



Directeur de L'Institut des Sciences et Techniques de Réadaptation :
Professeur Yves MATILLON

DE L'AUTRE COTE DU MIROIR

*Le regard du psychomotricien : quels rôles dans l'altération
de l'image du corps en psychiatrie adulte ?*

MEMOIRE

présenté pour l'obtention du

DIPLOME D'ETAT DE PSYCHOMOTRICITE

Par

Esther BRAZILLIER

**Directeur du Département de Psychomotricité
Monsieur Jean-Noël Besson**

**Juin 2012
N°1103**

ORGANIGRAMMES

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA READAPTATION

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

SECTEUR SANTE

U.F.R. de Médecine Lyon Est	Directeur Pr. ETIENNE Jérôme
U.F.R de Médecine et de maïeutique Lyon-Sud Charles Mérieux	Directeur Pr. KIRKORIAN Gilbert
Comité de Coordination des Etudes Médicales (C.C.E.M.)	Directeur Pr. GILLY François Noël
U.F.R d'Odontologie	Directeur Pr. BOURGEOIS Denis
Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques Christine	Directeur Pr. VINCIGUERRA
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

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIES

U.F.R. de Sciences et Technologies

Directeur **M. DE MARCHI Fabien**

U.F.R. de Sciences et Techniques des
Activités Physiques et Sportives
(S.T.A.P.S.)

Directeur **M. COLLIGNON Claude**

Institut des Sciences Financières
et d'Assurance
(I.S.F.A.)

Directeur **Pr MAUME-DESCHAMPS
Véronique**

Observatoire Astronomique
de Lyon

Directeur **M. GUIDERDONI Bruno**

IUFM

Directeur **M. BERNARD Régis**

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**

REMERCIEMENTS

Elaborer une réflexion, retranscrire nos idées en mots, tout en construisant une identité professionnelle, n'est pas toujours chose simple. Il arrive des moments où le doute, l'incertitude et le dépit nous tenaillent. C'est dans ces instants que l'on recherche autour de soi un regard réconfortant. Nombres de regards m'ont appuyée, soutenue et permis de prendre confiance, en m'enveloppant de leur chaleur rassurante. Je souhaite donc remercier l'ensemble de ces différents yeux, qui ont lu, examiné, observé et aperçu de loin ou de près ce travail clinique de mémoire.

Merci à Stéphanie Viale, ma maître de mémoire, pour ses relectures attentives et ses précieux conseils, pour m'avoir guidée et éclairée tout au long de l'évolution de ce mémoire. Merci également à Dorothée F., ma maître de stage au CMP, pour m'avoir soutenue dans la réflexion clinique de ce travail, et pour sa disponibilité malgré les circonstances ! Je tiens aussi à remercier chacune des psychomotriciennes qui ont acceptées d'être mes maîtres de stage durant ces deux dernières années, pour m'avoir transmis leurs savoirs et leurs connaissances. Merci pour m'avoir si bien accueillie et pour m'avoir transportée chacune à leur manière dans leurs univers cliniques où transparait la passion de ce si beau métier.

Mes remerciements se tournent également vers deux de mes futures collègues, pour avoir fait preuve d'authenticité, de simplicité, et pour le partage et l'échange humain quelles m'ont amené tout au long de ses trois années d'études où nous avons chacune beaucoup évoluées.

Je remercie ma famille et particulièrement ma mère, Marie-France, pour avoir montré une patience à toute épreuve et une grande aide dans la relecture de ce travail. Merci aussi à Laurie pour sa présence encourageante et pour toutes ces simples attentions qui ont pourtant tellement d'importance. Je remercie tout autant Sarah, pour m'avoir accompagnée dans ces longues heures de labeur et pour m'avoir rappelé que l'on ne peut travailler efficacement sans mettre son corps en action.

Enfin, je remercie l'IFP de Lyon et l'ensemble de mes camarades de promotion, avec lesquels j'ai traversé ces années de formation en psychomotricité qui resteront, il me semble, gravée dans ma mémoire, corporelle et psychique.

SOMMAIRE

Introduction.....	1
CHAPITRE 1 :	
REGARDS SUR LA « MALADIE MENTALE ».....	3
I) La place du corps au travers de l’histoire de la psychiatrie.....	4
A) <u>Psychiatrie et trouble mental : définitions.....</u>	4
B) <u>Les désordres psychiques de l’antiquité à la renaissance.....</u>	5
C) <u>L’ère des aliénistes et l’apparition de la « maladie mentale »</u>	6
D) <u>L’avènement de la psychanalyse</u>	7
E) <u>Une révolution de la psychiatrie : l’arrivée des psychotropes</u>	8
F) <u>La psychiatrie contemporaine et les approches corporelles</u>	8
II) Le rôle du regard dans la construction de l’image du corps	9
A) <u>Schéma corporel et image du corps</u>	9
B) <u>L’Autre comme première représentation de soi</u>	12
C) <u>Stade du miroir et image spéculaire</u>	14
D) <u>Le rôle des enveloppes psychiques dans l’image du corps.....</u>	16
E) <u>Corps réel, corps imaginaire et corps symbolique</u>	18
III) La place du psychomotricien en service de psychiatrie adulte	20
A) <u>Approche psychomotrice chez l’adulte en psychiatrie</u>	20
B) <u>Principales indications en psychomotricité</u>	22
C) <u>Le psychomotricien en CMP adulte : cadre d’intervention</u>	24

CHAPITRE 2 :

REGARDS CLINIQUES SUR LE CAS DE MR L.	27
I) Prise de vue globale de Mr L.	28
A) <u>Présentation générale</u>	28
B) <u>Anamnèse</u>	29
C) <u>Situation du patient dans l'institution : un « cas atypique »</u>	30
II) Contexte de la prise en charge	31
A) <u>Éléments du bilan psychomoteur</u>	31
B) <u>Projet de soin en psychomotricité</u>	33
C) <u>Ma place au sein de la prise en charge</u>	34
D) <u>Cadre et dispositif</u>	35
III) La question du regard dans le suivi psychomoteur de Mr L.	35
A) <u>Première « image » de Mr L. : ma première rencontre</u>	35
B) <u>Corps où es-tu ?</u>	37
1) <i>Un corps évanescent</i>	37
2) <i>Du collage visuel à l'indifférenciation</i>	39
3) <i>Libérer le corps pour libérer l'émotion...</i>	40
4) <i>... Oui mais à quel prix ?</i>	41
C) <u>Des corps qui se transforment</u>	42
1) <i>Les transformations de Mr L.</i>	42
2) <i>La transformation de la psychomotricienne</i>	43
3) <i>Ma propre transformation</i>	44
D) <u>Vers une réappropriation du corps</u>	45
1) <i>L'espace arrière</i>	45
2) <i>Enveloppement : pour un corps en trois dimensions</i>	46
3) <i>Le corps en relation</i>	47
E) <u>La fin du suivi psychomoteur</u>	48
1) <i>Une nouvelle image ?</i>	48
2) <i>Se revoir et s'émouvoir</i>	48

CHAPITRE 3 :

LE REGARD EN THERAPIE PSYCHOMOTRICE50

I) La spécificité du regard du psychomotricien51

A) Une lecture du langage du corps 51

B) Fonction contenante53

C) Observation psychomotrice et troubles de l'image du corps54

D) Regard et attention 56

II) La fonction miroir du psychomotricien57

A) Le rôle réflexif du regard en psychomotricité57

B) L'observation parlée du corps58

C) Le miroir comme première étape vers l'individuation59

1) *Identification adhésive et contenance* 60

2) *Se sentir enveloppé pour se représenter*61

3) *Individuation et image du corps*61

4) *Réflexions sur les regards échangés au cours des premiers liens*.....62

III) Du corps ressenti au corps représenté63

A) Conscience de soi : la potentialité imaginaire du corps64

B) La mise en volume du corps 65

C) Le rôle des enveloppes67

D) Regards croisés, ou l'importance de la multidisciplinarité68

Conclusion70

Bibliographie72

Annexes :

✓ *Annexe n°1*75

✓ *Annexe n°2*76

« Elle tentait de se voir à travers son corps. Aussi se regardait-elle souvent dans le miroir. [...] Ce n'était pas la vanité qui l'attirait vers le miroir, mais l'étonnement d'y découvrir son moi. Elle oubliait qu'elle avait devant ses yeux le tableau de bord des mécanismes corporels. Elle croyait voir son âme qui se révélait à elle sous les traits de son visage »

M. Kundera, L'insoutenable légèreté de l'être

INTRODUCTION

En séparant traditionnellement le corporel et le psychique, le corps a eu tendance à être oublié en psychiatrie adulte. Afin de mettre des mots sur ces pathologies intrigantes, la société utilise le terme de « maladie mentale ». Dans le soin, il s'agit souvent de rétablir un équilibre psychique notamment grâce à la psychothérapie ou la prescription de psychotropes. Le corps est bien souvent mis de côté, ne représentant que le réceptacle de la souffrance psychique. Si la psychiatrie semble donner peu de place au corps, il en va couramment de même pour les patients qui y sont soignés. Ainsi, j'ai été marquée au début de mon stage de troisième année, par la manière dont les patients dits « chroniques » habitent leurs corps : mon regard a été saisi par des corps qui me semblaient vides, négligés, distordus... Comment dès lors redonner un mouvement de vie à ces corps que leurs propriétaires paraissent avoir abandonné ?

Ces impressions m'ont permis d'élaborer de premiers questionnements en lien à ce travail de mémoire. En observant des patients dont le corps paraissait peu vivant, je me suis interrogée sur leur propre vécu corporel. Et l'un des objectifs du psychomotricien n'est-il pas de remettre le patient en lien avec ses propres éprouvés ?

Au fil de mes rencontres cliniques, alors que je me demande comment redonner un sentiment d'existence du corps pour ces patients peu incarnés, je me souviens d'une phrase prononcée lors d'une conférence sur le psychodrame alors que j'étais en première année de psychomotricité : « *Je n'existe que si on me regarde, moi me regardant à travers les autres* »¹. La vocation de ce propos était de tracer un parallèle avec la manière dont le patient peut se voir exister différemment, en regardant des soignants jouer une scène qui lui appartient. Me remémorant ce passage, je m'aperçois alors que la plupart des patients que je rencontre en psychiatrie n'ont que peu de regards sur leur propre corps. En attirant, par notre propre regard, l'attention du patient sur son corps, peut-on lui permettre de le réinvestir, de se le réapproprier ?

¹ AUPETIT D., « Le psychodrame : quand le corps entre en scène », organisée par la SRAP, 18 novembre 2009.

Au cours de ce stage de troisième année et au fil de mes questionnements, c'est un patient en particulier qui attire mon regard sur la manière d'habiter son corps. Mais c'est aussi ma propre corporéité qu'il vient interroger, et mon image qu'il met à mal. Ainsi ai-je choisi de me pencher sur cette question de l'image du corps et sur la manière dont pouvait agir le soin psychomoteur afin de consolider la représentation du corps, en lien à notre propre regard.

En tant que psychomotricien, nous nous intéressons au corps comme lieu d'émergence du désir et support d'expression des émotions. Notre regard est donc teinté de cette vision particulière du corps. En centrant notre attention, notre regard sur le corps en relation, peut-on permettre au patient de renouer un lien vital avec son corps afin qu'il puisse l'habiter et le faire vivre ? Cela a-t-il un impact sur l'équilibre psychocorporel du patient ?

Dès lors, je me demande **comment le regard du psychomotricien peut-il devenir un moyen pour le patient de réinvestir son vécu corporel et l'unité de son corps au travers de la relation thérapeutique ?**

C'est en s'intéressant aux regards portés sur cette fameuse « maladie mentale », mais aussi sur le corps, en retraçant des concepts historiques et théoriques, que j'ai choisi d'entamer ce travail clinique. J'illustrerai ensuite ma rencontre avec Mr L., qui se trouve à l'origine de mes derniers questionnements. Dans cette présentation clinique, je me focaliserai sur la progressive évolution de l'image du corps du patient et la transformation des regards. Enfin, j'aborderai le regard spécifique du psychomotricien et son rôle dans la consolidation de l'image du corps, en m'étayant des concepts précédemment avancés, et en m'appuyant sur mon expérience clinique avec Mr L.

CHAPITRE 1

***REGARDS SUR LA
« MALADIE MENTALE »***

Introduction

Parler du regard que l'on porte sur le corps et l'image que l'on s'en fait demande à être introduit par des concepts fondamentaux. Cependant, il m'a paru naturel de retracer la place du corps au travers de l'histoire de la psychiatrie, afin de garder à l'esprit la manière dont a été investi le corps dans ce domaine particulier. C'est ensuite que j'aborderai la manière dont s'élabore l'image du corps et la place que joue le regard dans cette construction. Enfin, dans un souci de clarté vis-à-vis du terrain clinique choisi pour ce mémoire, je traiterai de la place de la psychomotricité et du psychomotricien en psychiatrie adulte.

I) LA PLACE DU CORPS AU TRAVERS DE L'HISTOIRE DE LA PSYCHIATRIE

A) Psychiatrie et trouble mental : définitions

La psychiatrie se définit selon le Larousse comme la « *spécialité médicale dont l'objet est l'étude et le traitement des maladies mentales, des troubles psychologiques* »². Le terme de psychiatrie provient du grec « psyché » qui signifie âme ou esprit et « iatros » qui signifie médecin : la psychiatrie serait donc littéralement la médecine de l'âme. Ce terme a été introduit en 1808 par J. C. Reil, médecin allemand, qui situe la psychiatrie comme traitement, et notamment le traitement psychologique, appelé aujourd'hui psychothérapie.

La psychiatrie se différencie des autres spécialités médicales en ce sens qu'elle a pour objet l'étude des maladies mentales et non les pathologies somatiques qui résultent de dommages physiologiques et anatomiques. La maladie mentale, quant à elle, échappe aux classifications établies en fonction de ce type de dommages, puisqu'elle « *touche l'homme dans son entier, c'est-à-dire dans son humanité, dans sa façon d'être au monde, dans sa manière de voir le monde, dans ses relations avec les autres hommes* »³. Les maladies mentales touchent le psychisme, il y a donc altération du fonctionnement cognitif et affectif du sujet, ce qui se traduit en troubles du raisonnement, du comportement, de la

² Le petit Larousse illustré, 2000.

³ Pierre André, (2006), Psychiatrie de l'adulte, p.7

perception de la réalité et de l'adaptation aux conditions de la vie. L'idée de maladie mentale fait donc apparaître la notion de santé mentale, dont les critères diffèrent selon les pays, les cultures et les époques. L'Organisation mondiale de la Santé (O.M.S.) définit cependant la santé mentale comme un « *état de bien-être dans lequel chaque personne réalise son potentiel, fait face aux difficultés normales de la vie, travaille avec succès de manière productive et peut apporter sa contribution à la communauté* »⁴.

Il existe plusieurs classifications des maladies mentales, qui sont d'autant plus difficiles à établir, que les facteurs d'apparition des troubles sont mal connus. Les deux plus grandes classifications sont la CIM-10 qui est la Classification Internationale des Maladies de l'O.M.S., et le DSM, le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, proposé par l'Association américaine de psychiatrie.

La nosographie psychiatrique permet de répertorier les différents types de troubles mentaux selon la structure psychopathologique de base. Cependant, il existe aussi des limites à ces classifications puisqu'elles auraient tendance à enfermer le patient dans une case de sa pathologie, lui conférant ainsi une étiquette à vie. Or chaque tableau clinique est variable et passible d'évolution dans le temps. De plus, il me paraît important de souligner que le corps y possède une place qui a seulement valeur de porteur du symptôme. Serait-il possible d'établir une classification selon le rapport que le sujet entretient avec son corps ?

Les regards posés sur la maladie mentale dépendent des sociétés et des époques. Quel est alors la place du corps, au travers de l'évolution de ce regard porté sur la santé psychique ?

B) *Les désordres psychiques de l'antiquité à la renaissance*

A l'époque de l'Antiquité, les troubles psychiatriques ne sont pas traités en tant que tels. A cette période, psyché et soma sont intimement liés : il s'agit de l'approche holistique. Ainsi, on considère qu' « *un équilibre est à trouver au sein de l'union de l'âme et du corps [...] Si l'équilibre entre le corps et l'âme est rompu, se manifestent des troubles du comportement, de la démence, ou bien de la mélancolie* »⁵. Ainsi, selon l'école dogmatique d'Hippocrate, il n'y a pas de réelle distinction entre maladies somatiques et

⁴ OMS 2012, « Qu'est ce que la santé mentale », <http://www.who.int/features/qa/62/fr/index.html>, 25 janvier 2012.

⁵ ANDRE P., BENAVIDES T., GIROMINI F., (2011), Corps et psychiatrie, p.13

maladies psychiques qui sont dans tous les cas le résultat de déséquilibres physiologiques, et traitées par des méthodes physiques ou mécaniques. Les maladies de l'âme sont, dans la représentation hippocratique, liées au cerveau dont l'altération se fait par « la phlegme et la bile ». La médecine du corps est alors utilisée comme médecine de l'âme, en utilisant différentes techniques telles les drogues, les bains, les régimes alimentaires, ou encore la gymnastique.

Au moyen-âge, une distinction apparaît entre les maladies du corps et les maladies de l'âme. La religion possède une place phare au sein de la société et ne reconnaît pas la maladie mentale en tant que telle, mais comme une punition du divin. La folie est l'œuvre du diable et le fou est celui qui ne reconnaît pas Dieu, l'athée. Afin de débarrasser la personne de sa possession démoniaque, on utilise des pratiques surnaturelles telles l'exorcisme, ou l'extraction de la « pierre de folie ». Ainsi, le trouble psychique est envisagé comme le mal qui pénètre à l'intérieur du corps, celui-ci étant alors réceptacle de la déraison du sujet. L'opinion publique se chargera par la suite de considérer la folie comme un pacte de l'homme avec le diable qui devient dès lors, l'un des objets de la chasse aux sorcières qui bat son plein à l'époque féodale. L'amalgame entre l'hérétique et le patient psychique se fait alors rapidement, condamnant ces derniers à la torture en place publique. Peut-on se demander si ces pratiques ne seraient pas le reflet d'une certaine peur face à l'image que renvoient ces « corps possédés » ?

Pour les médecins de l'époque de la renaissance, les maladies mentales ont toujours le corps comme origine avec le déséquilibre des humeurs et le « vice du cerveau ». L'internement des fous et des insensés se développe à partir du XV^e siècle. La création de l'Hôpital général de Paris par l'édit de 1656 est le symbole de ce que M. Foucault décrit comme le « grand renfermement ».

C) L'ère des aliénistes et l'apparition de la maladie mentale

Suite à la révolution de 1789, le docteur Pinel bouleverse le regard anciennement porté sur les « aliénés », assurant qu'ils peuvent être compris et soignés. Son but, de même que d'autres médecins dit « aliénistes » est d'humaniser les soins : il préconise donc de libérer les aliénés de leurs chaînes afin de les placer dans des asiles. Il instaure le « traitement moral » : il s'agit d'écartier les patients de l'espace social afin de leur redonner

la raison. Le corps de l'aliéné y est directement soumis au pouvoir médical et de nombreuses thérapeutiques prennent naissance, supposées venir à bout de la folie en contraignant le corps soit à la purification (saignées, purges), soit à la restriction (privation, enfermement, contention en camisole), soit à la fatigue (travail, douches froides). C'est également à cette période que prennent naissance les premières classifications, bien que la psychiatrie reste un domaine très médicalisé où la pathologie résulte d'une lésion cérébrale et où l'on ne parle pas de causes psychiques.

C'est au XIXe siècle qu'apparaît la notion de maladie mentale : les patients psychiques ne sont alors plus vus comme des hérétiques ou des dégénérés mais comme de véritables malades, dont le corps est atteint dans sa dimension fonctionnelle. L'anatomie du cerveau est alors beaucoup mieux connue et sous l'influence de la neurologie naissante. Cependant, les thérapeutiques n'ont guère évolué et l'enfermement est toujours de mise.

De nombreuses classifications des maladies mentales émergent avec une volonté de comprendre ces pathologies aussi du point de vue de l'hérédité, mais surtout de la biographie du patient.

D) L'avènement de la psychanalyse

La conception du psychisme évolue radicalement avec l'apparition de la psychanalyse à la fin du XIXe siècle. Sigmund Freud, neurologue autrichien, est le premier à mettre en lien la maladie mentale avec un symptôme organique comme la conversion dans l'hystérie. Le corps devient signifiant du conflit intrapsychique du sujet, qui s'exprime par le symptôme. Il s'intéresse aux premiers temps de la vie psychique, et notamment à l'investissement des zones corporelles au cours de l'enfance qu'il présente selon le concept de stades libidinaux, pour tenter une compréhension globale de la psychopathologie. Bien que Freud soit le premier à parler d'un « Moi corporel », il met également le corps à distance dans sa méthode de cure type. Ainsi « *l'éloignement du corps va donc devenir dans cette perspective une protection contre l'inceste et ses avatars, notamment dans la séduction et l'emprise, possiblement actualisées dans la cure* »⁶. De plus, pour Freud, la passivité du corps permettrait d'accéder plus facilement à l'inconscient, par l'évocation des rêves, des lapsus, et des actes manqués.

