



HAL
open science

Le renforcement de l'estime de soi dans la prise en charge psychomotrice auprès d'adultes traumatisés

Kenza Zaïmi

► **To cite this version:**

Kenza Zaïmi. Le renforcement de l'estime de soi dans la prise en charge psychomotrice auprès d'adultes traumatisés. Sciences de l'Homme et Société. 2022. dumas-03726174

HAL Id: dumas-03726174

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03726174>

Submitted on 18 Jul 2022

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.



Collège Sciences de la Santé

Institut de Formation en Psychomotricité

Projet mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'État de
Psychomotricien

**Le renforcement de l'estime de soi dans la
prise en charge psychomotrice auprès
d'adultes traumatisés**

Kenza Zaïmi

Née le 13 août 1999 à Tours (37)

Avant-propos

Durant l'été 2020, j'ai apprécié le livre « Imparfaits libres et heureux, pratiques de l'estime de soi » de C. André, et ce, pour plusieurs raisons :

- Pour la première fois, je prends conscience de la place centrale du rapport à soi. Ce livre m'apprend l'importance de s'estimer, de s'aimer en acceptant ce que l'on est. Je réalise que savoir s'écouter, se respecter et s'affirmer est le fruit d'un long travail.

- A l'heure où la pandémie et le confinement sont les mots d'ordre, où l'adaptation est plus que jamais de mise, ce livre me permet de me concentrer sur moi. Je considère les nouvelles mesures sanitaires comme de nouvelles épreuves qui me permettent d'évoluer. Cette façon d'être nombriliste m'a peut-être protégée d'une potentielle négativité durant cette période. Au fil de la lecture, je deviens plus apaisée, moins touchée par ce qui se passe autour de moi, plus sûre de moi. Un sentiment qui se renforce au fur et à mesure des séances de relaxation à l'IFP (Institut de Formation en Psychomotricité) qui nous permettent de nous recentrer sur nous-même. J'ai l'impression d'y savourer la vraie valeur de la vie : le plaisir simple de s'écouter et de se sentir en bonne santé. Jour après jour, je deviens de plus en plus reconnaissante de la chance que j'ai de pouvoir être en bonne santé, faire tout ce que je fais et avoir autant de monde autour de moi. En ayant un meilleur rapport à moi-même, j'ai aussi un meilleur rapport aux autres : je suis plus sereine et positive.

J'en viens à me dire qu'il n'y a rien de plus important dans la vie que de s'estimer. Pour ce faire, le travail à produire nécessite une évolution positive de l'image de ma propre personne, de façon quotidienne. Ce sentiment de fierté porte énormément et joue beaucoup, me semble-t-il, dans l'épanouissement personnel.

À l'heure actuelle, je souhaite devenir une psychomotricienne faisant ressortir cet état d'esprit chez les patients. Un des éléments qui m'importent le plus est l'image que la personne a d'elle-même, son rapport à elle et au monde. Il y a toujours matière à être reconnaissant et fier de soi, je souhaite que mes futurs patients voient en eux tout ce qu'il y a de beau, de bon et qu'ils soient optimistes vis-à-vis de leur prise en charge. J'aimerais exercer mon métier comme il se doit, en respectant le décret de compétences, mais toujours avec cet objectif en arrière-plan consistant à renforcer l'estime de soi du patient.

Ce mémoire va me permettre d'approfondir le concept d'estime de soi, ce que cela implique, comment elle se crée et se renforce. Il va également me permettre d'appréhender les méthodes à mettre en œuvre. À travers ce mémoire, je vais pouvoir appréhender la place à avoir en tant que psychomotricienne et quelles médiations et outils sont à envisager pour ma future pratique.

Remerciements

Je te remercie et te suis très reconnaissante, Florian Picot, pour tes précieuses relectures, ton aide et ta disponibilité.

Je vous remercie, Olivier Moyano, pour votre réactivité et l'honneur que vous me faites en acceptant de m'accompagner dans la réalisation de ce mémoire. Veuillez trouver ici le témoignage de mon respect.

Je remercie tous les maîtres de stages auprès desquels j'ai eu la chance d'apprendre ce métier. Merci à Elisa Defly, François Lacombe, Fanny Tastayre, Nathan Carmona, Fany Sennelier et Amandine Rauzy, qui m'ont enrichie de leurs expériences.

Je remercie les intervenants à l'Institut de Formation en Psychomotricité pour les savoirs qu'ils ont su nous transmettre.

Je remercie Ines Laborde, Diane Morenne, Andréa Octavia et Alyssa Verchere pour ces trois années de formation à leur côté.

Je remercie Juliette Porte pour ses conseils et le prêt de cet excellent ouvrage sur lequel s'appuie ce mémoire.

Table des matières

Introduction	1
I. Estime de soi	4
1. Définitions	4
1.1 Historique	4
1.2 Les composantes de l'estime de soi.....	7
1.3 La haute estime de soi.....	8
1.4 La basse estime de soi.....	9
2. Construction du processus subjectif d'évaluation personnel	10
2.1 Théorie de l'attachement.....	10
2.2 La période de l'enfance.....	11
3. Répercussions de l'estime de soi à l'âge adulte.....	13
II. Le psychotraumatisme de la violence conjugale	16
1. Définitions	16
2. Traumatisme, dépression et estime de soi	21
3. Conséquences psychomotrices pour l'adulte.....	25
III. Une estime de soi impactée par le traumatisme.....	28
1. Le schéma de pensée	28
1.1 Auto-critique.....	30
1.2 Auto-handicap.....	33
1.3 Stratégie de coping.....	36
2. Le corps, vecteur d'expression	37
2.1 Entre émotion, tension et douleur	37
2.2 Anxiété	39
2.3 Image du corps bouleversée	41
IV. Prise en charge psychomotrice auprès d'adultes traumatisés	42
1. Séances psychomotrices : espace privilégié pour le patient	42
1.1. Bilan psychomoteur	42
1.2. Cadre et alliance thérapeutique	49
2. Restauration d'un équilibre somato-psychique.....	52
2.1. Toucher thérapeutique	53
2.2. Relaxation et QSCPGS comme témoin d'une évolution	54
3. La psychomotricité comme soutien vers une autonomisation du patient	58
3.1. Restauration narcissique.....	58
3.2. Auto observation et pleine conscience au quotidien	59
4. Projet thérapeutique de Madame C.	62
4.1. Arrêt précoce de la prise en charge	64
4.2. Critique du projet thérapeutique.....	64
5. Réflexions autour du concept d'estime de soi en psychomotricité.....	65
Conclusion	68
Annexes	70
Bibliographie	76

Introduction

Quelle idée avez-vous de vous-même ? Comment vivez vous les échecs et les succès ? Tout le monde, de manière plus ou moins consciente, protège ou valorise son estime de soi. Qu'implique un manque d'estime de soi ? « Son mal me paraît plus profond, plus intriqué dans son histoire, enfoui jusque dans les plus lointaines racines de son être. » (André & Lelord, 2008). L'estime de soi est un concept de plus en plus dominant dans notre société, qui se veut de plus en plus compétitive.

L'estime de soi constitue un indicateur clé du bien-être psychologique, particulièrement dans la culture occidentale (Dany & Morin, 2010). Suivant sa nature, les répercussions sont différentes : une personne pourvue d'une bonne estime de soi serait plus susceptible d'agir avec confiance sans prendre l'échec ou la difficulté comme une atteinte à sa personne. Contrairement à une personne à faible estime de soi, l'ensemble de ses pensées, ses activités ou ses états émotionnels ne seraient pas contaminés par cette blessure d'amour-propre. La basse estime de soi, elle, peut impliquer une grande souffrance face aux désagréments du quotidien.

Ce mémoire est écrit dans une perspective professionnelle future et la réflexion qui en découle s'est élaborée de pair avec mes stages de troisième année d'études en psychomotricité. Ceux-ci ont été effectués en cabinet libéral et en centre hospitalier pour personnes adultes souffrant de troubles mentaux sévères. Lors de ce dernier, j'ai eu l'opportunité de suivre des patientes adultes ayant subi des traumatismes. Parmi les populations rencontrées lors de ces stages, j'ai préféré m'orienter vers cette population, qui m'intéressait particulièrement. De plus, une population adulte me semblait être un choix plus adapté que celui d'une population mineure, encore en phase de construction de l'estime de soi. Lors des trois entretiens auxquels j'ai assisté, les patientes, anciennement victimes d'agressions sexuelles ou de violences conjugales, tiennent un discours dévalorisant à leur égard, notamment sur le plan physique. Ce qu'elles communiquent, tant sur le plan verbal que corporel, témoigne d'une assise narcissique qui gagnerait à s'enrichir.

Dans ce travail universitaire, je me suis intéressée aux liens entre le concept d'estime de soi et le traumatisme, et plus précisément celui de la violence conjugale. En 2019, l'enquête de victimation annuelle « Cadre de vie et sécurité » (INSEE-ONDRP-SSMSI) estime que 213 000 femmes vivant en France métropolitaine, âgées entre 18 et 75 ans, ont été victimes de violences physiques et/ou sexuelles. Parmi elles, 8 femmes sur 10 déclarent avoir été soumises à des atteintes psychologiques ou des agressions verbales. Suite à un vécu traumatique, dans quelles mesures l'estime de soi est-elle bouleversée ? Quel est l'impact de ce type d'agression sur le lien corps/psyché ? Par quels moyens la psychomotricité permet-elle de réinvestir positivement son corps ? L'accompagnement vers l'acceptation du traumatisme permet-il d'agir en faveur d'une bonne estime de soi ? Cela me conduit à une question de départ plus précise : Pourquoi s'attacher au renforcement de l'estime de soi d'adultes traumatisés lors d'une prise en charge en psychomotricité ?

Cette prise de recul nous permet de nous observer, nous analyser, et nous adapter. Mais elle peut aussi nous amener à nous détester, nous critiquer ou nous mépriser. Ces agressions envers soi-même peuvent rendre toute forme d'action impossible et donc, compliquer une prise en charge. Un travail sur l'estime de soi peut-il motiver le patient à poursuivre sa dynamique de soins et à être acteur de sa prise en charge ?

Prendre le temps d'analyser l'estime de soi du patient permet au psychomotricien d'adapter ses objectifs de soins, appréhender les méthodes à mettre en œuvre et ce qu'il est préférable d'éviter. Dans une perspective de prise en charge d'adultes traumatisés, comment notre discipline se révèle-t-elle être un outil particulièrement adapté ?

Seligman et Beck ont montré qu'une mauvaise estime de soi rend une personne vulnérable aux troubles dépressifs ultérieurs. Le traumatisme en est également un facteur de risque. N'est-ce donc pas important de renforcer cette estime de soi durant les séances psychomotrices ? Elles ont ainsi une double visée : rééducative ou thérapeutique, mais aussi préventive.

Afin d'amener progressivement les réponses à ces questionnements, il m'a semblé nécessaire de considérer l'élaboration de cette estime de soi à partir du plus jeune âge. Afin d'établir des connaissances communes, j'évoquerai au préalable l'historique et la définition de ce concept.

Dans un second temps, j'évoquerai les répercussions du psychotraumatisme, notamment celui de la violence conjugale sur les mécanismes psychologiques et l'équilibre psychocorporel. J'aborderai les conséquences occasionnées par le psychotraumatisme, sur le plan cognitif par le biais de l'altération de l'estime de soi.

Pour finir, je montrerai en quoi consiste une prise en charge en psychomotricité auprès d'adultes traumatisés en mentionnant l'importance du cadre, les bienfaits des médiations corporelles, les objectifs thérapeutiques et le projet de soin en psychomotricité de Mme C.

I. Estime de soi

1. Définitions

1.1. Historique

Chaque individu a sa propre réalité psychologique, influencée par ses expériences, son vécu corporel, émotionnel et affectif. Il existe autant de contenus psychiques différents qu'il existe d'individus. Ces questionnements autour de la singularité des individus par le biais de la connaissance de soi étaient déjà présents à l'Antiquité et continuent de faire l'objet d'études et de publications.

Les questionnements autour de la connaissance de soi existaient déjà à l'époque de Socrate (-470/-399) via l'expression qu'on lui reconnaît « Connais-toi toi-même ». Dans l'Alcibiade, Platon soulevait des questions relatives à la connaissance de soi. Il évoque par exemple la notion de réflexivité qui semblerait être d'une grande importance pour la définition de notre nature essentielle. Cette notion revient dans la pensée moderne, notamment avec Descartes. Pour la psychanalyse, le « Soi » serait l'élément central de la vie psychique de l'individu et expliquerait les causes de différentes pathologies. D'après Winnicott, ce sentiment du « Soi » serait issu du narcissisme primaire ; cette notion renvoie à une formation plus antérieure que le « Moi », elle est contemporaine du temps où la psyché est régie par des processus primaires. Comprendre et travailler l'estime de soi et l'estime des autres suppose une connaissance préalable du concept général du Soi (identité), qui englobe l'estime de soi.

R. L'Écuyer a mené une étude de 30 ans au Laboratoire de recherches sur le concept de soi. Les objectifs consistaient en l'étude de l'évolution normale du concept de soi de la naissance à l'âge mûr, l'étude de la façon dont les personnes se perçoivent elles-mêmes, l'identification des différentes dimensions constitutives du concept de soi, l'analyse les différents profils développementaux, etc. (L'Écuyer, 1994).

Au fil des années, le concept de soi fait l'objet de nombreuses études et publications, et devient donc une préoccupation de plus en plus marquée, notamment depuis les années 1960. R. L'Écuyer cite comme exemple la thèse de C. H. Grant (1969) qui porte sur les personnes âgées de 20 à 69 ans, la thèse de Monge (1975) qui publie les résultats obtenus auprès de groupes de 9 à 89 ans, mais aussi celles de Morganti et al. en 1988 (auprès de groupe de 14 à 80 ans) et Greve et Brandstadter en 1989 qui traite des résultats auprès de sujets de 18 à 82 ans (L'Écuyer, 1994).

D'après R. L'Écuyer, « le concept de soi est un système multidimensionnel composé d'un ensemble très varié de perceptions que la personne éprouve au sujet d'elle-même, dont les contenus émergent à la fois de l'expérience personnelle et de l'influence des autres sur ses propres perceptions. »

Suite à de nombreux débats entre chercheurs, il semblerait aujourd'hui que le concept de soi se différencie de l'estime de soi par l'affectivité. Le concept de soi correspondrait à ce que l'on pense être : Qui suis-je ? Quelles qualités je possède ? Quels défauts ? L'estime de soi, quant à elle, revêt une notion affective dans le rapport à soi. On peut l'envisager comme le degré de satisfaction de ce que l'on pense être : Suis-je digne d'être aimé ? Est-ce que je me porte de la valeur ?

L'estime de soi est un concept illustrant l'opinion subjective de nous-même, comment nous nous évaluons et jugeons. C'est l'idée que l'on a de soi-même, le sentiment de notre propre valeur. Le verbe estimer vient du latin « *aestimare* » qui veut dire « évaluer ». D'après le CNRTL (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales), ce verbe porte sur deux aspects : « avoir une opinion sur » et « déterminer la valeur de ». Cette idée est basée sur ce que l'on a : la confiance, le sentiment d'efficacité personnelle mais aussi sur ce que l'on est : le respect, les valeurs, la tolérance, etc. L'estime de soi est donc façonnée par une interaction réciproque entre les perceptions de notre personne et l'impact de notre environnement social.

En 1890, W. James, dans le champ de la psychologie, est le premier à avoir commenté et expliqué ce terme, dans le premier traité de psychologie moderne « Principles Of Psychology » : « L'estime de soi est de deux sortes : la satisfaction et le mécontentement de soi. ». Il explique l'estime de soi comme la discrédance entre les aspirations et les réussites effectives. Un patient ayant atteint un objectif préalablement fixé se sentirait comme compétent et aurait une haute estime de soi dans ce domaine. En revanche, si cet objectif n'est pas atteint,

en fonction de s'il en est loin ou proche, le patient se trouverait incompetent et aurait une faible estime de soi dans ce domaine (François, 2015).

Prenons l'exemple de Sophie 18 ans, qui commence le handball dans un nouveau club. Elle a toujours eu d'excellents résultats scolaires et le sport a toujours été un domaine dans lequel elle excellait. N'ayant pratiqué ce sport que dans le contexte scolaire, Sophie se trouve être la moins expérimentée de sa nouvelle équipe. Elle me rapporte vivre cette intégration comme une blessure narcissique, où, pour la première fois, elle n'est plus la meilleure. Pendant de nombreuses semaines, elle expérimente ce qu'elle n'a alors jamais connu auparavant : le regard de ses coéquipières pouvant être moqueur, la réticence de leur part de jouer avec elle et l'anxiété de performance qui la met en difficulté. Pour la première fois de sa vie, Sophia voit son estime de soi baisser dans le domaine sportif. En revanche, ses résultats scolaires continuent d'être bons et son estime de soi reste inchangée dans ce domaine. Il en résulte une estime de soi globale diminuée depuis cette expérience.

C. Cooley en 1902, mentionne la dépendance aux interactions sociales pour construire un « Soi miroir ». Autrement dit, l'estime de soi se façonne par le retour qu'exprimeront les personnes de notre entourage sur nous-même (Educa Santé, 2021). Il met ainsi en évidence l'importance du regard des autres (François, 2015).

Plus récemment (2008), R. Poletti et B. Dobbs mentionnent que l'estime de soi dépendrait de l'importance que l'on porte aux domaines suivants : apparence physique, réussites, compétences et vie affectives (François, 2015).

En 1943, le psychologue A. Maslow a hiérarchisé les besoins des personnes par une pyramide appelée « la pyramide de Maslow » qui, selon lui, est universelle et applicable à tout un chacun. Ces besoins fondamentaux pour notre plein épanouissement psychique sont classés en cinq types : les besoins physiologiques, les besoins de sécurité, les besoins d'appartenance et d'amour, les besoins d'estime puis, au sommet, les besoins d'accomplissement de soi et d'auto-réalisation. Il est aujourd'hui acté qu'un besoin situé plus haut dans la pyramide peut être comblé antérieurement à un besoin situé à un étage inférieur. Néanmoins, cette échelle démontre l'importance de l'estime de soi dans l'épanouissement humain, et de ce fait, cette notion est aujourd'hui l'objet de réflexions, de recherches et de publications notamment en psychologie.

D'après le travail de thèse de C. Perrot en 2015, en 1976, A. Beck propose une approche cognitive du concept d'estime de soi : les traits de caractères innés, associés à l'expérience de la vie de l'enfant, façonneraient l'estime de soi pour en faire une entité stable au cours du temps.

1.2. Les composantes de l'estime de soi

Nous pouvons mentionner deux fondements de l'estime de soi : l'acceptabilité sociale, qui permet le sentiment d'être aimé, et la capacité d'agir efficacement et librement qui permet le sentiment d'être compétent (André & Lelord, 2008).

Selon Christophe André, il existe trois composantes, qui, en équilibre, permettent une estime de soi harmonieuse : amour de soi, vision de soi et confiance en soi.

L'amour de soi serait la composante la plus importante qui protégerait du désespoir par le fait de nous aimer sans condition. Cet amour de soi provient du sentiment d'être digne de l'amour d'autrui et digne de respect, malgré nos échecs, nos défauts et nos limites. Ce sentiment est alimenté notamment par les nourritures affectives de nos proches, notamment celles de nos parents. J'évoquerai plus en détail cette importance dans la partie « Théorie de l'attachement » (p. ...). « S'aimer soi-même est bien le socle de l'estime de soi, son constituant le plus profond et le plus intime » (André & Lelord, 2008, p. 17). L'amour de soi implique de respecter ses aspirations, ses besoins. Cette composante facilite grandement une vision de soi positive.

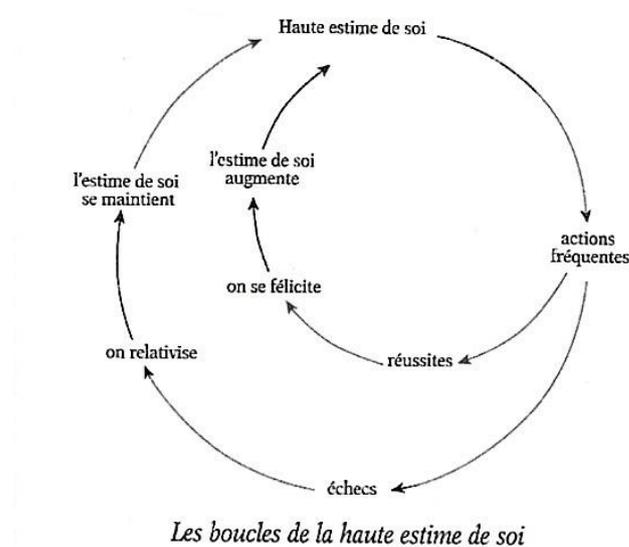
La vision de soi concernerait l'évaluation de nos qualités et défauts, de nos potentialités ou de nos limitations. Cette évaluation, qu'elle soit fondée ou non sur des éléments réels, devient alors une conviction. Cette conviction n'est pas nécessairement partagée par l'entourage car elle est issue de notre subjectivité, mais en avons-nous conscience ? Que nous apporterait le fait d'avoir conscience de la subjectivité de nos convictions ? Une vision de soi limitée peut impacter notre engagement dans certains actes de la vie, comme le fait d'entreprendre telles ou telles études en fonction de ce qu'on se croit capable de réussir ou non, ou encore le fait de poursuivre uniquement des projets déjà explorés par d'autres. La vision de soi positive consiste à croire en ses capacités et permet donc de se projeter dans l'avenir. Cela facilite grandement une confiance en soi positive.

La confiance en soi, comme troisième composante de l'estime de soi, se définit comme le fait de penser qu'on est capable d'agir de manière adéquate dans les situations importantes.

Cette confiance en soi puise ses ressources dans l'éducation reçue pendant l'enfance. Cela est abordé de manière plus détaillée dans la partie... page Avoir confiance en soi consiste à agir sans crainte excessive de l'échec et du jugement d'autrui car ce rapport à l'adversité est maîtrisé et non destructeur pour l'estime de soi de la personne.

1.3. La haute estime de soi

Avoir une bonne estime de soi implique de savoir que l'on a notre place dans ce monde et qu'on a le droit de profiter de ses richesses, c'est donc un indicateur d'acceptation, de tolérance, de satisfaction personnelle et de respect à l'égard de soi-même. Cela peut se rapporter par une « opinion largement positive de [nous]-même » (Fennell, 2021, p. 7 ; Pierron, 2019). D'après Rosenberg (1979), une bonne estime de soi impliquerait de plus grandes facilités à s'engager dans l'action, l'auto-évaluation est plus favorable et la stabilité émotionnelle plus importante. L'estime de soi s'auto-entretient, comme le montre le schéma ci-dessous (André & Lelord, 2008, p. 233).



