



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>



UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD LYON 1
INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA READAPTATION

Directeur de l'Institut des Sciences et Techniques de la Réadaptation

Professeur Yves MATILLON

Un pas vers soi... une ouverture à l'autre

*La danse dans le soin psychomoteur en service de psychiatrie adulte :
un chemin vers l'altérité*

**Mémoire présenté pour l'obtention
Du diplôme d'État de Psychomotricien**

Par : Rachmuhl Lyla

Juin 2013

N° 1185

Directeur du Département Psychomotricité

Jean Noël BESSON

1. Université Claude Bernard Lyon1

Président Pr. GILLY François-Noël	Vice-président CEVU M. LALLE Philippe
Vice-président CA M. BEN HADID Hamda	Vice-président CS M. GILLET Germain
Directeur Général des Services M. HELLEU Alain	

1.1 Secteur Santé :

U.F.R. de Médecine Lyon Est Directeur Pr. ETIENNE Jérôme	Pr. GILLY François Noël U.F.R d'Odontologie Directeur Pr. BOURGEOIS Denis
U.F.R de Médecine et de maïeutique - Lyon-Sud Charles Mérieux Directeur Pr. KIRKORIAN Gilbert	Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques Directeur Pr. VINCIGUERRA Christine
Comité de Coordination des Etudes Médicales (C.C.E.M.)	Institut des Sciences et Techniques de Réadaptation Directeur Pr. MATILLON Yves
	Département de Formation et Centre de Recherche en Biologie Humaine Directeur Pr. FARGE Pierre

1.2 Secteur Sciences et Technologies :

U.F.R. de Sciences et Technologies Directeur M. DE MARCHI Fabien	DESCHAMPS Véronique Observatoire Astronomique de Lyon M. GUIDERDONI Bruno
U.F.R. de Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (S.T.A.P.S.) Directeur M. COLLIGNON Claude	IUFM Directeur M. BERNARD Régis
Institut des Sciences Financières et d'Assurance (I.S.F.A.) Directeur Pr MAUME-	Ecole Polytechnique Universitaire de Lyon (EPUL) Directeur M. FOURNIER Pascal
	Ecole Supérieure de Chimie Physique Electronique de Lyon (CPE) Directeur M. PIGNAULT Gérard IUT LYON 1 Directeur M. VITON Christophe

Une belle révérence...

À Madame Jacquier, ma maître de mémoire

À toute l'équipe du CATJ

À Arielle, ma superviseuse, pour sa qualité d'écoute, sa compréhension et la finesse de son travail tout au long de mon stage.

À cette formation de psychomotricité qui m'a fait tant grandir

Une valse à 1000 temps...

À ma famille et surtout à mes parents et à mes grands-parents pour leurs nombreuses relectures, leurs encouragements et leur curiosité toujours renouvelée

Un kuduro...

Avec mes deux acolytes de Lyon, Aurore et Lucile, pour avoir supporté mes sautes d'humeur, dissipé mes doutes et pour tous les moments inoubliables partagés ensemble

Un entrechat...

Pour Laurine et Christiane qui m'ont tant appris

Un pas de deux...

Avec la danse, fidèle compagne, qui a nourri ma réflexion dans ce mémoire

Avec Toi, qui malgré la distance et les aléas de la vie, est toujours présent pour moi

« Depuis la mollesse d'une éponge mouillée
jusqu'à la dureté d'une pierre ponce,
il y a des nuances infinies. Voilà l'homme. »

Honoré De Balzac

SOMMAIRE

INTRODUCTION p.8

PREMIÈRE PARTIE :

LES OPPOSÉS, UNE EXPÉRIENCE STRUCTURANTE

Introduction	p.11
I/Première polarité : hypertonie segmentaire/hypotonie axiale	p.11
II/La polarité tension/détente	p.12
III/Le rythme intégrateur d'opposés	p.15
IV/L'enroulement initial conditionne le déploiement	p.16
V/La construction des axes corporels	p.19
VI/Le stade de l'ambivalence psychocorporelle	p.22
Conclusion	p.23

DEUXIÈME PARTIE :

CHRISTIANE ET LAURINE

I/Le Centre d'Action Thérapeutique de Jour	p.26
II/Christiane : « Quand la couleur est à sa richesse, la forme est à sa plénitude »	p.27
1/Description clinique	p.27
2/Anamnèse	p.27
3/Histoire de la maladie	p.28
4/Projet de soin au CATJ	p.29
5/Observations psychomotrices	p.29

6/Le groupe « Psychomotricité »	p.30
7/De la fermeture initiale....	p.32
7.1/ <i>Les premières séances autour du média ballon</i>	p.32
7.2/ <i>Le rituel de fin</i>	p.32
8/ ...à l'ouverture progressive	p.33
8.1/ <i>Un retour au sol ressourçant ?</i>	p.33
8.2/ <i>La structure dansée ouverture/fermeture</i>	p.34
8.3/ <i>Comment redescendre ?</i>	p.35
8.4/ <i>Le blanc de l'Afrique</i>	p.36
8.5/ <i>Nous partons en voyage</i>	p.37
8.6/ <i>Le tissu : un soutien au mouvement</i>	p.38
Conclusion	p.40
 III/Laurine:du nous au jeu	 p.42
1/Contexte du suivi en psychomotricité	p.42
2/Anamnèse	p.43
3/Description clinique	p.45
4/Le bilan psychomoteur	p.45
5/Le projet de soin	p.46
6/Le cadre des séances	p.47
7/De l'anesthésie sensorielle au réveil des sensations	p.47
7.1/ <i>Le dur et le mou</i>	p.48
7.2/ <i>Le dedans et le dehors</i>	p.49
8/Espace direct et espace indirect : l'espace du jeu	p.50
8.1/ <i>Le cercle</i>	p.50
8.2/ <i>La ligne droite</i>	p.52
9/De la tension à la détente	p.53
10/Le haut et le bas du corps	p.53
11/De la fusion à la différenciation	p.54
12/Vers l'intermédiaire ?	p.55
Conclusion	p.56

TROISIÈME PARTIE :
AUX PRÉMICES DE L'ALTÉRITÉ

Introduction	p.58
I/La connaissance de soi précède la reconnaissance de l'autre	p.59
1/Déjà « être »...	p.59
2/Le psychomotricien et l'empathie	p.60
II/Le rythme : un soutien au mouvement d'ouverture à l'autre	p.60
1/Rythme interne, rythme externe, rythme groupal	p.60
2/Le psychomotricien et le rythme	p.63
III/De droite à gauche, d'avant en arrière, de soi à l'autre : quel mouvement ?	p.64
1/Le balancement	p.64
2/Le « corps modèle » du psychomotricien	p.66
IV/L'espace du dedans, du dehors, du nous, du je	p.67
1/La kinesphère	p.67
2/Le psychomotricien et l'espace	p.69
V/Du jeu <i>entre nous</i>	p.70
1/Le jeu en danse	p.70
2/« Jouer » un paradigme en psychomotricité	p.72
Conclusion : quand la danse rencontre la psychomotricité	p.73
 CONCLUSION	p.75
 RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	p.76

INTRODUCTION

Rigidité et immuabilité sont les deux mots qui se sont imposés à moi dès le premier jour de mon stage au Centre d'Action Thérapeutique de Jour (CATJ). S'agissant d'un stage en supervision, j'ai eu du temps pour m'imprégner du fonctionnement de l'institution et pour observer les patients avant d'avoir mes propres suivis. J'ai tout de suite été frappée par la manière dont les patients psychotiques habitent leur corps. Comme si la maladie psychiatrique en sidérant le psychisme venait figer le corps ainsi que toutes les fonctions inhérentes à ce dernier comme se déplacer, s'adresser à, organiser son geste dans le but de réaliser une action... Toutes les capacités de variation et de modulation du corps pour trouver différentes positions intermédiaires, mais aussi les facultés à modérer, moduler, accepter, écouter, nuancer semblent faire défaut chez ces patients et notamment chez Christiane et Laurine.

Au regard de cette observation clinique, j'ai eu envie de proposer à Christiane et Laurine de faire l'expérience des « opposés » (grand/petit, doucement/vite...) en appui sur les théories du développement psychomoteur de l'enfant, pour les aider à visiter différents états corporels, psychiques et sortir de cette rigidité aliénante. En effet, les opposés, en venant s'appuyer sur deux extrêmes, permettent d'accéder à une bipolarité là où la manière d'être et de se présenter au monde est figée chez ces patientes.

D'un point de vue anthropologique, l'Homme est en permanence soumis aux opposés. Au sein de la plus petite cellule humaine des phénomènes d'*attractions* et de *répulsions*, d'*inhibitions* et de *stimulations* ont lieu en continu pour tendre vers une homéostasie. Dans la philosophie chinoise, le signe du Yin et du Yang symbolise tous les opposés dont dépendent l'Homme et le cosmos ; ces opposés sont complémentaires. En occident, un fort dualisme a longtemps opposé le corps et l'esprit. Le mot *psychocorporel*, si souvent utilisé en psychomotricité, en accolant deux termes *a priori* opposés n'est-il pas le reflet d'une volonté d'unifier le corps et l'esprit ? Et d'ailleurs, il n'y a pas si longtemps que notre discipline s'écrit en un seul mot et que le « psycho » n'est plus séparé par un tiret de « motricité ». Revenons justement à la psychomotricité...

Comment de la *tension* accéder à la *détente* ? Comment discriminer le *grand* du *petit* ? Comment construire le *haut* du corps pour ensuite prendre conscience du *bas* ? Comment de la *fermeture* initiale amorcer un mouvement d'*ouverture* ?

Toutes ces questions ont pris sens dans le soin avec Christiane et Laurine et ont sous-tendu et étayé celle de l'altérité, c'est-à-dire de la reconnaissance de soi et de l'autre.

Comment favoriser l'émergence de l'altérité à travers l'expérimentation des opposés par le média danse dans le soin psychomoteur ?

À l'image du Yin et du Yang, c'est la danse dans le soin psychomoteur qui a permis un mouvement de va-et-vient, d'aller et retour entre les opposés en créant des passerelles entre deux états extrêmes favorisant alors une prise en compte de l'autre. Dans ce mémoire, j'utiliserais plusieurs termes pour parler des opposés, qui ont tous le même sens à mes yeux, tels que : polarité, contraires, contrastes et extrêmes.

Nous verrons en première partie, comment la structuration psychocorporelle est dépendante de l'expérience des contrastes chez le jeune enfant. Nous verrons aussi que des liens féconds se trouvent entre le développement psychomoteur du jeune enfant vu sous l'angle des opposés et la psychiatrie adulte. Ensuite, dans une seconde partie, nous parlerons de deux patientes : Christiane et Laurine et de leur évolution en appui sur l'expérimentation des opposés. Enfin, dans une dernière partie, nous développerons comment la danse, par ses qualités intégratives des couples d'opposés a permis de soutenir chez Christiane et Laurine un mouvement d'ouverture à l'autre.

PREMIÈRE PARTIE :

LES OPPOSÉS, UNE EXPÉRIENCE STRUCTURANTE

Introduction

Dès le début de mon stage en psychiatrie adulte au Centre d'Activité Thérapeutique de Jour (CATJ), j'ai été frappée par la rigidité des patients. Souvent coincés dans une hypertonie, amalgamée à une hypotonie de fond, leurs postures, leurs gestes, leurs réponses motrices, émotionnelles ou verbales, m'évoquent la fixation dans un seul état psychocorporel. Dès lors, toutes les capacités de nuances, d'intermédiaires, de négociations, de concessions sont mises à mal. Le jeu d'allers-retours entre deux polarités n'est pas efficient. Et pourtant, c'est bien dans cette alternance entre les extrêmes que se construit le nourrisson. Suzanne Robert-Ouvray pose l'hypothèse que « le projet psychique de l'être humain est l'acquisition progressive et l'établissement d'un jeu fondamental entre deux positions primaires »¹. Le nourrisson apprend pendant tout le premier trimestre de sa vie à gérer les contraires avant l'accès au stade de l'ambivalence psychocorporelle. Mais il s'agit d'un travail qui se poursuit toute la vie. En effet, chaque être humain a besoin d'une butée entre deux extrêmes pour donner sens à sa vie et accéder aux intermédiaires. C'est le mouvement dynamique des pôles opposés qui permet à la surprise, à l'imaginaire et à la nouveauté d'émerger. Dans la pathologie psychotique, ce mouvement de va-et-vient, structurant pour l'émergence d'une identité propre, se trouve paralysé.

Ainsi, les théories actuelles du développement psychomoteur de l'enfant permettent de comprendre comment se structure le Moi, par la mise en alternance des couples d'opposés, conduisant, vers le sixième mois du bébé, à harmoniser et à relier les contrastes.

I/Première polarité : l'hypertonie segmentaire et l'hypotonie axiale

In utero, l'enfant bouge dans le liquide amniotique en fonction des mouvements et des déplacements de sa mère : le fœtus est mou. Prémices d'une danse de couple, la peau du bébé se « frotte [contre] la paroi utérine dans un mouvement *d'union* et de *désunion*, dans un climat d'apaisement ou de tension »². Déjà, il éprouve ces contrastes, expérience corporelle qui lui laissera des traces mnésiques inconscientes. Plus tard, vers le septième

¹, Robert-Ouvray S., Intégration motrice et développement psychique, Desclée de brouwer, Mesnil-sur-l'Estrée, 2007, p.41

², Herran C., Danse et volupté, in G. Hermet et M. Jardiné (ed), Le jeune enfant, son corps, le mouvement et la danse, Eres, Quercy, 1996, p.198

mois de vie intra-utérine, le tonus se met progressivement en place en suivant un mouvement ascendant ou du bas vers le haut. L'enfant a une posture enroulée sur lui-même, les bras et les jambes repliés contre son corps. Il commence à faire sentir sa présence par les « coups de pieds » qu'il donne et que sa mère ressent.

À la naissance, cette bipolarité tonique entre hypotonie axiale et hypertonie segmentaire est fortement marquée. Les muscles axiaux de la tête et du dos sont mous d'où l'attitude d'enroulement et de flexion du nourrisson. L'hypertonie périphérique vient compenser l'hypotonie axiale. Les lois de développement du tonus, sous le contrôle de la myélinisation des neurones, s'effectuent dans le sens inverse de celles qui ont lieu *in utero*. En effet, la répartition tonique évolue progressivement du haut vers le bas selon la loi céphalo-caudale, puis du centre vers la périphérie selon la loi proximo-distale. Par la suite, le bébé va apprendre à négocier ces états toniques extrêmes au service d'une ouverture sur le monde environnant. Du maintien de la tête au redressement de l'axe : l'espace visuel, préhensif, sensoriel et relationnel augmente. L'enfant est plus à même d'agir et de réagir face à son environnement. « Les deux pôles toniques opposés s'orientent vers une ambivalence et un premier état d'équilibre ».³ Bien que cette maturation tonique soit dépendante d'un substrat physiologique et neurologique, il ne faut pas exclure les aspects relationnels et affectifs ainsi que la qualité des soins pour qu'une bonne harmonisation tonique se mette en place. En effet, la mère vient mettre des mots et du sens sur les états de tensions et de détentes extrêmes que vit le nourrisson dès sa naissance.

II/La polarité tension/détente

« D'une façon innée, l'enfant possède ainsi deux positions globales qui deviennent les premiers repères de sa vie psychocorporelle. Il peut différencier intérieurement ce qui est agréable et bon pour lui, et ce qui est désagréable et mauvais. Son système psychocorporel est bipolaire. »⁴

Le bébé vit des alternances d'états de fortes tensions musculaires avec des états opposés de détentes extrêmes. Il fait alors l'expérience du *dur* qui s'oppose au *mou*. Quand il pleure parce qu'il a faim, peur, ou mal, son corps se raidit et se contracte. Cette tension n'est pas uniquement corporelle, elle est aussi psychique. En effet, dès le plus jeune âge,

³, op.cit, p.45

⁴, Robert-Ouvray S., L'enfant tonique et sa mère, Desclée de brouwer, Langres, 2007, p.112

l'enfant a la capacité de trier et de classer ses expériences selon deux catégories : les bonnes et les mauvaises. Suzanne Robert-Ouvray parle de pseudo-clivage, car il ne s'agit pas d'un mécanisme de défense, mais « [d'] une composante structurelle du Moi qui [...] permet [...] de diviser le monde en deux, le bon et le mauvais, le plaisir et la souffrance. »⁵ Dès lors, la tension corporelle est associée au dur et au désagréable donc au « mauvais ». À l'inverse, l'enfant installé dans le giron de sa mère, calme et apaisé, fait l'expérience de la détente. L'hypotonie du rachis et l'enroulement respectés dans le portage, permettent à l'enfant d'associer le mou à l'agréable et au « bon ».

Le lien entre le corporel et la dimension psychique est direct et passe par le biais des sensations corporelles chez le nourrisson. La tension, le dur, le mauvais et le désagréable forment une famille qui s'oppose à la détente, le mou, le bon et l'agréable. Dans ses expériences quotidiennes, le bébé va être confronté à ces deux familles, parce que l'environnement maternant ne peut pas être uniquement « bon » en répondant instantanément aux sollicitations du bébé.

Nedjma est une patiente schizophrène, âgée de 41 ans, vivant chez ses parents. Elle est la dernière d'une fratrie de six. Je la rencontre au groupe « Psychomotricité » dans le cadre de mon stage au Centre d'Action Thérapeutique de Jour (CATJ). Elle est stabilisée depuis de nombreuses années par un traitement antipsychotique. Pour Nedjma, tout va toujours très bien, tout est agréable, joli, doux... Elle arrive toujours en avance pour le groupe, avec un grand sourire et dit chaque semaine qu'elle va bien, voire très bien. À la fin du groupe, nous nous asseyons en cercle sur des coussins pour faire notre rituel de fin et discuter de la séance. Nedjma s'exprime spontanément pour dire à chaque fois la même chose : « J'ai aimé tout ce qu'on a fait ! » et ce, même si elle a eu des difficultés pour réaliser un mouvement ou si elle s'est montrée fatiguée par un exercice... Lorsque nous demandons aux patientes d'énoncer une couleur pour clôturer le groupe, Nedjma est toujours dans des couleurs chaudes : rose, orange et rouge. Mais le rose reste sa couleur préférée. Chaque semaine, elle me complimente sur ma tenue vestimentaire, sur mon maquillage ou mes bijoux, avec toujours la même intonation « Oh ! Comme c'est joli ! » Nedjma semble être irrémédiablement dans la famille du « tout bon », mais peut-être aussi du « trop bon ». D'ailleurs, et ce malgré un léger surpoids, elle a les articulations très

⁵, Robert-Ouvray S., Le corps étaï de la psyché, Thérapie psychomotrice et recherches, n° 117, 1999, p.60

souples lui conférant ainsi des facilités pour être du côté du « mou ». Mais a-t-elle déjà expérimenté l'autre famille, le dur, le piquant ? Qu'en est-il de ses vécus désagréables ? Comment sont-ils pris en compte et intégrés ? Comment discrimine-t-elle le « bon » du « mauvais » ?

La théorie psychanalytique de Mélanie Klein permet de comprendre l'émergence, à un stade très précoce, du pseudo-clivage entre « bon » et « mauvais », entre ces deux familles opposées.

Mélanie Klein, parle de clivage originaire que l'enfant effectue entre l'angoisse, la persécution, l'agressivité situées du côté de la désintégration et donc de la *pulsion de mort* et la gratification, le soulagement du côté de l'intégration du Moi et de la *pulsion de vie*. Dès lors, l'enfant aura tendance à projeter ses angoisses et son agressivité au-dehors et à intérieuriser la gratification venant du dehors (par l'environnement maternel) vers le dedans (à l'intérieur de son corps). L'enfant alterne entre *projections* et *introjections* en fonction de ses affects et de sa relation à sa mère. Cette dernière peut être la « bonne » mère lorsqu'elle est présente pour son enfant, gratifiante et aimante. Mais, elle est aussi la « mauvaise » mère quand elle fait attendre son bébé et le frustre. C'est alors un mauvais objet sur lequel le bébé va projeter toute son agressivité sans culpabilité, car, à ce stade, la mère n'est pas encore un objet total. Elle est clivée : c'est un objet partiel. Mélanie Klein, appelle cette étape, qu'elle situe entre zéro et quatre mois, la position schizoparanoïde. Ainsi, le bébé oscille en permanence entre projection et introjection ; mouvements fortement liés au *dénial* et à l'*idéalisation*. Ce qui est considéré comme mauvais par l'enfant est dénié. Par contre, ce qui est bon aura tendance à être idéalisé et introjecté. Ce clivage n'est pas pathologique, car il permet de structurer le Moi.