⁶ DELION P., (2010), Le corps retrouvé, franchir le tabou du corps en psychiatrie, p. 20

Les anciens asiles, devenus hôpitaux psychiatriques, restent des lieux de réclusion où la discipline prévaut. La psychanalyse n'influencera les thérapeutiques que plus tard grâce à la thérapie institutionnelle. En attendant, des procédés barbares se perpétuent telle la psychochirurgie, dont la technique la plus connue est la lobotomie. Il s'agit de couper certains circuits neuronaux du lobe préfrontal ce qui a généralement pour effet de réduire le corps à un état végétatif. Ne serait-ce pas là une tentative d'anesthésie du corps et de ses comportements hors norme ?

E) Une révolution de la psychiatrie : l'arrivée des psychotropes

Durant la seconde guerre mondiale, plus de 50% des patients psychiatriques meurent de faim suite à la décentralisation des hôpitaux psychiatriques par rapport à la ville. Cette situation est à l'origine, dans les années 1950, d'un nouveau mouvement de désinstitutionalisation et d'une tentative de réhabilitation du malade psychiatrique dans la cité. C'est ainsi qu'apparaît la « psychiatrie de secteur ». On peut définir le secteur comme une zone géo-démographique, dans laquelle la continuité de la prise en charge globale de la santé mentale d'une population est assurée par la même équipe, dans un esprit de rupture avec l'usuelle pratique ségrégative.

C'est aussi dans cette période qu'apparaissent les premiers psychotropes, grâce aux recherches fécondes de la neurobiologie, révolutionnant alors la vie des malades et les prises en charges en psychiatrie. Les traitements permettent de faire sortir les malades les plus graves de l'hôpital psychiatrique, leur permettant une meilleure adaptation à la vie quotidienne. Cependant, certaines réserves sont émises sur les psychotropes, dénonçant leur utilisation comme une « camisole chimique ».

F) La psychiatrie contemporaine et les approches corporelles

A partir des années 1960, les approches corporelles se multiplient dans le domaine de la psychiatrie. On s'intéresse de plus en plus à l'enfant et la pédopsychiatrie se développe. Au croisement de la psychiatrie et de la neurologie, dans la période après-guerre naît alors la psycho-motricité, donnant un intérêt tout particulier au corps, dans sa dimension motrice et relationnelle. De nombreux courants de pensées apparaissent parmi lesquels on peut citer : la neurobiologie, le courant psychodynamique, le courant

cognitiviste et comportementaliste ou encore l'approche sociologique. Ces différents courants s'affrontent mais c'est pourtant dans leur prise en compte mutuelle que la pratique clinique semble la plus adaptée, sous une approche multifactorielle. On parle ainsi du sujet bio-psycho-social, pris en compte et soigné sous tous ces aspects. Et malgré l'ensemble de ces courants, il est important de garder à l'esprit que « *c'est en prenant en compte la souffrance du malade mental et elle seule, que l'on peut parvenir à y voir plus clair, à jeter quelque lumière sur cette obscurité de l'âme qu'est la folie* »⁷.

Malgré tout, l'image négative du malade mental subsiste dans la société actuelle, sous l'influence de représentations archaïques, et c'est la peur qui domine encore ces attitudes. Le statut du corps du malade, quant à lui, est toujours resté quasiment le même : il s'agit de le faire taire, de l'immobiliser, afin de le faire rentrer dans les normes sociales actuelles. Aujourd'hui, on donne plus d'intérêt au corps du patient psychiatrique mais il reste bien souvent nié, n'étant que le porteur de la souffrance psychiatrique.

Comment alors, redonner corps à ces patients, dont l'image peut effrayer ? Pour M. Merleau-Ponty, « *Avoir un corps [...] c'est être regardé, se regarder (in-sight : perspective intérieure), c'est être visible* »⁸. Mais j'ajouterais qu'avoir un corps, c'est aussi se le représenter ! Il faut dès lors nous interroger sur la manière dont s'élabore cette représentation, cette image de notre corps, vis-à-vis du regard qui est porté sur nous et que l'on porte sur nous même.

II) LE RÔLE DU REGARD DANS LA CONSTRUCTION DE L'IMAGE DU CORPS

A) Le schéma corporel et l'image du corps

Afin d'aborder la notion d'image du corps et plus spécifiquement le rôle du regard dans sa construction au cours du développement, il me paraît important de définir un concept indissociable, et à l'origine de l'image du corps : le schéma corporel.

La notion de schéma corporel apparaît progressivement au début du XXe siècle et va progressivement remplacer le concept de cœnesthésie, du physiologiste J. C. Reil, qui

⁷ ZARIFIAN E., (2000), Les jardiniers de la folie, p19.

⁸ MERLEAU PONTY M. cité par RESNIK S., (1999), Personne et psychose, p.25.

prévalait alors. Reil définit la cœnesthésie comme : « *le chaos non débrouillé des sensations qui, de tous les points du corps sont sans cesse transmises au “sensorium”, c’est dire au centre nerveux des afférences sensorielles* »⁹. Or cette définition est floue et peu précise. Bonnier, médecin français, étudie l’état de vertige et cherche à connaître le dispositif permettant l’ancrage des postures d’un sujet normal dans un cadre spatio-temporel. Au cours de ces travaux, il avance la notion de « schéma », c’est-à-dire : « *la figuration topologique du corps que chacun posséderait en soi* »¹⁰. Il y a donc ici intégration de la cœnesthésie en un modèle perceptif spatial du corps. Pour Pick, neurologue allemand, la localisation des organes et l’orientation spatiale du corps découlent d’une cartographie interne du corps où s’enchevêtrent les sensations visuelles et cutanées. Le neurologue anglais Head, quant à lui, amène le concept de « schéma postural ». Celui-ci nous permettrait d’adapter notre posture en fonction des mouvements du corps et de nos actions : « *Comme nous changeons perpétuellement de position, nous sommes toujours en train de construire un modèle postural de nous même en constante transformation. Chaque nouvelle posture ou mouvement vient s’enregistrer sur ce schéma plastique, et l’activité corticale met en relation avec lui chaque nouveau groupe de sensations évoquées par la posture nouvelle* »¹¹. Paul Schilder, neurophysiologiste et psychanalyste autrichien, confirme l’idée d’une intégration de l’ensemble des sens dans la formation du schéma corporel. Pour lui, c’est l’ensemble du complexe perceptivo-moteur qui trouve son intégration et son fonctionnement au travers du schéma corporel. Il y a, à tout moment, une interrelation entre le mouvement du corps et la perception de ce mouvement, et ceci dans une auto construction réciproque permanente.

Dans le modèle de Schilder se dessine également une dimension psychologique vis-à-vis du schéma corporel puisque la motricité est toujours liée directement ou non à une expérience émotionnelle, dans la relation avec autrui : selon lui, le modèle postural de chaque être humain est en rapport avec celui des autres. En liant la notion de schéma corporel au registre psycho-affectif, Schilder élabore alors le concept d’image du corps. « *La représentation du corps résulte à la fois de l’expérience perceptivo-motrice et de la sensibilité aiguisée par les fluctuations des désirs, des plaisirs et des rêves* »¹².

⁹ REIL J. C. cité par BERNARD M., (1976), *Le corps*, p.18.

¹⁰ BERNARD M., (1976), *Le corps*, p.20.

¹¹ 10, *ibid.*, p.25.

¹² 5, *op. cit.*, p. 41.

Abordons alors plus en avant ce concept d'image du corps. Mais d'abord, qu'est ce qu'une image ? L'image est définie comme « *représentation d'un être ou d'une chose* »¹³. Il s'agit de la correspondance entre deux objets d'espaces distincts : on dit par exemple que ce tableau est à l'image de ce paysage. L'image est donc un objet qui correspond à un autre. L'image du corps serait alors une représentation virtuelle du « corps réel ». Mais l'image du corps est-elle une seule image ? J.-D. Nasio, psychiatre français, nous dit que « *l'image du corps est en vérité non pas une seule image, mais une série d'images qui résultent de toutes des différentes perceptions sensibles de notre corps réel* »¹⁴. Mais selon cet auteur, l'image du corps n'est pas seulement le fruit de nos perceptions conscientes puisqu'elle est aussi influencée par l'inconscient. C'est François Dolto, pédiatre et psychanalyste française, qui amène la première ce concept en 1984 dans son célèbre ouvrage intitulé L'image inconsciente du corps. Elle différencie ce concept du schéma corporel, puisque l'image inconsciente du corps représenterait le lieu où s'expriment les pulsions et inclut la communication intersubjective. Cette image est inconsciente puisqu'il s'agit ici du reflet du corps réel sur la surface psychique du système inconscient. Elle est donc propre à chacun car dépend de l'histoire libidinale du sujet. L'image du corps se met en place, selon Dolto, dès la prime enfance, et reste ensuite active tout au long de la vie.

Mais si l'image du corps est inconsciente, elle est aussi changeante selon la situation du sujet, se construit, se déconstruit, s'élabore et se transforme au fil de la vie : l'image du corps serait donc aussi dynamique. G. Pancow, psychanalyste française, aborde alors cette notion d'image du corps dynamique. Elle ajoute également une notion spatiale à l'image du corps, qui serait « *la projection d'une structure symbolique dont le dynamisme est à relancer* »¹⁵. C'est ici à l'exemple du travail graphique qu'elle propose aux enfants psychotiques, notamment avec la pâte à modeler : l'enfant y projetterait son image du corps au travers d'une réalisation agie.

L'image du corps serait donc inconsciente et dynamique. Mais il est également essentiel de préciser une autre de ses caractéristiques : elle induit des effets précis et réels dans ce corps dont elle est l'image. Ainsi, « *l'image n'est pas seulement le reflet d'un objet réel, elle est surtout une instance psychique qui change et modifie l'objet réel dont elle est*

¹³ 2, op. cit., p. 528.

¹⁴ NASIO J.-D., « Image du corps : un concept psychanalytique, questions pour une journée d'études », *Thérapie psychomotrice et recherches*, (1993), n°97, p. 7.

¹⁵ 6, op. cit., p.56.

le reflet »¹⁶. Nasio donne alors cet exemple des affections psychosomatiques, dont les causes peuvent être de simples images, agissant par l'intermédiaire de l'inconscient, sur le corps réel du sujet.

Même si, comme nous venons de le voir, l'image du corps ne cesse jamais de se construire et reste toujours à l'état d'ébauche, c'est pendant le développement de l'enfant et au travers de la relation affective avec l'Autre, que se produit son émergence.

B) L'Autre comme première représentation de soi

C'est au cours de la petite enfance, dans la découverte des premières expériences sensibles du corps, et par l'intermédiaire des premiers liens avec son entourage, que le nourrisson se constitue progressivement une représentation de son corps.

Au cours de ses relations précoces, le nouveau-né ne se vit pas comme individu à part entière. Il ne peut différencier ce qui vient de lui et ce qui vient de l'extérieur, et éprouve son corps comme un chaos de sensations que décrit D. W. Winnicott par le terme d'« angoisses archaïques ». Afin de dépasser le sentiment de non-intégration relatif à sa naissance, le nouveau-né a besoin d'être maintenu, contenu physiquement et psychiquement : c'est ce que Winnicott désigne sous le nom de « holding ». Le holding désigne l'environnement stable, ferme et capable de porter l'enfant sur un plan physique et psychique. L'enfant ne possède donc pas encore de représentation à part entière de son corps et ce dernier ne joue pas encore la fonction de contenance psychique qu'il jouera plus tard lorsque l'enfant va s'individuer.

Dans ce contexte, le visage maternel va alors jouer ce rôle de contenant, mais devenir également un « pré-miroir d'identification », dont parle J.-B. Guillaumin, dans lequel le nouveau-né va chercher un reflet de lui-même. Cette identification au visage maternel s'étaye sur les sensations de contenance du nourrisson, procurées entre autres par les soins maternels, qui permettent également une première intégration des limites externes du corps. Ainsi, en cas d'un holding non adapté, l'enfant développe une grande tonicité musculaire, telle une « seconde peau musculaire » concept abordé par E. Bick, lui permettant de faire abstraction de son vide identificatoire, et inhérente à l'agrippement

¹⁶ 14, op. cit., p. 8.

psychique qu'il adopte pour survivre. L'accrochage aux yeux de la mère par le regard du nourrisson représente un phénomène d'intégration de contenant, qui permet momentanément à l'enfant de se tenir rassemblé dans l'expérience. Cette expérience constitue un « phénomène d'identification adhésive », c'est-à-dire une identification de surface, de l'ordre du mimétisme, de l'accrochage à une sensation, afin de lutter contre les angoisses de disparition. A partir de ces éléments, Guillaumin aborde la notion de « miroir somato-psychique », comme « lieu où vient se mêler deux images qui ne se reconnaissent pas encore comme telle : il y a non distinction entre sujet et objet et c'est justement ce mélange qui créera une totalité originnaire ce qui formera le contenant »¹⁷.

A propos des échanges intenses de regards entre la mère et son enfant, G. Haag parle d'« interpénétration des regards », phénomène corrélé aux stimulations de la zone buccale durant le nourrissage, ici aussi à l'instar d'une interpénétration bouche-mamelon. Ces deux types d'expériences, « semble particulièrement importante pour fonder la troisième dimension dans l'image du corps, prototype de l'espace psychique, premier contenant-peau, et précondition de l'organisation de l'espace »¹⁸. Haag souligne également l'importance du contact dos articulé au regard pour former « le fond de l'espace, la surface d'impression, l'écran des rêves, la toile de fond de la vie psychique »¹⁹.

Lorsque l'enfant regarde intensément sa mère, cette dernière lui renvoie quelque chose de lui, par l'intermédiaire d'une boucle réflexive et subjectivante. Ainsi, lorsque le nourrisson est bombardé de données sensorielles confuses qu'il ne peut comprendre, il projette sur sa mère cette expérience angoissante. Lorsque cette dernière est « suffisamment bonne » selon le concept de Winnicott, elle accueille ce que le bébé vit et lui donne du sens, en posant des mots sur ses sensations internes par exemple. Il s'agit d'une véritable mise en sens des éprouvés archaïques de l'enfant, afin de l'aider à se construire une première représentation de ses ressentis. Selon W. R. Bion, qui aborde cette pensée sous le nom de « fonction alpha », la mère déttoxique l'expérience par un processus de métabolisation : elle traduit les éléments bêta, contenus psychiques bruts, que lui envoie

¹⁷ GUILLAUMIN J-B., « Les premières interrelations mère/nouveau-né... ou la constitution d'un « miroir somato-psychique » », *Evolutions psychomotrices*, (1989), n°1, p. 29.

¹⁸ HAAG G., « De quelques fonctions précoces du regard à travers l'observation directe et la clinique des états archaïques du psychisme », *Enfances & Psy*, 2008/4 n° 41, p. 16.

¹⁹ 18, *ibid.*, p. 16.

l'enfant, en contenus élaborés grâce à sa capacité de rêverie maternelle. Il s'agit ici d'une véritable transformation des éléments psychiques, de manière dynamique et organisatrice.

Tous ces auteurs abordent ici la manière dont l'enfant utilise l'autre comme premier miroir afin de se construire une représentation de ses éprouvés. Or, comme nous l'avons vu précédemment, l'image du corps se construit avant tout à partir des perceptions conscientes et inconscientes du corps, donc à partir des premiers ressentis du corps propre. C'est par l'intermédiaire du regard de l'autre, et dans sa capacité de réflexivité : tel un miroir, le regard de la mère renvoie à l'enfant un premier reflet de lui-même, ébauche d'une première conscience de soi. « *Le chemin de soi à soi passe par l'autre, par ce premier autre qu'est la mère. [...] La capacité à se réfléchir apparaît alors comme la forme la plus intériorisée de cette fonction réflexive de l'entourage premier* »²⁰.

C) Stade du miroir et image spéculaire

En grandissant, l'enfant intègre peu à peu la spatialité de son corps et la disposition de ses différentes parties les unes par rapport aux autres. Il a exploré son corps par le toucher, le regard, et le schéma corporel se met progressivement en place. Qu'en est-il alors de l'image du corps ? L'enfant possède une première conscience de son corps, mais ne se définit pas comme « Je », comme propriétaire de son propre corps. C'est par l'intermédiaire du « stade du miroir », que l'enfant va développer une représentation globale de son corps.

Avant cette période, lorsque l'enfant est confronté à son reflet dans un miroir, il y reconnaît un Autre, mais ne s'y identifie pas. Selon J. Lacan, ce stade est formateur de la fonction du « Je » et intervient entre 6 et 18 mois. Ce n'est qu'à ce moment que va se mettre en place une identification vis-à-vis de son reflet. Mais cette adéquation à son image spéculaire ne peut se faire que par l'intermédiaire d'un Autre. C'est la parole de cet Autre, souvent incarné par une figure parentale, qui vient nommer cette image : « *La confirmation, la réponse de l'autre parental premier, [...] est alors essentielle, car en*

²⁰ ROUSSILLON R., (2008), Le transitionnel, le sexuel et la réflexivité, p.7.

énonçant « oui, c'est toi Jean » elle permet à l'enfant l'accès à une image spéculaire, à l'unification de l'image de son corps, vécu jusque-là comme morcelé »²¹.

M. Thevoz, philosophe suisse, parle ainsi d'une auto-identification spéculaire, qui n'interviendrait que chez l'homme, puisque les animaux se désintéressent rapidement d'un miroir, croyant voir un congénère dans leur reflet. Cette identification représenterait pour l'Homme, « la fonction du Moi, et notamment la construction d'un « schéma corporel » c'est-à-dire d'une représentation unifiée du corps propre intégrant les sensations proprioceptives [...] C'est l'homme seulement qui engage devant le miroir le processus complexe, problématique et interminable de l'identification personnelle et réflexive, avec son incidence d'aliénation »²². Puisque face à notre reflet il incombe de « de s'y aliéner ou de s'y repérer »²³. Il y aurait donc toujours un écart entre notre corps et son reflet, entre le voir et l'être vu, que Thevoz nomme « impropriété constitutive ». « Ainsi, le miroir me reporte à un état transitoire de mon identité, dans l'entre-deux de l'intimité fusionnelle et de l'objectivité déterminée comme champ de l'autre »²⁴.

F. Dolto souligne également le rôle fondamental d'une présence relationnelle pour un bon déroulement de l'auto-identification spéculaire de l'enfant à son image, le risque étant que l'enfant « en vienne à « se perdre » dans le miroir »²⁵. Elle décrit ainsi le cas de jeunes enfants ayant développés des pathologies graves (schizophrénie infantile, autisme), et la manière dont « le stade du miroir, qui peut être symbolique, pour l'enfant, de son être au monde pour autrui en tant qu'il est un individu au milieu des autres, peut de même être dé-symboligène pour son image du corps, par le vue de cette chose qu'est son corps propre, s'il ne le reconnaît pas comme étant le sien »²⁶.

Cette expérience du stade du miroir est essentielle puisqu'elle procure à l'enfant la conscience d'être différent des autres et participe ainsi à l'élaboration du narcissisme primaire. De cette expérience découle aussi une représentation des limites corporelles par le contour, la taille : en se regardant dans le miroir, l'enfant passe de la perception de la

²¹ LEVAQUE C., « Le corps et la clinique psychanalytique de l'alcoolisme. Pour une lecture pulsionnelle du stade du miroir », La revue lacanienne, 2010/2, n° 7, p. 67.

²² THEVOZ M., (1996), Le miroir infidèle, p.20.

²³ 22, ibid., p.14.

²⁴ 22, ibid., p.27.

²⁵ DOLTO F., (1984), L'image inconsciente du corps, p.148.

²⁶ 25, ibid., p.149.

forme à la représentation mentale de son corps. Quels sont alors ces liens entre limites du corps, enveloppes et image du corps ?

D) Le rôle des enveloppes psychiques dans l'image du corps

Le nourrisson, en relation fusionnelle avec sa mère, va progressivement se séparer afin de se représenter en tant qu'être à part, sous l'égide du processus d'individuation. C'est la délimitation entre ce qui est Moi et non-Moi que l'enfant se représente différencié de la mère, par l'intégration progressive des limites du corps.

Comme nous l'avons vu, Freud le premier énonce que le Moi se structure à partir des expériences corporelles du sujet : le Moi est avant tout corporel. D. Anzieu, psychanalyste français, élabore la théorie du « Moi-Peau » qui établit un système de correspondance entre les fonctions du Moi et celles de la peau. Ainsi, par Moi-Peau, il définit « *une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au court des phases précoces de son développement pour se représenter comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps* »²⁷. Le Moi-Peau se met progressivement en place chez le nourrisson grâce aux sensations tactiles qu'il reçoit lors de ses échanges avec son entourage, d'où l'importance des soins primaires et de la figure d'attachement dans la constitution du Moi-Peau. L'élaboration du Moi-Peau va donc permettre la mise en place des instances psychiques et de la pensée, puisqu'il crée une limitation permettant au Moi de s'épanouir et lui assure son unicité.

Cette étayage du Moi-Peau permet une délimitation du Soi et du non-Soi et marque les débuts de l'individualité. Ainsi, le nouveau-né se vit comme une personne séparée de sa mère. C'est au cours de ce processus de défusion de l'enfant par rapport à la mère, en intégrant les propres limites de son corps, que se forme aussi les limites de son image du corps, puisque « *la notion d'image du corps ne saurait se substituer à celle du Moi, tout en présentant l'avantage de mettre l'accent, en ce qui concerne la connaissance du corps propre, sur la perception des frontières de celui-ci* »²⁸.

Le Moi-Peau se constitue à partir des expériences tactiles, mais plus généralement, des perceptions sensorielles. Ainsi, chaque sens peut développer une enveloppe qui lui sera

²⁷ ANZIEU D., (1995), Le Moi-peau, p. 61.