L'estime de soi n'est ni binaire ni figée, elle varie en fonction du contexte de vie, de l'expérience et de l'environnement. Elle peut être stable ou instable et il me semble important que les professionnels de santé connaissent le degré de résistance de leurs patients aux événements de vie qui pourraient ébranler cette estime de soi, d'autant plus si ce sont des patients traumatisés.

Une estime de soi stable peut s'illustrer par des personnes qui ne dépensent pas beaucoup d'énergie dans la promotion de leur image. La critique des interlocuteurs peut être écoutée, voire prise en compte, sans provoquer de réactions défensives.

Une estime de soi haute et instable peut se remarquer lors d'une réaction excessive à un événement qui met à mal l'image construite par la personne, comme une critique par exemple. Elle peut alors devenir agressive, susceptible, rentrer dans un état de colère intense. Ces sujets ont tendance à valoriser leurs qualités et leurs réussites pour favoriser les perceptions positives à leur égard, mais elles sont très irritables face à la critique et l'échec qui est vécu comme destructeur de toute l'image qu'ils ont construite et qui leur a été énergivore (André & Lelord, 2008). L'écoute des critiques est davantage émotionnelle que rationnelle, le psychomotricien doit donc s'ajuster pour accompagner ces éventuelles émotions face à ce profil de patients.

La perte de vigilance est un inconvénient d'une haute estime de soi, que ce soit une vigilance portée sur les retours d'autrui où la personne est hermétique aux conseils qu'on peut lui donner, ou une vigilance sur l'environnement où la personne sera plus sujette à des chutes ou des accidents de locomotion.

1.4. La basse estime de soi

Pour reprendre le concept de W. James, l'estime de soi d'un individu serait faible lorsqu'il présente un écart important entre son soi idéal et son soi réel. Avoir une faible estime de soi implique un regard davantage critique sur soi : se sentir illégitime, inférieur à certaines personnes, avoir beaucoup de doutes sur soi. Ces pensées peuvent être cruelles.

L'estime de soi peut être basse et instable. Dans ce type de profil, des fluctuations peuvent avoir lieu, avec une estime de soi qui peut s'élever, mais la durée est souvent limitée, notamment par un événement qui vient la rabaisser à un seuil inférieur. Des efforts peuvent être entrepris pour augmenter cette estime de soi, contrairement aux homologues stables qui voient la leur comme une cause perdue. Ce profil « basse et stable estime de soi », implique une forme de résignation. La personne se sent inutile et n'entreprend pas d'efforts pour y remédier. La différence entre ces deux types de profil concerne l'implication dans la vie sociale : les premiers sont soucieux de ne pas être rejeté tandis que les seconds s'y résolvent à l'avance.

Avoir une faible estime de soi a des avantages sur lesquels nous pouvons nous appuyer en séance. Ce type de profil est attentif aux conseils qui leur sont prodigués, ce qui leur

permettrait d'améliorer leurs performances, comme le dit J. Brockner dans « *Low self-esteem and behavioral plasticity* » (André & Lelord, 2008). Mais alors, comment s'élabore cette estime de soi ?

2. Construction du processus subjectif d'évaluation personnel

2.1. Théorie de l'attachement

Nous appellerons « mère » la personne se chargeant du caregiving de l'enfant (soins continus et cohérents) par soucis de simplification. Cette personne pouvant être toute autre personne assurant majoritairement ces soins.

La théorie de l'attachement, développée par John Bowlby en 1969, met en évidence l'importance des relations précoces entre la mère et l'enfant qui permettent la différenciation entre ces deux êtres. Pour lui, l'intériorisation de ce lien sert de base aux relations sociales et intimes de l'individu. N. Guédeney (2011), cite dans son article les mots suivants de Winnicott (1975): « avant de se voir, l'enfant se voit dans les yeux de sa mère le regardant ». La mère serait-elle alors le miroir de l'enfant ? Cette métaphore illustre l'importance de l'investissement de l'enfant par la mère. Si le nourrisson est fantasmé, qu'il est l'objet d'amour et de soins adaptés, alors son sentiment d'exister en tant qu'individu légitime dans ce monde en est nourri. La mère, qui répond en adéquation aux besoins de son enfant, favorise ce sentiment primordial dans la construction de l'estime de soi : celui d'être digne d'amour et d'intérêt, et ce, malgré les manifestations de détresse et d'angoisse qu'il peut présenter. Ces manifestations sont présentes lorsque le système d'attachement du petit humain est activé pour communiquer son besoin de rapprochement avec sa figure maternelle. Lorsque ce dernier est activé, il active en conséquence le système de caregiving de la mère, qui permet une réponse au besoin de réconfort de son enfant. Ce système est une des dimensions des soins parentaux qui permet de répondre aux besoins d'attachement et d'exploration du bébé. Le sentiment d'efficacité personnelle, dont l'importance a été mentionnée plus haut, est aussi développé par le biais de ces réponses rapides et adaptées. L'environnement est alors vu comme digne de confiance qui peut apporter aides et solutions. N. Guédeney cite les études de Fonagy, Target et Slade en 2005, sur la fonction réflexive du parent. Lorsque ce dernier peut considérer son enfant comme

un être indépendant avec ses pensées et ses états émotionnels, le parent peut refléter, contenir, verbaliser et résoudre les émotions de ce dernier. C'est ce qu'appelle Fonagy le « mirroring ». C'est ainsi que l'enfant intègre ses émotions, apprend à les connaître (comme vecteur de communication auprès de lui, et des autres, sur son propre état intérieur) et apprend par la suite à y répondre lui-même. Plus récemment, Gunnar en 2003, évoque un « système d'interaction attachement-caregiving comme d'un dispositif interpersonnel de régulation du stress » (Guédénéy, 2011, p. 136). La régulation émotionnelle nécessite en premier lieu des ressources interindividuelles avant d'être l'objet des ressources des compétences propres de l'enfant. Ces interactions précoces permettent donc le développement d'une image de soi et le développement d'une représentation de l'autre via celle de sa figure d'attachement.

L'estime de soi est liée à cette théorie de l'attachement par ce qu'appellent les Grossman (dans Guédénéy, 2011) la sécurité de l'exploration. L'exploration de l'environnement par le petit être humain, surtout prédominante à la fin du premier trimestre, est importante au développement de ses ressources propres. Il s'agit pour l'enfant de maîtriser la curiosité, la frustration, les obstacles auxquels il fait face durant ses nombreuses explorations. Pour Les Grossman, une exploration sécurisée implique une concentration et un engagement dans l'action en dépit des obstacles présents. Un système d'attachement sécurisé permet à l'enfant d'explorer en toute sécurité et potentialise ainsi le développement de ses compétences propres. L'estime de soi se renforce lorsque l'enfant maîtrise et utilise la confiance en la disponibilité de son caregiver comme aidant et havre de sécurité. En période de besoin, l'enfant sait qu'il peut recevoir protection, encouragement, soutien et réconfort. Il peut alors retrouver un équilibre émotionnel et envisager un retour à son activité de base. Cette construction de l'estime de soi commence ainsi dès la première année.

2.2. La période de l'enfance

Durant l'enfance, la scolarisation constitue une part importante de la construction de l'estime de soi. L'enfant y expérimente de nouvelles interactions qui contribuent à son développement. À l'école, des blessures narcissiques profondes peuvent survenir à cause d'événements vécus comme des échecs. Culturellement, ce milieu est important dans notre quotidien. La place de la réussite scolaire est majeure. J. Suls et al. (2002), ont montré dans leur étude « Self-Esteem, Construal, and Comparisons With de Self, Friends, and Peers » l'importance pour une majorité de personnes de figurer « Better than average » soit, au-delà de

la moyenne. Or pour une réussite scolaire optimale, avoir une bonne estime de soi n'est-elle pas un prérequis important ?

Un enfant doté d'une bonne estime de soi peut se montrer davantage confiant, son anticipation de l'avenir est positive. Il peut rechercher du soutien social et confronter activement les problèmes. Les homologues, à contrario, peuvent présenter des fonctionnements dysfonctionnels qui peuvent les mettre en difficulté lors des apprentissages : fatalisme, anticipation négative, évitement, passivité et tristesse. Mais il n'y a pas que ces facteurs qui influencent l'estime de soi. Cette dernière dépend aussi de l'expérience de vie, l'environnement social et matériel.

Un travail de thèse (Perrot, 2015) cite S. Harter, montrant que « les jugements d'autrui positifs ou négatifs sur les actions et attributions de l'enfant lui permettent de construire son estime de soi ». Avant 3 ans, l'estime de soi de l'enfant dépend principalement des parents, puis, petit à petit, des personnes de son entourage proche. A partir de 8 ans, l'enfant a une connaissance globale de soi et peut estimer ses compétences dans certains domaines. S. Harter et C. André considèrent que l'estime de soi comprend un domaine global (jugement global de soi) et cinq dimensions spécifiques de compétences qui s'hiérarchisent différemment selon les individus : l'aspect physique, les relations sociales qui influencent la popularité, la conformité comportementale (« les adultes m'apprécient-ils ? »), les performances athlétiques et la réussite scolaire.

Les parents ont également leur rôle à jouer dans l'élaboration de l'estime de soi de leur enfant. C. André et C. Lelord évoquent « l'enfant chargé de mission » lorsque ce dernier porte sur ses épaules les rêves de ses parents. En effet, certains parents, de manière plus ou moins consciente, anticipent des projets pour leur enfant, souvent ceux qu'ils n'ont pas pu réaliser dans leur vie. Si l'enfant échoue à la tâche, son estime de soi peut devenir vulnérable. Un manque d'encouragement ou de valorisation, une surprotection ou des carences affectives importantes, sont autant de facteurs pouvant influencer sur l'estime de soi durant l'enfance. Lors de cette période, une basse estime de soi peut être un facteur de risque d'une future dépression à l'âge adulte (André & Lelord, 2008). Les preuves d'amour permettent à l'enfant de se sentir aimé et digne d'être aimé. Ces « nourritures affectives » peuvent être délivrées avec ou sans conditions. Lorsque l'amour est donné sans condition, l'enfant apprend qu'il peut être aimé, qu'importe ses agissements. Cela lui permet de comprendre qu'il a de la valeur et pose des bases solides à son estime de soi. En revanche, lorsque l'amour est conditionné, l'enfant intègre

qu'il peut être aimé en fonction de ses actes, ce qui est moins sécurisant pour lui (André & Lelord, 2008).

Une qualité d'éducation globale favoriserait une bonne estime de soi et une réussite scolaire. D'après C. André et C. Lelord, si l'enfant se sent intégré dans la famille à travers l'écoute et la prise en considération de son avis, s'il est encouragé et responsabilisé, il développera probablement une meilleure résistance aux échecs, une meilleure stabilité émotionnelle, qui sont davantage propices à la réussite scolaire sur le long terme. Les auteurs ajoutent que l'éducation agit sur la confiance en soi, notamment avec l'instruction du rapport à l'échec. L'enfant est-il félicité de la même manière pour avoir essayé que lorsqu'il réussit ? Apprend-il comment tirer les bénéfices d'un échec ?

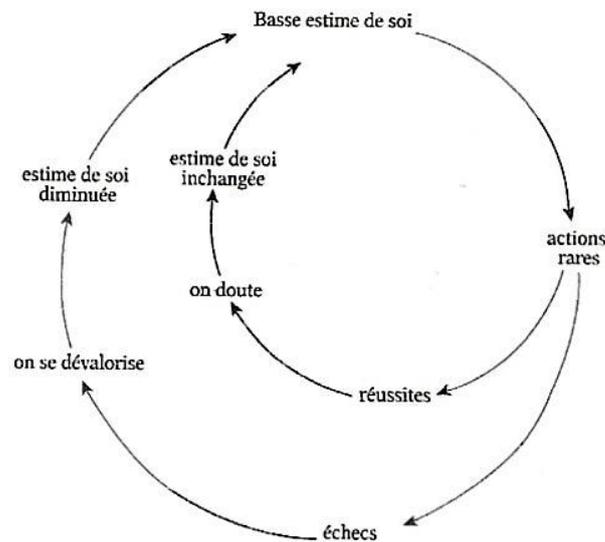
3. Répercussions de l'estime de soi à l'âge adulte

N. Guédeney écrit qu'un adulte sécure a une estime de soi ouverte à la validation externe mais elle ne repose pas entièrement dessus. Cet adulte a un sentiment de sécurité interne qui permet d'intérioriser sa propre valeur comme compétente et digne d'estime. Les faiblesses et défauts sont intégrés comme faisant partie d'un soi globalement positif et cohérent. Comme cité plus haut, une bonne estime de soi facilite l'engagement dans l'action et, associée à une autoévaluation plus fiable et plus précise, permet une stabilité émotionnelle plus grande. Une bonne estime de soi permet à l'adulte d'adopter des stratégies efficaces comme la recherche de soutien social, la remise en question, l'affrontement du problème etc. Pour des adultes en insécurité, ce qui pourrait être corrélé à un attachement dans l'enfance de type insécure, l'estime de soi est davantage précaire. Cela impliquerait un comportement de repli sur soi, de réticence à prendre la parole, une autocritique récurrente, des évitements du problème etc. (Guédeney, 2011).

Tout comme chez les enfants, on peut trouver chez l'adulte les domaines de la vie dans lesquels se reflète cette estime de soi : le statut social, la réussite professionnelle, les relations interpersonnelles, les loisirs et le soin de soi. Quel est l'impact d'une estime de soi déficitaire dans ces milieux ?

Il est facile d'entrer dans un cercle vicieux délétère pour une personne ayant une faible estime de soi. En effet, par volonté d'éviter ce qui révélerait ses compétences (pensées comme inférieures), la personne peut manquer d'implication dans la tâche à effectuer à cause d'une

anticipation de l'échec. Comme le montre le schéma ci-dessous (André & Lelord, 2008, p. 233) cela peut amener à l'échec qui amenuisera la confiance en soi et donc l'estime de soi. Cela met en évidence la dangerosité de l'anticipation. En psychomotricité, ne pouvons-nous pas travailler autour de cette anticipation anxieuse ? En cas de réussite, il faut apprendre à ces personnes à s'attribuer leurs mérites dus à leurs compétences et leurs forces.



Les boucles de la basse estime de soi

Concernant les relations interpersonnelles, une personne ayant une faible estime de soi serait davantage sujette à une gêne aiguë en présence de personnes non familières. La sensibilité peut être excessive à l'autocritique et à la désapprobation de l'entourage. Certaines personnes peuvent mettre constamment en avant les autres, à leur détriment (Fennell, 2021). Il peut également y avoir une volonté excessive de plaire, vouloir toujours monopoliser l'attention d'autrui et paraître confiant en toutes circonstances. Ces personnes ont tendance à croire que si elles ne se comportent pas ainsi, personne ne voudra approfondir avec elles. Les personnes se plaisent-elles elles-mêmes ? Comment le psychomotricien peut-il agir (sur l'amour que se porte le patient ?

Les loisirs peuvent être perçus comme une exposition de plus aux autres ou comme un moyen d'exposer ses qualités. On peut retrouver dans les loisirs ce cercle vicieux de l'évitement où les personnes à faible estime de soi ne veulent pas exposer leurs difficultés par peur d'être jugé. Elles peuvent aussi estimer ne pas mériter de prendre du plaisir lors d'une activité

(Fennell, 2021). Comment prendre soin de soi lorsque l'on a une bonne estime de soi ? Lorsque l'on a une mauvaise estime de soi ?

Les personnes souffrantes d'une faible estime de soi peuvent-elles prendre soin d'elles-mêmes ? Prendre soin de soi consiste, au-delà des aspects esthétiques, à s'écouter. Il faut savoir écouter ses émotions, son corps pour agir en conséquence et se donner une réponse adéquate à nos besoins. Les personnes à l'estime de soi défaillante savent-elles s'écouter ? Elles peuvent passer des heures à perfectionner chaque détail. Cela veut-il dire pour autant qu'une personne ayant une bonne estime de soi ne peut pas également passer des heures devant le miroir ?

Les comparaisons sociales ont une part importante dans l'estime de soi d'un individu. Une expérience de comparaison sociale le prouve : lors d'un entretien pour un job d'été, le candidat qui attend en salle d'attente est rejoint par une personne. Cette dernière présentera soit des caractéristiques socialement souhaitables, soit indésirables. Cette personne intégrée au « job-dating » aura un impact sur le questionnaire d'estime de soi du premier candidat (André, 2005). Si celui-ci a été rejoint par une personne à la présentation physique attirante, avec un costume et un livre de métaphysique sous le bras, cela provoquera un effondrement des résultats au questionnaire d'estime de soi réalisé en aval. Le candidat ayant été rejoint par une personne à la présentation physique négligée, une mauvaise odeur, tenant une revue peu crédible, ne présentera pas d'effondrement de résultats au questionnaire. Cela explique la tendance de certaines personnes à haute estime de soi, à préférer se comparer à ceux qu'ils considèrent comme « pire qu'eux » dans le but de protéger leur estime de soi. Les personnes à faible estime de soi emploient le mécanisme opposé en se comparant à ceux qu'ils considèrent comme « mieux qu'eux ». Quels sont les autres éléments pouvant chambouler l'estime de soi des adultes ?

II. Le psychotraumatisme de la violence conjugale

1. Définitions

Le mot traumatisme est issu du grec « *traumatismos* » (τ ρ α υ μ α τ ι σ μ ο ς) qui signifie « action de blesser ».

Il peut être abordé d'un point de vue médical, il décrit alors « la transmission d'un choc mécanique exercé par un agent physique extérieur sur une partie du corps et y provoquant une blessure et une contusion » (Josse et al., 2019, p 38).

Le traumatisme peut être abordé d'un point de vue psychologique, il décrit alors un choc émotionnel violent provoquant, chez le sujet, un ébranlement durable. Ce choc psychique est lié à une confrontation à la mort, ou à la menace de mort, à des blessures graves, à des violences sexuelles ou au risque de telles agressions.

Le traumatisme est consécutif à une confrontation, extrême et inattendue, au registre de la violence. Il entraîne des transformations plus ou moins profondes, et plus ou moins réversibles. En 1920, Freud (cité par Josse et al., 2019) définit le traumatisme comme « toutes excitations externes assez fortes pour faire effraction dans la vie psychique du sujet ». Un événement soudain au potentiel traumatisant, provoque des désordres psychopathologiques immédiats ou différés qui s'étendront plus ou moins dans le temps selon les individus. Cet événement externe vient bouleverser l'organisation défensive du moi. L. Bailly définit le psychotraumatisme comme un « phénomène de débordement du psychisme d'un individu qui se trouve dans l'incapacité de symboliser une expérience effrayante » (Bally 2007). Cet événement unique à l'origine d'un traumatisme fait partie, d'après la 1^{ère} typologie des traumatismes élaborée par L. Terr en 1991, des traumatismes de type I (Josse et al., 2019, p. 54). Cette catégorie regroupe les traumatismes aux limites temporelles bien définies.

En revanche, les traumatismes de type II regroupent les événements menaçants se reproduisant à tout instant de la vie, durant une longue période. E. Josse explique que les effets d'agents stressants, bien que mineurs, s'additionnent et deviennent par leur répétition et leur prévision une souffrance traumatique. Cette souffrance dépend du seuil de tolérance de chacun à l'accumulation d'événements difficiles. Si ce seuil est dépassé, le sujet peut devenir réactif, désorganisé par les filtres qui cessent de fonctionner, et peut alors aller jusqu'à la crise de

panique ou d'anxiété. Ces « micros impacts » (Nasio, 2020) créent un état de sensibilité accrue à la moindre sollicitation stressante.

La dernière version du DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), le DSM-5, publié en 2013, fait passer les ASD (Acute Stress Disorder, traduit par « Etat de stress aigu ») et PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder, traduit par « Etat de Stress Post Traumatique ») dans les troubles consécutifs aux traumatismes et au stress. Dans le DSM-4, ils étaient classés dans les troubles anxieux.

D'après E. Josse et al., les ASD permettent d'identifier les victimes souffrant de réactions de stress sévères dans la période de latence durant laquelle le diagnostic de PTSD ne peut être posé (Josse et al., 2019, chapitre 1). Contrairement au DSM-4, les victimes d'un événement délétère en état de stress aigu peuvent manifester d'autres symptômes que les symptômes dissociatifs.

Pour S. Ferenczi (dans Josse et al., 2019), lors de l'événement violent, le sujet va adopter des réponses adaptatives, pour éviter un envahissement du stress. Ces réponses, qu'il appelle « stratégies de survie », pourront générer des troubles secondaires, durables ou transitoires, dues aux perturbations du fonctionnement de l'organisme. Si ces symptômes persistent au-delà d'un mois, on ne parle plus de stress aigu mais d'état de stress post-traumatique. Le DSM-5 (2015) confirme ce temps de latence pour un diagnostic de PTSD et ajoute la nécessité d'une observation clinique précises des symptômes :

- ❖ Avoir été :
 - Exposé à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles.
 - Exposé (en étant témoin direct, ou en l'apprenant) à un ou plusieurs événements traumatiques, arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche.
- ❖ Présenter des reviviscences.
- ❖ Maintenir des efforts importants pour éviter les rappels externes, les souvenirs, les pensées ou les sentiments associés à l'événement traumatique.
- ❖ Présenter des altérations négatives des cognitions et de l'humeur.
- ❖ Présenter des altérations marquées de l'éveil ou de la réactivité associés à l'événement traumatique.

La nouvelle version ajoute le fait qu'une personne peut également être traumatisée liée à la proximité émotionnelle qu'elle a avec la victime directe. Il n'y a pas plus nécessité à ce que la victime ait vécu « une peur intense, ou un sentiment d'impuissance ou d'horreur face à l'événement » (Josse et al., 2019, p 184).

A l'IRM (Imagerie par Résonance Magnétique), la personne présentant un PTSD aurait une activité cérébrale importante dans l'hémisphère droit et dans l'amygdale. L'altération du fonctionnement amygdalien met le sujet en état d'alerte permanente (Van der Kolk, 2019). L'émergence d'un épisode dépressif dans les trois mois suivant l'exposition au traumatisme, représente un facteur de chronicisation du PTSD.

« Il n'est guère besoin d'être soldat, ni de visiter un camp de réfugiés au Congo ou en Syrie, pour être confronté au traumatisme » (Van der Kolk, 2019, p. 11). D'après la convention du conseil de l'Europe de 2011, les violences domestiques peuvent être de différentes formes : physiques, sexuelles, psychologiques et économiques. Elles concernent les violences au sein du foyer, ou entre des conjoints ou partenaires, qu'ils soient actuels ou anciens. Lors d'une réunion d'équipe concernant les admissions en unité de réhabilitation psycho-sociale, le médecin psychiatre indique la passation d'un bilan psychomoteur pour Madame C. afin d'envisager une prise en soin psychomotrice.