« C'est le clivage qui permet au moi d'émerger du chaos, de trier, de séparer le bon du mauvais, de mettre de l'ordre »⁶.

Et Mélanie Klein d'insister sur le fait qu'il faut une supériorité des expériences positives sur les négatives pour sortir de la position schizoparanoïde et réduire ce clivage originaire. « Chaque expérience positive renforce la confiance en l'objet bon, favorise l'intégration du moi. Chaque frustration renforce la tendance au clivage »⁷.

⁶, Ledoux H. M., Conceptions psychanalytiques de la psychose infantile, Le fil rouge, Vendôme, 1984, p.12
⁷, ibid, p.13

La supériorité des bonnes expériences peut se faire s'il existe un rythme suffisamment sécurisant dans la relation mère/bébé ; un rythme intégrateur qui permet à l'enfant d'anticiper les événements à venir...

III/Le rythme intégrateur d'opposés

En partant d'une observation des séquences de jeux du jeune enfant, France Schott-Billmann, psychanalyste et danse-thérapeute, observe que l'enfant met en scène *l'absence* et la *présence* maternelle. C'est également le célèbre jeu du Fort/Da dont parle Freud. Ces jeux d'allers-retours, d'apparitions et de disparitions, de va-et-vient servent à l'enfant à intégrer et à accepter l'absence maternelle. Ces jeux répétitifs obéissent à un certain rythme : prendre/jeter la balle, tirer/lancer la corde, cacher/dévoiler son visage en sont des exemples.

Daniel Marcelli, parle de deux types de rythmes : l'un répondant au temps circulaire, qui revient en permanence comme une boucle, l'autre, le temps linéaire trace notre ligne de vie. Il est marqué par un début et une fin et ne peut revenir en arrière. Les soins maternels, tels que les repas, le bain, le coucher, sont du côté du temps circulaire. La mère est alors « l'horloge régulatrice »⁸ qui « rythmicise », régularise et répète les échanges avec son bébé pour que ce dernier puisse les anticiper.

« Le rythme est essentiellement un liant. Il relie ce qui est du registre de la continuité d'un côté et ce qui est du registre de la suspension, rupture, césure, coupure de l'autre. »⁹

Dès lors, si le rythme des échanges est « suffisamment bon » entre la mère et son enfant et si la mère ne fait pas trop durer l'absence, alors l'enfant développe des protopensées. En effet, il apprend d'une part à s'autocalmer lors de l'absence de sa mère : il prend son pouce dans sa bouche et peut mettre en scène, par des jeux, cette absence. D'autre part, il commence à anticiper le retour de sa mère, car il a intégré un rythme redondant et sécurisant. Le temps, appréhendé par le rythme des échanges est donc prévisible. L'enfant sait qu'après la tension viendra la détente, qu'après le désagréable viendra l'agréable...

⁸, Marcelli D., *La surprise, chatouille de l'âme*, Albin Michel, Paris, 2005, p.133

⁹, ibid, p.129

Cependant, si la mère est absente trop longtemps et trop souvent, « l'enfant ne peut pas vivre l'alternance de la tension et de la détente, un déséquilibre se crée »¹⁰. Le bébé perd alors les moyens qu'il avait de s'autocalmer et d'anticiper le retour de sa mère. Il se met dans un état de tension extrême en se situant majoritairement dans la famille du « mauvais », du « dur », du « désagréable ».

Le couple d'opposés *présence/absence* s'articule avec le manque et la plénitude : le *plein* et le *vide*. Dès lors que la mère est absente, l'enfant ressent le manque. Par exemple, lorsqu'il a faim et qu'il attend son biberon, son estomac le tiraille : il ressent le vide. Cette sensation est aussi bien corporelle que psychique. L'absence de la mère lui fait ressentir le vide dont l'origine est la sensation de faim. À l'inverse, la satiété corrélée à la présence de sa mère fait ressentir à l'enfant la plénitude.

Ainsi, s'il y a accordage entre le rythme physiologique et le rythme relationnel, le bébé vit des expériences structurantes. Il éprouve l'absence, sans dépasser un seuil de tolérance qui le désintégrerait. Et c'est en éprouvant cette absence qu'il peut reconnaître et apprécier la présence de sa mère avec tous les bénéfices qu'elle comporte. Le rythme permet alors de faire lien entre ces opposés, de gérer les transitions, « la souplesse des échanges, la fluidité des passages [et] l'élasticité de la communication »¹¹.

Suzanne Robert-Ouvray parle de « germe de la psychose »¹², lorsque la mère est trop absente ou trop présente. Entre vide et étouffement, l'équilibre se trouve dans un rythme relationnel « suffisamment bon ».

IV/L'enroulement initial conditionne le déroulement

Comme nous l'avons vu, l'enfant logé dans le ventre de sa mère est dans une posture en flexion. Cette position constitue, selon André Bullinger, une amorce de la posture d'enroulement qui, après la naissance, va prendre une place très importante dans le développement du bébé. En effet, l'hypotonie des muscles du rachis ainsi que les courbures vertébrales contraignent l'enfant à « se regarder le nombril ».

« Il [l'enfant] construit petit à petit son centre corporel et son noyau psychique »¹³,

¹⁰, Robert-Ouvray S., *Intégration motrice et développement psychique*, Desclée de brouwer, Mesnil-sur-l'Estrée, 2011, p.104

¹¹, ibid, p.48

¹², ibid, p.140

¹³, Robert-Ouvray S., *L'enfant tonique et sa mère*, Desclée de brouwer, Langres, 2007, p.75

nous dit Suzanne Robert-Ouvray. En effet, cette position d'enroulement permet à l'enfant de se rassembler et de se regrouper autour de son bassin. Il sent son corps unifié et commence à construire son schéma corporel. Il intérieurise son bassin comme un lieu charnière entre le haut et le bas du corps. Il aime jouer à s'attraper les pieds, depuis le décubitus dorsal, pour les mettre dans la bouche avec un plaisir jubilatoire. Ces découvertes motrices lui permettent d'intégrer cette zone médiane qu'est le bassin, appelé aussi centre corporel.

D'un point de vue psychique, la position d'enroulement « correspond à la préoccupation narcissique »¹⁴ et donc dépend de la relation que l'enfant entretient avec son environnement maternant. L'enroulement permet au bébé d'être centré sur lui aussi bien physiquement que psychiquement. Dans cette position, il intègre les sensations et développe des capacités d'attention et de concentration. Il apprend à s'occuper de lui avant de se tourner vers l'extérieur.

Vers six mois, la maturation du système nerveux central corrélé à une bonne relation à l'objet maternel, donne la possibilité à l'enfant de sortir de la *flexion* originale pour visiter l'*extension*. L'extension corporelle est l'occasion pour le bébé de déployer différents jeux autour de l'*ouverture* et de la *fermeture* tels que : prendre/jeter ; avaler/cracher...

Mais, pour se redresser et trouver ses appuis dans l'extension, il faut avoir vécu un enroulement fécond. « C'est le schéma d'enroulement qui va permettre ce passage d'une posture à l'autre »¹⁵.

Nous nous trouvons devant une nouvelle polarité *enroulement/déroulement* sous-tendue par la *flexion* et l'*extension* qui fait souvent défaut chez les sujets psychotiques.

Christiane (cf étude de cas) est une femme âgée de 56 ans que je rencontre dans le groupe « Psychomotricité » au CATJ. Christiane se présente toujours repliée sur elle-même avec une hypertonie qui cède difficilement lors des mobilisations corporelles. Elle est très raide et toujours dans une posture demi-pliée. Ses bras sont tenus serrés contre son buste. Au sol, elle ne peut se mettre en boule pour rassembler son corps et reste figée en décubitus dorsal avec toujours ses extrémités à demi-pliées. Cette posture qui pourrait s'apparenter à un enroulement est un leurre car elle ne permet pas un retour ressourçant

¹⁴, ibid, p.75

¹⁵, Bullinger A., Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars, Eres, Boulos, 2008, p.42

sur elle-même. Christiane manque terriblement de confiance en elle. Elle a toujours besoin d'un soutien visuel pour faire des mouvements, sans quoi elle reste immobile ; elle a aussi besoin d'être beaucoup soutenue et étayée par les soignantes et se montre fière, à l'image d'un jeune enfant qu'on félicite, lorsque les professionnelles la complimentent. Elle n'a certainement pas pu construire un narcissisme primaire dans une relation précoce sûre, par le biais d'un enroulement structurant. Le déroulement ne lui est pas non plus possible. Elle est en grande difficulté pour tendre ses membres et pour se redresser. Christiane est alors fixée dans un enroulement « pathologique » entravant la possibilité d'aller explorer le déroulement. En effet, dans sa posture à demi-pliée, ses muscles se sont contractés et raccourcis : Christiane est devenue très douloureuse.

« N'habite avec intensité que celui qui a su se blottir »¹⁶. Cette citation tirée d'un article de Benoit Lesage illustre les fonctions d'un enroulement réussi. Pour cet auteur, l'enroulement est une position de référence utilisée à chaque fois qu'un sujet éprouve le besoin de se re-centrer et de se re-trouver. En effet, cette position ne disparaît pas du « répertoire » des postures une fois l'enfant redressé. C'est bien l'alternance permise entre un retour sur soi et une ouverture sur le monde extérieur, qui en fait une polarité dynamique.

La polarité enroulement/déroulement est très proche de celle du *dedans/dehors*. L'enfant enroulé peut attraper ses pieds plus facilement que s'il était dans une posture d'extension. Le bébé en posture d'enroulement peut s'autoenvelopper, saisir ses différents segments corporels pour les joindre entre eux. Ses mains sont d'emblée dans le champ visuel lui permettant de mettre en place les premières coordinations telles que : main-main, main-bouche, pied-main, etc. L'enfant construit donc un dedans/dehors, qui peut se résumer comme suit : en dedans de ma main-bouche et en dehors de celle-ci ou encore « le dedans/dehors du cercle des bras lorsque les mains sont jointes »¹⁷. Au niveau de « l'allure » corporelle, il est aisément d'associer l'enroulement, au repli sur soi donc au dedans et le déroulement ou redressement à l'ouverture et donc au dehors.

¹⁶, Lesage B., Étapes d'un parcours psychocorporel, Thérapie psychomotrice et recherches, n° 117, 1999, p.27

¹⁷, Lesage B., Jalons pour une pratique psychocorporelle, structures, étayage, mouvement et relation, Eres, Villematier, 2012, p.115

Michèle, que je rencontre pour un soin individuel, est une patiente de 48 ans ayant une psychose infantile. Elle vit avec sa mère et est la deuxième d'une fratrie de cinq. Michèle est très repliée sur elle-même. Je la vois toujours en position accroupie, la tête dans ses genoux dans les couloirs du CATJ. Elle pleure dès que quelqu'un qu'elle ne connaît pas lui adresse la parole. Michèle se sent grosse, bien que ça ne soit absolument pas le cas. Elle me dit : « Moi, je suis grosse ! », les larmes aux yeux, à chaque séance de psychomotricité en remontant son pantalon très haut sur ses hanches. Pour Michèle, manger est martyrisant. D'ailleurs, elle me dit souvent qu'elle a trop mangé, ce qui n'est pas non plus le cas (en tout cas pour les repas qu'elle prend sur le CATJ). Ce repli corporel et relationnel a-t-il un lien avec sa crainte de faire entrer de la nourriture dans son corps, au risque de grossir ? Le « dehors » ou ce qui peut venir du « dehors » semble terriblement angoissant et persécutant pour Michèle.

V/La construction des axes corporels

Les axes corporels vont se mettre progressivement en place à partir de la posture d'enroulement et notamment grâce à deux mouvements fondamentaux qui sont : la rotation et la torsion.

La rotation s'effectue depuis la position en décubitus dorsal, par bascule latérale. L'enfant alterne le passage d'un côté à l'autre, d'un espace à l'autre, de *droite à gauche* : espaces qui sont alors différenciés et dissociés. À ce stade, les objets transitent par la bouche ou par les mains en passant de l'une à l'autre, permettant d'assurer la continuité entre ces deux espaces. En ramenant les objets par le centre du corps, qui assure la liaison des espaces droits et gauches, l'enfant s'organise d'emblée par rapport à son rachis et intègre une « préconnaissance corporelle de l'existence de son axe »¹⁸. La mise en place de cet axe vertical dépend du tonus des muscles fléchisseurs et extenseurs, mais également de la relation entre la mère et son enfant.

Geneviève Haag nous dit que chaque moitié du corps a une symbolique que le bébé met en jeu corporellement. La moitié droite du corps correspond à la mère, et la moitié gauche à l'enfant. Haag observe qu'en l'absence de sa mère, l'enfant cherche à se

¹⁸, Robert-Ouvray S., Intégration motrice et développement psychique, Desclée de brouwer, Mesnil-sur-l'Estrée, 2011, p.37

rassembler, à se tenir et à se prendre : fonctions qui sont normalement assurées par sa figure maternelle quand elle est auprès de son enfant. Par exemple, l'enfant seul joint ses mains : c'est sa main gauche, représentante du côté bébé, qui va chercher la main droite, représentante du côté maman. Il s'agirait alors pour l'enfant « d'emporter en même temps les relations d'interpénétration qui formeraient en quelque sorte la soudure, le squelette interne, le lien profond qui attache »¹⁹ L'enfant en cherchant à réunir au centre ses mains, ses pieds, ou des objets, quand sa mère n'est pas présente, intègre l'axe vertical comme « ce qui permet de tenir » ses deux moitiés corporelles ensemble. Mais, c'est bien de cette différence entre les deux côtés du corps que naît l'axe vertical unificateur.

La torsion met en jeu les musculatures croisées permettant la dissociation des ceintures pelviennes et scapulaires. Il s'agit d'un mouvement complexe : la tête s'oriente vers l'extérieur alors que le bassin reste centré. Cela en fait un « mouvement de socialisation qui surgit de l'intégration d'une base narcissique sécurisante : pour aller vers le dehors, l'enfant doit être sécurisé dedans »²⁰. Dès lors, l'enroulement permet la torsion et donc le redressement, en appui sur un narcissisme primaire qui constitue le soubassement à l'ouverture au monde extérieur et à la relation.

Christiane (cf plus haut) ne peut pas effectuer un mouvement de torsion. Lorsqu'elle doit attraper le ballon lancé de côté, c'est tout son corps qui pivote en direction du ballon. Cela viendrait-il confirmer un défaut de narcissisme primaire déjà évoqué précédemment ? Ne serait-elle pas assez sécurisée du « dedans » pour dissocier sa ceinture scapulaire de sa ceinture pelvienne et s'orienter pour attraper le ballon ?

Ainsi, la rotation et la torsion permettent à l'enfant de se construire par rapport à l'espace : droit et gauche, mais aussi *devant/derrière*. En effet, la torsion permet de regarder derrière soi en dissociant la tête du reste du corps. Le corps est devant, la tête et le regard sont, eux, tournés vers l'arrière.

Qu'en est-il du *haut* et du *bas* du corps ou de l'axe horizontal ?

Geneviève Haag nous dit que la formation de cet axe se fait par « l'appropriation des membres inférieurs autour de l'axe du bassin »²¹ que l'enfant intègre par des jeux de

¹⁹, Haag G., La mère et le bébé dans les deux moitiés du corps, Neuropsychiatrie de l'enfance, n° 33, 1985, p.111

²⁰, Robert-Ouvray S., L'enfant tonique et sa mère, Desclée de brouwer, Langres, 2007, p.72

²¹, Haag G., Place de la structuration de l'image du corps et grille de repérage clinique des étapes évolutives

pliures par exemple lorsqu'il attrape ses pieds pour les mettre dans la bouche.

D'un point de vue psychique, la construction des axes corporels ouvre la voie de la différenciation entre soi et l'autre : il s'agit du couple *moi/non-moi*. « La maîtrise de l'axe corporel et cette première subjectivité sont les deux faces d'une même réalité vue sous l'angle sensori-moteur et sous l'angle relationnel »²². En effet, quand le bébé fait l'expérience du redressement, qu'il n'a plus besoin d'un appui-dos solide dans le portage et que les limites de son dos contre le ventre de sa mère se distinguent, il commence alors à se positionner en tant que sujet différent de sa mère. Suzanne Robert-Ouvray parle d'un axe psychique permettant l'individuation en appui sur les axes corporels qui à la fois unifient le corps en un tout signifiant et l'orientent dans l'espace.

« L'axialité s'insère dans un ensemble de processus qui construisent ensemble ce qu'on peut appeler de façon globale la subjectivité. On désigne par là le fait de se pressentir et se présenter en tant que sujet, face à d'autres sujets »²³. Ainsi, la construction de l'axe vertical et horizontal chez le jeune enfant offre la possibilité de différencier l'espace *droit* et *gauche*, le *haut* et le *bas*, le *devant* et le *derrière*, en ayant comme premier référentiel le corps propre. Et c'est aussi par cet ancrage corporel, dépendant de l'axialité, que l'enfant comprend qu'il est un être unique, séparé et différent de sa mère.

Pour Magaret Mahler, la psychose a pour origine une « fixation psychique au stade symbiotique »²⁴. Il y aurait non distinction entre *moi* et *non-moi*. Cette phase de symbiose peut être assimilée à une sorte de « bulle mère-enfant »²⁵ où règne un état d'indifférenciation, une illusion de limites et de frontières communes entre les deux protagonistes. Il s'agit d'une phase normale, étant donné l'état d'immaturité du bébé à la naissance, qui est normalement suivie par une phase de séparation/individuation. Bloqué dans cette fusion initiale, le sujet psychotique n'a pas accès à une polarité dedans/dehors structurante ce qui entrave la possibilité de différencier son moi du non-moi. Le psychotique « ne dispose pas d'organisation bipolaire, pas d'Autre comme second pôle »²⁶.

de l'autisme infantile, *Enfance*, n° 1/2009, p.126

²², Bullinger A., *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, Eres, Bouloc, 2008, p.43

²³, Lesage B., *Jalons pour une pratique psychocorporelle, structures, étayage, mouvement et relation*, Eres, Villematier, 2012, p.156

²⁴, Schott-Billmann F., *Quand la danse guérit*, Le courrier du livre, Lassay-les-Châteaux, 2012, p.113

²⁵, Ledoux H. M., *Conceptions psychanalytiques de la psychose infantile*, Le fil rouge, Vendôme, 1984, p. 24

²⁶, op. cit, p. 113

VI/Le stade de l'ambivalence psychocorporelle

Durant le premier trimestre de sa vie, l'enfant va faire l'expérience des opposés pour, à partir du sixième mois, accéder aux positions intermédiaires. C'est bien parce qu'il y a eu une « rencontre fructueuse entre deux pôles opposés » que l'enfant peut progressivement créer des passerelles entre deux états extrêmes.

Sa bipolarité tonique diminue, la tension n'est plus aussi douloureuse et la détente n'est plus vécue comme une extase. Il peut bouger de plus en plus volontairement en fonction de son désir. L'enroulement et le déroulement sous-tendus par la flexion et l'extension, la rotation et la torsion (prémices de l'axe corporel) sont des mouvements qui permettent à l'enfant de se redresser. Nous avons vu que le redressement permet aussi de prendre sa place dans la relation et de se séparer de la mère, donc de s'individualiser. Le temps s'est rythmé en fonction de la présence et de l'absence maternelle, temps que l'enfant peut mieux anticiper et prévoir. Il appréhende également l'espace par le biais de son corps qui s'oriente de mieux en mieux. Dès lors, un enfant, en bonne santé physique et psychique, crée en se déplaçant, une véritable chorégraphie, où règnent l'aisance et la fluidité, liées toutes deux au plaisir de se mouvoir. Cette chorégraphie peut être assimilée à une danse improvisée, dont les transitions d'une posture à l'autre sont assurées par un répertoire gestuel riche et varié. En effet, entre la position allongée et la position debout, chacun modèle, agence et coordonne ses segments corporels, bref compose son chemin singulier pour se verticaliser. Ainsi, les postures intermédiaires « s'inscrivent [...] dans le processus d'intégration et de structuration psychomotrice individualisée »²⁷.

