



<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

La thérapie psychomotrice au service de l'individuation d'une
patiente ancrée en position anaclitique

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

Par : Claire CELLIER

Juin 2021 (Session 1)

N° 1613

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

La thérapie psychomotrice au service de l'individuation d'une
patiente ancrée en position anaclitique

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

Par : Claire CELLIER

Juin 2021 (Session 1)

N° 1613

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

Je tiens en premier lieu à remercier ma maîtresse de mémoire Audrey Maire pour son temps et son aide durant la rédaction de ce mémoire.

Je remercie également ma maîtresse de stage Dorothée, citée dans ce mémoire, pour son temps, son énergie et sa bienveillance. Merci d'avoir toujours su me guider au mieux dans mes réflexions et d'avoir tant enrichi mes connaissances et ma pratique tout au long de cette année.

Pour rester dans le domaine de mon stage de troisième année, j'adresse un remerciement tout particulier à madame S, patiente sur qui repose ce mémoire et qui m'aura sans le savoir apporté énormément de choses durant cette année.

Merci à toute l'équipe pédagogique, aux différents maîtres de stage et autres professionnels que j'ai pu rencontrer lors de mes études.

Enfin, je remercie mon entourage et plus particulièrement mes sept amies, si importantes depuis les premiers jours de formation : Marie H, Emma C, Elsa L, Marie D, Ambre C, Charlène L et Marie P. Ces études n'auraient pas été les mêmes sans vous.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
PARTIE CLINIQUE	3
1 Présentation du lieu de stage	3
1.1 Cadre du stage.....	3
1.1.1 Prises en charge internes à l'unité de médecine psychiatrique.....	3
1.1.2 Prises en charge externes à l'unité de médecine psychiatrique	4
1.2 La psychomotricité en psychiatrie	5
1.3 Première approche personnelle et professionnelle de la psychiatrie	7
2 Étude de cas, Madame S	9
2.1 Présentation et éléments d'anamnèse.....	9
2.2 Première(s) rencontre(s).....	11
2.3 Observations psychomotrices et projet de soin	13
2.4 Observations cliniques	15
2.4.1 Cadre général des séances	15
2.4.2 Défaillance des repères corporels propres.....	16
2.4.3 Défaillance des repères externes et exploration inopérante.....	20
2.4.4 Besoin d'appuis externes	23
PARTIE THÉORIQUE	26
1 L'organisation anaclitique	26
1.1 Définition	26
1.1.1 La dépression anaclitique.....	26
1.1.2 La relation d'objet anaclitique	28
1.2 Enjeux psychiques.....	29
1.2.1 Le Moi anaclitique.....	29
1.2.2 Angoisses de perte et d'abandon	30

1.2.3	<i>Clivage</i>	31
1.3	Enjeux corporels	32
1.3.1	<i>Auto-agressivité et passages à l'acte sur le corps</i>	32
1.3.2	<i>Impact sur la construction des repères corporels propres</i>	33
2	Le processus d'individuation	34
2.1	Construction du Moi psychique	34
2.1.1	<i>De la symbiose à l'individualisation</i>	34
2.1.2	<i>Notion de dépendance</i>	36
2.2	Construction du Moi corporel et conscience de soi	37
2.2.1	<i>Notions inhérentes à la conscience de Soi</i>	37
2.2.2	<i>Intégration des « systèmes »</i>	40
2.2.3	<i>Intégration motrice et conscience de soi</i>	42
2.2.4	<i>Sensorialité et conscience de soi</i>	44
2.3	Attachement et attitude exploratoire	47
	PARTIE THÉORICO-CLINIQUE	50
1	D'une meilleure intégration de soi	50
1.1	Perception des systèmes.....	52
1.1.1	<i>Intégration du système squelettique et des ancrages</i>	52
1.1.2	<i>Intégration du système tonique et musculaire</i>	54
1.1.3	<i>Intégration du système de la peau</i>	55
1.2	Intégration de l'axialité par les schèmes moteurs	57
1.2.1	<i>Travail sur les enroulements et déroulements</i>	58
1.2.2	<i>Mouvements symétriques et asymétriques</i>	59
1.2.3	<i>Travail sur les coordinations</i>	60
2	Vers une ouverture à l'environnement	61
2.1	Le modelage de l'argile.....	61
2.2	Exploration de l'espace	63
2.2.1	<i>Fauteuil</i>	63
2.2.2	<i>Chambre</i>	65

3	Un tournant dans la prise en soins	66
3.1	Apparition du syndrome catatonique	66
3.2	La question du projet de soin	68
3.2.1	<i>Un métier d'adaptation.....</i>	<i>68</i>
3.2.2	<i>Nouvelles pistes de soin.....</i>	<i>68</i>
3.2.3	<i>Clinique de l'infirme</i>	<i>70</i>
3.3	Ce qui reste en suspens... ..	71
	CONCLUSION.....	73
	BIBLIOGRAPHIE	

