



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

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



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

UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD LYON 1
INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA RÉADAPTATION

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

Docteur Xavier PERROT

**Psychomotricité et État-limite : à la recherche d'un sentiment
d'unité psychocorporelle**

**Mémoire présenté pour l'obtention
du Diplôme d'État de Psychomotricien**

Par : Fiona BERNAY

Juin 2021 (Session 1)

N°1605

Directrice du Département Psychomotricité

Mme Tiphaine VONSENSEY

UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD LYON 1
INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA RÉADAPTATION

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

Docteur Xavier PERROT

**Psychomotricité et État-limite : à la recherche d'un sentiment
d'unité psychocorporelle**

**Mémoire présenté pour l'obtention
du Diplôme d'État de Psychomotricien**

Par : Fiona BERNAY

Juin 2021 (Session 1)

N°1605

Directrice du Département Psychomotricité

Mme Tiphaine VONSENSEY

1. UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1

Président

Pr. FLEURY Frédéric

Vice-président CFVU

Pr. CHEVALIER Philippe

Président du Conseil Académique

Pr. BEN HADID Hamda

Vice-président CS

M. VALLEE Fabrice

Vice-président CA

Pr. REVEL Didier

Directeur Général des Services

M. ROLLAND Pierre

1.1 Secteur Santé :

U.F.R. de Médecine Lyon Est

Doyen **Pr. RODE Gille**

U.F.R d'Odontologie

Directrice **Pr. SEUX Dominique**

U.F.R de Médecine et de maïeutique -
Lyon-Sud Charles Mérieux

Doyenne **Pr. BURILLON Carole**

Institut des Sciences Pharmaceutiques et
Biologiques

Directrice **Pr. VINCIGUERRA Christine**

Comité de Coordination des Etudes
Médicales (C.C.E.M.)

Président **Pr. BURILLON Carole**

Institut des Sciences et Techniques de la
Réadaptation (I.S.T.R.)

Directeur **Dr. PERROT Xavier**

Département de Formation et Centre de
Recherche en Biologie Humaine

Directrice **Pr. SCHOTT Anne-Marie**

1.2 Secteur Sciences et Technologies :

U.F.R. Faculté des Sciences et
Technologies

Directeur **M. DE MARCHI Fabien**

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

Directeur **M. LEBOISNE Nicolas**

U.F.R. Faculté des Sciences

Administrateur provisoire

M. ANDRIOLETTI Bruno

Observatoire Astronomique de Lyon

Directeur **Mme DANIEL Isabelle**

U.F.R. Biosciences

Administratrice provisoire

Mme GIESELER Kathrin

Ecole Supérieure du Professorat et de
l'Education (E.S.P.E.)

Administrateur provisoire

M. Pierre CHAREYRON

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

Directeur **M. VANPOULLE Yannick**

POLYTECH LYON

Directeur **M. PERRIN Emmanuel**

Institut Universitaire de Technologie de
Lyon 1 (I.U.T.LYON 1)

Directeur **M. VITON Christophe**

2. INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA RÉADAPTATION

Directeur ISTR : **Dr Xavier PERROT**

DÉPARTEMENT PSYCHOMOTRICITÉ

Directrice du département
Mme Tiphaine VONSENSEY
Psychomotricienne, cadre de santé

Coordinateurs pédagogiques
M. Bastien MORIN
Psychomotricien

M. Raphaël VONSENSEY
Psychomotricien

Mme Aurore JUILLARD
Psychomotricienne

Responsable des stages
Mme Christiane TANCRAÏ
Psychomotricienne

Secrétariat de scolarité
Mme Lynda ABDELMOUMNAOUI

REMERCIEMENTS

À ma famille ...

À mes amis ...

À ma maître de mémoire ...

À mes maîtres de stages ...

À l'équipe pédagogique ...

Merci

SOMMAIRE

INTRODUCTION GÉNÉRALE	1
PARTIE CLINIQUE	3
1. Présentation de la structure	3
2. Présentation de la patiente.....	3
2.1. Description physique.....	3
2.2. Anamnèse	4
2.2.1. Diagnostic et traitement.....	5
2.3. Bilan psychomoteur	6
2.3.1. Équilibre.....	6
2.3.2. Coordinations.....	6
2.3.3. Tonus	6
2.3.4. Latéralité	7
2.3.5. Espace.....	7
2.3.6. Temps	7
2.3.7. Schéma corporel et Image du corps.....	7
2.4. Projet de soin	8
2.5. Résumé de la prise en charge avant mon arrivée au CMP	8
3. La première rencontre.....	9
4. Description de séances	12

4.1.	Un corps sans limite	12
4.1.1.	Où commence et finit mon corps ?	12
4.1.2.	La musique pour enveloppe	13
4.1.3.	Cocon de draps, cocon d'enveloppe	15
4.2.	Une carapace tonique	17
4.2.1.	Corps contrôlé, tremblements incontrôlables	17
4.2.2.	Un bloc rigide mais uni.....	18
4.2.3.	S'accorder ou se protéger ?	19
4.3.	L'autre : un appui corporel et psychique	22
4.3.1.	Imiter pour comprendre	22
4.3.2.	Bouger pour bouger sans plaisir éprouvé	23
4.3.3.	Porter ou être porté ?	24
4.3.4.	S'appuyer pour mieux s'approprier	25
5.	Conclusion de cette première partie.....	27

PARTIE THÉORIQUE..... 28

1.	Une pathologie psychiatrique complexe : celle des états-limites	28
1.1.	Définition du DSM-5.....	28
1.2.	Le point de vue de la psychopathologie.....	29
1.3.	Symptomatologie en lien avec le vécu corporel	31
2.	Se construire une unité psychocorporelle.....	32
2.1.	Le rôle des enveloppes corporelles et psychiques pour créer un sentiment d'unité	33
2.1.1.	Qu'est-ce qu'une enveloppe ? Qu'est-ce qu'une limite ?.....	33

2.1.2.	L'enveloppe psychique	33
2.1.3.	Le rôle de la sensorialité dans la construction de l'enveloppe psychocorporelle	35
2.2.	L'environnement maternel : un étayage dans la construction d'une unité psychocorporelle	36
2.2.1.	Un portage corporel	37
2.2.2.	Un portage psychique.....	38
2.2.3.	L'imitation et les neurones miroirs	39
2.3.	Le tonus	41
2.3.1.	Qu'est-ce que le tonus ?	41
2.3.2.	Neurophysiologie du tonus.....	41
2.3.3.	Les différents niveaux de tonus.....	42
2.3.4.	Le rôle du tonus dans la constitution d'une unité psychocorporelle	43
2.3.5.	La fonction d'enveloppe du tonus	45
DISCUSSION THÉORICO-CLINIQUE		47
1.	Maria : son corps comme expression de sa pathologie état-limite.....	48
1.1.	Les défaillances de l'unité psychocorporelle de Maria.....	48
1.1.1.	Quand les enveloppes n'assurent pas leurs fonctions	48
1.1.2.	Ne faire qu'un ou se mettre loin	49
1.1.3.	Mon appui c'est l'Autre	51
1.2.	L'hypertonie pour se sentir unifiée	51
1.2.1.	La carapace tonique comme moyen de protection.....	52
1.2.2.	Le tonus comme soutien	53

2.	La psychomotricité : une thérapie au service du corps et de la psyché.....	55
2.1.	Le cadre en psychomotricité.....	55
2.1.1.	L'importance d'un cadre thérapeutique.....	55
2.1.2.	La contenance du psychomotricien.....	56
2.2.	Accompagner Maria dans la reconstitution de son unité psychosomatique ...	58
2.2.1.	La place dans la sensorialité dans la constitution des enveloppes psychocorporelles	58
2.2.2.	Prendre conscience de son dos.....	60
2.2.3.	L'imitation pour se réapproprier son corps	62
	CONCLUSION GÉNÉRALE	65
	BIBLIOGRAPHIE	

INTRODUCTION GÉNÉRALE

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Depuis mes années lycées, j'ai toujours eu un grand intérêt pour la psychiatrie et le fonctionnement du cerveau humain. Ayant d'abord envisagé des études de médecin psychiatre, je me tourne finalement vers une licence en biologie pour bifurquer ensuite vers les neurosciences. Mais je réalise très vite que cette voie n'est pas faite pour moi. C'est alors que je fais la découverte du métier de psychomotricien, une profession liant le corps et la psyché, deux entités que, pendant longtemps, j'imaginai séparées.

Au travers de mes différents stages, je me découvre une véritable passion pour ce métier mais cet intérêt pour la psychiatrie adulte ne me quitte pas. C'est ainsi que je choisis de réaliser l'un de mes stages de troisième année en psychiatrie adulte, en n'ayant toutefois jamais rencontré de patients atteints de pathologies psychiatriques.

Je démarre donc mon aventure auprès de ces derniers dans un Centre Médico-Psychologique (CMP) et Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) pour adultes, accompagnée par ma maître de stage que je nommerai Julie afin de préserver son anonymat.

Première journée, première patiente : Maria, nommée ainsi pour des raisons de confidentialité. Une rencontre teintée de curiosité, de surprise mais aussi et surtout d'incompréhension. Cette première rencontre avec Maria me laisse perplexe, pleine de sentiments contradictoires et de questionnements. Une séance riche en émotions qui me marque à un point tel que je choisis Maria comme sujet de mémoire.

Au cours des séances, Maria se montre comme une personne complexe, difficile à saisir. Tantôt montrant des signes associés à une structure psychotique, tantôt des signes associés à une structure névrotique, je découvre au travers de Maria cette pathologie si difficile à cerner : celle des états-limites. De par sa relation à l'autre et sa manière d'être dans son corps, je discerne petit à petit les difficultés de Maria à se percevoir comme une unité psychosomatique où corps et psyché ne font qu'un. C'est en me basant sur cette

observation que j'ai été amenée à me poser la question suivante : **comment la thérapie psychomotrice permet-elle à un patient état-limite de prendre conscience de ses sensations corporelles pour amener un sentiment d'unité psychocorporelle ?**

Pour tenter d'apporter une réponse à cette question, j'aborderai, dans une première partie clinique, le contexte du stage, l'histoire de Maria ainsi que sa prise en charge au sein des séances en psychomotricité. J'énoncerai alors les divers questionnements soulevés par mes différentes observations.

Dans une deuxième partie portée sur la théorie, j'évoquerai dans un premier temps les impacts corporels et psychiques en lien avec la pathologie état-limite. Dans un second temps, je m'attarderai sur trois éléments qui permettent la constitution d'une unité psychosomatique, à savoir : les enveloppes corporopsychiques, l'environnement maternel et le tonus.

Enfin, dans une troisième partie dédiée à la discussion théorico-clinique, je mettrai en lien mes observations cliniques avec mes apports théoriques afin de comprendre où se situent les défaillances de l'unité psychocorporelle de Maria et de tenter d'apporter une réponse à ma problématique initiale.

PARTIE

CLINIQUE

PARTIE CLINIQUE

1. Présentation de la structure

J'effectue mon stage dans un CMP et CATTP accueillant des patients adultes. Cette structure reçoit toutes les demandes de patients adultes de plus de 16 ans habitant le secteur et présentant des troubles psychiatriques. Le CMP/CATTP prend principalement en charge des patients ayant des pathologies psychiatriques lourdes nécessitant une approche pluridisciplinaire. L'équipe se compose de médecins psychiatres, de psychologues, d'un cadre de santé, d'infirmières, d'une secrétaire médicale, d'une assistante sociale et d'une psychomotricienne. Les patients peuvent arriver au CMP de deux manières : soit lors d'une première demande de prise en charge ambulatoire soit au décours d'une hospitalisation. Le patient est alors reçu au CMP pour un entretien d'accueil avec une infirmière. Suite à cet entretien, la nouvelle demande est évaluée lors d'une réunion pluridisciplinaire d'orientation. Cette réunion permet d'adresser le patient soit vers une prise en charge au sein du CMP/CATTP soit vers d'autres structures de soins ou en libéral.

2. Présentation de la patiente

2.1. Description physique

Maria est une femme âgée de 48 ans. Elle est grande, de corpulence moyenne. Ses cheveux sont de couleur châtain clair et lui arrivent au niveau des épaules. Elle a les yeux bleus-verts et portent des lunettes. Son hygiène corporelle peut varier : tantôt elle peut être bien apprêtée, douchée avec les cheveux propres et maquillée ; tantôt venir avec un

haut de pyjama, les cheveux sales. Elle a également une tuméfaction au niveau de la fesse gauche de la taille d'un pamplemousse.

2.2. Anamnèse

Les éléments suivants sont issus du dossier médical de Maria. Il s'agit d'éléments objectifs mais également subjectifs recueillis auprès de Maria.

Depuis 2003, elle est mise en invalidité par la sécurité sociale suite à une dépression. Maria exerçait le métier d'auxiliaire de vie. Mariée depuis 2015, elle a trois filles : une fille âgée de 11 ans née d'une première union, une de 8 ans et une de 4 ans. Les relations avec son mari peuvent être conflictuelles ainsi qu'avec sa fille de 8 ans à qui elle reproche de vouloir prendre trop de place et de demander trop d'attention. En octobre 2020, les médecins posent un diagnostic de fibromyalgie à son époux. Souffrant de douleurs importantes, celles-ci l'empêchent de participer aux tâches quotidiennes. Il passe donc son temps libre sur des jeux-vidéos ce qui a tendance à agacer énormément Maria et est la source de nombreux conflits entre eux.

Maria voit souvent ses parents, en particulier sa mère avec qui elle évoque une relation fusionnelle. Elle évoque des relations conflictuelles avec son père qui aurait tendance à la dévaloriser. Maria décrit également ses parents comme pouvant être envahissants. Elle a une sœur plus jeune de cinq ans avec qui les relations sont complexes et dégradantes, même si celles-ci semblent s'améliorer depuis quelques temps.

Dès sa naissance, Maria est gardée par sa grand-mère paternelle à la demande de ses parents qui étaient en difficulté pour trouver un mode de garde pendant leur temps de travail. Sa grand-mère étant aux prises avec des angoisses majeures, Maria s'interroge sur une possible transmission de ces angoisses. Puis, à ses deux ans, ce mode de garde s'arrête. Selon le médecin-psychiatrie, cette séparation aurait créé un premier vécu d'abandon.

Maria dit ensuite avoir eu d'importantes difficultés avec de l'agitation et de la violence dès son plus jeune âge. À ses 16 ans, elle aurait frappé sa sœur entraînant un placement en internat durant sa scolarité. Maria évoque là encore un vécu d'abandon.

Puis, à 19 ans, Maria est victime d'un grave accident de la voie publique. Elle aurait laissé un mineur conduire sa voiture alors qu'elle était sur le siège passager. Les conséquences de cet accident sont lourdes pour Maria : nombreuses fractures et atteinte ophtalmique. Cet accident lui laisse, encore aujourd'hui, une cicatrice en plein milieu du front, qu'elle tente de dissimuler avec ses cheveux.

Maria démarre une prise en charge pour la première fois en 2003 dans un premier CMP. Le médecin évoque alors un contexte de relations conflictuelles avec son premier conjoint qui la quittera quelques années plus tard alors qu'elle était enceinte de sa fille aînée. Maria décrit alors des liens d'emprises et de violences physiques avec son ex-mari, pouvant aller jusqu'aux menaces et à l'étranglement. Cependant, elle décrit avoir eu une grande difficulté à se séparer de lui. Puis, en 2004, Maria est hospitalisée suite à une aggravation de son état clinique, en hospitalisation libre.

Après un déménagement en 2017, Maria change de secteur et la poursuite des soins s'effectue au CMP dans lequel je réalise mon stage.

2.2.1. Diagnostic et traitement

Le médecin du précédent CMP décrit Maria présentant des troubles dépressifs récurrents associés à un trouble de la personnalité limite caractérisé par une instabilité affective et relationnelle, une impulsivité, des colères, un vécu abandonnique, d'importantes angoisses, des passages à l'acte auto-agressifs (scarifications) et hétéro-agressifs avec des aménagements obsessionnels dans le cadre d'une structure psychique psychotique sous-jacente.

Sur le plan médicamenteux, le traitement de Maria comprend un antipsychotique, un antidépresseur, un anxiolytique et des benzodiazépines en lien avec des troubles du sommeil importants.

2.3. Bilan psychomoteur

Un bilan psychomoteur a été réalisé suite à la demande du médecin psychiatre du CMP suivant Maria. Le bilan a été réalisé en juin 2018, soit six mois après son admission au CMP. Il s'est fait sur deux séances, chacune d'une durée d'une heure. Ce bilan a été difficile pour Maria, pleurant à plusieurs reprises.

2.3.1. Équilibre

Dans les épreuves d'équilibre, Julie observe que son axe n'est pas intégré et que les repères corporels semblent flous. Son équilibre statique sur deux pieds est peu stable et sur un pied, Maria est très instable.

2.3.2. Coordinations

L'épreuve tête-main-pied de Bucher montre une impossibilité à dissocier le haut du bas et la droite de la gauche du corps. Lorsqu'elle est debout, Maria a une posture naturelle un peu déhanchée, son axe est effondré. Elle dit s'être toujours tenue ainsi et se sent désaxée.

2.3.3. Tonus

Le tonus est mobilisable et recrutable sur fond d'hypotonie. Des épreuves d'extension et de flexion ainsi que de relâchement ont été effectuées. Maria se montre très hypotonique mais lors des mobilisations, elle arrive à recruter son tonus.

2.3.4. Latéralité

La latéralité est floue et mal fixée : droite pour la main, parfois gauche pour le pied et gauche pour l'œil.

