avant la prise de conscience et la maîtrise des sphincters pour l'enfant. Peur d'être intrusé ou de se vider de l'intérieur, en lien avec la distinction psychique du dedans et du dehors (Pireyre, 2011).

Il y a d'autres angoisses, qui ne rentrent pas dans le tableau des angoisses archaïques, mais qui peuvent survenir lors de la construction de l'individu. Elles sont normales et passagères dans le développement psychomoteur de l'enfant :

- *Angoisse de séparation et d'abandon* : peur irrationnelle d'être abandonné, de se retrouver seul, souvent liée à des relations excessivement fusionnelles. Selon R.A. Spitz, c'est l'angoisse du huitième mois, qui se révèle lorsque l'enfant perçoit un visage étranger : « *Face à un étranger, il réagit au fait que ce n'est pas sa mère ; elle l'a "abandonné".* » (Spitz et al., 2002, p.118). Elle peut être ensuite ressentie par tout individu, mais a des degrés variables.

- *Angoisse de mort* : réaction de peur face à la pulsion de mort menaçant l'intégrité du Moi, selon M. Klein. Elle peut être ponctuelle ou constante, ayant ainsi des conséquences sur l'intégration du Moi. Elle serait liée à l'identité, et donc antérieure à *l'angoisse de castration* (angoisse relative à l'avoir). (Pireyre, 2011)

Chez des enfants ayant un défaut d'enveloppe et donc une impossibilité à construire un Moi unifié, il peut y avoir une persévérance d'une ou plusieurs de ces angoisses.

A travers l'étude de ces apports théoriques, j'essaie de comprendre ce qu'il s'est passé, et ce qu'il se passe actuellement pour ces deux enfants, dans leur vie corporelle, psychique, affective et relationnelle. Les séances de psychomotricité sont précieuses, elles nourrissent ma réflexion sur Danny et Thomas, que je développe par la suite.

Partie 3 : Discussion

I. Une enfance troublée, une enveloppe déstructurée

1. Si la mère n'est pas disponible dans les premiers mois

J. Bowlby introduit la notion de « *dyade mère-enfant* », dans sa théorie de l'attachement. Il développe que le comportement d'attachement du bébé à sa mère est un besoin primaire et inné, une pulsion. Cela s'illustre par les réflexes archaïques d'agrippement, de succion, des cris et des sourires afin d'entrer en relation. A partir de cet attachement réciproque naît la dyade entre la mère et son bébé (Morel, 2015).

Ils sont tous les deux acteurs de leur relation, une communication infra-verbale se créait entre eux. La mère peut comprendre et répondre aux besoins physiologiques et psychiques de son bébé.

W.R. Bion explique l'intérêt de cette fonction contenante de la mère, via une théorie sur des éléments bêta et alpha :

L'élément bêta est un élément sans signification que ressent et projette le bébé sur sa mère. Il est souvent chargé d'affects, à savoir de plaisir ou de déplaisir, exprimé par l'intermédiaire de pleurs par exemple. « *Les actions qui paraissent être compulsives sont en réalité des éléments bêta confinés au domaine de l'action et ainsi isolés des pensées qui sont confinées au domaine de la pensée* » (Bion, 1974, p.203). « *Les éléments bêta circulent entre le nourrisson et sa mère dans toutes les formes d'identification projective* » (Geissmann, 2001, p.106).

La fonction alpha, assurée par la mère, permet de transformer ces éléments bêta en éléments alpha. « *L'émotion brute, sensorielle (l'élément bêta), a été transformée par la capacité de digestion maternelle (la fonction alpha) en mental (l'élément alpha).* » (Ibid, p.108).

En revanche, il est possible que cette transformation ne se fasse pas, si : « [les éléments bêta] dépassent les capacités de digestion maternelle (le nourrisson peut les produire en excès constitutionnellement comme suite à un traumatisme ou bien la mère ne peut les contenir, pour les mêmes raisons), ils seront alors renvoyés avec une violence accrue (hyperbolique) vers le bébé » (*Ibid*, p.108). Si la mère n'est pas disponible psychiquement pour son bébé, elle aura plus de difficulté à assurer sa fonction contenante, ainsi la qualité du *holding*, du *handling* et du dialogue tonico-émotionnel sera donc défaillante (Morel, 2015).

Prenons l'exemple de la dépression post-partum qui affecte la mère à la suite de son accouchement. La dyade est défaillante, le dialogue est rompu puisqu'un des acteurs n'est pas actif. Le bébé, peu regardé par sa mère, se trouve face à un visage fermé et amimique.

Il envoie des signaux, projette des éléments bêta sur sa mère, mais celle-ci n'est pas en capacité de lui répondre et de lui renvoyer des signaux rassurants. Par conséquent, il y a un défaut de projection des éléments alpha. Cela crée une situation plutôt anxiogène et déplaisante pour le bébé. Il ne se trouve pas dans un environnement suffisamment sûr pour construire ses enveloppes psychocorporelles nécessaires à la séparation et à l'individuation (Geissmann, 2001).

Par la suite, cette dysfonction relationnelle peut, dans des cas extrêmes, engendrer un trouble de l'attachement chez l'enfant qui grandit. « *Les modes dysfonctionnels de régulation précoce prédisposent les individus à des types spécifiques de comportements symptomatiques et de perturbations.* » (Tereno et al., 2007, p.166). Ces enfants présentent des particularités comportementales, à savoir une baisse de tolérance à la frustration, une exacerbation émotionnelle et des difficultés de gestion de l'anxiété (*Ibid*).

A l'âge adulte, cela peut « *contribuer à augmenter la vulnérabilité face à la dépression (c.-à-d. : aliénation et solitude ; passivité, désespoir et impotence) et au développement de perturbations face à la séparation et à la perte – expériences qui ont tendance à confirmer les attentes sur l'indisponibilité psychologique des figures d'attachement significatives.* » (*Ibid*, p.166-167).

Concernant Danny, je relève dans son anamnèse, la lourde dépression post-partum qu'a subie sa mère. Je suppose que cela a eu des conséquences immédiates sur leur relation et le comportement de Danny, nourrisson de quelques mois. Je me questionne aussi sur l'impact des violences conjugales qu'a subi cette mère pendant la grossesse. La toute première enveloppe à savoir l'enveloppe utérine, sensée protéger Danny, a été attaquée. Cela a-t-il influé sur la qualité de la fonction de pare-excitation ? Cela aurait-il une influence sur l'actuelle violence comportementale de Danny, sur les liens relationnels qu'il entretient avec les adultes et particulièrement avec les figures masculines (maître d'école) ?

En me référant aux travaux de J. Bowlby et W.R. Bion, j'émetts la supposition que la mère de Danny s'est retrouvée en difficulté pour comprendre et répondre aux besoins de son fils. Etant indisponible psychiquement, elle a pu éventuellement être embarrassée pour rassurer Danny. Selon les dires de la psychomotricienne, cette mère culpabiliserait beaucoup concernant le comportement actuel de son fils. Elle évoque justement, à la psychomotricienne cette année : *« Danny m'a sauvé quand je passais toute ma journée sur le canapé, il m'a apporté de la vie, c'est pour ça qu'il déborde d'énergie ! »*.

Selon les apports théoriques antérieurs, un environnement peu sécurisant et dystimulant (désynchronisation des stimulations sensorielles) peut engendrer des défaillances psychocorporelles chez le bébé. Il aura des difficultés à intégrer une distinction dedans/dehors et ses propres limites corporelles. Cela pourra conduire à des manifestations anxieuses et comportementales particulières.

Sachant que Danny présente une agitation psychomotrice importante, une carapace tonique, et un besoin constant de mettre son corps en danger ; je me pose la question d'une défaillance de ses enveloppes psychocorporelles. L'origine de cette probable défaillance ne pourra jamais être prouvée. Mais l'environnement de sa petite enfance peut être un des facteurs favorisant l'apparition de ses troubles.

De plus, son exacerbation émotionnelle et son besoin de fusion relationnelle avec autrui me font penser à un possible trouble de l'attachement, selon la théorie de J. Bowlby. Danny présente un défaut de sécurité interne, du fait d'une sécurité affective défaillante dans l'environnement précoce. Favorisant des angoisses de séparation et d'abandon chez lui.

2. Si l'enfant et sa famille sont en deuil

Le deuil, du latin « *dolere* » signifiant « souffrir », est la « *réaction habituelle à la perte d'une personne aimée ou d'une abstraction mise à sa place, la patrie, un idéal, la liberté, etc.* » (Romano, 2013, p.400). La réaction émotionnelle engendre le processus psychique du deuil. Ce dernier permet ensuite d'intégrer progressivement cette perte de l'être connu (Bowlby, 1969).

Le traumatisme familial a lieu lorsque la cohésion de la famille est mise en péril : « *c'est-à-dire les capacités à maintenir liés et différenciés les membres qui la composent. On peut alors parler de "blessures traumatiques des liens"*. » (Delage, 2015, p.134).

Le deuil d'un membre de la famille engendre de nombreuses conséquences à court et à long terme sur l'organisation familiale. « *il y a le deuil à l'égard de celui qui est mort (parent ou frère ou sœur) mais également le deuil (au sens de la perte) à l'égard de chacun des membres de la famille, transformé par cette mort et qui ne sera plus jamais ce parent, ce frère ou cette sœur "d'avant"*. » (Romano, 2015, p.87). Chaque frère et sœur, en plus de souffrir de la perte d'un membre de la fratrie, s'interroge donc sur son identité propre au sein de cette fratrie.

Pour un enfant, le processus de deuil est différent de celui de l'adulte, puisqu'il survient pendant la période de développement physique, psychique et affectif de celui-ci.

« *Avant six ans, l'enfant a une vision assez rudimentaire de la mort ; il la perçoit comme un phénomène passager sans notion d'irréversibilité et d'universalité. [...] S'il sent la tristesse des adultes, il pense également très souvent qu'il y est pour quelque chose et peut être submergé par une angoisse massive face à la perte, et ce, d'autant plus que ses défenses ne sont pas bien organisées.* » (Romano, 2009, p.49).

Lors de la perte d'un enfant, les parents touchés par cette souffrance sont par conséquent moins disponibles pour expliquer et rassurer le reste de la fratrie dans leurs questionnements. Cela peut donc engendrer toutes sortes d'angoisses chez ces enfants endeuillés.