Ils évoquent un passé traumatique avec son ex-conjoint et de nombreuses problématiques corporelles. Les éléments d'anamnèse qui suivent sont recueillis lors de la première rencontre avec Madame.

Madame C. est née le 23/03/1987 et a donc 32 ans lors de notre rencontre. Elle a deux filles (14 ans et 5 ans), issues du même père, qui habitent chacune chez une sœur de Madame, avec qui elle entretiendrait de bonnes relations. Ses parents, avec qui elle serait en contact régulier, vivent aux alentours du bassin d'Arcachon. Madame est de petite taille et plutôt de forte corpulence (IMC 31,25). Elle déclare à ma maître de stage posséder un BEP sanitaire et social et un DEA (Diplôme d'Etat Ambulancier) qui lui a permis d'exercer le métier d'ambulancière pendant 6 ans. Madame partage la vie de son ex-conjoint de 2006 à 2019, avec qui elle se marie en 2016. Au sein du foyer, Madame rapporte des violences conjugales quotidiennes, qui ont entraîné de multiples fractures (poignets, jambes...) et, d'après elle, une malformation d'Arnold-Chiari (anomalie structurelle du cervelet) qui a nécessité une lourde chirurgie. En janvier 2019, Madame rapporte avoir un « déclic » et décide de se séparer. Jusqu'à la séparation définitive en mai 2019, Madame fait cinq tentatives de suicide (TS) par IMV (Intoxications Médicamenteuses Volontaires) entraînant systématiquement un passage aux

urgences somatiques. Le divorce officiel est prononcé en décembre 2020. En février 2021, Madame fait une autre TS qu'elle décrit comme un « gros événement » : son pronostic vital est engagé et cette tentative la mènera à sa première entrée en psychiatrie. En mai 2021, Madame C. subit une laparotomie (acte chirurgical visant à ouvrir l'abdomen) qui nécessitera ensuite une stomie. Un diagnostic psychiatrique est établi : Madame aurait un trouble bipolaire avec des traits de personnalité borderline.

Des études internationales ont démontré que les violences ont un impact considérable sur la santé physique : les victimes peuvent présenter des douleurs, une fatigue chronique, des maladies auto-immunes, des cancers ou encore des troubles cardiovasculaires, gynéco-obstétricaux, endocriniens, rhumatismaux, neurologiques et gastroentérologiques (Salmona, 2017). Les lésions peuvent être multiples, L. Daligand en cite de nombreuses : érosions, fractures, hématomes, brûlures, morsures, ecchymoses etc. Les réactions physiques telles que l'estomac noué, les postures défensives ou de rage, la sensation de cœur brisé, résultent de ce qu'appelle B. Van der Kolk, le cerveau émotionnel (constitué du cerveau reptilien et du système limbique). Ce dernier fonctionne conjointement avec le cerveau rationnel (ou exécutif), conçu pour trier une gamme complexe de choix et tenter de comprendre la provenance des émotions ou des ressentis.

Les violences conjugales amènent à des complications tant sur le plan physique que psychique car les deux ne peuvent être dissociés. Au-delà des violences physiques qui impliquent un impact corporel, les paroles de l'agresseur le peuvent également : « Les mots deviennent un instrument au service de la souffrance » (Baguet, 2019, p. 57).

Les traumatismes en lien avec l'histoire personnelle peuvent être réactivés par le vécu actuel de la victime (Hanson et al., 2008). Un bruit, des pleurs, une musique ou une posture, peuvent renforcer la peur, la honte ou la tristesse qu'a pu ressentir la personne lors de leur « confrontation sensorielle » au traumatisme (Le Maléfan & Coq, 2015). B. Van der Kolk nous parle d'un dysfonctionnement amygdalien qui ne fait plus la distinction entre le passé et le présent : les victimes peuvent être enfermées dans le passé dû au manque d'investissement du quotidien et où « les réactions physiques sont dictées par l'empreinte du passé ». On lit sous la plume de D. Pourette (2003), que les femmes victimes de violences conjugales en Polynésie française sont privées de liberté d'expression et de pensées : elles ne doivent pas aborder certains sujets, surtout en public, ni contredire leur mari au risque de provoquer la colère du

« *tane* » (qui se traduit par « homme »). La violence conjugale décrite dans cet article, consiste à un renoncement dans l'autonomie physique, psychique, psychologique et économique. Dans son article, des hommes rapportent qu'ils vivent la prise de parole de leur femme comme une humiliation et comme une atteinte à leur dignité. Ces femmes s'empêchent de prendre la parole par peur, de ce fait, de remettre en cause la domination de leur *tane* et de toucher à l'honneur de la masculinité.

En France, on recense tous les ans, en moyenne, 219 000 femmes, âgées entre 18 et 75 ans, victime ou ayant été victimes de violences physiques et/ou sexuelles. Il se trouve que 80% des victimes déclarent avoir été également soumises à des atteintes psychologiques ou à des agressions verbales. Dans les trois quarts des cas, ces violences sont répétées (Kédia, 2020).

L. Walker, citée par M. Kédia, décrit le « cycle de la violence ». Ce dernier se divise en 4 phases :

- ❖ La première phase consiste en l'apparition des tensions dans le couple, la communication devient compliquée car le conjoint se montre violent dans ses paroles et par son attitude. Son partenaire devient anxieux, méfiant et l'estime de soi diminue.
- ❖ La deuxième phase est appelée « la crise ». Contrarié, le conjoint passe à l'acte verbalement et/ou physiquement. Son partenaire se sent humilié et dévalorisé.
- ❖ La troisième phase est appelée « justification » : le conjoint violent se déresponsabilise et minimise la gravité de ses actes. Il culpabilise sa victime la plaçant comme fautive.
- ❖ « La lune de miel » est la dernière phase. Le conjoint reconnaît ses torts, s'adoucît pour restaurer un climat de confiance et d'équilibre dans le couple.

Plus ce cycle de violence se répète, plus la victime intériorise les reproches de son bourreau et ressent de l'impuissance et un sentiment d'incompétence.

2. Traumatisme, dépression et baisse de l'estime de soi

D'après J-D. Nasio (2020), les psychotraumatismes entraînent la rupture de certaines connexions neuronales qui perdurent à vie et engendrent des dysfonctionnements cérébraux. Le sujet peut alors tomber en dépression. Bien que ce lien de cause à effet ne soit pas généralisable, je vais aborder le lien entre dépression et estime de soi.

En 1996, D.A.F. Haaga et E.M. Tarlow, chercheurs américains, ont publié dans « Journal of Research in Personality » une étude sur la corrélation entre la dépression et une « vision négative généralisée du soi » (traduit de l'anglais). Il subsiste un désaccord entre les chercheurs concernant le lien entre dépression et estime de soi. La faible estime de soi est-elle une cause ou une conséquence de la dépression ?

Les personnes sujettes à la dépression seraient celles ayant une faible et stable estime de soi, dont leur retour réflexif sur soi est constamment négatif, et celles ayant une haute et instable estime de soi, pour qui l'attention portée sur leur image est coûteuse en énergie, ce qui les rend vulnérable à l'échec (André & Lelord, 2008). Ces modes de fonctionnement épuisent moralement ces personnes, les rendant plus exposés à des symptômes dépressifs. Cette humeur dépressive implique des croyances négatives : envers soi, l'environnement immédiat et les perspectives d'avenir. A. Beck (1970) parle d'une « triade cognitive négative ». Ces pensées automatiques négatives à propos du moi font pencher la perception, l'interprétation et la mémoire vers le lugubre et le pessimisme entraînant la détérioration de l'estime de soi (Fennell & Segal, 2019).

Dans son autobiographie « Face aux ténèbres », W. Styron, cité par C. André (2009, p. 187), décrit ce mécanisme commun à toutes les dépressions : « Entre autres manifestations de la maladie - tant physiques que psychologiques -, l'un des symptômes les plus universellement répandus est un sentiment de haine envers soi-même - ou, pour formuler la chose de façon plus nuancée, une défaillance de l'amour-propre - et à mesure qu'empirait le mal, je m'étais senti accablé par un sentiment croissant d'inutilité. »

dépression  **Estime de soi**

On peut voir la relation entre dépression et l'estime de soi comme un cercle vicieux ou comme une équation où la dépression serait inversement proportionnelle à l'estime de soi : plus l'épisode dépressif est important pour le sujet, moins bonne est l'estime de soi.

$$\textit{dépression} = \frac{1}{\textit{estime de soi}}$$

Les victimes d'agression ont donc souvent une estime de soi ébranlée. L'étude menée par R.J. Larsen et al. de l'Université du Michigan le montre : « Consistent with other reports, these students reported lower self-esteem than the nontraumatized students. ». Ce qui se traduit en français par : « Conformément à d'autres rapports, ces élèves ont déclaré une plus faible estime de soi que les élèves non traumatisés. » En effet, les personnes traumatisées développent une personnalité différente des personnes non traumatisées, avec des traits de caractères imputables à leur vécu. Leur vie quotidienne change suite à l'événement traumatique, ainsi que leurs variables affectives (Bunce et al., 1995).

Cependant, tout le monde n'est pas affecté de la même manière par la dépression et l'altération de l'estime de soi, après un traumatisme, que ce soit dans l'intensité ou la temporalité. Certaines personnes, par leur capacité de résilience, peuvent vivre une « croissance post-traumatique ». Ce concept psychologique stipule qu'un individu ayant subi un traumatisme sera capable de dépasser les conséquences qui en découlent et d'en tirer des bénéfices positifs. Magne et al. (2021), nous relatent qu'une fois sorties de la relation violente, les victimes de violences conjugales resserrent les liens avec leurs proches, ce qui constitue un des facteurs déterminants de l'émergence de cette croissance post-traumatique. La force personnelle, les changements spirituels et l'appréciation de la vie font partie de ses dimensions. L'étude indique que les victimes de violences conjugales expriment différemment cette croissance post-traumatique, tant dans les différentes sphères de la vie (social, professionnel, familial) que dans son délai d'apparition.

L'étude menée par J. McCauley et al. estime que de 2 à 4 millions de femmes Américaines sont victimes de violence physique chaque année et que la violence familiale se produit dans une famille américaine sur quatre. Les femmes considérées comme victime de

violence familiale au moment de la recherche sont celles ayant répondu par l'affirmative aux questions suivantes :

- ❖ « Au cours de la dernière année, avez-vous été frappée, giflée ou autrement blessée par quelqu'un ? »
- ❖ « Au cours de la dernière année, quelqu'un vous a-t-il forcée à avoir des activités sexuelles ? »

Les agresseurs étant soit le mari, l'ex-mari, le conjoint, le petit ami ou un parent. Ces personnes brisent le plus grand rempart contre le traumatisme : la protection offerte par les proches, censés aimer leurs victimes (Van der Kolk, 2019).

D'après l'étude, la violence familiale mène à un "syndrome de la violence conjugale", dans lequel l'agression physique est suivie d'une augmentation des symptômes médicaux généraux et des problèmes émotionnels. Le score d'estime de soi des femmes battues est toujours considérablement inférieur aux femmes non battues qui ont exactement les mêmes caractéristiques sociales : « En comparaison avec les patients qui ne subissaient pas de mauvais traitements [au moment de cette étude], les patients victimes de mauvais traitements présentaient plus de symptômes physiques, des niveaux plus élevés de dépression, d'anxiété et de somatisation, et des niveaux plus faibles d'estime de soi » (traduit de l'anglais). Une faible estime de soi pousse ces victimes d'agressions familiales à accepter des faits inacceptables tels que la violence et l'humiliation, qui altèrent eux-mêmes l'estime de soi. (Mccauley, 1995).

Estime de soi Violences conjugales

Il peut être difficile pour les personnes ayant subi des violences conjugales d'aborder leur histoire. Pour ces victimes, elles se confrontent à la honte, qu'elle soit fondée ou non. Elles se méprisent d'avoir été dépendantes, terrifiées, excitées ou pas assez déterminées. Ce n'est pas le cas de Madame C., qui, lors du premier entretien, nous raconte son histoire avec facilité et clairvoyance :

Installées toutes les trois autour du bureau, cette première séance consiste au recueil des éléments d'anamnèse, des objectifs de Madame C. et à la mise en place du cadre. Je suis observatrice, positionnée sur le côté avec une distance qui me semble correcte : assez éloignée

pour que Mme ne se sente pas envahie par ma présence tout en laissant place à la construction de leur alliance thérapeutique duelle, mais pas trop éloignée pour montrer que je suis tout de même intégrée dans la future prise en soin, en accord avec ma maître de stage.

Après avoir expliqué dans un premier temps en quoi consiste son activité au sein de cette unité, ma maître de stage présente des objectifs thérapeutiques d'une prise en charge pouvant être abordée en psychomotricité. L'alliance thérapeutique se fait rapidement car Madame perçoit l'entière disponibilité corporelle et affective de ma maître de stage.

Madame se montre volontaire à nous raconter son histoire de vie. Son discours est fluide, réfléchi et le débit verbal adapté. Madame semble prêter attention à son aspect physique : elle a du maquillage appliqué sur ses yeux, elle arbore des bijoux et ses mains semblent tout juste manucurées. Au début, sur la chaise, les bras sont croisés et les pieds parallèles bien ancrés au sol. Son axe corporel est légèrement vouté avec les épaules en avant. Au fur et à mesure du temps, Madame montre une ouverture corporelle qui commence par l'animation des mains, puis les coudes se posent sur le bureau pour favoriser l'expression de ces dernières. Le regard est maintenu en direction de celui de ma maître de stage. Je remarque qu'il arrive à Madame de poursuivre son discours tandis que son interlocutrice commence à parler, sans qu'elle ne s'arrête pour autant. Cela montre une certaine confiance en soi et une aisance dans l'échange. Mon rôle consiste notamment à observer des éléments cliniques qui iraient en faveur d'une basse estime de soi. Je n'observe rien lors de ce premier entretien qui me mène à cette piste, si ce n'est un discours dévalorisant à l'encontre de son corps qui a subi de nombreux traumatismes corporels. Les violences et opérations subies sont au premier plan dans cet échange.

L'investissement corporel de Madame est indéniablement imprégné de son vécu. Quelles sont les conséquences de ces violences sur l'équilibre psychocorporel du patient ? Les violences subies peuvent être vécues comme une effraction de l'enveloppe. D'après A. Lauras-Petit (2008), cité par A. Baguet (2019), ce n'est pas la douleur qui s'inscrit dans le corps, mais l'adaptation du psychique face à cette douleur. D. Sibertin-blanc C. Vidailhet (2003, p. 3) évoquent l'impression de l'individu « d'être assujetti à la présence d'un autre en lui ». Ces formes de violences entraînent une insécurité, de l'effroi et de l'anxiété chez la victime.

3. Conséquences psychomotrices pour l'adulte

Au-delà de l'intégrité physique menacée lors de l'événement traumatique, l'intégrité psychique et affective l'est également par le sentiment exacerbé de peur et l'investissement affectif inconstant envers l'agresseur. Cet aspect multidimensionnel prenant en compte la globalité de la personne est la caractéristique de la prise en charge du psychomotricien (Augé & Moreno Charlannes, 2019).

L'événement traumatique, par sa violence et l'effroi qu'il suscite peut provoquer l'écroulement des enveloppes psychiques de l'individu et l'impacter « jusqu'au plus profond de l'intérieur du corps » (Le Maléfan & Coq, 2015) et de son psychisme. Ces états mentaux et psychiques peuvent perdurer sur une longue durée, voir même toute la vie et constituent ainsi une nouvelle réalité pour la victime. L'événement traumatique, vécu comme une effraction, est une déchirure dans le symbolique de la victime qui impose des éléments qui lui sont insensés. La sensorialité, la corporéité, la subjectivité, les mécanismes de pensée, c'est-à-dire la réalité entière de la personne, est soumise à cette violence traumatisante. Comme moyen de protection, la subjectivité de la personne peut se figer ou se désorganiser. Par désorganisation, P. Le Maléfan et J.M. Coq entendent notamment les manifestations d'allures psychotiques, tel que la dissociation, ou les manifestations d'allure autistique. En ce sens, ces auteurs préfèrent employer le terme de « distanciation » pour décrire l'évasion de la pensée. Ce procédé qui consiste à « sortir hors du corps » bouleverse les représentations corporelles ainsi que les repères spatiaux et temporels pouvant occasionner une désorganisation de ces repères ou des troubles d'appréhension de l'espace (Békier et al., 2016). Cette souffrance morale et physique entraîne donc une désorganisation psychocorporelle.

Lors de l'événement traumatique, un important recrutement tonique se produit pour faire face à la douleur et à la démolition corporelle et psychique potentielle. P. Le Maléfan et J.M. Coq évoquent les répercussions corporelles avec les mots suivants : « corps pétrifié », « paralysie corporelle », « corps médusé » et « violentes douleurs musculaires ». Ces modifications toniques peuvent perdurer et engendrer une carapace tonique réduisant la mobilité de l'individu.

Voici l'exploration tonique effectuée auprès de Madame C. :

L'évaluation de l'extensibilité des poignets montre des angles compris entre 70 et 110°, avec une résistance plus importante à gauche.

L'angle d'extensibilité de l'épaule ne dépasse pas la ligne médiane. L'épaule présente une résistance supérieure à l'épaule droite.

L'extensibilité des angles poplités est inférieure à 90°, avec d'importantes résistances, notamment du côté droit. Lors de la mobilisation passive, Madame montre des blocages cédant avec le mouvement.

Les genoux et les hanches présentent une grande amplitude articulaire malgré des blocages importants au niveau des chevilles.

L'évaluation du tonus chez Madame C. met en évidence une difficulté de relâchement tonique et une rigidité globale. Il en ressort une hypertonicité au niveau des ceintures scapulaires et pelviennes.

Madame rapporte que la mobilisation de son corps peut se faire seulement dans ce cadre de confiance qu'elle entretient avec ma maître de stage. D'après B. Lesage (dans A. Baguet, 2019), une « rigidification tonique est un moyen de neutraliser la relation pour que celle-ci n'affecte pas le sujet ». Je suppose que si j'avais moi-même réalisé cette évaluation tonique, sans alliance thérapeutique établie, Madame aurait présenté davantage de raideurs. Cette manifestation corporelle est un moyen de lutter contre un vécu d'intrusion.

F. Boscaini (Augé & Moreno Charlannes, 2019) explique que des tensions prolongées développent une hypertonie durable, devenant chronique, comme armure et symptôme. Par conséquent, le tableau clinique peut présenter des douleurs musculo-squelettiques, des troubles psychosomatiques, des troubles de la régulation tonique ou encore des troubles de la représentation corporelle incluant l'image du corps et le schéma corporel (Békier et al., 2016). Ajoutons que dans le cadre de violences conjugales, les victimes sont davantage sujettes à un sentiment d'insécurité corporelle et d'un désinvestissement de certaines zones du corps.

La peur d'être envahi de sensations désagréables maintient le corps bloqué et l'esprit fermé. Comme s'il était emprisonné dans le passé, sans pouvoir accueillir ce qui s'offre à lui dans le présent. J'ai pu le voir au travers du discours et de l'expression corporelle de Madame C., qui semble investir son corps davantage comme un moyen de locomotion, dénué d'affects et de sentiments pouvant procurer du plaisir :

Lorsque ma maître de stage demande à Madame C. les moments durant lesquels elle ressent « des choses agréables dans le corps », Madame n'a pas donné de réponse. « Je n'écoute pas trop mon corps. Il est souvent en retard sur ma tête. » Je perçois à travers son discours et la manière dont elle évoque son vécu corporel, que ce dernier gagnerait à s'enrichir de perceptions agréables. Lors du récit du procès qui a eu lieu quelques jours auparavant, Madame rapporte se sentir plus légère. Ma maître de stage verbalise les ressentis qu'elle nous évoque, puis, Madame C. les confirme : elle se sent soulagée et fière. « Je n'ai pas l'habitude de ressentir ça, je ne sais pas gérer ».

Dans son livre, M. Salmona évoque la « dissociation traumatique chronique » comme un procédé qui déconnecte la victime de ses émotions et de ses ressentis avec un sentiment d'irréalité (Salmona, 2017, chapitre 1). De ce que je peux percevoir de Madame, je me permets de supposer qu'elle n'est plus dans un émoussement affectif mais que les conséquences sont encore visibles aujourd'hui. Les troubles de l'émotion sont une indication importante en psychomotricité pour les patients présentant des troubles de la conscience ou de la régulation émotionnelle. « Le traumatisme n'est pas juste un événement qui s'est produit dans le passé : c'est aussi l'empreinte que l'expérience laisse sur l'esprit, le cerveau et le corps, une trace qui a des conséquences persistantes sur la manière dont notre organisme parvient à survivre dans le présent » (Van der Kolk, 2019). Après un événement traumatisant, l'énergie est concentrée sur la répression du chaos intérieur, au lieu d'être investie dans la vie. De plus, les victimes peuvent présenter des troubles de l'humeur, des troubles relationnels, des conduites addictives ou encore des troubles alimentaires comme échappatoire à certaines situations.

S. Békier (2016) et les autres membres du groupe de travail (chercheurs, enseignants, formateurs et praticiens psychomotriciens) décrivent la psychomotricité comme « un espace de (re)construction, d'identification et de représentation qui vise l'abaissement des tensions musculaires, la réappropriation d'un corps, même mutilé, pouvant être une source de satisfaction et de plaisir. La psychomotricité s'attache à rétablir la continuité corporopsychique. » (p. 4). Dans le but d'une approche globale de la personne, il est fondamental que le psychomotricien apporte une globalisation des sensations corporelles pour favoriser un équilibre psychocorporel, et qu'il essaye de déceler les mécanismes de pensées pour accompagner au mieux le patient durant les séances. Le traumatisme modifie la réalité du patient et a fortiori, son estime de soi, impliquant un changement dans son rapport à soi et dans sa vision de soi.

III. Une estime de soi impactée par le traumatisme

1. Le schéma de pensée

Nos expériences nous ont permis de nous créer un jugement, des conclusions générales, sur nous-même. Ces conclusions sont appelées par M. Fennell le « schéma » : « c'est le point de vue sur soi qui se trouve au cœur de la faible estime de soi » (p. 36). Commencer une phrase par « je suis... » reflète l'imprégnation de notre schéma de pensées.

Je me suis entretenue avec trois personnes de la même famille : Nicole 50 ans, la conjointe de Patrick 51 ans et sa fille Camille de 16 ans. Tous les trois ont vécu des événements traumatisants autour du trouble de l'usage de Patrick, lui-même ayant subi un grave traumatisme infantile. Nicole a été marquée par son éducation, et par son rapport affectif avec son père. Tous les trois sont pris en charge par un psychologue.

« Si vous pouviez capturer l'essence de ce que vous êtes en une phrase, commençant par « je suis... », que diriez-vous ? »

A cette question, Nicole me répond : « atypique, complexe, hors-normes ».