2.3.5. Espace

Pour les repères spatiaux, Maria ne peut pas se référer à un axe. Il lui est donc difficile de se situer dans l'espace : évaluer les distances, se les représenter peut être compliqué. Maria affirme « ne pas savoir se repérer dans l'espace ».

2.3.6. Temps

Les notions de temps sont connues intellectuellement mais elle éprouve des difficultés lors de la reproduction de structures rythmiques. Elle est plus à l'aise dans l'adaptation à un tempo rapide. Elle dit bien aimer danser : elle fait du modern jazz ainsi que de la zumba.

2.3.7. Schéma corporel et Image du corps

En ce qui concerne la somatognosie, Maria peut nommer les différentes parties du corps et les reconnaître. Pour la reproduction de mouvements, ils sont mieux construits lorsqu'ils sont réalisés en miroir de ceux de Julie. Toutefois, elle fonctionne par bouts, Julie désigne cela sous le terme de vision en puzzle. Lors de la reproduction de mouvements en réversibilité, cela lui coûte encore plus et la réalisation des mouvements lui demande une réflexion supplémentaire.

Pour le dessin du bonhomme, il est réalisé au crayon de papier avec des traits qui se superposent pour faire le contour. Maria a dessiné un personnage féminin, de face et habillée. Les proportions des bras et des jambes ne sont pas respectées et les

articulations sont peu apparentes. L'image du corps féminin ne semble investie que par les vêtements.

Lors du bilan, Maria dit ne pas aimer son corps, trouvant certaines parties grosses. Elle déclare également avoir des complexes. Elle commente tout ce qu'elle fait, exprimant se sentir nulle. Au quotidien, elle se cogne beaucoup.

2.4. Projet de soin

Ainsi, l'utilisation du corps est coûteuse voire périlleuse pour Maria car les repères psychomoteurs sont peu intégrés. Elle semble investir son corps dans sa fonctionnalité mais pas dans l'investissement de la fonction. Le vécu et le senti sont peu existants. Julie propose donc de rencontrer Maria à raison d'une séance par semaine dans le but de l'aider à s'approprier les vécus corporels, son expressivité mais aussi pour combler son envie, son besoin de se mouvoir pour mieux sentir et se sentir dans son corps.

2.5. Résumé de la prise en charge avant mon arrivée au CMP

Les éléments suivants ont été recueillis auprès de ma maitre de stage, Julie.

À son arrivée au CMP, Maria avait tendance à envahir cet espace. Elle contactait son infirmière référente deux à trois fois par semaine, de même que son médecin-psychiatre. Au début de sa prise en charge en psychomotricité, il y a donc eu un besoin de remettre une structure, un cadre. Les séances étaient centrées sur la structuration de l'espace et de la distance à l'autre. En effet, lorsque l'on s'approchait de son corps, Maria pouvait avoir des réactions phobiques mais elle pouvait également être dans une grande excitation, une agitation corporelle. Il a également fallu cadrer le temps de parole, Maria se montrant très logorrhéique. Au niveau de sa tenue vestimentaire, elle pouvait mettre des vêtements très près du corps ou au contraire très ample laissant apparaître des

parties dénudées de son corps. Elle montrait aussi un débordement signifiant un besoin d'être contenue.

3. La première rencontre

Lorsque je rencontre Maria pour la première fois, je n'ai pas connaissance de tous les éléments de son histoire de vie et de sa prise en charge, préférant ne pas avoir d'idées préconçues pour aller à sa rencontre. J'ai eu part de tous ces éléments bien plus tard dans mon stage.

Maria est la première patiente que je rencontre en arrivant sur mon lieu de stage. Avant d'aller la chercher dans la salle d'attente, Julie me prévient que Maria est quelqu'un de très anxieux et il se peut que mon arrivée augmente son anxiété. Nous descendons allons ensuite la chercher et dès qu'elle nous aperçoit, Maria se lève rapidement et avance vers nous. Elle dit bonjour à Julie et m'adresse un petit bonjour à peine audible. Elle me regarde à peine. Elle passe devant nous et se dirige vers les escaliers qu'elle s'empresse de monter. À ce moment, Maria me donne l'impression de fuir, peut-être pour mettre le plus de distance possible entre elle et moi. Julie la suit et se place derrière elle. Quant à moi, je me mets derrière Julie. Tandis que nous rejoignons la salle de psychomotricité, j'observe attentivement Maria : elle marche d'un pas rapide et lourd, ses épaules sont hautes et portées vers l'avant, la tête baissée. Portant une jupe moulante, je remarque alors sa tuméfaction au niveau de sa fesse gauche. Ne sachant pas à ce moment-là qu'il s'agit d'un hématome, je m'interroge sur ce que cette bosse peut être : est-ce une déformation ? Est-ce que ça lui fait mal, est-ce que ça la gêne ? Après avoir interrogé ma maitre de stage à ce propos, celle-ci me dit que cela fait maintenant un certain temps que Maria présente cette déformation au niveau de la fesse et ne s'en est jamais préoccupée.

Nous arrivons ensuite à la salle de psychomotricité et Maria se dirige immédiatement vers le porte-manteau pour y déposer ses affaires. Julie et moi entrons et allons nous asseoir : Julie sur la chaise à côté de son bureau et moi sur une chaise pliante installée à la droite de la chaise de Julie. Je m'installe de telle manière à pouvoir être dans

le champ de vision de Maria. Une fois ses affaires déposées, Maria prend la chaise et s'installe en face de Julie. Ses cheveux tombent sur son visage de façon à ce qu'elle ne puisse pas croiser mon regard. Peut-être est-ce un moyen pour ne pas avoir à le supporter. Julie commence ensuite la séance en m'introduisant et me laisse me présenter à Maria. Tandis que je m'adresse à cette dernière, elle tourne la tête vers moi et me regarde très brièvement dans les yeux avant de détourner le regard.

Après les présentations, Julie demande à Maria comment elle se sent aujourd'hui. Elle évoque avoir des douleurs au niveau du sternum et pour accompagner ses mots, elle vient appuyer avec sa main à cet endroit. Est-ce pour vérifier ce qu'elle dit, pour s'assurer que la sensation douloureuse est toujours présente ? Elle me donne alors l'impression d'être en recherche de sensations. Tout en continuant de s'exprimer sur son état, je remarque que Maria triture ses doigts, elle joue avec son alliance : elle l'enlève, la remet, la fait tourner entre ses doigts. Elle tape beaucoup du pied, sa jambe bougeant très vite. Elle parle fort et rapidement. Tout son corps traduit un tonus élevé et une agitation importante. Tout ceci semble exprimer son anxiété. Pendant que Maria continue de parler, Julie commence à retirer ses chaussures. Maria fait alors de même, en miroir. Une fois les chaussures retirées, Maria finit sa phrase puis se tait. Devant l'importance qu'accorde Maria à sa douleur thoracique, Julie lui propose un exercice de respiration. Elles se lèvent toutes les deux tandis que je m'assois par terre à proximité d'elles de manière à pouvoir observer ce qui se passe.

Lors de cette séance, j'ai été marquée par un évènement : Julie et Maria sont debout, devant moi et Julie vient poser sa main au niveau du sternum de Maria. Elle lui demande alors de venir respirer dans sa main. Au bout de plusieurs respirations, Maria dit ne plus ressentir de douleurs au sternum et je remarque qu'elle semble plus détendue. Ses épaules s'abaissent, le volume de sa voix est moins haut et elle parle plus posément. C'est alors qu'elle se plaint de sa jambe qui se met à trembler « toute seule ». Elle ne comprend pas ce qui se passe, n'a pas de contrôle dessus. Cette perte de maîtrise de son corps semble énormément l'angoisser à un point tel qu'elle finit par fondre en larmes. Cette angoisse est tellement importante qu'elle en est presque envahissante. Je me

retrouve entraînée par son incompréhension, un peu perturbée par ce qui se déroule sous mes yeux.

Je me mets à intellectualiser ce moment, ceci étant probablement un moyen de défense pour éviter d'être trop envahie par l'angoisse de Maria qu'elle semble projeter inconsciemment sur moi. Je m'interroge sur la raison de cet évènement, sur ce qui a pu déclencher cela chez Maria. Son recrutement tonique élevé semble être un moyen qu'elle a trouvé pour sentir son corps, de même que la douleur probablement liée à cet état tonique. Apporter de la détente par la respiration semble lui permettre de baisser son tonus.

Plusieurs questions me viennent à l'esprit suite à cet évènement, notamment sur l'origine de son angoisse : est-ce la perte de contrôle de son corps qui a déclenché cette angoisse ? Ou bien est-ce le fait de ne plus sentir la douleur ? Peut-être que cette douleur est un moyen pour elle de sentir son corps, de se sentir vivante. Si la douleur n'est plus présente, alors a-t-elle la sensation de ne plus être en vie ? Je m'interroge également sur son état tonique et le lien avec son angoisse. Son recrutement tonique élevé semble être un moyen qu'elle a trouvé pour sentir son corps, pour se tenir. Or les respirations semblent avoir apporté de la détente à Maria. Seulement, si elle sent et tient son corps uniquement par son tonus, par les muscles, Maria aurait eu l'impression que son corps lâche du fait de la détente ce qui serait à l'origine de son angoisse.

La richesse en émotions et en questionnements m'a fait choisir Maria comme sujet de mon mémoire.

Afin de clarifier mes différents questionnements, je vais maintenant m'attacher à décrire de la manière la plus juste des séances qui m'ont particulièrement marquée durant la prise en charge de Maria en psychomotricité. Ces descriptions seront également accompagnées de différentes hypothèses survenues suite à l'analyse de ces séances.

4. Description de séances

4.1. Un corps sans limite

4.1.1. Où commence et finit mon corps ?

Pour cette séance, Maria arrive en se plaignant de douleurs au niveau du cou tout en nous expliquant son inquiétude pour son mari qui est absent depuis plusieurs jours à cause d'une hospitalisation qui aiderait à poser un diagnostic sur sa maladie. En effet à l'époque, le diagnostic de fibromyalgie n'était pas encore posé.

Pour aider Maria à trouver un apaisement, Julie propose alors de faire la séance au sol. Je m'installe alors vers le miroir situé dans un coin de la salle et m'assois au sol en tailleur. Voyant ma position, Maria essaye elle aussi de se mettre en tailleur mais n'y arrive pas. Elle se plaint alors de douleurs et dit avoir une sciatique. Toutefois, lorsqu'elle pointe l'endroit douloureux (sur sa jambe droite, au niveau du grand trochanter), cela ne correspond pas au nerf sciatique. Julie le lui explique et Maria semble s'intéresser à ce que Julie lui raconte sur ce qui constitue son corps, les noms des os, des muscles... Maria exprime alors son désir d'en savoir plus : elle se souvient d'avoir déjà abordé ce sujet dans d'autres séances avec Julie mais elle n'arrive pas à retenir les différentes informations. Maria fait alors le lien avec des études d'esthéticienne qu'elle aurait fait plus jeune, l'anatomie faisant partie des matières enseignées. Seulement, depuis, elle a tout oublié. Maria semblant avide d'en savoir plus sur son corps, Julie propose de citer les différentes parties du corps qui sont touchées ou utilisées pour aider Maria à avoir une meilleure connaissance et représentation de son corps.

Après ce petit temps d'échanges, Maria s'installe finalement au sol, les jambes tendues devant elle. Julie vient ensuite placer un ballon de taille moyenne, à peine gonflé, au niveau du sacrum de Maria puis lui laisse le temps de venir tester son assise avec le ballon. Maria expérimente un peu, faisant rouler le ballon de gauche à droite et d'avant en arrière. Ses mouvements me paraissent grands et brusques et s'interrompent rapidement. Une fois l'exploration terminée, Julie retire le ballon avant d'interroger Maria

sur ses ressentis. La première chose qu'elle exprime est une sensation de vide. Je m'interroge alors sur le pourquoi de cette sensation. A-t-elle l'impression que lorsqu'il n'y a plus de contact avec l'objet, la partie du corps n'existe plus ? Ceci m'interroge alors sur la perception que Maria peut avoir de son corps et de ses limites. Si son enveloppe corporelle n'est pas bien définie, alors Maria ne sait peut-être pas où s'arrête les limites de son corps et où commence celles du ballon. Ceci pourrait expliquer la sensation de vide qu'éprouve Maria lorsque Julie retire l'objet. Elle peut alors avoir l'impression que c'est une partie d'elle qui est enlevée.

Lors de cette séance, l'expérience avec le ballon m'a permis de toucher du doigt ce qui semble être une des difficultés de Maria : celle de ne pas savoir où commence son corps et où il se termine, où se situent les limites de son corps et où se situent celles de l'autre.

4.1.2. La musique pour enveloppe

Autre séance où cette fois-ci, Maria arrive en se plaignant de douleurs localisées au niveau de son dos. Elle évoque également le fait qu'elle sent que les parties de son corps ne sont pas reliées les unes aux autres. Cette impression que son corps n'est pas unifié viendrait parler d'un vécu du corps morcelé.

Julie débute la séance en venant poser ses mains au niveau des zones douloureuses. Elle dépose alors une main sur le bas du dos de Maria et une au niveau de ses cervicales, tout en faisant varier la pression qu'elle exerce. Maria explique ne pas sentir les mains de Julie, elle ne perçoit que de la chaleur. Elle précise alors que pour qu'elle puisse sentir l'autre, elle a besoin qu'on appuie fort. Tout en parlant, elle se met à frapper fortement dans sa main droite avec son autre main. Ce besoin de sentir l'autre dans la douleur ou en appuyant très fort me questionne de nouveau sur ce qu'elle perçoit de ses limites corporelles. A-t-elle l'impression d'être dans une fusion avec l'autre lorsqu'on la touche, ou bien a-t-elle l'impression d'être intrusée voire pénétrée par l'autre ? Je m'interroge aussi sur une possible hyposensibilité au niveau des récepteurs

tactiles. Si elle a besoin que l'on exerce une forte pression voire même d'aller dans la douleur, de lui faire mal pour qu'elle sente la limite entre son corps et le corps de l'autre, c'est peut-être parce qu'elle a besoin de plus de stimulations tactiles pour venir saturer les récepteurs et ainsi sentir cette différenciation entre elle et l'autre. Cette hyposensibilité pourrait également expliquer pourquoi Maria s'accroche autant à la douleur : elle serait un moyen pour elle de garder un semblant d'unité corporelle pour ne pas déclencher d'angoisse.

Julie poursuit la séance en venant souligner avec ses mains les creux et les pleins du corps de Maria en lissant ou caressant certaines parties du corps afin de l'aider à retrouver une unité corporelle. Tout en faisant cela, elle nomme les parties du corps que ses mains touchent. Une fois que son corps est lissé dans sa globalité, Julie propose un jeu : venir passer les mains dans les creux que l'autre crée avec son corps dans l'espace. Pour accompagner et soutenir le mouvement de nos corps, Julie met de la musique. Nous commençons d'abord à trois. Puis, Julie se retire en nous laissant Maria et moi continuer ce jeu quelques secondes avant de prendre un tambour et de taper au rythme de la musique. Au bout d'un moment, Julie arrête la musique pour ne laisser que le rythme du tambour. Elle propose alors une nouvelle règle : lorsque Julie s'arrête de taper, Maria et moi devons arrêter de bouger. Durant les moments de mouvements, Maria ne parle que très peu, elle rigole, prend du plaisir et se concentre beaucoup sur mes mouvements et les creux que je crée dans l'espace. Seulement, lorsque Julie arrête de taper, Maria a du mal à stopper son mouvement. L'immobilité et le silence lui paraissent difficiles à supporter. Elle éprouve le besoin de parler énormément pour combler ce vide mais une fois que le tambour reprend, elle se tait. Julie rajoute alors une nouvelle règle : nous bougeons pendant huit secondes puis nous arrêtons notre mouvement pendant huit secondes. À nouveau, il est compliqué pour Maria de ne pas bouger pendant huit secondes et spontanément, nous nous mettons à compter toutes les deux à voix haute les huit temps pendant lesquels nous bougeons et les huit autres quand nous sommes à l'arrêt. Cela rend ce moment plus supportable pour Maria qui n'éprouve plus le besoin de parler. Le silence lui étant difficilement supportable, je m'interroge sur ce que cela fait vivre à Maria. Est-ce en lien avec ses limites corporelles qui semblent floues et donc un

besoin de contenance ? La musique jouerait alors le rôle d'enveloppe sonore et permettrait ainsi à Maria de se sentir plus contenue.

Le but de cette séance est de travailler sur la construction de son espace que ce soit l'espace corporel avec les limites du corps ou bien l'espace de l'autre ou encore l'espace environnant. Toujours en lien avec des limites corporelles floues, son corps ne semble pas être son référent spatial mais il s'agirait plutôt du corps de l'autre.

Outre le fait que Maria ne paraît pas avoir conscience de ses limites corporelles, cette séance apporte un nouvel élément à la compréhension de sa problématique. La musique, l'accompagnement sonore offrirait à Maria un moyen pour se sentir plus contenue.

4.1.3. Cocon de draps, cocon d'enveloppe

Cette séance débute par un choix, celui de l'installation puisque Julie propose à Maria de décider de l'endroit où elle souhaite s'installer. Elle désigne alors un pouf carré, de couleur rouge, assez ferme et qui a la particularité d'être proche de la porte. En lien avec le protocole mis en place à cause de la crise sanitaire, Julie recouvre le pouf avec un grand drap blanc. Pour rendre l'appui dos plus confortable, Julie positionne un coussin entre le mur et Maria. Ce grand coussin carré a l'avantage d'être assez ferme tout en apportant un côté moelleux.