« Pour tenter de redonner sens à quelque chose qui lui échappe, il [l'enfant] tente d'y répondre à travers de multiples théories qu'il peut traduire verbalement, mais le plus souvent à travers des jeux traumatiques, des dessins ou des modelages. » (Romano, 2010, p.80-81).

Concernant l'enfance de Thomas, je remarque que le décès brutal de son grand frère l'a impacté lorsqu'il avait 5 ans. Par le biais des références théoriques précédentes, je peux dire que Thomas, au moment de ce traumatisme familial, n'était pas en capacités de comprendre l'aspect irréversible et les conséquences de cette mort.

De plus, ce frère défunt était l'enfant de madame, et apparemment considéré comme le propre fils de monsieur. J'imagine la souffrance et le désespoir que ces deux parents ont pu ressentir au moment de l'annonce. Je peux supposer qu'ils étaient donc moins disponibles psychiquement pour soutenir et expliquer à la fratrie l'événement qui venait de se produire.

J'émet l'hypothèse que ce décès a pu engendrer des modifications développementales chez Thomas, encore très petit à ce moment-là. Un traumatisme comme celui-ci peut avoir des répercussions sur le psychisme, le physique et l'aspect psycho-affectif de l'enfant.

Aujourd'hui, je remarque que Thomas présente des angoisses de mort, sans doute en lien avec la disparition du membre de sa famille. J'observe une immaturité psychomotrice et relationnelle chez lui. Son comportement me fait penser à celui d'un enfant plus jeune que son âge.

Je me pose la question d'une éventuelle peur inconsciente de grandir, de devenir adulte et de vivre le même événement que son frère. Je suppose que par ce deuil infantile, la structuration et la continuité de ses enveloppes psychocorporelles ont été affectées. J'émet aussi l'hypothèse d'une possible peur chez Thomas de perdre son père, étant assez âgé ?

Il a beaucoup de difficultés à comprendre, exprimer ses émotions qui semblent l'envahir toniquement et psychiquement. Cependant, il arrive à les exprimer spontanément par la création manuelle, à savoir à travers la pâte à modeler ou le dessin en séance².

Thomas présente une importante agitation psychomotrice. J'imagine que ce comportement est comme un symptôme réagissant aux angoisses de mort qu'il peut avoir. Thomas, par un excès de mouvement, n'est pas confronté au vide ni à l'immobilité du corps. Cette agitation psychomotrice traduit donc ses angoisses de mort et lui permet sûrement de palier contre.

Pour Danny comme pour Thomas, une enfance troublée par des événements semble affecter la structuration de leurs enveloppes psychocorporelles et la représentation qu'ils en ont. Seulement, ils n'ont pas été impactés de la même manière puisque le trouble n'est pas survenu au même stade de développement. Danny a pu être troublé dès les premiers mois de vie, alors que l'événement qu'a subi Thomas, le touche lorsqu'il a 5 ans. Plus la défaillance survient tôt dans le développement, plus la structure psychique de l'individu en est profondément impactée. Néanmoins, ils manifestent tous les deux des symptômes communs, traduisant une difficulté relationnelle tant avec eux-mêmes qu'avec les autres.

3. Troubles tonico-émotionnels et agitation : conséquences d'une enveloppe attaquée ?

Chez Danny comme chez Thomas, je remarque un trouble de régulation tonique et une forte agitation. Tous les deux sur un versant hypertonique, ils rencontrent actuellement des difficultés pour effectuer un geste précis ou adapter leur recrutement tonique à la situation.

Lors de parcours d'équilibre avec Thomas, ou de jeu de chamboule-tout avec Danny, je perçois cette persévération de recrutement tonique et cette absence d'adaptation corporelle face à l'environnement. Thomas a du mal à maintenir son équilibre, reste hypertonique avec beaucoup de syncinésies (contractions involontaires d'une partie du corps apparaissant lors d'un mouvement volontaire ou réflexe d'une autre partie).

² Cf. *Infra*, Annexe I, p.I et II

Danny présente des difficultés pour ajuster la tonicité de son geste lorsqu'il vise une tour de brique avec sa balle plusieurs fois de suite.

De plus, l'impact émotionnel vient jouer sur ce recrutement tonique. Leur difficulté à réguler leurs émotions est très perceptible en séance de psychomotricité. Cela se répercute sur leur tonus et leur motricité. A travers les crises clastiques et les excès de colère chez Danny ; puis à travers l'instabilité psychomotrice et les réactions de prestance chez Thomas.

Ils semblent avoir des difficultés à repérer, percevoir et interpréter leurs propres émotions et la répercussion générée sur leur corps. Cela semble engendrer des modifications comportementales chez eux, et principalement une agitation psychomotrice. Selon, J. Bergès, « *Les enfants ne sentent pas leur hyperkinésie pour cette excellente raison que cette activité incessante sert de "senti", de "vécu", de "frontière".* » (Bergès, 1985). Cette agitation semble donc leur permettre de se sentir exister, à travers le mouvement.

Je me questionne sur l'impact de l'insécurité familiale dans laquelle ils sont. Au-delà de la perte d'un proche ou de l'indisponibilité maternelle, Danny et Thomas ont tous les deux vécus des violences intra-familiales. A l'état de fœtus, Danny a subi les violences conjugales de son père sur sa mère. Thomas a subi auparavant, et peut-être encore maintenant, des sanctions physiques venant de ses parents dans le cadre de l'éducation. Je suppose donc une attaque et une mise à mal de l'enveloppe chez ces deux enfants, favorisant l'apparition d'une agitation psychomotrice.

« *L'agitation apparaît soit comme une irruption dans un contexte de contention insupportable (ainsi dans les états tensionnels), soit comme une quête incessante des limites, des frontières, la place du corps agissant étant très problématique ou impossible à intégrer comme tel (dans les états de déhiscence).* » (Ibid).

II. Le travail du dedans/dehors à travers un cadre thérapeutique

1. Les notions clés d'une différenciation du dedans et du dehors : le schéma corporel, l'image du corps, les limites corporelles

H. Head est le premier à apporter la notion de « *schéma postural* » en 1911, qu'il définit comme une représentation du corps reliée aux dimensions spatio-temporelles et au tonus, en perpétuelle transformation au cours de la vie (Pireyre, 2011).

C'est P. Schilder, en 1935, qui introduit le concept de « *schéma corporel* », en s'appuyant sur les connaissances de H. Head : « *l'image tridimensionnelle que chacun a de soi-même* » qu'il associe aussi au « *modèle postural du corps* » (*Ibid*). Il est aussi le premier à théoriser l'image du corps à travers une approche bio-psycho-sociale. Il la définit comme « *la façon dont notre corps nous apparaît à nous-même* ». Il peine malgré tout à différencier les notions de schéma corporel et d'image du corps (*Ibid*).

Par la suite, F. Dolto accorde de l'importance à cette distinction. Elle restreint le schéma corporel à une dimension anatomique et neurophysiologique. (*Ibid*, p.32). Elle définit l'image du corps : « *L'image du corps est à chaque moment mémoire inconsciente de tout le vécu relationnel, et, en même temps, elle est actuelle, vivante, en situation dynamique, à la fois narcissique et inter-relationnelle* » (Dolto, 2014, p.23).

Elle la considère comme le fruit de l'articulation dynamique de trois composantes :

- L'image de base : « *est ce qui permet à l'enfant de se ressentir dans une mêmeté d'être, c'est-à-dire dans une continuité narcissique ou dans une continuité spatio-temporelle qui demeure et s'étoffe depuis sa naissance* » (*Ibid*, p.50).
- L'image fonctionnelle : « *est une image sthénique d'un sujet qui vise l'accomplissement de son désir* » (*Ibid*, p.55).
- L'image érogène : « *est associée à telle image fonctionnelle du corps, le lieu où se focalise plaisir ou déplaisir érotique dans la relation à l'autre.* » (*Ibid*, p.57).

F. Dolto appuie la différenciation entre schéma corporel et image du corps : « *le schéma corporel est en partie inconscient, mais aussi préconscient et conscient, tandis que l'image du corps est éminemment inconsciente [...] est la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles* » (Ibid, p.22).

En 1970, J. de Ajuriaguerra offre une définition complète du schéma corporel : « *édifié sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques, visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, et qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification.* » (Ajuriaguerra, 1970, p.239).

La notion de limites corporelles découle du schéma corporel. Elle induit la distinction entre le dedans et le dehors du corps. Elle renvoie donc au processus de séparation / individuation du bébé dont S. Robert-Ouvray parle.

« *La construction d'un dedans et d'un dehors dépend des repères que l'enfant a intégrés, repères qui le structurent dans son corps, dans la relation à ses parents, au thérapeute.* » (Potel, 2019, p. 370). Pour cela, il faut que l'enfant ait acquis une structuration psychocorporelle stable et un Moi unifié.

En séance avec Danny ou Thomas, je remarque que l'intégration des limites corporelles est souvent mise à mal, particulièrement lors des transitions spatiales et temporelles. Notamment, dans les moments où l'interface dedans/dehors est sollicitée, à savoir à l'entrée ou la sortie de la salle.

2. Les enveloppes spatiales et temporelles du cadre thérapeutique

2.1 L'enveloppe spatiale

La salle de psychomotricité, située à l'intérieur des locaux du CMP, est incluse dans l'espace de soin, elle fait partie intégrante du cadre thérapeutique. Bien qu'elle soit grande, cette salle permet malgré tout aux patients de se sentir relativement contenus dans cet espace, qui n'est pas intrusé ni attaqué par l'extérieur.

Je remarque, en séance avec Danny, qu'il est moins agité lorsque l'espace de la salle est davantage restreint. Notamment lorsque la salle est divisée en plusieurs petits espaces pour une activité ludique. Son recrutement tonique s'apaise. Il retrouve une certaine disponibilité psychique et une flexibilité émotionnelle.

Lorsqu'il ressent une frustration trop forte, il explose. Pour se récupérer, Danny semble avoir besoin de se retrouver dans un espace étroit. Il a pu sortir de la salle pour se mettre dans le SAS de l'entrée, se cacher sous la toupie géante ou derrière des modules. Il se retrouve en boule, en contact physique avec ces surfaces, souvent dures.