²⁸ 27, ibid., p. 54.

propre, et qui peut permettre de pallier à la fragilité du Moi-Peau en cas de défaut dans sa constitution. En ce sens, G. Lavallée décrit une enveloppe caractéristique de la vision fondée sur un potentiel hallucinatoire, dans son livre qui en porte le nom : L'enveloppe visuelle du Moi.

En reprenant les travaux de Winnicott sur le miroir psychique que représente le visage maternel comme premier reflet de l'autre, il décrit le processus de « subjectivation de la vision », qui permettrait de mettre en sens les perceptions visuelles afin de s'en servir comme miroir externe : le sujet peut s'y reconnaître et le sentiment de la réalité visuelle se met en place. Il définit dans ce processus trois temps fondamentaux : celui où le stimulus visuel parvient jusqu'à l'œil et traverse l'inconscient, celui où le sujet projette les représentations provoquées par le stimulus, celui où en retour il pourra introjecter la perception transformée par le psychisme, symbolisée, qui sera utilisable pour la mise en mots, en pensée. Cependant, cette « boucle contenant et subjectivante » de la vision n'est rendue possible que par l'existence du miroir psychique de Winnicott, « *le regard porte ainsi la marque des premières relations qui ont fait « cadre » pour le sujet* »²⁹.

Lavallée assimile cette boucle à une enveloppe psychique qu'il nomme enveloppe visuelle du Moi : « *nous sommes ici en présence d'un contenant dynamique ajustable (selon Bion) qui ne se contente pas d'une fonction passive, mais opère une véritable transformation des éléments bêta, purs stimuli, en éléments alpha, matériaux disponibles pour la pensée* »³⁰. Cette enveloppe possède des fonctions de pare-excitations, c'est-à-dire de protections contre les stimuli visuels et l'excitation qui leur est associée, de barrière de contact permettant la limitation et la différenciation interne-externe, mais aussi une fonction primordiale de contenance. Ainsi, le sujet psychotique qui a souffert d'une faille au cours de la maturation psychique peut craindre de s'écouler, de se vider dans sa vision du monde : « *Il est pris par des processus « d'excorporation » qui ne trouvent pas la réflexion d'un contenant psychique, qui ne permettent pas au sujet d'expérimenter une « décorporation » de sa vision (pouvoir situer à l'extérieur de son corps la scène de la réalité extérieure). Dans cette problématique la question intersubjective est présente, le regard porte toujours les traces des expériences passées du sujet* »³¹. L'enveloppe visuelle du Moi s'organise sur un modèle hallucinatoire, dans lequel Lavallée distingue

²⁹ MELLIER D., « Transformer le regard du visuel à l'association de points de vue, le regard comme une tension à contenir », Cahiers de psychologie clinique, 2003/1 n° 20, p.183.

³⁰ LALLÉE G., (1999) « L'enveloppe visuelle du Moi », p.19.

³¹ 29, op. cit., p.184.

l'hallucinatoire positif, qui figure une représentation que le sujet prend pour une perception, transformant son désir en un réel lui permettant de faire face à la situation, à l'image du bébé hallucinant le sein maternel en l'absence de celui-ci. L'hallucinatoire négatif au contraire, va permettre de faire abstraction d'une réalité au dehors, en effaçant la représentation, révélant un mécanisme de protection essentiel face à une réalité insupportable. C'est cet hallucinatoire négatif qui formerait un « fond écran » capable de protéger le sujet mais aussi sur lequel « *les représentations les plus difficiles à cerner, les plus informes, pourront alors trouver à se projeter sur cet écran et deviendront dicibles* »³². Ainsi, lorsque le sujet psychotique se regarde dans le miroir, il ne voit que des parties de son corps, hallucinant négativement la totalité du corps, pour se protéger d'une représentation intolérable.

C'est donc à l'aide de l'enveloppe visuelle du Moi, formant un contenant, un « fond écran » permettant une représentation supportable, que le sujet accède à un point de vue extérieur sur lui-même sans risquer l'« excorporation » évoquée plus haut. Mais n'est ce pas grâce à ce point de vue externe que se construit également la représentation de notre corps propre ? Mais qu'est ce qui est de la réalité et de l'imaginaire dans notre perception du corps ?

E) Corps réel, corps imaginaire et corps symbolique

L'expérience du sujet avec son corps s'inscrit, selon Lacan, dans trois registres : celui du réel, de l'imaginaire et du symbolique. Comment s'expriment ces différences au travers de l'image du corps ?

Le corps réel représenterait un corps de sensations, de ressentis, et dont nous avons du mal à dire quelque chose, parce qu'il nous dépasse, excède la capacité des mots à retranscrire exhaustivement ce qui s'y déroule. Ainsi, le corps réel n'est pas seulement le corps organique et palpable de chaque être humain puisque « *le corps réel n'est que le fond de notre être le plus intime, le support le plus obscur et secret de tout un mouvement de perceptions et de constructions fragmentaires d'images corporelles* »³³. Le corps réel est donc un corps insaisissable, au fondement de l'image du corps.

³² 30, op. cit. p.25.

³³ 14, op. cit., p. 11

Pourtant, l'image du corps est la représentation psychique du corps propre, or « *le corps propre ne se réduit pas au réel parce qu'il médiatise tout un monde de l'imaginaire...* »³⁴. Mais qu'est ce que l'imaginaire ? Pour M. Sami-Ali, psychanalyste et créateur du centre international de psychosomatique, l'imaginaire est un processus à la fois biologique et psychologique tel le rêve, et les équivalents du rêve au cours des états de vigilance. Il ne peut se réduire à la représentation et aux images puisqu'il est la subjectivité même, et fonctionne grâce au mécanisme de la projection qui consiste à mettre à l'extérieur de soi ses propres affects. Ainsi, le corps imaginaire n'est pas l'image spéculaire du corps mais l'image du corps quand le corps produit du sens : « *nous appelons corps imaginaire tout aspect du corps qui frappe le sujet et engendre du sens* »³⁵. Ainsi, c'est par la fonction de l'imaginaire que le corps prend sens pour le sujet : chacun possède des images internes de sa mécanique corporelle qui nourrissent l'imaginaire corporel et qui permettent à l'enfant de se percevoir comme un instrument face au monde externe. Selon Sami-Ali, corps réel et corps imaginaire sont en perpétuelle dialectique, et le contenant psychique en psychomotricité « *médiatise le passage de l'activité perceptive à celle qui se trouve dans le rêve son expression la plus adéquate* »³⁶. Mais c'est aussi « *poser la question qui tente de définir le corps dans sa double appartenance au réel comme à l'imaginaire, c'est se placer juste à la frontière entre le dedans et le dehors* »³⁷. La thérapie psychomotrice aurait cette fonction de limitation Soi/non-Soi, puisque le corps est vu en tant que surface de projection originelle.

Le corps symbolique quand à lui, est un corps défini comme une multitude de symboles : « *Le corps Symbolique enfin renvoie au fait qu'un corps, ça se parle, et c'est parlé. Au-delà de son efficacité descriptive, le langage se traduit par des effets concrets, physiques, sur le corps. Le corps Symbolique évoque ainsi la manière dont le langage vient marquer le corps, l'habiter, le travailler* »³⁸. Donc le corps est un corps symbolique lorsqu'il produit un effet chez le sujet.

³⁴ SAMI-ALI M., cité par CONTANT M. et CALZA A., (1990), L'unité psychosomatique en psychomotricité, p.2.

³⁵ 14, op. cit., p. 12.

³⁶ SAMI-ALI M. cité par CALZA A., CONTANT M., MOYANO O., (1993), « Généralités sur l'investigation et la thérapie psychomotrice », in A. CALZA, M. CONTANT, Psychomotricité, p. 18.

³⁷ 37, ibid., p.18.

³⁸ LEON J., « Mémoire du corps et mémoire du sujet dans la modification corporelle », paru dans Corps et Savoir, Actes de Corps et Savoir, Mémoire du corps et mémoire du sujet dans la modification corporelle, mis en ligne le 11 février 2010, URL : <http://revel.unice.fr/symposia/corpsetsavoir/index.html?id=219>.

Selon H. Wallon, la perception est le médiateur essentiel entre l'intérieur et l'extérieur, et donc fondateur de la représentation du corps. Mais l'enfant ne se représente son corps propre que lorsqu'il l'a intégré psychiquement, « imaginativement et symboliquement ». Il se constitue alors une représentation mentale d'une unité morphologique qui va se superposer au schéma corporel. Et n'est-ce pas le rôle des psychomotriciens que d'aider les patients à passer d'un « corps ressenti » à un « corps représenté » ?

Ainsi, l'image du corps se construit par l'intermédiaire du miroir, miroir maternel dans un premier temps, puis grâce au miroir réel au cours du stade du miroir, mais aussi par l'intégration des frontières du corps et la constitution d'enveloppes, corporelle et visuelle. Par cette construction, le corps ressenti peut devenir représentation psychique, en passant dans les registres imaginaires et symboliques. Le psychomotricien, acteur fondamental du lien corps-psychisme se trouve alors au centre de la relation perception-représentation et peut donc participer ainsi à la reconstruction de l'image du corps en cas de troubles avérés. Or ces troubles sont très présents dans la clinique de la psychiatrie adulte, où le corps, comme nous l'avons vu, n'est souvent que réceptacle de souffrance psychique. Voyons alors de plus près la place spécifique du psychomotricien dans ce domaine particulier de la psychiatrie adulte.

III) LA PLACE DU PSYCHOMOTRICIEN EN SERVICE DE PSYCHIATRIE ADULTE

A) Approche psychomotrice chez l'adulte en psychiatrie

Si la psychomotricité est surtout connue dans la pratique chez l'enfant et l'adolescent, elle s'adresse aussi à la clinique adulte, qui possède ses spécificités, notamment en psychiatrie. En effet, on ne peut s'adresser à un adulte et au rapport qu'il entretient avec son corps de la même manière qu'avec un enfant. C'est pourquoi il me paraît important de développer les caractéristiques de l'investigation psychomotrice et du travail qui en découle, propres à la psychiatrie adulte.

C'est d'abord l'examen clinique qui se distingue des autres cliniques puisque « *l'examen clinique chez l'adulte est tout à fait spécifique. Le plus souvent, le malade peut lui-même exprimer le motif de sa consultation chez le thérapeute* »³⁹. Un travail autour de la demande du patient et le respect de celle-ci paraît donc fondamental. Le symptôme à l'origine de la demande est à resituer dans l'ensemble de l'histoire de la personne, qui s'étend sur un nombre d'années bien supérieur à celui d'un enfant. Or, c'est l'ensemble des expériences de vie qui modèle la manière dont le sujet va habiter son corps et s'en servir dans la relation. Ainsi, « *par l'expression émotionnelle du sujet, nous retrouvons les traces de ses premières organisations ou désorganisations, de ses premiers investissements libidinaux, de ses fixations, de ses souffrances refoulées* »⁴⁰. En tenant compte de ces traces, le psychomotricien travaille dans l'ici et maintenant, sur un corps en relation, comme à tout âge de la vie.

Le discours du patient adulte en psychiatrie, souvent médiatisé par la parole, nous ramène sans cesse aux contenus du discours, aux plaintes parfois directement exprimées par les mots. Pourtant, « *le discours d'un patient ne correspond pas toujours à la réalité de ce qu'il éprouve, et l'abord psychomoteur est parfois plus parlant que les mots* »⁴¹. La notion de distance relationnelle est également différente dans la clinique adulte et notamment en psychiatrie. C'est pourquoi il semble essentiel, autant pour le soigné que le soignant, « *d'évaluer une « distance de sécurité » et le moment opportun où les deux protagonistes ne se sentiront ni menacés, ni menaçants* »⁴². Cela afin de créer un tissu relationnel de confiance, base de l'alliance thérapeutique future.

En psychiatrie adulte, la souffrance s'exprime à l'état brut. La psychomotricité posséderait alors ce rôle de contenant psychique évoqué plus haut par Sami-Ali. A partir de l'expérience corporelle, « *la notion de pare-excitation de Freud peut ici nous servir de métaphore à un de nos rôles : protéger l'organisme contre les excitations nocives de l'environnement* »⁴³. Pour F. Canchy-Giromini, ancienne directrice de l'institut de formation en psychomotricité de la Pitié-Salpêtrière, en psychiatrie adulte « *le travail va*

³⁹ DESOBEAU F., GATECEL A., VIGNE D., (1993), « L'adulte : corps affect et représentation », in A. CALZA, M. CONTANT, Psychomotricité, p. 159.

⁴⁰ 40, op. cit., p.165

⁴¹ DEFIOLLES-PELTIER V., (2010), Les vérités du corps dans les psychoses aiguës, p. 172.

⁴² 42, op. cit., p. 168.

⁴³ 40, op. cit., p. 163.

consister à rendre possible, à travers leur agir, par l'expressivité de leur corps, la représentation de leur problématique personnelle et existentielle, c'est-à-dire leur donner un nouvel espace de communication inter-humaine »⁴⁴. A terme, « l'objectif attendu d'une prise en charge en psychomotricité est d'obtenir un équilibre « psycho-corporel » »⁴⁵. Cet objectif nécessite une prise en charge thérapeutique, élaborée en fonction de la connaissance du patient, de son histoire et du contexte de la rencontre avec le sujet. Le suivi se fera en fonction de l'état du patient : l'abord d'un patient en crise n'est pas le même que dans le cas d'un patient stabilisé. La prise en charge est encore différente dans le cas de patients chroniques, rencontrés sur un mode ambulatoire, après leur sortie de l'hôpital psychiatrique.

C'est en tenant compte de ces spécificités propres à cette clinique de la psychiatrie adulte que le suivi en psychomotricité « prends corps » et permet un réel travail de réinvestissement de son corps par le patient, grâce à une relation de confiance avec le psychomotricien. Par la suite, le travail s'oriente selon la pathologie du patient et l'expression de ses troubles.

B) Principales indications en psychomotricité

Bien que dans ce travail de mémoire, je ne souhaite pas m'étendre sur une pathologie spécifique, dont chaque tableau clinique est d'ailleurs très différent, il me paraît intéressant de donner un aperçu des principales indications et limites en psychomotricité, afin de rendre compte du travail du psychomotricien en psychiatrie adulte.

Concernant les névroses, le travail en psychomotricité est souvent lié à un ressenti corporel exprimé par un mal-être sous forme d'anxiété massive voire d'angoisse. C'est surtout dans la dépression que l'on retrouve des indications majeures en psychomotricité : « *cette thérapeutique semble être bénéfique sur la thymie, le ralentissement psychomoteur, la gestion des émotions et de l'anxiété souvent associée* »⁴⁶. C'est sur le corps figé que le psychomotricien travaille et tente de redonner un élan vital au patient. Les états maniaques, caractérisés par une grande agitation et hyperactivité, peuvent être de bonnes indications

⁴⁴ CANCHY-GIROMINI F., (2001), Corps et paroles sur le corps, p. 120.

⁴⁵ CHRISTODOULOU A., « Indications et prescriptions de la psychomotricité en psychiatrie de l'adulte », Evolutions psychomotrices, (2006), vol. 18, n°71, p. 7.

⁴⁶ 45, ibid., p. 7.

afin de contenir l'hémorragie psychique du patient. Le but pour les patients en phase maniaque est de permettre un apaisement, par la canalisation des émotions et de l'angoisse. Dans les névroses d'angoisses, la psychomotricité est particulièrement indiquée puisque les troubles de la modulation tonique sont fréquents, mais on retrouve également des troubles concernant la fonction respiratoire et la gestion du stress. La névrose hystérique, quant à elle, soulève des questions sur l'intérêt d'une prise en charge à médiation corporelle, puisque le corps est théâtralisé, dramatisé, sous le signe de la conversion somatique. La psychomotricité peut se révéler être une contre-indication pour certains patients hystériques étant donné le risque d'accentuation du symptôme. Pour d'autres, elle « *confirme l'hystérique dans l'idée d'utiliser son corps de façon positive : c'est-à-dire prendre conscience de l'existence de son corps* »⁴⁷.

La psychomotricité peut se révéler une bonne indication pour des troubles graves de la personnalité et du caractère, notamment les états-limites. Dans cette pathologie, il est important de prendre en compte la teneur de la relation induite par le patient, dite « anaclitique » : la relation à l'autre est marquée d'une extrême dépendance. Ainsi, la prise en charge doit permettre de travailler la question de la bonne distance relationnelle. Pour ces patients, « *la psychomotricité permet de travailler sur l'impulsivité, les limites du schéma corporel, la verbalisation des émotions et du ressenti, prévenir l'effondrement dépressif anaclitique* »⁴⁸. La prise en charge en psychomotricité peut également permettre l'apaisement de l'angoisse, très présente chez ses patients. En général, il s'agit de maintenir l'intégrité du sujet et de recréer des limites (fissurations du schéma corporel, précarité du sentiment de contenance, passage à l'acte...).

En ce qui concerne les états psychotiques, c'est surtout la schizophrénie qui présente une indication importante en psychomotricité. Avec le cortège de symptômes associant délires, hallucinations, syndrome dissociatif et désorganisation psychique, on retrouve aussi souvent une enveloppe défailante et une délimitation floue des contours du corps. La psychomotricité peut permettre de travailler autour des troubles du schéma corporel, des tensions musculaires, des troubles de l'axialité qui témoignent de la désorganisation du sujet. Il s'agit de maintenir la continuité corporelle afin de lutter contre le sentiment de morcellement du patient. La paranoïa est une pathologie pour laquelle

⁴⁷ 4, op. cit., p. 66.

⁴⁸ 45, op. cit., p.8.

l'indication serait intéressante mais souvent difficile à mettre en place dans une prise en charge duelle, étant donné le sentiment de persécution du patient. Ce sont les troubles toniques et de la représentation du corps qui prévalent dans la paranoïa, mais « *la médiation avec le paranoïaque ne devient éventuellement possible que lorsqu'il peut parvenir à parler de son corps, à induire un discours hypocondriaque* »⁴⁹.

Enfin, les patients présentant des conduites addictives, qui incluent l'alcoolisme, la toxicomanie et les troubles des conduites alimentaires, rencontrés fréquemment en psychiatrie adulte, peuvent tirer bénéfice d'une prise en charge en psychomotricité. C'est surtout concernant l'image du corps que se font les principales indications puisque « *le recours au toxique, comme au refus de s'alimenter, permet au sujet de donner le change à une image du corps défaillante* »⁵⁰. Ainsi, le travail s'axe surtout sur l'investissement du corps, en s'appuyant sur les impressions sensorielles, afin de renforcer la prise de conscience du corps.

Au détour de ces différentes indications pour laquelle le psychomotricien peut être appelé à intervenir dans le domaine de la psychiatrie adulte, il me semble essentiel de garder à l'esprit la variabilité des tableaux cliniques, qui découle de la subjectivité propre à chaque patient, le rendant par là même, un sujet unique chez qui la souffrance s'exprime de manières multiples. Le soin en psychomotricité diffère selon le patient rencontré, mais également selon le cadre institutionnel, notamment entre l'intra et l'extra-hospitalier.

C) Le psychomotricien en C.M.P. adulte : cadre d'intervention

Afin de définir la place et la spécificité du psychomotricien, il nous faut maintenant montrer que le soin en psychomotricité est conditionné par le cadre d'intervention et le fonctionnement institutionnel. L'intra-hospitalier s'adresse généralement aux patients en état de crise ou nécessitant un environnement « contenu ». Les patients sont alors hébergés dans une unité spécifique de l'hôpital psychiatrique au sein de laquelle ils bénéficient des soins adaptés. L'extra-hospitalier s'inscrit, quant à lui, dans le processus de la sectorisation : les patients se rendent dans les structures qui correspondent à leur secteur géographique. Dans la continuité de la prise en charge avec l'intra-hospitalier, l'extra-hospitalier s'adresse aux patients « stabilisés » ou « chroniques », ayant regagné leur

⁴⁹ 4, op. cit., p. 136.

⁵⁰ 4, op. cit., p. 95.

domicile particulier. Il propose des actions de soins et de préventions décentralisés, c'est-à-dire en dehors de l'hôpital psychiatrique, se voulant idéologiquement au plus près du malade. De par cette divergence dans le but et l'action de soin entre l'intra et l'extra-hospitalier, la place du psychomotricien et son action au sein de ces institutions y sera différente, puisqu'il s'adresse aussi à des patients dont l'état psychique n'est pas le même.

Afin d'anticiper la partie clinique ci-après et d'y faire lien, je détaillerai le fonctionnement institutionnel du Centre Médico-Psychologique (CMP), dans lequel j'ai effectué mon stage, et la place qu'occupe la psychomotricienne au sein de l'équipe soignante. Le CMP représente une antenne de l'hôpital psychiatrique et appartient au système de l'extra-hospitalier : il se situe à l'extérieur de l'hôpital. Les consultations fonctionnent avec le tiers payant, le patient n'a donc aucun frais à régler, ces derniers étant couverts par l'assurance maladie. Il a pour mission « *d'assurer les soins ambulatoires, les consultations et visite à domicile des malades ne nécessitant pas une hospitalisation ou de ceux qui sont suivis au décours d'une hospitalisation* »⁵¹. Le CMP dont je vais vous parler est situé en centre ville d'une agglomération, et rattaché à l'hôpital psychiatrique qui couvre ce secteur. Il fonctionne de pair avec un Centre d'Activités Thérapeutiques à Temps partiel (CATTP), qui possède des missions de soin mais aussi d'aide à la réinsertion sociale puisque le but est l'autonomie du patient au sein de la société. L'utilisation d'activités adaptées a pour but d'éviter l'isolement et la perte des capacités relationnelles affectives ou cognitives. Le CATTP est situé dans les mêmes locaux que le CMP et concerne, dans le cas présent, les mêmes patients. L'équipe soignante intervenant sur le CMP/CATTP est composée de médecins psychiatres, qui sont référent des patients et ont pour mission de coordonner les différents soins et superviser le projet de soin global du patient. On retrouve également des infirmiers, spécialisés en psychiatrie ou diplômés d'états, qui assure des permanences afin d'accueillir les personnes à tout moment de la journée. Ils peuvent également réaliser des entretiens individuels ou familiaux afin d'aider le patient dans des démarches spécifiques, et participe ou anime des groupes thérapeutiques. Sont également présents dans cette équipe un ergothérapeute, qui anime plusieurs groupes créatifs, des psychologues, qui proposent des entretiens individuels, ainsi qu'une assistante sociale, qui soutient les patients autour des questions financières et sociales.