Maria s'installe alors sur le pouf et une fois assise dans une position qui lui est confortable, Julie l'enveloppe dans le drap, de ses épaules jusqu'au bout de ses pieds. Dès que Maria est bien enveloppée, elle décide d'étendre ses jambes et de déposer ses mains sur ses cuisses. L'image d'un cocon me vient à l'esprit : le drap est très tendu ce qui me laisse supposer que Maria doit être bien contenue et protégée. Seule sa tête reste apparente.

Julie amène ensuite un deuxième drap, différent du premier : il est plus léger, plus fluide et coloré. Julie prend une extrémité du drap et me donne l'autre. Nous nous positionnons à la hauteur des pieds de Maria et nous soulevons le drap avant de le

reposer délicatement sur ses pieds. Nous réitérons l'expérience en déposant cette fois le drap au niveau des tibias. Nous répétons ce mouvement en déposant à chaque fois le drap sur une partie du corps différente de la précédente et nous remontons ainsi jusqu'au niveau de son torse. Puis nous repartons en effectuant le chemin inverse. Nous faisons ainsi plusieurs allers-retours. Pendant toute la durée de cette expérience, Maria nous parle de choses et d'autres comme si la parole venait combler le silence, peut-être trop difficile à supporter pour elle. Lors des autres séances, la musique est toujours présente apportant alors une enveloppe sonore mais cette fois-ci la séance se déroule sans musique. Maria a alors recours à un flux de paroles important, se montrant logorrhéique, me laissant penser que c'est pour combler ce vide. De même, je constate qu'elle a tendance à bouger le haut de son corps, supportant difficilement l'immobilité. Le drap se desserre alors petit à petit en particulier au niveau du haut du corps. Le drap n'étant plus très serré, Maria ne se sent peut-être plus assez contenue d'où son besoin de recourir à la parole.

Une fois les allers-retours réalisés, Julie propose de s'attarder sur le dos de Maria. On positionne le drap derrière elle en prenant bien soin d'envelopper tout son dos, de ses épaules jusqu'à son sacrum. Julie suggère à Maria de s'enrouler vers l'avant dans le but d'expérimenter cette position d'un naturel apaisant et rassurant. Toutefois, Maria dit ne pas se sentir à l'aise dans cette position. Elle a l'impression d'avoir le souffle coupé et explique : « c'est à cause de mon pantalon qui me rentre dans le ventre ». Le fait que l'enroulement lui soit aussi difficile à vivre me questionne sur les expériences de portage qu'elle a pu vivre durant son enfance. Julie propose ensuite à Maria de passer de la position d'enroulement du buste à celle de l'extension tout en étant enveloppée par le drap que Julie et moi tenons. Maria initie alors le mouvement en commençant par l'enroulement que nous accompagnons avec le drap. Puis quand Maria déroule son buste, nous exerçons une tension dans le drap afin de lui permettre de mieux sentir son dos et son mouvement. La posture d'enroulement semble alors plus supportable pour Maria. Son corps est plus détendu, sa respiration moins bloquée et elle se montre moins logorrhéique. Le fait de sentir le drap dans son dos semble lui apporter plus de

contenance et lui permet également de mieux sentir cette zone dont elle ne semble pas ou peu avoir conscience.

Ce qui me paraît important à retenir de cette séance est tout ce qui vient se jouer au niveau du dos de Maria. Envelopper son dos avec le drap et maintenir une certaine tension a permis de faire sentir cette zone de son corps tout en apportant une contenance de son corps.

Au cours de ces trois séances, nombre d'éléments me sont apparus permettant de mieux comprendre et appréhender une partie de la problématique de Maria en lien avec les limites de son corps. Je vais m'attarder à présent sur une autre particularité que j'ai repéré chez elle, celle de son état tonique.

4.2. Une carapace tonique

4.2.1. Corps contrôlé, tremblements incontrôlables

Repartons de cette séance où Julie propose à Maria d'expérimenter son assise avec le ballon avant de le retirer provoquant une sensation de vide chez Maria. Après cette expérience, Julie décide de poursuivre la séance en proposant à Maria un balancement du haut du corps. Julie s'assoit à la gauche de Maria et positionne son bras autour des épaules de Maria avant de l'inviter à se balancer. Cela semble créer chez Maria un apaisement : elle arrête de parler, ses épaules sont plus basses. Au bout d'un certain temps, Maria dit trouver cela ennuyeux et souhaite arrêter, elle veut bouger. C'est alors que sa jambe droite se met à trembler comme lors de notre première rencontre. Maria est alors paniquée par ce tremblement qu'elle ne contrôle pas. Est-ce qu'elle sentait venir ce tremblement ? Cela expliquerait pourquoi elle souhaitait arrêter ce balancement. J'ai alors l'impression que ce qui déclenche son angoisse est lié à la perte de contrôle et au lâcher prise de son corps. Ainsi, si elle sentait qu'elle commençait à se détendre et à s'apaiser,

elle aurait essayé de reprendre le contrôle de la situation en demandant d'arrêter pour éviter de déclencher de l'angoisse qui se traduirait par le tremblement de sa jambe.

Un peu avant la fin de la séance, Maria tente de s'asseoir en tailleur, position qui lui était impossible à prendre en début de séance. Elle y arrive plus aisément et peut même mettre ses pieds l'un en face de l'autre. Elle ne se plaint alors plus d'aucune douleur. Je m'explique cette soudaine souplesse par une baisse de tension dans les muscles de Maria des suites des exercices de balancement. Son corps étant moins raide, elle aurait alors assez de souplesse pour pouvoir s'asseoir en tailleur. De plus, le fait que la douleur disparaisse en même temps que la baisse de tonus me laisse supposer que certaines douleurs dont se plaint Maria seraient en lien avec son état tonique très élevé et permanent.

Cette deuxième partie de séance qui suit l'expérimentation avec le ballon, m'apporte de nouvelles données quant à la raison des tremblements de sa jambe. L'apaisement semble procurer chez Maria un relâchement de son corps, d'une tension mais réveillerait en même temps de l'angoisse, probablement en lien avec son vécu corporel.

4.2.2. Un bloc rigide mais uni

Reprenons la séance où j'expérimente avec Maria les creux que nous créons dans l'espace suite aux mouvements de nos corps. Tout au long de cette expérience, Maria est très raide dans son corps. Ses mouvements manquent de fluidité, l'amplitude de ses articulations semble limitée. Elle m'évoque alors l'image d'un robot rouillé qui aurait besoin qu'on rajoute de l'huile pour lui permettre de retrouver une certaine fluidité de mouvements. Toute cette rigidité me paraît en lien avec une hypertonie permanente. J'ai l'impression que cet état tonique serait alors un moyen qu'elle aurait trouvé pour lui permettre de tenir son corps et de trouver une certaine contenance. Ainsi, on peut se demander si elle ne craint pas l'effondrement si son tonus venait à baisser.

De plus, ce haut état tonique peut également être un moyen qu'elle aurait mis en place pour lutter contre un vécu de morcellement. Lorsque je vois Maria, j'ai l'impression de me retrouver face à un bloc. Certes un bloc dur et non malléable, mais un bloc uni, son corps semblant ne faire qu'un.

Cette courte description de séance me permet de présenter d'autres observations et hypothèses, portées plus particulièrement sur l'état tonique de Maria. Cette dernière semble avoir recours à une tension corporelle élevée et permanente qui lui procurerait contenance et maintien.

4.2.3. S'accorder ou se protéger ?

Le confinement de novembre a été annoncé la semaine précédant cette séance : Julie et moi craignons que cela crée de l'angoisse chez Maria, le premier confinement ayant été très dur à vivre pour elle. Finalement, lorsque nous la recevons, elle ne semble pas trop angoissée par cette annonce puisqu'elle peut continuer ses soins au CMP et qu'elle n'a pas à gérer ses filles. Néanmoins, elle évoque des problèmes avec son mari : il y a eu de nombreuses disputes entre eux durant le week-end. Son mari lui reproche de ne pas montrer qu'elle est vraiment à ses thérapeutes, qu'elle peut être agressive à son égard. Maria pense que son mari est tout simplement jaloux des soins qu'elle a et nous dit que lui aussi peut être agressif, qu'il a des sautes d'humeur au point où il a pu casser la porte de la salle de bain en donnant un coup de poing dedans.

Tandis que Maria évoque tout cela, je perçois la part agressive dont elle peut faire preuve à la maison : son corps est tendu, elle parle vite et fort et peut avoir des gestes brusques. Cette agressivité m'envahit à un point tel que je ressens cette tension dans mon corps, une agitation intérieure qui ne demande qu'à sortir et à s'exprimer de manière explosive.

Après avoir évoqué ces disputes, Maria dit sentir des douleurs au niveau du sternum et tout le long de la colonne vertébrale. Julie prend alors un drap et vient envelopper l'arrière du corps de Maria, de ses épaules jusqu'à ses fesses. Julie tient les

extrémités du drap et se place en face de Maria. Elle lui propose de se reposer dans le drap, de bien penser à l'alignement de ses hanches avec ses pieds et de plier un peu les genoux. La difficulté dont fait preuve Maria pour s'installer dans le drap me paraît être en lien avec son état tonique toujours élevé. Pour pouvoir s'installer dans ce drap, cela demande un certain lâcher prise, une certaine détente du corps et Maria n'en semble pas capable à cet instant.

Une fois qu'elles ont fait cette expérience à deux, Julie me propose de les rejoindre en venant tenir une des extrémités du drap. Elle instaure alors une consigne : lorsque l'une de nous tire sur le drap, l'autre relâche pour donner du mou de son côté. Nous formons un triangle : Maria, placée à la pointe du triangle, toujours enveloppée dans le drap, Julie placée en avant et à la droite de Maria et moi à sa gauche et à la même hauteur que Julie. Le but de cette expérience est de trouver un accordage. Maria s'exprime alors : « Déjà que ce n'est pas facile de s'accorder à deux mais alors à trois ça va être compliqué ! ».

Le début de cet accordage se fait sans musique mais voyant qu'il était difficile pour Maria de rester dans le silence et l'accordage étant compliqué à trouver, Julie décide de mettre de la musique pour installer un rythme et ainsi faciliter notre accordage. Durant l'exercice, la place du drap sur le corps de Maria a évolué. Nous commençons par envelopper son bassin et ses lombaires. Puis nous remontons vers ses omoplates et nous terminons par ses cervicales. À force d'alterner entre des mouvements de tirer/lâcher, Maria finit par se laisser bercer en induisant des balancements dans son corps de la droite vers la gauche en fonction du côté sur lequel on tire. Pour finir, nous faisons glisser le drap tout le long du corps de Maria, en partant des cervicales pour aller jusqu'à ses talons.

Tout au long de cette expérience, j'éprouve beaucoup de difficultés à m'accorder avec Julie, que ce soit dans le moment de silence ou avec la musique. Il m'est très compliqué de sentir Julie tirer ou lâcher le drap. Je me fie alors uniquement aux mouvements de son corps et à l'état de tension du drap. La première impression qui me vient est que Maria vient cliver cet accordage. Elle créerait une séparation entre Julie et

moi, nous mettant à l'écart l'une de l'autre. En effet, je ne sentais pas Julie tirer sur le drap, presque comme si elle n'existait pas à ce moment-là. Il en était de même pour Maria : j'éprouvais beaucoup de difficultés à percevoir son corps reposé dans le drap, comme si son corps ne pesait rien. Peut-être est-ce dû à la carapace tonique qu'elle s'est construite qui viendrait former une barrière entre elle et moi mais aussi entre Julie et moi, empêchant alors un accordage. Pour elle, le lien à l'autre semble difficile à gérer. Elle utiliserait alors comme moyen de défense son état tonique pour se protéger de l'autre et couper toute relation. Les limites corporelles étant indistinctes chez elle, l'autre peut être angoissant d'où la mise en place de cette carapace tonique.

Le drap m'a également glissé des mains à plusieurs reprises pendant l'expérience : je me retrouve alors avec très peu de tissus entre les mains et très proche de Maria. Ces moments sont incompréhensibles pour moi, je n'arrive pas à saisir pourquoi le drap m'échappe autant. C'est alors que Maria me fait remarquer que moi au moins j'arrive à lâcher prise. Serait-ce un moyen pour dire qu'elle aussi aimerait être capable de lâcher prise, qu'elle voudrait être à ma place ?

Cette séance pour le moins éprouvante, m'a permis de mieux cibler le rôle que venait jouer l'état de tension élevé de Maria dans la relation à l'autre. Cette carapace tonique qu'elle s'est construite serait le moyen qu'elle ait trouvé pour se protéger des agressions extérieures, se coupant alors de toute relation.

Précédemment, j'ai évoqué la difficulté de Maria à percevoir ses limites corporelles. Dans cette deuxième sous-partie, j'ai pu constater les moyens qu'elle tente de mettre en place pour combler ce manque de contenance. Son recrutement tonique lui servirait d'enveloppe contenante mais aussi protectrice, mettant l'autre à l'écart, sans doute par peur d'être intrusée. Maria étant toutefois dans une certaine ambivalence, elle peut avoir recours à l'autre que ce soit en tant qu'appui corporel mais également psychique. C'est ce que je propose maintenant d'aborder dans cette dernière et troisième sous-partie.

4.3. L'autre : un appui corporel et psychique

4.3.1. Imiter pour comprendre

Reprenons pour la dernière fois cette séance ayant débuté par une expérience avec un ballon puis poursuivie par des balancements engendrant alors des tremblements au niveau de la jambe de Maria. Rappelons l'état psychique et corporel dans lequel Maria est. Angoissée par les tremblements incontrôlables de sa jambe, Maria se met alors à pleurer, ne comprenant pas ce qui est en train de se passer. Afin de lui permettre d'apaiser son angoisse, Julie décide de reprendre un mouvement que Maria effectue avec ses jambes. Il s'agit d'un mouvement de glissement des jambes sur le sol, qui ne nécessite pas pour autant de bouger le haut corps. Pour effectuer ces mouvements, Julie propose à Maria de prendre appui sur ses mains en les posant sur le sol, un peu derrière elle et de garder ses jambes étendues devant elle. Julie insiste sur le fait de faire partir le mouvement du bassin. Pour aider Maria à mieux visualiser ce qu'elle fait, Julie me propose de me mettre en face de Maria et de réaliser le mouvement en miroir. Elle me regarde alors faire et un accordage tonique s'installe entre nous. À ce moment-là, j'ai l'impression que c'est parce que je réalise le mouvement que Maria peut s'appuyer dessus et le reproduire. Faire en miroir, être en imitation semble essentiel pour elle, pour qu'elle puisse mieux appréhender son corps et son fonctionnement.

De plus, c'est parce que je suis en face de Maria et que je réalise le mouvement en même temps qu'elle, qu'il lui est possible de mieux se représenter le mouvement qu'elle est elle-même en train d'effectuer. Je m'interroge alors sur la perception qu'elle a de son corps, de ses appuis au sol. Au vu de ce qui fut rapporté dans le bilan, et de ce que j'observe lors des séances, tout me laisse penser que Maria n'a pas conscience de ses appuis corporels internes, que son axe est mal construit. Elle serait alors en recherche de stabilité et viendrait prendre appui sur le corps de l'autre et sur la relation pour trouver cette stabilité qui semble lui faire défaut.

Deux éléments ressortent de cette séance. Tout d'abord, Maria ne semble pas avoir des appuis internes assez stables et sécurisants. Ces appuis étant défailants, son

corps ne peut lui servir de référent. Imiter l'autre serait alors le moyen qu'elle a trouvé pour l'aider à mieux appréhender son corps et se le représenter.

4.3.2. Bouger pour bouger sans plaisir éprouvé

Repartons de cette séance où Maria et moi jouons avec les creux et les pleins que forment nos corps dans l'espace en fonction de nos mouvements. Rappelons le contexte. Julie est assise un peu à l'écart tandis que Maria et moi-même bougeons au rythme de la musique, l'une en face de l'autre tout en allant indiquer avec nos mains les creux que créent nos corps dans l'espace. Puis, la musique est remplacée par un rythme de 8 temps que Julie tape au tambour. Pendant que nos corps évoluent au rythme du tambour, je remarque que Maria se met à imiter mes mouvements en décalé. Elle reprend alors différentes positions, mouvements de bras et de jambes que j'ai effectué. Le besoin de Maria à avoir recours de nouveau à l'imitation me laisse supposer que l'appui sur le corps de l'autre est essentiel pour Maria que celui-ci soit tactile ou bien visuel. Je m'interroge également sur l'investissement de son corps. Elle me paraît être limitée dans ses mouvements. Certes, ceci est probablement en lien avec la rigidité de son corps. Toutefois, j'ai également l'impression qu'elle ne semble pas savoir comment fonctionne son corps ou bien encore comment l'utiliser, comme si chaque mouvement était contrôlé mais dépourvu d'émotion, de plaisir.

Toutefois, même si elle ne paraît pas investir son corps de plaisir, cette séance est tout de même marquée par un moment de plaisir partagé entre Maria et moi. Il y a eu de la synchronisation, la mise en place d'un dialogue tonico-émotionnel et d'un accordage entre nous. Ce moment nous a permis de venir à la rencontre de l'autre en travaillant autour de l'espace corporel de chacune.