Ces dernières lui permettent-elles de retrouver une solidité interne, de mieux sentir exister ses limites corporelles après un envahissement émotionnel ? J'émetts l'hypothèse qu'une émotion forte met à mal son enveloppe et ses limites corporelles. Il récupère son unité corporelle à l'intérieur d'un espace enveloppant.

Lorsque la psychomotricienne et moi proposons des temps calmes, je remarque que l'espace de la salle est investi différemment. A l'intérieur du hamac, de la toupie ou d'une cabane, le contenant spatial est proche du corps. Ces objets extérieurs font office d'enveloppe spatiale matérialisant leurs limites corporelles, comme une seconde peau.

L'espace, du latin *spatium*, signifie l'« étendue indéfinie qui contient et entoure les objets » (Larousse, 2002). Dans cette définition, on retrouve la notion de contenant qu'apporte l'espace. L'enveloppe spatiale est donc essentielle en psychomotricité, elle peut être modulée pour rendre le cadre thérapeutique plus sécurisant notamment.

« La différenciation des espaces va venir soutenir une ébauche de différenciation des espaces psychiques, et donc de séparation. [...] Illustrer ce qui se passe de formidablement intéressant et fécond pour le travail de séparation et de différenciation, dans les temps informels du début ou de fin de séance » (Potel, 2019, p.368-369).

Selon C. Ballouard, « *Un cadre contenant est un cadre ajusté, un espace relationnel qui contient sans étouffer, qui délimite sans enfermer, un espace de partage où la rencontre peut avoir lieu sans risque, un espace où s'éloigner soit possible sans toutefois disparaître.* » (Ballouard, 2006).

2.2 L'enveloppe temporelle et rythmique : rituels et repères en séance de psychomotricité

Le cadre thérapeutique est basé sur des repères spatiaux, qui sont intimement liés aux repères temporels. Ils permettent de séquencer, ritualiser et rythmer l'évolution de la séance. Les prises en charge en psychomotricité se déroulent toujours selon la même modalité : dans la même salle, le même jour de chaque semaine, la même heure et la même durée passée ensemble. Cette année, j'assiste aussi à la mise en place de rituels en séance.

L'instauration du Time-Timer à chaque séance avec Danny, lui permet de prendre conscience du temps qui s'écoule. Cela lui apporte un repère temporel, qui perdure semaine après semaine. Il peut ainsi anticiper la fin de séance sans qu'il n'y ait d'effraction trop brutale. L'adulte n'est donc plus vu comme un être omnipotent pour Danny. C'est même lui qui positionne l'aiguille sur le 40, qui est acteur de son temps de séance. Sans cette préparation en amont, Danny manque de souplesse psychique pour faire face à la séparation.

De plus, la fin de séance et la sortie de la salle favorisent l'apparition d'angoisses chez Danny, serait-ce en lien avec le fait de transiter d'un espace à un autre, troublant ainsi la représentation psychique d'un dedans et d'un dehors du corps ?

Pour Thomas, le temps qui lui est accordé sur le trampoline en début de séance lui permet ensuite d'être suffisamment disponible pour venir s'installer à table et échanger avec nous. J'émet l'hypothèse que ce bref instant conduit chez Thomas à un rassemblement psychocorporel et émotionnel, par une décharge tonique importante.

Cela lui permet-il de réaliser la transition spatiale et temporelle de manière plus apaisée ? Peut-être est-ce un moyen de défense pour pallier à une angoisse d'intrusion, une anxiété concernant le dedans et le dehors et les limites corporelles ? Laissant son père et parfois même toute sa famille dans la salle d'attente pour introduire une autre pièce avec des personnes différentes. Cette situation de changement d'espace met peut-être à mal son unité corporelle, favorisant l'apparition d'angoisses et donc l'agitation comme symptômes de réparation.

L'enveloppe temporelle est constituée d'éléments ritualisés, inchangés, répétitifs voire rythmiques. Elle peut rassurer et sécuriser les patients dans la relation avec leur thérapeute. Pour ces deux enfants, cela semble diminuer leurs angoisses corporelles et les rendre plus disponibles à l'instant présent.

3. Travail du dedans/dehors à travers l'intégration de la structure du corps

Pour favoriser la perception et l'intégration d'une unité corporelle chez ces deux enfants, nous axons une partie de la séance sur l'éveil des systèmes du corps, à savoir : les os, les articulations, les muscles et la peau.

3.1 L'os

L'os est la structure corporelle profonde du corps. Elle détient les propriétés de soutien à la posture verticale et à la direction du mouvement. Elle incarne l'intériorité du corps et par conséquent son unité.

« L'os est l'instance solide du corps, un système remarquable par sa constance et sa cohérence, dont la rigidité ne varie pas au gré des états affectifs. De plus, la plupart des os sont en profondeur, comme une charpente. » (Lesage, 2009, p.33).

L'intérêt en séance est de solliciter cette charpente qui constitue et maintient le corps. Les propositions sensorielles en psychomotricité sont des automassages par percussions osseuses. En effet, l'os est conducteur de vibrations, ces automassages permettent donc aux enfants de ressentir leurs os différemment. La vibration se propage sur tout l'axe de l'os, apportant une sensation globale de la structure.

Ce sont des sensations plutôt inhabituelles pour les enfants, ils entrent facilement dans cette exploration à la fois sensorielle et ludique. Que ce soit pour Danny ou Thomas, tous les deux sont très à l'écoute de leurs sensations à ce moment-là, en véritable connexion avec leur corps.

3.2 L'enveloppe institutionnelle : une structure de soutien ou une enveloppe poreuse ?

La structure institutionnelle peut s'apparenter au système de l'os : « *L'os représente généralement un lieu sans ambiguïté, une zone de sécurité. D'autre part, la sensation de solidité et de dur pour des enfants travaillés par des angoisses de brèche et de vidage leur permet probablement de s'assurer d'une cohérence et d'une continuité.* » (Lesage, 2009, p.34). L'institution se doit d'être une structure solide, à la base de toute élaboration thérapeutique. Elle correspond à un ensemble de professionnels situés dans un même lieu de soin.

D. Houzel évoque que « *l'institution doit tisser au fil de son histoire une enveloppe, comparable à l'enveloppe familiale* » (Houzel, 2010, p.149).

Il parle de quatre propriétés caractéristiques de cette enveloppe, à savoir :

- 1) *L'étanchéité* : tout événement se déroulant à l'intérieur de l'institution ne doit jamais être diffusé à l'extérieur.
- 2) *La perméabilité* : permet l'interaction entre l'institution et des éléments externes à savoir la famille, l'école, les autres institutions et les établissements administrateurs.

- 3) *La consistance* : « *capacité à résister aux pressions extérieures et intérieures de sorte que l'institution ne soit ni désintégrée sous leurs effets, ni malléable à l'envi* ». (Ibid, p.149).
- 4) *L'élasticité* : « *capacité à se déformer, sans se rompre sous l'effet de pressions internes ou externes. C'est de cette élasticité que dépend la capacité de l'institution à accueillir et à contenir la souffrance psychique des patients et de leurs familles* » (Ibid, p.149).

L'enveloppe institutionnelle renvoie donc au contenant qui entoure et protège ce lieu. Une enveloppe adéquate doit être à la fois solide, vivante et continue.

Or, l'institution où j'effectue mon stage est fragilisée par beaucoup de départs de professionnels, créant des ruptures brutales avec les patients en thérapie. L'enveloppe institutionnelle du CMP n'a sans doute pas été suffisamment contenante et consistante pour empêcher ces départs et se reconstruire par la suite. Elle est donc poreuse, fragilisée.

Je perçois énormément de difficultés de communication dans cette structure. Les professionnels parlent peu et semblent être en hypervigilance constante par peur d'une agression soudaine d'autrui. Ils ne se sentent pas en sécurité dans cette enveloppe institutionnelle.

Danny et Thomas ont tous les deux vécus plusieurs interruptions et reprises de soin au sein de cette institution. La peur latente d'un abandon thérapeutique est d'ailleurs présente chez ces deux enfants et leurs familles :

Peu de jours après l'annonce du départ du deuxième consultant de Danny, celui-ci s'agite en séance de psychomotricité. La psychomotricienne et moi lui proposons un temps contenant, il verbalise par la suite « *Est-ce qu'on va arrêter de se voir nous aussi ? Est-ce que tu vas partir ?* [en s'adressant à la psychomotricienne] ».

Je perçois bien une sensation d'insécurité, une angoisse d'abandon chez Danny à ce moment-là. Pour être en capacité de verbaliser la défaillance de l'enveloppe institutionnelle, il a fallu que Danny soit enveloppé dans un hamac qui le tienne, le soutienne, le sécurise.

De plus, l'alliance thérapeutique avec Danny a mis du temps à s'ancrer dans la prise en charge psychomotrice. La fragilité de cette enveloppe institutionnelle serait-ce l'une des causes ?

Cependant, les séances de psychomotricité sont malgré tout effectuées, elles sont d'autant plus riches et intéressantes. Peut-être que la psychomotricienne endosse le rôle de structure contenante, elle permet de tenir cette enveloppe, de faire exister cette institution. Au moins lors de ses prises en charge psychomotrices. Les séances en psychomotricité ont une continuité, elles sont assurées semaine après semaine. Elles ne sont pas attaquées par les départs ni par l'irritabilité des liens relationnels. Elles offrent une sécurité et beaucoup de contenance aux patients, qui semblent être en demande de cela.

Danny a beaucoup d'affection pour ce lieu de soins, malgré les nombreux départs de ses thérapeutes : serait-il plus attaché à la structure en elle-même qu'aux thérapeutes ? Se serait-il approprié, identifié à ce lieu ?

Pour Thomas, je remarque l'implication des parents voire même leur débordement sur le temps de séance. Cela m'apparaît clairement : ils investissent le CMP malgré tout, ils envahissent l'espace de psychomotricité sûrement du fait d'une rupture de suivi psychothérapeutique en milieu d'année. Un besoin d'être soutenu et rassuré est très présent chez cette famille.

3.3 L'articulation

L'articulation est la structure qui relie les os entres-eux. Elle leur offre une mobilité et une souplesse. C'est un support relationnel qui s'ajuste en fonction de la forme des os.

« On articule son corps comme les mots ou les pensées, tout comme on s'articule à l'autre. Il est utile d'être précis, de donner à sentir qu'une articulation est une surface d'ajustement, d'emboîtement réciproque, et non une charnière qui laisse béant l'espace quand elle s'ouvre. »
(Lesage, 2009, p.37).