L'expression « ambivalence psychocorporelle » peut être entendue comme étant la période où l'enfant commence à nuancer, et à moduler les extrêmes.

Le stade de l'ambivalence psychocorporelle correspond au stade de l'ambivalence affective dans la théorie de Mélanie Klein. L'enfant comprend qu'entre le « bon » et le « mauvais » il existe une multitude de positions affectives diverses. De même, il intègre que la « bonne » et la « mauvaise » mère, est, en fait, la même personne, pouvant « être parfois bonne, parfois méchante, tantôt présente, tantôt absente, et qui peut être aussi bien

²⁷, Robert-Ouvray S., Le corps étaï de la psyché, Thérapie psychomotrice et recherches, n° 117, 1999,p.52

aimée que détestée »²⁸. La mère devient, alors, un objet total ayant sa vie propre et différenciée de celle de son bébé. Cette douloureuse réalité, jusqu'alors méconnue par l'enfant, lui ouvre l'accès à sa propre ambivalence. Il réalise que c'est « lui-même qui aime et déteste une même personne, sa mère »²⁹ C'est pourquoi, Mélanie Klein a nommé cette phase la position dépressive. Elle suit la position schizoparanoïde et est caractérisée par un « moi davantage intégré, la réalité externe mieux perçue, les processus de projection moins importants [et] des défenses plus adéquates »³⁰.

Selon Mélanie Klein, la maladie psychotique s'origine dans la position schizoparanoïde ou au début de la position dépressive. Le psychotique n'a pas pu construire un objet total et l'intérioriser, lui donnant la possibilité de prendre en compte la réalité extérieure...

Conclusion

Nous venons de voir comment le nourrisson, en expérimentant les opposés, structure son Moi et construit les bases de son identité ; bases sur lesquelles il s'étayera en grandissant. La structuration psychocorporelle est un processus qui se façonne toute notre vie, et non pas une finalité au sixième mois de l'enfant. Les mouvements d'enroulements, de rotations et de torsions ont été décrits séparément, par souci de clarté, mais dans la réalité, l'enfant les vit plus ou moins simultanément, avec des retours en arrière possible.

Ces différents mouvements opposés, d'abord vécus à deux dans la relation avec la mère, puis vécu seul par l'enfant, évoquent une danse de couple où les partenaires dépendent l'un de l'autre, pour finir dans un solo, qui n'effraye pas le « bébé-danseur » puisqu'il a trouvé, à l'issue de son duo, la force de continuer sa chorégraphie tout seul.

La clinique psychiatrique nous confronte à des corps dont la tenue, les postures, la rigidité, l'organisation ou la désorganisation nous décontenancent. Il paraît pertinent, pour ces patients psychotiques, et notamment pour Christiane et Laurine, d'aller rechercher, ré-

²⁸, Segal H., Introduction à l'œuvre de Mélanie Klein, Presses universitaires de France, Vendôme, 1976, p.70

²⁹, ibid, p.71

³⁰, Ledoux H. M., Conceptions psychanalytiques de la psychose infantile, Le fil rouge, Vendôme, 1984, p.14

éprouver des sensations archaïques, qui situent d'emblée le soin psychomoteur du côté de l'infantile. Mais il y a bien une différence entre infantile et infantilisation. Véronique Defiolles-Peltier, psychomotricienne travaillant en psychiatrie adulte, nous dit que « les étapes antérieurement franchies doivent à nouveau être vécues, mais cette fois dans un registre différent de celui de l'enfance. »³¹ La danse, parce qu'elle offre la possibilité d'expérimenter ce jeu d'aller-retour entre deux positions, peut permettre de relancer une dynamique intégrative, qui semble faire défaut chez Christiane et Laurine.

³¹, Defiolles-Peltier V., *Les vérités du corps dans les psychoses aiguës*, Greco, Paris, 2010, p. 257

DEUXIÈME PARTIE :

CHRISTIANE ET LAURINE

I/Le Centre d'Action Thérapeutique de Jour (CATJ)

C'est au Centre d'Action Thérapeutique de Jour (CATJ) que j'ai effectué mon stage en supervision pour cette troisième année de psychomotricité. Le CATJ est issu de la fusion d'un Centre d'Action Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) et d'un Centre Thérapeutique de Jour (CTJ). Il s'agit d'une structure de soins ambulatoires psychiatriques dont « l'objectif est axé sur le soin psychique, la restauration du lien social, l'acquisition de compétences sociales, et l'ouverture sur des expériences nouvelles »³². Le CATJ accueille, autour de prises en charge essentiellement groupales (plus rarement individuelles), des patients présentant des difficultés de socialisation et d'autonomie. L'équipe du CATJ, constituée par un médecin psychiatre, une psychologue, des infirmiers, une aide-soignante, une assistante sociale, un cadre de santé, une secrétaire, une agent de service hospitalier (ASH) ainsi qu'une art-thérapeute a pour mission d'accueillir, de soutenir et d'accompagner les patients psychotiques dans le but de favoriser un processus de renarcissation et de construction identitaire. Le CATJ peut recevoir des patients en amont ou en aval d'une hospitalisation. Dès lors, c'est une structure de soin visant à étayer les patients en souffrance psychique. Les indications de soins sont proposées par la psychiatre du service et/ou la psychologue. Ainsi, chaque patient bénéficie d'un suivi individualisé en entretien psychiatrique et/ou psychologique en plus de sa ou ses prises en charge groupales. Les groupes peuvent être à durée déterminée (sur plusieurs sessions), fermés et contractuels, ou ouverts à participation libre. L'équipe soignante élabore un projet de soin au cours des séances d'accueil pour chaque patient. Ce projet lui est soumis ; il choisit ensuite le ou les groupes qu'il souhaite intégrer durant l'année.

C'est dans ce cadre que j'ai rencontré Christiane et Laurine. Christiane participe à un groupe thérapeutique le mercredi matin intitulé « Psychomotricité ». Ce groupe accueille une stagiaire en psychomotricité depuis deux ans expliquant ainsi sa dénomination. J'ai intégré d'emblée ce groupe thérapeutique pour toute la durée de mon stage. Christiane m'a donné envie de partir à la découverte de la polarité *ouverture/fermeture* et d'y conduire le groupe.

Ensuite, je parlerai de ma rencontre avec Laurine, dans le cadre d'un soin individuel en psychomotricité qui s'est articulé autour de différentes polarités.

³², Projet de soin du Centre d'Action Thérapeutique de Jour, 2013

II/Christiane : « Quand la couleur est à sa richesse, la forme est à sa plénitude »

P. Cézanne

C'est au sein du groupe thérapeutique « Psychomotricité » que je rencontre Christiane. Éliane, l'infirmière qui co-anime ce groupe, m'a présenté cette patiente en me disant qu'elle lui évoquait « un oisillon tombé de son nid ». Cette métaphore m'a profondément marquée car je trouve qu'elle représente bien Christiane. C'est donc autour de cette image que j'aimerais commencer cette étude de cas.

1/Description clinique

Christiane est une femme âgée de 56 ans, de petite taille, avec des jambes très fines, et des cheveux courts grisonnants. Elle a une petite tête, un teint hâlé et est dotée d'une grande bouche, qui lorsqu'elle sourit, illumine tout son visage. Christiane a toujours ses membres repliés contre elle (bras et jambes) et ce même dans ses déplacements : elle est en permanence en légère triple flexion. Elle se déplace avec raideur et lenteur. Cette femme m'a donné immédiatement une impression de grande fragilité.

À cette impression très intuitive s'ajoutait une impression d'immuabilité chez cette patiente. En effet, bien qu'elle soit tout à fait propre, Christiane porte toujours les mêmes habits (un jeans et un pull violet), se présente toujours dans la même posture repliée : les genoux en valgus et les bras contre son buste. Christiane a très peu de mouvements spontanés. Tout dans sa manière d'être m'évoque alors la fermeture corporelle et par conséquent relationnelle. Je souhaite préciser pour cette étude de cas, que le terme « fermeture » n'a pas, à mon sens, de connotations péjoratives, mais reflète « un style d'être au monde, et aux autres »³³.

2/Anamnèse

Christiane est née en 1956 et est la deuxième d'une fratrie de sept enfants. Son père est mort lorsqu'elle avait douze ans. À la suite de ce décès et pour des raisons financières tous les enfants, sauf les trois derniers, vont être placés dans la famille chez des cousins plus ou moins proches. Dans son dossier, j'ai pu lire que Christiane a vécu son enfance

³³, Vaysse J., La danse-thérapie, Histoire, techniques, théorie, Desclée de brouwer, Lonrai, 1997, p. 98

dans un environnement de misère sociale. En effet, il est noté que « c'était des enfants qui se nourrissaient dans la rue » et « qui cherchaient dans les poubelles ». Christiane commence à travailler à dix-huit ans comme agent de service dans une maison de retraite, métier qu'elle exerce jusqu'à sa retraite anticipée. Elle se marie et a deux enfants. L'aîné est un garçon de trente-sept ans ayant lui même deux enfants de sept et neuf ans, et sa fille âgée de trente ans, n'a pas d'enfant.

3/Histoire de la maladie

En 2005, lorsque Christiane est âgée de 48 ans, son mari la quitte suite à quoi, elle fait une tentative de suicide. Elle est hospitalisée deux mois dans un état de dépression mélancolique. Néanmoins, cette hospitalisation reste sans succès car Christiane est toujours aussi mutique et apragmatique à sa sortie de l'hôpital. Quelques mois plus tard, elle est ré-hospitalisée pour une durée de deux mois et demi, et, en parallèle, est orientée dans un Centre Médico Psychologique (CMP). Il lui est proposé un mi-temps thérapeutique pour éviter d'éventuelles récidives. Un traitement antipsychotique est mis en place par le psychiatre du CMP et est maintenu encore à ce jour. Elle bénéficie de suivis réguliers avec ce psychiatre qui surveille son poids de très près. Effectivement, Christiane peut perdre jusqu'à cinq kilos en un mois et n'excède jamais les cinquante kilos. Il est noté dans son dossier qu'elle présente des troubles envahissants alimentaires quasi délirants. À l'époque, elle se nourrissait uniquement de paquets de gâteaux. Actuellement, Christiane mange au CATJ lors des repas thérapeutiques trois fois par semaine ainsi que chez sa mère quasiment une fois par jour. Néanmoins, dans son appartement où elle vit seule, elle ne peut faire entrer de la nourriture. Son poids est stabilisé depuis plusieurs années. En 2008, elle est orientée au CATJ et va être arrêtée de nouveau pour d'importantes douleurs dorsales. Elle souhaite reprendre son travail, mais après une expertise médicale elle est mise à la retraite anticipée pour invalidité avec comme projet un déménagement plus près du lieu où vit sa mère. Elle rend visite à sa mère tous les jours. En outre, elle a très peu de nouvelles de ces enfants, à part quelques appels téléphoniques. Sa fille serait elle-même déficiente et vit avec son père, l'ex-mari de Christiane.

Christiane est une femme qui a décompensé tardivement. Dès lors, qu'est ce que le départ de son mari a réactivé de son enfance (décès de son père, misère sociale, abandon de

la famille et placement chez les cousins) ? A-t-elle compensé sa fragilité durant quarante-huit ans par une vie très ritualisée, ne serait-ce qu'en travaillant trente ans dans la même maison de retraite ?

4/Projet de soin au CATJ

Christiane vient au CATJ trois fois par semaine au repas thérapeutique, ainsi qu'au groupe « Psychomotricité » le mercredi et le mardi dans un groupe « Mosaïque » avec pour objectif global de lutter contre le repli et l'apragmatisme.

5/Observations psychomotrices

Il n'y a pas de psychomotrice dans la structure. Les observations psychomotrices sont celles que j'ai pu relever lors des premières séances dans le groupe.

Au niveau du **tonus**, Christiane présente une hypertonie des membres et une hypotonie de l'axe. Les schèmes du tronc (ceinture scapulaire, bassin et tête) semblent être bloqués limitant ainsi la torsion et la rotation. Cette répartition tonique m'évoque le schème du nourrisson à la naissance : hypotonie axiale et hypertonie segmentaire.

Je remarque aussi que Christiane a beaucoup de mal à relâcher son tonus. C'est le cas par exemple dans les balayages corporels qui lui sont proposés dans le groupe. Cette tension permanente viendrait-elle pallier un axe faisant défaut ? Ne montre-t-elle pas une difficulté dans la modulation de son tonus (par l'hypertonie segmentaire et l'hypotonie axiale) ? Mais, si cette tension est également à mettre en relation avec ses douleurs lombaires, « nos tensions musculaires ont toujours à voir avec quelque chose qui se passe dans notre dynamique psychique »³⁴. Peut-être que la crainte d'une seconde dépression constraint Christiane à se maintenir dans cette tension permanente ? Et cette tension n'entrave-t-elle pas l'ouverture corporelle ?

Ce défaut d'axialité me questionne quant à son accès à la verticalisation. Sur qui et comment a-t-elle pu prendre appui pour se redresser ? Cet axe défaillant qui l'empêche de s'ériger perturbe également son **équilibre**. Christiane a beaucoup de mal à tenir, sans vaciller, un pied devant l'autre par exemple et doit à plusieurs reprises s'appuyer contre le mur pour certains exercices d'échauffement.

³⁴, Robert-Ouvray S., L'enfant tonique et sa mère, Desclée de brouwer, Langres, 2007, p.29

Au niveau des **coordinations**, Christiane a une démarche qui ne me paraît pas très fluide. Il n'y a pas de déroulement du pied, ni de ballant des bras puisque ces derniers sont serrés contre elle. En outre, elle est extrêmement raide dans son corps. Ses articulations ne permettent ni de rapprocher, ni d'éloigner les différentes parties de son corps. Ce défaut de coordinations me pose question quant à la liaison de ses sensations, de ses affects et de ses représentations.

Christiane a une bonne connaissance de la sphère **spatio-temporelle**. Elle vient seule au CATJ en bus de ville, s'oriente correctement dans la structure, gère ses horaires pour être à l'heure aux groupes thérapeutiques.

Par contre, elle ne peut suivre le tempo d'une musique et est toujours en décalage par rapport à la vitesse proposée dans les jeux dansés. Comment son propre rythme dans la relation précoce a-t-il pu être écouté et respecté ?

Christiane a une distance ajustée à l'autre, mais est en difficulté pour varier ses déplacements. Lorsqu'il s'agit de marcher dans l'espace de la salle, elle tourne en cercle.

De même que pour la sphère spatio-temporelle, Christiane a une bonne **somatognosie**. Cependant, au regard de son manque de fluidité, de sa raideur corporelle, ainsi que de sa posture figée, j'ai le sentiment qu'elle n'habite pas harmonieusement son corps. Malgré ses douleurs lombaires et sa raideur, Christiane n'a aucune position intermédiaire pour protéger et soulager sa colonne lombaire : elle s'assoit, s'allonge au sol et s'en relève toute crispée et grimaçante.

6/Le groupe « Psychomotricité »

Il s'agit d'un groupe fermé, co-animé par deux infirmières : Éliane et Coralie. Ce groupe a été pensé en amont pour accueillir une stagiaire en psychomotricité. Il n'y a pas d'observatrice parmi les soignantes, et j'ai, dans un premier temps, eu une place active de co-animateuse pendant environ trois mois, avant de pouvoir animer entièrement quelques séances. Dans cette place active, je pouvais être amenée notamment à valoriser les patientes, à « corriger » leurs postures en fonction des exercices demandés et à soutenir leurs expérimentations corporelles.

Ce groupe a lieu à la même heure, dans la même salle tous les mercredis avec six patientes dont Christiane. Il est ritualisé par divers temps : un accueil autour d'un café, un

rituel de « bonjour » dans la salle du groupe, un temps d'échauffement, un temps de jeu avec différents médias (ballons, tissus, bâtons...), un temps d'étirement et un rituel de fin suivi d'une verbalisation autour de la séance. Ce groupe dure environ une heure.

Dès le début, je me suis beaucoup questionnée autour du cadre et des soubassements de ce groupe. En effet, Coralie l'infirmière a été très absente pour des raisons professionnelles et n'a pratiquement jamais animé de séances. En outre, une des patientes a été hospitalisée à l'hôpital psychiatrique pendant deux mois puis est revenue ensuite. Entre temps et pour « gonfler les effectifs », deux patientes ont intégré le groupe à un mois d'intervalle. Comment dans ce contexte créer une dynamique groupale ?

C'est autour de cette question et d'une observation du peu de liens que les patientes établissaient entre elles pendant ce temps que j'ai construit un projet pour trois séances, préalablement discuté avec Éliane et Coralie. En effet, j'avais la sensation que les patientes évoluaient seules, alors qu'elles auraient pu s'étayer entre elles, se « porter » et « s'apporter » de la créativité, du soutien... C'est à partir de ces séances et de celles qui ont suivi que je vais vous parler de Christiane.

Il aurait été intéressant pour Christiane de construire un projet autour de l'expérimentation de la polarité dedans/dehors en lien avec sa problématique autour de l'alimentation, mais aussi en appui sur une respiration bloquée lorsqu'elle est en mouvement. Néanmoins, il m'a semblé important de proposer un projet qui puisse être pertinent pour toutes les patientes. C'est pourquoi, j'ai décidé de partir de l'expérimentation du couple opposé *ouverture/fermeture* en utilisant la danse comme médiateur. Cette polarité m'a paru pertinente pour Christiane qui semble être figée dans une posture fermée avec l'impossibilité d'osciller d'un état à l'autre. Cette polarité permet également de travailler autour de l'ouverture en allant à la rencontre de l'autre, en binôme, en trinôme ou avec le groupe en entier. La fermeture offre la possibilité de se retrouver soi-même dans des temps individuels. Ainsi, j'ai fait l'hypothèse que cette polarité viendrait soutenir les liens entre les patientes et aider Christiane à expérimenter divers états corporels. J'ai proposé des séquences de jeux dansés dans l'intention de créer des rencontres entre les patientes et que des liens même brefs puissent se nouer pour amorcer une dynamique groupale là où, à mon sens, elle n'était pas encore à l'œuvre.

7/De la fermeture initiale...

7.1/Les premières séances avec le média ballon

En partant des observations psychomotrices de Christiane, comment la conduire vers plus d'ouverture corporelle et psychique ? En effet, Christiane est toujours dans une posture de repli, s'exprime peu, a besoin d'un modèle en permanence faute de quoi elle semble perdue. Elle ne sollicite pas l'autre dans le cadre de ce groupe. Les premiers mois, Éliane l'infirmière qui animait les séances, a utilisé quasi exclusivement comme média le ballon avec de la musique en accompagnement. Effectivement, le ballon peut permettre de créer un lien entre l'envoyeur et le receveur et ainsi favoriser un mouvement dynamique entre les patientes. Pourtant, j'observe peu de changement chez les patientes à part de meilleurs réflexes pour attraper le ballon. Dans ces séances, Christiane s'installe toujours de la même manière : les jambes à demi pliées, les poings serrés quand elle n'a pas le ballon et pour le renvoyer à une autre patiente, ne pouvant dissocier ses différentes ceintures, elle pivote tout son corps en entier. Durant ces jeux de ballons, sa respiration est bloquée. Que peut-elle s'autoriser à partager avec les autres si même son souffle reste confiné à l'intérieur de son corps ?

Je remarque également qu'elle est la seule même après le temps d'échauffement à avoir encore froid. Ses mains restent gelées et elle va souvent se coller contre le radiateur alors que les autres patientes désirent baisser le chauffage. Dans ce corps replié, comment la chaleur et plus généralement l'énergie, les sensations et les affects peuvent-ils circuler ?

7.2/Le rituel de fin

Pour ce rituel, nous sommes toutes assises sur des gros coussins en cercle et chaque patiente énonce une couleur de son choix pour clôturer la séance. En appui sur une verbalisation difficile pour ces patientes, c'est souvent les mêmes couleurs qui reviennent pour chacune d'entre elles. Nous (les soignantes) avons décidé, de « nourrir » ce temps en cherchant à nuancer la couleur initiale : est-elle claire ou foncée, lumineuse ou sombre, légère ou lourde, etc. Nous leur proposons différents couples d'opposés dans le but de les aider à qualifier plus précisément leur couleur. En effet, dans une couleur il y a une infinité

de teintes et de nuances différentes. Et cette couleur vient parler indirectement de leur vécu psychique et corporel dans l'après-coup, là où, l'énonciation est difficile et la capacité d'insight précaire. La couleur favorite de Christiane est le violet. Elle l'énoncera irrémédiablement à la fin de toutes les séances et nous devrons l'étayer pour qu'elle puisse la caractériser et l'approfondir.