4.3.3. Porter ou être porté ?

Renouons avec cette séance où alors qu'elles sont debout, Julie enveloppe Maria dans un drap, du dos jusqu'à ses fesses. Tout en tenant les extrémités du drap, Julie se place en face de Maria et lui propose de s'installer dans le drap. J'ai alors évoqué la difficulté qu'éprouve Maria à trouver sa place dans le drap. Tandis que Maria expérimente, tente de trouver une bonne position, elle s'exprime sur ce que lui fait vivre cette expérience. Elle évoque alors la confiance en l'autre. Pour ma part, plus que la confiance en l'autre, ceci évoque la possibilité ou non de pouvoir se reposer sur l'autre, de confier son corps à l'autre et donc d'en lâcher la maîtrise. Chose qui lui est difficile durant la séance mais également durant son quotidien où il ne lui est pas possible de se reposer sur quelqu'un d'autre. Est-ce le simple fait de ne pouvoir avoir en confiance en l'autre ou bien cela renvoie-t-il à une impossibilité à lâcher prise, à une peur de perdre le contrôle ?

Voyant la difficulté de Maria à se relâcher dans le drap, à se reposer sur l'autre, je m'interroge sur ses expériences de portage durant sa prime enfance. Était-elle portée et si oui comment ? A-t-elle pu bénéficier d'un portage physique mais aussi psychique de la part de sa mère mais également de sa grand-mère paternelle qui, rappelons-le, s'est occupée de Maria de sa naissance jusqu'à ses deux ans. Autant de questions qui resteront sans doute sans réponse où seules des hypothèses peuvent être émises. Ainsi, si elle n'a pas ou peu expérimenté le portage par l'autre, par son environnement, on peut s'interroger sur la possibilité qu'a eue Maria de construire ou non des appuis internes suffisamment sécurisés. De plus, les nombreux vécus d'abandon que Maria dit avoir expérimentés durant sa vie pourraient être la cause de sa difficulté à faire confiance à l'autre, de peur d'être à nouveau abandonnée.

Une simple phrase accompagnée d'un geste peut en dire long sur nous. Ici, ce court instant vécu par Maria, cette impossibilité de se laisser porter par Julie m'a permis de laisser mon imagination se déployer. Il ne s'agit là que de suppositions et d'interprétations quant à l'enfance qu'a pu vivre Maria. Toutefois, ceci me permet de

percevoir un peu plus la manière dont ses expériences de vie ont impacté sa manière d'être et de vivre son corps.

4.3.4. S'appuyer pour mieux s'apprivoiser

Maria arrive en séance en se plaignant à nouveau de douleurs au sternum. Seulement, cette fois, cette douleur semble l'inquiéter plus que d'habitude. Elle dit également en avoir marre et vouloir que cela cesse. Elle nous interpelle alors en nous demandant de nous occuper de cette douleur, qu'on fasse quelque chose.

Julie propose alors à Maria de venir s'installer sur un coussin rectangulaire, peu épais et assez mou, posé au sol. Maria rechigne un peu disant ne pas aimer s'asseoir par terre, la chose étant trop douloureuse. J'ai alors l'impression que Maria semble énormément appréhender le sol. Peut-être par manque d'expériences au sol lors de son plus jeune âge ? Ou bien encore est-ce à cause de son hypertonie qui lui empêche une certaine fluidité dans ses mouvements et donc de pouvoir se déplacer plus aisément au sol ? Après avoir exprimé son mécontentement, Maria décide finalement de s'asseoir. Je remarque qu'elle est souvent dans une position de passivité, acceptant les différentes propositions de Julie même si ces dernières ne lui conviennent pas. Maria ne semble pas vouloir s'opposer à Julie : serait-ce par peur de devenir agressive, d'être violente que ce soit par ses gestes ou bien par ses paroles ? En effet, en dehors du cadre des séances de psychomotricité, Maria nous a rapporté des scènes de sa vie où elle se met en colère et a des gestes ou des paroles violentes envers d'autres personnes telles que son mari lors de leurs fréquentes disputes.

Une fois que Maria est installée sur le coussin, Julie vient s'asseoir derrière elle et vient coller son dos contre celui de Maria. Elle lui explique alors ce qu'elle imagine pour la suite de la séance. Dans un premier temps, elle propose à Maria de venir coller leurs dos, d'aller chercher l'autre et de se rencontrer. Puis, à un moment donné, elles ralentiront leurs mouvements pour ensuite finir par se décoller l'une de l'autre. Une fois que cette expérience sera faite, Maria pourra si elle le souhaite refaire cette expérience mais avec

moi. Maria exprime alors son accord pour le déroulement de la séance et commence l'expérience avec Julie avant de la refaire avec moi.

Lorsque vient mon tour, je viens coller délicatement mon dos contre celui de Maria. Je sens alors presque instantanément une chaleur agréable et enveloppante en provenance de son dos. On se met à se balancer d'un côté puis de l'autre tout en cherchant à s'accorder. Je viens alors lui proposer des petits mouvements au niveau des épaules mais Maria ne semble pas s'en rendre compte. En effet, je ne perçois pas de réponse de son côté. Je décide donc d'arrêter et de plutôt essayer d'appréhender ce contact, cette rencontre puisqu'il s'agit du premier contact corps à corps que nous expérimentons ensemble. Voulant sentir son dos le mieux possible, je me mets dans le même état tonique qu'elle : je me tiens très droite, la tête bien haute avec un tonus élevé. Je perçois alors son dos dans sa globalité, de ses épaules jusqu'à ses lombaires. Cependant, cette position devient très vite inconfortable pour moi : je commence à avoir des douleurs au niveau des trapèzes mais également dans le bas du dos. Je comprends que je suis en train d'expérimenter les douleurs récurrentes dont se plaint Maria. Je m'aperçois de la difficulté à entrer en relation avec elle. Elle ne prend pas appui sur mon dos. Elle reste très droite, dans cette posture très figée, hermétique à tout ce qui l'entoure. Puis, arrive un moment où je sens Maria moins fermée et une relation s'établit petit à petit entre nous. Nous sommes dans un accordage des corps, avec toujours cette chaleur pour nous englober. Durant ce moment où nos dos sont collés l'un à l'autre, j'ai la sensation que nous ne faisons plus qu'un. Le temps me paraît infini, pouvant alors rester dans ce collage éternellement. Puis, Julie nous propose de ralentir nos mouvements, de les faire de plus en plus petits avant de nous séparer. Au moment de la séparation, Maria se retire d'un coup sec, un peu à la manière dont on retire un pansement, de façon très brute et soudaine. Je m'interroge alors sur ce que la séparation vient faire vivre à Maria. Cette manière qu'elle a eu de se séparer de moi est probablement un moyen pour elle de tenter de maîtriser la situation et de faire vivre la séparation à l'autre plutôt que ce soit à elle de la subir.

Cette séance nous a permis à Maria et moi-même de nous apprivoiser toutes les deux. Tantôt fermée et protégée par cette carapace tonique, Maria s'ouvre peu à peu à

moi nous permettant d'établir un début de relation. Elle peut alors prendre appui sur mon corps et s'en servir pour se laisser un peu aller. Mais dès que la question de la séparation revient, Maria éprouve un besoin de retrouver de la maîtrise et de faire subir à l'autre la perte d'un appui.

5. Conclusion de cette première partie

Pour ma partie clinique, j'ai pris le parti de séparer certaines séances, de les réutiliser à différents endroits pour correspondre aux thèmes que j'ai développés. Trois thèmes : les limites corporelles, le tonus et l'appui sur l'autre, que j'ai distingués pour deux raisons. La première pour bien différencier mes hypothèses portant sur des aspects différents. La deuxième pour tenter de montrer la manière dont je perçois le corps de Maria. Un corps qui m'apparaît morcelé, manquant de liens non seulement entre les différentes parties de son corps mais également entre son corps et sa psyché. Et c'est ce manque de liens que j'ai essayé de faire transparaître dans cette partie. Suite à cette image que le corps de Maria m'évoque, je me questionne alors sur : **comment la thérapie psychomotrice permet-elle à un patient état-limite de prendre conscience de ses sensations corporelles pour amener un sentiment d'unité psychocorporelle ?**

PARTIE

THÉORIQUE

PARTIE THÉORIQUE

1. Une pathologie psychiatrique complexe : celle des états-limites

Cas-limites, états-limites, personnalité borderline, narcissique identitaire ... Autant de termes utilisés pour désigner une pathologie complexe qui n'appartient ni au champ de la névrose ni à celui de la psychose.

1.1. Définition du DSM-5

La personnalité borderline est définie dans le DSM-5, manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, de la manière suivante :

Mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée, qui apparait au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

1. Efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés. (N.B. : Ne pas inclure les comportements suicidaires ou les automutilations énumérés dans le critère 5.)
2. Mode de relations interpersonnelles instables ou intenses caractérisé par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation.
3. Perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi.

4. Impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (p. ex. dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie). (N.B. : Ne pas inclure les comportements suicidaires ou les automutilations énumérés dans le critère 5.)
5. Répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations.
6. Instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (p. ex. dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours).
7. Sentiments chroniques de vide.
8. Colères intenses et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère (p.ex. fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées).
9. Survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères. (American Psychiatric Association, 2016, p. 862)

1.2. Le point de vue de la psychopathologie

Dans l'un de ses articles portant sur une possible distinction entre états limites et borderline, Wintrebert (2016) a eu l'opportunité d'interviewer Jean Bergeret qu'il qualifie comme le grand spécialiste français des états limites, à propos de sa position sur la différence entre états limites et borderline. Bergeret, pour définir la pathologie état limite, s'appuie sur l'idée d'anaclitisme, ou autrement dit, la pathologie de la séparation, du défaut d'appui. Afin de mieux préciser la pensée de Bergeret, Wintrebert apporte des précisions :

Le symptôme dominant de l'état limite est la dépression, l'angoisse type n'est pas de castration comme dans la névrose, ni de morcellement comme dans la

psychose, mais de perte d'objet. Enfin, la modalité de relation d'objet de ces patients est anaclitique. (Wintrebert, 2016, p. 46)

Ceci rend compte de la dépendance du patient état limite vis-à-vis de l'autre. Toutefois cette dépendance est très ambivalente. Comme le décrit Estellon (2019), le patient état limite peut être dans une position de grande dépendance par peur d'être abandonné mais il peut également être dans le rejet de l'autre s'il se sent intrusé. Le patient état limite est alors dans une oscillation entre angoisse d'abandon et angoisse d'intrusion ce qui rend les relations avec autrui complexes.

S'ajoute à cela la question identitaire qui occupe une place importante dans cette pathologie. Comme l'indique Estellon, « les frontières de son identité sont poreuses » (2019, p. 5) ce qui amène l'état limite à construire des défenses, des murs pour se protéger de l'autre. L'angoisse d'être intrusé, deviné conduit le patient état limite à se cacher derrière des stéréotypes. Ces aménagements mis en place ne seraient sans rappeler le faux self, notion développée par Winnicott.

De Parseval (2007) reprend dans l'un de ses articles cette notion de faux self qui serait un moyen de défense mis en place durant la petite enfance pour faire face à un traumatisme narcissique précoce. Winnicott désigne ceci sous le terme d'empiètement que De Parseval définit comme « une inadéquation de la réponse de l'objet primaire ou encore comme une défaillance de l'environnement vis-à-vis de l'individu immature pris dans une situation de dépendance » (2007, p. 5). Cette organisation en faux self permet donc à l'individu de masquer le sentiment de vide qu'il ressent intérieurement.

Outre le recours à un faux-self, le patient état-limite va mettre en place différents mécanisme de défense ayant pour but de canaliser l'angoisse. Selon André (2006), on retrouve chez ce type de patient des mécanismes de défenses qui lui sont spécifiques :

- Le clivage qui sépare le bon du mauvais objet. Ceci entraîne « une mauvaise connaissance de lui-même, mais aussi une difficulté à appréhender autrui » (2006, p. 110)
- Des mécanismes de projection : le patient projette à l'extérieur des images considérées comme mauvaises provenant de lui. Ce mécanisme a pour

conséquence une indistinction entre ce qui vient de lui et ce qui vient de l'autre : « Les limites entre lui-même et le monde extérieur sont altérées » (2006, p. 110).

- L'idéalisation : le patient idéalise l'autre comme étant parfait.
- La mise en acte : elle se produit lorsque l'angoisse devient trop insupportable et qu'il lui est impossible de la mettre en mots. S'en suit une décharge motrice caractérisée par un passage à l'acte.

Relation de type anaclitique, angoisse d'abandon et d'intrusion, la question de l'identité, mécanismes de défense ... Autant de caractéristiques qui constituent le tableau clinique des états limites. Mais qu'en est-il de leur rapport au corps ? C'est ce que je propose maintenant d'explorer.

1.3. Symptomatologie en lien avec le vécu corporel

En complément du point de vue psychopathologique, il me paraît essentiel d'aborder la manière dont la pathologie état limite impacte le corps. C'est ce qu'André et al. (2004) tentent de faire dans leur livre « Corps et Psychiatrie », en proposant de ramener la problématique des patients états-limites autour de la représentation du corps.

Le corps occupe une place prépondérante que l'on observe tout d'abord au travers de symptômes d'allure névrotique tels que les phobies dont les préoccupations tournent autour de la propreté du corps, et de la peur du regard de l'autre. Des symptômes de conversion sont également présents avec des plaintes corporelles importantes, mais qui sont à différencier de l'hystérie.

Outre les préoccupations corporelles, le patient état-limite a une tendance à l'agir qui montre un défaut de symbolisation et de mentalisation. Le corps ne pouvant être symbolisé est alors agi. André et al. utilisent le terme de « dénaction, pour rendre compte du déni par l'action de toute représentation » (2004, p. 119).

L'agir est également un moyen utilisé pour contrer l'angoisse, symptôme central dans la pathologie état-limite. L'angoisse va alors s'exprimer sur le versant somatique au travers de conduites auto et/ou hétéro-agressives. Pour reprendre les termes de André et al., l'angoisse désigne alors une « sensation de vide, d'ennui et surtout de vacuité du corps qui demande à être comblé pour que le sujet se sente exister » (2004, p. 118). Ici, il s'agira d'angoisse de séparation, d'abandon ou encore de perte d'objet ce qui permet de faire le lien avec le type de relation qu'entretient le patient état-limite avec l'autre, c'est-à-dire une relation de type anaclitique, le corps de l'autre servant d'appui à son propre corps.

Ce type de relation se traduit par une dépendance importante avec un besoin d'emprise sur l'autre. Le corps de l'autre est d'ailleurs considéré comme étant une partie de soi, d'où la nécessité de maîtriser l'autre. En lien avec cette maîtrise, on retrouve de l'agressivité dirigée vers l'autre. Cette agressivité se manifeste suite à l'absence de l'autre, l'absence étant liée à la non-existence et donc à la disparition de l'autre.

La dépression est un des autres symptômes que l'on retrouve chez le patient état-limite en lien avec cette sensation de vide et ce sentiment de non-existence. Elle « s'exprime par la colère, la rage avec ce sentiment d'avoir du mauvais à l'intérieur de soi, affect alternativement projeté sur l'extérieur » (André et al., 2004, p. 121).

Ces différents symptômes démontrent la part importante que prend le corps dans l'expression de cette pathologie psychiatrique et donc le rôle essentiel de la thérapie psychomotrice dans la prise en charge de ces pathologies.

2. Se construire une unité psychocorporelle

« On ne naît pas soi, on le devient. » (Potel, 2019a, p. 80). Cette citation de Potel résume l'idée générale que je souhaite développer maintenant. En effet, le bébé ne naît pas avec un sentiment d'unité mais il le construit au cours de son développement. Afin d'illustrer la manière dont le bébé se construit son unité psychocorporelle, je propose de

s'intéresser à trois éléments essentiels : les enveloppes psychiques et corporelles, l'environnement maternel et le tonus.

2.1. Le rôle des enveloppes corporelles et psychiques pour créer un sentiment d'unité

2.1.1. Qu'est-ce qu'une enveloppe ? Qu'est-ce qu'une limite ?

Avant d'aborder la manière dont se constitue l'enveloppe psychocorporelle, je souhaite revenir sur les définitions d'enveloppe et de limite.

Selon Meurin, « le terme d'enveloppe renvoie à des notions comme contenant/contenu ou intérieur/extérieur. Il implique une séparation entre moi et le monde, séparation perçue comme condition nécessaire à la mise en forme de la subjectivité » (2019, p. 195).

En ce qui concerne la limite, Estellon propose la définition suivante : « la limite permet la définition d'un écart, d'un intervalle, rendant possible l'organisation des éléments pour sortir du confus » (2019, p. 7). Il précise un peu plus loin : « en distinguant et en donnant les contours, les limites séparent et contiennent, servent à organiser le monde » (2019, p. 7). Plus qu'une séparation, la limite permet donc d'organiser différents éléments.

Ainsi, si l'on applique ces définitions à l'être humain, je propose la différenciation suivante : la limite corporelle est représentée par la peau, surface recouvrant la totalité du corps tandis que l'enveloppe corporelle est le corps, contenant l'appareil psychique.

2.1.2. L'enveloppe psychique

Prat (2014), en s'appuyant sur les travaux de Bick (1968), indique qu'au moment de la naissance, le bébé fait l'expérience de la sensation de perte des limites contenant.

Le bébé devra alors trouver dans son environnement ce que Prat nomme un objet contenant optimal. Cet objet aura pour rôle de permettre au bébé de faire un lien avec ce qu'il a vécu durant sa vie intra-utérine. Comme nous l'indique Bick (1968) (cité par Prat, 2014, p. 10), cet objet contenant optimal correspond au « mamelon dans la bouche tout ensemble avec la tenue, le parler et l'odeur familière de la mère ». Grâce au holding maternel, le bébé pourra éprouver la continuité de sa peau et lui permettre de rassembler les parties de sa personnalité, la peau créant alors une frontière entre le dedans et le dehors.