A travers un éveil corporel en début de séance, Danny et Thomas peuvent prendre conscience de leur amplitude de mouvement, de la possibilité articulaire dont ils sont dotés. Ce travail articulaire permet, là aussi, de tendre vers une perception globale et unifiée du corps puisque les os sont reliés les uns aux autres à travers les articulations.

3.4 L'articulation entres les différents espaces

L'articulation est le processus qui relie deux entités. Je fais un rapprochement entre l'articulation anatomique présente entre deux os, et l'articulation thérapeutique qu'il peut y avoir au sein d'un CMP et du CMP avec l'extérieur. Cette structure est normalement en relation constante avec l'école, la famille et les différents acteurs de soins. Les professionnels de santé se doivent de maintenir un échange entre eux, mais aussi avec les professeurs de l'école, les représentants de la MDPH, et les parents ou tuteurs.

Au sein du CMP actuellement, l'équipe pluridisciplinaire ne semble pas assez disponible psychologiquement pour entreprendre un travail vers l'extérieur. Les professionnels ont des difficultés pour se mobiliser aux réunions d'équipe éducative, témoigner de l'évolution thérapeutique de leurs patients et échanger avec les autres corps de métier.

La psychomotricienne essaye néanmoins de maintenir une relation de suivi avec les maîtres et maîtresses, les familles et les professionnels médicoéducatifs de Danny et Thomas. Elle tente de combler ce manque institutionnel.

Danny a, malgré tout, beaucoup de mal à investir l'école de manière positive, puisqu'elle semble le mettre en échec assez régulièrement. Je relis d'ailleurs cela avec la relation très conflictuelle que la mère entretient avec l'école. J'imagine que cette problématique ne fait qu'amplifier son désinvestissement scolaire.

Cependant, le transfert dans une nouvelle classe dirigée par un maître semble l'avoir contenu dans ses crises clastiques : serait-ce l'autorité masculine qui le contiendrait ? Est-il en recherche de cadre, en recherche d'une présence masculine dans son éducation ?

3.5 Le muscle

« *Par sa qualité essentielle de contractilité, il permet une mise en tension, autrement dit une tonicité.* » (Lesage, 2009, p.37). Le muscle permet de mettre en mouvement le corps, soutenu par le tonus musculaire de chacune de ces cellules. Ce tonus est adaptable et modulable selon l'environnement.

L'enveloppe tonique prend forme à travers les muscles et leur mise en tension. Le travail de régulation tonique est essentiel afin de sentir et percevoir cette enveloppe. Le muscle, par son état tonique est le support d'expression des émotions.

Le dialogue tonique, développé précédemment dans la dyade mère-enfant, a toute sa place en séance de psychomotricité entre la psychomotricienne, le patient, et moi-même. Ce dialogue permet un ajustement relationnel entre nous, rendant ainsi l'instant plus apaisé.

Etant donné le profil tonique de Danny et Thomas, ce travail est primordial. Il est pertinent de leurs proposer une expérience sensori-tonique différente de l'hyperkinésie ou de la douleur, qu'ils connaissent déjà. De plus, l'appréhension du volume de chaque muscle permet une perception plus fine du volume global de son propre corps.

Durant les temps calmes avec Thomas, je lui propose des stimulations du système musculaire à base de toucher empaumant, contenant, enveloppant. Je remarque en quelques minutes une diminution considérable de son état tonique. Je suppose que la sollicitation du canal sensoriel proprioceptif essentiellement, que je détaillerai plus tard, lui permet une nouvelle découverte de son corps.

Pour Danny, durant la séance révélatrice du 9 octobre 2019, la psychomotricienne et moi lui avons roulé dessus à travers un tapis. Le but était justement de mobiliser cette enveloppe tonique, pour qu'il la perçoive d'une toute autre manière. Ses muscles, recevant une pression extérieure, aspiraient à se relâcher.

3.6 La peau

« La peau est le lieu de notre première limite propre, de la première définition entre un dedans et un dehors. Ce moi de surface fonctionne comme enveloppe, interface et zone première d'échanges : c'est là qu'en touchant on est touché. » (Lesage, 2009, p.39).

La sollicitation du système peau en séance est pertinente pour Danny et Thomas qui semblent avoir une défaillance de leurs enveloppes psychocorporelles. Nous travaillons la sensorialité cutanée à travers des massages à base de balles à picots, d'objets vibrants, de matières plus ou moins dures. Ces temps d'écoute corporelle sont précieux et apportent une qualité d'échanges relationnels verbaux et non-verbaux.

J'ai pu remarquer que Thomas est très chatouilleux en début de proposition, lorsque je lui passe la balle à picots sur la peau par exemple. Cela est peut-être dû à une vigilance importante, une anxiété latente. L'empêchant d'investir la relation thérapeutique et le toucher avec apaisement. Mais aussi, peut-être est-ce dû à un mécanisme de défense lui permettant de se protéger, de mettre l'autre à distance, par cette hypersensibilité ? Au fil des minutes, il accède malgré tout à plus de détente tonique.

Dans ces moments d'écoute corporelle, l'interface dedans/dehors est sollicitée ; d'autant plus que l'enfant rentre en relation avec moi, sur le plan psycho-affectif, émotionnel et tonique.

La peau fait référence symboliquement aux relations sociales. Elle représente l'enveloppe, l'interface, et est le premier acteur relationnel avec l'extérieur. Pour le cas de Thomas, c'est justement sur le plan relationnel qu'il présente des difficultés. Il est très timide quand il s'agit de parler, avec une immaturité du langage importante. Il a du mal à adapter son comportement face aux autres, et à créer des relations amicales avec ses pairs à l'école.

Ce comportement serait-il en lien avec une enveloppe psychocorporelle de différenciation non intégrée chez lui, qui témoignerait d'une difficulté à se sentir unique ?

« La peau soutient donc l'intégration de la distinction soi/autrui. Dans une dialectique avec la profondeur, le squelette en particulier, elle étaye la définition d'une entité stable dans le temps et l'espace, une id-entité. » (Lesage, 2009, p.39).

En effet, c'est à travers cette sollicitation du système peau que l'enfant, comme Danny ou Thomas, tend à percevoir et peu à peu intégrer ses propres limites du corps. Ainsi, se sentir en harmonie dans son corps, en équilibre psychocorporel.

J'émetts l'hypothèse qu'ils sont en recherche de contenance et d'enveloppement en séance, puisqu'ils n'ont pas accès à cette représentation psychocorporelle. Ils viennent d'ailleurs exprimer ce besoin de contenance pendant les séances, en se raccrochant au matériel et aux personnes présentes dans la salle. Ces éléments extérieurs permettraient-ils d'apporter la contenance recherchée par les enfants ?

III. Un contenant externe pour une continuité interne

1. L'enveloppement : un besoin sensoriel

1.1 Sollicitation proprioceptive par le portage

« *La coordination entre la sensibilité profonde et les signaux issus des flux sensoriels va constituer la fonction proprioceptive. La proprioception n'est pas un fait biologique, c'est une coordination susceptible de se modifier en fonction des interactions entre l'organisme et son milieu.* » (Bullinger, 2004, p.26).

La proprioception correspond à un canal sensoriel qui, associée aux divers flux sensoriels, renseigne l'individu sur la sensibilité profonde musculaire, et donc la position des différentes parties du corps entre-elles et dans l'espace.

« *Un flux est constitué par une source qui émet et de manière continue et orientée un agent susceptible d'irriter une surface, le capteur.* » (Ibid, p.25). Les différents flux sensoriels, auxquels est confronté l'individu, sont le flux gravitaire, le flux tactile, les flux olfactifs, les flux sonores et les flux visuels.

Ainsi, le travail axé sur les sensations et les perceptions des systèmes du corps permet l'acquisition d'une fonction proprioceptive plus fine. Danny et Thomas semblent être en demande de stimulations proprioceptives et vestibulaires pour ressentir leur propre corps.

Thomas, lorsqu'il se trouve dans la toupie géante, souhaite que je lui propose des bercements. Il est sans doute en recherche de portage, de sensations corporelles puissantes. Il s'apaise ensuite et son tonus se régule.

Puis Danny, de part ses nombreuses mises en danger et chutes, est en recherche de sensations vestibulaires. Sans cesse dans l'agitation, il apprécie le fait de se trouver dans un espace qui contient ses mouvements, l'enveloppe, et le porte : le hamac. Ce dernier fait exister sa fonction proprioceptive. Il a alors accès à une régulation tonico-émotionnelle de meilleure qualité.

1.2 L'apport de la machine à serrer de T. Grandin

T. Grandin est une écrivaine renommée. Elle témoigne, dans ses livres, de son enfance en tant qu'autiste de haut niveau. Elle dit aujourd'hui être sortie de l'autisme, et nous explique son cheminement à travers son ouvrage « *Ma vie d'autiste* ».

Elle a conçu durant son enfance une invention sensorielle : la machine à serrer³. Cette dernière a été développée à partir d'une trappe à bétail. Cela servait à contenir l'animal entre quatre plaques afin de le vacciner. T. Grandin ayant testé cette trappe, a ressenti un bien-être sensoriel et psychocorporel. « *La trappe à serrer me donne le sentiment d'être portée, câlinée, bercée doucement dans les bras de Maman.* » (Grandin, 2001, p.140).

Elle a, par la suite, fabriqué sa propre trappe de contention en l'adaptant à ses besoins et en la rendant plus confortable. De là est née la machine à serrer : « *accepter la machine, c'était en faite accepter de regarder au fond de moi-même.* » (Ibid, p.142). Cette exploration sensorielle qu'elle vivait à l'intérieur, lui permettait une détente tonique et par la suite une détente psychique.

Elle développe aussi qu'à travers cette machine, elle se rendait plus disponible à ses émotions, ses sentiments et arrivait à en témoigner quelque chose aux autres : « *Je sentais l'amour et la sollicitude de mes proches et je devenais capable d'exprimer mes sentiments envers moi-même et envers les autres. C'était comme si une porte en accordéon avait été dépliée, mettant à jour mes émotions.* » (Ibid, p.131-132).