LEXIQUE

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

APA : Professeur d'activités physiques adaptées

SPDT : Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers

SPPI : Soins Psychiatriques en cas de Péril Imminent

SPDRE : Soins Psychiatriques à la Demande d'un Représentant de l'État

CMP : Centre Médico-Psychologique

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

ECT : Électroconvulsivothérapie

INTRODUCTION

Les troubles psychiatriques se trouvent au carrefour de nombreuses disciplines. Ils entrecroisent diverses problématiques actuelles telles que la responsabilité, la vulnérabilité, l'éthique, et convoquent la perception de l'être dans sa globalité. Bien qu'il s'agisse du secteur de la santé mentale, le corps y occupe une place prépondérante et c'est en cela que le travail en psychomotricité s'y trouve à mon sens pertinent.

En tant que stagiaire psychomotricienne, la réalité du terrain psychiatrique est venue de nombreuses fois remettre en perspective mes ambitions professionnelles et mes limites. Comment assurer sa place auprès de patients qui ne trouvent pas la leur ? Comment faire face à ce qui nous échappe et nous fait violence ? Au-delà des qualités professionnelles propres au statut de « psychomotricien » figure selon moi un autre aspect, plus inconscient, qui nous pousse à nous investir en tant que personne dans le suivi de nos patients et à espérer une évolution positive qui répondrait à cet investissement. Comment alors appréhender les régressions soudaines, leur donner sens et s'adapter en conséquence ? Le secteur de la psychiatrie adulte est un bon formateur à l'école de la clinique de l'infirme.

Lors de mon stage en psychiatrie adulte, je rencontre madame S. Cette patiente m'est décrite comme ancrée dans une position anaclitique à l'égard de son mari, récemment décédé. Au cours du suivi, je constate que madame S ne parvient pas à retrouver ses propres ressources et repères corporels depuis le décès de son époux. C'est comme si son individualité s'était confondue puis perdue dans la relation fusionnelle du couple. Parfois abandonnique, d'autrefois agressive, la personnalité de madame S semble faite de paradoxes auxquels il faut s'ajuster pour tenter de l'accompagner au mieux. La question du corps propre, de l'individuation, prend tout son sens au cœur de cette prise en soin.

De mon cheminement durant cette année et de mes observations cliniques émergent de nombreux questionnements et hypothèses. Ceux-ci me mènent à formuler la problématique centrale de cet écrit : en quoi les séances de psychomotricité peuvent-elles venir soutenir le processus de ré-individuation chez une patiente ancrée dans une position anaclitique ?

Pour tenter d'appréhender au mieux cette question, je commencerai par une partie consacrée à la clinique dans laquelle je détaillerai le lieu de stage et les éléments relatifs à la prise en soins de madame S. Dans un second temps, j'apporterai certaines références théoriques qui me semblent utiles dans la compréhension des éléments cliniques observés auprès de ma patiente. Pour terminer, je tenterai de croiser les aspects cliniques et théoriques afin de donner une représentation éclairée et détaillée de ce qui a pu être proposé lors du suivi psychomoteur de madame S.

PARTIE CLINIQUE

1 PRÉSENTATION DU LIEU DE STAGE

1.1 Cadre du stage

Au cours de ma troisième année d'études de psychomotricité, je réalise l'un de mes stages dans le domaine de la psychiatrie adulte. Initialement, ce stage aurait dû se dérouler au sein d'un service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) psychiatrique et d'une unité de médecine psychiatrique. Ces deux unités se situent côte à côte et sont incluses dans un vaste hôpital psychiatrique. Malheureusement, en raison du contexte sanitaire de l'année 2020-2021, un réaménagement des services de l'hôpital a eu lieu avant mon arrivée. Le SSR s'est vu dédié à l'accueil des patients porteurs du virus Covid-19. Ma maître de stage n'intervient donc plus que sur l'unité de médecine psychiatrique, où l'on retrouve toutefois certains patients du SSR, hospitalisés pour un suivi en rééducation.

À raison d'un jour par semaine pendant toute l'année scolaire, j'ai donc principalement pu évoluer au sein de cette unité de médecine. Parfois, il arrive également à ma maître de stage d'être sollicitée pour des consultations extérieures au service et notamment pour intervenir sur des unités d'hospitalisations psychiatriques de l'hôpital.