Patrick répond : « tourmenté ».

Pour finir, Camille me répond : « trop gentille, trop énervante, je cherche trop les problèmes, la petite bête ».

Pourquoi pensent-ils directement à employer des adjectifs péjoratifs ? Cette question ouverte peut amener l'interlocuteur à aborder tous les rôles qu'il peut avoir dans sa vie tels que « je suis une technicienne », « je suis un père » ou encore « je suis une adolescente ». Ces personnes interrogées se sont orientées automatiquement vers des réponses décrivant leur caractère. Pourtant, par la mention de « l'essence de ce que vous êtes », j'aurais tendance à penser qu'ils me donneraient davantage d'adjectifs et de noms communs pour me décrire leurs différents rôles. Je fais l'hypothèse que la cause de ces réponses est l'association entre ce moment d'entretien et les séances avec leur psychologue.

Il me semble important de faire prendre conscience aux patients que ce qu'ils pensent d'eux-mêmes est fondé sur leurs expériences et non sur la vérité de l'instant présent. Que nous changeons et évoluons en fonction de chaque instant et chaque situation, qu'il s'agit d'une opinion et non d'un fait. Pouvons-nous réellement cristalliser une idée sur nous-même ? Cela signifie qu'elle ne varierait jamais en fonction des situations ? Finalement, est-ce se faire du mal de parler de soi de manière générale et dévalorisante, en omettant ces changements de contexte ? Leur changer de point de vue sur ce qu'ils pensent, leur montrer qu'ils peuvent avoir de bonnes qualités suppléantes, remplaçantes et complémentaires à certaines de leurs difficultés peut s'envisager à travers l'utilisation d'une médiation.

La subjectivité des personnes victimes de violences conjugales est atrophiée pour ne laisser place qu'à des stratégies de survie car « La victime [est] dévalorisée, humiliée, ridiculisée, parfois infantilisée et [elle] perd peu à peu [son] estime de soi » (Daligand, 2019). La perte identitaire qu'on peut observer chez les personnes victimes de violences conjugales les amène à se créer un schéma de pensée reflétant ce que leur renvoie l'agresseur par la répétition de ses actes. Leur estime de soi s'étiole, leur schéma de pensée se consolide dans une dynamique négative et dévalorisante. La honte que ressentent ces victimes d'avoir été complaisantes à l'égard de leur agresseur, ainsi que leur culpabilité, influence la perception qu'elles ont d'elles-mêmes.

Si ce schéma est intégré comme vrai, alors des stratégies se mettent en place pour s'adapter à l'environnement. Pour nous sentir à l'aise avec nous-même, il se pourrait que nous suivions des lignes directrices basés sur ce schéma.

Imaginons Léo, un jeune homme qui se dit être quelqu'un « d' impatient ». Par conséquent, il ne va jamais à la machine à café de son service, estimant qu'elle est longue et qu'il y survient toujours un problème. Dans quelle mesure cette ligne directrice est-elle source de désagrément pour Léo ? Quel est le confort qu'il ressent dans cette situation ? Quel est l'inconfort qu'il ressent dans cette situation ? S'il décidait d'aller à la machine à café, en retirerait-il plus de bénéfices par rapport à cette situation qui le met à mal émotionnellement ? Il est probable que cette situation ne soit pas vécue comme gênante pour Léo, puisqu'il peut amener son propre café.

Imaginons à présent Anaïs, qui se dit être « égoïste ». Son agresseur le lui répétait durant leur 6 ans de vie commune. Aujourd'hui hospitalisée, elle croise sa voisine de chambre en détresse versant des larmes. Anaïs décide de ne pas aller la voir, se sentant trop égoïste pour

accueillir son émotion. Cette ligne directrice est plus inconfortable pour Anaïs que l'exemple précédent, car elle influe sur sa vie sociale, qu'elle aimerait développer.

Notre fonctionnement dans le monde se fait en tenant compte de la vérité supposée du schéma. Ce dernier maintient, voire renforce, la faible estime de soi. Ici, Anaïs finit par se sentir lâche et triste de ne pas avoir pu aider sa voisine car elle estime ne pas avoir les ressources suffisantes.

La mise en mots ayant lieu à la fin des séances de psychomotricité permet à l'adulte de prendre du recul, d'identifier la source de ce pourquoi il a agi de telle manière et non de conclure en se jugeant. Elle pourrait permettre aux patients d'aborder avec légèreté les difficultés qu'ils ont présentés en séance, sans pour autant y consacrer trop d'attention. Elle pourrait les amener à observer ce qui va à l'encontre de ce schéma, ce qui pourrait induire une vision plus large, positive, équilibrée et précise du genre de personnes qu'ils sont. Certains ne sont pas enclins à s'observer avec bienveillance car ils se dévalorisent quotidiennement et croient toujours un peu plus à ce qu'ils disent. Quelles peuvent en être les conséquences ?

1.1. Auto-critique

Confirmer ce que d'autres pensent de nous, ou ce que nous même pensons de nous, peut être sécurisant et être vécu comme une forme de réussite. Le schéma est renforcé par les biais systématiques de pensées et le crédit accordé aux événements.

Ainsi, la pensée auto-critique peut survenir lorsque l'expérience confirme le schéma de pensée (Fennell, 2021).

Prenons l'exemple de Lola, qui s'auto-critique régulièrement en se disant être « une bonne à rien ». Ce jour-ci, elle éteint le mauvais feu de la gazinière, lui faisant perdre du temps. Quand elle s'en rend compte, elle ne manque pas, une fois de plus, de s'auto-prophérer des insultes. Si Lola ne pensait pas déjà, par son expérience, être « une bonne à rien » (schéma de pensée), elle aurait pu se dire que cet incident est le fruit de son inattention. Elle n'aurait probablement pas été aussi agressive envers elle-même et aurait fait davantage preuve de

compassion à son égard. Quelques minutes plus tard, Lola se sent honteuse d'avoir réagi d'une telle façon.

Le sentiment de honte éprouvé par Lola s'explique par l'impact de l'auto-critique sur les émotions. Prendre conscience de ses auto-critiques est la première étape vers une évolution de son rapport à soi.

Prenons l'exemple de Patrick, à qui je demande ce qu'il dit de lui lorsqu'il se critique :

« Je m'en veux à moi-même parce que je suis indécis par manque de confiance, et ça m'énerve. 51 ans, avec l'expérience que j'ai, je ne devrais même pas tergiverser comme ça. J'ai l'impression d'être con et de prendre toujours les mauvaises décisions, de me tromper. Ce qui ne va pas arranger ma confiance en moi. Je suis un homme tirillé. » *Je lui demande de me préciser cette dernière phrase et il poursuit :* « Entre le choix de ce qu'il faut faire et ne pas faire à chaque fois, comme si j'avais 20 ans. J'en connais pleins des mecs qui ne se posent pas de questions. Moi je m'en pose trop. Je pense trop aux autres. On peut s'améliorer mais on ne peut pas se refaire ».

Au fur et à mesure de son discours, j'observe une tension corporelle croissante, notamment au niveau mandibulaire. Patrick se questionne au fur et à mesure qu'il me transmet ces mots, et me semble de plus en plus déçu de découvrir ce qu'il en ressort. Le témoignage de Patrick montre un schéma de pensée bien intégré. Ce sentiment de manque d'efficacité dans ses décisions est un des deux éléments fondamentaux de l'estime de soi : le sentiment d'efficacité personnelle (à l'échelle d'Estime de Soi de Rosenberg, Patrick obtient le score de 29 ce qui témoigne d'une faible estime de soi). D'après son entourage, Patrick confirme ce schéma de pensée dès qu'il se retrouve face à une indécision. Il y accorde davantage de crédit que lors des situations dans lesquelles sa prise de décision est efficace, et dont l'issue positive.

La pensée auto-critique peut également survenir lorsque l'expérience infirme le schéma de pensée, mais dans ce cas, la personne saura que la tâche mal effectuée n'est que le fruit d'un état provisoire. La pensée peut donc être biaisée en faveur de l'auto-critique et en défaveur de l'encouragement, de la reconnaissance ou de l'acceptation du compliment. Une expérience neutre peut être adaptée pour se mettre en faveur de l'opinion dominante de nous-même.

L'auto-critique affecte l'humeur. Si la personne y croit profondément et en souffre, elle peut présenter un état dépressif qui « assure l'activation continue du schéma » (Fennell, 2021 p. 60). Les pensées sont alors biaisées en faveur d'un auto-jugement péjoratif. Ce faisant, les personnes à faible estime de soi envisagent le pire et agissent en conséquence.

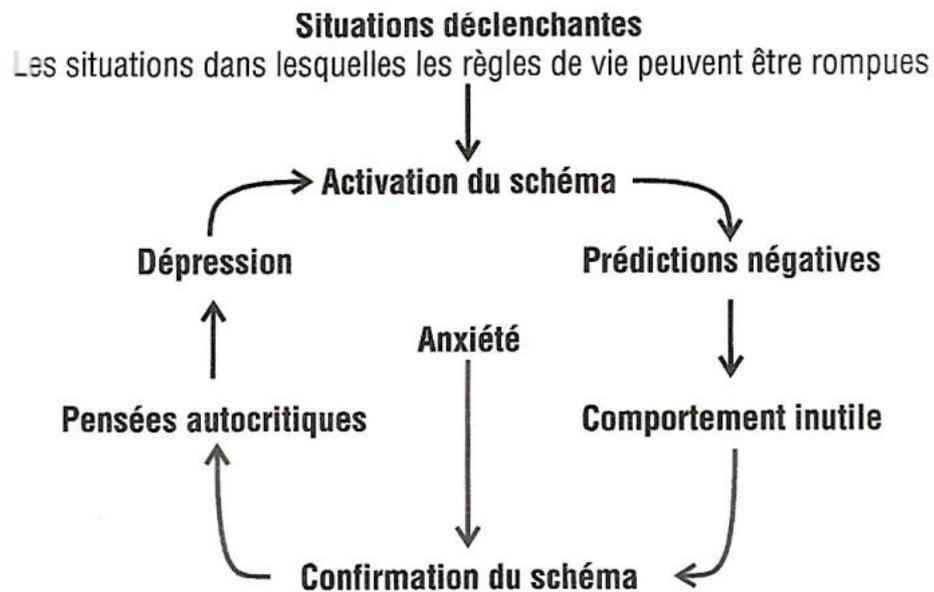


Figure 5.1. Le cercle vicieux : Le rôle de l'autocritique dans le maintien d'une faible estime de soi

Les prévisions négatives confirment le schéma de pensée (Fennell, 2021, p. 95) qui amène la personne à s'auto-critiquer et provoque ainsi des sentiments douloureux tels que la tristesse, la déception, la colère, la honte ou la culpabilité.

De plus, d'après L. Daligand (2019), la dépression est courante lorsque la victime est sous emprise de l'agresseur. La situation de violence favorise la production d'hormones spécifiques, entraînant une dépression du système immunitaire et une modification des neurotransmetteurs cérébraux. La dépression, qui survient chez plus de 50% des femmes victimes de violences conjugales, entraîne un repli et potentiellement des troubles du sommeil et des conduites alimentaires, des pensées suicidaires ou des tentatives de suicide. La dépression est corrélée à une basse estime de soi qui augmente la sensibilité aux défauts et aux petits échecs du quotidien.

Se condamner en tant que personne sur la base d'une erreur ou d'un regret est dû à la seule prise en compte des aspects négatifs. Il est bénéfique d'avoir conscience de ses faiblesses et de ses défauts mais il est tout aussi important d'avoir conscience de ses atouts et de ses forces. C'est dans un cadre d'accompagnement sécurisant, avec une alliance thérapeutique solide, que le patient peut s'ouvrir à un travail de prise de conscience, qui amène à un renforcement de l'estime de soi. Ce travail de conscience nécessite une écoute émotionnelle qui peut se renforcer en séance de psychomotricité, notamment à travers la relaxation ou le toucher thérapeutique que j'évoquerai dans les prochaines parties. M. Fennell propose une feuille d'enregistrement s'intitulant « *le repérage des pensées autocritiques* ». Les écrire faciliterait la prise de recul et la réflexion. Il s'agit d'indiquer l'heure et la date de cette pensée autocritique, le contexte, les émotions et les sensations physiques perçus à cet instant, la pensée autocritique et le comportement auto-destructeur associé (Cf. *annexe n°1*). Cet outil permet la remise en cause de ces critiques sans les accepter comme un reflet de la réalité. Une fois ce travail fait, M. Fennel propose une seconde fiche d'enregistrement qu'elle intitule « *lutter contre les pensées auto-critiques* » pour commencer à trouver des perspectives alternatives qui apporteront une vision plus équilibrée. Il s'agit d'ajouter à la fiche précédente une colonne « perspectives alternatives » et « résultats ». Réciproquement, la première colonne permet de regarder les pensées sous un angle nouveau et la seconde de recenser l'état émotionnel et les sensations changeantes survenus depuis l'évocation de ces nouvelles perspectives (Cf. *annexe n°2*).

Si l'auto-critique est occasionnelle et d'intensité acceptable, alors elle n'est pas nécessairement délétère. Elle peut permettre la remise en question et l'ouverture à de nouveaux éclairages pour avancer. En revanche, elle perd son caractère adaptatif si elle est trop prégnante et récurrente. A-t-elle pour fonction de protéger l'estime de soi comme le fait l'auto-handicap ?

1.2. Auto-handicap

Les conduites d'auto-handicap consistent à mettre en place des stratégies pour échouer sa tâche. Ce sont E.E. Jones et S. Berglas en 1978 (cités dans Salomon et al., 2005) qui introduisent pour la première fois ce terme. Prenons l'exemple de Maxime :

Maxime n'est pas prêt pour son examen. Il sait qu'il n'aura pas une note correcte car le travail fourni n'a pas été suffisant. Il veille toute la nuit précédant l'examen, devant sa série préférée. Au moment de son épreuve, la fatigue de Maxime le rend moins réactif et indisponible à ce qui se passe. Il ne manque pas de faire part à son jury de la mauvaise nuit qu'il a passé, ainsi qu'à ses amis.

D'après C. André, ces stratégies peuvent être plus ou moins inconscientes et permettent de protéger l'estime de soi par l'anticipation de l'échec. Dans le cas de Maxime, la remise en question est moins difficile à assumer, car le facteur de l'échec serait davantage exogène qu'endogène. Il lui est plus acceptable que ses amis pensent « s'il avait passé une bonne nuit de sommeil, il aurait eu un meilleur résultat » que « il n'a pas eu assez de connaissances pour obtenir un bon résultat ». Ce mécanisme peut être fréquent chez les personnes ayant une faible estime de soi en imputant l'échec à un manque de préparation, ou dans le cas de Maxime, à un manque de sommeil, plutôt qu'à sa compétence personnelle. Maxime a manqué de confiance en lui pour réussir son épreuve : il a eu le sentiment subjectif de ne pas être capable de réussir ce qu'il entreprend avec le bagage dont il dispose. Or, la confiance en soi, composante de l'estime de soi, est une qualité requise pour s'engager efficacement dans l'action. Les personnes traumatisées ayant une estime de soi ébranlée, peuvent faire preuve d'auto-handicap plus fréquemment. Nicole, trop exigeante envers elle-même et envers les autres (d'après sa psychologue, ce qu'elle confirme) m'explique une situation d'auto-handicap similaire à celle de Maxime : « Finalement, ma présentation du sujet à la réunion de la veille s'est bien passée, mais au moins, si je n'avais pas réussi, Jeremy aurait su que c'était probablement parce que j'avais mal dormi la nuit à cause de mon mal de ventre ».

La théorie de l'auto-handicap explique que les personnes ayant une faible estime de soi se retrouvent davantage dans l'échec que dans la réussite (André, 2005). Certains psychanalystes appellent ce phénomène la « névrose d'échec ».

R. Laforgue (1950), évoque des exemples concrets d'individus artisans de leur propre malheur. Il constate que ce syndrome d'échec ne survient que lorsqu'un événement extérieur modifie la situation de l'individu (avancement dans la carrière, succession, gros gain gagné...). Il explique que le syndrome peut se manifester par des troubles psychiques, des difficultés sociales, des accidents ou des maladies organiques. Voici un de ses exemples (p. 8) :

Voici le cas d'un employé de trente-cinq ans, connu pour sa régularité au travail et la scrupulosité avec laquelle il assume ses fonctions dans une grande maison de commerce. Ponctuel, il satisfait à toutes les exigences de son service. Il est marié [à une femme avec laquelle il a un enfant de deux ans]. Mais le directeur du service ... vient à mourir et il est appelé à lui succéder. A partir de ce moment, s'observe une modification dans son comportement. ... Il arrive maintenant en retard, [et] commence à se disputer avec ses subordonnés. Il en est de même avec sa femme ; Enfin, il se croit malade, craint d'avoir le cancer et finit par consulter les médecins. On lui trouve une légère tension artérielle, de la tachycardie. ... Persuadé d'avoir une maladie au cœur, il abandonne son travail pour se soigner. [Suite à] un traitement psychanalytique, [on lui découvre] un syndrome de l'échec se manifestant depuis la mort du directeur auquel l'employé a succédé. Il n'a pas supporté sa réussite matérielle et c'est elle qui semble avoir déclenché chez lui tous les symptômes dont il se plaint.

Pour R. Laforgue, cet échec serait rattaché à ce qu'il appelle le « super-égo » concrétisé par l'influence de toutes les directives qui s'exercent dans le lieu familial de l'enfant. Des perturbations affectives restées latentes pourraient en être également la cause.

D'après Salomon et al., les personnes à haute estime de soi peuvent utiliser ces stratégies d'auto-handicap pour se valoriser et ressentir un sentiment de fierté. Un individu à basse estime de soi s'auto-handicap « pour se procurer une excuse protectrice en vue d'un éventuel échec » (Salomon et al., 2005, p. 49). Leurs homologues à haute estime de soi, eux, le font pour réhausser leur estime de soi en montrant leur haut niveau de compétence.

Tice (dans Salomon et al., 2005) explique cette tendance chez les sujets à faible estime de soi par leur expérience de l'échec : ils ont conscience des conséquences potentielles tels que l'humiliation, le rejet, la tristesse, la culpabilité ou la honte. Des objectifs nécessitant de se confronter à des échecs pour devenir riches, célèbres ou diplômés, peuvent leur sembler hors de leur portée et trop coûteux émotionnellement en cas d'échec. Leur principale préoccupation est la « protection de soi » car incertains sur leurs attributs positifs ou négatifs.

Les stratégies d'auto-handicap sont un moyen de faire face à un événement mettant la personne en situation d'évaluation. Ces stratégies dépendent de l'estime de soi de l'individu. D'autres stratégies qui dépendent de l'estime de soi sont celles applicables en situations de stress : les stratégies de coping.

1.3. Stratégie de coping

Tout événement peut être vécu comme stressant, en fonction du vécu de la personne, et être partie prenante de sa vie. Il est évalué ainsi car il peut déborder ses ressources somato-psychiques.

Ce sont Lazarus et Folkman qui ont développé la notion de « coping » en 1978 comme étant « **l'ensemble des processus cognitifs et comportementaux qu'un sujet interpose entre lui et un événement perçu comme menaçant, dans le but de maîtriser, réduire ou tolérer l'impact de celui-ci sur son bien-être physique et psychologique** » (Pierron, 2019, p. 3). Ce sont des comportements destinés à se défendre face à la situation stressante. Ajustement, maîtrise, réflexion et évaluation sont nécessaires pour juger au mieux ce qu'il faut entreprendre.

Lazarus et Folkman démontrent que le sujet mobilise ses propres ressources personnelles pour faire face à un événement. L'estime de soi oriente le sujet dans ses émotions, ses réactions et par conséquent, dans ce qu'il entreprend. Elle influence l'analyse cognitive et la perception de la menace ainsi que sa manière de l'affronter. Une bonne estime de soi permet au sujet d'agir efficacement car il se sent apte à faire face à cette difficulté. Une faible estime de soi engendre davantage de questionnements et d'insécurité dans l'affrontement de cette dernière. Les analyses d'un article ont révélées que les sujets ayant une bonne estime de soi sont davantage affirmés, joués, francs, indépendants, ambitieux et dominants que les sujets ayant une faible l'estime de soi (Campbell, 1990). Ils seront donc plus confiants dans l'affrontement d'une situation, que les personnes ayant une faible estime de soi.

Les stratégies de coping peuvent être centrées sur le problème, ou centrées sur l'émotion.

Une stratégie de coping centrée sur l'émotion (appelée également *coping évitant*) vise à réduire la tension émotionnelle induite par la situation. Cette tension peut amener à une fuite émotionnelle (par exemple l'émoussement affectif), cognitive (comme le déni) ou comportementale (se sortir physiquement de l'exposition).

Une stratégie de coping centrée sur le problème (appelée également *coping vigilant*) implique un contrôle direct sur la situation. L'individu peut, par exemple, rechercher du soutien social ou rechercher des informations pour mieux comprendre et gérer le problème. Il en découlera un impact indirect sur l'émotion.

2. Le corps, vecteur d'expression

2.1. Entre émotion, tension et douleur

A présent, nous pouvons faire un lien direct entre l'estime de soi et l'état émotionnel. Par l'intégration du schéma de pensée, des automatismes apparaissent physiologiquement et psychiquement.

Reprenons l'exemple de Camille, 16 ans, dont la psychologue suspecte une phobie scolaire :

Lorsqu'elle sait qu'elle va devoir, à son tour, passer au tableau devant tous ses camarades, son être tout entier anticipe cet événement : « Mon corps commence à s'emballer, je commence à avoir chaud, je me dis que je suis en train de stresser, du coup j'ai honte et je me dis que ça va se voir ».

L'anticipation d'aller se présenter à une classe la rend sujette immédiatement aux sentiments qu'elle connaît par l'expérience : gêne, honte et anxiété. L'anticipation alimente de lui-même cet état de stress aigu avec ses manifestations somatiques et renforce les états émotionnels qui peuvent être mal vécus. E. Josse (2019), décrit les douleurs communément observées chez les victimes de traumatismes : peur, anxiété et angoisse. Elles se manifestent le jour par des peurs irrationnelles, des crises d'angoisse, des frayeurs, des conduites d'évitement et elles se manifestent la nuit par un sommeil agité, des terreurs nocturnes ou des réveils en sursaut. Par conséquent, les sujets peuvent présenter des états importants de tristesse, de désespoir et de colère. Chez certains, nous pouvons observer de l'apathie, une perte de curiosité, de capacités à désirer ou de projection dans l'avenir.