L'histoire de vie de T. Grandin me renvoie aux besoins sensoriels de Danny et Thomas. Ces besoins de contenance, d'enveloppes, de sollicitation du système peau. De plus, je fais le parallèle avec leur agitation commune, qui pour moi, témoigne d'un besoin de sentir le corps vivant : « *La machine de contention est aujourd'hui employée dans une clinique où l'on soigne des enfants et adultes hyperactifs et autistes [...] un adulte hyperactif, ayant utilisé la machine à serrer pendant vingt minutes, s'est senti plus détendu et s'est comporté plus calmement le lendemain.* » (Ibid, p.142-143).

³ Cf. *infra*, Annexe II, p.III

2. Le matériel de psychomotricité : un support pour exister

2.1 Le hamac

Je remarque chez Danny que l'instauration du rituel de fin de séance lui fait beaucoup de bien. Il accède à une détente tonique et émotionnelle grâce à un contenant externe : le hamac. Cet objet est accroché à l'espalier d'un côté et maintenu par la psychomotricienne de l'autre, qui effectue des bercements latéraux. Ce hamac le porte, s'adapte aux formes de son corps. Il lui offre une contention près de sa peau, comme une seconde peau. L'enfant est rassemblé et porté, en enroulement, comme un nourrisson dans les bras de sa mère.

Danny retrouve cet attachement archaïque à travers une relation triangulaire composée de la psychomotricienne, Danny et moi. Le fait d'être deux à endosser le rôle de figure contenante lui permet, de mon point de vue, de créer une enveloppe imperméable autour de lui. La présence du tiers dans la relation, à savoir moi, me fait penser à la figure paternelle. Celle qui, introjectée par la mère, permet à l'enfant de découvrir l'environnement et de s'individualiser par la suite.

Je fais le lien entre ce hamac et la machine à serrer de T. Grandin. Ces deux objets permettent à l'individu de sentir, par la contention, les différentes parties de son corps et cela dans l'immobilité.

2.2 L'enveloppe sonore : une implication psycho-affective du thérapeute

En séance individuelle ou en groupe cette année, j'ai perçu l'importance du bain sonore apporté par les thérapeutes, pour des enfants avec un défaut de structuration d'enveloppe.

Durant les temps d'intériorisation avec Danny, la psychomotricienne chante en mettant des mots sur la situation, sur ce qui est en train de se jouer pour l'enfant. Je pense que cette verbalisation en chanson apporte un bain sonore, un « *miroir sonore* ». Je la compare même à une enveloppe maternante présente les premiers instants de la vie du bébé, permettant l'élaboration de son appareil psychique (Anzieu, 2006).

« Parallèlement à l'établissement des frontières et des limites du Moi comme interface bidimensionnelle étayée sur les sensations tactiles, se constitue le Soi par introjection de l'univers sonore [...] comme cavité psychique préindividuelle dotée d'une ébauche d'unité et d'identité. » (Ibid, p.159).

L'enveloppe sonore en psychomotricité étaye et structure la contenance mise en jeu dans la proposition du temps calme. Nous rejouons avec les deux enfants des situations de l'archaïque où portage, enroulement et berceuses sont indéniablement présentes. En se basant sur ce que dit D. Anzieu, créer un univers sonore peut permettre à Danny et Thomas de retrouver une unité corporelle structurée.

Durant les séances de psychomotricité, l'implication du psychomotricien est essentielle. Cette dernière correspond à sa disponibilité psychique, émotionnelle et corporelle dans l'ici et le maintenant, avec son patient. « le psychomotricien développe une certaine qualité de présence corporelle, qui tient compte autant de son positionnement dans l'espace, de ses propres appuis, de sa tonicité, des inflexions de sa voix, sa mélodie, son rythme [...] pour pouvoir accueillir les expressions corporelles très primitives de ses patients. » (Potel, 2019, p.365).

La psychomotricienne et moi-même sommes très attentives à toutes particularités ou modifications corporelles, toniques, végétatives chez le patient, surtout lors des temps calmes. L'intérêt est d'interpréter au mieux son état psychocorporel afin d'ajuster la proposition en fonction.

2.3 La toupie géante

Chez Thomas, c'est seulement au cours de l'année qu'il témoigne d'un besoin d'être contenu. Je me saisis de ses demandes pour lui proposer, seule, un temps ritualisé d'intériorisation et de calme.

En début de séance, après avoir pris de ses nouvelles au bureau, je lui propose un éveil corporel des différents systèmes du corps. Par la suite, je lui laisse choisir entre un parcours moteur ou un temps calme à travers un objet de son choix. Je lui suggère le hamac, la toupie ou le parachute. Il choisit à plusieurs reprises le temps calme plutôt que le parcours.

Cela me surprend de prime abord, puisqu'il affectionne tout particulièrement les parcours. Il préfère instinctivement choisir la toupie à d'autres matériels.

J'émetts l'hypothèse que la toupie géante lui offre un espace solide, dur et contenant à la fois. Cette solidité du matériel me fait penser à la structure osseuse, une structure qui tient et qui soutient. Je suppose qu'il est en recherche de cette dureté dans le but de ressentir la même chose dans son corps. Sa structure osseuse n'est-elle pas assez intégrée sur le plan psychique ? De plus, étant donné qu'il est très mince, je soupçonne que ses os sont sollicités et mis à mal lors de la mise en mouvements et des chutes. Sa musculature ne semble pas assez conséquente pour protéger cette structure du squelette. Est-il donc en recherche d'une solidité externe pour justement renforcer cette solidité osseuse interne ?

Lors de cette proposition, il se loge à l'intérieur de la toupie géante. Je viens disposer une couverture par-dessus celle-ci, à sa demande. Il est alors dans l'obscurité, seul, en enroulement. Il joue quelques fois avec la résonance de cet objet en toquant sur la structure. Peut-être teste-t-il cette solidité ?

J'entends sa respiration qui s'apaise, qui devient plus profonde. Je lui propose alors diverses expériences proprioceptives et vestibulaires en faisant tourner cette toupie comme des bercements, en lui proposant des pressions avec mes mains.

Là aussi, mon implication psychocorporelle est essentielle, d'autant plus que je suis seule pour proposer ce temps. La psychomotricienne, bien qu'elle soit dans la salle, reste en retrait.

L'idée de chanter pour lui offrir une enveloppe sonore me traverse l'esprit, mais je n'arrive pas à trouver les ressources nécessaires pour le faire. Peut-être est-ce de la timidité, de la pudeur de ma part face à cette situation où je me dévoile en tant que figure contenante ? Cette situation de maternage me met peut-être dans un contexte émotionnel fort, qui je pense, l'aurait été encore plus si j'avais chanté.

Malgré cette absence d'enveloppe sonore, la présence du silence n'a pas l'air de déranger Thomas. Il accède à un apaisement important, mais ne verbalise que très rarement sur ses ressentis.

3. La continuité d'existence au service d'un apaisement des symptômes visibles

A travers le temps dans le hamac ou la toupie, Danny et Thomas rejouent des scènes de maternage. Ils retournent dans l'archaïque de leur petite enfance. Pourquoi ont-ils besoin de rejouer cela aujourd'hui, serait-ce pour réparer ce qui a été troublé dans leur enfance ? Serait-ce pour reconstruire leurs enveloppes primaires, leur interface dedans/dehors mise à mal pendant l'enfance ?

La structuration des enveloppes et l'intégration des limites corporelles permet, par la suite, d'acquérir un sentiment de continuité d'existence et ainsi d'apaiser leurs angoisses, comme je l'ai déjà développé auparavant.

Cette continuité d'être est travaillée en séance de psychomotricité, justement à travers la prise en charge contenante. Ils peuvent réexpérimenter les expériences du *holding* de D.W. Winnicott. Par le biais de portage, de sollicitations sensorielles et d'intégration d'un dedans/dehors du corps, cela à l'intérieur d'objets contenant. La contenance en psychomotricité est possible grâce à la disponibilité thérapeutique et à l'enveloppe institutionnelle fragile mais malgré tout présente.

Danny et Thomas présentent des modifications comportementales lorsqu'ils se trouvent contenus. C'est un retour au calme, sans agitation. Cela m'évoque un apaisement des angoisses, qui est possible à travers une contenance externe au corps. Ils sont assez en sécurité pour ingérer leurs émotions. Par cette contenance externe, ils ont peut-être accès à une représentation unifiée de leur propre corps, à une perception d'habiter leur corps. Autrement dit, à un sentiment de continuité d'existence.

« La psyché travaille à ce sentiment de continuité existentielle. Tout ce qui menace ce sentiment, suscite inquiétude, angoisse, panique, effondrement ou effroi, c'est selon. Si cette menace se fait envahissante, la psyché doit alors trouver un scénario auquel elle va s'accrocher pour conserver une continuité même factice. » (Marcelli, 2005, p.220). De mon point de vue d'observatrice, je suppose que l'agitation et les angoisses laissent peut-être leurs places à l'équilibre psychocorporel, lors du temps calme.

Progressivement, en ressentant leurs corps, en se sentant existés, comment travaillent-ils aussi la construction de leur identité propre ?

IV. La prise en charge contenante : un soutien de l'identité

1. La sensorialité au service de la construction identitaire

A la suite de l'acquisition du sentiment de continuité d'existence, première étape du développement psychique, survient l'intégration d'une identité propre et stable. (Pireyre, 2011).

L'identité, du latin « *identitas* » signifie « le même », « *idem* ». Elle représente à la fois la notion d'être identique, d'être le même individu tout au long de sa vie. Mais aussi d'être différent d'autrui, unique (Jung, 2015).

Elle est sous-tendue par l'implication sensorielle du corps : « *l'identité s'impose comme dynamique: elle est dans la continuité d'un flux.* » (Lesage, 2012, p.73). L'intégration des flux sensoriels et particulièrement du canal proprioceptif permettent à l'enfant de sentir et percevoir ses limites corporelles, de sentir son corps vivant, explorant et par conséquent de construire une identité interne unique. La sensorialité permet cette construction identitaire, qui fait partie intégrante de l'image composante du corps (Pireyre, 2011).

« *C'est par la perception externe et l'aperception (prise de conscience, appréhension) des sensations tactiles, visuelles et kinesthésiques que l'unité du corps s'élabore. Le sentiment d'être un soi, le ressenti de ses potentialités anticipent le sentiment d'identité intellectuelle.* » (Maintier, 2011, p.36). C'est donc grâce à une sollicitation sensori-motrice, en psychomotricité et dans l'environnement quotidien, que Danny et Thomas construisent progressivement une identité claire.