Les travaux de Bick, repris et développés par Prat, sont à mettre en lien avec un concept élaboré par Anzieu : le Moi-peau. Il le définit de la sorte :

Par Moi-peau, je désigne une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps. (Anzieu, 1995b, p. 61)

Le Moi-peau s'étaye sur les différentes fonctions de la peau. Anzieu en décrit huit. La première est la fonction de maintenance qui correspond à un maintien physique et psychique développé grâce au holding maternel. La deuxième est la fonction contenante qui enveloppe l'appareil psychique. La troisième fonction est celle de pare-excitation, organisé en double feuillet. La quatrième est une fonction d'individuation qui permet au sujet de développer le sentiment d'être unique. La cinquième fonction est la fonction d'intersensorialité qui permet d'aboutir à ce qu'Anzieu nomme le « sens commun » (1995a, p. 127). Si cette fonction est défaillante, le sujet peut être dans une angoisse de morcellement du corps. La sixième est la fonction de surface de soutien de l'excitation sexuelle. La septième fonction est celle de recharge libidinale. La huitième est la fonction d'inscription des traces.

Pour que le Moi-peau puisse se déployer, Anzieu insiste sur le rôle que joue la mère ou la figure maternelle de l'enfant. En effet, « le Moi-peau est une structure virtuelle à la naissance, et qui s'actualise au cours de la relation entre le nourrisson et l'environnement primaire » (1995a, p. 125).

Ainsi, grâce à une relation sécurisée entre la mère et son enfant, le bébé est amené à percevoir sa peau comme une limite entre l'extérieur et l'intérieur, entre le dedans et le dehors. De plus, la peau apporte un sentiment d'unité de l'enveloppe corporelle.

2.1.3. Le rôle de la sensorialité dans la construction de l'enveloppe psychocorporelle

Comme vu précédemment, l'enveloppe psychocorporelle a une fonction de contenance. Pour se développer, cette fonction de contenance « s'appuie sur l'appareil sensoriel du bébé, sa motricité, ses compétences d'imitations, les réseaux des neurones miroirs et bien sûr les différentes caractéristiques du portage parental » (Gadesaude, 2019, p. 176).

Les autres éléments étant développés dans d'autres parties, je propose de s'intéresser plus particulièrement au rôle de la sensorialité dans la construction de l'enveloppe psychocorporelle.

Tout d'abord, je souhaite faire la différence entre les termes de sensorialité et de sensation. La sensorialité correspond à une « caractéristique d'un être vivant pourvu d'un système sensoriel » (Larousse, s. d.). Tandis que la sensation est une « impression reçue par l'intermédiaire des sens » (Carric & Soufir, 2014a, p. 231). Elle provient « de la modification d'un appareil sensoriel sous l'influence d'un stimulus interne ou externe » (Carric & Soufir, 2014a, p. 231). La sensation peut ensuite donner lieu à une perception et aboutir à une représentation. Il y a donc un lien entre sensorialité et sensation : c'est la sensorialité qui est à l'origine de la sensation corporelle.

Maintenant que nous avons défini ces différents termes et établi un lien entre eux, nous pouvons nous intéresser au rôle de la sensorialité dans le développement de l'enfant et plus particulièrement dans la perception des enveloppes psychocorporelles. Cette question de la sensorialité passe tout d'abord par la peau, c'est ce qui va permettre de donner au bébé cette sensation de limites corporelles. Tout cela commence dès la vie intra-utérine. Comme l'indique Prat, « Par le toucher, premier organe sensoriel

permettant une information sur le monde, la rencontre avec l'autre devient un élément constitutif de l'existence » (2014, p. 29). Grâce au contact corporel lors des nombreux portages, la peau devient source de sensations corporelles, ne serait-ce déjà par la chaleur provenant du corps de la mère procurant une sensation d'enveloppement et de sécurité (Potel, 2019a). Outre ce contact peau à peau, le sentiment d'être contenu se développe aussi lors de l'expérience de rassemblement que le bébé éprouve lors du portage.

En plus de la sensibilité tactile, Robert-Ouvray (2017) précise que la sensibilité proprioceptive joue également un rôle dans le sentiment d'unité. C'est ce qu'elle décrit avec le concept de holding moteur considéré comme « l'ensemble des situations relationnelles qui mettent les corps moteurs du bébé et de sa mère en jeu » (2017, p. 123). Les systèmes proprioceptif et tactile sont sollicités durant le holding moteur au travers de balancements, de vibrations, de saisies... La perception proprioceptive s'expérimente également au travers du tonus, qui joue lui aussi un rôle (qui sera détaillé un peu plus loin) dans la constitution d'une enveloppe corporelle et psychique.

En plus de la sensibilité tactile et proprioceptive, Anzieu (1995c) évoque le rôle des sons produits par l'environnement mais également par le bébé dans la constitution d'une enveloppe sonore. On retrouve ici une double orientation, l'une portée vers l'extérieur et l'autre en provenance de l'intérieur, à l'origine de la construction du Moi-peau.

Ainsi, c'est sur les différentes modalités sensorielles mises en jeu dans la relation entre une mère et son enfant, que s'étaye la construction de l'enveloppe corporelle et psychique pour arriver à un sentiment d'unité psychocorporelle.

2.2. L'environnement maternel : un étayage dans la construction d'une unité psychocorporelle

Abordons maintenant plus en détail le rôle de l'environnement maternel dans l'édification de l'unité psychocorporelle.

Pour se construire une unité psychosomatique, le bébé a besoin de faire siennes ses expériences sensori-motrices. Toutefois, le bébé n'est pas en capacité de se les approprier seul, il a besoin pour cela d'être accompagné, contenu, porté par un autre, représenté par la mère (ou figure maternelle).

2.2.1. Un portage corporel

À la naissance, le bébé ne se représente pas son corps comme une unité. Comme le précise Pireyre, « il est, « naturellement » dirons-nous morcelé » (2015b, p. 145). C'est grâce au portage corporel et psychique de ses parents, que le bébé pourra retrouver un sentiment d'unité psychosomatique. Ce portage inclut le holding, concept développé par Winnicott (1975/2018). Il s'agit la manière dont la mère contient son enfant dans ses bras, le rassemble lui conférant alors une première sensation d'enveloppe. À la manière de porter son enfant, s'ajoute également tous les soins qu'elle prodigue à son bébé. C'est grâce à une « continuité de soins maternels fiables et cette fonction contenante de la mère » (Duquesne, 2015, p. 65) que le tout-petit pourra se construire une unité psychosomatique.

Au holding s'associe un autre concept de Winnicott (1975/2018) : le handling. Il correspond à la manipulation. Il s'agit des différents contacts et mises en mouvements qui permettent au bébé de ressentir son corps comme une unité. Lors du holding, les parties du corps sont maintenues ensemble mais c'est grâce aux interactions entre ces parties lors du handling que tout prend sens pour le bébé. Duquesne (2015) utilise comme exemple les soins corporels réalisés par la mère (ou figure maternelle) après le bain : les frictions du corps suivies par un massage avec de la crème, accompagné par des baisers et des chatouilles. Pour résumer, « Un bouquet de sensations variées sur différentes parties du corps dans un grand sentiment d'unité » (Duquesne, 2015, p. 68).

C'est donc grâce au maintien et à la manipulation de l'enfant lors des différents portages et soins corporels réalisés par la mère que l'enfant intégrera ses limites corporelles et découvrira la fonction contenante de son corps.

2.2.2. Un portage psychique

Tout d'abord, la mère porte son bébé psychiquement en lui prêtant son appareil à penser. C'est ce que Robert-Ouvray (2017) désigne sous le terme de fonction d'appel à l'intégration ou encore de holding psychique. La mère doit interpréter de manière adéquate les signaux moteurs et émotionnels émis par son bébé pour lui permettre de se rassembler corporellement mais aussi psychiquement. Les bons éléments de la relation et les mauvais vont être intégrés par la mère. L'intégration des bons éléments par la mère va permettre au bébé de reconnaître et d'accepter chez l'autre le sentiment d'amour. Tandis que l'intégration des mauvais offre la possibilité au bébé de tolérer les sentiments violents chez l'autre mais aussi chez soi, sans avoir peur d'être soi-même détruit par ces sentiments. Cette fonction d'appel à l'intégration est à relier avec le concept de fonction alpha développé par Bion. Selon Buot de l'Épine (2016), lorsque le nourrisson se retrouve submergé par des données sensorielles en provenance de l'extérieur mais aussi de l'intérieur qu'il ne peut pas interpréter, il va projeter sur la mère ce que l'on appelle des éléments β . Grâce à sa capacité de rêverie, la mère peut traiter et renvoyer à son enfant ces éléments bruts sous une forme assimilable psychiquement appelée éléments α .

Outre cette fonction d'appel à l'intégration, la mère va aussi assumer tous les besoins corporels de son enfant. Il existe alors une fusion entre la mère et son bébé : « la mère ressent dans son corps (pas seulement dans sa tête) les besoins de son bébé » (Potel, 2019a, p. 83). La mère est alors dans un état psychique particulier que Winnicott nomme la préoccupation maternelle primaire. Cet état est « caractérisé par une sensibilité exacerbée et une préoccupation extrême pour l'enfant, qui permet à la mère de répondre au mieux à tous les besoins du bébé » (Buot de l'Épine, 2016, p. 15).

Le bébé doit faire l'expérience des tensions viscérales et musculaires en lien avec les premiers besoins physiologiques ou psychiques pour avoir une première perception de sa vie intérieure et des relations avec le dehors. C'est par la réponse apportée par la mère que l'enfant prend conscience du besoin de se nourrir autant relationnellement que physiologiquement. Robert-Ouvray exprime que grâce à cela, « naissent dans le même temps, la première perception de soi ayant besoin et la première perception d'autrui

pouvant le satisfaire » (2017, p. 115). Le bébé expérimente alors l'absence et la présence de l'autre. S'installe ensuite un rythme entre l'insatisfaction et la satisfaction dans lequel l'autre joue un rôle important. L'insatisfaction naît du manque créé par l'autre mais l'autre est également à l'origine de la satisfaction lorsqu'il vient combler le besoin de l'enfant. Robert-Ouvray décrit le manque comme « une blessure narcissique que chacun peut accepter à condition qu'elle soit [...] réparée par autrui » (2017, p. 116). La réparation du manque passe par le soulagement d'une souffrance, du passage de l'insatisfaction à la satisfaction, de la tension à la détente. L'environnement joue un rôle dans cette réparation. Il doit permettre à l'enfant de vivre cette alternance entre des périodes de souffrance et de dévalorisation et des périodes de satisfaction, de détente et d'une meilleure estime de soi. C'est par l'expérience de ce premier rythme qui s'établit grâce à la relation entre la mère et son enfant que ce dernier éprouvera « une sécurité émotionnelle et le sentiment de continuité physique et psychique » (Robert-Ouvray, 2017, p. 116).

2.2.3. L'imitation et les neurones miroirs

Les capacités d'imitation que développe l'enfant sont un moyen dont il dispose pour s'approprier son corps et se construire une unité corporelle.

En effet, l'imitation est un processus qui permet de coupler la perception et l'action et d'enrichir son répertoire moteur. Toutefois, comme le précise Lindecker, « pouvoir enrichir son répertoire nécessite d'avoir déjà un stock de représentations motrices disponibles issues de ses propres expériences motrices » (2017, p. 20). C'est par la répétition de ses expériences sensori-motrices que ses représentations vont pouvoir évoluer : à chaque répétition, de petites différences peuvent apparaître en lien avec une nouvelle gestuelle, pour réaliser une même action. Ainsi, l'imitation est plastique et a pour but d'enrichir le répertoire moteur du bébé. Il s'agit ici d'auto-imitation : le bébé se met à reproduire un mouvement découvert par hasard, en général. Les différentes informations sensorielles, et notamment celles en provenance de la

proprioception, vont être liées à l'action qu'il effectue. Ainsi, comme le précise Lindecker en reprenant les propos de Nadel (2011), « en passant par l'auto-imitation, l'enfant fait l'expérience de l'unité de son corps » (2017, p. 21). C'est donc le lien entre la perception et l'action, créé grâce aux nombreuses répétitions, que le bébé pourra faire l'expérience d'une unité psychosomatique.

L'imitation joue également un rôle dans l'évolution de l'enfant mais elle se présentera sous différentes formes aux différents niveaux de son développement. Toutefois, il y en a une, en particulier, qui nous intéresse : les imitations précoces. Elles permettent une première forme de communication avec l'autre. C'est une imitation purement sensorielle qui correspond à « un mimétisme moteur qui permet à l'enfant de répéter le geste d'autrui à l'instant même où il vient d'être perçu » (Guillain & Pry, 2012, p. 118). C'est en passant par ce type d'imitation qu'il pourra s'identifier à l'autre : retrouver du même tout en s'appropriant son corps.

Toutefois, il existe un système de neurones bien particuliers, appelé le système miroir, qui serait une des conditions nécessaires aux capacités d'imitation. En effet, lors que l'enfant observe une action, « le système des neurones miroirs pourrait en fournir une copie motrice : un acte moteur potentiel, une image motrice interne qui rendrait possible sa reproduction imitative » (Guillain & Pry, 2012, p. 118).

D'après Guillain et Pry, « les neurones miroirs [...] s'activent lorsqu'un individu exécute une action, mais, également, lorsqu'il observe un autre individu en train d'exécuter la même action » (2012, p. 116). Ils précisent également un peu plus loin que ces neurones « s'activent en fonction de la signification de l'action observée et ils répondent, seulement, à la vue d'une action finalisée » (2012, p. 116). Les neurones miroirs seraient liés à la fonction miroir. Cette fonction est définie par Guillain et Pry comme « une fonction neurobiologique [...] qui rend possible le partage de représentations motrices » (Guillain & Pry, 2012, p. 124). Le partage de ces représentations motrices permettrait de « construire une image de soi en train d'exécuter la même action » (Jeannerod et Fournier (1998) cité par Moyano, 2014, p. 293). Pour cela, l'enfant a besoin d'un environnement social qu'il lui servira de base pour l'imitation :

les mimiques des adultes et le visage de la mère (ou figure maternelle) plus particulièrement.

C'est donc grâce aux capacités d'imitation en lien avec le système miroir que l'enfant pourra s'appuyer sur son environnement primaire pour développer ses capacités motrices et corporelles et ainsi expérimenter la fonction de contenance. En effet, rappelons-le, Gadesaude (2019) précise que la fonction de contenance s'établit également grâce aux compétences d'imitation et des réseaux des neurones miroirs.

2.3. Le tonus

2.3.1. Qu'est-ce que le tonus ?

La tonicité, en lien avec le tonus musculaire, est définie de la manière suivante par Carric et Soufir (2014b, p. 253) : « État particulier de tension permanente et involontaire des tissus vivants, et spécialement du tissu musculaire, sous la dépendance du système nerveux central et périphérique ».

Toutefois, Robert-Ouvray (2017) ajoute une notion à cette définition de tonicité qui me paraît intéressante à préciser. La tonicité est constituée d'une composante physiologique qui est le tonus, une mécanique (la structure de tension) et une psychologique (l'émotion et l'affect). De plus, elle définit la tonicité comme étant « l'ensemble vibratoire corporel qui met le sujet en rapport avec son espace interne et avec l'espace externe. C'est un élément limite entre l'espace corporel et l'espace psychique de l'être humain » (2017, p. 43). Cette fonction de limite du tonus sera développée plus bas, dans une autre sous-partie.

2.3.2. Neurophysiologie du tonus

La fonction motrice, et plus précisément la régulation du tonus, est sous le contrôle de trois grands systèmes qui sont le système pyramidal (motricité volontaire), le

système extra-pyramidal (motricité automatique) et le système cérébelleux défini comme « un système régulateur de l'harmonie – de l'équilibre interne – du mouvement » (Ajuriaguerra & Angelergues, 1962/2017, p. 185). Ces trois systèmes vont alors stimuler les motoneurones gamma présents au niveau du fuseau neuromusculaire. L'activité de ces motoneurones est donc permanente mais fluctuante. André et al. nous expliquent que pour le maintien du tonus, « quelques motoneurones fonctionnent par roulement, entraînant la contraction de fibres d'unités motrices dispersées dans le muscle : la contraction est alors diffuse, discrète mais permanente » (2004, p. 46).

Tout ceci est révélateur de la complexité de l'organisation nerveuse permettant le fonctionnement et la régulation du tonus. Pour résumer, je reprendrai les mots utilisés par Pireyre : « le tonus n'est en fait que le résultat d'un double mécanisme : actif, il est contrôlé par le système nerveux central (boucle du réflexe myotatique), passif, il est assuré par les propriétés élastiques du tissu musculaire lui-même » (2015a, p. 101).

2.3.3. Les différents niveaux de tonus

On retrouve chez l'homme trois types de tonus : le tonus de fond, le tonus de posture et le tonus d'action.

- Le tonus de fond

Également appelé tonus de repos ou passif. Selon Amiel-Tison (2002) (cité par Pireyre, 2015a, p. 103), il s'agit de « la contraction minimale ou l'état de légère excitation d'un muscle au repos ». Les épreuves d'extensibilité et de ballant permettent d'évaluer le tonus de fond. Elles mettent aussi en évidence l'hypertonie et l'hypotonie ainsi que la dominance tonique d'un hémicorps sur l'autre. Selon Pireyre, l'hypertonie est « une augmentation de la résistance du muscle à son allongement passif » (2015a, p. 103). Tandis que l'hypotonie est au contraire une diminution de cette résistance toujours en lien avec l'allongement passif du muscle.

- Le tonus de posture

Selon De Recondo en 2004 (cité par Pireyre, 2015a, p. 103), le tonus de posture est « fonction de l'attitude adoptée par le corps, le tonus d'un muscle qui n'est plus au repos en s'adaptant à toute nouvelle position qui est imprimée au segment corporel concerné ».