⁵¹ 2, op. cit., p.238.

Dans ce lieu, la psychomotricienne occupe une place particulière : elle ne fait pas partie de l'équipe soignante à proprement parler, mais est considérée comme intervenante extérieure. Elle ne participe pas aux réunions institutionnelles du CMP/CATTP et n'est présente sur la structure qu'une demi-journée par semaine. Etant employée d'un pôle intra-hospitalier de l'hôpital psychiatrique auquel le CMP est rattaché, elle a été sollicitée afin d'intervenir, seulement pour cette demi-journée, sur la structure. Elle possède donc une place dans l'entre-deux, dans lequel il n'est pas toujours facile de clarifier une position, mais qui présente aussi l'avantage d'être en dehors de la vie institutionnelle et de ses conflits. Elle propose dans ce cadre, un groupe à médiation relaxation, ainsi que des prises en charges individuelles en psychomotricité. Les indications sont réalisées par les médecins psychiatres référents, et discutées ensuite en équipe.

Conclusion

Bien que peu représenté, la psychomotricité prend peu à peu sa place dans la clinique de la psychiatrie adulte. Beaucoup d'indications sont pertinentes mais le travail avec le patient n'est pas toujours possible, au vu des diverses pathologies rencontrées, mais aussi des contre-transferts que subit le praticien. En effet, la barrière soignant-soigné en psychiatrie est parfois complexe à définir : sommes nous si différents des patients rencontrés ? Quelle est la limite entre le normal et le pathologique ? Ainsi, la clinique de la psychiatrie adulte m'a amené à repenser mes propres limites. Mon regard a été, maintes fois, touché par ce qu'il découvrait. Mais c'est aussi l'image que j'avais de la « maladie mentale » qui s'est transformée.

J'ai donc tenté dans cette première partie, de retracer les regards qui ont pu être portés sur le patient atteint de troubles psychiques, et l'image qu'il peut renvoyer. Dans ces regards, il y a également les regards de l'entourage proche et du sujet sur lui-même, qui permettent la construction de l'image du corps. Or le psychomotricien porte également son propre regard sur la manière dont s'élabore l'image du corps du patient. C'est tout particulièrement avec Mr L., dont je présente le suivi psychomoteur ci-après, que s'est posé pour moi cette question du rapport entre regard et image du corps.

CHAPITRE 2

REGARDS CLINIQUES
SUR MR. L

Introduction

C'est dès les premiers échanges de regards avec Mr L. que je me suis interrogée sur la manière adéquate de poser les yeux sur lui. Au cours de cette prise en charge en psychomotricité, c'est mon propre positionnement soignant qu'il est venu interroger et c'est l'une des raisons pour lesquelles ce patient se trouve au cœur des questionnements cliniques de ce travail.

I) PRISE DE VUE GLOBALE DE MR L.

A) Présentation générale

Mr L. est un homme âgé de 57 ans. Grand et mince, il semble habiter son corps comme s'il cherchait constamment à se faire disparaître. Il est en effet très discret, autant dans ses attitudes corporelles peu marquées, que dans sa voix dont l'intensité est toujours très basse et le timbre plutôt monocorde. Il s'exprime clairement, d'une voix grave, dont la tonalité semble donner une profondeur mystique à ses propos. Mr L. ne paraît pas accorder beaucoup d'intérêt à prendre soin de son apparence corporelle. Ainsi, ses cheveux longs, gris et ternes, lui descendent jusqu'aux épaules sans arrangement, et sa barbe forme un bouc mal rasé. Ses tenues vestimentaires, larges et amples, dissimulent son corps fluide, tout en se fondant dans le paysage par des tons gris, marron ou noirs. Son visage me donne l'impression d'un masque figé qu'il ne quitte que rarement, me laissant alors la sensation qu'il est difficile d'entrer en contact avec lui, et cela d'autant plus par son regard, impénétrable.

Le corps de Mr L. possède une rigidité globale importante, centrée autour de son axe, qui se module selon ses ressentis. Ainsi, par l'observation de son attitude corporelle, il m'est rapidement possible de déchiffrer l'état émotionnel et les probables sensations corporelles de Mr L., qu'il n'exprime que rarement par la voie médiatisée de la parole. La mise en mouvement de son corps, lente et difficile, me donne la sensation de posséder un caractère inquiétant ce qui se renforce par ses attitudes très figées. Mr L. est une personne isolée, en retrait du monde extérieur : il reste souvent prostré dans son appartement, bien qu'il soit tout de même désireux de relations extérieures. Mr L. est capable de parler de lui, mais toujours de façon très mentalisée : il a tendance à intellectualiser tout ce qui se passe, y compris au niveau de sa vie intérieure. Au contraire de son corps désavoué, Mr L.

possède un large surinvestissement de la sphère intellectuelle, qui s'exprime dans tous les actes de sa vie.

B) Anamnèse

J'ai été très surprise en consultant le dossier médical de Mr L. pour la première fois puisqu'il ne possède que peu de renseignements, se parant ainsi de la même inconsistance que son titulaire. Afin de redonner matière à l'histoire de ce patient, les informations concernant l'anamnèse de Mr L. ont été recueillies principalement auprès de différents professionnels l'ayant rencontré au cours de son suivi au CMP. J'ai ainsi sollicitée sa psychologue établie en libéral afin de la rencontrer dans ce cadre, et fait une demande pour échanger avec le médecin psychiatre, mais celle-ci est restée sans réponse.

Mr L. est le 3e d'une fratrie de quatre enfants. Juste avant sa naissance, son oncle du côté maternel décède d'une chute grave dans un contexte d'alcoolisation, ce qui fait vivre à la mère de Mr L. une importante situation de deuil. Son accouchement se passe néanmoins normalement. Mr L. grandit dans une famille imprégnée par la religion chrétienne : le plaisir est fautif, et source de culpabilité. Il décrit sa mère comme une femme autoritaire, ne tolérant pas d'opposition de la part de ses enfants qui devaient être « sages comme des images ». Il lui est alors difficile, à cette période, de partager l'attention de sa mère avec son frère et ses sœurs. Son développement est normal, bien que Mr L. présente un asthme infantile, qu'il mettra plus tard en lien avec ses relations maternelles, vécues comme étouffantes. Le père de Mr L., peu présent dans l'histoire et les paroles du patient, décède en janvier 2006, ce qui ne l'affecte que peu, selon ses dires.

Mr L. a depuis l'enfance un grand attrait pour le dessin qu'il vit actuellement comme son seul moyen d'extériorisation. Il tente d'entrer à l'école des Beaux Arts après son service militaire mais échoue à l'examen d'entrée. C'est à cette époque que Mr L. aurait, selon lui, commencé à « faire n'importe quoi », en basculant dans un fonctionnement du « tout ou rien » : il s'engage dans des conduites addictives avec la prise d'alcool de manière plus ou moins régulière. Mr L. devient graphiste en publicité et à l'âge de 36 ans, il a un fils d'une compagne avec qui il ne se mariera jamais. Selon son psychiatre, Mr L. aurait vécu la naissance de son fils comme son propre détronement de la première place d'amour aux yeux de son amie, jalousant l'enfant qui dérobaient toute l'affection de sa compagne. C'est à ce moment que Mr L. commence à boire de manière massive. Sa femme

le quitte et l'interdit de voir son enfant, alors que celui-ci est âgé de 7 ans, afin de protéger leur fils de cet éthyliisme dans lequel Mr L. est alors plongé. Celui-ci demande alors à être « déchu de ses droits de père ».

Durant 6 ans, Mr L. traverse de nombreuses hospitalisations, en clinique privée ainsi qu'en hôpital psychiatrique, pour sevrage alcoolique et inhalation de trichloréthylène (substance chimique retrouvée dans certains produits ménagers provoquant un état d'euphorie et d'anesthésie). Les psychiatres qui le rencontrent à cette période posent le diagnostic d'une structuration sur un mode état-limite (désigné sous le terme « trouble de la personnalité borderline » selon le DSM-IV) et décrivent la position infantile de dépendance que Mr L. peut adopter vis-à-vis de son entourage. Suite à son dernier séjour en hôpital psychiatrique en 2000, Mr L. est suivi dans le CMP adulte de son secteur de résidence pendant 5 ans. Il parvient à se sortir seul de ses addictions, avec l'unique soutien d'une psychothérapie, afin de revoir son fils 6 ans plus tard, alors que ce dernier est âgé de 13 ans. Il ne bénéficie d'aucun suivi pendant environ une année en raison d'un déménagement, puis vient consulter de lui-même pour la première fois fin 2006 au CMP dans lequel je le rencontre.

A l'heure actuelle, Mr L. vit seul et est en invalidité depuis sa dernière hospitalisation en 2000 en raison de ses conduites addictives. Il voit son fils régulièrement, qui est maintenant âgé de 21 ans, et étudiant aux Beaux-arts. Il rencontre toujours la mère de son fils, de manière occasionnelle, avec qui il est en bon termes. Mr L. dit ne plus boire depuis 2000, et ne souffre plus d'asthme mais décrit toutefois des difficultés à respirer qu'il rapproche de son « état intérieur ».

C) Situation du patient dans l'institution : un « cas atypique »

Le diagnostic actuel posé pour Mr L. dans son dossier médical est celui de « trouble mental » sans autres précisions. Néanmoins, lors de la réunion de synthèse à laquelle j'ai participé concernant Mr L. j'ai appris que ce manque d'éléments provient du fait que le diagnostic psychiatrique n'est pas évident à poser dans son cas et donc toujours en investigation pour le moment. Le psychiatre de Mr L. évoque cependant un retrait schizoïde, notamment caractérisé par un repli sur soi et une fuite du contact social, avec la présence il y a 1 an d'épisodes maniaques sur un registre agressif. Il est actuellement sous traitement médicamenteux à base d'anxiolytiques et d'antidépresseurs, les antipsychotiques ont été testés par le psychiatre mais se sont révélés sans effets sur les

symptômes. La psychologue de Mr L. décrit quant à elle, une forme de psychose blanche, c'est-à-dire une structuration psychotique, mais sans présence de délires et d'hallucinations. Toutefois, tous parlent de Mr L. comme d'un « cas atypique », ce qui a pour effet de créer pour moi cette aura de mystère, d'insaisissable, autour de la première représentation que je me construis de ce patient, avant même de le rencontrer physiquement.

Au début de son suivi au CMP, il est proposé un suivi régulier en hôpital de jour sur l'intra-hospitalier de l'hôpital psychiatrique, où il se rendra de janvier 2007 à octobre 2008. Au cours de ce suivi, Mr L. participe à un groupe créatif animé par un ergothérapeute et une infirmière, avec 3 autres patients. Au sein du groupe, il craint de montrer ses capacités artistiques car cela serait synonyme de perte d'attention de l'entourage, qui, le jalouxant, le délaisserait. Il s'investit beaucoup dans son suivi à l'hôpital de jour mais le bilan est fluctuant : Mr L. s'améliore sur le plan psychique mais se dégrade corporellement puisqu'il perd 5 kilos durant cette période. Suite à ces prises en charges, on propose à Mr L. des entretiens réguliers avec un psychiatre référent, ainsi que des séances hebdomadaires avec une psychologue clinicienne sur le CMP adulte. La psychothérapie de Mr L. s'est arrêtée brusquement en octobre 2011 suite au départ du CMP de la psychologue, ce qui a beaucoup affecté Mr L. Néanmoins, il a pu reprendre ce travail quelques mois plus tard, en retournant voir la même psychologue, désormais établie en libéral. Enfin, il participe à des séances individuelles de psychomotricité hebdomadaires depuis fin septembre 2011.

II) CONTEXTE DE LA PRISE EN CHARGE

A) *Éléments du bilan psychomoteur*

Le bilan psychomoteur de Mr L. est réalisé en mai 2011 par la psychomotricienne, sans ma présence. L'indication est posée par le médecin psychiatre référent de Mr L., en concertation avec sa psychologue, afin d'évaluer la pertinence d'une prise en charge à médiation corporelle pour le patient. Pour la psychologue, le travail corporel pourrait être bénéfique pour Mr L. qui se serait « coupé de son corps » pour éviter de ressentir tout plaisir, entendu comme coupable depuis son enfance. Elle décrit également une dimension masochiste très présente : ne pouvant sentir son corps par le plaisir, il se sentirait au travers de la souffrance corporelle et psychique. Ce bilan psychomoteur fait état de la manière dont s'organise Mr L. dans sa psychomotricité au moment où a été réalisée l'investigation.

Ainsi, mes propres observations au cours des séances, cinq mois plus tard, différent en certains points.

Lors de l'entretien avant le bilan psychomoteur, Mr L. se décrit en mauvais état général : il dort peu et se réveille fatigué, mange peu et mal et dit avoir perdu de la « souplesse » ce qui ne lui permet plus de faire du vélo. Mr L. s'est prêté sans difficultés au bilan, se montrant soucieux de bien faire, malgré une fatigabilité notable.

Concernant l'investigation de l'**équilibre statique**, il est possible pour Mr L. de tenir l'équilibre correctement yeux ouverts. En revanche, lorsqu'il est demandé à Mr L. de fermer les yeux, il a peur de perdre l'équilibre et de s'effondrer. Il accepte néanmoins de réaliser l'exercice qui se révèle possible. En station unipodale, une raideur globale importante s'installe dans l'ensemble du corps de Mr L., et notamment au niveau des mollets. La résistance à la poussée est très forte, ce qui fait dire au patient qu'au quotidien, il est toujours prêt à parer toute agression. L'investigation de l'**équilibre dynamique** montre une motricité fluide et harmonieuse. Or plus tard, lors de ma rencontre avec le patient, j'observerais une gestualité dynamique plutôt discordante, teintée d'une grande raideur globale, et peu d'assurance dans les déplacements.

L'étude des **coordinations** chez Mr L. démontre une régulation tonique correcte en ce qui concerne la motricité fine et la motricité faciale. Les coordinations générales sont cependant peu harmonieuses et peu fluides, car teintées de son hypertonie générale. Le bilan psychomoteur révèle une latéralité homogène à droite chez Mr L.

Concernant l'examen du **tonus**, la simple observation de Mr L. suffit à mettre en exergue une hypertonie générale qu'il est capable de ressentir. Selon ses dires, sa capacité à se détendre varie en fonction de son humeur. Cependant, je noterais plus tard qu'en règle général, Mr L. ne peut se détendre entièrement, en raison de vives angoisses d'« inexistence ». Il reste constamment dans des attitudes toniques très marquées : il serre les dents, ne s'adosse pas, et se décrit comme lourd à porter.

Afin d'investiguer le **schéma corporel** et l'**image du corps**, la psychomotricienne demande d'abord à Mr L. de lui parler de son corps. Il explique qu'il a l'impression qu'il va s'écrouler : « Dès que je m'ouvre un peu, je me sens agressé, je resserre tout ». Il dit également à ce propos lors de l'examen : « Je sais que j'ai un corps, je m'en rends compte, mais je ne le laisse pas faire ce qu'il veut ». Il déclare alors avoir besoin de sentir son corps et que pour se faire, il va jusqu'à la douleur éprouvée par les morsures, les garrots qu'il s'inflige en croisant ses jambes très fortes l'une autour de l'autre. Il confie que la douleur

corporelle l'aide à moins souffrir psychologiquement. Mr L. dit aussi qu'il a besoin d'exprimer son mal-être et qu'il le fait à travers le dessin car il a du mal à l'extérioriser par d'autres biais tels que les mots ou le corps. Il possède d'ailleurs un blog internet nommé « le crieur aphone », dans lequel il affiche des dessins très torturés. A la consigne : « dessinez-vous tel que vous vous percevez », Mr L. représente une silhouette masculine aux contours anguleux, parée d'un sombre costume, ne prenant que peu de place dans l'espace total de la feuille⁵². Il précise qu'il ne s'est pas dessiné trop abîmé. Parallèlement, le bilan montre que Mr L. possède une bonne intégration du schéma corporel dans sa forme topologique.

L'étude de la **structuration spatiale** révèle que Mr L. a une bonne connaissance des repères spatiaux, et qu'il est parfaitement capable de s'y orienter. Il ne possède pas de difficultés dans les praxies constructives.

Enfin, concernant la **structuration temporelle**, Mr L. se repère globalement bien dans le temps. Cependant, lors du test de rythme, le patient éprouve des difficultés à se concentrer dès qu'il y a un lien à faire entre des rythmes entendus qu'il faut symboliser par écrit ou reproduire par des frappes. S'il y a un support écrit, l'exercice lui est alors plus facile.

La conclusion du bilan psychomoteur résume que Mr L. a bien intégré certains pré-requis psychomoteurs essentiels, mais qu'à l'inverse, la structuration de son schéma corporel et image du corps donne à penser une certaine altération de la représentation du corps. Un travail sur l'hypertonie globale de Mr L. est également envisagé par la psychomotricienne.

B) Projet de soin en psychomotricité

Suite au bilan, une prescription est posée par le médecin psychiatre, en accord avec la psychologue et la psychomotricienne, pour des séances individuelles en psychomotricité, à raison d'une fois par semaine. L'objectif de la prise en charge est de remettre Mr L. en lien avec son corps et à l'écoute de ses sensations corporelles, qu'il aurait partiellement dissociées en lien à son histoire, afin de lui permettre d'avoir une meilleure représentation de son unité psychocorporelle. Tout cela en lui donnant un cadre espace-temps sécurisant pour lui permettre d'expérimenter son corps sans générer d'angoisses. Pour cela, un travail autour de la prise de conscience du corps est proposé dans le cadre des séances de

⁵² Cf annexe n°1

psychomotricité, afin d'accentuer les éprouvés globaux du corps et de favoriser la représentation du corps propre, c'est-à-dire un travail autour de l'image du corps.

Le projet initial a également pour vocation d'abaisser l'hypertonie de Mr L. par la détente corporelle. Ce projet sera cependant remanié, ce que nous verrons plus tard.

C) Ma place au sein de la prise en charge

Il est également question de ma place de stagiaire au sein de la prise en charge, qui débute en même temps que mon stage. Il est donc proposé, en accord avec l'équipe soignante, que je sois présente à toutes les séances, en tant que co-thérapeute, afin d'instaurer un tiers et donc une certaine distance dans la relation, Mr L. ayant tendance à surinvestir la relation thérapeutique, selon sa psychologue. En effet, le type de relation de Mr L., propre aux états limites, est décrite comme anaclitique : « *Cette relation s'exprime à travers la recherche d'un étayage constant, dans une hyperesthésie affective et une auto et hétéro-agressivité* »⁵³.

La psychomotricienne mène le déroulement de la séance mais il m'est possible d'intervenir pour verbaliser ou proposer certaines choses au cours des séances avec Mr L. Je serais d'ailleurs amenée à le faire de plus en plus au fil des séances. En effet, la psychomotricienne m'a informée en début de stage qu'elle était enceinte et quitterait le CMP en mars. Cela nous a amené à rediscuter le dispositif : nous n'étions plus trois, mais bel et bien quatre en séance ! La psychomotricienne s'est donc de plus en plus mise en retrait, son corps changeant lui conférant de moins en moins de possibilités corporelles. Il a été également décidé que la prise en charge de Mr L. prendrait fin lors du départ de la psychomotricienne en congé maternité, ce qui réduit donc le suivi à moins de six mois. Cette décision a été prise en équipe, bien qu'il ait été question à un moment que je reprenne seule le suivi de ce patient. Cependant, étant donné la problématique abandonnique de Mr L., nous avons jugé d'un commun accord que le confronter doublement à la séparation, de la psychomotricienne dans un premier temps et de moi-même ensuite, ne serait pas judicieux. De plus, modifier le dispositif en cours de prise en charge pouvait également être générateur d'instabilité, et rompre l'alliance de confiance thérapeutique. Mon propre positionnement au sein des séances a donc lui aussi évolué, me rendant de plus en plus actrice corporellement et donc existante aux yeux de Mr L.

⁵³ 4, op. cit., p. 119.

D) Cadre et dispositif

Afin de donner au patient un cadre spatio-temporel stable qui fasse office de repère, les séances de psychomotricité ont lieu une fois par semaine, le même jour de la semaine, à la même heure, pendant 45 minutes. La même salle est utilisée pour toutes les séances, une salle qui possède pour moi une atmosphère pesante, figée, dans les débuts de la prise en charge. Située à l'étage, la salle est sous les combles du bâtiment : le plafond est donc penché sur les bordures de la salle, la rendant plus petite. Un seul petit velux éclaire cette pièce déjà sombre de par la couleur foncée de la moquette. Vers l'entrée se trouve différents objets utilisés pour la psychomotricité (balles, cerceaux, coussins...), et un petit divan. Une grande table est placée au fond, utilisée lors des réunions d'équipe, puisqu'il s'agit d'abord d'un lieu de réunion avant d'être la salle de psychomotricité, conférant à cette pièce un caractère transitoire.