A long terme, si ces états émotionnels perdurent, le corps en devient alors le support et des sensations corporelles désagréables peuvent perdurer et se chroniciser. C'est alors que peuvent survenir les douleurs. Lors d'un événement de stress, le système parasympathique s'inhibe tandis que le système orthosympathique s'active. Ce dernier a pour rôle d'accélérer certains facteurs physiologiques comme le rythme cardiaque et la tension artérielle, ce qui augmente le débit sanguin et entraîne l'augmentation en apport d'oxygène et de glucose pour les muscles, devenant ainsi plus toniques.

Les personnes ayant été en situation de stress régulièrement, comme peuvent l'être les victimes de violence conjugales, développent une vigilance accrue avec une persistance de l'activation du système orthosympathique. Cela explique une hypertonie fréquente chez cette population. E. Josse nous partage un témoignage (p. 216) qui illustre ce fait :

« J'ai toujours cette angoisse dans la gorge, toujours cette boule. Ça va jusque dans mes oreilles et dans mes mâchoires. J'ai perdu ma tranquillité. Mon corps est en alerte. Je suis tout le temps tendu. J'ai oublié ce que c'est un moment sans stress. »

D'après O. Fenichel, citée par Josse (p. 221), la névrose traumatique, entraîne trois types de blocages :

- ❖ Le blocage de la **fonction de filtration** de l'environnement : ces personnes sont constamment en alerte et évitent les situations de stress.
- ❖ Le blocage de la **fonction de présence au monde**. Pour ces victimes, le monde peut être lointain et artificiel, ce qui provoque l'apathie mentionnée plus haut et le sentiment d'un avenir dénoué d'espoir.
- ❖ Le blocage de la **fonction d'amour** et de la relation à autrui : la personne n'arrive pas à s'investir dans la relation avec quelqu'un car la réparation de son propre être lui est trop énergivore. Le recherche d'amour, d'affection et d'attention est constante car elle se sent insuffisamment aimée, incomprise et délaissée. Cela entraîne une irritabilité, une susceptibilité et un retrait.

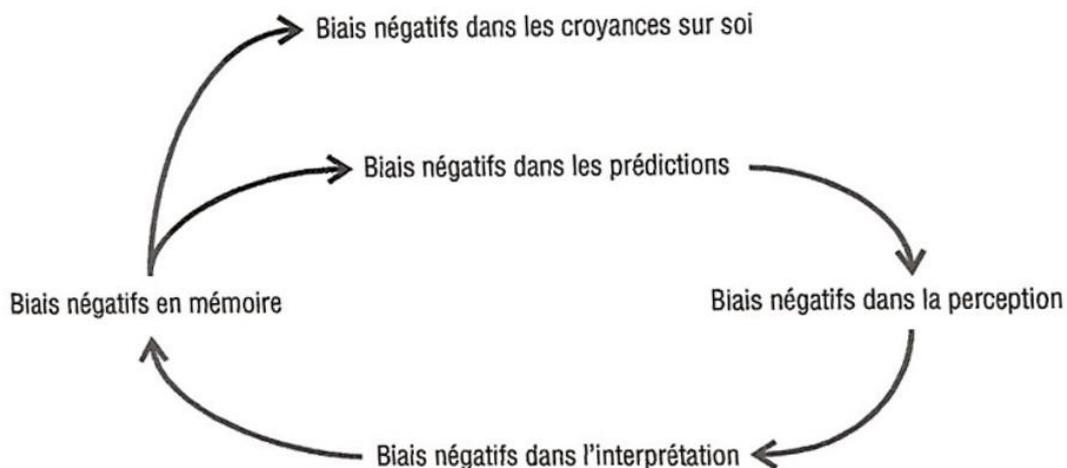
Il est donc important d'apaiser cet état tonico-émotionnel chez les patients pouvant présenter ce genre de difficultés, notamment par le biais du toucher et de la relaxation que j'évoquerai plus tard. Le corps étant notre outil de compréhension du monde, repartir d'expériences corporelles agréables, gratifiantes et contenant permet d'amenuiser les effets de la sidération provoquée par le vécu traumatique.

2.2. Anxiété

Le mot « anxiété » dérive du latin « *anxietas* » qui signifie « disposition à l'inquiétude ». L'anxiété est une émotion relative à une peur anticipée. Mais, contrairement à la peur, elle se présente dans le cadre d'une menace ou d'un danger potentiel. Elle fait donc l'objet de la subjectivité du sujet. La peur quant à elle survient face à un danger réel : la temporalité est différente pour ces deux notions (Plociniak, 2015).

L'anxiété fait partie du tableau clinique d'un syndrome de stress post-traumatique. D'après A. Sabouraud-Séguin (2020), l'exposition au danger supposé provoque les intrusions et les phénomènes de reviviscences, l'hyperactivation neurovégétative, l'anxiété et autres réponses anxieuses par association.

Pour M. Fennell (2021), les prévisions anxieuses des sujets découlent des croyances qu'elles ont d'elles-mêmes, c'est-à-dire de leurs biais de pensée. Les prédictions négatives sont basées sur l'incertitude de soi, qui consiste à anticiper le pire et supposer, à cause d'une sous-estimation des ressources internes et externes, qu'il n'existe pas de solutions. Elles sont issues de la peur de briser les règles qui semblent être importantes pour l'estime de soi, telles que ne pas ressentir de honte, ne pas paraître incompetent, ne pas se tromper etc. Ces prévisions influencent le comportement et les émotions, renforçant la faible estime de soi par des stratégies d'évitement et l'adoption de précautions parfois inutiles. Le schéma ci-dessous (Fennell, 2021, p. 40) illustre l'impact des biais de pensées sur l'estime de soi.



Imaginons l'exemple d'Ilyas, 18 ans, pour qui il est difficile de présenter son exposé en public. Au moment de se lever, ses perceptions physiques familières s'associent à la représentation qu'il a de son anxiété : "j'ai la bouche sèche, je ne vais pas réussir à articuler correctement, ils vont voir que je suis stressé alors que je ne veux pas que ça se voit. Je ne vais pas arriver à le cacher." Ou encore "Je tremble des mains, mon auditoire va le voir et il va penser que je suis incompetent".

Pour M. Fennell, de telles réactions à des signes d'anxiété amplifient le stress vécu. D'un point de vue biologique, ces manifestations physiques sont le fruit de l'adrénaline, sécrétée par les glandes surrénales qui mettent le sujet en état d'alerte

Engager un travail d'observation de soi lors de l'événement peut être bénéfique pour le sujet anxieux. Le psychomotricien peut l'amener à porter son attention sur sa respiration, son rythme cardiaque, ses muscles pour en analyser la tension, la provenance de chaleur dans différentes zones corporelles, etc. Puis, il peut amener la personne à se demander comment elle se sent avec ces sensations. Si la personne n'a pas de recul sur ses ressentis, qu'elle ne les a jamais analysés, elle peut en faire des sensations perçues comme "ennemies". La peur qu'elles se reproduisent l'amène à de nouvelles prédictions et la font entrer dans une forme de cercle vicieux. Le psychomotricien peut accompagner la personne dans la pleine conscience de ses ressentis pour mieux les comprendre et les vivre.

L'étude des comportements de patients ayant des lésions de l'amygdale, ou plus largement des lobes temporaux, ont permis les premiers travaux portant sur les bases neurobiologiques de l'anxiété chez l'homme. Ainsi, le réseau cérébral impliqué dans l'état anxieux est constitué du système limbique et d'une partie corticale. Le premier identifie les stimulus menaçants responsables de la génération de l'état anxieux, tandis que le second les évalue et les régule pour une réponse émotionnelle plus adaptée (Plociniak, 2015). Or, dans les troubles du stress post traumatiques, le système limbique, et plus particulièrement l'amygdale, présente des dysrégulations. L'émotion est donc au cœur de cette notion, ce qui rend compte de l'intérêt d'une prise en charge psychomotrice.

L'estime de soi peut être renforcée si la personne décide ne plus éviter les situations qui, jusqu'alors, étaient trop intenses émotionnellement. Pour une vision plus réaliste et positive de soi, la personne peut s'y confronter. Le psychomotricien peut accompagner la personne dans ces situations par sa contenance, son empathie et par la mise en mots du vécu instantané. La

personne se sent soutenue par le thérapeute mais aussi par elle-même car elle s'écoute et se respecte. Il peut aider la personne à s'appuyer sur ses qualités pour la rassurer et aborder le problème de manière plus efficace. Il renforce ainsi le sentiment d'efficacité personnelle et, par conséquent, l'estime de soi de son patient.

2.3. Image du corps bouleversée

Né de la psychanalyse, le concept d'image du corps fait l'objet de nombreuses définitions dans de nombreux champs théoriques. E.W. Pireyre, en 2021, stipule que nous n'en disposons pas d'une vision globale et que la théorie psychanalytique ne nous en propose qu'une approche morcelée. Cet auteur amène une dimension psychoaffective qui légitimise l'intervention de la psychomotricité : l'image du corps est la représentation psychique du corps, influencée par un ensemble de facteurs socioculturels, psychologiques et biologiques.

L'image du corps est bouleversée par l'expérience de la douleur. D'après J.P. Louvel et M. Omrana (dans Baguet, 2019), la douleur subie par les coups du conjoint impacte l'investissement psychique du corps. L'intrusion du conjoint de manière habituelle ancre le ressenti de la victime : celui de ne pas avoir de valeur car « il peut entrer en moi ». En effet, le corps n'est pas qu'un objet physique, c'est aussi et surtout la manifestation principale d'un « soi », d'un être subjectif porteur d'états mentaux et animé de comportements. L'image du corps est une composante de l'image de soi qui permet « de se sentir soi, propriétaire d'un corps et auteur d'actions » (Jeannerod, 2010.). P. Schilder, cité par Jeannerod (p. 185), en donne une définition claire : « L'image du corps humain, c'est l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit, la façon dont notre propre corps nous apparaît à nous-mêmes. Des sensations nous sont données [en provenance de toutes les parties du corps]. Par-delà ces sensations, nous éprouvons de façon directe qu'il y a une unité du corps ».

Le corps de la personne victime de violences conjugales est l'objet d'agressions, d'une emprise puis d'une investigation médico-judiciaire et, enfin, de manifestations physiques résultant de mécanismes psychiques. Nous avons démontré plus haut que les effractions et les traumatismes viennent s'inscrire dans l'organisation psychocorporelle des victimes, impactant les sensations, les perceptions et les représentations corporelles. Autrement dit, l'image du corps et la subjectivité de la personne est menacée.

La représentation du corps passe par la perception et l'investissement affectif. Il est intéressant, pour le psychomotricien, d'observer ce qui relève du traumatisme ou de la réalité de la personne pour accompagner l'individu à se défaire de l'idéologie établie par le traumatisme (A. Beloucif, 2015).

IV. Prise en charge psychomotrice auprès d'adultes traumatisés

1. Séances psychomotrices : espace privilégié pour le patient

Il y a deux notions qui fondent l'identité du psychomotricien que je souhaite aborder dans cet écrit. Le bilan psychomoteur et le cadre thérapeutique en psychomotricité.

1.1. Bilan psychomoteur

Le bilan psychomoteur est un acte fondamental pour tout suivi en psychomotricité afin d'amorcer une prise en charge étayée. Il est le premier acte listé dans le Code de la Santé Publique que les psychomotriciens sont habilités à accomplir, sous prescription médicale. Le bilan psychomoteur a en charge d'évaluer toutes les fonctions psychomotrices et d'éclairer les variations de son expression en fonction du contexte. En effet, la psychomotricité s'intéresse au développement psychocorporel de l'individu à tous les âges de la vie. Cette spécificité permet de consolider les pans de la structuration de l'individu apparaissant comme fragiles tout en mettant en évidence les points forts sur lesquels il peut s'appuyer. Voici ce qu'en disent G. Soubiran et J-C. Coste en 1975 (dans Saint-Cast et al., 2018, paragr. 15) : « Les modalités pratiques de l'examen psychomoteur ont pour but l'évaluation méthodique des possibilités sensorielles, pratiques, kinesthésiques, gnosiques et relationnelles de l'enfant, de l'adolescent ou de l'adulte. On procède à une lecture du corps en situation dynamique ou statique. ». À la suite de ce bilan, le psychomotricien définit les orientations de la prise en charge pour élaborer des propositions thérapeutiques adaptées.

Cependant, il peut exister une période de contre-indication pour les personnes en situation de crise aiguë, les rendant indisponibles psychologiquement et physiquement à une évaluation psychomotrice.

Les indications dans le cadre d'adultes ayant été exposés à des événements traumatogènes sont énumérés par S. Békier et al. (2016) :

- ❖ Lorsque la thérapie verbale semble trop compliquée pour le patient face à l'irreprésentabilité du vécu.
- ❖ Si certaines perceptions sensorielles sont trop envahissantes pour le patient, l'inscrivant davantage dans une hypervigilance.
- ❖ Dans le cas d'un sentiment d'insécurité corporelle.
- ❖ Lorsque le patient présente des difficultés autour de la sphère émotionnelle telle que la dysrégulation ou l'émoussement affectif. Certains peuvent être amenés à suivre des séances de psychomotricité pour leur impulsivité, leur irritabilité et/ou leurs passages à l'acte.
- ❖ En cas de manifestations corporelles de l'anxiété, du stress ou du vécu traumatique au travers d'hypertonies ou de troubles de la régulation tonique.

Le bilan psychomoteur est constitué de 4 étapes à réaliser dans un cadre sécuritaire et respectant les règles éthiques : anamnèse, passation, rédaction du compte-rendu et passation.

L'anamnèse consiste en un entretien semi-directif afin de recueillir l'histoire psychoaffective et psychomotrice du patient, ainsi que ses attentes et ses objectifs dans le cadre d'une éventuelle prise en charge. Le positionnement du psychomotricien consiste à accueillir l'histoire du patient, dénué de jugements et avec bienveillance. « Le bilan commence dans la salle d'attente ..., une démarche, un regard, une maladresse sont tant d'éléments qui [l'] enrichissent ... ». F. Vincent (2019, paragr. 19), décrit par ces mots l'importance de l'observation clinique. En effet, la nature de l'estime de soi du patient, peut s'observer à travers deux éléments : son discours et son expression corporelle.

Lorsque le patient raconte son histoire, le contenu du discours est imprégné de sa subjectivité et par conséquent, de ses propres pensées à son encontre. Une attention particulière est portée à l'auto-critique, l'auto-accusation, aux paroles dévalorisantes ou aux réflexions négatives que le patient peut porter à son égard. Le discours peut aller dans une polarité opposée, à connotation davantage positive et valorisante, par l'emploi d'adjectifs mélioratifs. Il me semble important, pour orienter au mieux la prise en charge, de différencier une pensée née de l'expérience personnelle, d'une pensée née des croyances d'autrui s'étant intégrée chez le patient comme vérité. Le psychomotricien est attentif aux difficultés de symbolisation et de mise en mots comme les onomatopées, les mimes ou l'impulsivité. Le discours peut être illustré, comme dans la majorité des cas, d'une expression corporelle.

Le psychomotricien peut observer la qualité posturale du patient : y'a-t-il un effondrement tonique ou un allongement de l'axe ? Quelle est la qualité tonique du cou ? Y'a-t-il une fermeture corporelle avec les mains fermées, des épaules voutées, la tête baissée ? Quelle est la qualité du regard : est-il accrocheur ou évitant ? Quelles sont les mimiques observables ? L'expression faciale a-t-elle plutôt tendance à exprimer une émotion en particulier ? Laquelle ? Comment peut être décrite la voix ? Comment est la respiration ?

Au-delà de ces observations qui rendent compte, de manière clinique, de l'estime de soi du patient, il est important de noter l'implication du patient lors de cette première approche. Présente-t-il une hypersensibilité aux perceptions environnementales ? Montre-t-il des troubles de la vigilance ? La participation émotionnelle est-elle intense ? « Il s'agit de rencontrer le patient dans sa relation à son corps et dans sa relation à autrui » (Steinhauser et al., 2018).

Le temps accordé à l'échange autour de ses séquelles physiques ne doit pas être négligé, si tant est qu'il en présente. Comment en parle-t-il dans ses deux modalités d'expressions, verbales et non verbales ? Quel sens y met-il ? Le patient sait-il être à l'écoute de son corps ou est-il dans des mouvements inverses telles que l'auto-agressivité ou la recherche de limites ? Le psychomotricien tente d'évaluer le remaniement corporel qu'implique cette trace de l'événement traumatique (Défontaine, 2019). Pour ce faire, il est attentif à la manière dont le patient se perçoit, comment il utilise et habite son corps pour comprendre la relation affective et émotionnelle qui se joue, notamment à travers l'évocation de souvenirs, des représentations diverses, de son imaginaire et de la relation aux autres.

Le psychomotricien s'appuie sur les éléments recueillis pour élaborer son bilan psychomoteur adapté au patient. Il n'y a pas, à ce jour, d'évaluation standardisée pour explorer

les différentes sphères du traumatisme en psychomotricité. La problématique d'adultes traumatisés tourne autour d'éléments qui ne sont pas à l'avantage d'un bilan psychomoteur normé évaluant les compétences psychomotrices. De plus, il peut y avoir un impératif temporel impliquant une prise en charge précoce et focalisée sur le traumatisme. Le bilan psychomoteur consiste, dans ce cadre d'adultes ayant été exposés à des événements traumatogènes, à explorer les modalités sensorielles, les perceptions spatio-temporelles et les réactions tonico-émotionnelles. D. Défontaine (2019) propose des items de bilan permettant d'évaluer une large palette des différentes sphères psycho-corporelles du patient (*Cf. annexe n°3*).

- ❖ Des items de motricité globale telles que les épreuves d'équilibre yeux ouverts et fermés, permettent d'apprécier « l'initiative motrice » ». Le thérapeute peut alors observer si le patient présente des myoclonies ou des mouvements parasites qui appuieraient un « symptôme d'hypervigilance » (Défontaine, 2018). Les items de marche et de course permettent également d'apprécier des raideurs musculaires, le tonus postural et le tonus d'action.
- ❖ L'examen tonique a pour but d'observer d'éventuels troubles neuro-psychomoteurs, des résistances ou des troubles de la régulation tonique en lien avec les dysphories émotionnelles, mais aussi le tonus de fond et la qualité de la détente musculaire.
- ❖ L'état de l'organisation spatio-temporelle du sujet peut se faire grâce à des items comme « les pas comptés de Marthe Vyl » concernant la structuration spatiale, ou des reproductions de rythmes concernant la structuration temporelle.
- ❖ Les fonctions cognitives telles que l'attention, la concentration et la mémoire peuvent également faire l'objet d'une évaluation pour apprécier l'impact de l'hypervigilance et de la fatigabilité.
- ❖ Bien que l'image du corps et le schéma corporel peuvent être appréhendés dans ses liens avec les sphères précédemment citées, l'image du corps peut être apprécié également par d'autres outils (liste non exhaustive) :

- Le dessin du bonhomme, qui, associés aux commentaires de l'auteur sur sa production, permet de rendre compte de certains indices sur son image du corps, et pas uniquement sur son schéma corporel (Moyano, 2004).
- Le test d'imitation de gestes de Berges Lézine,
- Les somatognosies,
- Le questionnaire des représentations corporelle d'O. Moyano,
- Le Rorschach, qui d'après O. Moyano, peut être utilisé pour évaluer l'image du corps à travers la projection qu'en fait l'adulte (Moyano, 2004)
- Le bilan d'observation de l'image du corps d'E. Pireyre (2015) tiré d'items du bilan psychomoteur. Bien qu'il estime n'être pas complet « compte tenu de la richesse infinie du concept d'image du corps » il propose d'observer de nombreuses sphères (identité sexuée, continuité d'existence, tonus, peau, sensibilité somato-viscérale...).
- La grille d'analyse M-PRECOR (Modélisation Psychomotrice des REprésentations CORporelles), évoquée par C. Paumel (2019), propose des dimensions associées aux composantes temporelles, spatiales/structurales, gnosisques, praxiques, sensorielles, psychoaffectives, psychosociales et expressives.
- Le protocole PRECORPA cité également par C. Paumel, est composé de plusieurs tests sollicitant différentes composantes (spatiales et structurales pour le test de la figure de Rey par exemple). Les consignes sont actuellement en cours d'élaboration par J Boutinaud, W. Degas, M. Loiret et C. Paumel.
- Le conte de la fourmi de J. Royer (1978). Voici celui d'Anaëlle, 27 ans, lors de la première séance de son bilan psychomoteur dans le cadre de mon stage en centre hospitalier :

Anaëlle est assise dans le fauteuil lesté d'une façon qui me semble inconfortable, tête penchée vers le bas, comme à son habitude. Au bout de quelques temps de discussion, elle nous raconte que son père la douchait et « la frottait » jusqu'à 8 ans, ce qu'elle considère être anormal. Ses bras se referment sur sa poitrine. Elle répond par l'affirmative lorsque ma maître de stage demande s'il a été intrusif. Lors du temps de latence précédent le conte, Anaëlle ferme les yeux, ce qui, ajouté aux bras croisés et à son hypotonie axiale, donne l'impression qu'elle s'endort.

Un petit garçon (ou une petite fille) s'était un jour endormi dans l'herbe d'un pré. Voici une petite fourmi qui arrive et qui dit : « qu'est-ce que c'est que ça ? » Et comme elle était très curieuse, elle se met à grimper sur le corps du petit garçon (ou de la petite fille).

1- Par quel endroit du corps de l'enfant arrive-t-elle, cette petite fourmi ?

- « Par le pied »

2- De là, elle va se promener partout ! Dis-moi tout ce qu'elle voit. Et puis...

- « Elle avance sur le corps »

Elle voit quoi ?

- « La peau, le haut du corps »

Quoi encore ?

« Le torse »

3- Alors la fourmi a vu un petit trou, et elle a eu envie de voir ce qu'il y avait dedans.

Quel était ce trou ?

- « La bouche »

Alors elle entre et se promène partout à l'intérieur du corps de l'enfant. Qu'est-ce qu'elle voit ?

- « L'œsophage » (*bilan orthophonique passé il y a quelques semaines*)

Quoi d'autre ?

- « Je sais pas »

Alors à la fin elle ressort... Par où ?

- « Le nez »

A partir de ce moment, les réponses sont très vives.

4- La petite fourmi a-t-elle trouvé que, dans ses voyages, elle avait vu de choses belles ou pas belles ?

- « Pas belles »

Qu'est-ce qui n'était pas beau ?

- « L'intrusion »

5- Qu'a ressenti l'enfant pendant les voyages de la petite fourmi, ça lui faisait plaisir ou mal ?

- « Mal »

Où ?

- « Psychologiquement »

6- Comment cette histoire s'est-elle terminée ?

- « Simple »

C'est-à-dire

- « Je sais pas »

La restriction des réponses au haut du corps, sans ajout de détails, prête à supposer un mécanisme de défense. Lorsqu'elle donne comme réponse « Le torse » Anaëlle désérotise cette partie du corps. Ce conte renvoyant à la notion de corps connu et de corps vécu, il peut être supposé qu'Anaëlle déssexualise sa poitrine et qu'elle le projette dans ses réponses. Sa réponse de « l'intrusion » témoigne de sa compréhension au sens figuré de la question, et révèle une attention particulière portée au vécu psychologique de cette histoire, sans se préoccuper du vécu physique.