En séance, la psychomotricienne leur propose quelques fois un travail de représentation symbolique du corps. Le support utilisé peut être le dessin, la peinture ou la pâte à modeler. Dans cette proposition de représentation symbolique de soi, l'identité est réellement sollicitée, tout comme l'image du corps.

Thomas passe beaucoup par la création artistique pour transmettre ses émotions. Ses dessins ont une signification forte : la stèle de son frère défunt, un personnage féminin qui pleure ayant des bleus sur le corps, un personnage masculin musclé qui incarne la colère...

Je me demande si Thomas, à travers ses dessins, nous transmet des éléments de sa vie quotidienne. Serait-il sa façon de transmettre des messages peut-être trop difficiles à exprimer à travers le langage ? Serait-ce un moyen de réguler ses émotions trop envahissantes dans le corps, de déposer ses angoisses sur le papier ? H. Wintrebert développe la notion de *dialogue tonico-imaginaire* présent en séance. L'enfant, à travers son dessin imaginaire, peut symboliser des éléments particuliers ou angoissants vécus dans son propre corps pendant la séance ou en dehors (Wintrebert, 2003).

Peut-être est-ce simplement une expression artistique qu'il affectionne particulièrement, lui servant de support à son imaginaire ? Je perçois que cet enfant a accès à la représentation symbolique de son corps contrairement à Danny.

Le dessin du personnage travaille l'intégration de l'image du corps, mais aussi l'identité, de manière plus inconsciente. L'enfant est libre de dessiner ce qu'il souhaite comme personnage, cela nous renseigne un peu plus sur son développement psycho-affectif : comment l'enfant perçoit son dessin, qu'est-ce qu'il aime ou n'aime pas, quels sont les éléments qui lui parlent le plus... ? La verbalisation post-dessin est précieuse, elle amène des éléments intéressants sur la construction identitaire de l'enfant.

Pour Danny, n'ayant pas accès à cette représentation symbolique du corps, la psychomotricienne décide de lui proposer autre chose. L'objectif thérapeutique étant de mettre au travail cette intégration du dedans et du dehors.

La proposition est celle d'une silhouette de taille réelle : Danny s'allonge sur du papier et la psychomotricienne trace au marqueur ses limites corporelles. En se relevant, il est troublé du résultat. Il vérifie que cette silhouette corresponde bien à son corps en se recouchant dessus. C'est peut-être la première fois qu'il accède à une représentation de ses limites corporelles de manière symbolique.

Par la suite, la proposition est de remplir cette silhouette actuellement vide, avec de la peinture et divers matériaux de création. L'implication du dedans du corps est très sollicitée, tout comme l'image du corps et l'identité propre de Danny. Il souhaite nous laisser commencer : « *Commencez à peindre, car moi je ne sais pas faire, ça va être moche* ».

Progressivement, il s'implique dans la création d'un intérieur de la silhouette. Il décide de peindre la tête en lui dessinant un visage mais cela ne lui convient pas. Il le trouve « moche », « raté ». Ses émotions semblent le submerger peu à peu. Il arrive malgré tout à ne pas se désorganiser et m'aide à peindre une autre partie du corps, moins imprégné émotionnellement : la jambe.

Sur la fin de la proposition, lorsqu'il s'agit de ranger, Danny ne veut pas car nous n'avons pas fini. Il se met en colère et se désorganise légèrement. La psychomotricienne contient cette frustration en verbalisant ce qu'il se passe pour lui, en comprenant son trop-plein émotionnel. Je pense que cette frustration est aussi due au fait que la proposition de ce jour ne soit pas facile pour lui.

Les limites et l'image du corps ne sont pas des éléments simples à travailler pour Danny. Cela a peut-être généré des angoisses corporelles chez lui. Le but étant, au contraire de le rassurer sur la présence d'une enveloppe corporelle qui tient, qui n'est pas trouée. Cela fait référence à une construction identitaire troublée chez lui. Il adopte d'ailleurs un comportement adolescent à l'extérieur de la salle, mais revient à l'archaïque pour se réparer émotionnellement à l'intérieur.

Il demande un temps dans le hamac, et se saisit même d'une peluche musicale à tirette. Ce temps prend une dimension encore plus archaïque ce jour-là, avec la présence sonore de cette berceuse. Je perçois cela comme un besoin de se réparer en revivant des scènes de la petite-enfance.

Je remarque que Thomas et Danny n'en sont pas au même stade concernant l'accès au symbolisme. Thomas y a accès, tandis que Danny non. Serait-il en lien avec le fait que leurs troubles d'enfance ne soient pas survenus au même stade de développement ?

2. Le narcissisme primaire et secondaire : une application de l'interface dedans/dehors

En 1914, S. Freud introduit la notion de narcissisme, qui intervient comme étape suivante à l'acquisition de l'identité. En psychanalyse, le narcissisme désigne l'amour qu'une personne s'offre à soi-même. Selon lui, il existe deux narcissismes : le primaire et le secondaire.

- Le narcissisme primaire : signifie la capacité d'amour qu'a l'enfant pour lui-même, en tant qu'objet. Il se perçoit comme étant le centre du monde. « *Nous disons que l'être humain a deux objets sexuels originaires : lui-même et la femme qui lui donne ses soins ; en cela nous présupposons le narcissisme primaire de tout être humain, narcissisme qui peut éventuellement venir s'exprimer de façon dominante dans son choix d'objet.* » (Freud, 1914, p.17).
- Le narcissisme secondaire : signifie la capacité d'aimer un objet extérieur, un individu différent de lui-même et à s'aimer en retour. « *l'individu parvient à s'aimer lui-même en retour comme il aime autrui : c'est ce retournement d'investissement sur soi que Freud appelle narcissisme secondaire.* » (Quinodoz, 2004, p.151).

« *Le développement du moi consiste à s'éloigner du narcissisme primaire, et engendre une aspiration intense à recouvrer ce narcissisme. Cet éloignement se produit par le moyen du déplacement de la libido sur un idéal du moi imposé de l'extérieur, la satisfaction par l'accomplissement de cet idéal.* » (Freud, 1914, p.31).

Ce narcissisme secondaire travaille la limite du dedans et du dehors, pour l'individu en développement. Le narcissisme primaire évoque les ressentis et éléments internes au corps, et le narcissisme secondaire l'interaction avec les éléments externes.

En psychomotricité, cette interface corporelle est travaillée avec Danny et Thomas, mais pas seulement par la sollicitation sensorielle. L'implication de l'imaginaire permet aussi de travailler l'unité corporelle. Et le jeu de faire semblant est une médiation pertinente pour cela.

Je participe à des jeux de faire semblant autour de la construction d'une cabane. Cette cabane peut symboliser l'interface dedans/dehors, cette maison interne qu'est le corps. L'identité propre est donc impliquée dans cette proposition, et l'invention d'une histoire autour de cette cabane témoigne du vécu interne de l'enfant.

Danny, lors de cette proposition de cabane, introduit des événements tragiques au sein du jeu de faire semblant : des attaques de monstres à l'extérieur, l'enfermement dans une prison, la maladie qui touche l'un de nous. La mort est implicitement présente dans son imaginaire, et la peur de celle-ci aussi. Je perçois ici les angoisses de Danny et ses failles d'enveloppes, de continuité d'existence et d'identité.

Durant ces jeux de faire semblant, le toit de la cabane est matérialisé par un parachute de psychomotricité. Lorsqu'il s'agit de ranger le matériel en fin de proposition, Danny s'intéresse à cet objet, qui matérialise la limite dedans/dehors de la cabane.

La psychomotricienne lui propose donc, à quelques reprises, de se mettre dessus pour faire un temps de détente. Elle et moi l'enroulons dans ce parachute comme dans un cocon. Cette pratique peut faire penser à l'enveloppement sec, utilisé thérapeutiquement pour aider les patients à (re)structurer leurs enveloppes psychocorporelles.

L'enveloppement sec est une pratique thérapeutique qui consiste à enrouler le patient dans un drap de façon à ce qu'il soit immobilisé et en contention. Son accord est demandé auparavant. Cette proposition favorise l'apaisement des angoisses corporelles et l'accès à une verbalisation. Ce travail autour des enveloppes peut faire émerger des verbalisations émotionnelles très riches, et par la suite une construction identitaire et un narcissisme équilibré.

3. L'estime de soi

« *Le sentiment d'estime de soi nous apparaît tout d'abord comme expression de la grandeur du moi [...] Tout ce qu'on possède ou qu'on atteint, tout reste du sentiment primitif d'omnipotence que l'expérience a confirmé, contribue à augmenter le sentiment d'estime de soi.* » (Freud, 1914, p.28).

« *Mais un sujet traumatisé n'arrive pas à structurer son self et n'aura qu'un self archaïque, déficient. Le transfert doit alors ranimer cette structure endommagée.* » (Bourdin, 2019, p.357).

L'estime de soi fait partie intégrante des séances de psychomotricité. Elle est motrice pour introduire un travail avec l'enfant.

A travers des propositions ludiques, l'intérêt est de faire progresser l'enfant dans ses capacités psychomotrices. L'identité et l'estime de soi sont actrices dans les propositions. Si l'enfant réussit ou si il échoue, cela n'aura pas le même impact sur son sentiment d'estime de lui.

C'est pour cela que l'adaptation des propositions et la valorisation narcissique sont des composantes essentielles du psychomotricien. Cela influe sur les capacités de régulation émotionnelle et affective. Lorsque Danny entre en crises par exemple, j'imagine que cela témoigne d'une dévalorisation narcissique, voire d'une perte identitaire, déjà défailante de base. Lorsque Thomas glisse sous la table alors qu'on lui pose des questions personnelles, je perçois cela comme une faille identitaire.

Pour Danny comme pour Thomas, l'objectif thérapeutique à long terme serait, pour moi, de nourrir leurs expériences corporelles pour construire une identité propre, afin qu'ils aient accès à leur grandeur interne.

V. Ma place de stagiaire : une identité professionnelle en construction

L'élaboration de ce sujet de mémoire et son écriture, ont participé à ma compréhension de ce que j'ai observé sur mon lieu de stage. Tout au long de l'année, le comportement de ces deux enfants m'a interpellé. Que ce soit en séance de psychomotricité ou en dehors, ils sont agités, angoissés. Je me suis saisie de leurs manifestations comportementales pour rechercher et comprendre les causes, la manière dont cela apparaît, puis comment les aider en tant que psychomotricien.