8/ ...à l'ouverture progressive

Suite aux séances avec le média ballon, j'ai animé entièrement trois séances. J'ai laissé volontairement de côté les ballons. En effet, une certaine lassitude dans l'utilisation de ce média m'a conduite à vouloir impulser une dynamique différente. En outre, j'avais l'impression que ces jeux avaient uniquement des effets d'encodages cognitifs (travailler les réflexes, une meilleure prise avec le ballon, plus de rapidité dans le rattrapage du ballon...) et qu'ils ne permettaient pas de créer des liens, ni de travailler autour de l'ouverture corporelle et psychique. J'ai utilisé la danse car ce média me paraît pertinent pour proposer de manière ludique des expérimentations autour de l'ouverture et de la fermeture corporelle. La danse avait déjà fait l'objet de quelques séances animées par Éliane auparavant. Ce média n'était pas donc totalement inconnu des patientes.

Lorsque j'ai animé les séances, j'ai appris par Christiane que sa mère était hospitalisée pour d'importants soucis au dos ce qui l'inquiétait énormément, n'ayant pas la possibilité d'aller lui rendre visite faute d'un moyen de transport (l'hôpital étant situé dans une autre ville).

Je vais à présent vous décrire quelques vignettes des séances que j'ai pu animer et de celles qui ont suivi ainsi que de la manière dont Christiane a investi et s'est saisie de ces expérimentations.

8.1/Un retour au sol ressourçant ?

Avec un fond musical, les patientes évoluent en partant de la position décubitus dorsal pour aller tranquillement jusqu'à la verticalisation en revisitant différents schèmes du nourrisson tels que : le retournement, le ramper, le quatre pattes...

Ne voulant pas précipiter le contact à l'autre dans le lien direct, j'ai décidé de proposer d'abord cette expérimentation en individuel dans le but de trouver ou retrouver des postures bien souvent oubliées et donc peu utilisées. Dans tous ces différents schèmes, le corps se déplie et se replie, s'ouvre et se ferme, se centre et se décentre déployant une « géométrie corporelle » riche.

Dans cette expérimentation Christiane semble figée. Elle est allongée sur le dos et lève sa tête avec beaucoup d'efforts pour voir ce que font les autres patientes. Sans un modèle visuel, Christiane est perdue. Elle reste longtemps allongée sur le dos, position douloureuse pour elle et c'est sur une incitation d'Éliane qu'elle s'installe sur le côté, position qui lui est plus confortable. Néanmoins, elle semble hésitante pour réaliser les différents mouvements et ce, malgré les nombreuses images et propositions verbales que je donne lors de cet échauffement. Peut-être était-ce trop ambitieux de ma part de proposer un échauffement sans le réaliser moi-même corporellement avec les patientes ? Pourtant, Éliane peut servir de miroir puisqu'elle effectue l'échauffement en même temps que les patientes. Pour Christiane, existerait-il une certaine ligne de clivage entre la soignante qui propose la séance et celle qui la vit corporellement ? Peut-être que cela reste compliqué de s'appuyer sur les deux à la fois, entre la soignante qui guide oralement et celle qui effectue l'échauffement.

Christiane montre des difficultés pour se mouvoir spontanément et changer de posture corporelle : tout au long de l'échauffement, elle reste les poings serrés et toute crispée dans son corps.

8.2/La structure dansée ouverture/fermeture

Dans cette même séance, je leur apprends une structure constituée par deux mouvements : le premier s'effectue avec une ouverture des membres supérieurs et le deuxième dans un mouvement de repli sur soi (les bras en croix pliés sur le buste). Cette structure, inspirée par la technique de l'Expression Primitive, se chante. Chaque mouvement est accompagné par un son. L'apprentissage s'effectue en cercle. Je propose, dans un second temps, aux patientes de se mettre en binôme pour déployer cette structure sous forme de question/réponse, l'une faisant le mouvement de l'ouverture et l'autre le mouvement « fermé ». Plus tard, j'incite à changer de binôme et de mouvement. Dans ce

temps, Christiane semble désorientée, elle n'a aucun regard vers la patiente en face d'elle. Elle a du mal à retrouver son mouvement (la patiente en face n'effectuant pas le même qu'elle) et à attendre son tour. Les autres patientes ne sont pas autant perdues, mais cette proposition de jeu dansé est sûrement encore trop innovante pour qu'elles puissent soutenir et aider Christiane. La difficulté pour Christiane réside à la fois dans la réalisation du mouvement « ouvert », mais aussi dans ce qu'elle peut donner d'elle et recevoir de l'autre. À la fin et sur ma demande, elle dit qu'elle préfère le mouvement de repli contre elle. Par contre, Christiane semble à l'aise pour laisser sortir sa voix, à l'inverse des autres patientes qui montrent des signes de fatigue par son utilisation répétitive et prolongée. Peut-être que l'utilisation de la voix facilite et soutient les mouvements respiratoires de Christiane ? Là où les mouvements corporels sont encore difficiles pour elle, la voix lui permet de se relier au groupe et de participer à la dynamique groupale. Serait-ce une porte d'entrée pour se sentir exister dans le groupe et donc être en lien avec les autres membres qui le constituent ?

8.3/*Comment redescendre ?*

À la fin de cette séance, je propose aux patientes en position debout, de montrer aux autres comment elles retournent au sol pour que toutes ensemble nous le refassions. Christiane descend en étant toute désarticulée dans son corps. Son mouvement n'est pas fluide, son poids et ses appuis sont instables : elle est grimaçante et hypertonique. Christiane ne protège pas sa colonne lombaire qui lui est pourtant douloureuse. Nous commentons chaque chemin et demandons à chacune d'entre elles lequel elles ont préféré faire. Christiane dira qu'elle s'est sentie plus à l'aise avec le mien. Se rend-elle compte que ses postures sont contraignantes ? L'expérimentation de nouveaux trajets pour descendre au sol lui ont-ils permis, par effet miroir, de se rendre compte qu'il est possible d'agencer ses segments corporels d'une autre manière (ouvrir ses ceintures pour descendre délicatement et sans douleur par exemple) ?

Ces quelques vignettes cliniques reflètent les trois séances que j'ai animées. Les jeux dansés que j'ai proposés dans les séances suivantes étaient construits de la même manière. Seuls l'accompagnement vocal ou « la chorégraphie » des mouvements des bras

varient. Alors que j'observe de nombreux changements chez les patientes, Christiane paraît se figer dans sa fermeture corporelle et psychique. À la fin de chaque séance, les couleurs des patientes évoluent : le rouge vient se substituer au rose pour une patiente, le bleu, le noir, le jaune... Christiane énonce inlassablement le violet. Lorsque nous la soutenons, elle répond souvent que son violet est clair. Cette clarté dans sa couleur me fait garder espoir quant à son désir et son plaisir à venir dans le groupe.

8.4/Le blanc de l'Afrique

La séance suivante a été animée par Coralie qui n'avait pas pu être dans le groupe depuis plusieurs séances. Éliane a un entretien ce jour-là et ne peut donc pas venir. Coralie anime une séance inspirée par la danse africaine. Elle raconte une histoire : nous sommes une tribu et chassons les lions. La musique africaine très rythmée nous accompagne dans notre chasse, nous crions, chantons, cueillons des fruits ensemble, préparons la fête du village...

Toutes les patientes entrent facilement dans cet imaginaire africain. Christiane également. Lors du rassemblement pour aller chasser le lion, Christiane chante à tue-tête, le bras tendu en l'air, revendicatrice. J'ai l'image d'une femme dans les manifestations où l'effervescence bat son plein ! Lorsqu'il faut cueillir des fruits, un jeu s'instaure entre Christiane et moi : je fais semblant de lui voler les fruits de son panier. Elle me regarde avec malice et réplique en me retournant la pareille. Tout le groupe se rassemble spatialement pour cueillir des noix de coco et se met spontanément à se faire passer les fruits à la chaîne en chantant pour la fête du village. Lors de cette fameuse fête, qui fait office de fin de séance, Coralie invite chaque patiente à relâcher ses tensions corporelles. Christiane, sous mon regard bienveillant, lâche complètement le poids de ses bras dans un balancement rythmique.

Pour la première fois, j'ai senti un groupe *porté* par l'imaginaire de l'Afrique, mais également *portant* Christiane. France Schott-Billmann s'est intéressée au pouvoir régressif de la musique. Selon elle, les tambours viennent mimer le battement cardiaque de la mère que le fœtus perçoit dans la cavité intra-utérine. Est-ce que la musique africaine a permis à Christiane de lâcher prise ? Même si ses mouvements restent calqués sur ceux des autres membres du groupe, elle montre beaucoup de plaisir dans cette séance : elle sourit, rit,

joue, elle s'ouvre à l'autre et est dans l'interaction. Elle a parfois impulsé des « slogans » chantés que tout le groupe a pu reprendre par la suite. « On l'a eu, on l'a eu !!! » (le lion), scande-t-elle.

Dans le rituel de fin, Christiane dit « Blanc ! ». Cette couleur m'évoque le doux, la vie, l'espoir, la mère... Christiane se serait-elle sentie moins figée dans un corps-carcan ? Même si elle ne peut le verbaliser directement, cette nouvelle couleur me fait penser qu'elle a pu, en appui sur la musique, l'imaginaire et les fonctions miroirs du groupe, créer des liens et s'ouvrir à l'autre pour partager des temps communs (chasse au lion, cueillettes, fête du village...). Le groupe a-t-il fait fonction d'enveloppe aidant Christiane à sortir d'un pôle (la fermeture) entravant pour aller visiter l'autre côté : l'ouverture ? Cette séance est-elle en continuum avec celles que j'ai proposées avant, la voix faisant lien entre ces séances très différentes ? Et en effet, Christiane s'appuie sur l'utilisation de sa voix. Lorsqu'elle chante, ses mouvements sont plus précis et se dessinent clairement dans une direction de l'espace : elle est corporellement plus présente.

Plus généralement, peut-on parler d'illusion groupale pour cette séance ? Mais comment dans un cadre aussi fragile Christiane t-elle va pouvoir se sentir en sécurité pour continuer son expérimentation ? Pourra-t-on s'appuyer sur le chant et la musique pour poursuivre cette amorce d'ouverture ?

Après cette séance, Coralie n'a plus pu venir animer le groupe. Je me suis demandée ce qu'il resterait de cette effervescence groupale si les soignantes ne font pas figure d'enveloppe par leurs absences répétées. La semaine suivante, il fait très froid. En allant installer la salle, je vois toutes les patientes, arrivées bien en avance, en rangs d'oignons contre le radiateur pour essayer de capter un peu de sa chaleur. Cette jolie image d'un moment de partage commun autour de la chaleur agréable du radiateur évoque peut-être la trace d'une dimension groupale de la semaine précédente...

8.5/Nous partons en voyage

La semaine suivante, j'anime la séance. Pour faire lien avec celle sur l'Afrique, je propose aux patientes un voyage imaginaire sur une musique jazz : en passant par la mer, la montagne, un bois, le désert... Je raconte l'histoire et Éliane l'effectue avec les patientes.

Il manque deux patientes ce qui diminue beaucoup l'effectif du groupe. Elles sont quatre. Dans l'histoire que j'ai prévue, les patientes partent du sol pour se relever et visiter différents états corporels opposés : rapide/lent, lourd/léger, hypotonie/hypertonie... J'énonce volontairement beaucoup d'images pour soutenir au mieux les patientes dans leurs explorations corporelles.

De nouveau Christiane semble perdue sans support visuel. Elle se déplace les poings serrés en me regardant beaucoup. Elle refait les mouvements impulsés par Éliane voire certains des autres patientes. Par moments, elle se déplace en cercle de manière stérile. Mais dans les moments de partages groupaux, Christiane semble se « réveiller ». Ainsi, elle dit à la fin qu'elle a aimé la bataille de boules de neige. Effectivement, lorsqu'elles sont dans la neige, je les invite à fabriquer des boules et puis, de fil en aiguille à faire semblant de se lancer les boules de neige. Christiane a un visage lumineux, elle se baisse pour fabriquer sa boule, dirige son geste dans l'intention de la lancer sur quelqu'un. De même, sur le lac gelé où elles font du patin à glace, je les invite à se mettre avec une partenaire. Malgré un manque d'accordage rythmique avec son binôme, Christiane semble enjouée par cette situation. Finalement, sur une idée d'Éliane, le groupe forme une grande chaîne en se tenant par les bras pour glisser sur le lac. Christiane est au milieu et je vois se dessiner un large sourire sur son visage. Elle se redresse pour prendre le bras de ses partenaires, son corps se déplie, ses mimiques sont moins pauvres.

Dans le rituel de fin, Christiane dit : « violet ». Cette séance alterne les temps individuels et collectifs. J'ai le sentiment que les patientes ont besoin d'avoir ces temps individuels pour se retrouver elles-mêmes. Le contact à l'autre est parfois vécu comme intrusant et pas toujours facile à gérer. Néanmoins, pour Christiane, comment sont vécus ces moments individuels ? N'attend-elle pas justement les temps collectifs ? Et ces temps de partage permettent-ils de soutenir une ouverture psychocorporelle ?

8.6/Le tissu : un soutien au mouvement

À la séance suivante, Éliane et moi décidons d'utiliser les tissus comme média. Éliane anime cette séance. Elle propose un échauffement identique à celui que j'ai proposé quelques semaines avant : en partant du sol pour se redresser. Tout en le faisant, j'observe

Christiane. Elle est beaucoup plus mobile au sol que la première fois. En effet, elle est moins figée et a moins besoin de regarder les autres patientes pour les imiter. Cette fois-ci, elle s'autorise à rester allongée sur le côté. Elle reste malgré tout crispée, les mains ne pouvant prendre appui sur le sol car elles sont fermées. Éliane propose de passer d'un côté à l'autre en roulant sur le sol. Christiane réalise ce mouvement toute en tension avec la tête relevée. Je l'invite alors à la déposer sur le sol, ce qu'elle fait et peut ainsi, plusieurs fois de suite, réaliser ce mouvement de bascule qui me paraît plus fluide. Sur le temps de verbalisation en fin de séance, j'évoque à Christiane cette différence entre le mouvement avec sa tête relevée et celui sans le poids de sa tête. Je lui dis que son mouvement m'est apparu plus aisé avec la tête relâchée ce à quoi Christiane acquiesce. Me dit-elle cela pour me faire plaisir ? Se rend-elle compte de la différence entre hypotonie et hypertonie, entre fluidité et fermeté ?

Christiane, dans la suite de l'échauffement, se redresse par ses abdominaux, grimaçante et hypertonique. Je lui évoque la séance où nous avions essayé les chemins des autres patientes pour retourner au sol, en lui rappelant qu'il y avait, sans doute, des manières moins coûteuses de se relever. D'elle-même et sans modèle, elle se rassoit, fait basculer ses jambes sur le côté en dissociant son bassin de son buste, se redresse en chevalier servant pour arriver debout dans un mouvement fluide. Sous le regard des soignantes, elle paraît valorisée d'avoir trouvé ou retrouvé un moyen plus aisé de se redresser. Dans ce mouvement, son corps se sculpte et se spatialise : elle ouvre sa cage thoracique en effectuant une rotation de sa colonne vertébrale. Son corps n'est plus uniquement replié et enroulé sur lui-même, il se déploie, s'ouvre sur de nouveaux espaces corporels. Elle peut prendre appui sur le sol.

Ensuite, les patientes sont invitées à choisir différents tissus. Christiane choisit un tissu violet, puis sur une invitation d'Éliane à changer de tissu, elle en prend un bleu. Il est bien difficile parfois pour les soignants d'empêcher que leurs désirs n'interfèrent avec le soin.

Chaque patiente, après un temps d'improvisation sur une musique avec le tissu pour « l'apprivoiser », doit trouver un mouvement. Puis, par binôme, en face à face, nous dansons avec notre tissu. Chacune montre à l'autre son mouvement. Si le mouvement qui en résulte peut être un mélange entre les deux mouvements initiaux, l'un prend parfois le pas sur l'autre, d'autre fois la rencontre entre deux personnes « fabrique » un mouvement

entièrement nouveau. Lorsque je suis avec Christiane, je sens qu'un accordage émerge peu à peu entre nous. En effet, il règne une écoute respectueuse entre celle qui guide et propose son mouvement et celle qui le reproduit. Nous inversons les rôles sans avoir besoin d'en passer par le langage oral. Christiane me regarde et me sourit de manière concentrée et apaisée. Même si ses mouvements restent principalement focalisés au niveau du haut du corps, j'ai l'impression que le tissu, par ses qualités de longueur et de légèreté, l'aide à agrandir ses mouvements. En effet, ses bras ne sont plus recroquevillés contre elle mais se déploient dans l'espace : Christiane prend sa place.

Pendant le rituel de fin, Christiane dit « Bleu ». Son tissu l'était aussi. Mais si elle avait pu garder son premier choix, le tissu violet, qu'aurait-elle dit ? Dans le temps de verbalisation qui suit notre rituel, Christiane dit : « Comme Lili [patiente qui s'est exprimée juste avant], j'ai bien aimé cette séance ». C'est le lien qu'elle effectue entre Lili et elle-même que je souhaite relever. Christiane a pu associer et reprendre pour elle ce qu'a dit une autre patiente avant elle. Cette phrase est-elle l'indicateur d'une indifférenciation ou au contraire la marque d'une ouverture par une reconnaissance et une prise en compte de l'autre ?

Conclusion

La polarité de l'ouverture/fermeture met au travail une multitude d'autres couples d'opposés comme : enrouler/redresser, déplier/replier, donner/recevoir, intégrer/expulser, manger/déféquer et d'un point de vue plus psychique cette polarité concerne également la projection/l'introjection, penser/parler...

Ces différentes polarités trouvent sens dans l'histoire de Christiane. En effet, les difficultés de cette patiente aussi bien autour de la sphère alimentaire, de la respiration que de la sidération psychique et l'apragmatisme semblent la verrouiller inconditionnellement dans un seul pôle : la fermeture. Dès lors, l'intérêt n'est pas d'instaurer une autre forme d'entrave en exigeant l'ouverture à tout prix. Il s'agit bien d'une polarité qui trouve sens dans l'alternance entre deux positions et en seconde intention dans la création de positions intermédiaires entre ces deux extrêmes. Christiane a pu à son rythme, en appui sur un

soutien du groupe dans les moments collectifs, commencer à explorer le pôle « ouverture ». La danse lui a permis de le faire et d'en éprouver un certain plaisir. Mais Christiane ne peut y aller seule et a besoin d'être soutenue par les soignantes et le groupe. En effet, lors des temps de partages collectifs, Christiane a pu montrer une plus grande liberté corporelle. Mais comment va-t-elle continuer son chemin vers l'ouverture dans les moments individuels où elle perd sa place et se replie sur elle-même ? Et comment dans le temps, l'expérience de l'ouverture pourra-t-elle aider Christiane à repérer et évoquer ses ressentis et ses vécus internes ?

Au sein du groupe la polarité ouverture/fermeture peut permettre d'apprioyer l'autre, d'intégrer les absences et les retrouvailles répétées, d'investir et réinvestir une personne pour finalement créer des liens.

Du côté des soignantes, il y a fort à réfléchir autour de la place de chacune dans le déroulement des séances pour éviter que cela n'interfère sur la dynamique groupale. Comment les patientes ont-elles pu s'ouvrir ou se fermer aux séances des différentes soignantes ?

Plus généralement, en quoi la fusion et le mélange des équipes du CTJ avec le CATTP peuvent-ils venir bousculer les fonctionnements de chacun ?

III/Laurine : du Nous au Jeu

Laurine est une jeune adulte de 27 ans que j'ai suivie en soin individuel de psychomotricité. S'agissant d'un stage en supervision, le contexte de cette prise en charge mérite d'être explicité pour comprendre comment s'est articulé ce suivi au niveau de l'institution et de mon positionnement soignant.

1/Contexte du suivi en psychomotricité

C'est à la fin du mois de décembre, après avoir eu un temps pour observer les patients et pour comprendre le fonctionnement de l'institution, que j'ai commencé des suivis individuels.