- Le tonus d'action

Appelé aussi tonus actif, il s'agit de « tous les degrés de tension d'un muscle appelé à participer directement ou indirectement à une activité motrice » (Carric & Soufir, 2014c, p. 255).

2.3.4. Le rôle du tonus dans la constitution d'une unité psychocorporelle

Le tonus joue un rôle important dans la construction d'un sentiment d'unité psychosomatique. Comme le précise Robert-Ouvray (2017), la tonicité est l'élément principal qui donne au corps son unité et intervient également dans la relation. Toujours selon Robert-Ouvray, « chaque variation tonique a un effet sur l'ensemble des organes et les vicissitudes toniques mettent en cause l'unité psychosomatique du sujet » (2017, p. 42).

Au début de la vie, le nouveau-né est dans « un état dynamique bipolaire » (Robert-Ouvray, 2017, p. 11). On observe en effet une hypotonie axiale et une hypertonie périphérique, en particulier au niveau des fléchisseurs et des rotateurs internes qui donne alors au bébé une attitude repliée. Puis durant la première année, un équilibre se met en place : l'enfant va développer une tonicité axiale tandis que les groupes musculaires périphériques vont se relâcher. Tout ceci dans le but d'accompagner la verticalisation et de permettre à l'enfant de s'ouvrir à son environnement, d'être plus disponible. Lesage (2014) rappelle le lien étroit entre la relation et la construction d'un axe tonique. En effet,

c'est parce que l'enfant a pu construire un ancrage central que ses membres périphériques seront plus disponibles. Il pourra alors explorer son environnement, entrer en relation, communiquer. Il acquiert donc une régulation tonique qui est également une régulation émotionnelle puisqu'en effet, comme le dit Wallon (1945) (cité par Robert-Ouvray, 2017, p. 42), « les émotions sont une formation d'origine posturale et elles ont pour étoffe le tonus musculaire ».

Seulement pour effectuer cette fonction régulatrice, le tonus doit pouvoir se moduler d'après plusieurs influences. Lesage (2014) distingue alors deux types de provenance : les influences supra-segmentaires qui viennent du cerveau plus particulièrement avec les émotions par exemple et les influences provenant de la périphérie. Ces influences vont jouer un rôle en tant que substrat physique de la relation mais elles vont également permettre au nouveau-né de construire son tonus. Selon Lesage (2014), les influences périphériques correspondent à des stimulations en lien avec la sensibilité spino-thalamique. Il peut s'agir de pressions, de chaleur, d'effleurages, de grattages ou bien tout simplement de la gravité.

Il y a donc un lien étroit entre tonus et émotions, ce que Wallon et Ajuriaguerra désignent sous le terme de dialogue tonico-émotionnel. Pireyre (2015a) évoque le lien entre le tonus, l'émotion et l'environnement humain. En effet, le tonus est un moyen d'expression et laisse aussi une trace physique de l'histoire relationnelle de l'individu. La toute première relation lors de laquelle le dialogue tonique se met en place est entre une mère (ou la figure maternelle) et son bébé. Cela renvoie à « la capacité du bébé à se mouler ou pas dans les bras de sa mère, ainsi que celle de cette dernière à accueillir son bébé dans des bras ajustés toniquement » (Pireyre, 2015a, p. 105). Toutefois, si les réponses de l'environnement, de la figure maternelle ne sont pas adaptées, on peut voir apparaître des aspects pathologiques de la fonction tonique. Le bébé aura recours à une des deux formes extrêmes du tonus : l'hypertonie ou l'hypotonie. Qu'il s'agisse de l'une ou de l'autre, ces formes ont pour but de mettre à distance l'autre.

2.3.5. La fonction d'enveloppe du tonus

Outre son rôle relationnel, le tonus est également impliqué dans l'organisation du psychisme. En effet, c'est Robert-Ouvray (2017) qui évoque la fonction d'enveloppe du tonus ainsi que son rôle dans la constitution des enveloppes psychiques et corporelles. Elle désigne cette enveloppe tonique comme « le prototype moteur d'une première enveloppe psychique » (Robert-Ouvray, 2017, p. 164). Cette enveloppe correspond au « résultat de la coordination des schèmes moteurs de base entre eux » (Robert-Ouvray, 2017, p. 165) mais également sur l'alternance entre les états extrêmes du tonus, qui sont l'hypertonie (en lien avec le déplaisir, une tension organique ou une prise d'informations sur l'environnement) et l'hypotonie (en lien avec la satisfaction et l'intégration des expériences).

À la naissance, le bébé fonctionne en tout ou rien. Puis, petit à petit, il acquiert de nombreuses positions intermédiaires qui sont de plus en plus variées. C'est sur la base de cet état dynamique bipolaire que pourront s'édifier les enveloppes psychiques et corporelles et permettre une différenciation entre le dedans et le dehors mais aussi entre soi et l'autre. Une synthèse tonique doit ensuite s'effectuer pour permettre un rassemblement des différentes parties du corps ce qui apportera au bébé un premier sentiment d'unité. Néanmoins, s'il y a une perturbation de la coordination des schèmes de base, « l'enveloppe psychique qui s'étaye sur ce déséquilibre tonique présentera alors des trous et des faiblesses » (Robert-Ouvray, 2017, p. 165). Ainsi, comme le décrit Robert-Ouvray, « la première enveloppe psychique unifiée est donc une enveloppe psychomotrice indifférenciée qui amalgame les quatre niveaux d'organisation, tonique, sensoriel, affectif et représentatif » (2017, p. 165).

Les extrêmes de la tonicité sont essentiels pour permettre la constitution d'une limite entre soi et l'autre. C'est tout d'abord par l'intégration de l'hypertonie que s'établissent les limites corporelles et psychiques. Elle permet également la détermination de l'identité de par ces qualités d'opposition. Toutefois, si l'hypertonie est trop forte, elle entraîne un blocage des mouvements et une tétanisation des muscles ce qui aura pour conséquences des blocages affectifs et représentatifs.

Quant à l'hypotonie, elle joue plutôt un rôle dans l'introjection, en lien avec la relation à l'autre et au plaisir de la relation. L'introjection est ce qui permet de faire passer « du dehors vers le dedans des objets et des qualités inhérentes à ces objets » (Laplanche et Pontalis (1968) cité par Robert-Ouvray, 2017, p. 167). L'introjection a également un rôle à jouer dans la constitution de l'enveloppe psychique car elle permet de s'approprier la fonction contenante extérieure qui établira la limite entre le dedans et le dehors.

DISCUSSION

THÉORICO-CLINIQUE

DISCUSSION THÉORICO-CLINIQUE

La description des différentes séances et les divers apports théoriques mettent en évidence que l'unité psychocorporelle de Maria est défaillante à un point tel que je m'interroge sur l'utilisation du terme d'unité. Au vu de sa présentation dans la prise en charge en psychomotricité, le terme d'unité ne me paraît pour le moment pas approprié.

Pour cette dernière partie, je propose tout d'abord de repérer où se situent les défaillances dans les enveloppes et les limites psychocorporelles de Maria qui empêchent la perception d'une unité psychosomatique. J'aborderai ensuite les aménagements que Maria a mis en place pour tenter de trouver, malgré tout, un semblant d'unité. Pour cela, je vais mettre en lien les différents éléments rapportés des séances de psychomotricité avec les contenus théoriques développés plus haut. Puis, je m'attarderai sur les apports de la prise en charge en psychomotricité, avec ses nombreuses médiations, et leur rôle pour accompagner Maria dans la construction de son unité corporopsychique.

Tout ceci dans le but de répondre à une question, le fil conducteur de ce mémoire : **comment la thérapie psychomotrice permet-elle à un patient état-limite de prendre conscience de ses sensations corporelles pour amener un sentiment d'unité psychocorporelle ?**

1. Maria : son corps comme expression de sa pathologie état–limite

1.1. Les défaillances de l'unité psychocorporelle de Maria

1.1.1. Quand les enveloppes n'assurent pas leurs fonctions

Intéressons–nous tout d'abord aux enveloppes corporelles et psychiques de Maria. Au regard des nombreuses descriptions de séances mises en lien avec les divers apports théoriques, il me paraît évident que Maria présente une défaillance quant à la perception de ses enveloppes psychocorporelles. Pour faire le lien avec le Moi–peau de Anzieu (1995a), certaines fonctions du Moi–peau sont déficientes chez Maria. La première est la fonction de maintenance. Cette fonction se déploie grâce au holding maternel : c'est par l'appui externe que lui procure le corps de sa mère que le bébé peut sentir et construire un appui interne, celui de la colonne vertébrale. Toutefois, comme le rapporte le bilan psychomoteur ainsi que certaines descriptions de séances, Maria n'a pas conscience de cet appui interne. Elle a dû mettre en place d'autres aménagements pour lui permettre de tenir son corps tel qu'une hypertonie au niveau du dos, les muscles remplissant la fonction de la colonne vertébrale.

Une autre fonction manquante chez Maria est la fonction de contenance qui se développe grâce au handling mais également avec la capacité de rêverie maternelle. Pour cela, la mère a besoin d'être psychiquement disponible pour recevoir et transformer les éprouvés psychiques de son bébé. Dans le cas de Maria, elle a été gardée par sa grand–mère paternelle de sa naissance jusqu'à ses deux ans sur le temps de travail de ses parents. Cette grand–mère étant en prise avec des angoisses importantes, on peut s'interroger sur sa capacité à être disponible psychiquement pour Maria. Même si le soir, Maria retrouvait sa mère, il se peut que ce temps de garde par sa grand–mère ait eu un impact sur cette fonction de contenance du Moi–peau. La carence de cette fonction s'observe chez Maria au travers de ses angoisses et des douleurs physiques qu'elle décrit durant les séances.

La troisième fonction qui apparaît déficiente chez Maria est la fonction de pare-excitation. Cette fonction a pour but d'éviter au sujet de se sentir envahi et débordé par les stimulations extérieures. Or, d'après les propos qui m'ont été rapportés sur la prise en charge de Maria avant mon arrivée, cette dernière avait tendance à envahir tous les espaces. Elle pouvait être dans une grande agitation motrice et psychique, elle se montrait débordée par les excitations en provenance de l'environnement. Toutefois, au vu de ce que j'observe dans les séances, cette fonction de pare-excitation commence à se développer, Maria se montrant moins envahie par l'extérieur.

La quatrième fonction qui m'apparaît déficiente chez Maria est la fonction d'individuation, celle qui permet de se sentir comme un être différencié. Comme nous le verrons un peu plus loin, Maria ne se montre pas comme étant totalement différenciée de l'autre. Il existe toujours une confusion pour elle entre son corps et celui de l'autre.

Enfin, la dernière fonction défaillante dans le cas de Maria est la fonction d'intersensorialité. Cette dernière n'est pas complètement déficiente mais parfois, Maria peut être dans un vécu du corps morcelé sans être toutefois dans une angoisse de morcellement.

En s'appuyant sur mes observations cliniques et sur les apports théoriques, je peux affirmer que l'enveloppe corporopsychique de Maria ne s'est pas construite de manière assez efficace pour lui permettre de se constituer une unité psychocorporelle. Donc si ses enveloppes ne se sont pas mises en place, il en est de même pour les limites corporelles. C'est ce que je propose d'aborder maintenant.

1.1.2. Ne faire qu'un ou s'éloigner

Les limites corporelles se développent en même temps que les enveloppes et s'étayent sur la peau. En effet, la peau est ce qui vient signifier la limite du corps et sert de base au développement du Moi-peau et donc aux enveloppes corporelles et psychiques.

Néanmoins, chez Maria, les limites autant que les enveloppes sont défailiantes ce qui n'est pas sans conséquence sur la différenciation entre soi et l'autre, entre le dedans et le dehors. Du fait de cette indistinction entre son corps, ce qui lui appartient et le corps de l'autre, Maria montre en séance une ambivalence dans la relation, qu'il s'agisse de la relation qu'elle entretient avec Julie ou bien celle qui se joue avec moi. En effet, Maria peut être dans une mise à distance de l'autre ou bien dans une fusion des corps. Il y a une séance où l'on retrouve ces deux modalités de relation. Je parle de cette séance où Maria et moi sommes assises au sol l'une contre l'autre, dos contre dos. Au début de cette expérience, Maria ne répond pas aux suggestions de mouvements que je lui propose. Je me heurte à un mur : son dos dur coupe toute relation. À ce moment-là, Maria me met à distance. Toutefois, dès que je commence à me mettre au même niveau tonique qu'elle, un dialogue se met en place et nous arrivons enfin à nous accorder et à nous rencontrer. Sauf que cette fois-ci, l'opposé se manifeste : les limites entre mon corps et celles de Maria m'apparaissent floues le temps d'une seconde. J'ai la sensation d'être dans une peau commune, un peu à la manière d'une mère avec son enfant. Cette image me permet également de faire le lien avec la relation que Maria entretient avec sa mère qu'elle décrit comme étant fusionnelle.

Dans la fusion, on retrouve cette indistinction entre soi et l'autre. Cependant, cette dernière peut également être accentuée par la mise en place de certains mécanismes de défense tels que la projection. Il est arrivé que Maria ait recours à cette défense durant une de nos séances : celle où Maria, très remontée contre son mari, montre une tension importante dans son corps et où elle nous laisse entre-apercevoir la part agressive dont elle peut faire preuve. À ce moment, Maria projette cette agressivité sur moi : je sens une tension dans mon corps inhabituelle et qui ne m'appartient pas. Ayant fait le lien dans l'après-séance, je comprends que j'ai alors servi de réceptacle à l'agressivité de Maria qu'elle a, à cet instant, projetée à l'extérieur d'elle-même.

1.1.3. Mon appui c'est l'Autre

Le type de relation mis en place par Maria ne serait pas sans rappeler les propos de Estellon (2019). En effet, le patient état–limite oscille entre des angoisses d'abandon et des angoisses d'intrusion d'où cette ambivalence dans la relation avec l'autre. Ainsi, Maria a recours à une relation de type fusionnel pour contrer les angoisses d'abandon et de séparation avec lesquelles elle peut être aux prises. Selon André et al. (2004), cette angoisse s'exprime dans le corps comme une sensation de vide que le sujet tente de combler. Le patient état–limite se sert alors de l'autre comme moyen pour combler ce vide.

Toutes ces descriptions sont à mettre en lien avec l'anaclitisme, la pathologie de la séparation et du défaut d'appui, terme utilisé par Bergeret dans l'article de Wintrebert (2016) pour définir la pathologie état–limite. Les patients états–limites, comme Maria, ont donc une relation d'objet anaclitique qui se traduit par le fait de se servir du corps de l'autre comme d'un appui pour son propre corps. Lors de certaines séances, Maria a été dans cette modalité, de prise d'appui sur mon corps ou celui de Julie comme d'un référentiel. Nous pouvons prendre comme exemple tous les moments de séances où Maria est en imitation de mes mouvements. À plusieurs reprises, Maria me donne l'impression de ne pas avoir investi son corps, de ne pas savoir comment il fonctionne. Dans ce cas, elle s'appuie sur mes mouvements, les reprend, les imite pour mieux se les approprier et découvrir son corps. De plus, dans ces moments, Maria paraît ne pas avoir conscience des appuis internes de son corps d'où le recours au corps de l'autre pour combler ce manque d'appui. Ceci illustre plutôt bien l'anaclitisme, le défaut d'appui et le besoin d'utiliser l'autre que l'on retrouve dans la pathologie état–limite.

1.2. L'hypertonicité pour se sentir unifiée

Cette déficience de ses enveloppes psychocorporelles et de ses limites corporelles, Maria a dû mettre en place des aménagements afin de lui apporter un semblant d'unité. L'un des aménagements trouvés par Maria repose sur son tonus. Lors de la prise en

charge en psychomotricité de Maria, la première chose qui m'est apparue est ce recrutement tonique élevé et permanent créant alors une véritable carapace tonique. Cet aménagement joue, selon moi, deux rôles chez Maria : un rôle de protection et un rôle de soutien.

1.2.1. La carapace tonique comme moyen de protection

Commençons tout d'abord par le rôle protecteur de cette carapace tonique. Comme nous l'explique Robert-Ouvray (2017), il y a un moment dans le développement de l'enfant où l'hypertonie n'est pas pathologique. En effet, au début de la vie, le bébé fonctionne en tout ou rien, alternant entre l'hypertonie et l'hypotonie. Cette alternance va permettre de créer une limite entre le dedans et le dehors et joue également un rôle dans l'édification des enveloppes psychiques et corporelles. L'environnement a aussi sa part de travail dans la mise en place de cette alternance. L'hypertonie apparaît des suites d'une tension, d'un déplaisir comme le sentiment de faim. C'est parce que l'environnement répondra favorablement à l'appel ou au besoin du bébé que l'hypertonie laissera place à l'hypotonie, celle de détente et de satisfaction.

Toutefois, si l'hypotonie ne se couple pas et ne se rythme pas avec l'hypertonie, alors l'hypertonie devient pathologique avec la mise en place de ce que Robert-Ouvray (2017) nomme la paroi tonique. De par sa rigidité et son imperméabilité, elle va protéger le sujet de ce qui vient du dehors, mettant autrui à distance.