A travers un travail de recherche théorique et d'interprétation clinique, j'ai développé dans cette discussion les conséquences des troubles infantiles sur l'équilibre psychocorporel des enfants. J'ai émis l'hypothèse d'un défaut de structuration des enveloppes chez eux et d'un besoin d'être contenu. Par la suite, j'ai décortiqué et compris l'intérêt d'un travail du dedans/dehors en séance de psychomotricité. Grâce à ce mémoire, j'ai pu interpréter ce qu'il se jouait en séance et quel était le rôle de l'institution et du psychomotricien à ce moment-là.

Je tiens à mentionner que cette élaboration d'écriture est la mienne, elle est le fruit de ma réflexion sur Danny et Thomas. Cela rend donc ce mémoire subjectif. Toute autre personne observant ces deux enfants pourra les percevoir d'une manière différente, avec son propre regard.

J'ai investi positivement ce stage, la clinique était riche et les échanges avec ma maitre de stage étaient très formateurs. Au-delà des conflits institutionnels, j'ai été bien accueillie. La relation que j'ai eu avec la psychomotricienne était contenante pour moi. J'ai pu évoluer sur l'année, en analysant mes observations cliniques, en ajustant ma posture de stagiaire et en me questionnant sur des activités psychocorporelles pour les enfants. Au-delà de mon observation clinique, j'ai pu penser et soumettre des propositions psychomotrices. J'ai réfléchi aux besoins de Danny et Thomas, et ai tenté de leur apporter la contenance qu'ils recherchaient.

Grâce à ma place de stagiaire, j'ai pu progressivement façonner ma propre contenance, celle qui m'appartient. J'ai pu affirmer mes points de vue et évoluer dans mes capacités. Au fil de l'année, comme les enfants, j'ai construit ma propre identité professionnelle, celle d'une future psychomotricienne.

Conclusion

Une faille ou un événement tragique survenant pendant la période de développement de l'individu, peut avoir des conséquences importantes sur sa construction identitaire. Le bébé a besoin de se sentir suffisamment attaché à sa mère pour s'en éloigner ensuite, tout en étant sûr. Si cette sécurité affective a été défaillante ou fragilisée au cours du développement, comme chez Danny et Thomas, la construction des enveloppes psychocorporelles sera instable.

La prise en charge psychomotrice permet d'offrir un espace suffisamment contenant et sécurisant pour remobiliser les enveloppes psychocorporelles. Travailler l'interface dedans/dehors, les limites du corps.

Le travail de (re)structuration des enveloppes en séance de psychomotricité a permis aux enfants de se recentrer sur leurs sensations internes : sentir les os, les muscles, les articulations, la peau. A travers des portages, des massages, de l'éveil sensoriel et proprioceptif, et à travers la disponibilité du psychomotricien. Les enfants ont pu distinguer peu à peu ce qui provenait de l'intérieur du corps de ce qui provenait de l'extérieur. Ils ont construit leur interface dedans/dehors, leur Moi-peau. De cela, ils ont pu par la suite ressentir le sentiment d'habiter leur corps, d'être vivant, plus communément appelé le sentiment de continuité d'existence.

C'est à travers l'intégration de ce sentiment continu d'être que Danny et Thomas ont pu apaiser leurs angoisses. Il se sont sentis suffisamment en sécurité dans leur corps. Ils ont cessé de s'agiter pendant un instant, et apaisé leur tonus. L'objectif est maintenant d'élargir ce sentiment à tous les espaces qu'ils sont amenés à rencontrer : l'école, le foyer familial, les activités extrascolaires.

La contenance apportée en psychomotricité permet, sur le long terme, de faire émerger l'identité propre de l'individu et de soutenir l'estime qu'il a de lui-même. Il aura alors accès à une représentation symbolique de son corps, une image du corps intégrée, et sera beaucoup plus apaisé dans ses relations sociales.

Etant donné la situation sanitaire actuelle du COVID-19, l'arrêt de mon stage a été très brutal. L'interruption des prises en charge pour Danny et Thomas au CMP l'a été aussi. La psychomotricienne et moi avons complètement arrêté de les voir.

Je me questionne sur l'impact psycho-émotionnel de cette séparation inattendue sur les enfants. Pour ma part, je l'ai vécu difficilement. Pour Danny et Thomas, eux qui présentent d'ores et déjà une insécurité interne, comment le vivent-ils ? Ont-ils une exacerbation de leurs angoisses de séparation, d'abandon, de mort ? Ce fût pour eux une séparation thérapeutique de plus, à laquelle ils ne s'attendaient pas, mettant une nouvelle fois à mal leur intégrité psychocorporelle.

L'obligation du confinement actuel a sûrement perturbé leur quotidien et celui de leurs familles. Le corps enfermé pendant une longue période a sans doute eu un impact psycho-émotionnel important. Être confiné dans un même espace leur permet-il de ressentir leurs limites corporelles ? Ou au contraire, ont-ils des difficultés à distinguer l'interface dedans/dehors du corps mise à mal pendant cette période ? Arrivent-ils à garder une sécurité interne malgré tout ? Ces nombreuses questions concernant Danny et Thomas restent aujourd'hui sans réponse.

Bibliographie

Académie française. (1835).

Ajuriaguerra, J. de. (1970). *Manuel de psychiatrie de l'enfant.* Masson et cie.

Anzieu, D. (2006). *Le Moi-peau* (Nouvelle édition revue et augmentée). Dunod.

Bachollet, M.-S., & Marcelli, D. (2010). Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements. *Enfances & Psy*, 49(4), p.14-19.

Ballouard, C. (2006). *Le travail du psychomotricien* (2e édition). Dunod.

Bergès, J. (1985). Les troubles psychomoteurs chez l'enfant. *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 2, p.365-383.

Bion, W. R. (1974). *L'Attention et l'interprétation, une approche scientifique de la compréhension intuitive en psychanalyse et dans les groupes* (Payot).

Bourdin, D. (2019). L'identité en psychanalyse ? *Revue française de psychanalyse*, 83(2), p.347-365.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss* : Vol.1. Hoarth.

Bullinger, A. (2004). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars : Un parcours de recherche.* Éditions Érès.

Carric, J.-C. (2000). *Le développement psychomoteur de l'enfant normal* (Edition 2000). Editions Vernazobres-Gregio.

Coget, J.-F., Haag, C., & Bonnefous, A.-M. (2009). *Le rôle de l'émotion dans la prise de décision intuitive : Zoom sur les réalisateurs-décideurs en période de tournage.* 12(2), p.118-141.

Corraze, J. (2007). *Le dialogue tonico-émotionnel à la lumière des connaissances actuelles.*
<http://www.psychomot.ups-tlse.fr/corraze2007.pdf>

- Courberand, D.** (2015). De l'informe à la forme : Le concept d'enveloppes psychocorporelles. *THERAPIE PSYCHOMOTRICE ET RECHERCHES*, 182 vol 48, p.12-24.
- Delage, M.** (2015). Chapitre 6. Le deuil dans les familles. In *Accompagner le deuil en situation traumatique* (p.132-151). Dunod.
- Dolto, F.** (2014). *L'image inconsciente du corps*. Éditions Points.
- Freud, S.** (1914). *Pour Introduire Le Narcissisme* (In press).
- Freud, S.** (1921). Le Moi et le Ça. *Oeuvres complètes*, XVI, p.255-309.
- Geissmann, N.** (2001). *Découvrir W.R. Bion. Explorateur de la pensée*. Édition Érès.
- Golse, B., Bullinger, A., & Barthélémy, L.** (2004). Apport de l'examen sensori-moteur dans l'évaluation du type et de la qualité de l'attachement chez le bébé. *La psychiatrie de l'enfant*, 47(1), p.103-132.
- Grandin, T.** (2001). *Ma vie d'autiste*. O. Jacob.
- Houzel, D.** (2010). *Le concept d'enveloppe psychique* (2e édition actualisée et augmentée). In press.
- Houzel, D.** (2016). Le sentiment de continuité d'existence. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 6(1), p.115-130.
- Jung, J.** (2015). Chapitre 1. L'identité : Une notion énigmatique. In *Le sujet et son double* (p.9-22). Dunod.
- Kayser, C.** (1963). *Physiologie : Vol. 3 : Les grandes fonctions*. Ed. médicales Flammarion.
- Larousse.** (2002). *Larousse Encyclopédie médicale*. (2012). <https://www.larousse.fr/encyclopedie>
- Lejeune, F., & Gentaz, É.** (2015). *L'enfant prématuré : Développement neurocognitif et affectif*. Odile Jacob.
- Lesage, B.** (2009). *La danse dans le processus thérapeutique. Fondements, outils et clinique en danse-thérapie*. Édition Érès.

- Lesage, B.** (2012). *Jalons pour une pratique psychocorporelle : Structure, étayage, mouvement et relation*. Édition Érès.
- Maintier, C.** (2011). Une identité à construire et à conserver. In *Protéger et construire l'identité de la personne âgée* (p. 33-46). Édition Érès.
- Marcelli, D.** (2005). Psychose à l'adolescence. *Adolescence*, 52(2), p.213-223.
- Morel, C.** (2015). *La psychologie de l'enfant : De la naissance à l'adolescence*. Grancher.
- Pireyre, E. W.** (2011). *Clinique de l'image du corps : Du vécu au concept*. Dunod.
- Potel, C.** (2019). *Être psychomotricien : Un métier du présent, un métier d'avenir*. Éditions érès.
- Quinodoz, J.-M.** (2004). « Pour introduire le narcissisme », S. Freud (1914). In *Lire Freud* (p.151-157). Presses Universitaires de France.
- Robert-Ouvray, S. B.** (2007). *L'enfant tonique et sa mère* ([Nouvelle éd.]). Desclée de Brouwer.
- Robert-Ouvray, S. B.** (2010). *Intégration motrice et développement psychique : Une théorie de la psychomotricité* (2e édition révisée). Desclée de Brouwer.
- Romano, H.** (2009). Accompagner l'enfant sur le chemin du chagrin. *Le Journal des psychologues*, 273(10), p.48-53.
- Romano, H.** (2010). Le « dessin-leurre ». Traces traumatiques invisibles dans les dessins d'enfants exposés à des événements traumatiques. *La psychiatrie de l'enfant*, 53(1), p.71-89.
- Romano, H.** (2013). Chapitre 30. Troubles de la personnalité et psychothérapie en contexte de deuil. In *Troubles de la personnalité* (p.399-410). Dunod.
- Romano, H.** (2015). Chapitre 4. Le deuil infantile. In *Accompagner le deuil en situation traumatique* (p.70-101). Dunod.