Lors de cette période d'observation, j'ai immédiatement remarqué Laurine qui m'a donné une impression d'inquiétante étrangeté. En effet, dans les groupes thérapeutiques où j'ai pu la croiser, Laurine se présente repliée sur elle-même, ne parle pas ou uniquement sur sollicitations des infirmières, a un regard adhésif et, est sans cesse parasitée par des contractions de ses bras contre son buste. Elle les serre très fort comme si elle cherchait à tenir ou contenir une sensation qui ne peut s'exprimer autrement. Je remarque également que ces crispations se retrouvent au niveau de ses adducteurs et qu'elles sont majorées par l'émotion, l'excitation ou l'angoisse. Lorsque je suis venue dans son groupe « Mosaïque » pour y voir le déroulement, j'ai senti son regard se poser de biais sur moi et j'ai eu la sensation de représenter pour elle un éventuel objet dangereux. Malgré une mise à distance qu'elle m'imposait par son regard fixe et lointain, j'ai eu envie d'aller vers elle. Doucement, je me suis approchée de la mosaïque qu'elle était en train de faire et j'ai complimenté son travail, le choix des couleurs, etc. J'ai alors vu se dessiner un petit sourire timide sur son visage. Peut-être que pour approcher Laurine, il fallait passer par un objet médiateur : sa mosaïque. Cette première rencontre, dans ce bref moment informel, me semble importante pour la suite du suivi même si à ce moment là je ne savais pas que nous ferions un bout de chemin ensemble...

Quelques mois plus tard, lors d'une réunion avec la psychiatre et ma superviseuse pour discuter de mon stage et de mes futurs suivis, j'ai repensé à Laurine. En l'ayant recroisée à d'autres reprises sur le CATJ, j'ai à chaque fois eu cette impression de mise à

distance, de danger latent ou d'angoisse diffuse. La psychiatre a pensé qu'effectivement la psychomotricité pourrait l'aider à être moins angoissée par l'autre. Nous décidons de lui proposer ce projet la semaine suivante, lors d'un entretien psychiatrique.

Pendant l'entretien, je suis assise à côté de Laurine mais elle ne me regarde à aucun moment. Immobile, elle fixe des yeux la psychiatre. Celle-ci assure un rôle de tiers expliquant pourquoi elle a pensé à la psychomotricité pour Laurine et je lui explique le cadre : séance individuelle, l'endroit où nous nous retrouverons, la durée d'une séance, ce qu'on peut y faire.

Au moment de donner sa réponse, Laurine fixant toujours silencieusement la psychiatre, demande si nous serons seules, elle et moi. Après lui avoir ré-expliqué le cadre, elle dit « Oui ! » avec un grand sourire de soulagement.

La psychiatre me fait part de son étonnement car d'habitude, Laurine est plutôt amimique et exprime peu ce qu'elle ressent. Dans cette réponse, Laurine paraît joyeuse comme si le fait que l'on ait pensé à elle pour un soin individuel l'ait valorisée. Je retrouverai cette joie à toutes les séances.

Le contexte de cette prise en charge dans le cadre d'un stage en supervision est forcément un peu superficiel. Effectivement, il n'y a pas vraiment de demande initiale, ni de la part de Laurine, ni de sa famille, ni de l'équipe. Néanmoins, et malgré la promptitude de ce suivi, j'ai pu m'appuyer sur l'équipe pour obtenir des renseignements sur son anamnèse, construire un projet de soin et parler de son évolution.

2/Anamnèse

En allant chercher des éléments d'anamnèses, je me suis confrontée à un dossier bien vide... Les informations que j'ai pu avoir ont été obtenues par les infirmiers et la psychiatre.

Laurine est une jeune femme de 27 ans vivant avec ses parents et son petit frère âgé de 24 ans. Elle n'a pas su me dire si son frère travaille ou s'il fait des études et je n'ai pas pu le savoir d'une autre manière. Laurine présente une dysharmonie évolutive dans un registre quasi autistique. En effet, elle n'a pas d'objets autistiques mais est très inhibée et angoissée par l'autre.

Laurine a été scolarisée dans une école maternelle normale jusqu'à la grande section qu'elle a redoublée. Ensuite, elle a été placée dans différents IME (Institut Médico Éducatif) jusqu'à ses 20 ans suite à quoi elle est retournée vivre chez ses parents. Cette même année, elle arrive au CATJ. À cette époque, elle rencontre le psychiatre du CATJ (parti depuis et remplacé par l'actuelle psychiatre) qui lui donne un traitement antipsychotique, la trouvant très repliée sur elle-même. Laurine n'avait jamais eu de traitement et n'avait jamais été suivie en pédopsychiatrie auparavant. Ce traitement a été poursuivi par le médecin de famille pendant plusieurs années. L'actuelle psychiatre du CATJ a prolongé ce traitement et s'est inscrite comme médecin psychiatre référent pour Laurine qui n'avait jamais bénéficié de suivis psychiatriques réguliers.

Du côté familial, Laurine aurait été élevée comme une enfant déficiente intellectuelle. La mère de Laurine serait surprotectrice, lui laissant très peu d'autonomie. Il y a peu de temps encore, elle changeait les protections hygiéniques de sa fille lorsque celle-ci était réglée. Cette mère est venue deux fois en sept ans, (Laurine venant au CATJ en taxi) et ce malgré les sollicitations du CATJ pour la rencontrer plus souvent. La psychiatre me fait part de ses observations et hypothèses à propos de la mère de Laurine. Pour cette maman, le CATJ permet d'« occuper » sa fille mais il n'est en aucun cas envisagé comme un centre thérapeutique. D'ailleurs, depuis que Laurine vient deux jours par semaine au CATJ, sa mère a pu reprendre une activité professionnelle. La mère de Laurine est, semble-t-il, froide, peu étayante et la psychiatre note la pauvreté de narration, lors des entretiens, qu'elle a à l'égard de sa fille. En effet, elle fait peu de liens, elle « ne porte pas grand-chose » me dira la psychiatre. Y aurait-il eu une dépression post-partum à la suite de la naissance de Laurine qui se serait chronicisée ?

Je remarque qu'il n'est jamais question du père, ni aux entretiens avec la psychiatre, ni dans le dossier et Laurine ne l'évoque jamais, bien qu'il vive au domicile familial.

Depuis 2006, une demande de placement en foyer a été faite par la famille de Laurine. Cependant, il existe une réelle ambivalence autour de ce projet : la mère reste inactive malgré la demande initiale qu'elle a faite, il y a maintenant sept ans...

3/Descriptions cliniques

Laurine a les cheveux coupés au carré châtain foncé et les yeux marron. Elle est fine et grande. Elle prend soin de sa tenue vestimentaire, simple mais à la mode et très colorée. Elle a souvent du vernis à ongles de couleur vive assorti aux bagues et aux montres qu'elle porte. Quand elle n'est pas sur les groupes thérapeutiques, Laurine ne peut attendre en étant assise, elle adopte une démarche stérile dans les couloirs du CATJ. Elle regarde très souvent sa montre comme si elle était attendue.

Laurine a un contact visuel adhésif, que j'ai pu vivre comme intrusant au début et notamment lorsque je suis entrée dans le groupe thérapeutique « Mosaïque ». J'ai l'impression par ce regard fixe et sa difficulté à s'exprimer verbalement spontanément qu'elle attend que toutes sollicitations et/ou réponses proviennent de l'autre, en face d'elle.

En effet, Laurine parle très peu, et lorsque c'est le cas, ses mots sont projetés à l'extérieur avec une extrême rapidité, rendant incompréhensible ce qu'elle dit. Elle ne fait pas de phrases complètes mais des « mots phrases » à l'image du jeune enfant qui apprend le langage.

4/Le bilan psychomoteur

J'ai réalisé le bilan sur trois séances de trente minutes. Pour la première séance, il avait été décidé en amont que Laurine serait accompagnée par une infirmière dans le but de limiter son angoisse face à ce nouveau suivi et dans l'idée de faire lien entre l'équipe et moi.

Laurine a du mal à répondre aux questions de l'entretien préalable, elle semble très mal à l'aise en étant assise au bureau face à moi. Très vite, je lui propose des épreuves dynamiques qu'elle effectuera avec un plaisir notable.

Au niveau du **tonus**, je remarque que Laurine a une hypotonie de l'axe. Elle est recroquevillée sur sa chaise et a bien du mal à se redresser. Debout, ses pieds se posent avec une grande pesanteur sur le sol. Par contre, Laurine est hypertonique au niveau de ses membres. En effet, je retrouve lors de ce bilan à maintes reprises, toutes les contractions et crispations de ses bras et de ses jambes que j'avais déjà observées par ailleurs. Je ne lui en

dis rien pour l'instant, bien que cela soit perturbant, car ce comportement est certainement majoré par le cadre du bilan où elle agit sous mon regard, alors même que nous nous connaissons très peu. Sa répartition tonique m'évoque, comme pour Christiane, le schème du nourrisson : hypotonie axiale et hypertonie segmentaire.

Dans les épreuves d'**équilibre**, Laurine se recroqueille sur elle-même, elle perd son axe. De même pour les **coordinations** où le mouvement ne peut s'inscrire avec fluidité dans son corps, elle ne peut s'ériger par manque d'un axe solide et présente beaucoup de syncinésies de diffusion tonique.

Au niveau du **schéma corporel**, Laurine a une somatognosie partielle. Son dessin du bonhomme est immature, il s'agit d'un bonhomme bâton où elle prend beaucoup de temps à compter chaque doigt des mains. Néanmoins, elle a accès à la réversibilité.

Pour ce qui est de l'**espace** et du **temps**, les repères de base sont acquis. Par contre, elle ne peut suivre un rythme que je lui indique au tambourin ou reproduire ceux de l'épreuve de Mira Stamback. Elle ne peut non plus représenter l'espace en passant dans une dimension en 2D.

Lorsque je prends des notes entre les épreuves, Laurine ne peut rester immobile. Elle fait des pas sur place dans un balancement rythmique. Que représente l'immobilité pour elle ? Comment peut-elle laisser advenir le « rien », le « vide », ce temps où je ne la « porte » plus ? D'ailleurs, durant les trois séances de bilan, je suis très présente pour l'étayer et l'encourager mais aussi pour l'inciter à me montrer ce qu'elle sait. En insistant avec douceur, je me rends compte qu'elle connaît plus de choses qu'elle n'en laisse paraître, mais semble, par moments, paralysée psychiquement et physiquement par ce que je lui demande. Je dois deviner ce qu'elle me montre en pointant du doigt ou par ses mots phrases qui se comprennent dans le contexte. Comme une mère avec son bébé, je l'interprète. Nous en sommes là avec Laurine dans le registre des pensées fusionnelles.

5/Le projet de soin

À la fin du bilan et sur une demande de ma part, Laurine me dit qu'elle a trouvé les épreuves faciles. Cela me renseigne sur une méconnaissance de ses difficultés mais aussi de ses compétences. Face à cette immaturité corporelle, je décide de repartir de

l'expérience des couples d'opposés (dur/mou, mobile/immobile, grand/petit...) pour qu'elle puisse mieux identifier ses états corporels et émotionnels.

Je remarque également pendant ces trois séances de bilan qu'elle n'a aucune prise d'initiative, qu'elle ne peut faire un choix lorsque je lui laisse cette possibilité. Elle est dans une obéissance extrême vis-à-vis de ce que je lui propose. N'est-ce pas en lien avec son manque d'axe ? Comment sans axe, peut-elle s'affirmer face à l'autre, exprimer son désir et s'impliquer dans une relation ? Dès lors, je décide de travailler également autour de l'axialité.

Comme Laurine semble avoir déjà bien investi ce soin, je décide de poursuivre ce suivi. Elle accepte mon projet de soin que je lui évoque globalement.

6/Le cadre des séances

Laurine s'est tout de suite saisie de ce soin comme si la préoccupation des soignants vis-à-vis d'elle venait pallier un éventuel manque de préoccupation maternelle primaire. Il m'a fallu quelques séances pour organiser mon cadre et pour ne pas me laisser envahir par une angoisse de vide, reflétant sans doute un vécu identique chez Laurine. J'ai donc décidé de découper les séances de trente minutes en trois temps. Le premier, très court, où nous sommes toutes les deux assises au bureau, sert à prendre de ses nouvelles, à lui demander si elle se souvient de ce que nous avons fait la fois précédente et à lui expliquer ce que nous allons faire ce jour. Le deuxième temps, plus dynamique, se construit autour de jeux avec ou sans musique. Ce sont des jeux qui ne sont pas obligatoirement dansés, mais qui s'inspirent librement des théories de la danse-thérapie. Comme Laurine ne peut formuler une demande particulière ou exprimer un désir, c'est moi qui propose les différents jeux lors de ce temps dynamique. Ensuite, le troisième temps consiste à faire un dessin libre au bureau (nous faisons chacun le nôtre), pour clôturer la séance. Je vais à présent décrire quelques extraits de séances et l'évolution de Laurine au regard de celles-ci.

7/De l'anesthésie sensorielle au réveil des sensations

Durant les premières séances, par son attitude figée, son regard pénétrant et son absence de parole Laurine m'est apparue très hébétée. Au fil du temps, je me suis sentie

moins intrusée par son regard qui s'est animé. Laurine a pu exprimer, à sa manière, des émotions face à des ressentis corporels. J'ai eu l'impression d'assister à un « réveil » après une longue période d'anesthésie.

7.1/*Le dur et le mou*

Les premières propositions que j'ai faites à Laurine se sont articulées autour du gros ballon. Ce dernier, disposé entre nous deux, permet d'être dans un contact mais qui n'est pas d'emblée direct. Cela m'a semblé important au départ, d'utiliser cet objet entre nous au regard de l'indication formulée par la psychiatre. Nous devions repousser le gros ballon, sans le faire tomber. Dans ce jeu, Laurine a les bras très contractés, elle exerce une pression continue sur le ballon. Elle ne peut s'ancrer dans le sol et effectue des petits pas en tournant, ayant pour effet de nous entraîner toutes les deux dans un mouvement circulaire. Lorsque j'augmente la pression en appuyant plus fortement sur le ballon, Laurine pousse des petits cris aigus. Elle me dira au bout d'un moment qu'elle a un peu mal aux bras. Je lui propose alors, en laissant de côté le ballon, de les relâcher et puis d'alterner entre une tension et une détente de ses membres supérieurs. Je me place face à elle, pour qu'elle puisse m'imiter en exagérant la détente et la contraction de mes bras. Je remarque qu'elle ne peut relâcher les siens, ils sont en permanence durs.

Avec le gros ballon, l'accordage tonique, entre pousser et relâcher, n'est pas facile à trouver car Laurine ne peut moduler sa pression, ce qui la fatigue rapidement. Les petits cris qu'elle pousse lorsque j'exerce des pressions plus fortes, renseignent-ils sur des éventuelles sensations d'axialité que Laurine éprouve dans ce jeu ?

À la suite de cette séance, j'ai envie de lui proposer, en appui sur un défaut d'ancrage de ses pieds au sol, de marcher à différentes vitesses en tapant plus ou moins fort avec les pieds. La musique qui nous accompagne est très rythmée : percussions, tambours et chants *a cappella*. Au fur et à mesure, j'ai installé différents supports par terre, tels que : des bâtons en bambou, des tissus, des mousses en forme de brique, des coussins... Nous marchions dessus pour en décrire la sensation au niveau de la voûte plantaire. Laurine peut me dire : « ça fait bizarre », ou « ça chatouille », mais de manière indifférenciée pour les divers supports. Pour l'aider à classifier ses sensations, je lui pose des questions en utilisant les opposés, de telle sorte qu'elle puisse faire un choix entre deux propositions. « Est-ce

agréable ou désagréable ? », « Est-ce dur ou mou ? », « Est-ce doux ou rugueux ? »... Avec ce soutien, Laurine peut me répondre et exprimer plus clairement ses sensations corporelles.

7.2/Le dedans et le dehors

À la fin d'une séance, je propose un temps de massage à Laurine avec un ballon car elle m'a fait part de certaines douleurs corporelles notamment au niveau de ses pieds et de son ventre. Elle s'installe en position allongée. Je commence à faire rouler le ballon sur ses pieds, tout en lui parlant de sa respiration. Très vite, elle me dit : « J'ai envie de vomir ! ». Je lui propose de s'asseoir ce qu'elle refuse en me disant : « C'est passé. » Je pense que plus qu'une envie de vomir, Laurine a été déstabilisée par ma verbalisation autour de l'air qui entre et qui sort du corps. Peut-être a-t-elle pris conscience des mouvements possibles entre l'extérieur et l'intérieur par le biais de sa respiration ?

De même, à la fin d'une autre séance, son ventre se met à gargouiller relativement fort. Comme elle voit que j'ai entendu, elle se met à rire. Mais il s'agit d'un rire gêné. Elle tapote sur son ventre, en me disant « Non, non, Il a bien mangé », comme si elle voulait annuler cette manifestation corporelle surgissant malgré elle. J'en profite pour lui expliquer que cette sensation est bien normale, et que, à l'intérieur du corps, même si nous ne pouvons pas le voir, il se passe beaucoup de choses. Pendant cette brève explication autour de l'intériorité du corps humain, Laurine est très attentive et très concentrée. Là encore, prend-elle conscience du « dedans » de son corps ?

Ces séances ont permis de mettre en confiance Laurine et de créer une alliance thérapeutique. Ce sont de brefs extraits, un peu épars, mais qui me paraissent importants dans l'évolution de Laurine. En effet, elle est plus « vivante » dans le lien à l'autre et moins angoissée. J'ai l'impression qu'elle prend doucement conscience que son corps est un contenant et une interface entre le dedans et le dehors. Pour ce qui est de la perception entre le dur et le mou, j'aurai l'occasion d'en reparler par la suite mais, à ce moment du suivi, Laurine ne peut moduler son hypertonus segmentaire. Dans ces séances, je me suis beaucoup appuyée sur mes intuitions, car Laurine n'est pas encore capable de proposer ou même en deçà de la proposition, d'impulser des changements dans le jeu initial. La suite du

suivi s'est déroulée autour d'un même thème que j'ai déployé et complexifié sur plusieurs séances, ce qui m'a paru profitable pour que Laurine puisse avoir le temps de s'installer dans ce travail et être de plus en plus actrice dans les séances.

8/Espace direct et espace indirect : l'espace du jeu

Cette terminologie s'appuie sur le travail de Rudolf Laban, danseur et inventeur de l'écriture du mouvement. Ce dernier définit l'*espace direct* comme une manière de se rendre directement vers un point de l'espace ; notion s'opposant à l'*espace indirect* qui correspond à une manière détournée de réaliser une action. Il associe l'espace direct au pénétrant, au pointu et à l'étroit. L'espace indirect est associé, lui, à la flexibilité, au caractère ondulant, à l'absence de but, mais aussi à la générosité.

8-1/*Le cercle*

En observant Laurine se déplacer irrémédiablement de manière circulaire, je lui propose alors de tourner, sur une musique, dans un sens puis dans l'autre. Il s'agit d'un déplacement indirect. Cela lui plaît beaucoup et elle semble rechercher les effets de la giration avec « la tête qui tourne ». Je lui demande alors si elle est d'accord d'expérimenter les déplacements en ligne droite (*espace direct*) dans le but de limiter le mal de tête. Laurine me dit qu'elle préfère continuer de tourner en cercle. Serait-ce encore trop compliqué pour elle le caractère « direct » du déplacement ? En effet, le cercle m'évoque l'expression « tourner en rond ». C'est également l'image du « serpent qui se mange la queue ». Le cercle ne permet pas l'ouverture. Il s'agit d'une non-rencontre puisqu'en tournant, Laurine se retrouve toujours, mais ne me rencontre jamais. Je décide de matérialiser les cercles que nous traçons dans l'espace avec les coussins, les tissus et les briques en mousse. Nous construisons ensemble un grand cercle puis l'expérimentons en marchant dessus. Laurine a du mal à tenir l'équilibre, les différents supports sous ses pieds la font vaciller. Après avoir tourné un long moment, je lui propose de construire son cercle et moi le mien. Elle en construit un quasiment identique à celui que nous avions fait ensemble. Le mien change par sa taille réduite. Sur une question de ma part, elle me dit qu'elle préfère son cercle. Et effectivement, je la sens plus à l'aise avec le sien, car elle est

moins déséquilibrée en marchant dessus.

Pendant le temps de dessin libre, elle dessine le grand cercle que nous avons fait en représentant les coussins, les briques et les bâtons.