Cette mise à distance de l'autre par une paroi tonique se retrouve chez Maria. Je me souviens d'une séance où Julie propose à Maria un toucher-massage au niveau de ses mains. Avec une crème hydratante, Julie se met à masser la main gauche de Maria. Une fois qu'elle a fini, Julie me propose de masser l'autre main de Maria. Je me retrouve alors pour la première fois dans un contact corporel direct avec elle et je me rends compte que son état tonique très élevé va jusqu'au bout de ses doigts. Malgré le toucher-massage, je n'observe aucun changement dans son tonus. De par cette hypertonie, Maria me met à l'écart et ne me permet pas d'accéder à son corps. Outre cette mise à distance par son

tonus, elle se coupe de toute relation avec moi : elle ne me regarde pas, ne me parle pas et ne s'adresse qu'à Julie. En cet instant, j'éprouve le sentiment de ne pas exister pour elle. Elle nie mon existence en me mettant à distance par sa carapace tonique et son absence d'échange verbal et visuel avec moi.

Cette vignette clinique illustre donc l'aménagement qu'a trouvé Maria pour se protéger des agressions extérieures et combler les défaillances de ses enveloppes et limites psychocorporelles. Toutefois, cette paroi tonique étant imperméable à tout, elle ne permet pas les échanges entre l'intérieur et l'extérieur du corps ou encore la relation avec l'autre.

1.2.2. Le tonus comme soutien

Outre le rôle protecteur que joue ce haut état tonique, le tonus présente une autre singularité chez Maria : il s'est attribué la fonction de soutien, d'appui qui est normalement associée à la colonne vertébrale. N'ayant pas conscience de son dos et de ses appuis internes, Maria a eu recours au tonus pour effectuer cette fonction. Pour illustrer mes propos, je souhaite évoquer une séance où je propose à Maria de lui faire sentir sa colonne vertébrale en venant tapoter le long de son axe vertébral avec une balle de tennis. À peine ai-je commencé à tapoter dans son dos qu'instantanément, Maria se met dans une posture défensive : elle dit avoir la nausée, que ça lui fait mal. Elle pousse également des petits cris à chaque fois que la balle entre en contact avec son corps. J'arrête donc la proposition et lui demande si elle a une représentation de sa colonne vertébrale. Elle dit savoir à quoi ça ressemble mais ne supporte pas de voir ou même de sentir les os, le squelette, que ceci lui rappelle la mort.

Ainsi, toute cette zone de son dos est associée à de sentiments et d'émotions négatifs liés à la mort, d'où la difficulté pour elle de prendre conscience de cette zone. De ce fait, si cette zone de son corps est perçue comme morte, il n'est pas possible de s'en servir comme d'un appui d'où le recours au recrutement tonique pour soutenir son corps et prendre le relais de la colonne vertébrale. Comme le dit si bien Robert-Ouvray,

« l'hypertonie est devenue le moyen de se sentir exister et vivre et de se rassurer » (2017, p. 188).

L'hypertonicité permet donc à Maria de se sentir vivante et de soutenir son corps. Ceci explique pourquoi, lors de moments de séances, Maria se retrouve aux prises avec des vécus d'angoisses si importants qu'ils se manifestent corporellement au travers des tremblements de sa jambe. À ce moment-là, si l'hypertonie joue un rôle de soutien, on peut imaginer que l'angoisse dans laquelle est Maria dans les moments de relâchement et de détente est une angoisse d'effondrement. L'angoisse d'effondrement fait partie des angoisses corporelles dites archaïques. Elle est décrite par Pireyre (2015b) comme une impression de tomber ou de risquer de tomber et renvoie à une sensation de chute sans fin. Selon Haag (2007) (cité par Pireyre, 2015b, p. 148), ces sensations de chute sont en lien avec des effondrements toniques. De ce fait, si Maria expérimente un effondrement tonique lors des moments de détente, il est probable qu'elle vive des angoisses d'effondrement.

De plus, cette paroi tonique permettant à Maria de se sentir vivante, apporter de la détente sera vécue comme un signal de danger, comme le rappelle Robert-Ouvray (2017). Certains patients évoquent dans leur discours que le fait de se relaxer équivaut aux prémices de la mort. Au vu des représentations que se fait Maria quant au squelette, on peut supposer que sa représentation de la détente et du lâcher prise soit la même.

De ce fait, il me paraît important de travailler sur cette paroi tonique mais au travers de modulations toniques pour éviter un lâcher prise trop important qui pourrait conduire à une décompensation.

Ainsi, grâce aux divers apports théoriques, il a été possible de cibler plus précisément chez Maria à quel niveau se situent les défaillances de son unité psychosomatique et de comprendre le rôle des aménagements qu'elle a mis en place pour lutter contre ses angoisses et trouver un semblant d'unité.

2. La psychomotricité : une thérapie au service du corps et de la psyché

2.1. Le cadre en psychomotricité

2.1.1. L'importance d'un cadre thérapeutique

La chose qui me paraît essentielle lorsque l'on commence toute prise en charge en psychomotricité est de poser un cadre. Si l'on reprend la définition de Potel, « le cadre thérapeutique est ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée » (2019b, p. 357). Le cadre s'inscrit donc dans un espace avec une temporalité bien définis.

Dans la prise en charge de Maria, poser un cadre a été le premier élément qui lui a permis de retrouver des limites, de se sentir contenue. En effet, au début de sa prise en charge, Maria envahissait tous les espaces, tout se mélangeait : rien ne délimitait les différents espaces entre eux. Lorsque Julie me décrit l'arrivée de Maria au CMP, elle me rapporte une patiente qui pouvait ramener dans l'espace de la psychomotricité, les soins en psychomotricité de ses filles mais également la peur que sa sœur puisse avoir accès à ce qui se passe en séances et à son dossier médical. Effectivement, sa sœur exerce le métier de psychologue et travaille à l'hôpital auquel est rattaché le CMP. Maria était donc angoissée par l'idée que sa sœur puisse lire son dossier et avoir accès aux différentes informations la concernant. Rassurer Maria à ce propos et interdire l'accès à sa sœur a donc été nécessaire pour instaurer une certaine confiance. Une fois que ce cadre a été posé, un autre devait se mettre en place : celui de la temporalité. Se montrant très logorrhéique, Maria pouvait passer la séance à parler. Julie a donc dû limiter le temps de parole à quinze minutes en début de séance pour pouvoir ensuite entamer un travail corporel en psychomotricité. De ce que j'observe actuellement en séance, cette temporalité est bien repérée et intégrée par Maria.

Ainsi, poser un cadre a permis de mettre en place une première différenciation des espaces ce qui servira d'ébauche celle des espaces psychiques ainsi qu'à la construction des limites entre le dedans et le dehors.

2.1.2. La contenance du psychomotricien

En psychomotricité, la fonction contenant de la thérapie psychomotrice ne se limite pas au cadre spatio-temporel des séances. Le psychomotricien intervient également grâce à son corps mais aussi à son psychisme, en offrant à son patient une capacité de contenance. Potel reprend très justement les différentes caractéristiques du thérapeute : il faut que « sa présence puisse être suffisamment apaisante, sécurisante, ferme et solide, afin d'aider chacun de ses patients à une intériorisation psychique de ses affects, de ses sensations, de ses éprouvés, de ses émotions » (2019b, p. 362). Dans la thérapie psychomotrice, notre corps devient le réceptacle des vécus débordants, des émotions incontrôlables, des angoisses de nos patients. Ils projettent sur nous leurs différents éprouvés qu'ils ne sont pas en capacité de contenir, tout comme Maria qui peut avoir recours à ce mécanisme de projection en projetant sur moi ses vécus d'angoisse.

Pour illustrer mes propos, je souhaite m'appuyer sur cette séance décrite dans la partie clinique intitulée « Cocon de draps, cocon d'enveloppe ». Rappelons le contexte. Maria, assise sur le pouf carré, est enveloppée dans un drap. Avec Julie, nous positionnons un tissu dans le dos de Maria et nous l'accompagnons dans une position d'enroulement. Une fois dans cette position, Maria dit avoir le souffle coupé et avoir l'impression d'étouffer. À cet instant, je me souviens avoir ressenti cette même impression d'étouffement accompagnée d'une irrésistible envie de retirer le masque pour prendre une grande bouffée d'air frais. Cette sensation que j'ai alors éprouvé dans mon corps est le résultat de la projection de l'angoisse de Maria au dehors d'elle, mon corps ayant alors servi de réceptacle à ses éprouvés angoissants qu'elle ne peut contenir.

Toutefois, en plus de recevoir les vécus des patients, le thérapeute prête également son appareil à penser, son psychisme. Une fois, qu'il a reçu les éprouvés du

patient, le rôle du thérapeute va être de les transformer afin de renvoyer au patient ses éprouvés sous une forme qu'il peut assimiler psychiquement. Cette fonction du thérapeute n'est pas sans rappeler la fonction d'appel à l'intégration de Robert-Ouvray ou la fonction alpha de Bion. En effet, dans la relation mère-enfant, « le nourrisson projette une partie de son psychisme, notamment ses émotions incontrôlables, le « contenu », dans le bon sein « contenant », pour les recevoir en retour détoxiquées et être du coup capable de les supporter » (Potel, 2019b, p. 364). Cette capacité à contenir en soi ce qui appartient à l'autre concerne tout type de thérapeute. La spécificité du psychomotricien va, elle, se situer au niveau des expressions corporelles des patients. En effet, comme l'indique Potel, le psychomotricien va jouer le rôle de pare-excitation : il « va stimuler et accepter les excitations motrices, ludiques, tout en assurant les conditions de leur intégration psychique » (2019b, p. 366). Cette fonction de pare-excitation va être essentielle dans la prise en charge de Maria puisque rappelons-le, c'est une des fonctions qui fait défaut chez elle au niveau de la construction de ses enveloppes corporelles et psychiques.

Cependant, il ne faut pas être uniquement dans cette contenance maternelle, il faut également pouvoir assurer la fonction de séparation ce qui permet au patient de se différencier. Le cadre va jouer un rôle dans cette capacité de séparation de par sa temporalité, son espace, ses règles. Néanmoins, le psychomotricien a également son rôle à jouer car en plus, d'être un réceptacle, il se doit également d'être un séparateur. La complémentarité entre l'enveloppement grâce à la contenance maternelle d'une part et la mise en place des limites, du cadre jouant le rôle de tiers d'autre part est « la condition indispensable pour qu'il y ait circulation « fluide » entre extériorisation, expressivité, créativité, intériorité » (Potel, 2019b, p. 367). Appliquée au cas de Maria, cette notion de séparation, de différenciation est primordiale puisque dans le cas contraire, le risque serait de rester dans une fusion avec elle, modalité de relation qu'elle pourra utiliser avec autrui. La fonction de séparation du psychomotricien permettra donc d'apporter une différenciation entre soi et l'autre chez Maria.

Ainsi le cadre thérapeutique a permis de poser les premières limites, la première enveloppe nécessaire à la constitution de l'unité psychocorporelle de Maria. Or, le psychomotricien joue aussi un rôle essentiel. C'est grâce aux fonctions de contenance et de séparation du thérapeute que Maria pourra se constituer ses enveloppes corporelles et psychiques et se différencier de l'autre.

2.2. Accompagner Maria dans la reconstitution de son unité psychosomatique

Au début de la prise en charge de Maria en psychomotricité, Julie me rapporte l'importance d'avoir dû poser un cadre, d'avoir travaillé autour des différents espaces mais aussi de la distance à l'autre pour pouvoir ensuite être dans un travail au plus proche du corps. Actuellement, dans les descriptions de séances tout du moins, la prise en charge de Maria est davantage tournée autour des sensations corporelles. Pour cela, plusieurs médiations ont été utilisées au cours des séances, certaines ayant mieux fonctionné que d'autres. Trouver la médiation adaptée est une question de recherche, de découverte entre le patient et le thérapeute. Je propose maintenant de revenir sur ses différentes médiations utilisées en psychomotricité avec Maria et souligner leur intérêt dans le cas de la problématique de Maria.

2.2.1. La place dans la sensorialité dans la constitution des enveloppes psychocorporelles

La sensorialité a une place prépondérante dans l'édification des enveloppes corporopsychiques, elle est à l'origine des sensations corporelles et ces dernières permettent d'aboutir à la représentation d'une unité psychocorporelle.

Chez Maria, l'un des organes sensoriels qui me paraît le plus sollicité est la peau. En effet, elle a eu recours à des stimulations fortes, voire même douloureuses pour

s'apporter des sensations corporelles. Pour éprouver son corps, Maria utilise des pressions au niveau de certaines parties de son corps, pouvant aller jusqu'à la douleur. Ce besoin de se procurer des sensations corporelles au niveau de la peau m'oriente vers l'utilisation du toucher thérapeutique comme médiation. Le toucher thérapeutique regroupe plusieurs pratiques corporelles utilisées en psychomotricité impliquant le toucher : portage, enveloppements, contacts peau à peau ...

De nombreuses approches ont été utilisées au cours de la prise en charge de Maria. Il y a d'abord eu le contact peau à peau avec des variations de pression. Parmi les séances décrites dans la partie clinique, il y en a une où Maria évoque des douleurs dans le dos ainsi qu'un vécu du corps morcelé. Julie lui propose un toucher en plaçant une main au niveau de sa nuque et une au niveau du bas de son dos tout en faisant varier la pression. Puis, une fois ceci effectué, Julie vient souligner avec ses mains les creux et les pleins du corps de Maria en lissant les différentes parties de son corps. Ce toucher sensoriel a pour but de souligner la continuité de la peau de Maria, de son enveloppe corporelle. Toutefois, durant cette expérience, Maria dit ne pas sentir le contact des mains de Julie, qu'elle a besoin que l'on exerce plus de pression mais elle sent tout de même la chaleur en provenance des mains de Julie. Ainsi, même si Maria n'a pas perçu le toucher de Julie, une sensation d'enveloppe lui a quand même été apportée grâce à la chaleur. En effet, la chaleur provenant d'un corps, que ce soit celui de la mère ou bien du thérapeute, procure une sensation d'enveloppement et de sécurité.

Pour en revenir au toucher thérapeutique, un simple toucher sensoriel sans aller en profondeur, au niveau des muscles, n'est pas suffisant pour Maria. Il serait alors intéressant d'aller chercher du côté du toucher-massage psychomoteur qui utilise des pressions plus fortes. Le but reste le même : celui de favoriser « l'unité psychocorporelle [...] en proposant un contact contenant, enveloppant et structurant » (Charpentier, 2017, p. 14). De plus, le fait que Maria soit dans une hypertonie permanente ne facilite pas l'accès à d'autres sensations corporelles, l'hypertonie procurant une paroi rigide. C'est pour cela que l'utilisation du toucher-massage psychomoteur est intéressante pour aller solliciter les récepteurs sensoriels de la peau situés en profondeur.

Outre le sens du toucher, le sens de l'ouïe est également sollicité lors de la prise en charge de Maria. La musique est présente dans la majeure partie des séances, offrant à Maria une enveloppe sonore sur laquelle elle peut s'appuyer pour l'édification de son unité psychocorporelle. En effet, la musique peut avoir son importance car elle offre une enveloppe sonore, enveloppe qui, selon Anzieu, constitue le premier espace psychique. L'enveloppe sonore a une double orientation puisqu'elle s'édifie grâce aux sons en provenance de l'extérieur mais aussi grâce aux sons produits par le bébé. C'est ce qui permet à l'enfant de faire une première distinction entre le dedans et le dehors. Dans les séances avec Maria, la musique intervient donc dans l'élaboration de l'enveloppe sonore, faisant partie des sons en provenance de l'environnement et intervient donc dans la constitution de l'unité psychocorporelle.

2.2.2. Prendre conscience de son dos

La zone du dos de Maria est une partie de son corps dont elle n'a pas conscience. Tout ce qui constitue cette zone, en particulier les structures osseuses telles que la colonne vertébrale ne font pas partie des représentations corporelles de Maria. Si cette dernière n'a pas conscience de sa charpente osseuse, les os ne peuvent donc pas assurer leur rôle de soutien mais aussi de solidité. Lesage décrit le squelette comme « le support d'une perception de soi unifiée » (2014, p. 34). Il fournit également des points d'appui, c'est un support qui permet de « se supporter soi-même » (Lesage, 2014, p. 34). Ainsi, si Maria ne perçoit pas son squelette comme un support, la colonne vertébrale n'exerce pas son rôle d'appui, d'axe central du corps qu'elle assure en temps normal. C'est donc les muscles qui ont pris le relais et qui assurent en permanence cette fonction de soutien et de solidité du corps ce qui engendre dans le corps de Maria une construction de son corps en carapace tonique. Un des rôles de la thérapie psychomotrice va donc être de permettre à Maria de prendre conscience de cet appui osseux qu'est la colonne vertébrale.

Pour cela, le psychomotricien dispose de nombreuses médiations corporelles. Dans le cas de Maria, plusieurs médiations corporelles ont été tentées. L'une d'entre elles est les percussions osseuses. Cette médiation consiste à venir tapoter avec ses poings au niveau des structures osseuses du patient. Dans ces tapotements, nous sommes os contre os ce qui permet de venir à la rencontre du squelette du patient. Les percussions corporelles vont entraîner des vibrations dans le corps du patient pour induire des sensations corporelles qui permettent au sujet de prendre conscience de ses structures osseuses. Dans le but de faire prendre conscience à Maria de sa colonne vertébrale, Julie propose alors une séance autour des percussions corporelles. Alors que je m'apprête à venir tapoter le dos de Maria, celle-ci se met dans une posture défensive, me demandant d'y aller doucement car elle ne supporte pas de sentir ses os. Je me lance alors dans ces tapotements que je veux assez doux mais aussi assez forts pour aller quand même à la rencontre de son squelette. Comme avec l'expérience de la balle de tennis, Maria se met à pousser des petits cris, à se crispier et à se tordre dans tous les sens mais souhaite tout de même que je continue. La façon dont réagit Maria me laisse entendre que cette médiation n'est pas la plus appropriée pour elle, entraînant alors trop de sensations désagréables. Les percussions ne lui permettent pas de se concentrer sur les sensations, Maria étant dans une posture d'évitement, recrutant encore plus son tonus que d'ordinaire. Même si cette tentative se retrouve infructueuse, elle reflète le travail d'élaboration en psychomotricité : c'est une recherche permanente, de propositions faites au patient pour trouver la médiation la plus adaptée possible pour le patient mais aussi pour le thérapeute.