Spitz, R. A., Cobliner, W. G., Freud, A., & Flournoy, L. (2002). *De la naissance à la parole : La première année de la vie* ([10e édition]). Presses universitaires de France.

Tereno, S., Soares, I., Martins, E., Sampaio, D., & Carlson, E. (2007). La théorie de l'attachement : Son importance dans un contexte pédiatrique. *Devenir, 19*(2), p.151-188.

Troubles anxieux : Trouble anxieux généralisé. (s. d.). Anxiété.
<https://www.anxiete.fr/troubles-anxieux/trouble-anxieux-generalise/anxiete/>

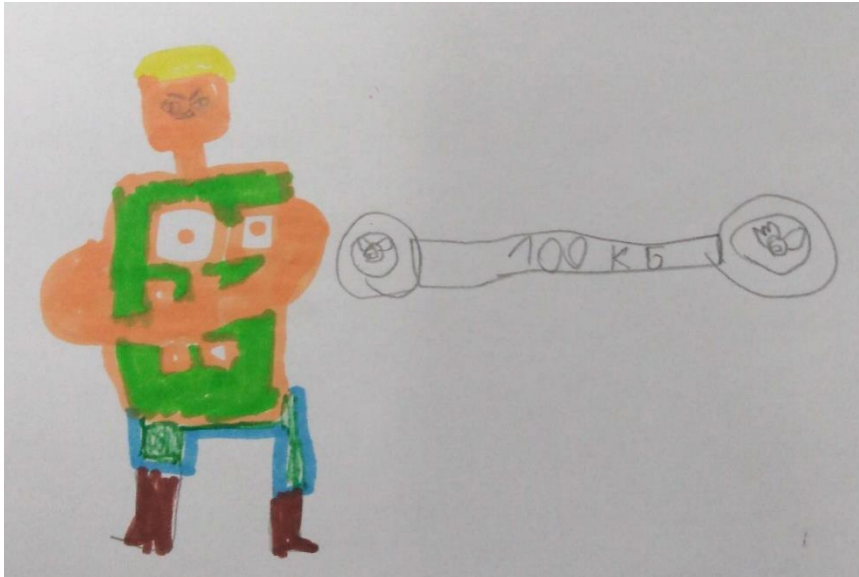
Winnicott, D. W. (1969). *De la pédiatrie à la psychanalyse.* Payot & Rivages.

Winnicott, D. W. (2012). *La capacité d'être seul.* Payot & Rivages.

Wintrebert, H. (2003). *La relaxation de l'enfant.* L'Harmattan.

Annexes

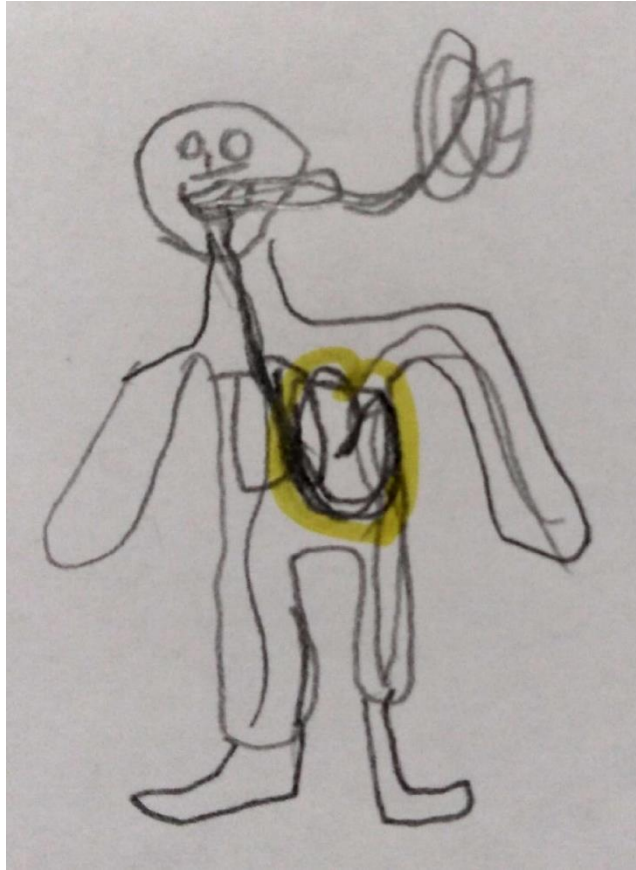
ANNEXE I : Les dessins de Thomas



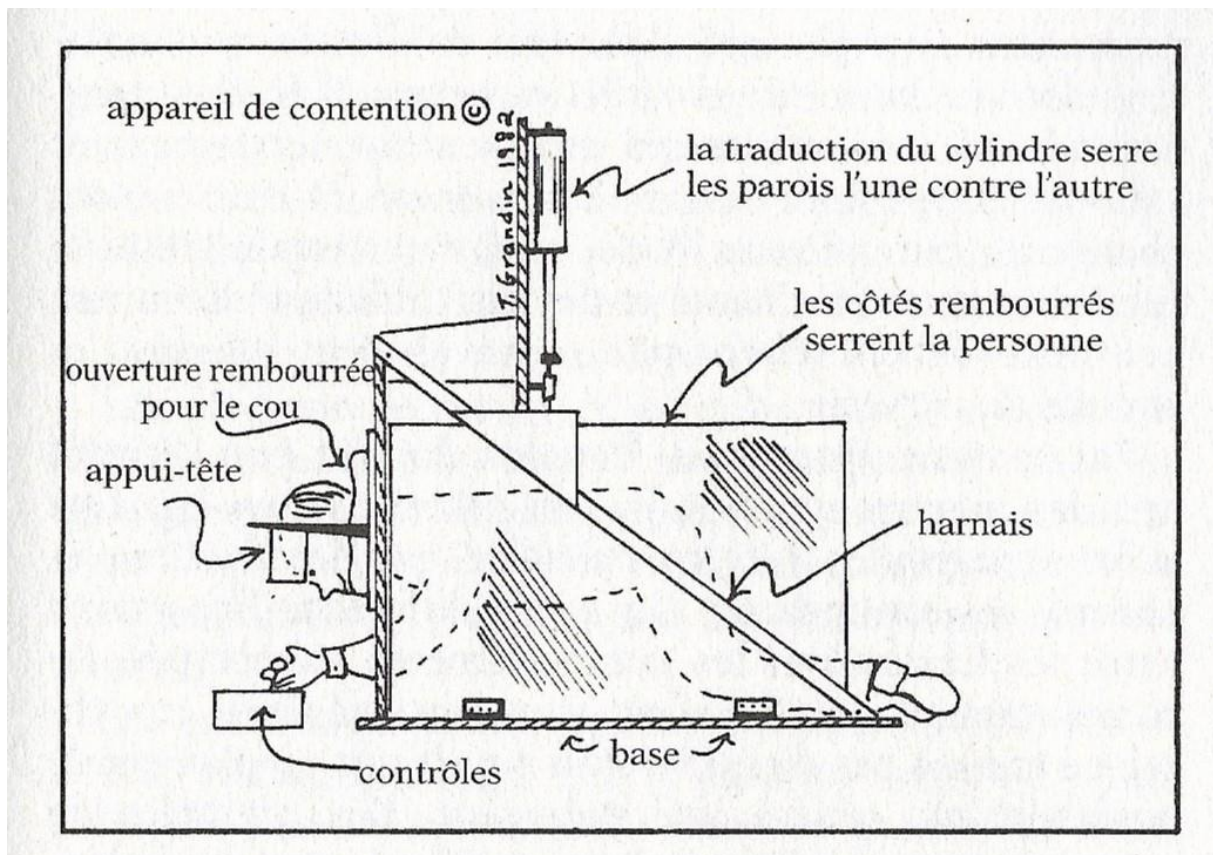
Dessin 1 : « *Mr muscle* »



Dessin 2 : « *Un garçon qui pleure parce qu'il est très triste* »



Dessin 3 : « Il y a les veines, le cœur, les poumons. Quand on fume, ça fait des aller-retours dans les poumons. Quand on mange mal, ça entoure le cœur de graisse, et après on meurt ! »



RESUME

Danny et Thomas, deux enfants de 8 ans consultent en pédopsychiatrie. Ils sont angoissés, agités et ont des difficultés d'intégration de leurs limites corporelles. Ayant tous les deux un passé infantile troublant, ils semblent détenir une insécurité interne. Leur comportement témoigne d'une recherche sensorielle d'enveloppe. L'étude clinique de ces deux enfants fait ressortir un besoin de contenance, un besoin d'intégration de leurs enveloppes psychocorporelles, qui ne semblent pas suffisamment structurées.

En séance de psychomotricité, ils rejouent des scènes de l'archaïque, d'une relation fusionnelle thérapeute – patient apparentée à celle d'une mère et de son bébé. L'effet sensoriel de divers objets sur leur corps les apaise et diminue leurs angoisses. Ils obtiennent progressivement une représentation psychique de leur corps. La psychomotricité leur permet de se sentir exister.

Mots clés : *psychomotricité, enfant, angoisses, enveloppes psychocorporelles, contenance, continuité d'existence*

ABSTRACT

Danny and Thomas, two 8-year-old children are admitted in child psychiatry. They are anxious, restless and have difficulty integrating their body boundaries. Both having a troubled childhood, they seem to have internal insecurity. Their behavior reflects a sensory seek for an envelope. The clinical study of these two children highlights a need for containment, a need for integration of their psycho-bodily envelopes, which do not seem sufficiently structured.

In a psychomotor session, they replay scenes from the archaic, a fusional therapist – patient relationship equivalent to that of a mother and her baby. The sensory effect of various objects on their bodies soothes them and reduces their anxieties. They gradually get a psychic representation of their body. Psychomotor allows them to feel that they exist.

Key words : *psychomotor, child, anxieties, psycho-bodily envelopes, containment, continuity of existence*