Les séances en psychomotricité de Mr L. se structurent pour la quasi-totalité sur le même mode. Ainsi, elles commencent par un temps de verbalisation autour de l'état général de Mr L., où tous, Mr L., la psychomotricienne et moi-même, sommes assis sur une chaise au milieu de la salle de psychomotricité, où nos positions dans l'espace forment un triangle. Suite à cela, nous proposons à Mr L. des exercices de prise de conscience corporelle, et ce toujours assis sur nos chaises. Le dernier temps se fait généralement debout et en mouvement dans l'espace autour d'un travail centré sur le corps en relation. Il me paraît important de préciser que nous accompagnons, la psychomotricienne et moi-même, le patient dans chacun des exercices proposés, par notre propre mise en mouvement.

III) LA QUESTION DU REGARD DANS LA PRISE EN CHARGE PSYCHOMOTRICE DE MR L.

A) Première « image » de Mr L. : ma première rencontre

Aujourd'hui c'est mon premier jour de stage. La psychomotricienne m'informe qu'elle a vu seule Mr L. la semaine passée pour sa première séance et l'a prévenu à cette occasion de ma présence tout au long de l'année. Je suis la psychomotricienne jusqu'à la salle d'attente, désireuse de rencontrer ce patient dont le portrait dressé par l'équipe m'a paru si énigmatique.

Lorsque mes yeux se posent sur Mr L. pour la première fois, je reste impressionnée par le malaise qui transparaît de sa personne. Il est assis sur une chaise, les mains jointes dans une crispation totale. Son corps semble l'encombrer, comme s'il ne lui appartenait pas et qu'il ne savait comment l'habiter, lui donnant un côté vide, inanimé. L'expression de son visage me semble douce, mais je m'apercevrais par la suite qu'il garde cette même expression durant tous le temps de la séance, avec de très légères modifications, à peine perceptibles. Son mal-être se lit pourtant dans son attitude corporelle très raide et dans son regard qui ne sait où se fixer. Je me présente comme la stagiaire en psychomotricité, en lui serrant la main. Lors de ce premier échange, j'ai la sensation que Mr L. me transmet son malaise et son inconfort. Sa poigne est peu affirmée mais je ressens son hypertonicité. En montant l'escalier qui mène à la salle de psychomotricité, je passe derrière Mr L. sans y faire attention. A ce moment, Mr L. me jette un bref regard inquiet qui me donne la sensation de l'avoir placé dans une position inconfortable.

Une fois assis dans la salle, il annonce qu'il se sent découragé d'un ton monocorde, derrière un masque d'indifférence. Ses mains se tiennent toujours fortement l'une à l'autre et son corps est figé dans une crispation totale. Il dit que le relâchement amené lors de la dernière séance a duré dix minutes à l'extérieur avant de se crispier à nouveau, il regardait les autres et s'apercevait que lui-même ne marchait pas « logiquement ». Cette phrase me surprend alors : Qu'est ce que marcher logiquement ? Mr L. chercherait-il, dans l'observation d'autrui, à adapter sa propre démarche, pour « faire comme tout le monde » ? Il dit mettre souvent ses mains dans ses poches pour le « tenir », comme si son tonus corporel ne suffisait pas, alors que je note l'intensité démesurée de l'hypertonie de chacun de ses muscles. L'intensité de sa voix est basse et grave, presque inaudible malgré des paroles fluides, et j'ai la sensation que Mr L. ne respire pas puisque je n'entends pas de souffle dans sa voix. Je me rends alors compte, durant le discours de Mr L., que mes mains sont également jointes, mes cuisses serrées, et que ma respiration est faible, en miroir à sa propre corporéité. J'essaie alors de me détendre sans vraiment y parvenir. Est-ce la même chose pour lui ?

Lors d'exercices de prise de conscience corporelle amenés par la psychomotricienne, Mr L. nous dit avoir des difficultés à assembler le mouvement corporel avec la pensée de l'action à réaliser, il verbalise qu'il est « dur de tout faire en même temps ». Il me semble pourtant très attentif et empli de bonne volonté à bien faire l'exercice demandé. La psychomotricienne propose ensuite des étirements de différentes

parties du corps, au cours desquelles Mr L. présente des difficultés pour se mettre en demi-pointe de pieds, car tout son pied est comme un seul bloc. Il accepte que la psychomotricienne lui montre en le touchant malgré une certaine gêne, et cela lui permet alors de réaliser la posture demandée, comme s'il lui manquait sa propre représentation du corps pour réaliser le mouvement. A la fin de la séance, il dit que ces exercices lui ont fait du bien et repart de la salle avec cette même expression figée sur le visage, qui me laisse l'impression que cette séance n'a eu aucun impact pour lui.

Après la séance, je prends conscience de l'effet de fascination qu'exerce Mr L. sur moi, qui ai eu des difficultés à décrocher mon regard de l'observation de ses moindres fait et gestes, tandis que lui-même n'aura que peu de regards tournés en ma direction, me conférant alors la sensation d'être inexistante.

B) Corps où es-tu ?

L'aspect qui m'a le plus frappé chez Mr L. se retrouve dans mes premières impressions : il me semblait qu'une rupture avait eu lieu, entre son corps et sa psyché, rendant quasiment inexistante ou étranger son corps propre, au niveau de ses perceptions. Or comme nous l'avons vu dans la partie théorique, ce sont les sensations qui sont à l'origine de la représentation du corps : quelle image Mr L. possède t-il de son propre corps ?

1) L'évanescence du corps

Lors d'une séance, la psychomotricienne propose à Mr L. d'évaluer ce quelle nomme son « périmètre de sécurité » dans le but de rendre compte de la distance relationnelle qui lui est nécessaire à ce moment particulier. J'avance de chaque côté de Mr L. qui doit me dire stop quand je suis à bonne distance de lui. De chaque côté, il ne dit jamais stop et verbalise qu'on peut le « traverser », tel un fantôme dépourvu de corps matérialisé, n'existant que par l'intermédiaire de la conscience. Pourtant, je me sens moi-même gênée d'approcher si près de lui, comme si il existait un danger dans la proximité de nos corps. N'est ce pas aussi ce que me transfère Mr L. ? Il me semble qu'il y a décalage avec ce qu'il met en scène corporellement : il me paraît mal à l'aise car son hypertonie

s'accentue, formant une véritable carapace tonique de protection, et son regard m'évite. Je note ainsi d'emblée cet écart entre le dialogue verbal et infra-verbal de Mr L.

Lors d'une séance, j'apprends que la psychologue du CMP qui le suivait depuis 3 ans, avec laquelle il avait nouée une relation très forte d'attachement, lui a annoncé son brusque départ, en raison de conflits institutionnels. Je découvre alors un peu plus cette fragilité intérieure que possède Mr L. puisque cela amène un grand état de mal-être. Il conserve une attitude renfermée autour de son axe, dans une hypertonie de tout son corps. A-t-il besoin de tenir davantage un intérieur déjà peu solide ? Ses mains sont jointes, et callées entre ses cuisses, serrées entre elles. Ses attitudes d'auto-agrippement et sa montée en tonus, semble ainsi lutter contre ce vide, ce manque de l'autre, qui l'assaille. Je m'interroge alors sur la capacité de contenance de l'enveloppe corporelle de Mr L., puisque cette attitude tonique me fait penser à la « seconde peau musculaire » dont parle E. Bick. Véritable cuirasse musculaire, elle permet en l'absence de l'intégration des limites du corps et du sentiment de contenance procurée par le Moi-peau, de créer une enveloppe de substitution qui permettra une certaine contenance interne. Est-ce aussi un moyen de lutter contre ses craintes d'effondrement ?

Cependant, la carapace tonique n'est pas la seule enveloppe de substitution de Mr L. En effet, tandis que nous marchons debout et en mouvement, je propose à Mr L. de se représenter son corps en volume, avec la place que prend à l'intérieur de son corps, ses os, ses muscles et ses organes. Cela produit chez Mr L. un sentiment désagréable car il se sent « tout nu » : c'est pour lui la première fois qu'il se représente son corps sans ses vêtements, qui semblent ainsi lui servir d'enveloppe et de contenant corporel. J'ai à ce moment l'image de « l'homme invisible » qui n'existe concrètement qu'à travers les vêtements qu'il porte.

Ainsi, Mr L. semble lutter contre une certaine évanescence de son corps, contre laquelle il lutte en se raccrochant au « dur », par la rigidité de son corps. Il est alors capable de moduler son tonus pour relâcher une partie de son corps mais au prix d'une compensation tonique dans une autre zone corporelle, comme si cette tension représentait pour lui la seule preuve de son existence. Au vu de son anamnèse, la tension musculaire n'est pas la seule douleur que subit Mr L., qui ne peut se vivre dans le plaisir corporel. Les douleurs corporelles seraient-elle une tentative de Mr L. de marquer son corps en le

ramenant par là-même à la réalité de son existence ? Est-ce également un moyen de tester la consistance du corps ?

2) Du collage visuel à l'indifférenciation

Lors des premiers temps de séance, la psychomotricienne propose à Mr L. un travail autour de la prise de conscience corporelle, sorte de base ritualisée, sécurisant Mr L. dans son évolution. Il s'agit d'exercices de modulation tonique, en ciblant à chaque fois une partie du corps : nous contractons au maximum cette partie du corps tout en inspirant, et symboliquement, gardons en nous le « positif ». Le relâchement se fait sur l'expiration, en imageant le fait de mettre hors de nous par cette expiration les tensions, donc le « négatif ». Le travail de la respiration permet ainsi de ressentir la solidité du corps, sa fiabilité, et de réinvestir l'espace intérieur du corps puisque « *se sentir respirer, c'est être attentif à cet échange permanent qui existe entre le dedans et le dehors du corps* »⁵⁴.

Durant ce temps, le regard de Mr L. est très attentif à tous les gestes et mouvements de la psychomotricienne sur lesquels il s'appuie afin de les réaliser en imitation. J'ai ainsi la sensation qu'il s'accroche à elle, au moyen de la sphère visuelle, sans pour autant croiser son regard, dans une sorte de collage visuel. J'effectue moi aussi les mêmes gestes, mais le manque de regard ou de paroles en ma direction perpétue mon sentiment d'inexistence. J'ai à ce moment l'image d'un triptyque de miroir, dans lequel nos propres subjectivités s'esquissent en un tout indifférencié. A l'instar d'un labyrinthe de glaces, je me sens perdue face à ce jeu de miroir, dans lequel je deviens moi-même un simple reflet irréel. Comment alors redéfinir sa propre image ?

Pour chaque mouvement, Mr L. a besoin de dissocier les gestes et de prendre un léger temps de réflexion avant réalisation du premier mouvement, utilisant un nécessaire passage par l'intellect, ses automatismes moteurs abolis par son désinvestissement corporel. Est-ce ce flou de l'image de son corps qui ne lui permet pas de se représenter en mouvement ?

Durant ce temps, Mr L. évite au maximum l'échange de regards et cela se retrouve dans la plupart des séances. D'ailleurs, il passe derrière nous pour monter à la salle de psychomotricité et cela se perpétuera à chaque séance, comme une habitude pour lui

⁵⁴ 41, op. cit. p.189.

comme pour nous. Il me semble que cela représente pour Mr L. un moyen de se soustraire à notre regard, à s'en protéger, comme si ces regards sur lui génèrent des sentiments négatifs. Lui qui semble emprisonner ses émotions derrière un masque au sourire figé, évite-il notre regard pour se protéger de l'émotion qui pourrait jaillir dans cet « entre-deux » du regard ?

3) Libérer le corps pour libérer l'émotion...

Tandis que nous travaillons debout sur la souplesse de la marche et l'ouverture sur l'extérieur, Mr L. marche d'une manière robotisée avec des gestes saccadés. Il investit peu l'espace et montre un grand besoin de tenir une certaine distance relationnelle. Afin de permettre une harmonisation des mouvements, la psychomotricienne propose un exercice autour des espaces imaginaires : nous nous déplaçons dans la pièce en imaginant porter un livre sur la tête, marcher sur des œufs ou encore porter un sac de pierres, avant de s'en libérer. Ce travail lui parle beaucoup et l'aide à progresser vers une attitude corporelle plus harmonieuse. L'utilisation d'image mentale sert-elle de support à la mise en mouvement de son corps, dont il manque de représentations concrètes ?

Nous reprendrons plusieurs fois cet exercice d'espace imaginaire, dans lequel il s'inscrit rapidement. Mais plus tard, au cours de ce même exercice, Mr L. se met brusquement à pleurer de manière très silencieuse. Cela ne dure que quelques secondes et Mr L. retrouve son masque habituel aussi subitement. J'ai alors à ce moment la sensation d'accéder à une scène très intime, et détourne le regard, me sentant un peu voyeuriste. Or, ce qui est intime est ce qui est caché, sous les apparences. Il me semble que Mr L. nous livre une part de son intimité pour la première fois. Pourtant toute séance de psychomotricité n'est-elle pas intime ? Est-ce encore une fois ce que me transfère Mr L., désireux de cacher, camoufler cette sensibilité intérieure ? Il verbalise alors l'émotion forte qu'amène son état de bien-être actuel. Mr L. se laisse ainsi pour la première fois éprouver entièrement la détente corporelle, mais cela aura des répercussions particulières sur son image du corps.

4) ... oui mais à quel prix ?

En effet, la semaine suivante, Mr L. arrive dans un fort état de mal-être : il dit sentir son esprit vaporeux et son corps est comme inexistant, il ne le ressent pas. Il présente de très fortes attitudes d'auto-agrippement, comme celles évoquées plus haut, et me paraît lutter contre son inconsistance corporelle. Après la séance précédente, il a ressenti des tensions au niveau du cou, avec l'impression que sa tête était mal vissée au reste de son corps puis, toute forme de ressenti corporel a disparu assez subitement, lui laissant un sentiment désagréable. Il nous dit alors se représenter tel une « enveloppe creuse » : c'est la première fois que Mr L. parle de l'image qu'il possède de lui-même.

Pour cette séance, la psychomotricienne propose de changer des exercices habituels pour un travail d'enveloppement, qui lui permettra de ressentir les limites de son corps. Mr L. est allongé sur un petit divan qui se trouve dans la salle, et nous pratiquons des appuis, de manière symétrique, sur toute son enveloppe corporelle lors d'expiration. Le but étant de lui procurer un enveloppement humain, corporel et psychique, afin de lui rendre un sentiment d'existence et d'atténuer les angoisses de disparition. J'ai l'image d'un objet dur et figé que nous avons « basculé » de la position verticale à l'horizontale, objéifiant par là-même la présence de Mr L. Il est allongé de manière très rigide et semble peu à l'aise d'après l'expression de son visage. Il ne ferme pas les yeux durant ce temps et fixe le plafond. Pourtant, il nous dit ne pas appréhender notre toucher, et se sentir rassuré dans le cadre de la séance, ce qui montre encore une fois ce décalage avec ce qu'il raconte corporellement. Je me sens moi-même plongée dans une ambiance mortifère, et ne suis que peu encline à venir toucher cet objet inanimé, qu'est le corps de Mr L., un corps qui me semble vidée de toute matière vivante.

Il nous dit ne pas arriver à ressentir notre toucher, malgré l'intensité de l'appui, et nous parle des tensions qu'il a au niveau du front. Ainsi, j'ai le sentiment que la tête et le visage prennent toute la place au niveau des sensations corporelles de Mr L., tandis que le reste de son corps est comme oublié. J'ai ainsi la représentation d'un personnage avec une tête gigantesque, disproportionnée par rapport au reste de son corps atrophié, telle une sorte de caricature. Ces tensions apparues subitement ne seraient-elles pas également une tentative de Mr L. de lutter contre la sensation de disparition de son corps ?

Après massage du visage, nous reprenons les toucher en augmentant la force de l'appui. Il nous dit « essayer » de se détendre et « jouer le jeu », mais ne pas y arriver. Mr

L. essaie-t-il de nous faire plaisir ? Il dira d'ailleurs dans une autre séance, qu'il lui arrive de jouer au « bon élève ». En lien à son histoire, craindrait-il un possible abandon ou rejet de notre part ?

Nous décidons en commun accord avec la psychomotricienne que le projet initial qui avait pour vocation d'éliminer les tensions de Mr L. est à revoir, compte tenu des angoisses d'inexistence que cela a pu produire. En effet, le but n'est alors plus d'annihiler ces tensions, mais que Mr L. prennent conscience des zones de tensions et de relâchement, afin de mieux se représenter son corps.

Durant ces premiers temps de séances, étant dans la découverte du personnage qu'est Mr L., je « bois du regard » tout ce qui se passe, se joue, intellectualisant les événements et m'oubliant corporellement, à la manière dont se vit Mr L. précisément.

C) Des corps qui se transforment

La suite des séances reprendront alors le même mode de déroulement que précédemment, mais une métamorphose va progressivement s'opérer quant à la manière d'habiter chacun nos corps. C'est en effet à cette période que la psychomotricienne annonce à Mr L. qu'elle est enceinte, et qu'elle partira en congés maternité quatre mois plus tard. A mon étonnement, Mr L. ne montre aucunes réactions à cette annonce sur le moment. Pourtant, alors que le corps de la psychomotricienne se transforme, nos images à tous évoluent et se modifient.

1) Les transformations de Mr L.

Alors que Mr L. nous a donné une première image de lui, d'autres vont venir se succéder au fur et à mesure de la prise en charge, me donnant une sensation de régénération d'une image précédemment floue. Comment s'est jouée cette transformation ?

Lors d'une séance, autour des mêmes exercices de contraction/relâchement, Mr L. est dans l'impossibilité de contracter ses cuisses seules, sans mobiliser l'ensemble du membre inférieur. La psychomotricienne lui propose de poser ses mains à elle sur son corps pour pouvoir lui montrer concrètement le mouvement que procure la contraction des cuisses, par l'élévation que cela génère. Il ne semble pas gêné par son toucher mais se rend

compte qu'il essayait de mettre en tension l'arrière de ses cuisses, comme si ils se les représentaient sans volume, en deux dimensions, en prenant majoritairement en compte les parties qui touchent la chaise sur laquelle il est assis. La psychomotricienne met cela en lien avec le dessin : il n'est pas un personnage d'une surface plane mais un individu en trois dimensions. Puis la psychomotricienne lui propose de venir toucher sur elle, afin qu'il s'imprègne du mouvement. Mr L. semble embarrassé dans cette situation, peut-être de par « *le caractère érogène de la peau* »⁵⁵ dans sa stimulation, et la teneur sexuelle que cela génère. Mais cela lui permet ensuite de réaliser la consigne : passer par le corps réel de l'autre a été bénéfique pour l'aider à consolider sa propre représentation, en miroir au corps d'autrui. Mr L. n'est plus invisible ni creux, mais c'est en corps « plat » qu'il commence à se révéler à nos yeux !

C'est lorsqu'une réelle transformation corporelle aura lieu que je décèlerai une évolution dans l'image du corps de Mr L. Il s'est coupé les cheveux, ce que je repère immédiatement dans la salle d'attente. Néanmoins, je remarque également que ses cheveux sont coupés de manière égale sur les deux cotés de sa tête, mais pas à l'arrière du crâne, où des mèches longues persistent. Lorsque nous l'interrogeons à ce sujet, Mr L. nous dit posséder seulement un miroir à son domicile et n'aime pas particulièrement s'y regarder. Son reflet le laisse « indifférent » et la plupart du temps, il ne se regarde dans le miroir qu'en se focalisant sur des parties de son corps : son menton pour se raser, ses cheveux pour se les couper..., morcelant par là même les différentes parties de son corps. Est-ce alors dangereux pour Mr L. de se regarder dans sa globalité ? Quels sentiments cela peut-il générer ? Il ajoute qu'il ressent parfois son corps comme « divisé en morceaux ». De plus, les séances de psychomotricité ont participé, selon ses dires, à faire ressortir une impression étrange : son corps était scindé, découpé de haut en bas dans le sens de la longueur, séparant alors l'avant, qu'il se représente comme sa « façade », de l'arrière, son « côté sombre ». Son corps plat commence à prendre une autre forme et se métamorphose. Comment dès lors, éclairer l'arrière sombre de Mr L. ?

⁵⁵ MONTAGU A., (1979), *La peau et le toucher*, p. 131.

2) La transformation de la psychomotricienne

A ma grande surprise, l'annonce de la psychomotricienne semble ne provoquer aucune réaction chez Mr L. Or, au moment de cette déclaration, son corps n'avait pas encore commencé à changer nettement. Son ventre va alors progressivement se remplir et prendre de plus en plus de volume, tout comme l'image du corps de Mr L. ! Ce n'est que bien plus tard, alors que la transformation corporelle de la psychomotricienne est déjà bien avancée, que Mr L. évoquera une sensation en lien à sa propre histoire.