- ❖ L'Echelle de l'Estime de soi de Rosenberg (*cf. annexe n°4*) est l'une des plus utilisées dans le domaine de l'évaluation de l'estime de soi. Publiée en 1965, elle est un outil de référence qui permet d'objectiver l'estime de soi du patient et peut servir de comparatif pour les mois suivants. Un résultat inférieur à 31 témoigne d'une faible estime de soi. S'il est inférieur à 25, il témoigne d'une très faible estime de soi. L'échelle indique alors qu'il serait bénéfique de faire un travail dans ce domaine.

Lorsque je cite les items de l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg, je décide d'articuler, à cause du masque chirurgical, et de parler assez fort pour ne pas avoir à répéter ces mots qui me paraissent brusques. Au 8^e item sur 10 (« J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même. »), Madame me demande de lui « accorder deux minutes ». J'avais déjà pu observer les larmes qui lui montaient aux yeux à l'item 6 (« J'ai une attitude positive vis-à-vis [*sic*] moi-même. »). Aurais-je dû, dès lors, m'interrompre et verbaliser ce que je vois ? Sûrement n'ai-je pas voulu mettre en évidence l'émotion qui la traversait pour ne pas biaiser la passation, ou provoquer un envahissement de cette émotion. Peut-être ai-je voulu voir si Madame allait utiliser ses ressources pour oser m'interrompre et prendre un temps pour elle. Lorsqu'elle le

fait, j'acquiesce, disant qu'effectivement les questions ne sont pas faciles. Ma maître de stage se lève pour lui proposer une boîte de mouchoirs et la félicite de sa persévérance.

Le bilan est adaptable durant toute la durée de la passation et doit respecter les limites de chacun.

L'écrit est le format le plus sûr pour une transmission non déformée. Il constitue une part de l'évaluation clinique, qui vient compléter l'évaluation juridique et sociale par les autres membres du réseau. M. Ait Aoudia (2020) parle d'évaluation tridimensionnelle afin d'avoir une prise en charge médico-psycho-sociale, du sujet impacté. Le bilan mentionne en conclusion des axes de prise en charge éventuels, qui répondent à la demande du patient, notamment celle de l'approche par le corps. En s'appuyant sur les données du bilan, le psychomotricien peut proposer des médiations corporelles adaptées aux facultés du patient, lui montrer ses possibles du corps, ses capacités et nourrir ses facultés propres pour gagner en estime de lui. Il est alors transmis au médecin prescripteur, ce qui lui permet de prendre la mesure du travail à effectuer mais aussi du champ d'expertise du psychomotricien dans ce cadre : une meilleure habitation de son corps, l'accroissement de l'estime de soi, l'adoption de nouveaux comportements et une meilleure régulation émotionnelle.

1.2. Cadre et alliance thérapeutique

Pour C. Potel (2019), « Le cadre d'une peinture c'est ce qui précise les contours, le regard, confirme la profondeur. Le cadre d'une activité, ... c'est ce qui définit le lieu et le temps de cette activité. Le cadre thérapeutique est ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée. ».

Pour que le patient puisse communiquer et s'exprimer par le regard, la posture, la tonalité de la voix, pour qu'il puisse décrypter les échanges non verbaux, ajuster ses gestes, il s'appuie et se rassure par le cadre que propose la psychomotricité (Békier et al., 2016). La mobilisation du corps ne peut s'envisager que dans un cadre sécurisant et contenant proposé par le thérapeute, inscrit lui-même dans une relation de confiance avec son patient. La fonction de garant du cadre permet l'accueil du patient dans ses sphères émotionnelles, expressives, cognitives, affectives et identitaires dans des conditions de sécurité et dans le respect de

l'éthique. La fonction de pare-excitation du psychomotricien permet également de prévenir l'effet de débordement ou d'invasion émotionnel (par son rôle rassurant, contenant et sécurisant). Lorsque le patient s'en saisit, la reconnaissance de ses perceptions vont influencer sur sa mobilité corporelle pour modifier son vécu. Il établit alors de nouvelles représentations dans lesquelles les perceptions sont associées à des émotions positives.

Au-delà de sa dimension psychique, le cadre peut s'établir de manière plus concrète par le psychomotricien qui énonce les interdits, les limites et les possibilités des séances, notamment celles consistant à laisser la place aux expressions du corps (comme le veut la thérapie à médiation corporelle). Il peut être nécessaire de préciser pour une personne à faible estime de soi, notamment lors du bilan psychomoteur, que le psychomotricien n'accorde pas d'importance à la finalité de l'item. Le regard est porté sur le moyen utilisé pour réaliser l'acte ou, lors d'une séance thérapeutique psychomotrice, sur l'expressivité de la subjectivité.

Pour C. Potel (2019), le cadre se crée sous certaines conditions (p. 358) :

- ❖ Matérielles, qui dépendent de la sensibilité du psychomotricien.
- ❖ Temporelles, avec une durée de séance et un rythme adapté au patient.
- ❖ Spatiales, dont le déroulé de la séance se fait dans le même environnement pour préserver le patient de perturbations environnementales.
- ❖ D'encadrement, en fonction du nombre de personnel encadrant.
- ❖ De fonctionnement institutionnel, car le projet de soin en psychomotricité s'intègre dans le projet global de l'institution et en cohérence avec les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire.

L'alliance thérapeutique constitue un élément clé de toute prise en charge. Ce terme trouve son origine dans le champ de la psychanalyse avec Freud qui parle de « collaboration » comme facteur nécessaire dans le processus thérapeutique (dans Bioy & Bachelart, 2010). E. Zetzel, en 1966, affirme que l'alliance thérapeutique est essentielle à l'efficacité de n'importe

quelle intervention thérapeutique. Elle énonce que l'alliance est dépendante de la capacité fondamentale à former une relation de confiance stable. Cette capacité est enracinée dans les relations précoces entre le bébé et sa mère, soutenue par un environnement sécurisant permettant le sentiment de confiance chez le nourrisson, et ainsi, son bon développement psychomoteur (Bioy & Bachelart, 2010). Pour l'accomplissement des objectifs fixés, le patient et le thérapeute doivent être comme des alliés dans la prise en charge, menant le patient à se sentir écouté, pris en considération, compris, aimé, soutenu, encouragé et aidé par son thérapeute. Cette alliance mène également le thérapeute à pouvoir comprendre, éprouver de la sympathie et aider son patient.

De nombreux auteurs apportent différentes approches pour étayer la notion d'alliance thérapeutique. Ce terme a évolué durant le XX^{ème} siècle, notamment avec E.S. Bordin en 1979 (dans Bioy & Bachelart, 2010), pour qui une bonne alliance est le prérequis du changement dans toutes les formes de psychothérapie. D'après lui, elle ne serait pas en elle-même curative, mais elle constituerait un levier sur lequel le patient s'appuierait pour adhérer à la thérapie et poursuivre le suivi. Il s'agit donc de renforcer la motivation du patient et son implication dans la prise en charge afin qu'il en soit l'acteur principal.

C. Reignoux (2012, paragr. 23) stipule « [qu'] il s'agit de partir sans a priori, dans ce monde de communication privilégié qui passe par le corps, avec un abord thérapeutique sans cesse réinventé. Le psychomotricien est, par définition, au plus près du mouvement, mouvement dans la relation qui en devient contenant, avec une compréhension mutuelle entre le thérapeute et le patient. »

Le psychomotricien étant investi corporellement dans la prise en charge, la gestion de la distance et de l'espace relationnel avec le patient doit être pensée, d'autant plus lorsque ce dernier a été victime de violences. Afin de ne pas être intrusif et de ne pas déclencher de reviviscences, la question de la médiation par le contact pour un travail de contenance et de mise en relation entre le tonus musculaire, les représentations et les émotions, doit être discutée en amont. La mise en jeu de soi peut soulever certaines émotions, des traces du passé qu'il convient de mettre en sens afin de les intégrer et de les transformer.

D'après C. Potel (2015, dans Baguet 2019), la relation entre soignant et patient est de type asymétrique. La demande de soin est une sorte d'appel à l'aide générant une dépendance face au savoir du professionnel. A ce propos, dans son livre, *Du contre-transfert corporel*, elle annonce (2015, p. 114) : « C'est parce qu'il y a une dépendance acceptée à un autre, une relation qui réactive la dépendance originelle (le portage), cette dépendance portant en elle la possibilité

de la séparation et de la liberté de soi. Une dépendance, pas une emprise ». À l'instar du concept de « la mère suffisamment bonne » de Winnicott, le psychothérapeute doit être « suffisamment bon » tout en maintenant sa juste place pour éviter un lien transféro-contre-transférentiel entravant la prise en charge. Pour le psychomotricien, il est question d'un travail personnel visant à renoncer à ce désir de toute puissance du soignant, mais aussi à renoncer de n'être rien. Le psychomotricien permet la mise en sens pour le patient, mais ce dernier doit pouvoir trouver des étayages ailleurs. L'engagement de soi du psychomotricien exige de la clarté, une présence à lui et au patient, de la transparence et de la prudence.

D'après l'étude réalisée par Paradise et al., en 2002 (dans Joly, 2021), les patients ont une plus grande facilité à établir une alliance positive avec le thérapeute lorsqu'ils ont une meilleure estime d'eux-mêmes. En effet, l'estime de soi repose sur le sentiment d'efficacité personnelle mais également sur le sentiment d'avoir de bonnes relations. B. Van der Kolk rapporte que 90% de l'énergie du cerveau est occupée à la gestion des relations avec les autres. Qu'elles soient sociales, familiales ou professionnelles, les relations sont en interdépendance avec ce que renvoie la personne, la façon dont elle communique. Elles s'établissent en s'appuyant sur le rapport qu'a une personne avec elle-même. Ainsi, l'estime de soi permet d'être adaptée dans les relations à soi et à autrui.

Soutenu par le climat de confiance et de sécurité, le thérapeute utilise ses aptitudes et attitudes (dispositions relationnelles) pour valoriser le patient tant dans la mobilisation de ses ressources, que dans son processus de changement. Une alliance solide permet au patient de se sentir en sécurité afin d'être à l'écoute de ce qui se passe pour lui, et de commencer un travail autour de ses sensations, perceptions et représentations. Ce travail de conscientisation des ressentis renforce l'estime de soi du patient par le biais des aménagements mis en place pour modifier son vécu. La motivation du patient est soutenue par la fréquence des séances qui permet au patient d'acquérir des repères et de donner sens à ce qu'il vit en séance.

2. Restauration d'un équilibre somato-psychique

Les soins psychomoteurs peuvent être constitués de techniques d'impression (différentes méthodes de relaxation et de conscience corporelle) et de techniques d'expression (danse thérapie ou art thérapie, etc.). Dans cette partie, je vais évoquer le toucher thérapeutique, qui peut être perçu comme une technique d'impression d'un point de vue du patient, et

d'expression pour le donneur, c'est-à-dire le thérapeute. Au même titre que la relaxation, je me contenterai d'en évoquer seulement le versant impressif.

2.1 Toucher thérapeutique

Le toucher thérapeutique est une notion créée pour différencier l'acte du psychomotricien de celui du kinésithérapeute.

Le contact participe aux prémices de la relation, renforçant l'alliance thérapeutique qui se crée entre le thérapeute et le soignant. Chez l'Homme, le tact est le premier sens à se développer et le dernier à disparaître. Lors du contact, la peau du nourrisson se nourrit en sensations d'enveloppement, de chaleurs et de sécurité. Ces éprouvés lui permettent de se différencier et d'être valorisé. Lorsqu'un contact a lieu dans le domaine du soin, C. Potel (2019) parle d'un retour aux sources de la fusion dans lesquelles les besoins corporels du nourrisson sont assumés par la mère.

Le toucher ayant été invasif pour ces patients, la précaution est de mise. Le toucher a une action antagoniste au stress et à l'anxiété que peuvent éprouver certains adultes ayant été exposés aux événements traumatogènes. Il a également une action de stimulation de la partie du corps concernée et permet au patient de se sentir considéré au travers ce contact contenant qui permet, au fil des séances, de renforcer l'estime de soi. C. Rousseau-Salvador et J-P. Louvel (2019) nous en parlent comme moyen de distraction et de « modification des sensations douloureuses pour en faciliter la gestion ». La manière la plus naturelle d'apaiser la souffrance est d'être touché, enlacé, contenu et bercé. Cela calme l'hyperexcitation et donne le sentiment d'être en sécurité, intact, protégé et maître de soi.

Le traumatisme réorganise fondamentalement la manière dont l'esprit et le cerveau gèrent les perceptions. Or, le psychomotricien a en charge de faire émerger la prise de conscience des potentialités du patient. Pour ce faire, il y a nécessité d'un réinvestissement corporel par le versant sensoriel, perceptif, affectif, et expressif permettant aux victimes de renouer avec elles-mêmes : c'est ce qu'appelle B. Van der Kolk le « self-leadership » (p. 277). Ce terme désigne la capacité d'accepter ses éprouvés, à être maître de soi-même, à reprendre possession de son corps et de son esprit, donc de son moi.

« Personne ne peut « soigner » une guerre, un abus sexuel, un viol ni aucune autre atrocité Ce que l'on peut traiter, ce sont les traces que le traumatisme laisse sur le corps,

l'esprit et l'âme ... (Van der Kolk, 2019, p. 277). Certains patients retiennent les émotions qui peuvent révéler leur état profond, donnant alors des états de tensions : crispations des épaules, des muscles du visage, etc. Ces émotions nouées dans le corps, peuvent entraver ce dernier. Le psychomotricien, sensible à l'état tonique du sujet, adapte ses propositions et met alors cette notion de dialogue tonico-émotionnel au centre de sa pratique : il met en relation le tonus musculaire, les représentations et les émotions. L.Sky, somatothérapeute citée par B. Van der Kolk (p. 294), évoque la poigne qu'elle décide d'adopter auprès des patients qu'elle rencontre pour la première fois : « on doit toucher avec beaucoup d'assurance et d'empathie, pour que la pression du contact rencontre leur tension intérieure ».

2.2. Relaxation et QSCPGS (Questionnaire de Satisfaction corporelle et de Perception Globale de Soi) comme témoin d'une évolution

Pour S. Ferenczi (dans Josse et al., 2019), l'explorateur psychanalytique du traumatisme, ce dernier peut anéantir le psychisme et, par conséquent, la pensée et la vie. Cela impliquerait une incompatibilité avec la construction de représentations. Or, celles-ci façonnent notre rapport au monde et à soi. La représentation qu'a le sujet de son propre corps est liée à la question du niveau de conscience corporelle, elle-même liée à l'analyse des afférences sensorielles. Cela implique d'apporter une attention particulière aux sensations éprouvées intérieurement. E.W. Pireyre (2021) parle de « se confronter à la réalité corporelle vécue ». La mise en mots des ressentis permet d'accéder à ces représentations et d'en attribuer un sens. On peut y voir tout l'enjeu d'une séance de relaxation en psychomotricité auprès de ce public au passé traumatique.

La psychomotricité, par la relaxation, invite à l'abaissement de la vigilance. Nous avons pu voir précédemment que le corps des victimes de psychotraumatismes est le réceptacle d'un surplus de stimulations qui, dans une extrême tension, ne sont pas traitées, analysées et intégrées. La relaxation réduit le surinvestissement environnemental et amène à comprendre l'origine des tensions et leur lieu d'expression afin de mieux les appréhender (A. Beloucif, 2015). La psychomotricité agit en effet conjointement sur le corps et sur le vécu pour favoriser l'équilibre psychosomatique (Békiel et al., 2016) et délivrer les patients de l'impression fondamentale qu'ils ne peuvent rien faire pour se défendre de leurs tensions et de leur anxiété.

D'après C. Potel (2015) cette dépendance au soignant, consentie par le soigné, favorise une régression ; les relations inter-corporelles entre le patient et le thérapeute sont en deçà du langage verbal, c'est-à-dire qu'elles relèvent de l'archaïque et favorisent l'émergence de la représentation. Autrement dit, prendre le corps comme porte d'entrée est un moyen d'amorcer un travail de symbolisation. Cela explique la raison pour laquelle l'engagement corporel du patient peut faire éclore de vives émotions.

Le patient pratiquant la relaxation régulièrement avec le psychomotricien peut être capable de (Békier et al., 2016) :

- ❖ Mieux comprendre et accepter ses manifestations émotionnelles et atteindre un état de détente profond (musculaire et psychique) de manière autonome. D'après B. Van der Kolk (2018), la régulation émotionnelle est cruciale pour gérer les effets de l'abandon et du traumatisme.
- ❖ S'exprimer par l'apaisement des tensions d'origine traumatique qui ouvre vers un processus d'intégration, d'acceptation et de meilleure appréhension des situations quotidiennes.
- ❖ Être disponible à la relation grâce à l'ancrage dans l'instant présent soutenu par l'écoute des ressentis qui l'accompagne (la perception des rythmes biologiques respiratoire, cardiaque...).
- ❖ Réguler sa respiration et son souffle pour en modifier les conséquences physiologiques et permettre un réajustement des grandes fonctions métabolique. La respiration est un processus physiologique naturel qui peut être contrôlé consciemment et à court terme. Cet outil a également comme bénéfices de soutenir l'image corporelle du patient, et d'obtenir un meilleur relâchement tonique (Akian et al., 2019) : « La respiration est directement concernée par les affects et garde une empreinte des dérégulations toniques » (Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2015, p. 171). Cette approche non médicamenteuse apaisante et anxiolytique est adaptable aux réactions défensives des personnes. Ainsi, par la respiration, les perceptions et le mouvement, les personnes peuvent reprendre progressivement possession de leur corps de manière

positive. Autrement dit, il s'agit d'un réinvestissement corporel au travers d'expériences agréables.

❖ Prendre conscience de ses autocritiques et de l'effet produit psychiquement et corporellement. La pratique régulière de la relaxation permet de mieux connaître les manifestations des émotions et les utiliser comme point de repère (culpabilité, honte, frustration, colère, tristesse, désespoir, confusion, empathie...). Analyser l'humeur qui découle des propres agissements envers soi-même, des mécanismes de pensées, des façons d'aborder le problème, est un premier pas vers le combat de ces auto-critiques et donc vers le renforcement de l'estime de soi.

En conclusion, la relaxation permet un réinvestissement narcissique des patients blessés psychiquement, ayant coupé leur lien à eux-mêmes et à autrui, par la réassurance. Renouer avec eux-mêmes et avec autrui, restaure chez la personne le sentiment d'exister au présent (Békier et al., 2016). L'enjeu d'une prise en soin psychomotrice serait de rendre à nouveau le sujet acteur dans sa relation au monde, et de soutenir un travail de verbalisation de ses émotions, pensées et vécus corporels spécifiques (Akian et al., 2019).

En psychomotricité, la régression est en faveur de la symbolisation, et non de la domination. Par ce biais, les bénéficiaires pourraient reprendre possession de leur corps, de ses éprouvés et de ses qualités, renforçant leur estime de soi. Cette réappropriation psychocorporelle signe les prémices d'un réinvestissement de soi par la reconnaissance de leurs capacités. La vision positive que les individus ont d'eux-mêmes est sous-tendue par un sentiment de confiance valorisé. La psychomotricité met du sens sur le vécu corporel et la souffrance, en permettant de (re)tisser des liens entre le corps et l'esprit. « L'effet ainsi obtenu est thérapeutique dans la mesure où il y a mise en mots et mise/remise en route de certaines possibilités d'introspection » (Pireyre, 2021, paragr. 53).

Plusieurs études tendent à montrer que, contrairement à une prescription seule de médicament, les thérapies évitent une plus forte probabilité de rechute dépressive. Nous pouvons supposer que les thérapies psychomotrices augmentent le sentiment d'efficacité personnelle et par conséquent, l'estime de soi.

Le QSCPGS (Questionnaire de Ssatisfaction Corporelle et de Perception Globale de Soi) est un questionnaire pouvant mesurer les bénéfices d'une séance de relaxation. Evers et al. (2010) ont élaboré cet auto-questionnaire évaluant le degré d'appréciation ou dépréciation de deux facteurs composés de 10 items chacun (*Cf. annexe n°5*). Le premier concerne la satisfaction corporelle, inspirée du questionnaire d'image corporelle (QIC) de Bruchon-Schweitzer. Le deuxième concerne la perception globale de soi, inspirée de l'Echelle d'Estime de soi de Rosenberg, du questionnaire STAI-Y de Spielberger et al., et du questionnaire d'auto-évaluation type A de Bortner.

L'étude indique des résultats montrant un score qui évolue à partir de l'adolescence (35,8 sur 100) jusqu'aux alentours de 40 ans (49,8), pour diminuer ensuite, et de manière plus flagrante, après 60 ans (29,7). Elle montre des scores significativement différents entre les sujets déprimés dont la moyenne est de -2,1 sur 100 que les sujets non déprimés (43 sur 100). Une différence significative de la moyenne apparaît entre les sujets déprimés avant une séance de relaxation (-12,2) et les sujets déprimés après une séance de relaxation (11,5). L'amélioration est en grande partie portée sur le facteur satisfaction corporelle plutôt que celui d'appréciation globale de soi.

Les auteurs mentionnent donc l'utilité de ce questionnaire dans la mesure des bénéfices d'une séance de relaxation. De plus, l'étayage des items mène le patient à se questionner sur son rapport au corps et à lui-même.

L. Dany et M. Morin (2010) évoquent les études qui se sont intéressées au lien entre l'insatisfaction corporelle et l'estime de soi. L'insatisfaction corporelle est mesurée par la différence entre le corps perçu et le corps idéal, ce dernier étant véhiculé par les médias, l'entourage familial ou les pairs. De nombreuses recherches ont mis en évidence l'association entre un niveau élevé de satisfaction corporelle et un haut niveau d'estime de soi. A contrario, certaines n'ont pas réussi à trouver le lien : certaines femmes souhaitant être plus fines avaient un même niveau d'estime de soi que celles étant satisfaites de leur silhouette. Une autre étude (Fabien et Thompson en 1989), n'a pas pu montrer la corrélation entre l'estime de soi et l'estime corporelle (Dany & Morin, 2010). L'estime du corps est la satisfaction ou la non satisfaction concernant l'image de son corps. Elle a trois dimensions : satisfaction concernant son poids, les sentiments concernant son apparence physique et l'estimation qu'on a du regard des autres sur notre corps (Miermon et al., 2015).