Devant l'échec des percussions osseuses, une autre médiation est utilisée dans le cadre de la prise en charge de Maria : l'utilisation de draps placés au niveau du dos. Les draps sont beaucoup utilisés dans la prise en charge de Maria. Ils ont d'abord été utilisés pour permettre à Maria d'éprouver le portage. Dans une séance décrite dans la partie clinique, Julie enveloppe Maria dans un drap qui englobe tout son dos, de ses épaules jusqu'à ses fesses. Dans cette expérience à deux, Julie propose à Maria de la porter, c'est en tout en cas ce qu'elle tente d'induire chez Maria quand elle lui propose de s'installer dans ce drap, d'y mettre son poids. Faire revivre au patient l'expérience du portage

permet de renouer avec les expériences de holding maternel de l'enfance. Le portage permet au bébé de se sentir contenu et rassemblé. Mais également de prendre conscience des différentes parties de son corps dont le dos.

Cependant, prendre conscience de son appui dos ne suffit pas, il faut également que Maria puisse percevoir et sentir sa colonne vertébrale. Pour cela, toujours grâce aux draps, Julie a proposé lors d'une autre séance de venir expérimenter l'alternance entre posture d'enroulement et posture d'extension. Il s'agit de cette séance intitulée « Cocon de draps, cocon d'enveloppe » où Julie et moi positionnons un tissu souple mais non extensible dans le dos de Maria. Julie propose alors à Maria dans l'accompagner dans l'enroulement en l'enveloppant avec le tissu. Puis, quand Maria passe ensuite à la posture d'extension, nous l'accompagnons en exerçant dans le tissu une tension. Passer par la posture d'enroulement permet là aussi un rassemblement. Robert-Ouvray explique que « la dynamique générale de rassemblement et de coordination se double d'une dynamique d'axialité et de symétrie » (2017, p. 49). Cette dynamique d'axialité repose sur l'axe vertébral représenté par la colonne vertébrale. Permettre à Maria de repasser par la posture d'enroulement lui apporte un rassemblement du corps qui permet également de retrouver cette axialité et de mieux percevoir sa colonne vertébrale.

Ainsi, l'expérience du portage et la redécouverte de la posture d'enroulement en psychomotricité vont servir de base à Maria pour déployer des sensations corporelles au niveau de son dos et mieux percevoir son axe vertébral. Tout ceci permettant également de développer un sentiment d'unité psychosomatique

2.2.3. L'imitation pour se réapproprier son corps

Au cours des différentes descriptions de séances dans la partie clinique, j'évoque le fait que Maria peut avoir recours à l'imitation lors des différentes mises en mouvement. L'imitation étant un moyen utilisé par l'enfant dans son développement pour s'approprier son corps, il me paraît intéressant de m'appuyer sur les capacités d'imitation de Maria pour l'accompagner dans la réappropriation de son corps.

Cette réappropriation du corps passe tout d'abord par le corps du psychomotricien. Moyano (2014) rappelle à quel point l'implication corporelle et motrice du psychomotricien est essentielle. En effet, si l'on se base sur le système miroir, le partage des représentations motrices permet au patient « d'acquérir la capacité à imiter et à intérioriser l'expérience motrice du psychomotricien dans son propre système de représentation » (Moyano, 2014, p. 293). Le psychomotricien devient alors un support d'apprentissage moteur et joue le rôle d'un miroir structurant. Cette notion de miroir structurant renvoie à ce que Moyano appelle la relation au double où le corps de l'autre, et dans ce cas du psychomotricien, devient le référentiel du patient. Le but du thérapeute sera alors de devenir un miroir structurant où il ne sera plus le simple reflet du patient mais il lui permettra de voir ce qu'il va bientôt devenir.

Observant un manque d'appuis stables et sécurisants chez Maria, son corps n'est pas son référent mais elle s'appuie au contraire sur le corps de l'autre, ce qui revient à la notion de relation au double de Moyano.

De plus, l'imitation chez Maria passe tout d'abord par la projection où je suis alors un réceptacle des vécus corporels de Maria. Une fois ces vécus angoissants mis à distance, Maria peut s'appuyer sur mon vécu pour se l'approprier. Ceci évoque un type de relation d'ordre fusionnel. Le fait qu'elle puisse s'approprier mon vécu corporel ou bien qu'elle soit dans l'imitation de mes gestes m'évoque la notion d'imitation fusionnelle utilisée par Defiolles-Peltier (2010). Cette imitation permet au patient de progressivement identifier son propre espace corporel et ainsi construire son espace psychocorporel. Puis, par l'imitation en différé, le patient pourra se distancer du thérapeute, retrouver ses propres sensations et éprouver son corps comme un contenant, une enveloppe. Ce que Defiolles-Peltier évoque ici concerne des patients en état de psychose aiguë. Dans le cas de Maria, du fait de sa pathologie, on peut retrouver des fonctionnements qui s'apparentent à ceux décrits par Defiolles-Peltier.

Dans le cas de Maria, l'imitation fusionnelle et l'imitation en différé peuvent être présentes dans une même séance. Par exemple, lors de cette séance où nous signifions avec nos mains les creux que forment nos corps dans l'espace, Maria est d'abord en

imitation immédiate de mes mouvements. Puis petit à petit, elle s'approprie ces mouvements pour les faire siens et peut les réutiliser en imitation différée. La distanciation s'effectue d'elle-même sans que j'aie besoin d'intervenir.

De plus, l'imitation met également en jeu le dialogue tonico-émotionnel. En effet, imiter c'est reprendre les mouvements de l'autre et ainsi se mettre au même niveau tonique que celui que l'on imite. Un dialogue tonique se met donc en place entre l'imité et l'imitateur. Néanmoins, en plus d'être au même niveau tonique, l'imitation est également liée à l'empathie, ce qui nous permet d'éprouver les sentiments éprouvés par celui que l'on imite. C'est pour cela que l'imitation implique aussi le dialogue tonico-émotionnel avec un partage des émotions. Et en effet, dans les moments de séances où Maria est en imitation de mes mouvements, nous sommes dans un accordage tonique mais aussi émotionnel, au point d'éprouver un plaisir partagé durant ces instants.

Ainsi, l'imitation est un outil essentiel de la thérapie psychomotrice. Grâce à ses capacités d'imitations et à l'implication corporelle de Julie et de moi-même, Maria pourra s'appuyer sur ses représentations pour pouvoir se réapproprier son corps et développer son sentiment d'unité psychosomatique. De plus, grâce au dialogue tonico-émotionnel, Maria pourra investir son corps et ses mouvements dans le plaisir et non plus par des sensations désagréables telles que la douleur.

CONCLUSION GÉNÉRALE

CONCLUSION GÉNÉRALE

Ces trois années de formation furent riches en émotions, en apprentissages, en découvertes et se ponctuent par cet exercice d'écriture loin d'être facile : le mémoire. Cet écrit est rempli des moments de joie, de plaisir, de partage mais aussi de peur et de doute vécus et éprouvés durant ces trois années. Et tout ceci entouré par un contexte sanitaire bien particulier, celui de la pandémie du Coronavirus. En plus d'impacter notre vie personnelle, les prises en charge en psychomotricité s'en sont trouvées affectées : le masque empêchant de voir nos visages, les contacts corporels limités ... Pour ainsi dire, tout ce qui fait la spécificité de notre métier. Mais, l'autre particularité qui fait de nous des psychomotriciens est notre capacité à s'adapter. S'adapter aux nouvelles de mesures sanitaires mais aussi et avant tout, à notre patient pour lui proposer une prise en charge ajustée à sa problématique.

Tel fut le cas pour Maria, cette patiente complexe et aux présentations diverses. Au début, prise dans une confusion, il m'a fallu du temps pour comprendre comment cette patiente investit et habite son corps. Le passage par l'écriture des séances et la mise en lien de mes observations avec mes apports théoriques m'ont permis de clarifier et de cerner plus précisément ce qui caractérise la problématique de Maria. C'est en posant mes propres limites que j'ai pu accompagner Maria dans la découverte des siennes. Par un travail autour de la prise de conscience de ses sensations corporelles, Maria a pu s'appuyer sur les différentes propositions faites en psychomotricité pour amorcer un début de représentation d'unité psychocorporelle.

Du fait d'un déménagement récent, Maria change de secteur de prise en charge et de CMP. Elle ne pourra plus bénéficier d'une prise en charge en psychomotricité d'ici fin juin 2021. Ce relais est une source d'anxiété importante, réveillant chez Maria des angoisses de séparation et d'abandon. Pour l'accompagner au mieux dans ce changement, le soin en psychomotricité est davantage axé sur la prise de conscience de

ses appuis internes, pour lui permettre d'éprouver la séparation sans pour autant que cela soit destructeur.

Cette modification du projet de soin de Maria permet d'ouvrir sur un sujet abordé dans ce mémoire mais qui mérite que l'on creuse davantage. Il s'agit de se questionner sur ce que l'on peut mettre en place en psychomotricité pour permettre au patient état-limite de vivre les moments de séparation et d'abandon plus sereinement.

BIBLIOGRAPHIE

- Ajuriaguerra, J. de, & Angelergues, R. (2017). De la psychomotricité au corps dans la relation avec autrui. In F. Joly & G. Labès, *Corps, tonus et psychomotricité* (p. 185-196). VG Editions; (Œuvre originale publiée en 1962).
- American Psychiatric Association. (2016). Personnalité borderline. In M.-A. Crocq & J. D. Guelfi (Trad.), *DSM-5 ® : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (p. 862-866). Elsevier Masson.
- André, P. (2006). Perversions, psychopathie, états limites. In *Psychiatrie de l'adulte : Formations médicales et paramédicales* (4e édition revue et augmentée, p. 99-112). Heures de France.
- André, P., Benavidès, T., & Giromini, F. (2004). Chapitre 5—Les états limites. In *Corps et psychiatrie* (2e édition révisée et augmentée, p. 117-123). Heures de France.
- Anzieu, D. (1995a). Fonctions du Moi-peau. In *Le moi-peau* (p. 119-137). Dunod.
- Anzieu, D. (1995b). La notion de Moi-peau. In *Le moi-peau* (p. 57-66). Dunod.
- Anzieu, D. (1995c). L'enveloppe sonore. In *Le moi-peau* (p. 183-198). Dunod.
- Buot de l'Épine, F. (2016). *Comment s'installer dans la maison de son corps ? : Soutenir la restauration d'un sentiment d'enveloppe auprès d'une enfant reçue pour instabilité psychomotrice* [Mémoire de psychomotricité, Université Claude Bernard Lyon 1]. BU Lyon 1.

- Carric, J.-C., & Soufir, B. (2014a). Sensation. In *Lexique : Pour le psychomotricien* (p. 231). Vernazobres-Gregó : ERA.
- Carric, J.-C., & Soufir, B. (2014b). Tonicité. In *Lexique : Pour le psychomotricien* (p. 253). Vernazobres-Gregó : ERA.
- Carric, J.-C., & Soufir, B. (2014c). Tonus d'action. In *Lexique : Pour le psychomotricien* (p. 255). Vernazobres-Gregó : ERA.
- Charpentier, E. (2017). Chapitre 2. Toucher. In *Le toucher thérapeutique chez la personne âgée* (p. 9-16). Solal.
- Defiolles-Peltier, V. (2010). 5- Apports thérapeutiques de cette étude. In *Les vérités du corps dans les psychoses aiguës* (p. 243-272). Vernazobres-Gregó.
- Duquesne, J.-L. (2015). Une possible lecture winnicottienne du travail groupal. *Empan*, 3(99), 64-70. <https://doi.org/10.3917/empa.099.0064>
- Estellon, V. (2019). Introduction. In *Les états-limites* (5e éd., p. 3-13). Presses Universitaires de France. <https://www-cairn-info.docelec.univ-lyon1.fr/les-etats-limites--9782715401235-page-3.htm>
- Gadesaude, S. (2019). Chapitre 29 : Une contenance thérapeutique. In É. W. Pireyre, B. Meurin, T. Vennat, J. Lobbé, & S. Gadesaude, *Autisme, corps et psychomotricité Approches plurielles* (p. 175-179). Dunod.
- Guillain, A., & Pry, R. (2012). D'un miroir l'autre. Fonction posturale et neurones miroirs. *Bulletin de psychologie*, 2 (518), 115-127. <https://doi.org/10.3917/bupsy.518.0115>

Larousse. (s. d.). Sensorialité. In *Larousse en ligne*. Consulté 16 mai 2021, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sensorialite/72120>

Lesage, B. (2014). La création du corps. In *La danse dans le processus thérapeutique : Fondements, outils et clinique en danse-thérapie* (p. 13-30). Érés.

Lindecker, M. (2017). *Imitation et représentation du corps : De l'intérêt des expériences imitatives comme support d'étayage des représentations du corps dans la clinique d'enfants avec autisme* [Mémoire de psychomotricité, Université Claude Bernard Lyon 1]. BU Lyon 1.

Meurin, B. (2019). Chapitre 33 : Sacha et les enveloppes. In É. W. Pireyre, S. Gadesaude, J. Lobbé, B. Meurin, & T. Vennat, *Autisme, corps et psychomotricité Approches plurielles* (p. 195-198). Dunod.

Moyano, O. (2014). Du corps au psychisme : La relation d'implication, un miroir structurant. In J. Boutinaud, F. Joly, O. Moyano, & M. Rodriguez, *Où en est la psychomotricité? : État des lieux et perspectives : Pour une approche psychodynamique*. (p. 287-294). Editions In Press.

Parseval, C. de. (2007). De Ferenczi à Winnicott : Le « nourrisson savant » et le faux self. *Le Coq-heron*, 2(189), 122-141. <https://doi.org/10.3917/cohe.189.0122>

Pireyre, É. W. (2015a). Chapitre 9. Le tonus. In *Clinique de l'image du corps* (p. 99-112). Dunod. https://www-cairn-info.docelec.univ-lyon1.fr/feuilleter.php?ID_ARTICLE=DUNOD_PIREY_2015_01_0099

- Pireyre, É. W. (2015b). Chapitre 12. Les angoisses corporelles archaïques. In *Clinique de l'image du corps* (p. 141-156). Dunod. <https://www-cairn-info.docelec.univ-lyon1.fr/clinique-de-l-image-du-corps--9782100721863-page-141.htm>
- Potel, C. (2019a). 4. Un corps à soi. In *Être psychomotricien—Un métier du présent, un métier d'avenir* (p. 77-90). ERES. https://www-cairn-info.docelec.univ-lyon1.fr/feuilleter.php?ID_ARTICLE=ERES_POTEL_2019_01_0077
- Potel, C. (2019b). 19. La question du cadre thérapeutique. In *Être psychomotricien—Un métier du présent, un métier d'avenir* (p. 357-381). ERES. <https://www-cairn-info.docelec.univ-lyon1.fr/etre-psychomotricien--9782749264264-page-357.htm>
- Prat, R. (2014). Aux origines du narcissisme : Le corps et l'autre. Nature des expériences relationnelles et corporelles précoces. Le rythme et le territoire. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 4(1), 25-59. <https://doi.org/10.3917/jpe.007.0025>
- Robert-Ouvray, S. (2017). *Intégration motrice et développement psychique : Une théorie de la psychomotricité*. Desclée de Brouwer. <http://unr-ra.scholarvox.com.docelec.univ-lyon1.fr/book/88878917>
- Winnicott, D. W. (2018). Le rôle de miroir de la mère et de la famille dans le développement de l'enfant. In *Jeu et réalité : L'espace potentiel* (p. 203-214). Gallimard; (Œuvre originale publiée en 1975).
- Wintrebert, D. (2016). Faut-il distinguer états limites et borderline? *L'information psychiatrique*, 92(1), 45-48. <https://doi.org/10.1684/ipe.2015.1433>

Signature du maître de mémoire

~~Jaguo~~ LAZARO Justine.

Auteur : Fiona BERNAY

Titre :

Psychomotricité et État-limite : à la recherche d'un sentiment d'unité psychocorporelle

Mots - clés : état-limite – unité psychocorporelle – enveloppe corporopsychique – sensations corporelles / borderline – bodily unit – bodily envelope - body sensations

Résumé :

La constitution d'une unité psychocorporelle est une étape importante du développement de l'enfant. Grâce à celle-ci, il nous est possible de différencier soi et l'autre. Toutefois, lorsqu'elle est défaillante, on peut observer des pathologies psychiatriques. C'est le cas de Maria, 48 ans, diagnostiquée état-limite. Grâce à un travail autour des appuis, du tonus et des enveloppes corporopsychiques, nous aborderons la question suivante : comment la thérapie psychomotrice permet-elle à un patient état-limite de prendre conscience de ses sensations corporelles pour amener un sentiment d'unité psychocorporelle ?

The construction of a bodily unit is an essential stage in the child's development. Thanks to this, it is possible for us to distinguish ourself from the other. However, when this unity is compromised, psychiatric diseases can appear which is the case for Maria, a 48-year-old woman with border personality disorder (BPD). Thanks to a work on supports, tonicity and the perception of psychological and bodily envelope, we will try to answer the following question : how can the psychomotor therapy help a patient with BPD to become aware of her body sensations and find a sense of unity in her body ?