Il a revécu corporellement la scène après la naissance de son fils, et spécifiquement le moment où il tenait ce « petit être » tout contre son épaule. Une sensation de chaleur et de quiétude l'habitait alors. En racontant cela, Mr L. paraît très ému, il serre ses épaules avec ses bras, sa voix est légèrement modifiée et son regard est à présent habité par l'émotion. La vue du ventre de la psychomotricienne l'a ainsi ramenée à sa propre place de père, et c'est au travers du corps que Mr L. laisse à présent s'exprimer l'émotion. Pourtant, en lien à son histoire, cette période de sa vie était également marquée par de violentes conduites addictives, et son « incapacité » à pouvoir être père sur le moment. C'est alors aussi du manque que Mr L. a ressenti face à ce souvenir, et il nous dit avoir eu envie de rester en position de repli afin de garder cette sensation. Le manque que ressent Mr L. me ramène à ce manque de contenance corporelle qu'il paraît posséder. S'il lui est capable de se représenter comme contenant, comment remplir cette vacuité ?

3) Ma propre transformation

Je note que progressivement, Mr L. est de plus en plus capable de prendre conscience des ses attitudes corporelles, et ce même à l'extérieur des séances de psychomotricité. Je noterais également que son regard commence à passer plus facilement de la psychomotricienne à moi-même. Il me semble ainsi que Mr L., reconstituant peu à peu une représentation stable de son corps, peut ainsi se décoller de ce fonctionnement miroir vis-à-vis de la psychomotricienne, et s'individue alors peu à peu, à la manière dont le fait le nouveau-né d'avec sa mère. Mais peut-être est-ce aussi la déclaration de la psychomotricienne, elle qui va psychiquement aussi se dégager de la prise en charge, qui amène cette individuation. Son regard se tourne maintenant vers moi : Suis-je en train de devenir le tiers permettant la séparation ? L'attention de Mr L. dans ma direction me redonne petit à petit la sensation d'exister et d'avoir une place, au sein de cet informé dans

lequel nous nous trouvions. Cela influence ma manière d'habiter mon corps : je me sens plus actrice grâce au regard de Mr L., mais aussi celui de la psychomotricienne qui me laisse de plus en plus agir seule. Ce que je lis dans leurs yeux me confirme cette place et consolide mon identité professionnelle.

Au début de la prise en charge, Mr L. semble mal se représenter son corps, puis progressivement nous donne des images incomplètes : enveloppe creuse, corps plat en deux dimensions, corps scindé en deux parties avant/arrière... Autant de représentation qui montrent la tentative de Mr L. de mettre son corps en image !

D) Vers une réappropriation du corps

Tandis que Mr L. prend de plus en plus conscience de son corps, le regarde et le ressent, nous nous interrogeons quant à la manière de remplir la vacuité interne que connaît Mr L. Ce dernier nous évoque alors régulièrement des états de manque, sensation de vide qu'il peut éprouver, que je mets en lien avec son manque de solidité interne mais aussi ses conduites addictives passées.

1) L'espace arrière

C'est autour de ces questionnements, que lors d'une séance, Mr L. nous dit ne pas se représenter l'arrière de son corps, n'arrive pas à l'imaginer. C'est ainsi qu'en commun accord avec la psychomotricienne, nous décidons de travailler autour de l'espace arrière de Mr L., afin d'en créer pour lui une image, dans le but de l'inclure plus tard dans l'image globale de son corps. Pour cela, la psychomotricienne continue de proposer les exercices de contraction/relâchement sur l'inspiration/expiration mais en focalisant l'attention de Mr L. sur l'arrière du corps.

De plus, nous proposerons diverses expérimentations autour de la prise de conscience de cette zone corporelle : c'est ainsi que lors d'une séance, je masse l'arrière de son corps, le crâne, le dos et les jambes, à l'aide d'une balle. La psychomotricienne se place en face de lui afin de le soutenir visuellement dans l'expérience. Mr L. se tient droit et raide, son visage paraît très concentré. Il demande à ce que j'appuie plus fort au niveau du haut du dos, cependant, l'augmentation de l'intensité le fait osciller vers l'avant. Lorsque le bas de son corps est stimulé par la balle, Mr L. se met à trembler au niveau des

mains. Ses mollets, sont très rigides. Lors de ce massage, je suis moi-même très tendue. Est-ce l'aspect sexuel dans le toucher qui me gêne à ce moment là ? A la fin de l'expérience, Mr L. dit que pour les parties qu'il ne peut toucher comme le milieu du dos, il s'agit d'une véritable découverte d'une partie de son corps. La psychomotricienne indique à Mr L. que l'investissement du dos est aussi en lien avec la manière dont on a grandi et été porté dans l'enfance. En lien avec le récit de ses relations maternelles qu'il dit avoir vécues comme étouffantes, je me demande comment il a été porté, mais aussi regardé, dans le début de sa vie. Il affirme qu'il est sensible au regard que l'on pose sur lui, c'est pourquoi il essaie de « bien faire ». Mr L. nous dit ne jamais regarder l'arrière de son corps, et pour lui, cet espace corporel est en quelque sorte inexistant : « je ne vois pas l'arrière de mon dos, donc c'est un peu comme s'il n'existait pas ». La psychomotricienne verbalise alors cela en le mettant en lien avec la sphère relationnelle : « si je ne suis plus présent physiquement, je n'existe plus aux yeux des autres ». Est-ce cela que ressent Mr L. lorsqu'il y a rupture dans une relation duelle qu'il a investi ?

2) Enveloppement et mise en volume du corps

Alors que Mr L. nous évoque que ces exercices font naître en lui de nouvelles sensations, j'ai le sentiment qu'il arrive à refaire du lien avec son corps et à le reconquérir. Pourtant, il continue à se percevoir « en morceaux » (main quand il dessine, visage lorsqu'il parle...), jamais en totalité ni en volume.

La psychomotricienne propose alors un nouvel exercice d'enveloppement avec un drap serré autour de parties du corps afin de sentir ce volume corporel, et le lien avant/arrière du corps. Afin que Mr L. se représente ce que nous allons faire, je propose de lui montrer sur moi-même : la psychomotricienne enroule mon bras dans un drap. Cela génère immédiatement chez Mr L. une appréhension, il a l'image d'un tee-shirt serré autour du corps et voit cela comme désagréable. Pourtant, il demande à tenter l'expérience sur lui. La psychomotricienne et moi-même enroulons le drap d'abord autour d'un bras de Mr L. En position debout, il est très figé et bloque sa respiration pendant le temps d'enveloppement. Lorsque nous desserrons le drap, il dit bien ressentir ses contours mais cette sensation amène quelque chose de « dérangent ». Il précise bien que ce n'est pas le fait d'être serré, mais bien la sensation de sentir ses limites corporelles qui provoque cela. Il en va de même avec l'autre bras, le torse, et les jambes. Durant ce temps, il montre

beaucoup de gestes de prestance qui s'expriment par des diffusions toniques dans les mains. Il verbalise à la fin que prendre de la place, de l'espace, amène quelque chose de « dérangent », ne pouvant trouver un autre terme pour décrire sa sensation. Il sait qu'il doit exister en volume dans son corps mais cela lui fait peur. Mr L. est visiblement perturbé par ce sentiment, il dit avoir imaginé mentalement, « reprendre sa place dans ses vêtements ».

En fin de séance, au moment de remettre ses chaussures, Mr L. se fige, son visage est expressif et montre de l'émotion : il dit qu'il se sent bien, détendu dans son corps mais que cela amène aussi de l'angoisse, de la crainte, et il me donne l'impression que nous marchons vers l'inconnu, avec ce caractère à la fois excitant et dangereux. Car « *mieux sentir son corps c'est aussi être vulnérable, car sensible à ce qui l'agresse... il est vrai que l'expérience sensible est à la fois celle du corps, de soi, mais aussi de sa fragilité, condition à la perception d'autrui* »⁵⁶.

3) Le corps en relation

Bien que Mr L. accède peu à peu à une image positive de son corps en mouvement, ses déplacements restent peu harmonieux et il investit peu l'espace de la salle.

La psychomotricienne propose dans ce cadre un exercice d'accordage tonico-émotionnel : en cercle, nous sommes liés par les paumes de nos mains et nous nous laissons entraîner par les mouvements des uns et des autres. A mon étonnement, Mr L. est souriant durant ce temps et a même tendance à guider. Je réalise par la suite que je ne me sens pas gênée dans ce contact, et apprécie de voir que Mr L. arrive à se saisir de cet exercice sans malaise. Cependant, il bloque sa respiration et finit ce temps très essoufflé. Il verbalise à la fin qu'il se trouve encore raide et qu'il lui est difficile d'accompagner les mouvements. Pourtant, la psychomotricienne rappelle que chacun a ses limites et qu'il doit respecter les siennes. Est-ce à l'image de ses propres limites corporelles encore floues ? Il arrive par la suite dans cet exercice à assouplir ses gestes et dit prendre plaisir à vivre son corps de cette manière : Mr L. s'autoriserait-il alors à vivre son corps autrement que dans la douleur corporelle ? Lorsque nous reprendrons cet exercice seulement à deux, la psychomotricienne se positionnant en observatrice, je me permettrai d'amener Mr L. dans

⁵⁶ B. LESAGE, (2004), Itinéraire pour un dialogue corporel structurant, Thérapie psychomotrice et recherches, hors série, p.412.

tout l'espace de la salle, auprès des bords, des limites que forment les murs et le sol. Il se permettra alors d'investir lui aussi une plus grande étendue de la pièce, à l'image du réinvestissement de son corps propre.

E) La fin du suivi psychomoteur

1) Une nouvelle image ?

C'est dans ce contexte qu'arrive inévitablement la dernière séance de la prise en charge en psychomotricité de Mr L. La psychomotricienne et moi-même l'avions prévenu bien à l'avance, afin d'éviter au maximum une rupture abrupte, en lien avec sa problématique abandonnique.

Lors de cette séance, Mr L. a spontanément effectué une sorte de bilan sur ce suivi en psychomotricité. Il dit avoir l'impression que beaucoup de choses ont changé depuis septembre dernier. Il se sent plus vivant et plus existant dans son corps, et nous raconte comme il lui est arrivé, sans s'en rendre compte, de rester de longs moments dans des attitudes d'ouvertures (jambes écartées, mains disjointes...) ou de déséquilibre en balançant une jambe, sans que cela le gêne. Son visage est expressif empli de variations tout au long de son discours, et il nous regarde toutes deux alternativement dans les yeux. Lors de cette séance, je propose à Mr L. de refaire un dessin avec la consigne : « dessinez la manière dont vous vous percevez ». Il dessine un personnage tout en courbure, qui prend tout l'espace de la feuille, et sur lequel apparaissent certains os tels que les côtes, les clavicules et les rotules⁵⁷. En le comparant à son premier dessin réalisé lors du bilan psychomoteur en mai, Mr L. commente que « ça n'aurait pas de sens de refaire un dessin comme celui-là ». Cependant, il me semble que ce nouveau dessin paraît peu ancré (les contours du corps sont peu appuyés, les extrémités du corps mal fermées), ce qui me fait dire que le travail autour de l'image du corps et des enveloppes de Mr L. serait à poursuivre. Mais la fin est bel et bien là, et nous nous quittons sur des regards emplis d'une certaine nostalgie, comme à l'achèvement d'un éprouvant voyage autour du corps.

⁵⁷ Cf annexe n°2.

2) Se revoir et s'émouvoir

Je reverrai une dernière fois Mr L. lors de son entretien mensuel avec son psychiatre, où la psychomotricienne et moi-même sommes intervenues pour faire un point sur l'ensemble de la prise en charge en psychomotricité. A notre grand étonnement à tous, Mr L. est arrivé en retard, lui qui d'habitude, est toujours dans l'hyper-maîtrise des horaires. Il dit d'ailleurs lui-même à ce propos qu'il se permet de ne plus maîtriser et s' « auto-surprend ». Lors de cet entretien, il vante les mérites de la psychomotricité, ce qui, bien entendu, me comble narcissiquement. Le fait que la psychomotricienne était enceinte lui a redonné espoir car cela est, selon ses dires, synonyme de « vie à l'intérieur ». C'est quelque chose de plus vivant que je sens assurément en lui à ce moment. Il présente peu d'auto-agrippements durant l'entretien et nous regarde tous à tour de rôle. En sortant du bureau du psychiatre, il nous serre longuement la main, affirmant que la psychomotricité lui a permis de se sentir mieux avec lui-même. Il dit également s'être rendu compte de l'importance de nos deux présences à la fois qui ont permis deux regards différents. Mr L. reconnaît-il par là nos deux subjectivités différenciées ?

Conclusion

Ainsi, d'un sentiment d'inexistence, je me retrouve propulsée dans une identité plus assurée de soignante, future psychomotricienne. Le regard de Mr L. a donc ce pouvoir magique de me faire apparaître ! Mais n'est ce pas une qualité inhérente à tout regard, que de pouvoir faire apparaître ou disparaître le monde autour de soi ?

Dans l'ensemble de ce suivi en psychomotricité, il m'a semblé être prise entre des jeux de miroir, de transformations de corps, d'individuation-séparation... Autant de phénomènes qui ont attiré mon regard de psychomotricienne en devenir, et qui je le pense, ont permis de consolider l'image du corps de Mr L. D'ailleurs quelles ont été ici les qualités du regard, et spécifiquement de celui du psychomotricien, avec un patient en mal d'image ?

CHAPITRE 3

LE REGARD EN THERAPIE PSYCHOMOTRICE

Introduction

Le patient dont j'ai présenté le suivi psychomoteur ci-dessus m'a interpellé, a captivé mon regard de psychomotricienne en devenir. Pourquoi ? Avant tout en raison de la part de mystère qu'il pouvait dégager, et cela-même avant de le rencontrer, puisqu'aucun diagnostic n'avait été posé. J'ai été gênée, au début de ma démarche clinique, par ce manque d'éléments diagnostics et cette multitude d'opinions émises sur Mr L. Pourtant, avec le recul je pense que cela a été bénéfique puisque j'aurais peut-être eu tendance à m'enfermer dans la case du diagnostic psychiatrique, de laquelle il est difficile de sortir.

Ainsi, je ne me suis pas penchée sur une pathologie psychiatrique spécifique mais ai amené mon attention, mon regard, sur l'altération de l'image du corps. Ce qui m'a intéressée chez ce patient, au-delà de la pathologie, c'est la manière spécifique qu'il avait d'attirer mon regard. Dans les débuts de nos rencontres, loin d'être un regard en relation, il était teinté de cette envie de percer le mystère, d'ouvrir sa carapace. Mais qu'allais-je découvrir à l'intérieur ?

I) LA SPECIFICITE DU REGARD DU PSYCHOMOTRICIEN

En psychiatrie, le corps représente bien souvent le réceptacle de la souffrance psychique. Le psychomotricien, de part son regard spécifique sur le corps dynamique, le corps en relation, vient modifier ce regard porté sur le patient. Il s'agit dès lors de s'engager dans une relation humaine, qui prend en considération le corps mais aussi la vie psychique du sujet et leurs interrelations.

A) Une lecture du langage du corps

Avec Mr L., j'ai eu d'abord beaucoup de difficulté à me détacher du contenu de son discours. Mais c'est en focalisant mon attention, en dirigeant mon regard sur le langage du corps de ce patient, que j'ai pu saisir sa souffrance psychomotrice, et imaginer, en collaboration avec la psychomotricienne, un dispositif thérapeutique en psychomotricité afin de l'aider à se représenter son corps.

De part nos connaissances théoriques, en tant que psychomotricien, sur le développement psychomoteur de l'enfant, il nous est possible de nous interroger sur le lien du sujet à son corps, sa manière de l'habiter, et de s'en servir comme siège des communications non-verbales. Ainsi, nous n'observons pas seulement le corps anatomique et son fonctionnement physiologique, à la manière dont le corps a pu être étudié en psychiatrie, mais regardons le corps comme possible lieu de plaisir d'où peut émerger le désir. Dans le cas de Mr L., la psychomotricité a permis de reconquérir son corps, son image, non plus en tant qu'endroit où se présente le manque et le vide, mais en tant que corps « plein », et éprouver le plaisir du mouvement et du relâchement partiel.

Pour le psychomotricien, le travail thérapeutique se base sur la question de la sensorialité. C'est par les différents canaux sensoriels que le sujet communique et « donne à voir » de sa propre subjectivité.

Ainsi, les mouvements du regard de Mr L. m'ont permis de comprendre la manière dont il pouvait vivre notre propre regard sur son corps et ses états intérieurs. D'abord dans l'évitement ou dans l'inexpressivité de ce regard vide que j'ai pu décrire, c'est la protection, le mal être, qu'il exprimait au travers de son corps. Puis son regard a pu se faire moins fuyant, et de l'expression est apparue, en lien avec l'évolution de son image du corps et sa réappropriation corporelle.

C'est aussi dans l'investigation de son dialogue tonique et tactile que s'exprime sa vie affective, puisque « *le dialogue tonico-émotionnel serait le reflet des états émotionnels des deux partenaires avec la possibilité d'une transmission de l'un à l'autre* »⁵⁸. Je me suis alors interrogée sur l'hypertonie de Mr L., qui à la manière d'une barrière rigide, venait tenir ce corps en manque de contenance. C'est aussi dans les séances où je touche le corps de Mr L. qu'il me transmet une part de ses ressentis, face auxquels j'ai pu éprouver un sentiment inquiétant : il me semble que Mr L., grâce au dialogue tonico-émotionnel, me raconte ce qu'il vit intérieurement dans ces expériences. Ce « danger » et ce « malaise » que j'ai pu percevoir à plusieurs reprises, peuvent alors se comprendre comme les propres éprouvés du patient, que j'interprète comme une certaine peur à ce que l'on vienne pénétrer sa sphère privée et toucher son enveloppe peau qui ne remplit guère ses fonctions de pare-excitation.

⁵⁸ BACHOLLET M.-S. et MARCELLI D., (2010), « Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements », *Enfances & Psy*, n° 49, p. 14-19.

Enfin, j'aborderai la notion d'écoute : écoute du discours, pas seulement dans son contenu mais aussi dans sa forme avec la prosodie, la tonalité, le rythme, l'intensité... ainsi que la respiration. Cette dernière donnée a été d'une importance capitale afin de traduire l'évolution de Mr L. au sein des séances de psychomotricité. Dans un premier temps, sa respiration semblait faible, étouffée, comme pour se rendre le moins vivant possible. Il lui a peu à peu été possible d'augmenter son volume respiratoire, de respirer plus librement, ce qui peut venir traduire la réunification d'avec son corps, et sa manière de l'habiter psychiquement.

C'est ainsi en appui sur l'ensemble de l'expressivité du corps, que le psychomotricien devient spectateur attentif de la scène qui se joue dans le théâtre du corps du sujet.

B) Fonction contenant

Par cette lecture du langage du corps, le psychomotricien aide son patient à se représenter, à comprendre son mode de fonctionnement psychocorporel. Mais sa propre présence psychique est requise, dans le regard qu'il porte sur le soigné. Ainsi, à l'instar de la méthode d'observation d'E. Bick, « *le regard de l'observateur témoigne de sa propre présence psychique, il tente d'abord d'avoir une fonction contenant pour la situation observée, il aide à penser* »⁵⁹.

Comme je l'ai déjà énoncé, mon regard sur Mr L. s'est d'abord trouvé pris dans une sorte de fascination, objectivant tous les faits et gestes du patient afin de percer ce secret mystérieux qu'il semblait garder. Je me situais dans la même intellectualisation que lui, annihilant presque mes propres éprouvés corporels, ne laissant place qu'à la tension et la gêne qu'il me renvoyait. Étais-je alors dans une position soignante ? Mon regard ne prenait-il pas dans ce contexte une teneur inquisitrice, dans cette volonté de garder un œil omniprésent sur le corps en action de Mr L. ? Or, c'est dans les vertus inhérentes au soignant que de pouvoir accompagner son patient par un regard empreint de qualités d'accueil et de compréhension. Ainsi, « *Il s'agit sans doute de chercher sans cesse le subtil*

⁵⁹ 29, op. cit., p.180.

équilibre entre un regard appuyé et une attention flottante pour constituer [...] une présence bien vivante »⁶⁰.

C'est au moment où j'ai moi-même peu à peu pris ma place au sein de la prise en charge, alors que la psychomotricienne se décalait physiquement et psychologiquement, que mon regard est devenu thérapeutique. N'étant plus dans une complète objectivation de la gestualité de Mr L., mon regard s'est subjectivé afin de devenir un lien relationnel, teinté de tous les affects qui peuvent alors émerger. En mettant en lien mon propre regard « scrutateur » de début de prise en charge, avec la méthode d'observation clinique d'E. Bick, je me rends compte que je perdais beaucoup d'informations, coupées par une mise à distance de la sphère émotionnelle, à l'image de ce que faisait Mr L. en se dissociant de son corps et des affects qui y sont rattachés. Dans la méthode d'E. Bick, « *les informations sont recueillies d'un point de vue de capacités humaines de résonance émotionnelle, et non d'un point de vue d'un œil de caméra* »⁶¹. Cet « œil de caméra », dépourvu d'une certaine humanité, n'était-il pas également en lien avec le contre-transfert que me renvoyait Mr L. ? Lui qui tentait par différents moyens de mettre à distance l'émotion, cherchait-il à se protéger des affects qui peuvent émerger dans le lien du regard ?

Ainsi, le regard du psychomotricien est contenant car teinté de son propre engagement corporel et psychique. Alors qu'un climat de confiance s'est instauré dans la prise en charge, Mr L. a pu baisser sa garde, se rendre « visible » à nos yeux afin de commencer à se représenter. N'est ce pas aussi parce que d'une « vision objective » j'ai transformé mon regard en le subjectivant ?