3. La psychomotricité comme soutien vers une autonomisation du patient

3.1. Restauration narcissique

La personne ayant subi des violences conjugales a le statut de « victime ». Cet état provisoire peut amener de profonds bouleversements identitaires venant modifier l'auto-perception. La personne peut s'attribuer ce statut comme constituant de son identité, et non comme rôle social. Ajoutons à cela les examens médicaux nécessaires et les éventuelles prises en charge, l'individu a alors un second rôle : celui du patient.

Les séances de psychomotricité ont pour objectif de s'intéresser à la globalité de la personne et de la rendre actrice de sa prise en charge. En effet, le cadre établi lui permet de ne pas se saisir d'une proposition si elle n'en a pas le souhait. En verbalisant ce qui lui plaît et ce qui ne lui plaît pas, elle reprend progressivement le contrôle de son corps grâce à la prise en considération de ses goûts. La subjectivité du patient s'exprime au travers des médiations corporelles utilisées, l'amenant à se considérer autrement que par ses rôles. Ce réinvestissement corporel est soutenu par une présence au corps en acceptant ce qu'il présente : lors d'une séance de relaxation, par exemple, le patient vit son corps.

L'étude d'Andrews et Brown (1995), démontre que la moitié des femmes qui avaient une basse estime de soi ne la présentent plus sept ans plus tard. Une corrélation a été établie entre les relations interpersonnelles, le statut professionnel et l'augmentation de l'estime de soi. Mais quelle est la cause, quel est l'effet ? Il semblerait que les deux s'alimentent mutuellement.

Dans l'intention de prendre en considération ces liens, le travail en psychomotricité sur ces trois domaines peut apparaître en filigrane : le rapport à soi-même, le rapport à l'action et le rapport aux autres. C. André explique que ces domaines se subdivisent en 3 sphères chacun, avec respectivement :

- ❖ Se connaître, s'accepter et être honnête avec soi-même.
- ❖ Agir, faire taire la critique intérieure et accepter l'échec.

- ❖ S'affirmer, être empathique et s'appuyer sur le soutien social.

Reconnaître et verbaliser les émotions de la séance, agit sur la sphère « être honnête avec soi-même ». Pour M. Fennell (2021, p. 19), il s'agit d'« ouvrir la porte à la connaissance de soi et l'acceptation de soi ». De fait, les relations avec autrui peuvent être plus aisées notamment dans les situations de vie délicates où, pour des raisons d'estime de soi mal placée à cause de l'interprétation des convenances sociales, il y a réticence à avouer ses sentiments (peur, frustration, contrariété). La psychomotricité, par son approche corporelle, amène à enrichir les éprouvés et renforce la présence corporelle. Elle permet une narcissisation du patient.

3.2. Auto observation et pleine conscience au quotidien

J. Ledoux et ses collègues, cités par B. Van der Kolk, ont montré que la seule manière d'accéder au cerveau émotionnel passe par la conscience de soi. Cette technique appelée « intéroception » consiste à prendre conscience de son expérience intérieure afin de « pactiser peu à peu avec elle » pour aller vers l'acceptation de ce qui est éprouvé (Van der Kolk, 2019 p. 281). L'Occident reconnaît certaines pratiques psychospirituelles de l'Orient intéressantes pour l'harmonisation et la pacification du psychisme. A l'heure actuelle, l'approche de « pleine conscience » (traduction du terme anglais « Mindfulness ») est la plus célèbre des pratiques méditatives et est issue de la tradition bouddhiste Theravada. Elle tend à la maîtrise de l'attention pour la gestion des états de tension intérieure. Un état de pleine conscience consiste à porter son attention sur l'expérience vécue à l'instant présent (émotions, pensées, sensations), telle quelle, sans jugement. Pour B. Van der Kolk (2019, p. 91), il s'agit de « flotter objectivement au-dessus de ses émotions, de ses sensations, de ses pensées ». La pleine conscience est donc constituée de deux composantes : l'attention portée intentionnellement au moment présent et l'acceptation et la curiosité envers son expérience, qu'elle soit agréable, désagréable ou neutre (Dunker Scheuner & Rossier, 2014).

Comme mentionné précédemment, chez les personnes traumatisées, les réactions physiques sont dictées par l'empreinte du passé. L'inattention portée sur les joies du présent rend les événements quotidiens moins prégnants, ce qui implique qu'elles vivent davantage dans le passé. De plus, les personnes à faible estime de soi se rendent moins compte de la richesse des expériences quotidiennes, car elles ne s'accordent pas de mérites pour ce qu'elles font. Ainsi, pour prévenir la dépression ou l'auto-critique, l'humeur doit être améliorée. Pour ce faire, la dose de plaisir quotidienne doit augmenter. Le plaisir quotidien peut survenir en mettant au clair les accomplissements positifs de la journée. Cela implique que le patient soit dans l'agir, une sphère du domaine « le rapport à l'action », évoqué plus haut par C. André, qui renforce l'estime de soi. Il ne s'agit pas d'avoir de conquêtes professionnelles ou sentimentales cotées pour augmenter son estime de soi, mais de petites tâches du quotidien peuvent y parvenir également, à moindre mesure. « Même minime, ou symbolique, un projet qui se traduit par un acte est promis à un meilleur avenir que celui qui demeure au stade de l'intention » (André & Lelord, 2008). Or, une personne traumatisée peut être dans un état dépressif sans motivation ni envie.

La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (MBCT : Mindfulness Based Cognitive Therapy) est un mariage entre la thérapie cognitive (TC) et la méditation en pleine conscience. Elle a été développée pour prévenir les rechutes dépressives. Cette fusion a fait l'objet de nombreuses suspicions dues aux cultures tant éloignées qui la compose. Cette thérapie a pour objectif de réduire la récurrence du cercle vicieux dans lequel s'enferment les personnes dans un état dépressif. Pour elles, certains symptômes (humeur maussade, irritabilité, fatigue) ne sont pas considérés comme faisant partie de la condition humaine, ils sont chargés de signification négative : l'humeur, la pensée et le comportement se nourrissent les uns des autres. « Finalement, même une petite « dose » d'humeur chagrine normale peut activer des schémas de pensée qui (s'ils ne sont pas interrompus) enclenchent la spirale d'une dépression d'intensité clinique » (Fennell & Segal, 2021). « La pleine conscience, elle, aide à toucher la nature transitoire des sentiments et des perceptions » (Van der Kolk, 2018, p. 283). Pour y parvenir, les malades s'exercent à identifier les signaux annonciateurs d'un changement d'humeur afin d'y réagir de manière efficace. B. Van der Kolk relate que s'écouter de l'intérieur permet de prendre connaissance du « paysage de l'organisme ». S'il est remarqué une irritation ou une anxiété, le conscientiser peut amener à changer notre perspective et trouver des options pour mieux l'accueillir.

La pratique de la méditation en pleine conscience modifie le fonctionnement et les structures de certaines régions cérébrales impliquées dans le stress. Il s'agit du cortex préfrontal (plus précisément les régions ventrale et dorsale du cortex préfrontal latéral) ainsi que l'amygdale et ses connectivités. Ces effets vont dans le sens d'une meilleure régulation émotionnelle grâce à l'activation du système parasympathique, au détriment du système sympathique chargé de s'activer en réaction à un stress. De cette manière, la méditation en pleine conscience a un effet bénéfique sur les symptômes d'hypervigilance liés au traumatisme. L'exercice répété d'approcher, d'analyser et d'accepter les pensées et les émotions permet de réduire les stratégies d'évitement grâce à la capacité d'identification des indices de réactivation de la mémoire traumatique. Ces pratiques agissent comme des points d'ancrage dans l'ici et maintenant des sensations physiques. De plus, la pleine conscience produit un effet de relaxation, ce qui provoque un état de relâchement tonique.

La méditation influe donc sur l'état tonique du patient, son vécu corporel, sa régulation émotionnelle, ses repères spatiaux et temporels grâce à l'ancrage dans le moment présent. « Le psychomotricien accompagne, par le jeu du corps, le tissage et la remise en sens du chaos des éprouvés du sujet, dans sa temporalité propre, nouant le lien entre l'avant et l'après de l'événement » (Défontaine, 2019). Tous ces éléments sont mis à mal dans le cadre du traumatisme. Les champs d'intervention du psychomotricien tels que l'équilibre psycho-affectif et l'amélioration du confort et du bien-être (Ministère de la Santé et des Sports, 2011) se retrouvent dans les paramètres parmi lesquels intervient la pleine conscience, elle peut donc être utilisée comme médiation dans la prise en charge psychomotrice. Elle permet aux victimes de violences conjugales de se réconcilier avec leurs sensations, pouvant être considérées jusqu'alors comme leurs ennemies et pour lesquelles « [le]monde sensoriel leur [était] largement interdit » (Van der Kolk, 2018 p. 283). Voici les mots de M. Batchelor (2019) :

Grâce à cette pratique ..., je suis rapidement devenue plus consciente de mes pensées, de mes sentiments, de mes sensations et de ma relation au monde et aux autres. De plus, je suis progressivement devenue plus en phase avec l'impermanence, la souffrance et la conditionnalité, ce qui semblait avoir un effet positif, m'aidant à manifester avec le temps plus de sagesse et de compassion envers moi-même et envers les autres.

4. Projet thérapeutique de Madame C.

Etabli le 7 février 2022.

Ma maître de stage me responsabilise sur la prise en charge de Madame C. Pour ce faire, j'ai établi un projet thérapeutique afin d'avoir des axes de travail prédéfinis, ce sans quoi j'estime ne pas pouvoir réaliser une première séance psychomotrice pertinente. Cela permettra de cadrer mes propositions pour les justifier. Nous avons mis ensemble en évidence trois axes potentiels de prise en charge : le renforcement de l'estime de soi, la respiration, les sensations de plaisir. Je prends en compte les objectifs de Madame, qu'elle a pu nous donner lors de l'anamnèse : la confiance en elle et « savoir mieux écouter [son] corps ».

Il est intéressant d'inscrire Madame C. dans la dynamique d'une médiation corporelle. Les différentes expériences proposées pourraient avoir un impact dans son vécu psychique et émotionnel, en passant par une détente du corps. Cela nécessite d'être prudentes à ce que l'on peut soulever par le biais de ces propositions corporelles. Une médiation axée sur ses perceptions permettra à Madame C. d'apprendre à tourner son attention vers elle, en prenant conscience de ce qu'elle perçoit de son environnement. L'enjeu de la médiation corporelle comme levier thérapeutique va permettre à Madame C. de se réapproprier des vécus corporels gratifiants et ainsi reprendre confiance en ce qu'elle vit grâce notamment au cadre sécurisant et contenant des séances de psychomotricité.

Les objectifs consistent à apporter des sensations corporelles de plaisir, pour travailler la relation à son propre corps et au corps d'autrui. Ce faisant, l'estime de soi s'en verra renforcée, notamment par l'investissement de cet instant présent et la mise en lien de son histoire avec ce qui va être vécu dans les propositions corporelles. Il me semble nécessaire que Madame aménage son rapport à elle-même de manière plus satisfaisante en passant notamment par un réinvestissement du corps pour retrouver le lien à soi. L'objectif principal de la prise en charge en psychomotricité est la recherche d'une perception conscientisée du corps pour prendre connaissance de ses limites corporelles et psychiques.

Différents axes d'accompagnement sont envisagés :

- ❖ Par le dialogue tonico-émotionnel pour investir la relation à l'autre et favoriser l'alliance thérapeutique. Le corps en relation par le biais de ce dialogue va être le reflet

des états émotionnels, avec la possibilité d'une transmission de l'un à l'autre. Cela va appuyer le sentiment de sécurité interne.

- ❖ Enrichir ses perceptions corporelles pour aller vers un investissement de ce corps receveur, et mettre en sens ces sensations amenées en séance.
- ❖ Favoriser la créativité, la mise en jeu corporelle pour favoriser l'identification propre de Madame, en lien avec son diagnostic psychiatrique. Les mouvements thérapeutiques sont imprégnés de l'histoire de Madame.
- ❖ Accompagnement à la respiration pour favoriser sur le long terme une autonomisation à la détente, à l'ancrage dans le moment vécu, et par conséquent, une diminution de l'anxiété. La respiration dépend à la fois du système nerveux végétatif et du système nerveux volontaire. C'est une dualité qui permet un travail d'unification par la modulation de la respiration, comme on peut le pratiquer lors d'une séance de relaxation par exemple. Cela permet de jouer sur un état végétatif et donc émotionnel. L'individu dispose de techniques pour ne pas se laisser déborder et envahir par ses émotions. Cette potentialité de contrôle des émotions n'est accessible que dans des conditions d'entraînement régulier et de connaissances aiguisées de la technique.

Ces 4 axes sont liés les uns aux autres pour la plupart des médiations corporelles, mais l'accent peut être davantage porté sur l'un d'entre-eux. Des bénéfices en découleront indirectement dans les autres sphères de travail.

Pour l'élaboration des séances, je compte m'appuyer sur les facultés de Mme C. et ce qu'elle aime : musique, colonne à bulle, capacité d'élaboration psychique puis symbolisation du vécu et détente par le toucher dans le cadre d'une relation de confiance. Pour mener à bien ce projet thérapeutique, il faut que je parvienne à établir une relation de confiance entre Madame et moi. Entrer en contact me semble essentiel pour ce que j'envisage de faire lors des futures séances psychomotrices.

4.1. Arrêt précoce de la prise en charge

Je n'ai pas eu le temps de mettre en place ce que j'avais envisagé. Mme C. a fait une tentative de suicide qui a impliqué un changement d'unité. De plus, le médecin nous informe de sa remise en question du diagnostic psychiatrique de Madame C., pensant davantage à un trouble de la personnalité antisociale avec suspicion d'un syndrome de Münchhausen, associé à un trouble de la personnalité histrionique. Le médecin m'évoque un profil psychopathique et pose la question de la pertinence des thérapies, qui n'auraient pas d'utilité pour ce profil, à part celui de pouvoir nous séduire davantage. Il m'informe également que l'équipe est en accord avec cette supposition et que des mesures de protection juridique sont en cours. J'apprends également que certains éléments qu'elle nous rapportait en séance semblent faux : elle ne voit plus ses filles depuis un long moment, les rapports avec sa famille ne sont pas aussi bons qu'elle le prétendait. L'équipe se demande également si Madame a bel et bien subi des violences conjugales de la part de son ex-mari.

Une étude (Nioche et al., 2008) prouve la corrélation entre la psychopathie et les troubles de la personnalité du cluster B du DSM IV : trouble de la personnalité antisociale, narcissique, histrionique et borderline. D'après Cleckley en 1976 dans *Le masque de la raison*, la psychopathie est un trouble de la personnalité « caractérisé par un manque d'émotions, une insensibilité, un manque de fiabilité et une superficialité ». Il ajoute également une absence de capacité d'introspection, de remords et d'anxiété.

4.2. Critique du projet thérapeutique

Je considère les trois axes potentiels de prise en charge (le renforcement de l'estime de soi, la respiration et les sensations de plaisir) trop intriqués pour les dissocier ainsi. De plus, je pense qu'il est plus approprié de mettre des axes de prises en charge qui concernent le champ d'intervention du psychomotricien tels que l'équilibre psycho-affectif ou les troubles tonico-émotionnels, ce qui occasionnera indéniablement un renforcement de l'estime de soi. Avec Madame C., le premier axe de prise en charge aurait consisté en un temps de retour aux sensations pour une conscience du corps propre. Des approches corporelles telles que la relaxation (type Jacobson, que je comptais lui proposer lors des premières séances) ou la

conscience corporelle en mouvement impliquent un vécu corporel nouveau, tout en laissant la personne dans la maîtrise.

Je n'ai jamais eu l'opportunité de prendre connaissance d'un projet thérapeutique en psychomotricité, mais il me semble intéressant d'y inclure les médiations envisagées.

De plus, pour que les séances aient plus de sens pour Madame, il aurait été probablement bénéfique de préciser davantage les objectifs. L'entretien s'est porté sur son objectif de « confiance en soi ». Seulement, cet objectif est trop vaste. Afin de cerner plus précisément la demande de Madame, pourquoi ne pas poser ces questions :

- Comment vous sentez-vous dans votre situation actuelle ?
- Quel changement voudriez-vous opérer ?
- Comment pensez-vous vous sentir une fois le changement opéré ?
- Quel est le confort de votre situation actuelle ?
- Quel est l'inconfort de votre situation actuelle ?
- Quel serait le confort de la situation souhaitée ?
- Quel serait l'inconfort de la situation souhaitée ?

Ces questions permettraient de cibler davantage les problématiques corporelles de Mme C, raisons pour lesquelles le médecin psychiatre a indiqué un bilan psychomoteur en vue d'une potentielle prise en charge.

5. Réflexions autour du concept d'estime de soi en psychomotricité

Pour des questions de respect du décret d'acte, une prise en charge psychomotrice ne peut être envisagée dans le seul but du renforcement de l'estime de soi. L'indication concerne les différents champs d'action du psychomotricien, mais la question de l'estime de soi est abordée en filigrane.

La place du psychomotricien :

Il est important de faire preuve d'honnêteté intellectuelle en ne prenant pas en charge un patient dans l'unique but de renforcer son estime de soi. Un problème d'estime de soi ne justifie pas à lui seul une prise en charge en psychomotricité, d'où l'importance d'effectuer un bilan psychomoteur pour en constituer les limites. Sans ces dernières, jusqu'où pourrait aller la prise en charge ayant pour seul but le renforcement de l'estime de soi ? Par ailleurs, l'estime de soi a-t-elle une limite ? C.Potel (2019), évoque l'enjeu du « coaching » : le psychomotricien doit éviter les malentendus et être vigilant à la demande initiale du patient qui pourrait, de manière inconsciente, être à la recherche d'une prise en main. Il doit garder son fil conducteur, ses apports théoriques et ses outils techniques.

L'influence sociale :

En tant que psychomotricien, peut-on avoir un impact sur l'estime de soi alors que les réseaux sociaux promeuvent constamment des images relevant du rêve, de l'utopie ? Que révèle l'attrait excessif d'une personne qui passe énormément de temps à regarder des influenceurs ? Par quels contenus sont-ils attirés ? Leur train de vie luxueux, leur contexte familial, leurs activités insolites ou leur aspect physique ? Cherchent-ils à se reconnaître dans certains aspects, ou est-ce une façon de s'évader de leur propre vie ?

Il suffit de rentrer « estime de soi et réseaux sociaux » dans un moteur de recherche pour voir de nombreux articles alarmants sur leurs liens néfastes. Moins présents sur les réseaux sociaux, a fortiori sur ceux où l'apparence règne (comme Instagram), les adultes sont moins à risque que les jeunes. E. Godard dans son livre « *Je selfie donc je suis, Les métamorphoses du moi à l'ère du virtuel* », démontre que la publication sur les réseaux sociaux est un moyen de chercher le regard de l'autre pour se rassurer : « on s'y tourne volontiers quand on doute de soi » (E. Godard, 2016 ; dans Sejournet, 2020). Or, « le regard des autres ne suffit pas à développer l'estime de soi, ça n'en est en réalité qu'une petite composante » (F. Fanget, 2006 ; dans Sejournet, 2020). Ce n'est malheureusement pas une solution puisque « en postant de plus en plus de photos de soi, en recherchant continuellement le regard de l'autre, à lui plaire, on ne fait qu'accroître les failles narcissiques existantes » (E. Godard, 2016 ; dans Sejournet, 2020)

Les standards corporels féminins et masculins véhiculés par la société d'aujourd'hui participent à alimenter les complexes. L'estime de soi et ses dérèglements peuvent être

largement sous la dépendance de ces influences sociales. L'étude de Patrick et al. (2004 ; dans André 2009) montre le rôle toxique des publicités sur l'estime de soi des femmes, notamment celles qui accordent de l'importance à leur apparence physique et qui en sont insatisfaites. « De nos jours, il semble plus difficile de s'estimer si l'on n'est pas jeunes, riches et beau » (André, 2009). Cultiver les autres vertus pour se détacher des lois de la génétique et de la transmission semble moins important, notamment pour cette jeunesse des temps modernes.

Le domaine psychiatrique :

Dans ce mémoire, je n'ai pas évoqué les troubles psychiatriques et les effets possibles sur l'estime de soi. Pour des raisons cliniques, je me suis contentée d'aborder les traumatismes et leurs liens avec l'estime de soi. Néanmoins, nous pouvons nous poser la question de l'estime de soi pour les patients souffrant de troubles psychiatriques. Dans quelle mesure peut-on prendre en considération l'estime de soi ? Un trouble psychiatrique peut-il être directement associé à une faible estime de soi ? Ou à l'inverse, certains troubles psychiatriques mettent-ils à l'abri d'un trouble de l'estime de soi ?

Une étude révèle qu'il y aurait une corrélation entre le niveau d'insight (le degré de conscience du trouble psychiatrique), l'estime de soi et le vécu dépressif. Ces résultats attestent la nécessité pour les cliniciens de prendre systématiquement en compte les risques dépressogènes pouvant découler de stratégies thérapeutiques visant un accroissement de l'insight. Si l'altération de l'estime de soi et les symptômes dépressifs en sont des conséquences potentielles, il est alors pertinent d'agir de manière préventive par le biais des médiations psychocorporelles (Bouvet et al., 2010).

Traitements pharmacologiques :

Tout comme il n'existe pas de pilule de bonheur, il n'y a pas de médicament pour renforcer l'estime de soi. En revanche, l'estime de soi peut se trouver améliorée indirectement par la prise d'anti-dépresseurs en agissant sur le moral d'une personne déprimée ou en apaisant les angoisses des personnes phobiques. Dans le livre de P. Kramer « *Prozac : le bonheur sur ordonnance ?* » est mentionné l'hypothèse que les sérotoninergiques (une famille d'antidépresseurs) pouvaient avoir un effet sur l'estime de soi. Cela demande encore confirmation.

Conclusion

Ce travail universitaire avait pour ambition de mesurer la pertinence d'une prise en charge psychomotrice visant à renforcer l'estime de soi d'adultes traumatisés par la violence conjugale.

Pour ce faire, il m'a fallu en premier lieu retracer les éléments inhérents à l'ébauche et à la construction de l'estime de soi, puis, en second lieu, définir la notion de traumatisme. En mettant en évidence les répercussions du traumatisme, il convenait de s'intéresser aux médiations psychocorporelles.

La clinique du traumatisme s'exprime dans les dimensions tonico-motrices, sensorielles et perceptives. L'entrave à l'intégrité corporelle et psychique de la victime impacte ses sphères affectives, sociales, et corporelles induisant des bouleversements dans son rapport à elle-même et à autrui. Cette rupture psychocorporelle témoigne du remodelage de l'image du corps et peut engendrer des symptômes anxieux et dépressifs, aggravant l'altération de l'estime de soi. Ces phénomènes psychologiques peuvent être atténués au moyen de verbalisations, associées aux thérapies à médiation corporelle.