À la fin de cette séance, je me rends compte que j'ai introduit la notion de *grand* et de *petit*. Je reprends cela lors de la séance qui suit. En mettant une musique assez soutenue, je lui propose de se déplacer en faisant des grands cercles dans un premier temps, et, ensuite des petits. Nous commençons ensemble, j'initie les changements. J'insiste pour qu'elle fasse des grands cercles ou des tous petits, car elle marque peu de différence entre l'un et l'autre. J'exagère mes déplacements ce qui l'amuse beaucoup. Elle rigole et me parle plus facilement à présent. Parfois, elle s'arrête pour se tenir la tête avec un air amusé en disant « Oh, la, la, ça tourne ! ». Après un certain temps d'expérimentation, je lui propose d'être le guide. Elle paraît, d'abord, un peu interdite, je retrouve son regard pénétrant d'avant. J'insiste avec douceur en lui parlant de la confiance que j'ai envers elle. Finalement, elle se prend au jeu et repart. Je dois cependant lui souffler qu'elle peut changer quand elle le souhaite. Cela semble encore difficile pour Laurine d'assumer pleinement son rôle de guide. Je lui fais également remarquer que le grand cercle a une affinité forte avec les grands pas et le petit cercle avec les petits pas.

Mais si le grand cercle se lie d'affection pour les grands pas, est-ce possible de faire un grand cercle avec des petits pas ? Et inversement pour le petit cercle ?

Ceci est l'objet de la séance qui suit. J'invite Laurine à représenter au tableau le grand cercle et le petit cercle, côté à côté, ainsi que le « grand pas » et le petit, ce qui l'aidera pour la suite de la séance. Laurine me montre ses capacités de symbolisation : elle peut utiliser des symboles pour représenter le cercle et les pas (un trait horizontal plus ou moins long selon que les pas sont grands ou petits). Quand le corps n'a pas pu servir de référentiel pour construire les repères spatiaux, Sandra Cologne, psychomotricienne, pose l'hypothèse que « les représentations graphiques de l'espace telles que les figures géométriques peuvent être des supports permettant la mise en jeu du corps dans l'espace [...] afin de stimuler les processus de représentation et d'imagerie mentale. »³⁵ Comment

³⁵, Cologne S., Corps, espace, mouvement...et bien dansons maintenant !, Évolutions Psychomotrices, Vol.22, n°87, 2010, p.21

dans son développement, Laurine a-t-elle pu utiliser son corps pour représenter l'espace qui l'entoure ?

Je commence à associer grand cercle/grand pas et nous partons nous déplacer dans la salle, accompagnées par la musique. Je joue le rôle du guide et lui cède rapidement ma place. Cette fois-ci, elle accepte mieux cette nouvelle fonction, même si elle a besoin d'être très soutenue par mes encouragements. Je note le plaisir de Laurine à tourner et à changer les variables, même si c'est encore un peu flou pour elle. En effet, je remarque que ces cercles sont tous de la même taille : une taille intermédiaire. Comment Laurine discrimine-t-elle le grand du petit ?

8.2/*La ligne droite*

Après avoir passé quelques séances autour du cercle, je propose à Laurine de faire l'expérience du déplacement en ligne droite, d'abord dans son tempo spontané puis en alternant *doucement* et *vite*. Laurine accepte d'entrer dans ce jeu sans angoisse. J'apprends par les infirmiers que dans les temps informels, Laurine ne circule plus dans les couloirs, mais peut s'asseoir en salle d'attente avec les autres patients. Je la vois même faire une phrase complète pour demander une information à une autre patiente. Le déplacement en ligne droite s'effectue dans un plan antéro-postérieur et permet aussi de se présenter et d'affronter l'autre. Dans ce nouveau jeu, nous courons ou marchons doucement d'un mur à l'autre. Là encore, Laurine a du mal à être dans le vite ou le lent, la différence entre les deux est difficile à percevoir. Par conséquent, j'arrive avant elle au mur lorsque nous courons. Elle me suit de près, essoufflée, en riant beaucoup. Soudain, parce que j'arrive la première au mur, elle me dit « C'est pas du jeu ! » avec un grand sourire et un regard lumineux me donnant à penser que justement nous jouons...

L'expérimentation de l'espace indirect (le cercle) pendant plusieurs séances a peut-être permis à Laurine de prendre conscience qu'il existe une autre manière de bouger pour elle. J'ai également l'impression qu'elle a pu transporter cette expérience en dehors de la psychomotricité en pouvant s'installer (sur une chaise, mais aussi en adressant la parole aux patients) de manière plus sûre au sein du CATJ. Malgré tout, les opposés sont encore bien flous pour Laurine, me faisant penser qu'il est encore trop tôt pour jouer à mélanger la ligne et le cercle ou à apporter de l'intermédiaire.

9/De la tension à la détente

Progressivement, j'observe de moins en moins de contractions de ses bras au niveau du buste. Ce dispositif de soin est certainement moins angoissant à présent pour elle. Et dans les moments où l'excitation monte, elle n'a plus besoin de serrer ses bras contre elle. L'hypertonie semble avoir en partie cédé car Laurine peut désormais déplier ses bras.

Le temps où nous sommes assises au bureau, qui, au début du suivi était très court, semble avoir pris une véritable importance. Laurine me parle plus. Elle m'énonce, souvent, la liste de toutes ses douleurs corporelles et de ses égratignures aussi infimes soient-elles. J'ai l'impression d'être en présence d'une toute petite fille qui vient montrer à sa maman ses « bobos ». Ce temps de maternage prend de plus en plus de place dans les séances. En effet, il devient fréquent que Laurine arrête un jeu pour me dire tout d'un coup qu'elle a mal quelque part. Douleurs soudaines, mais qui s'estompent aussi vite qu'elles sont apparues... Laurine cherche-t-elle une certaine reconnaissance en existant d'abord par ses douleurs ? Et ces douleurs ne représentent-elles pas des demandes, non verbalisées directement, d'un temps de détente corporelle avec la balle ? Effectivement, il m'arrive, au regard de ses douleurs, de lui rouler une balle à picots à l'endroit où elle a mal. Elle me dit en faisant un grand soupir de détente : « Ça fait du bien ! » Elle semble complètement détendue, presque dans un abandon d'elle-même. Mais si je lui propose d'emblée un temps avec la balle à picots, elle le refuse systématiquement.

L'hypertonie massive de ses bras a légèrement diminué. Laurine a accès à la détente même si elle semble l'éprouver de manière extrême, à l'image du nourrisson, qui les vit, lui, de manière quasi extatique. Cette détente nouvelle fait-elle suite à la séance où Laurine a expérimenté la tension et la détente de ses membres supérieurs, soutenue par ma fonction miroir dans le face à face ?

10/Le haut et le bas du corps

L'hypertonie cédant, j'observe que les crispations de ses membres supérieurs contre son buste sont bien moins nombreuses. En outre, Laurine a désormais souvent ses mains

tenues l'une contre l'autre et posées sur son ventre. La diminution de l'hypertonie a-t-elle permis la rencontre entre sa main droite et sa main gauche ? Néanmoins, les crispations n'ont pas totalement disparu. Elles sont déplacées au niveau de ses membres inférieurs. En effet, Laurine tape régulièrement un mollet contre l'autre dans un mouvement quasiment frénétique.

Ce déplacement des contractions du haut vers le bas du corps, suivant un mouvement descendant, me fait penser aux travaux de Geneviève Haag. En effet, l'auteure explique que l'enfant construit d'abord le haut de son corps avant d'intégrer le bas autour de la zone du bassin et en appui sur une maîtrise de ses sphincters. Laurine est-elle en train de structurer le haut de son corps ? Comment a-t-elle intégré cette zone charnière entre le haut et le bas de son corps ? Devrais-je lui proposer de sentir, par divers jeux, cet axe horizontal ?

11/De la fusion à la différenciation

Au fur et à mesure, je suis de plus en plus exigeante envers Laurine tout en respectant la bienveillance instaurée dès le début. Le « nous » laisse doucement place au « je »... Nous sortons des pensées fusionnelles du jeune enfant. Effectivement, je demande à Laurine en utilisant l'humour sachant qu'elle y est sensible de me faire des phrases construites et non plus des mots phrases projetés vers l'extérieur. Et dans ce cadre, Laurine commence à exprimer ce qu'elle ressent ainsi que ces désirs.

En effet, lors du temps d'accueil au café, le matin, je suis allée m'installer à sa table pour discuter un moment avec elle. Elle me parle de ces futures vacances en famille, du spectacle qu'elle a vu, la veille, du groupe « Chorale » du CATJ, etc. Et timidement, elle m'a demandé si nous pourrions refaire les cercles pour la séance de l'après-midi. Quelle joie de l'entendre enfin exprimer un désir elle qui, quelques mois auparavant attendait que toutes réponses viennent de la personne face à elle !

Je pense que les alternances entre « guide » et « guidé » dans les séances de psychomotricité ont pu l'aider à se positionner, à prendre des décisions, à se différencier. D'ailleurs, elle est de plus en plus à l'aise lorsqu'elle guide et n'a plus besoin de me fixer du regard avec inquiétude.

De même, à la fin de chaque jeu, je lui demande ce qu'elle a préféré, en prenant soin de formuler mes questions pour qu'elle puisse avoir le choix entre deux opposés. Par exemple, a-t-elle préféré le déplacement en ligne droite vite ou en ligne droite lent ? Lequel entre ces deux déplacements lui a paru plus agréable ou désagréable ? Quand la question est précise et qu'elle vient « buter » entre deux extrêmes, Laurine peut me répondre facilement. Elle se positionne également en pouvant soutenir un choix de préférence, même lorsque le mien diverge du sien. Je peux également depuis peu, lui dire quand elle a été en difficulté. Lors des déplacements en cercle, j'ai pu lui faire remarquer sa difficulté à faire la différence entre le « grand » et le « petit ». Elle a pu l'entendre et le reconnaître. Pendant le bilan psychomoteur, elle n'avait pas l'air de se rendre compte de ses difficultés et m'avait dit qu'elle avait trouvé les épreuves du bilan faciles.

Au début, le temps du dessin me semblait très formel. En effet, j'avais l'impression que Laurine dessinait pour répondre à la « consigne » sans plaisir notable. Depuis peu, elle s'intéresse à ce que je dessine. Elle m'a demandé une fois ce que j'avais fait. Cela m'a donné l'idée de raconter nos dessins chacune son tour et d'y écrire derrière ce qu'ils représentent. Ainsi, j'écris, non seulement ce qu'elle voit de nos dessins, mais plus largement l'histoire de son processus de différenciation.

12/Vers l'intermédiaire ?

À la fin d'une séance, voyant que Laurine a du mal à différencier le grand cercle du petit cercle et après le lui avoir fait remarqué, j'ai décidé d'essayer d'introduire la notion de « moyen » cercle.

J'ai pensé que cela aiderait Laurine de représenter au tableau ce cercle moyen, entre le grand et petit pour mieux les différencier. Il n'en fut rien... Laurine n'a pas réussi à dessiner un intermédiaire entre grand et petit. En lui faisant voir dans l'espace de la salle de psychomotricité les différences entre ces trois variables, en les exagérant, cela permettrait-il d'aider Laurine à clarifier les extrêmes ? Laurine est restée attentive pendant mon explication active. En étant le guide, je lui ai proposé d'essayer de se déplacer en cercle en alternant les trois tailles.

C'est dans le temps du dessin que je me suis rendue compte qu'il est encore trop tôt pour introduire de l'intermédiaire. Sur son dessin, Laurine a recopié ce qu'elle avait dessiné au tableau : grand cercle, grand pas, petit cercle, petit pas et puis le moyen cercle. Sauf que la taille de son moyen cercle est identique à celle du grand. Je lui évoque la difficulté qu'elle a pour le moment à faire la différence entre le moyen et le grand, ce que Laurine reconnaît aisément.

Dans cette fin de séance, j'ai sans doute voulu « brûler » les étapes et introduire de la nuance, là où, pour Laurine c'est encore bien compliqué de différencier les opposés. Néanmoins, cela m'a permis de réaliser que quand les opposés sont encore flous, l'intermédiaire et ce qu'il implique (négociations, nuances...) ne peut émerger.

Conclusion

Cette étude de cas raconte le début d'un suivi psychomoteur avec une patiente psychotique sur une durée très réduite.

Malgré ces contraintes organisationnelles, Laurine a su tirer profit de ce suivi individuel et transporter en dehors des murs de la salle de psychomotricité les expériences positives qu'elle y a vécues. En outre, j'ai eu beaucoup de retours de l'équipe du CATJ quant à sa meilleure intégration au sein de la structure et notamment auprès des autres patients.

Dans ces séances de psychomotricité, les opposés se sont joués à différents niveaux : dans l'espace et les déplacements, entre le haut et le bas du corps, entre la tension et la détente, entre mes absences et mes présences au CATJ, pour finalement laisser émerger tranquillement un processus encore à l'œuvre de différenciation.

Je me suis beaucoup questionnée autour de mon positionnement soignant tout au long de ce suivi. En effet, j'ai dû faire confiance à mon intuition par le biais d'une observation corporelle de Laurine. C'est comme si, Laurine ne pouvant s'exprimer oralement, du moins au début, m'avait conduite à écouter son corps me parler. Puis progressivement, j'ai parlé en nos noms, puis en son nom, pour enfin l'écouter me parler d'elle...

TROISIÈME PARTIE :

AUX PRÉMICES DE L'ALTÉRITÉ

*« On peut faire partie du monde tout en s'en différenciant.
Et pour communiquer avec l'autre, il faut avoir découvert
qu'on est quelqu'un et non pas une partie de l'autre. »³⁶*

Introduction

J'ai choisi d'utiliser le média danse dans le soin psychomoteur avec Christiane et Laurine, car il s'agit d'une discipline artistique que j'affectionne particulièrement, la pratiquant depuis de nombreuses années et avec laquelle je suis à l'aise. Je pense qu'il faut avoir, par ailleurs, expérimenté les effets, les enjeux et les bénéfices d'un média, quel qu'il soit, avant de le proposer dans un cadre thérapeutique. En effet, la danse n'est pas thérapeutique en soi et c'est le dispositif dans lequel elle s'inscrit, au regard de la théorie psychomotrice, qui en fait un outil magnifique au service du psychomotricien.

Mais de quelle danse parle-t-on ? La danse, dans un cadre thérapeutique, a pour objectif de recréer « un ancrage corporel [...], sortir des points de fixation et limitations liés à la pathologie, pour trouver une nouvelle organisation du corps et du mouvement »³⁷. Nous sommes bien loin d'une recherche de technicité, qui à mon avis, n'aurait pas de sens dans le soin psychomoteur.

La danse, dans un cadre thérapeutique, permet d'aller expérimenter les opposés, là où, pour Christiane et Laurine, règne la fixation dans une seule manière d'être et de se présenter au monde. Les caractéristiques de la danse telles que le **rythme**, le **balancement**, le travail autour de la **kinesphère** et le **jeu** permettent de visiter différentes polarités tout en assurant la transition entre deux positions extrêmes. Dès lors, c'est cette « dynamique intégrative »³⁸ des polarités qui m'a conduite à utiliser ce média en psychomotricité avec Christiane et Laurine.

Je développerai donc chacune de ces caractéristiques, qui ont toutes contribué à favoriser des mouvements de va-et-vient entre soi et autrui, « entre-deux-corps en mouvement »³⁹, permettant la rencontre avec l'autre et l'émergence de l'altérité.

³⁶, Schott-Billmann F., Quand la danse guérit, Le courrier du livre, Lassay-les-Châteaux, 2012, p.143

³⁷, Cologne S., Corps, espace, mouvement... et bien dansons maintenant, Évolutions psychomotrices, Vol. 22, n° 87, 2010, p.20

³⁸, Robert-Ouvray S., Le corps étais de la psyché, Thérapie psychomotrice et recherches, 1999, n° 117, p.60

³⁹, Vennat T., Danser en psychiatrie adulte Quel dispositif pour « être en corps » ?, Évolutions

I/La connaissance de soi précède la reconnaissance de l'autre

1/Déjà « être »...

Les psychotiques ont généralement des difficultés pour mettre des mots sur des sensations corporelles et des affects. Les soignants sont souvent confrontés à des silences pesants reflétant le vide interne des patients, lors des verbalisations dans l'après-coup d'une séance. La mise en mot est difficile en appui sur une capacité d'insight très restreinte.

À partir du moment où j'ai mis des mots sur les douleurs dorsales de Christiane pendant les séances, celle-ci a pu les reconnaître et les exprimer. Dans la verbalisation qui suit le rituel de fin, Christiane, mutique au début, évoque à présent ses douleurs au dos. Là, où, la verbalisation était impossible, elle est permise aujourd'hui par le biais de ses plaintes somatiques, comme si ses douleurs lui permettaient d'exister au sein du groupe, d'être écoutée et reconnue par les soignantes. En effet, la récente capacité de Christiane à s'exprimer en fin de séance coïncide avec son ouverture psychocorporelle au sein du groupe.

En me listant tous ses « bobos », Laurine ne cherche-t-elle pas, elle aussi, une certaine reconnaissance ? Et cette recherche de reconnaissance n'est-elle pas liée à un défaut de préoccupation maternelle primaire, faisant écho à l'histoire de Laurine et peut-être plus généralement à la psychose d'un point de vue psychanalytique ? Mélanie Klein nous dit qu'il est indispensable que le jeune nourrisson vive plus d'expériences positives que de négatives pour que son Moi se structure et qu'il puisse avoir confiance dans le bon objet. Mais si les mauvaises expériences prennent le pas sur les bonnes, c'est le narcissisme primaire du bébé qui en pâtit et dont le manque se fait cruellement sentir à l'âge adulte.

J'ai tendance à penser que cette capacité à verbaliser la douleur est une première étape dans la prise de conscience d'un corps traversé par des sensations. Le psychomotricien assiste alors à l'abandon progressif du bouclier anti-émotions, vers une première forme d'intériorisation. Lorsque le thérapeute aide le patient « à découvrir la manière dont l'angoisse s'est localisée dans son corps sous forme de douleurs »⁴⁰ et qu'il

psychomotrices, Vol. 21, n° 86, 2009, p.201

⁴⁰, Defiolles-Peltier V., Les vérités du corps dans les psychoses aiguës, Greco, Paris, 2010, p.175

porte attention à celle-ci, c'est alors « la possibilité d'exprimer la souffrance soit verbalement, soit corporellement »⁴¹ qui se trouve favorisée chez le psychotique.

2/Le psychomotricien et l'empathie

L'empathie est d'autant plus mise à l'œuvre dans le soin psychomoteur que la prise de conscience du corps du patient passe par l'évocation de la douleur. Elle peut être définie comme la capacité de se mettre à la place de l'autre, d'éprouver ce que l'autre ressent tout en restant différencié. Dès lors, l'empathie prépare déjà au processus d'individuation, processus qui n'a souvent pas pu se mettre en place dans la psychose selon la théorie de Margaret Mahler. J'ai parfois eu l'impression d'être en position de sollicitude vis-à-vis de Christiane et de Laurine en écoutant leurs plaintes somatiques. Dans le soin avec Laurine, cette phase d'écoute et de reconnaissance de ses douleurs a été importante pour que naisse une confiance en l'autre. Progressivement, Laurine a pu s'exprimer sur d'autres sujets que celui de ses douleurs et construire ainsi sa subjectivité. Néanmoins, il faut « savoir doser la quantité et la qualité de notre empathie, c'est-à-dire notre capacité à donner pour pouvoir recevoir »⁴², au risque d'un maintien dans une fusion entre le psychomotricien et le patient.

« Notre but n'est donc pas de le [le patient] replonger dans la fusion, mais de l'aider à s'en extraire »⁴³.

Avant de se différencier, il faut se reconnaître comme sujet vivant et pensant traversé par des sensations et des émotions. Cette construction de la subjectivité précède les mouvements d'ouverture à l'autre et, est sous-tendue par une réappropriation du corps, même s'il est parfois nécessaire d'en passer d'abord par des sensations douloureuses.