C) Observation psychomotrice et troubles de l'image du corps

C'est en observant la psychomotricité de Mr L. s'exprimer au travers de son langage verbal et infra-verbal qu'il m'a été possible de percevoir comment il se représentait, et donc d'en déduire les failles quant à son image du corps. Afin de l'aider dans la réunification de son image, la psychomotricienne et moi-même lui renvoyons nos propres observations qui découlent de ce regard spécifique du psychomotricien.

⁶⁰ PELLOUX A.-S. et MERY A., (2008), « Regards croisés à l'hôpital de jour », *Enfances & Psy*, n°41, p. 85.

⁶¹ BICK E. citée par PELLOUX A.-S. et MERY A., 60, *ibid.*, p. 83.

La perturbation de l'image du corps atteint un seuil pathologique lorsqu'elle « *provoque un trouble de l'identité, une faille narcissique de l'être qui méconnaît son corps et peu à peu se sépare de lui, au fur et à mesure que la rupture du lien corps-pensée s'aggrave jusqu'à ne plus se reconnaître en lui* »⁶². Cette rupture, cette dissociation corps-psyché, me paraît très présente chez Mr L. pour qui le corps semble absent. C'est dans l'observation de la psychomotricité du patient, dans la « lecture du langage du corps » qu'il nous est possible en tant que psychomotricien, de repérer les troubles de l'image du corps qui s'expriment notamment au travers des sensations, des perceptions et des représentations que le sujet possède de son corps.

Ainsi, de par la dissociation d'avec son corps, Mr L. me paraît ne pas l'habiter. Il « *voit mais ne regarde pas* »⁶³ son corps. C'est-à-dire qu'il sait qu'il a un corps, mais ne le regarde pas dans le sens où le regard est empreint et teinté de toute notre subjectivité, mais aussi du désir : il voit son corps comme un objet qui ne lui appartient pas. Je rapproche cela de mes propres images du corps de Mr L. le voyant objet, ou caricature : une image déshumanisée, vide de la vitalité qui anime le corps humain. Cela se répercute sur son image du corps, qui, comme nous l'avons abordé précédemment, se fonde par l'intermédiaire de la relation affective avec l'Autre, et grâce aux sensations physiques, notamment celles vécues dans l'enfance. Ainsi, « *les sensations positives favorisent l'élaboration d'une image du corps bien définie et intégrée. Les sensations négatives mènent à des distorsions ou à des manques au niveau de l'image du corps* »⁶⁴. Mr L. possède cependant un vécu de son corps particulier : son enfance a été marquée par une éducation rigide, au sein de laquelle le plaisir devait être rejeté. Ne pouvant sentir son corps au travers du plaisir, il se sent exister grâce à la douleur qu'il s'inflige par les scarifications, les tensions musculaires. Il est alors possible de postuler une certaine altération de l'image du corps, qui se confirme dans les nombreuses représentations incomplètes que Mr L. se fait de lui-même : « corps abîmé », « corps en morceaux », « enveloppe creuse »...

Il est important de noter que l'observation d'éléments partiels ne suffit pas à la mise en sens de la corporéité du patient. C'est seulement lorsque l'on vient mettre du lien entre

⁶² 60, op. cit., p. 137.

⁶³ LOWEN A., (1967), Le corps bafoué, p. 65.

⁶⁴ 63, ibid., p.80.

ces différentes données, que l'on commence à imbriquer le puzzle de nos observations, que se dessine sous nos yeux une représentation complète de ce corps en relation qui est notre objet d'étude. Mais, il est également essentiel d'associer à nos observations psychomotrices nos propres impressions internes issues du contre-transfert. C'est dans ce liage que l'observation du psychomotricien remplit sa fonction d'unification, en se parant des qualités d'un regard global qui vient unifier la corporéité du patient, et devient support à l'élaboration. Il me semble également que, dans le cas de patient possédant des troubles de l'image du corps, cette fonction d'unification participe à rassembler les images éparées que la patient s'est constitué de son corps afin de l'amener vers un sentiment d'unité corporelle.

D) Regard et attention

Ce regard particulier que nous portons sur les patients en tant que psychomotricien n'est pas seulement une vision objective puisque « *« Regarder » en français n'a été associé à la vision que dans un second temps, il signifiait d'abord « être attentif »* »⁶⁵.

Comme je l'ai abordé plus haut concernant mon propre regard sur Mr L., il ne s'agit pas d'un œil de caméra mais aussi d'un lien relationnel. Cette attention se joue dans le « *rapport à l'Autre, en d'autres termes le trajet intrapsychique de la perception qui rencontre ainsi toute l'histoire de la subjectivation du sujet* »⁶⁶. Pour W. R. Bion, en parallèle à la fonction alpha, l'attention serait une capacité active de métabolisation des éléments bruts, c'est-à-dire les perceptions non psychisées, en éléments alphas, rendus « digérables » psychiquement grâce à la capacité de rêverie maternelle. En serait-il de même avec ce que nous imaginons de la corporéité du patient ? Ce procédé permet de transformer des perceptions archaïques en véritables ressentis permettant une première conscience du corps. Par son attention sur le corps en relation du patient, le psychomotricien aide le patient à intégrer plus facilement les éprouvés corporels qui peuvent émerger en séance de psychomotricité, ce qui lui permettra à terme de constituer une représentation de soi et de son corps.

⁶⁵ 29, op. cit., p.185.

⁶⁶ 29, op. cit., p.186.

Notre propre regard dirigé sur le corps dynamique du sujet s'inscrit donc dans une relation thérapeutique, au sein de laquelle nous pouvons faire office de « machine à métaboliser », pour permettre au patient de capter des choses de lui-même sous une forme « digérable », afin de se représenter en tant qu'unité psychocorporelle.

II) LA FONCTION MIROIR DU PSYCHOMOTRICIEN

Si notre regard permet au patient de capter des éléments de sa propre subjectivité c'est grâce à sa fonction réflexive que nous avons déjà abordé en théorie. Tel un miroir dans lequel le sujet voit son reflet et s'y identifie, le psychomotricien renvoie au patient une image de lui-même et participe à la fonction miroir.

A) Le rôle réflexif du regard en psychomotricité

Le regard du psychomotricien porte son centre d'intérêt sur le corps du patient. Il vient dès alors attirer l'attention de ce dernier vers ce même objet dans une attention conjointe. Dans le cas de Mr L., cela lui a permis de redécouvrir son corps, de le regarder et non plus seulement de le voir, et d'en prendre conscience. Or, la conscience est considérée comme la capacité de la vie psychique à « s'auto-informer » de ce qui se déroule en elle, « *la conscience apparaît alors comme la caractéristique la plus identitaire de la vie psychique et « avoir conscience de », définit le fonctionnement réflexif de la vie psychique* »⁶⁷. C'est donc en prenant conscience de son corps par le regard du psychomotricien, mais aussi par son propre regard, que le patient utilise les capacités réflexives permettant l'obtention d'un reflet de lui-même et de son identité.

Le regard du psychomotricien permet au patient de reconnaître son corps, de s'y identifier, à l'instar du nourrisson avec le visage maternel : « *Le regard devient un lien entre eux, il signe une possible identification-reconnaissance du self (« le bébé se voit être vu dans les yeux de sa mère » et réciproquement comme le souligne Serge Lebovici)* »⁶⁸. Ainsi, il me semble que Mr L. a utilisé nos présences, nos regards, comme miroir de sa propre corporéité, qu'ils lui ont servi de support afin de se représenter son corps. Je reprends ici la notion de « miroir somato-psychique » de J.-B. Guillaumin que la

⁶⁷ 20, op. cit., p.4.

⁶⁸ 29, op. cit., p.183.

psychomotricienne a tenu, d'une part pour Mr L. comme support à sa gestualité, mais aussi pour moi, psychomotricienne en devenir, qui recherchait en elle une image de mon identité professionnelle. En effet, mon identité flotte au début des séances : je cherche à exister dans les yeux de Mr L., mais également aux yeux de la psychomotricienne, qui représente pour moi un modèle. En se décalant, la psychomotricienne m'a permis d'être plus actrice, de « prendre de la place » comme nous proposons de le faire à Mr L. En cela, mon identité corporelle, en appui sur mon image du corps est devenue plus stable, plus assurée, et Mr L. m'a regardée ! Son regard a participé à me faire exister, et à définir ma subjectivité propre. Or, au cours de la construction du pré-miroir d'identification traité dans la partie théorique, le regard de la mère seul ne suffit pas à enclencher le processus : il faut que l'enfant la regarde afin qu'elle puisse se sentir exister en tant que mère. Je trace ici un parallèle avec Mr L. : il ne suffisait pas que je le regarde pour qu'il se reconnaisse en moi, il fallait que lui aussi me regarde, me permettant de me reconnaître dans mon rôle de soignante, de future psychomotricienne : le miroir renvoi donc des reflets de soi dans les deux sens.

C'est en se voyant dans les yeux du psychomotricien, par l'intermédiaire du lien intersubjectif du regard, que le patient construit une autoreprésentation réflexive de lui-même et notamment de son corps. Le psychomotricien participe donc à un travail identificatoire afin que le patient puisse lutter contre des états de non-intégration et reconstituer un sentiment d'unité corporelle. Il permet de repenser « *le rapport dialectique psyché-soma afin d'approcher les difficultés d'intégration qui menacent le Tout psychosomatique* »⁶⁹. En cela, il participe à la reconstruction de l'identité corporelle du sujet, et permet l'intégration d'une représentation mentale du corps.

B) L'observation parlée

Afin de ramasser les morceaux du « miroir brisé » du patient en carence de représentation du corps, les yeux du psychomotricien permettent une « lecture » du corps grâce à l'« observation parlée ». Il s'agit donc de pouvoir porter un regard sur ce qui se joue dans le corps, et d'y mettre du sens par les mots.

⁶⁹ 17, op. cit., p. 30.

Comme évoqué en théorie, c'est le stade du miroir qui permet à l'enfant d'accéder au sentiment d'unité corporelle, puisqu'il se percevait jusque là comme morcelé. Et c'est grâce à l'Autre que l'enfant intègre son reflet comme image de son corps. C'est « *le fait d'être nommé qui donne consistance au corps, qui l'inscrit dans les trois registres par opposition à l'organisme* »⁷⁰. En portant notre attention sur le corps de Mr L., en nommant ce qui s'y joue, la psychomotricienne et moi-même participons à la mise en consistance de son corps, sous les registres du réel, de l'imaginaire et du symbolique. Toujours en parallèle avec le stade du miroir, « *Il s'agit d'une marque ici donnée par le regard d'un autre, qui reconnaît l'enfant et le lui dit. Un élément symbolique – le nom, ou tel autre signifiant reçu de cet autre – est ici requis, comme trait par lequel le sujet a pu tout d'abord être représenté dans l'élément de la parole et du symbolique* »⁷¹. Il me semble que c'est ce processus qui se joue lorsque je ressens quelque chose des éprouvés corporels que me transfère Mr L., que j'imagine alors ce qui se joue pour lui dans son corps, et qu'enfin je tente de les mettre en mots et en sens : on passe ici par les registres du corps réel, imaginaire et symbolique, donnant par là même une certaine densité à l'image du corps de Mr L.

Ce sont nos impressions, posées en mots à propos des éprouvés corporels de Mr L., qui lui permettent de se former une image de lui-même. Par cela, les représentations de Mr L. ont évoluées, prenant de plus en plus « matière » et cela se répercutant sur son corps propre que je voyais peu à peu exister, devenir plus vivant. Car comme vu précédemment l'une des caractéristiques de l'image du corps est d'induire des effets précis dans ce corps dont elle est l'image. En se réappropriant son corps, Mr L. a pu s'y identifier, comme le fait l'enfant au cours du stade du miroir, et en prendre possession. A l'issue de ce processus, « *le sujet se sait, se connaît comme corps* »⁷².

C) Le miroir comme première étape vers l'individuation

C'est en partant de ce tout indifférencié, du labyrinthe des glaces où nos reflets se perdaient, que chacun, Mr L., la psychomotricienne et moi-même, avons regagné une subjectivité propre, en appui sur le sentiment d'identité corporelle. En lien à la théorie

⁷⁰ 21, op. cit., p.67.

⁷¹ THIBIERGE S. cité par LEVAQUE C., 21, op. cit., p.68.

⁷² LACAN J. cité par LEVAQUE C., 21, op. cit., p.68.

abordée précédemment, nous pouvons dire que « *Le propre du regard humain est de jouer un rôle essentiel dans l'intersubjectivité, dans la construction psychique et identitaire dès la naissance* »⁷³. Quel a été ici le rôle de ce jeu de regard entre nous tous ?

1) Identification adhésive et contenance

Comme il a été vu en théorie, le « miroir somato-psychique » permet l'intégration du contenant grâce à cette première indistinction entre sujet et objet. Le « collage visuel » de Mr L. face à la psychomotricienne, que je perçois au cours de mes premières séances, me fait penser au mécanisme d'identification adhésive. Or, ce phénomène permet de lutter contre les angoisses de disparition par l'intermédiaire de l'accrochage à une sensation. Ce sont précisément ces angoisses qui me paraissent omniprésentes lors de mes premières rencontres avec ce patient. Essaie-t-il de se raccrocher au réel en accrochant la psychomotricienne du regard ?

Or, ce mécanisme d'identification de surface est à l'origine de l'intégration du contenant. Le collage intervient surtout lorsqu'il est demandé à Mr L. de relâcher ses tensions, celles-là même qui lui permettaient de se sentir exister, au travers d'un corps dur, mais réel et matériel. Il me semble que l'identification adhésive représente un moyen trouvé par Mr L. pour remplacer ce que lui fournissaient ses tensions, c'est-à-dire, la garantie d'exister. D'ailleurs, J.-B. Guillaumin entend la composante du regard « *comme ce qui permet momentanément de tenir rassemblés dans l'expérience de l'accrochage des yeux, de l'attention soutenue, les différentes parties de la personnalité* »⁷⁴. C'est aussi un sentiment de contenance que lui procurait son hypertonie, à l'instar d'une seconde peau musculaire. En son absence, Mr L. utilise le collage visuel afin de retrouver ce sentiment d'être contenu.

Ce n'est que plus tard que Mr L. pourra sortir de cet accrochage visuel au corps de la psychomotricienne. Que s'est-il passé, pour permettre à Mr L. d'exister et d'être contenu sans ce mécanisme ? Pour le jeune enfant, cet agrippement visuel sert de support à la capacité de représentation à venir, puisque la construction du sujet serait marquée, à

⁷³ 60, op. cit., p. 82.

⁷⁴ 17, op. cit., p.28.

l'origine, par un « *vide au niveau de l'image du corps* »⁷⁵. On peut donc entendre ce mécanisme comme premier support à l'élaboration de l'image du corps. Mr L., en manque de représentation de son corps, se servirait donc du collage visuel, d'une part pour être contenu, mais également afin de commencer à se figurer son corps.

2) Se sentir enveloppé pour se représenter

Comme l'explique G. Lavallée, la « boucle de subjectivation de la vision » permet au sujet d'utiliser les perceptions visuelles comme miroir externe afin de construire une image interne de la réalité extérieure. Mais pour cela, le sujet doit être contenu afin de ne pas risquer une « excorporation » à l'origine d'angoisses archaïques.

Cette boucle réflexive possède donc une fonction de contenance, à l'instar d'une enveloppe, l'« enveloppe visuelle du Moi ». Cependant, l'intégration du « miroir psychique » est nécessaire à sa mise en place. J'ai noté, dans le cas de Mr L., que les mouvements de son regard se sont modifiés, se décollant du corps de la psychomotricienne pour se tourner progressivement vers moi et vers lui-même. Plus tard, il dira qu'il lui est possible de se voir de l'intérieur, au sens de l'« in-sight » qui permet de « se voir dedans ». Or, c'est l'enveloppe visuelle du Moi qui permet au sujet de se « décorporer » pour se voir sans risque d'« excorporation ». On peut donc penser qu'une fois l'identification au miroir représentée par le corps de la psychomotricienne intégrée, Mr L. a pu consolider une image de son corps.

En appui sur la boucle de subjectivation de la vision et sur l'enveloppe visuelle du Moi, il a pu dès lors se voir, se représenter psychologiquement, sans se servir du corps d'autrui comme reflet. A l'exemple de la mère et de son nourrisson, la psychomotricienne s'est ensuite détournée vers d'autres préoccupations, influençant une certaine défusion et originant l'individuation.

3) Individuation et image du corps

Comme nous l'avons abordé en théorie, grâce au stade du miroir, le regard de l'Autre parental permet à l'enfant de se percevoir comme différent et comme possesseur d'une identité et d'une subjectivité qui lui est propre, ce qui participe à la construction de l'image

⁷⁵ 17, op. cit., p.29.

du corps. En comparaison, Mr L. s'est individué, il s'est permis d'exister en tant qu'individu à part entière. Il s'est alors autorisé à respecter ses rythmes propres : notamment biologique avec la fonction respiratoire, mais aussi dans la réalisation des exercices, au moment de relâcher toniquement la contraction en sortant de ce fonctionnement miroir.

Au début, nos identités corporelles sont indistinctes et Mr L. se raccroche à la douleur corporelle pour se sentir exister. Nos regards sur son corps, lui ont permis d'être reconnu, contenu dans son identité, afin d'exister d'une autre manière. Ainsi, le jeu de regards entre nous tous à permis de faire émerger la subjectivité propre de chacun, au sein même de l'intersubjectivité relationnelle. Cependant, « *l'identité corporelle est précisément ce sentiment de l'unité de la perception corporelle* »⁷⁶ : c'est donc en lien à l'unification de son image du corps que Mr L. a pu consolider son identité corporelle et « apparaître à nos yeux ».

4) Réflexions sur les regards échangés au cours des premiers liens

L'établissement de ce contenant visuel dans la boucle réflexive de la vision renvoie aux premiers échanges entre l'enfant et son environnement. Ainsi, nous portons la trace des premiers regards échangés avec les figures parentales. Sans entrer trop loin dans l'interprétation, je me questionne sur les premiers regards portés sur Mr L. : son père paraît peu présent dans son histoire de vie, à la différence de sa mère, dont il décrit le regard tyrannique comme un véritable « œil de Moscou ». De plus, sa mère a vécu une importante situation de deuil au moment de la naissance de Mr L. : qu'en était-il alors de son regard et de l'attention psychique pour son enfant ? Comment s'est construite l'image du corps de Mr L., en appui sur les regards du premier Autre que représente la figure parentale ? La carapace tonique de Mr L. comble-t-elle un vide identificatoire précoce ?

Comme nous l'avons vu en théorie, l'entourage joue un rôle de médiation dans le stade du miroir et les processus d'identification au corps. Mais la médiation peut échouer par défaillance de l'entourage ou par négation familiale et sociale. Pour M. Thevoz, cela peut conduire à la création d'un « Autre irréel » qui prendra source dans le délire. A défaut de création hallucinatoire, le sujet peut se rabattre dans des productions artistiques comme

⁷⁶ 44, op. cit., p. 177.

le dessin ou l'écriture. Il s'agit alors de s'enfermer dans un monde bidimensionnel, hors réalité, « *c'est se redéployer sur un miroir vraiment plat, dont l'en deçà et l'au-delà se seraient rabattus sur une surface où l'être s'épuise, se résout ou s'accomplit dans son intégrale apparence* »⁷⁷. Peut-on ici faire une parallèle avec l'engouement de Mr L. pour le dessin, qu'il entend comme seul acte libérateur de ses affects ?

III) DU CORPS RESSENTI AU CORPS REPRESENTÉ

L'aspect qui m'a le plus frappé chez Mr L. se retrouve dans mes premières impressions : il me semblait qu'une rupture avait eu lieu, entre son corps et sa psyché, rendant quasiment inexistant ou étranger son corps propre, au niveau de ses perceptions. Or comme nous l'avons vu dans la partie théorique, ce sont les sensations qui sont à l'origine de la représentation du corps : quelle image Mr L. avait-il de son propre corps ? En effet, « *la perception de l'identité naît d'une impression de contact avec son corps. Pour savoir qui l'on est, l'on doit être conscient de ce que l'on sent. [...] Sans cette conscience des sensations et des attitudes de son corps, l'on se scinde en un esprit désincarné et un corps désenchanté* »⁷⁸. Cela me ramène à cette impression de dévitalisation, de désincarnation du corps de Mr L., comme si ce dernier avait perdu son identité corporelle.

Ainsi, Mr L. semble avoir rejeté, abandonné son corps. N'est-ce pas également pour repousser la dimension du plaisir qui passe par la sphère corporelle ? En lien à son histoire, le plaisir est source de culpabilité et donc nocif. Or, « *C'est le plaisir qui permet au corps de maintenir sa vitalité, et qui favorise l'identification au corps. Si ce que le corps ressent est désagréable, le Moi s'en dissocie* »⁷⁹. C'est pour éviter de ressentir le plaisir que Mr L. tente d'évincer le corps, de le faire disparaître. Dans certains comportements de Mr L., on peut remarquer une certaine tentative d'anesthésie du corps, notamment par les conduites addictives. Mais c'est aussi souvent qu'il dit se « garroter » en croisant ses jambes très serrées pendant de nombreuses heures, bloquant par là même la sphère sensitive, et se coupant de ses ressentis corporels. Or, « *arriver à une image du corps adéquate nécessite*

⁷⁷ 22, op. cit., p. 128.

⁷⁸ 63, op. cit., p.10.

⁷⁹ 63, op. cit., p.40.

de mobiliser toute la sensibilité corporelle ». ⁸⁰ Le but étant de fournir au patient des moyens de prendre conscience de son corps : « *On doit l'encourager à bouger et à respirer, car si ces fonctions sont inhibées, on perd sa sensibilité physique* » ⁸¹. C'est le travail qui a été ici mis en place au travers de la prise en charge en psychomotricité de Mr L., qui a progressivement commencé à se représenter, à devenir consistant, et à être plus en relation.