Faisant partie des dimensions les plus fondamentales de notre personnalité, renforcer l'estime de soi peut être moteur à de nombreux changements et progrès, et participe au mécanisme de résilience. Dans le cas de patient traumatisés, un travail sur l'estime de soi peut permettre de prendre conscience des ressources internes de la personne pour mieux appréhender et gérer la dépression et l'anxiété. Bien que le renforcement de l'estime de soi soit le but direct ou indirect de toute psychothérapie, la psychomotricité a la particularité de donner la parole au corps. La pratique psychomotrice se doit donc d'inclure l'estime de soi dans les propositions touchant à l'authenticité de ce qu'est la personne dans son corps.

« L'essentiel de la thérapie c'est percevoir, nommer et identifier ce qui se passe en soi, c'est le premier pas vers la guérison » (Van der Kolk, 2019). Dans le cas d'un patient traumatisé à faible estime de soi, la thérapie psychomotrice vise à recentrer la victime sur elle-même et ses ressentis. Cette approche s'articule alors autour de la renarcissisation. Que ce soit à travers la relaxation, le toucher thérapeutique ou la méditation en pleine conscience, la thérapie psychomotrice permet au patient de développer une meilleure régulation émotionnelle, une

meilleure habitation de son corps et implique, de facto, une façon plus satisfaisante d'être au monde.

Pour ce mémoire, j'avais pour objectif de m'appuyer sur la clinique de Madame C. pour faire lien avec ma théorie. Avec ma maître de stage, il était convenu que je sois autonome dans cette prise en charge. Malheureusement, j'ai seulement pu élaborer le projet de soin en psychomotricité et préparer la première séance psychomotrice. Le changement d'unité provoqué par la dernière TS de Madame a empêché de manière provisoire le déroulé du suivi. Le changement de diagnostic a ensuite interrompu précocement la prise en charge en psychomotricité.

A l'heure actuelle, mes hypothèses concernant les liens entre les éléments cliniques et le traumatisme sont faussés. Bien que le corps ne mente pas, l'origine de l'hypertonie de Madame ne semble plus pouvoir être attribué à son vécu traumatique.

Dans un but d'amélioration du rapport au corps de cette population étudiée, il serait intéressant d'approfondir l'effet de la pleine conscience sur les notions de Corps Perçu, Vécu et Représenté d'Ajuriaguerra.

Annexes

Annexe n°1 : « le repérage des pensées autocritiques » (Fennell, 2021, p. 101)

Date/heure	Situation Que faisiez-vous et ou étiez-vous quand vous avez commencé à vous sentir mal par rapport à vous-même ?	Emotions et sensations physiques (ex : tristesse, colère, culpabilité). Evaluez de 0 à 100 l'intensité	Pensées autocritiques Qu'est-ce qui vous est venu à l'esprit quand vous avez commencé à vous sentir <i>[sic]</i> par rapport à vous-même ? (ex : des pensées en mots, des images). Evaluez de 0 à 100% le degré de conviction	Comportement auto-destructeur Qu'avez-vous fait à la suite de votre pensée autocritique ?

Annexe n°2 : « lutter contre les pensées auto-critiques » (Fennell, 2021, p. ??)

Date/heure	Situation	Emotions et sensations physiques Evaluer l'intensité de 0 à 100	Pensées autocritiques Evaluer de 0 à 100% le degré de conviction	Perspectives alternatives Utiliser les questions clés pour trouver d'autres alternatives. Evaluer de 0 à 100% le degré de conviction	Résultat 1. Maintenant que vous avez trouvé des alternatives à vos pensées autocritiques, comment vous sentez-vous (0-100) ? 2. A quel point croyez-vous maintenant en vos pensées autocritiques (0-100%) ? 3. Qu'est-ce que vous pouvez faire ? (plan d'action, expérimentations)

Annexe n°3 : « Bilan psychomoteur du Trouble de Stress Post-Traumatique » (Défontaine, 2019)

Item psychomoteur	Tests	Observation psychomotrice
Initiative motrice	Equilibre statique/dynamique Marche, Course	Item perturbé par la présence d'une hyper vigilance, une hypertonie avec posture défensive ou une impulsivité
Fonction tonique	Extensibilité, ballant Epreuve des bras tendus	Demander l'accord pour la prise de contact est indispensable. Impulsivité entravant le relâchement musculaire Hypertonie de l'axe et des membres avec résistance aux mouvements d'extension Trouble de la régulation tonique avec lien avec les dysphorie émotionnelles
Schéma corporel, Image du corps	Conscience corporelle spontanée, somatognosie. Test d'imitation de gestes de Berges Lézine Dessin du bonhomme	Impulsivité et instabilité avec difficulté d'accès à la conscience corporelle. Surinvestissement des zones de surface ou des canaux sensoriels. Défaut d'intégration de l'arrière du corps. Dévalorisation de l'image du corps par le sentiment de culpabilité ou de honte.
Structuration spatiale	Marche, course Pas comptés de Marthe Vyl	Impact de l'hypervigilance sur l'appréhension de l'espace, notamment lointain. Besoin de maîtriser l'espace environnement [<i>sic</i>], notamment l'espace arrière
Structuration temporelle	Reproduction de tempo spontané, reproduction d'un rythme simple et complexe de Mira Stamback. Organisation du quotidien	Réactivité à une stimulation sonore. Impulsivité. Difficulté d'adaptation au changement de rythme. Rythme nyctéméral perturbé, cycle du sommeil. Rituels.
Fonctions cognitives	Attention, concentration, mémoire	Impact de l'hypervigilance, des troubles du sommeil. Attention accrue pour certains flux sensoriels au détriment des capacités cognitives plus intégratives. Fatigabilité.

IRBMS

Institut Régional du Bien-être,
de la Médecine et du Sport Santé
WWW.PSYCHOLOGIEDUSPORTIF.FR
WWW.IRBMS.COM - NORD-PAS-DE-CALAIS

Rubrique : Echelle d'Evaluation

Echelle d'Estime de Soi de Rosenberg

Par Nathalie Crépin et Florence Delerue

L'estime de soi est définie comme le jugement ou l'évaluation que l'on fait de soi-même, de sa valeur personnelle. De façon plus simple, l'estime de soi peut-être également assimilée à l'affirmation de soi. L'estime de soi est un facteur essentiel dans la performance sportive. (Voir article : « encore une erreur d'arbitrage ou comment maintenir une estime de soi positive... »)

En répondant à ce test, vous pourrez ainsi obtenir une évaluation de votre estime de soi.

Pour chacune des caractéristiques ou descriptions suivantes, indiquez à quel point chacune est vraie pour vous en encerclant le chiffre approprié.

Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
1	2	3	4
1. Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre			1-2-3-4
2. Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.			1-2-3-4
3. Tout bien considéré, je suis porté à me considérer comme un raté			1-2-3-4
4. Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens			1-2-3-4
5. Je sens peu de raisons d'être fier de moi.			1-2-3-4
6. J'ai une attitude positive vis-à-vis moi-même.			1-2-3-4
7. Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi.			1-2-3-4
8. J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même			1-2-3-4
9. Parfois je me sens vraiment inutile.			1-2-3-4
10. Il m'arrive de penser que je suis un bon à rien.			1-2-3-4

Comment évaluer votre estime de soi ?

Pour ce faire, il vous suffit d'additionner vos scores aux questions **1, 2, 4, 6 et 7**.

Pour les questions **3, 5, 8, 9 et 10**, la cotation est inversée, c'est-à-dire qu'il faut compter 4 si vous entourez le chiffre 1, 3 si vous entourez le 2, 2 si vous entourez le 3 et 1 si vous entourez le 4.

Faites le total de vos points. Vous obtenez alors un score entre 10 et 40.

L'interprétation des résultats est identique pour un homme ou une femme.

Si vous obtenez un **score inférieur à 25**, votre estime de soi est très faible. Un travail dans ce domaine semble souhaitable.

Si vous obtenez un **score entre 25 et 31**, votre estime de soi est faible. Un travail dans ce domaine serait bénéfique.

Si vous obtenez un **score entre 31 et 34**, votre estime de soi est dans la moyenne.

Si vous obtenez un **score compris entre 34 et 39**, votre estime de soi est forte.

Si vous obtenez un **score supérieur à 39**, votre estime de soi est très forte et vous avez tendance à être fortement affirmé.

Annexe n°5 : QSCPGS (Evers & Verbanck, 2010)

NOM : Prénom : Date :

Age : Sexe :

Situez-vous en entourant le chiffre entre les 2 propositions à l'endroit correspondant à l'état qui vous décrit le mieux **en ce moment précis** :

0 = ni l'un ni l'autre, entre les deux,
1 = très peu,
2 = peu,
3 = moyennement,
4 = fort,
5 = très fort

vous considérez votre corps comme		
1. en mauvaise santé	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	en bonne santé
2. attirant	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	repoussant
3. source de plaisir	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	source de déplaisir
4. pur	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	impur
5. craintif	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	audacieux
6. féminin	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	masculin
7. froid, indifférent	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	chaleureux, tendre
8. montrant la colère	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	montrant la paix
9. calme, serein	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	nerveux, tendu
10. vieux	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	jeune
globalement vous vous sentez		
11. faible	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	fort(e)
12. joyeux(se)	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	triste
13. vide	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	plein(e)
14. tout à fait libre	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	pas du tout libre
15. inférieur(e)	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	supérieur(e)
16. fatigué(e)	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	reposé(e)
17. valorisé (e)	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	dévalorisé (e)
18. impatient(e)	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	patient(e)
19. négligé(e)	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	soigné(e)
20. bien	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	mal

Bibliographie

- Akian, M., Beloucif, A., Chedot, F., Dias Da Silva, L., Moreira, O., Hamard Maurin, C., & Vallée, F. (2019). Psychomotricité et psychotraumatisme groupe de lecture et d'analyse n°2.
https://associationpp.fr/medias/accompagnement_psychotraumatisme.pdf
- André, C. (2005). L'estime de soi. *Recherche en soins infirmiers*, 82(3), 26-30.
<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2005-3-page-26.htm>
- André, C. (2009). *Imparfaits, libres et heureux : Pratiques de l'estime de soi*. Odile Jacob poches.
- André, C., & Lelord, F. (2008). *L'estime de soi : S'aimer pour mieux vivre avec les autres* (Nouvelle éd.). Odile Jacob.
- Andrews, B., & Brown, G. W. (1995). Stability and change in low self-esteem : The role of psychosocial factors. *Psychological Medicine*, 25(1), 23-31.
<https://doi.org/10.1017/S0033291700028051>
- Aoudia, M. A. (2020). Évaluations cliniques en psychotraumatologie. In *Psychotraumatologie en 51 notions* (Dunod, Vol. 3). Dunod. <http://www.cairn.info/psychotraumatologie--9782100793327-page-185.htm>
- Augé, L., & Moreno Charlannes, N. (2019). Psychomotricité et psychotraumatisme groupe de lecture et d'analyse n°1. *Projet Extra Académique de l'ISRP*.
https://associationpp.fr/medias/trauma_et_mecanismes_defense.pdf

- Baguet, A. (2019). *Un regard psychomoteur sur les victimes de violences conjugales*.
[Mémoire de psychomotricité, Faculté de médecine sorbonne Université].
Dumas.ccsd.cnrs.fr. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02271113/document>
- Békier, S., Beloucif, A., Bourger, P., Défontaine, D., Dias Da Silva, L., Gatecel, A., Pain, A.,
Pireyre, E., Pitteri, F., Raynal, N., Saint-Cast, A., Scialom, P., & Tréhel, G. (2016).
Espt et psychomotricité. https://associationpp.fr/medias/espt_et_psychomotricite.pdf
- Bioy, A., & Bachelart, M. (2010). The therapeutic alliance : Background, research and clinics.
Perspectives Psy, 49(4), 317-326. <http://www.cairn.info/revue-perspectives-psy-2010-4-page-317.htm>
- Bouvet, C., Ettaher, N., & Diot, E. (2010). Insight, dépression, estime de soi et satisfaction de
vie chez des personnes souffrant de schizophrénie. *L'Évolution Psychiatrique*, 75(3),
471-483. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2010.04.010>
- Campbell, J. D. (1990). *Self-Esteem and Clarity of the Self-Concept*. volume 59(No.3),
538-549.
- Conseil de l'Europe (2011), Convention sur la prévention et la lutte contre la violence à
l'égard des femmes et la violence domestique. Istanbul. https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/convention_du_conseil_de_l_europe.pdf
- Daligand, L. (2019). Chapitre III. Le cycle de la violence. *Les violences conjugales*. 2^e éd :
Que sais-je?, (pp. 62-85).
- Dany, L., & Morin, M. (2010). Image corporelle et estime de soi : Étude auprès de lycéens
français. *Bulletin de psychologie*, 509(5), 321-334. <http://www.cairn.info/revue-bulletin-de-psychologie-2010-5-page-321.htm>

- Defontaine, D. (2018). Troubles psychiques post-traumatiques. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (pp. 614-618). De Boeck Supérieur. <http://www.cairn.info/manuel-d-enseignement-de-psychomotricite--9782353273690-page-614.htm>
- Défontaine, D. (2019). Chapitre 25. Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) et le travail du psychomotricien. In *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices* (pp. 337-345). Dunod. <http://www.cairn.info/le-grand-livre-des-pratiques-psychomotrices--9782100798940-page-337.htm>
- Dunker Scheuner, D., & Rossier, V. (2014). *Les états « modifiés » de conscience*. 52, 18-22.
- Educa Santé. (2021). *L'estime de soi dans la psychologie sociale*. Estime de soi estime des autres. <http://www.estimesoietdesautres.be/cooley.html>
- Enquête « Cadre de vie et sécurité » 2012-2019 - INSEE-ONDRP-SSMSI. (2019). *Les chiffres de référence sur les violences faites aux femmes / Arrêtons les violences*. https://arretonslesviolences.gouv.fr/je-suis-professionnel/chiffres-de-reference-violences-faites-aux-femmes#lobservatoire_national_des_violences_faites_aux_femmes1
- Evers, L., & Verbanck, P. (2010). Création d'un questionnaire de satisfaction corporelle et de perception globale de soi : Le QSCPGS. Recherche de normes et début de validation. *L'Encéphale*, 36(1), 21-27. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2008.12.008>
- Fennell, M. (2021). *Surmonter la faible estime de soi*. Dunod.
- Fennell, M., & Segal, Z. V. (2019). Chapitre 2. La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience : Choc des cultures ou fusion créative ? In *Forces et bienfaits de la pleine*

- conscience* (p. 29-48). De Boeck Supérieur. <http://www.cairn.info/forces-et-bienfaits-de-la-pleine-conscience--9782807322202-page-29.htm>
- François, V. (2015). *La démarche scientifique pour restaurer l'estime de soi : Une expérimentation adaptée en CLIS* [Université des Antilles et de la Guyane].
https://data.over-blog-kiwi.com/0/87/68/23/20190513/ob_7ec77b_une-experimentation-adapte-e-en-cli.pdf
- Guédeney, N. (2011a). Les racines de l'estime de soi : Apports de la théorie de l'attachement: *Devenir, Vol. 23*(2), 129-144. <https://doi.org/10.3917/dev.112.0129>
- Guédeney, N. (2011b). Summary. *Devenir, 23*(2), 129-144. <https://www.cairn.info/revue-devenir-2011-2-page-129.htm>
- Hanson, H. R., Baud, I. R., & Girard, J. (2008). Violencia maritales y domesticas : Autonomia y dependencia en sistema terapeutico. *Therapie Familiale, 29*(4), 447-457. DOI 10.3917/tf.084.0447
- Jeannerod, M. (2010). De l'image du corps à l'image de soi. *Revue de neuropsychologie, 2*(3), 185-194. <https://doi.org/10.3917/rne.023.0185>
- Joly, V. (2021). Patients et Alliance thérapeutique : Comment faire? *Psy à Paris*.
<https://psyaparis.fr/alliance-therapeutique-patient/>
- Josse, É., Crocq, L., & De Soir, E. (2019). *Le traumatisme psychique chez l'adulte* (2e éd., révisée et augmentée). De Boeck supérieur.
- Kédia, M. (2020). 16. Violences conjugales. *Psychotraumatologie* (Vol. 3). (pp. 150-159) Dunod. <http://www.cairn.info/psychotraumatologie--9782100793327-page-150.htm>

- Laforge, R. (1950). *Psychopathologie de l'échec*. Ed. Payot.(pp.1-15)
- Le Maléfan, P., & Coq, J.-M. (2015). L'instant du traumatisme. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 173(2), 180-185.
<https://doi.org/10.1016/j.amp.2014.07.013>
- L'Écuyer, R. (1994). *Le développement du concept de soi : De l'enfance à la vieillesse*. les Presses de l'Université de Montréal. (pp.24-50)
- Magne, H., Delbreil, A., Gambier, M., Goutaudier, N., Jaafari, N., & Voyer, M. (2021). La croissance post-traumatique chez les victimes de violences conjugales : Une étude pilote dans la Vienne. *L'Encéphale*. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2021.04.001>
- Miermon, A., Benois-Marouani, C., & Jover, M. (2015). Chapitre 2. Le développement psychomoteur. In *Manuel d'enseignement en psychomotricité tome 1 (pp.17-87)*. De Boeck Supérieur.
- Ministère de la santé et des sports (2010). Referentiel d'activité : Diplôme d'Etat de Psychomotricien. <https://docplayer.fr/14866509-Diplome-d-etat-psychomotricien-referentiel-d-activites.html>
- Moyano, O. (2004). Les récits « à propos du corps » dans les pathologies limites de l'enfant. Présentation d'un protocole clinique. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 52(8), 515-522.
- Patrick, H., Neighbors, C., & Knee, C. R. (2004). Appearance-related social comparisons : The Role of contingent self-esteem and self-perceptions of attractiveness. *Personality*

and Social Psychology Bulletin, 30, 501-514. <https://doi.org/DOI:>

10.1177/0146167203261891

Paumel, C. (2019). Chapitre 15. Notion d'identité psychomotrice et paradigme d'évaluation complexe de l'adolescent et du jeune adulte : État des lieux d'une recherche. In *Etre psychomotricien : Un métier du présent, un métier d'avenir* (pp. 280-307).Éres.
<http://www.cairn.info/etre-psychomotricien--9782749264264-page-280.htm>

Pierron, É. R. (2019). *Impact d'un groupe d'affirmation de soi en SSR d'addictologie : Stratégies de coping, attachement et estime de soi*. [Thèse de médecine, Université de Caen Normandie].[dumas.ccsd.cnrs.fr](https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02500097/document). <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02500097/document>

Pireyre, É. W. (2015). Chapitre 15. Vers un bilan psychomoteur de l'image du corps. In *Clinique de l'image du corps*. (pp. 187-197). Dunod. <http://www.cairn.info/clinique-de-l-image-du-corps--9782100721863-page-187.htm>

Pireyre, É. W. (2021). Chapitre 1 : Définitions. In *Clinique de l'image du corps* (Vol. 3, pp. 11-32). Dunod. <http://www.cairn.info/clinique-de-l-image-du-corps--9782100794911-page-11.htm>

Plociniak, L. (2015). *La psychomotricité auprès de la personne âgée démente anxieuse en EHPAD: les médiations bain et toucher thérapeutique comme supports de l'accompagnement* [Mémoire de psychomotricité, Université de Bordeaux].
dumas.ccsd.cnrs.fr. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01195842/document>

Potel, C. (2019). *Être psychomotricien : Un métier du présent, un métier d'avenir* (Nouvelle éd. augmentée). Éres.

- Pourette, D. (2003). Des mots aux mots. Les violences conjugales en Polynésie française. *In : Gradhiva : revue d'histoire et d'archives de l'anthropologie*. 33, 77-84.
https://www.persee.fr/doc/gradh_0764-8928_2003_num_33_1_1309
- Reignoux, C. (2012). Créativité et relation. In *La psychomotricité relationnelle* (pp. 37-42). EDP Sciences. <http://www.cairn.info/la-psychomotricite-relationnelle--9782842541668-page-37.htm>
- Robert-Ouvray, S., & Servant-Laval, A. (2015). Chapitre 5 : Le tonus et la tonicité. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité tome 1*. (pp.161-201). De Boeck Supérieur.
- Rousseau-Salvador, C., & Louvel, J.-P. (2019). Chapitre 31. L'accompagnement du patient douloureux. In *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices* (pp. 391-400). Dunod.
<http://www.cairn.info/le-grand-livre-des-pratiques-psychomotrices--9782100798940-page-391.htm>
- Sabouraud-Séguin, A. (2020). Trouble de stress post-traumatique. In *Psychotraumatologie en 51 notions* (Dunod, Vol. 3). Dunod. <http://www.cairn.info/psychotraumatologie--9782100793327-page-217.htm>
- Saint-Cast, A., Dieuleveult, M.-A. de, Camaret, É., Chadzynski, D., Kloeckner, A., Meurin, B., & Rocher, M.-A. (2018). Chapitre 20. Les bilans psychomoteurs. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (po. 315-338). De Boeck Supérieur.
<http://www.cairn.info/manuel-d-enseignement-de-psychomotricite--9782807321311-page-315.htm>

- Salomon, J.-F., Famose, J.-P., & Cury, F. (2005). Les stratégies d'auto-handicap dans le domaine des pratiques motrices : Valeur prédictive de l'estime de soi et des buts d'accomplissement. *Bulletin de psychologie*, 475(1), 47-55.
- Sejournet, C. (2020). *Instagram fragilise-t-il l'estime de soi ?* Psychologies.com.
<https://www.psychologies.com/Moi/Se-connaître/Estime-de-soi/Articles-et-Dossiers/Instagram-fragilise-t-il-l-estime-de-soi>
- Sibertin-Blanc, D., & Vidailhet, C. (2003). De l'effraction corporelle à l'effraction psychique > From corporeal to psychological break-in. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. (51)4
- Steinhauser, A., Corre, M. L., Gaucher, O., Fradet, M., Greslan, T. D., Defontaine, D., Bonnotte, L., & Lequenne, F. (2018). Chapitre 19. Adaptation de l'évaluation psychomotrice à des populations spécifiques. *Manuel d'enseignement de psychomotricité, tome 1*. De Boeck Supérieur. <http://www.cairn.info/manuel-d-enseignement-de-psychomotricite--9782807321311-page-275.htm>
- Suls, J., Lemos, K., & Stewart, H. L. (2002). Self-esteem, construal, and comparisons with the self, friends, and peers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(2), 252-261.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.82.2.252>
- Van der Kolk, B. (2019). *Le corps n'oublie rien : Le cerveau, l'esprit et le corps dans la guérison du traumatisme*. Albin Michel. (pp. 1-375)
- Vincent, F. (2019). chapitre 4. Le bilan psychomoteur sous toutes ses formes. In *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices* (pp. 39-48). Dunod. <http://www.cairn.info/le-grand-livre-des-pratiques-psychomotrices--9782100798940-page-39.htm>