II/Le rythme : un soutien au mouvement d'ouverture à l'autre

1/Rythme interne, rythme externe, rythme groupal

Nous avons vu en partie théorique que le rythme est un liant. En effet, s'il règne un accordage entre le rythme physiologique du bébé et le rythme relationnel avec sa mère,

⁴¹, ibid, p.175

⁴², ibid, p.179

⁴³, Schott-Billmann F., Quand la danse guérit, Le courrier du livre, Lassay-les-Châteaux, 2012, p.120

alors le bébé peut supporter l'absence de sa mère et anticiper son retour. Or, le rythme constitue un des soubassements de la danse. En effet, il faut pouvoir trouver l'accordage rythmique entre la musique et la musicalité du corps ou entre deux partenaires, pour qu'un esthétisme émane d'une chorégraphie. En psychomotricité et notamment dans le bilan psychomoteur, le rythme est testé et mis au travail dans la thérapie. Une dysrhythmie vient souvent révéler un défaut d'accordage primaire entre la mère et son enfant et/ou « un défaut d'organisation de la relation moi-monde »⁴⁴. La danse, dans un cadre thérapeutique, permet d'expérimenter différents rythmes, non plus dans une recherche d'esthétisme, mais dans une prise de conscience de ses propres rythmes, ainsi que dans l'exploration de nouveaux.

« Dès la naissance, la maturation psychocorporelle de l'enfant exige qu'il acquière de plus en plus d'autonomie par rapport à la mère, en affirmant ses propres rythmes »⁴⁵.

Suivre un rythme est quasiment impossible aussi bien pour Christiane que pour Laurine. Laurine ne peut reproduire des rythmes simples proposés dans l'épreuve de Mira Stamback. Christiane, elle, ne peut suivre le rythme d'une musique ou celui du tambourin, même en s'appuyant sur les autres patientes du groupe qui sont, elles, « en rythme ». Christiane est toujours plus lente, alors que Laurine a un tempo spontané assez soutenu. Claire Bertin, psychomotricienne, nous dit que « le rythme permet de lier le passage d'un opposé à un autre et donc cette alternance d'une émotion à une autre »⁴⁶.

Jocelyne Vaysse, médecin psychiatre et danse-thérapeute, parle de deux types de rythmes : le rythme interne et le rythme externe.

Le premier renvoie aux rythmes cardiaques, respiratoires, aux flux sanguins, etc. La prise de conscience de ce rythme interne nécessite « un certain degré d'interrogation »⁴⁷ et dépend de la capacité d'insight du patient. Le second est plus tangible : il s'agit du tempo spontané du sujet, par exemple, sa démarche propre.

La musique peut servir de soutien à ces deux rythmes, notamment dans la psychose, lorsque l'apragmatisme est très présent. En effet, elle est « un inducteur de mouvement »⁴⁸ par son « aspect dynamogénique »⁴⁹.

⁴⁴, Lesage B., *La danse dans le processus thérapeutique*, Eres, Mercuès, 2009, p.147

⁴⁵, ibid, p.123

⁴⁶, Bertin C., *De la différenciation à l'individuation, La danse dans le processus thérapeutique*, Eres, Mercuès, 2009, p.211

⁴⁷, Vaysse J., *La danse-thérapie, Histoire, techniques, théorie*, Desclée de Brouwer, Lonrai, 1997, p.123

⁴⁸, ibid, p.127

⁴⁹, ibid, p.127

Dans le groupe « Psychomotricité », la musique vient soutenir les patientes dans leurs mouvements à tel point que, lorsque le silence s'installe entre deux morceaux, les patientes s'immobilisent. Néanmoins, sur ce groupe Christiane est sans doute celle qui a le plus de difficulté à se mettre en mouvement spontanément. D'ailleurs, l'objectif de ses soins sur le CATJ est de lutter contre l'apragmatisme. Dans la séance autour du thème africain, la musique rythmée a soutenu Christiane. Dans la séquence de la cueillette, elle peut tendre son bras et ramasser les fruits dans différentes directions de l'espace tout en modulant sa vitesse. De même, lorsque le groupe part à la chasse au lion, je peux voir Christiane adopter une démarche très lente, en deçà de son tempo habituel, pour chercher le lion tapi derrière les feuillages et au contraire une démarche plus soutenue lorsque le lion a été découvert. En outre, c'est autour du grand tambour que se réunit le groupe avant de partir à la chasse au lion. Chaque patiente est invitée à venir taper un rythme de son choix sur le tambour pour appeler les autres, avant de le frapper toutes ensemble. Je remarque que Christiane, qui d'habitude a beaucoup de mal à suivre un rythme imposé, se synchronise avec celui des autres patientes. Christiane a une place autour du tambourin, elle regarde les autres patientes avec un sourire radieux. Elle semble savourer ce plaisir partagé autour d'un rythme commun. Le rythme lui a permis de s'ouvrir aux autres, de partager une dynamique commune soutenant par ailleurs sa mise en mouvement. Elle est sortie de son repli pour visiter l'ouverture corporelle et relationnelle. L'expérience de ce rythme collectif, où Christiane a pu se synchroniser avec le reste du groupe, peut-elle à terme ouvrir sur une prise de conscience de ses rythmes internes ?

Avec Laurine, c'est notamment autour des rythmes internes et externes que le travail en psychomotricité s'est articulé. Nous nous déplaçons dans la salle de psychomotricité en marchant en cercle, Laurine adoptant une démarche plutôt rapide. Dans le petit cercle, elle perd son équilibre. Malgré ses pertes d'équilibre, elle a du mal à ralentir sa vitesse en fonction de la taille du cercle. Néanmoins, dans la ligne droite, alors que je marche à côté d'elle en exagérant le caractère rapide ou lent de ma marche, Laurine peut se rendre compte de son incapacité à moduler la sienne. D'ailleurs, c'est lorsqu'elle m'a dit « C'est pas du jeu ! » qu'elle a pu ensuite entrer dans une course franche pour arriver la première au mur. Chaque sujet a sa démarche singulière avec une cadence, un rythme, une

manière d'appréhender l'espace en marchant... Cette singularité a pu être exacerbée dans ces séances avec Laurine puisque nous étions placées côté à côté. Je remarque, en outre, que dans la course, Laurine est rapidement essoufflée et vite fatigable. La course a eu pour effet d'accentuer ses mouvements respiratoires, déjà évoqués dans une séance précédente lors d'un temps de relaxation, et donc de prendre conscience de ses rythmes internes : battements cardiaques accélérés, respiration plus bruyante et circulation sanguine plus rapide.

C'est également en appui sur un cadre de soin sûre et prévisible que Laurine a pu prendre conscience de ses rythmes. Effectivement, les séances de psychomotricité ont lieu dans la même salle, à la même heure, tous les mercredis et elles sont découpées en trois temps toujours identiques. Ce découpage des séances que j'ai choisi au départ pour lutter contre une angoisse du vide a certainement permis à Laurine de profiter de chaque temps en ayant la possibilité d'anticiper le suivant.

Laurine, par l'alternance des opposés « vite » et « lent », a pu moduler son rythme externe ou tempo spontané. Serait-ce le début d'une prise d'autonomie indispensable au processus d'individuation ?

Christiane a besoin d'un soutien groupal, autour d'un rythme commun, pour pouvoir moduler le sien, prendre sa place au sein du groupe et être disponible à l'autre.

2/Le psychomotricien et le rythme

Le psychomotricien doit respecter le rythme des patients. Il doit être vigilant à ce que son propre rythme n'empiète pas sur le leur. Cela entraverait alors l'accordage soignant/soigné et ferait éventuellement revivre chez eux un défaut d'accordage dans la relation primaire.

Lorsque j'ai proposé à Laurine d'expérimenter le « moyen cercle », j'ai été prise par un désir d'apporter de l'intermédiaire pour sortir de la répétition « grand/petit » cercle. Laurine n'en était pas encore à ce stade. Toutefois, elle a pu reconnaître sa difficulté à représenter le moyen cercle, me renseignant sur sa capacité à se questionner. S'agirait-il d'un début de processus d'intériorisation ?

La difficulté pour le psychomotricien est de saisir à quel moment la répétition d'une expérience est signifiante ou aliénante.

Ainsi, les différents rythmes instaurent un jeu entre rythme personnel et rythme groupal. « Au regard de la pathologie psychotique et de sa problématique des limites, ce travail du rythme comme étagage du statut de sujet, bien différencié de l'autre »⁵⁰ fait rejouer la polarité moi/non-moi pour amorcer un processus de différenciation et donc une reconnaissance de l'autre. Par ailleurs, le rythme, dont dépend la danse, est également le moteur principal du balancement.

III/De droite à gauche, d'avant en arrière, de soi à l'autre : quel mouvement ?

1/Le balancement

Le balancement est un mouvement universel. En effet, dans toutes les civilisations les mères apaisent leurs enfants en les berçant. Ces derniers trouvent alors du réconfort par la « rythmie apaisante, [la] répétition inlassable d'un mouvement toujours le même, [le] mouvement du corps uni au corps, [du] corps niché épousant exactement les creux et les bosses de la topographie maternelle. »⁵¹ Dans ce mouvement, l'enfant sécurisé dans le giron de sa mère peut vivre l'alternance entre l'ouverture et la fermeture, entre le dedans et le dehors. La mère, en berçant son bébé dans un balancement rythmique, l'éloigne d'elle et le présente au monde extérieur, l'autorisant déjà, de manière inconsciente, à s'individuer, avant de le ramener contre elle. Il s'agit d'un aller-retour entre la fusion et l'ouverture au monde extérieur. La danse permet « de sortir de la fusion psychotique car le balancement mobilise la constitution de deux pôles »⁵². Ainsi, en thérapie psychomotrice avec des adultes psychotiques, l'objectif est de donner la possibilité au patient de faire l'expérience d'un balancement signifiant « qui le rend autonome, parce que capable de faire alterner deux temps distincts : temps de fusion et de séparation. »⁵³

En outre, le balancement est un mouvement symétrique et participe à la construction des axes corporels. Un balancement des bras, par exemple, permet de sentir

⁵⁰, Vennat T., Danser en psychiatrie adulte Quel dispositif pour « être en corps » ?, Évolutions psychomotrices, Vol. 21, n° 86, 2009, p.204

⁵¹, Herran C., Danse et volupté, in G. Hermet et M. Jardiné (ed), Le jeune enfant, son corps, le mouvement et la danse, Eres, Quercy, 1996, p.198

⁵², Schott-Billmann F., Quand la danse guérit, Le courrier du livre, Lassay-les-Châteaux, 2012, p.155

⁵³, ibid, p.155

l'axe vertical. Un balancement du bassin, par transfert des appuis au sol, permet de sentir l'axe horizontal. Nous avons vu que la constitution des axes corporels donne la possibilité au sujet de sentir son corps unifié. Le balancement réunit les deux moitiés du corps autour de l'axe vertical ainsi que le haut et le bas du corps autour de l'axe horizontal. Or, l'axialité, par le biais du balancement ouvre à la différenciation entre soi et l'autre.

« Le balancement ne se contente pas d'unifier le corps, il relie, en les jumelant, tous les éléments fondateurs de l'être humain : la mère, l'autre, lui-même, le groupe. »⁵⁴

Le balancement peut parfois être stéréotypé. C'est le cas pour Laurine, qui ne peut rester immobile mais effectue un balancement rythmique : des petits pas en avant et en arrière. Entre l'envie d'aller vers l'extérieur et la crainte de le faire, ce balancement est-il une tentative toujours échouée pour aller vers l'autre ?

Au début du suivi avec Laurine, je lui ai proposé des percussions osseuses au niveau de sa colonne vertébrale. Je me suis aperçue qu'elle ne connaissait pas l'existence de son rachis. J'ai alors passé un temps à lui faire sentir son rachis en effectuant des pressions au niveau de ses vertèbres. Ensuite, je lui ai dessiné au tableau l'allure d'une colonne vertébrale pour l'aider à se la représenter. Ce bref temps, initiant le soin psychomoteur avec Laurine, a fondé le socle sur lequel nous allions prendre appui dans la suite des séances.

L'alternance dans nos différents jeux, entre celle qui guide et celle qui est guidée, est une variante du balancement. Le guide ouvre la dyade vers l'extérieur en prenant des responsabilités et des risques, dans un cadre thérapeutique bienveillant. Le « guidé » est, lui, soumis aux choix du guide, il n'est plus décisionnaire. Mais, c'est parce que les rôles s'inversent que Laurine a certainement pu accepter d'être guide. Le retour possible et sécurisant vers le thérapeute redevenant guide a permis de jouer avec deux pôles distincts : soi et l'autre.

Christiane, dans la séance autour du thème de l'Afrique, a pu faire l'expérience de ses axes corporels. En effet, je la vois pour la première fois faire semblant de cueillir des fruits en haut, en bas, d'un côté et de l'autre, dans un mouvement fluide. A-t-elle senti, dans cette séance, comment coordonner et dissocier ses ceintures scapulaires et pelviennes autour du pivot vertébral ?

⁵⁴, ibid, p.152

Dans la séance avec les tissus, nous sommes en binôme, en face à face. Nous balançons nos tissus de droite à gauche ou d'avant en arrière dans un mouvement rythmique. Ce mouvement facilité par la souplesse du tissu permet à Christiane le déploiement de ses bras dans l'espace et l'ouverture de son regard. En effet, elle alterne entre un regard dirigé vers moi et vers les tissus qui dansent. Ceci témoigne que Christiane, dans cette séquence, n'est pas dans un mimétisme rigoureux. Son regard ainsi que les changements de mouvements qu'elle initie me font penser que le balancement a soutenu Christiane pour sortir du « même » et aller vers du « différent ». La position en binôme dans le face à face a peut-être étayé Christiane, en venant rejouer la dyade entre la mère et son enfant. Le mouvement de balancement permet de s'éloigner de la soignante et d'y revenir immédiatement après. Cette position sécurisante a sans doute favorisé l'émergence de variations dans ce duo. Mais comment Christiane peut-elle trouver une singularité dans le groupe et pas uniquement dans une relation à deux ?

2/Le « corps modèle » du psychomotricien

Le balancement conduit le psychomotricien à se positionner en tant que « corps modèle »⁵⁵ sur lequel Laurine et Christiane ont pu prendre appui. Que ce soit dans le face à face ou dans le côté à côté, le patient « se voit dans le corps du thérapeute, miroir (idéal) de lui-même »⁵⁶. Dès lors, le psychomotricien envoie des signaux infra verbaux sous forme de réponses corporelles : un regard approuveur et encourageant, une disponibilité tonique et affective... Et regarder l'autre, c'est déjà le reconnaître comme sujet. Le psychomotricien est « celui qui intègre le regard d'autrui et unifie le corps »⁵⁷, il reçoit les projections du patient et lui renvoie, comme un miroir, une image juste de lui-même. Ce « corps modèle » du thérapeute a permis à Christiane et à Laurine de déployer leur créativité et de sortir temporairement d'une fusion aliénante.

Dans le groupe « Psychomotricité », Christiane a pu s'appuyer sur les soignantes et les autres patientes pour amorcer une ouverture psychocorporelle. Néanmoins, j'observe qu'elle ne parvient pas à effectuer le mouvement « ramener à soi » lorsque tout le groupe l'effectue ensemble en cercle. En effet, dans un jeu dansé, les patientes sont invitées à jeter

⁵⁵, Vaysse J., La danse-thérapie, Histoire, techniques, théorie, Desclée de Brouwer, Lonrai, 1997, p.144

⁵⁶, ibid, p.145

⁵⁷, Le Pelletier Du Clary M.T., Danse et troubles mentaux une expérience pratique, Soins psychiatrie, n° 213, 2001, p.38

au milieu du cercle leurs soucis et à ramener à elles les bonnes choses qu'elles désirent. Christiane jette facilement mais ne peut prendre dans un mouvement de retour vers elle. Que vient signifier cette difficulté qui n'est absolument pas motrice ? Christiane perd-elle cette capacité de balancement dans les temps collectifs empêchant un retour vers elle-même et sa singularité ? Comment, dans un groupe, être ensemble tout en restant différencié ?

IV/L'espace du dedans, du dehors, du nous, du je

1/La kinesphère

La kinesphère est un concept issu des travaux de Rudolf Laban, que l'on peut également rapprocher de ceux d'Edward T. Hall dans un autre domaine de recherche, autour de la proxémie. La kinesphère correspond « à la zone immédiatement accessible sans déplacement, par déploiement du corps dans les diverses directions »⁵⁸ de l'espace. Ainsi, quand le corps est au maximum de son déploiement, il atteint les limites de sa kinesphère ; limites qui caractérisent les frontières entre l'intérieur de cette bulle et l'en-dehors. Christiane, dans sa posture repliée en légère triple flexion permanente a donc une kinesphère réduite. Ainsi, la kinesphère concerne aussi sur l'image du corps et son occupation effective de l'espace, « en tant qu'elle formalise un investissement à partir d'un centre, qui peut se dilater ou se rétracter »⁵⁹. Les mouvements de dilatation et de rétraction dont parle Benoit Lesage sont proches des mouvements d'ouverture et de fermeture évoqués avec Christiane.

En outre, pour investir et habiter sa kinesphère il faut avoir construit en amont les axes corporels. Ces derniers permettent le déploiement du corps dans toutes les directions de l'espace. Le corps s'organise, tourne, se contorsionne autour de ces indispensables pivots. La kinesphère est donc cette bulle virtuelle ou encore cette ombre transparente que nous déplaçons autour de nous lorsque nous bougeons.

Christiane, dans les déplacements libres, tourne toujours dans le même sens, à tel point qu'elle semble désemparée quand un obstacle se trouve sur son chemin. Elle a du mal

⁵⁸, Lesage B., *La danse dans le processus thérapeutique*, Eres, Mercuès, 2009, p.82

⁵⁹, ibid, p.83

à l'éviter. Son repli corporel et sa manière de se déplacer dans l'espace me font penser qu'elle n'habite pas sa kinesphère. Elle reste confinée à l'intérieur de sa bulle dont les parois l'enserrent. Elle semble en difficulté pour en élargir les frontières et aller au contact de l'autre.

Pour que les échanges entre le dedans et le dehors puissent s'effectuer, il faut avoir construit une kinesphère dont les limites sont suffisamment souples et perméables, sans excès, au risque de se sentir intrusé en permanence. Christiane a-t-elle une kinesphère dure et raide à l'image de son corps en mouvement ?

La kinesphère a une fonction intégrante fondamentale. Elle permet de relier le haut et le bas du corps, la droite et la gauche, le devant et le derrière en concentrant les différentes polarités de l'espace en son sein, permettant au sujet de bouger avec harmonie et fluidité. La kinesphère permet le passage entre le dedans et le dehors, effectue la transition entre soi et l'autre. Serait-ce une piste de travail intéressante à explorer avec Christiane dans le but de l'aider à s'ouvrir à l'autre tout en lui permettant de se recentrer et de se ressourcer à l'intérieur de sa bulle ? Il s'agirait de jouer à essayer de rétrécir et d'agrandir cette bulle imaginaire, en appui sur le déroulement et l'enroulement de son corps. Nous avons vu que l'espace se construit avec un premier référentiel : le corps. Mais quand le corps n'a pas pu servir de support pour construire l'espace, comment la psychomotricité peut-elle travailler autour des représentations spatiales ?

Laurine, tout comme Christiane, tourne dans ses déplacements libres. Nous avons vu qu'il s'agit d'un déplacement indirect selon la terminologie de Rudolf Laban. Avant d'introduire le petit et le grand cercle, j'ai d'abord proposé d'inverser le sens du cercle. Laurine a réussi assez facilement à le faire. Elle m'a montré qu'elle pouvait faire varier ce mouvement répétitif et moduler l'espace dans lequel elle l'inscrivait. J'ai pu intuitivement me rendre compte que les limites de sa kinesphère n'étaient pas rigides mais pouvaient s'assouplir. Quand j'ai introduit la notion de grand et de petit, Laurine a eu du mal à discriminer ces contrastes. Par la suite, nous avons eu l'occasion de reprendre les déplacements en cercle. À ma grande surprise, Laurine a réalisé un grand cercle puis un tout petit. Depuis, elle peut différencier ces deux caractéristiques opposées et peut

également moduler sa kinesphère. Ses déplacements en ligne droite en témoignent. Ce déplacement engage nettement l'axe vertical qui correspond « à l'axe du pouvoir faire, du possible et de l'engagement »⁶⁰. Laurine est donc passée des déplacements indirects aux déplacements directs tout en façonnant et en sculptant sa kinesphère. En outre, ses déplacements en ligne droite coïncident avec un engagement plus tangible dans les séances de psychomotricité. J'ai pu remarquer une plus grande aisance dans le rôle du guide, une verbalisation plus riche, des regards moins fixes. Laurine commence à prendre des décisions, à exprimer ses désirs, à soutenir un choix de préférence, à s'autonomiser.