A) Conscience de soi : la potentialité imaginaire du corps

Comme nous l'avons vu en théorie, le sujet n'investit son corps qu'à partir d'une potentialité imaginaire. Le corps devient le lieu ou « imaginairement », le sujet place la fonction psychique du Moi. Ainsi, « *l'identité corporelle est précisément ce sentiment de l'unité de la perception corporelle* » ⁸² car la perception unitaire du corps repose sur une structure imaginaire : le Moi. La psychomotricité œuvre dans ce cadre à reconstruire un sentiment d'unité corporelle en permettant au sujet de redéfinir son identité corporelle.

C'est donc autour de la dialectique corps réel/corps imaginaire que la psychomotricité joue un rôle de limitation dedans/dehors, en permettant au sujet de passer de perceptions corporelles internes, à une projection imaginaire du corps. Ce travail passe par la prise de conscience de soi, que F. Canchy-Giromini entend comme « potentialité imaginaire du corps ». Le travail de conscience de soi et du corps fait intervenir le corps comme lieu imaginaire, et devient ainsi espace de projection.

L'intérêt de ce travail en psychomotricité est de permettre au patient une découverte progressive de son fonctionnement corporel, à l'instar de Mr L. qui a redécouvert ses propres rythmes comme la respiration, ou les zones corporelles dans lesquelles s'exprimaient les tensions. Par ce regard intérieur sur soi, les images du corps reprennent forme grâce à la réapparition des sensations corporelles. Mais la prise de conscience du corps permet aussi de noter ce décalage entre corps réel et corps imaginaire puisque : « *Elles favorisent donc la prise de conscience des décalages entre ce que l'on imagine et ce que l'on représente, et la réalité* » ⁸³. Est-ce la prise de conscience de ce décalage qui a

⁸⁰ 63, op. cit., p.96.

⁸¹ 63, op. cit. p.96-97.

⁸² 44, op. cit., p. 177.

⁸³ 44, op. cit., p. 142.

produit une sensation « dérangeante » chez Mr L. lorsque je redéfinissais les contours de son corps à l'aide d'une balle ?

C'est la verbalisation de ses décalages entre les ressentis du corps réel et les images « imaginaires » du corps qui peuvent amener à la réflexion afin d'y donner un sens. Mais c'est aussi les mots posés sur ces images qui permettent de noter où en est la reconstruction de l'image du corps. « *Avec la construction des images du corps, le vocabulaire se diversifie et les maux du corps deviennent des mots [...] Le patient s'approprie son corps s'interroge sur la relation qu'il a avec lui en même temps qu'il développe sa prise de conscience* »⁸⁴. Ainsi, Mr L. nous donne peu d'images de lui en début de prise en charge. C'est plus tard qu'il nous donnera une première image de lui, et ensuite de nombreuses autres. Il me semble alors que cela témoigne de la progressive reconstitution de son image du corps.

En proposant à Mr L. d'imaginer un mouvement à réaliser comme dans l'exercice des espaces imaginaires, le psychomotricien offre la possibilité au sujet d'expérimenter la différence entre l'imagination d'un mouvement, qui renvoie au corps imaginaire, et la réalisation effective de ce mouvement, qui ramène au corps réel. Ce n'est que lorsque Mr L. a pu se représenter imaginativement son corps, qu'il a pu effectuer des mouvements « automatiquement » dans le corps réel.

Le corps est le lieu où s'inscrivent toutes les expériences du sujet. Ainsi, le travail spécifique du psychomotricien autour des images du corps se fait dans la perspective d'amener le patient à « se voir » et à « se dire » pour se reconnaître dans son identité corporelle.

B) La mise en volume du corps

Les séances de psychomotricité ont eu pour objectif le travail autour de ces failles quant à la constitution de l'image du corps de Mr L., afin de l'amener progressivement vers un sentiment d'unité corporelle. Dans ce cadre, le rôle de la psychomotricienne a été de redonner « volume » au corps de Mr L.

⁸⁴ 44, op. cit., p. 146.

Durant plusieurs exercices d'enveloppement réalisés pendant les séances de psychomotricité, je masse l'arrière du corps de Mr L. tandis que la psychomotricienne, placée en face de son visage, plonge son regard dans celui du patient. Ce dernier ne la regardera pas lors du premier essai, puis sera progressivement capable d'exposer son propre regard. Or, comme vu précédemment, selon Haag c'est le contact dos, associé à l'interpénétration du regard, qui permet de former la troisième dimension dans l'image du corps. Mr L. se représente au début de la prise en charge, comme plat à l'instar des personnages de cartoon, dénué de la dimension propre à l'être humain. Dans ces exercices, il m'a semblé mettre en avant l'association entre regard et contact du dos pour « *former le fond de l'espace, la surface d'impression, l'écran des rêves, la toile de fond de la vie psychique* »⁸⁵.

C'est peu à peu qu'il devient capable d'investir l'espace de son corps, sa tridimensionnalité, qu'il éprouve notamment grâce à la respiration : le souffle vient visiter chaque espace du corps de Mr L. et vient « regonfler » cet espace interne, anciennement vu comme plat ou vide, grâce aux exercices où nous jouons de la contraction/détente sur des mouvements d'inspiration/expiration. Cet investissement de l'espace interne est corrélé à l'investissement de l'espace externe, soit la salle de psychomotricité. En effet, je note également au fur à mesure des séances, une plus grande capacité de Mr L. à se diriger dans tous les recoins de la pièce, d'une démarche davantage assurée. Mr L. « prends de la place » progressivement, dans son corps et dans la pièce.

Ce travail de mise en volume du corps permet à Mr L. de reconquérir son espace corporel, et bien que cela soit difficile, accepte de « prendre sa place ». Or « *trouver sa place, ne pas s'y figer, en faire un espace de rencontre et non un château fort ou une passoire trop lâche, savoir se dé-fixer sans se perdre ni se diluer, n'est pas un donné, mais un processus, une individuation* »⁸⁶. Ce travail a donc permis à Mr L. de se représenter comme une entité à part entière, de se décoller. Je perçois cela dans mes ressentis puisque je me sentais moi-même perdue dans mon identité, dans un tout indifférencié, puis j'ai repéré ce progressif décollement qui s'est institué entre nous trois, nous rendant à chacun une subjectivité propre au sein de la relation thérapeutique.

⁸⁵ 18, op. cit., p.16.

⁸⁶ LESAGE B., (2006), « Naître à l'espace » Prémices d'une clinique élargie, *Enfances & Psy*, n°33, p. 113.

C) Le rôle des enveloppes

Ce qui a participé à reconstruire l'image du corps de Mr L. au cours de cette prise en charge en psychomotricité, c'est aussi le travail autour des enveloppes. Comme nous l'avons vu dans la partie théorique, enveloppes psychiques et image du corps sont intimement liées. Les séances de psychomotricité ont permis à Mr L. un travail autour de la prise de conscience des limites du corps et de son « enveloppe peau », notamment grâce aux exercices d'enveloppement.

Il m'a été possible de remarquer que Mr L., en manque de contenance interne, utilisait des enveloppes de substitution telle ses vêtements, ou encore l'hypertonie faisant office de cuirasse tonique et musculaire, révélant ainsi une fragilité des enveloppes psychiques. Ainsi, Mr L. est au premier abord, incapable de se représenter en tant que contenant sans ces enveloppes de substitution. Peut-on penser les conduites addictives et les actes auto-agressifs de Mr L. comme une tentative de se sentir exister en tant que contenant ? S'agirait-il d'une manière de vérifier si le Moi-Peau est fiable et remplit convenablement sa fonction de contenance ? Dans tous les cas, il s'agit d'une recherche d'éprouver son corps, de lutter contre les angoisses de vide et d'anéantissement. En cela, les exercices d'enveloppement et le travail de prise de conscience du corps et de ses limites, ont pour finalité d'obtenir cette représentation d'un corps « sac », en trois dimensions, permettant de contenir une unité psychocorporelle.

C'est après ces exercices, alors que Mr L. commence à se représenter en tant qu'enveloppe, qu'il nous dit arriver à se voir de l'intérieur mais aussi de l'extérieur et possède une meilleure représentation de ses gestes et de son corps en action. Je mets cela en relation avec la capacité d' « in-sight », qui permet de se voir, d'avoir un regard tourné vers soi, que Mr L. a pu progressivement développer, en appui sur la progressive stabilité de ses enveloppes. Puisque comme nous l'avons vu, l'enveloppe visuelle du moi, en créant un contenant, est à l'origine de cette prise de conscience de soi-même.

D) Regards croisés, ou l'importance de la multidisciplinarité

Si le psychomotricien possède un regard spécifique dans le sens où il s'intéresse à l'unité psychocorporelle du sujet, il n'est pas le seul à porter son attention sur le patient. Même si l'objet d'étude reste identique, chaque professionnel acteur du soin détient un regard différent sur le patient, teinté de la subjectivité même de la personne, mais aussi du champ théorique auquel il fait référence.

Lors de la réunion de synthèse à laquelle j'ai participé avant de rencontrer Mr L., j'ai été stupéfaite par la divergence d'opinions autour de ce patient. Chaque professionnel possédant sa propre « vision » des choses. Mais c'est aussi cela qui m'a aidé à me construire une première représentation de Mr L. Alors que les séances en psychomotricité avaient débuté, j'ai rapidement ressenti le besoin d'aller « jeter un œil » sur son dossier médical, afin de compléter cette image que je possédais déjà. Le dossier étant pauvre en informations, c'est vers les différents professionnels du CMP que je me suis alors tournée, afin de prendre en considération leur propre « regard ».

La multidisciplinarité permet ce croisement des regards spécifiques de chaque professionnel. Car ces points de vue variés, en se juxtaposant, permettent une « image complète » du patient, à l'instar de différents morceaux d'un puzzle que l'on assemble afin d'obtenir un tableau entier. Ainsi, l'institution posséderait ce rôle de proposer au patient « *de multiples regards « réfléchissants », comme une sorte de contenant à multiples facettes dans lequel il pourrait construire, voire co-construire, son identité. À condition d'habiter psychiquement ces différents regards et de les articuler afin qu'ils prennent un sens* »⁸⁷. Car en effet, si ces différents regards ne peuvent s'assembler, le risque est de tomber dans un fonctionnement institutionnel psychotisant, morcelant le patient par des points de vue écartelés.

C'est donc les réunions de synthèses, ou réunions cliniques qui matérialisent ces échanges de regards entre les différents protagonistes agissant dans le projet de soin du patient. Cela permet une « enveloppe institutionnelle » qui participe au sentiment de contenance du patient, et sur laquelle il peut également prendre appui afin de consolider

⁸⁷ 60, op. cit., p. 83.

son image du corps, en se servant de chaque facette que lui renvoie chaque professionnel. Je souhaite donc mettre ici en exergue l'intérêt du travail d'équipe car de mon point de vue, « un psychomotricien seul ça n'existe pas ».

Conclusion

Ce sont les grands miroirs qui permettent de contempler l'ensemble du corps que l'on appelle psyché. De cette manière, le reflet du corps est uni dans l'image et la psyché peut s'y loger. C'est aussi un regard sur soi, que permet ce médiateur de l'image, dans laquelle l'unification du corps devient possible et où l'identité psychocorporelle s'établit. En devenant miroir de la corporéité du patient de différentes manières, le regard du psychomotricien peut participer à unifier l'image du corps et par là même, amener le patient vers une reconquête de son identité corporelle, à l'origine du processus de séparation-individuation.

CONCLUSION

Au pays des merveilles, Alice expérimente la déformation de son corps : ce dernier devient plus grand ou plus petit au détour des différentes boissons qu'elle absorbe. Mais Alice se réveille et retrouve un corps aux contours et à la forme bien définie. Est-ce une quête d'identité corporelle que met en scène Lewis Carroll au grès des péripéties d'Alice ? Et lorsqu'elle décide de passer de l'autre côté du miroir, elle se retrouve dans un tout nouveau monde : le monde du non-sens où tout est inversé. Dans cet univers, les pions d'échec sont dotés de vie et Alice leur est d'abord invisible. Au pays des Merveilles comme dans la maison du miroir, Alice expérimente des images d'elle indistinctes ou distordues. Le miroir, à l'instar d'une porte qui ouvre sur un autre monde, pourrait-il représenter un accès à un monde interne peu stable, qu'Alice revisite imaginativement ?

De l'autre côté de ce miroir que forme notre regard de psychomotricien, c'est lui-même, dans son unité corporelle, que le patient peut contempler. Nos yeux deviennent support à la prise de conscience du corps, tel un troisième œil ouvrant à la connaissance de soi. En tant qu'observateur du corps en relation, nous renvoyons au patient un reflet de lui-même qui peut faire office de soutien dans la consolidation de l'image du corps, tout en lui permettant de transformer les ressentis corporels en représentation mentale.

Les pathologies rencontrées en psychiatrie adulte peuvent sidérer l'œil du celui qui n'a pas appris à en comprendre le mécanisme. Pour ces patients, les regards dirigés sur leurs corps ne leur permettent pas toujours d'intégrer une image nette et positive dans ce qu'ils perçoivent de ce miroir visuel. En contemplant le corps comme lieu d'émergence du désir, le psychomotricien peut redonner un élan vital au patient, lui permettant de réinvestir des éprouvés corporels et par là même, ouvre la porte du monde des émotions et des affects.

Il est encore de nombreuses questions sur lesquelles je m'interroge encore à l'aboutissement de ce travail autour de notre regard de psychomotricien et sur la manière d'aider des patients à consolider leur image du corps. C'est notamment autour du travail en groupe thérapeutique que je m'interroge. En groupe de psychomotricité, au travers de la médiation corporelle, le corps est souvent « mis en jeu » sous les regards de tous les

participants. Si nous avons vu une manière d'ouvrir la voie du « regard sur soi », au travers de la prise de conscience du corps, peut-on travailler autour de la notion du « regard extérieur » d'un Autre qui n'est pas soignant ? Comment se joue la fonction miroir entre chaque protagoniste, au sein du dispositif groupal ? La dynamique groupal peut-elle participer à consolider une représentation du corps différenciée, par les jeux de regards entre les participants et les échos que chacun peut se renvoyer ? Je me demande également si le groupe peut permettre de travailler le lien à l'extérieur. Les CMP sont, en effet, des structures dans lesquelles la liaison avec le « milieu ordinaire » est très importante. Or les « regards extérieurs » ne sont pas les mêmes que ceux que portent l'institution sur le patient. Dans la clinique de la psychiatrie adulte, il me semble que le groupe est à indiquer avec prudence, bien qu'il puisse se révéler extrêmement thérapeutique. Les regards en général, peuvent être étayant et participer à l'élaboration de l'image du corps, tout comme ils peuvent posséder une dimension dangereuse pour celui qui n'est pas assez « enveloppé » par le cadre et le dispositif.

Ce travail de mémoire m'a beaucoup apporté en tant que future psychomotricienne, et ce que je retiens principalement de ces regards échangés et transformés avec Mr L., c'est l'importance de la mise en jeu de ma propre corporéité tout au long de la relation thérapeutique. Ainsi, je peux maintenant moi aussi affirmer que dans la relation soignant-soigné, non seulement les compétences professionnelles du psychomotricien sont impliquées, mais son psychisme, sa personnalité et son regard sont également engagés. « *Jamais une machine ne pourra porter son regard [sur le patient], jamais elle ne pourra remplacer l'homme* »⁸⁸. De par le rôle réflexif du regard, nous regardons tout autant que nous sommes regardés, ce qui met en scène le propre engagement corporel du psychomotricien.

⁸⁸ 60, op. cit., p.93.

BIBLIOGRAPHIE

Livres

ANDRE P. (2006), *Psychiatrie de l'adulte*, Paris, Editions Heures de France, 2006.

ANDRE P., BENAVIDES T., GIROMINI F. (1996), *Corps et psychiatrie*, Paris, Editions Heures de France, 2004.

ANZIEU D., (1985), *Le Moi-peau*, Paris, Dunod, 1995.

BERNARD M., (1972), *Le corps*, Paris, Editions Universitaires, 1976.

CANCHY-GIROMINI F., (2001), *Corps et paroles sur le corps*, Paris, Editions Vernazobres-Grego, 2001.

CONTANT M. et CALZA A., (1989), *L'unité psychosomatique en psychomotricité*, Paris, Masson, 1990.

DEFIOLLES-PELTIER V., (2010), *Les vérités du corps dans les psychoses aiguës*, Paris, Editions Vernazobres-Grego, 2010.

DELION P., (2010), *Le corps retrouvé, franchir le tabou du corps en psychiatrie*, Paris, Hermann, 2010.

DOLTO F., (1984), *L'image inconsciente du corps*, Editions Seuil, 1992.

LAVALLEE G., (1999), *L'enveloppe visuelle du Moi*, Paris, Dunod, 1999.

LOWEN A., (1967), *Le corps bafoué*, Editions Tchou, 1976.

MONTAGU A., (1971), *La peau et le toucher*, Paris, Editions Seuil, 1979.

RESNIK S., (1973), *Personne et psychose, étude sur le langage du corps*, Paris, Payot, 1978.

ROUSSILLON R., (2008), *Le transitionnel, le sexuel et la réflexivité*, Paris, Dunod, 2008.

THEVOZ M., (1996), *Le miroir infidèle*, Paris, Editions de Minuit, 1996.

ZARIFIAN E., (2000), *Les jardiniers de la folie*, Paris, Editions Odile Jacob, 2000.

Chapitre d'un livre collectif

CALZA A., CONTANT M., MOYANO O., (1993), « Généralités sur l'investigation et la thérapie psychomotrice », in A. CALZA, M. CONTANT, *Psychomotricité*, Paris, Masson, 2002, p.1-29.

DESOBEAU F., GATECEL A., VIGNE D., (1993), « L'adulte : corps affect et représentation », in A. CALZA, M. CONTANT, *Psychomotricité*, Paris, Masson, 2002, p.159-177.

Articles

CHRISTODOULOU A., (2006), « Indications et prescriptions de la psychomotricité en psychiatrie de l'adulte », *Evolutions psychomotrices*, vol. 18, n°71, p.5-9.

GUILLAUMIN J-B., (1989), « Les premières interrelations mère/nouveau-né... ou la constitution d'un « miroir somato-psychique » », *Evolutions psychomotrices*, n°1, p.27-33.

HAAG G., (2008), « De quelques fonctions précoces du regard à travers l'observation directe et la clinique des états archaïques du psychisme », *Enfances & Psy*, n° 41, p.14-22.

LESAGE B., (2004), « Itinéraire pour un dialogue corporel structurant », *Thérapie psychomotrice et recherches*, hors série, p.408-443.

LESAGE B., (2006), « Naître à l'espace » Prémices d'une clinique élargie, *Enfances & Psy*, n°33, p.113-123.

LEVAQUE C., (2010), « Le corps et la clinique psychanalytique de l'alcoolisme. Pour une lecture pulsionnelle du stade du miroir », *La revue lacanienne*, n° 7, p.65-76.

MELLIER D., (2003), « Transformer le regard du visuel à l'association de points de vue, le regard comme une tension à contenir », *Cahiers de psychologie clinique*, n° 20, p.169-189.

NASIO J-D., (1993), « Image du corps : un concept psychanalytique, questions pour une journée d'études », *Thérapie psychomotrice et recherches*, n°97, p.4-15.

PELLOUX A.-S. et MERY A., (2008), « Regards croisés à l'hôpital de jour », *Enfances & Psy*, n°41, p.82-94.

Sites internet

OMS 2012, « Qu'est ce que la santé mentale ? », 25 janvier 2012, URL : <http://www.who.int/features/qa/62/fr/index.html>.

LEON J., « Mémoire du corps et mémoire du sujet dans la modification corporelle », paru dans *Corps et Savoir, Actes de Corps et Savoir, Mémoire du corps et mémoire du sujet dans la modification corporelle*, mis en ligne le 11 février 2010, URL : <http://revel.unice.fr/symposia/corpsetsavoir/index.html?id=219>.

Conférences

AUPETIT D., « Le psychodrame : quand le corps entre en scène », organisée par la SRAP, 18 novembre 2009, C.H. Le Vinatier, Bron.

Dictionnaires

Le petit Larousse illustré, 2000.



Annexe n°1 : dessin de Mr L. lors du bilan, mai 2011.



Annexe n°2 : dessin de Mr L. lors de la dernière séance de psychomotricité, mars 2012.

Résumé :

Le regard est l'une des composantes essentielles de la construction de l'image du corps et participe au processus de séparation-individuation du sujet. Dans l'altération de l'image du corps, le patient éprouve des difficultés à percevoir son corps comme moyen de communication avec l'environnement. Le psychomotricien, en s'intéressant au corps en relation, pose un regard spécifique sur l'unité psychocorporelle du patient. Dans la clinique de la psychiatrie adulte, le corps ne possède bien souvent qu'une place secondaire, puisqu'il s'agit de rétablir un équilibre psychique. Avec des patients possédant des troubles de l'image du corps, le regard particulier du psychomotricien peut devenir support à la représentation mentale du corps, et en cela participe à l'équilibre psychocorporel du sujet.

Mots clefs :

- Regard
- Image du corps
- Réflexivité
- Psychiatrie adulte
- Réinvestissement
- Unité corporelle
- Enveloppe
- Identité corporelle