Ce travail autour de l'espace direct et indirect a eu des effets sur son espace proche et lointain. Au départ, Laurine m'imposait une certaine distance physique notamment par son regard fixe que je vivais comme une intrusion. Progressivement, il s'est adouci et j'ai pu commencer à m'approcher d'elle. La demande indirecte qu'elle me fait d'un massage avec la balle à picots m'incite à penser que je ne représente plus un danger pour elle comme je l'ai ressenti au début.

2/Le psychomotricien et l'espace

Le psychomotricien doit respecter la distance de sécurité que lui impose le patient. Il doit estimer « le moment opportun où les deux protagonistes ne se sentiront ni menacés, ni menaçants »⁶¹ pour réduire ou augmenter l'espace entre deux corps en relation. Si le psychomotricien n'empiète pas sur la distance imposée par le patient, il instaure une relation de confiance et lui laisse l'espace suffisant pour déployer sa kinesphère, prendre sa place et être acteur de son soin.

Ainsi, le travail autour de la kinesphère a permis à Christiane de s'ouvrir au groupe en repoussant les limites de sa bulle proxémique. Laurine a modulé cette bulle en expérimentant différents déplacements qui lui ont permis de s'engager corporellement et de s'affirmer face à l'autre. Christiane et Laurine ne sont-elles pas au début du long chemin qui mène à la prise en compte de l'autre, aux prémisses de l'altérité ?

⁶⁰, Lesage B., Jalons pour une pratique psychocorporelle, structures, étayage, mouvement et relation, Eres, Villematier, 2012, p.154

⁶¹, Defiolles-Peltier V., Les vérités du corps dans les psychoses aiguës, Greco, Paris, 2010, p.168

La kinesphère, le balancement et le rythme sont des caractéristiques communes à la danse. Néanmoins, il en manque une, transversale à toutes les précédentes, largement utilisée aussi bien en danse-thérapie qu'en psychomotricité...

V/Du jeu *entre nous*

1/Le jeu en danse

Très tôt, l'enfant « trouve le moyen de transformer en jeu une expérience de déplaisir »⁶² liée à l'absence de sa mère. Lancer et ramasser la balle, ouvrir et fermer la porte, allumer et éteindre la lumière sont des expériences qui permettent à l'enfant de jouer avec la polarité *présence/absence*. Cette polarité est également mise au travail dans les jeux de surprise comme le « coucou caché » dont parle Daniel Marcelli. Cet auteur explique que la mère répète une même séquence gestuelle et vocale plusieurs fois de suite permettant au bébé de l'anticiper. Puis de manière impromptue, elle vient le surprendre en créant une rupture dans le rythme instauré jusqu'alors. L'enfant surpris réalise qu'il s'est laissé tromper par sa mère et prend conscience qu'il est sous l'emprise de cette dernière. Par ces jeux de surprises et ceux autour de la polarité *présence/absence*, le jeune enfant « commence à penser cette emprise et par conséquent à développer des stratégies pour s'en dégager. »⁶³

Ainsi, le jeu permet à l'enfant de sortir de la fusion dans laquelle il se trouve initialement avec sa mère. Il ouvre un espace possible entre soi et l'autre. Winnicott a nommé cet espace intermédiaire, « entre la réalité psychique interne et le monde externe »⁶⁴ où se chevauchent les mouvements des deux protagonistes, l'aire transitionnelle. Pour France Schott-Billman elle correspond à cette « zone d'entre-deux, privilégiée et paradoxale puisqu'elle appartient, sans contradiction, ni conflit, aussi au dedans et au dehors, à l'imaginaire et à la réalité, à l'autre et à soi. »⁶⁵

La danse, parce qu'elle est sous-tendue par le rythme, le balancement, et l'alternance, constitue un espace transitionnel ; espace d'expériences, de co-création, aire du faire semblant, lieu du passage entre l'intérieur et l'extérieur...

⁶², Schott-Billmann F., Quand la danse guérit, Le courrier du livre, Lassay-les-Châteaux, 2012, p.193

⁶³, Marcelli D., La surprise, chatouille de l'âme, Albin Michel, Paris, 2005, p.92

⁶⁴, Winnicott D. W., Jeu et réalité, Gallimard folio essais, Saint-Amand, 2009, p. 35

⁶⁵, op.cit, p.123

Dans la séance autour de l'Afrique, le groupe a joué à être une tribu, à chasser les lions, à faire semblant de cueillir des fruits et de préparer la fête du village. Le jeu du « faire semblant » permet d'adopter la gestuelle, les mimiques et les émotions du chasseur de lion et ainsi visiter différents états psychocorporels. La danse et le rythme, faisant office d'espaces transitionnels, ont permis à Christiane de moduler ses propres rythmes, sa kinesphère et ainsi de s'ouvrir à l'autre.

Dans la séance avec les tissus et lorsque je me suis retrouvée en binôme avec Christiane, il était bien difficile de savoir qui de nous deux était à l'initiative d'un mouvement, qui de l'une ou de l'autre a amorcé le changement de vitesse et/ou de direction. Nous étions, la danse nous l'a permis, dans un espace de co-création, où la distinction entre ce qui vient de soi et ce qui vient de l'autre est ténue. Et pourtant, c'est grâce à cet espace transitionnel que Christiane a pu sortir du mimétisme et prendre des initiatives.

Le jeu dansé en s'inscrivant dans un espace transitionnel permet de lier, de réunir dans une création commune les mouvements de l'un avec ceux de l'autre, non pas dans le but de créer une fusion « confusante », mais de laisser émerger une différenciation dans un espace intermédiaire de création commune.

De la même manière, dans la séance où le groupe a effectué un voyage dans différents lieux tels que : la mer, la montagne, la rivière, Christiane a pu faire semblant de lancer des boules de neige, de faire du patin à glace sur le lac gelé. Dans ces jeux de faire semblant, ses mouvements corporels sont habités et moins restreints. Christiane est présente et participe à la dynamique collective. Le plaisir de partager se dessine sur tous les visages des patientes et peu importe qui est à l'origine de la bataille de boules de neige, chaque patiente a ajouté une part d'elle-même participant à la rêverie collective.

« L'aire transitionnelle n'est pas seulement une surface, mais un espace-mouvement, où deux pôles interchangeables [...] se croisent et se réfléchissent infiniment dans une relation vivante et privilégiée »⁶⁶.

Avec Laurine, un jeu s'est amorcé dans les déplacements en cercle et en ligne droite. Sa phrase « C'est pas du jeu ! » n'est-elle pas le reflet d'un jeu *entre* nous, créant ainsi un espace entre elle et moi ? Dans ces jeux de déplacements, Laurine a beaucoup ri,

⁶⁶, Schott-Billmann F. , Quand la danse guérit, Le courrier du livre, Lassay-les-Châteaux, 2012, p.125

les mimiques de son visage se sont diversifiées. Comme pour Christiane, j'ai pu voir son plaisir à partager avec moi l'alternance des rôles de guide où nous avions chacune notre place dans le respect et l'écoute de l'autre. Cette alternance a permis à Laurine, en partageant ses perceptions et les différences des trajets à chaque fois revisités, de laisser émerger sa subjectivité, sans inquiétude outre mesure. Laurine peut même exprimer ses désirs en dehors de la psychomotricité. En effet, l'équipe du CATJ me raconte le positionnement qu'elle adopte dans les groupes thérapeutiques. Laurine s'exprime de plus en plus. Elle n'hésite pas à aider certains patients et à arbitrer les autres en leur disant « Mais non, il faut pas faire comme ça » ou encore « Tu n'as pas le droit de faire ça ! ». Elle est, depuis peu, d'après les infirmiers, « moteur » dans les groupes thérapeutiques. Ce suivi en psychomotricité a-t-il créé l'espace transitionnel permettant de sortir de la fusion et de tranquillement prendre une place de sujet différencié ?

Ainsi, le jeu présent dans toutes les caractéristiques intrinsèques à la danse a permis de relier dans une aire transitionnelle commune les mouvements de soi et de l'autre pour laisser émerger chez Christiane et Laurine leurs mouvements personnels.

2/« Jouer », un paradigme en psychomotricité

Le jeu, si présent en psychomotricité, constitue selon Fabien Joly, un véritable paradigme en tant que « position thérapeutique originale et féconde »⁶⁷. La danse, média dans le soin psychomoteur, doit être proposée de manière ludique. C'est pourquoi dans un cadre de soin, le psychomotricien ne recherche pas la technique de la danse aux dépens du patient mais s'appuie sur ses caractéristiques qui en font un média thérapeutique et dont le jeu fait partie. C'est dans une atmosphère bienveillante, contenante, dans un cadre ludique que le patient déploie ses problématiques et les met au travail. Il s'agit de créer « un espace de rencontre et d'expérience où [le patient] accepte de s'avancer avec son thérapeute »⁶⁸.

Le psychomotricien accompagne le patient dans « l'expérience d'un être ensemble et d'un faire avec »⁶⁹. En effet, il s'implique corporellement dans la thérapie en venant nourrir, par ses fonctions miroirs, son « corps modèle », ses représentations et sa

⁶⁷, Joly F. , Le paradigme du « jouer » dans les thérapies à médiation, Thérapie psychomotrice et recherches, n° 98, 1993, p.45

⁶⁸, ibid, p.56

⁶⁹, ibid, p.57

verbalisation des affects co-éprouvés, l'aire d'expérimentation commune si active dans le soin en psychomotricité. Et c'est bien de cette aire commune qu'émerge la prise en compte de l'autre dans sa différence.

Conclusion : quand la danse rencontre la psychomotricité

« La danse par elle-même, en sa qualité de tiers, de médiation, participe déjà au processus de dé-fusion »⁷⁰, processus qui fait bien souvent défaut dans la psychose. Nous venons de voir comment la danse, par ses qualités intrinsèques, a permis « d'ouvrir à la relation, la relation à soi-même et à l'autre »⁷¹.

J'ai choisi de développer plus particulièrement la polarité *moi/non-moi* dans cette partie théorico-clinique car elle m'a semblé faire le lien entre Laurine et Christiane. Cette passerelle entre ces deux suivis n'est-elle pas le reflet de ce que j'ai essayé d'amorcer tout au long de mon stage et de ce mémoire, en cherchant à relier les opposés, à trouver du jeu entre des positions contrastées et à favoriser les mouvements d'allers et retours entre les extrêmes ?

J'ai également choisi de détailler cette polarité car, à mon sens, elle est sous-tendue par tous les autres opposés développés en partie théorique et clinique. En effet, la reconnaissance de l'autre passe d'abord par la reconnaissance de soi en appui sur une meilleure conscience corporelle. Laurine a pu sentir que la tension peut laisser place à la détente, que l'intérieur du corps n'est pas un trou béant et que du déplacement direct en ligne droite peuvent naître de nouvelles représentations spatiales du monde environnant. Pour Christiane, c'est en appui sur le groupe qu'elle a pu sentir ses axes et déployer une géométrie corporelle nouvelle. Enfin, j'ai eu l'impression pour toutes les deux, qu'un processus d'intériorisation s'est amorcé par le biais d'une verbalisation autour de la douleur.

L'empathie, le « corps modèle » du psychomotricien, le respect du rythme et de l'espace du patient sont des outils que j'ai pu mettre en place grâce à Laurine et à Christiane, mais aussi grâce à l'immense champ d'expérimentation de la danse en thérapie.

⁷⁰, ibid, p.204

⁷¹, Vennat T., Danser en psychiatrie adulte Quel dispositif pour « être en corps » ?, Évolutions psychomotrices, Vol. 21, n° 86, 2009, p.204

Ces aspects continuent de me questionner notamment autour des liens féconds qui se retrouvent entre la danse-thérapie et la psychomotricité.

Jocelyne Vaysse, médecin psychiatre et danse-thérapeute, nous dit « que l'approche [en danse-thérapie] n'est nullement contradictoire avec les données émanant du champ de la psychomotricité. Le sujet, pour installer une organisation psychomotrice qui lui est propre, a sollicité son corps en tant que lieu d'inscriptions motrices archaïques, en terrain d'expériences sensorielles, toniques, affectives qui fondent le socle de la mémoire et de l'inconscient »⁷². En thérapie psychomotrice, le thérapeute invite le patient à revisiter son organisation psychomotrice « dans le but d'activer des processus internes susceptibles de provoquer des remaniements psycho-dynamiques au sein [de son] Moi. »⁷³

En outre, la danse à l'avantage de s'intéresser au corps dans son ensemble par une mise en mouvement globale et globalisante. Il en va de même en psychomotricité dans laquelle le psychomotricien prend en compte les aspects corporels et psychiques d'un sujet. Ainsi, la danse est un média qui embrasse à merveille la thérapie psychomotrice.

⁷², Vaysse J., Organisations et ruptures des mouvements dansés : quels équilibres ?, Évolutions psychomotrices, Vol. 12, n° 47, 2000, p.5

⁷³, Vaysse J., Le corps en médiation thérapeutique : mouvements, dansés et polysémie corporelle, Revue Française de Psychiatrie et de psychologie médicale, Tome x, n° 99, 2006, p.46

CONCLUSION :

La danse, dans le soin psychomoteur, a permis à Christiane et à Laurine, de réunir les contrastes pour progressivement prendre en compte l'autre dans sa différence. En outre, la danse permet d'aller visiter une dimension et son contraire, de les relier entre elles pour tendre vers un équilibre psychocorporel. Christiane et Laurine n'ont pas encore trouvé la fluidité dans les mouvements d'allers et retours entre les extrêmes mais ont pu moduler la rigidité dans laquelle elles se trouvaient au début de mon stage. Cette fluidité psychocorporelle évolue tout au long de la vie et permet de la nuancer, de la colorer et de l'enrichir.

« Il y a foule de choses que les gens pensent ne pas être de la danse et qui le sont pour moi ».

Cette citation de Pina Bausch illustre mon positionnement interne avec le média danse dans ces suivis psychomoteur. En effet, l'organisation tonico-posturale d'un patient, puisqu'elle « résulte de son histoire et en est la trace »⁷⁴ et parce qu'elle correspond à une esthétique gestuelle singulière, reflète déjà une manière d'*être* au monde. Ainsi, la psychomotricité propose un espace d'expérimentation fécond pour trouver d'autres chemins possibles avec son corps et sa psyché. La danse, parce qu'elle permet une mise en mouvement infinie, est un médium malléable sur lequel Christiane et Laurine ont pu s'appuyer pour aller à la rencontre de l'autre. C'est, entre autres, cette exploration infinie du corps qui me plaît tant dans la danse et qui a imprégné ma pratique de la psychomotricité avec Christiane et Laurine.

En service de psychiatrie adulte ou avec « les déséquilibrés mentaux »⁷⁵, comme le souligne Jocelyne Vaysse, ne cherchons-nous pas justement un équilibre, une harmonie dans la psychocorporéité des patients ? L'expérimentation des opposés en psychomotricité, au-delà de la question de l'altérité, permet-elle de rétablir les équilibres essentiels des individus ? Serait-ce une piste de travail dans la pathologie bipolaire ?

⁷⁴, Cologne S., Corps, espace, mouvement... et bien dansons maintenant, Évolutions psychomotrices, Vol. 22, n° 87, 2010, p.19

⁷⁵, Vaysse J., Organisations et ruptures des mouvements dansés : quels équilibres ?, Évolutions psychomotrices, Vol. 12, n° 47, 2000, p.6

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

OUVRAGES

BULLINGER A. (2004), *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, Boulos, Eres, 2008.

DEFIOLLES-PELTIER V. (2000), *Les vérités du corps dans les psychoses aiguës*, Paris, Greco, 2010.

HERRAN C., Danse et volupté, in G. Hermet et M. Jardiné (ed), *Le jeune enfant, son corps, le mouvement et la danse*, Eres, Quercy, 1996, p.197-200.

LEDOUX H. M.(1984), *Conceptions psychanalytiques de la psychose infantile*, Vendôme, Le fil rouge, 1984.

LESAGE B. (2012), *Jalons pour une pratique psychocorporelle, structures, étayage, mouvement et relation*, Villematier, Eres, 2012.

LESAGE B. (2006), *La danse dans le processus thérapeutique*, Mercuès, Eres, 2009.

MARCELLI D. (2000), *La surprise, chatouille de l'âme*, Paris, Albin Michel, 2005.

ROBERT-OUVRAY S. (2007), *Intégration motrice et développement psychique*, Mesnil-sur-l'Estrée, Desclée de brouwer, 2011.

ROBERT-OUVRAY S. (2007), *L'enfant tonique et sa mère*, Langres, Desclée de brouwer, 2012.

SCHOTT-BILLMANN F. (1994), *Quand la danse guérit*, Lassay-les-Châteaux, Le courrier du livre, 2012.

SEGAL H. (1969), *Introduction à l'œuvre de Mélanie Klein*, Vendôme, Presses universitaires de France, 1976.

VAYSSE J. (1997), *La danse-thérapie, Histoire, techniques, théorie*, Lonrai, Desclée de brouwer, 1997.

WINNICOTT D. W.(1971), *Jeu et réalité*, Saint-Amand, Gallimard Folio essais, 2009 .

ARTICLES

BERTIN C., 2009, De la différenciation à l'individuation, *La danse dans le processus thérapeutique*, Mercuès, Eres, p.205-222.

COLOGNE S., 2010, Corps, espace, mouvement...et bien dansons maintenant !, *Évolutions Psychomotrices*, Vol.22, n°87, p.18-27.

HAAG G., 1985, La mère et le bébé dans les deux moitiés du corps, *Neuropsychiatrie de l'enfance*, n° 33, p.107-114.

HAAG G., 2009, Place de la structuration de l'image du corps et grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile, *Enfance*, n° 1/2009, p.121-132.

JOLY F., 1993, Le paradigme du « jouer » dans les thérapies à médiation, *Thérapie psychomotrice et recherches*, n° 98, p.42-63.

LE PELLETIER DU CLARY M.T., 2001, Danse et troubles mentaux une expérience pratique, *Soins psychiatrie*, n° 213, p.37-41.

LESAGE B., 1999, Étapes d'un parcours psychocorporel, *Thérapie psychomotrice et recherches*, n° 117, p.24-38.

ROBERT-OUVRAY S., 1999, Le corps étaï de la psyché, *Thérapie psychomotrice et recherches*, n° 117, p.46-61.

ROBERT-OUVRAY S., Conférence à l'Université Lyon 1, le 12 avril 2013, *Enveloppes toniques primitives et étayage psychomoteur*

VAYSSE J., 2000, Organisations et ruptures des mouvements dansés : quels équilibres ?, *Évolutions psychomotrices*, Vol. 12, n° 47,p.3-7.

VAYSSE J., 2006, Le corps en médiation thérapeutique : mouvements, dansés et polysémie corporelle, *Revue Française de Psychiatrie et de psychologie médicale*, Tome x, n° 99, p.45-48.

VENNAT T., 2009, Danser en psychiatrie adulte Quel dispositif pour « être en corps » ?, *Évolutions psychomotrices*, Vol. 21, n° 86, p.200-208.

Vu par le maître de mémoire

Le :

Signature :

Résumé :

La psychomotricité peut aider les patients psychotiques et notamment Christiane et Laurine à visiter différents états psychocorporels quand règnent la rigidité, la fixation et l'entrave. En appui sur les théories du développement psychomoteur de l'enfant appliquées à la psychiatrie adulte, Christiane et Laurine ont pu faire l'expérience des opposés. Comment de la *tension* accéder à la *détente* ? Comment discriminer le *grand* du *petit* ? Comment construire le *haut* du corps pour ensuite prendre conscience du *bas* ? L'accès à une bipolarité, par le biais de ces expériences opposées, précède l'accès aux positions intermédiaires qui font la richesse de l'être humain. La danse, par ses qualités propres, facilite le passage d'un opposé à l'autre en les reliant. Dans ce mémoire clinique, le soin psychomoteur par le biais d'un travail autour des opposés en danse a conduit Christiane et Laurine au début du long chemin qui mène à la prise en compte de l'autre, aux prémisses de l'altérité.

Mots clés :

Psychomotricité, psychiatrie adulte, opposés, altérité, danse.