1.1.1 Prises en charge internes à l'unité de médecine psychiatrique

Les patients rencontrés au sein de l'unité de médecine présentent en premier lieu des troubles somatiques. Néanmoins, pour être pris en soins au sein de cette unité à dimension psychiatrique, ceux-ci doivent nécessairement avoir déjà eu recours aux soins psychiatriques au cours de leur vie. Certains patients arrivent en crise, tandis que d'autres sont stabilisés sur le plan psychiatrique. De manière générale, je rencontre une majorité de patients pour des suivis post-opératoire ou post-traumatique. Nombreux d'entre eux sont hospitalisés dans ce service à la suite d'une tentative de suicide par défenestration ou par ingestion de produits toxiques. D'autres en revanche sont simplement suivis pour une affection médicale comme

ce pourrait être le cas dans toute unité de médecine. Les durées de prise en soins varient mais sont généralement assez courtes dans ce service.

L'équipe soignante de l'unité est constituée de deux médecins, un psychiatre référent, des infirmiers, des aides-soignants, un psychologue, trois kinésithérapeutes, un professeur d'activités physiques adaptées (APA) et une psychomotricienne. Les patients peuvent également se tourner vers une assistante sociale si besoin. Par ailleurs, l'unité dispose de seize lits d'hospitalisation. Certaines chambres sont individuelles mais la majorité d'entre elles sont encore doubles. Le seul espace commun de l'unité est le réfectoire où les patients n'ont plus le droit de se rendre aux vues de la situation sanitaire.

Pour les prises en charge en psychomotricité, nous rencontrons essentiellement les patients en chambre, en respectant au maximum l'intimité de ceux-ci. Parfois, quand l'état du patient le permet, nous descendons à l'étage inférieur où se trouve un plateau de rééducation que nous partageons avec les kinésithérapeutes du service et le professeur APA. Ce plateau offre la possibilité au patient de se mettre en mouvement dans un espace plus important, avec davantage de matériel. Il dispose entre autres d'un espalier, d'un trampoline, d'une table de massage basse et large, de barres parallèles dédiées à la marche, de pédaliers, et de multiples accessoires intéressants du point de vue psychomoteur (élastiques, ballons, tissus, etc...). Au sein de ce plateau se trouvent également deux salles de massages, petites et épurées. À l'intérieur de celles-ci sont disposés une table de massage, un lavabo et une lampe chauffante. Nous pouvons également utiliser ces salles pour nos suivis psychomoteurs.

1.1.2 Prises en charge externes à l'unité de médecine psychiatrique

Au cours de ce stage, je suis également amenée à intervenir sur des unités d'hospitalisations psychiatriques extérieures à l'unité de médecine. Ces unités se trouvent au sein du complexe de l'hôpital. Elles sont dédiées à des patients qui présentent au premier plan des troubles d'ordre psychiatrique. Nous y rencontrons donc plus fréquemment des patients en crise. Le projet de soin pour ces patients n'est, de ce fait, pas le même que dans l'unité de médecine. C'est dans l'une de ces unités que j'ai pu rencontrer la patiente choisie

pour mon étude de cas, et c'est donc sur cette unité que je m'appuierai pour la description des prises en soins que je nommerai ici « externes ».

Au sein de cette unité d'hospitalisations psychiatriques, les séjours sont plutôt longs. Il existe différents modes d'hospitalisations, réalisés sous contrainte ou non. Les troubles psychiatriques peuvent en effet impliquer une altération du jugement rendant difficile le consentement et les capacités de discernement des patients. Parmi les hospitalisations sous contrainte, les Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers (SPDT) et les Soins Psychiatriques en cas de Péril Imminent (SPPI) sont mis en place si le patient concerné manifeste respectivement des troubles mentaux nécessitant une vigilance accrue ou mettant en danger son intégrité. Ces types d'hospitalisations sont mis en place si les troubles mentaux du patient impactent également ses possibilités de consentement. Il existe également une possibilité de Soins Psychiatriques à la Demande d'un Représentant de l'État (SPDRE) si les troubles psychiatriques portent atteinte à la sécurité de la personne ou au maintien de l'ordre public. Dans cette unité séjournent des patients aux différents profils psychiatriques : schizophrénie, dépression, etc... Les diagnostics ne sont pas toujours évidents et il convient pour nous, psychomotriciens, de nous adapter à chaque patient.

Pour prendre en charge les patients de ces unités, nous pouvons également les accueillir au sein de notre plateau de rééducation. Un service ambulancier propre à l'hôpital se charge des transferts des patients entre les unités. Autrement, nous pouvons aussi nous déplacer jusqu'à eux et les rencontrer dans leur chambre.

1.2 La psychomotricité en psychiatrie

Du fait des durées d'hospitalisations différentes et des pathologies psychiatriques qui se positionnent plus ou moins au premier plan dans ce type d'unités, les projets de soin et les modalités des suivis psychomoteurs diffèrent entre le service de médecine psychiatrique et le service d'hospitalisations psychiatriques. Lors de ce stage, j'ai donc pu appréhender différents versants du même métier de psychomotricien.

Au sein de l'unité de médecine, l'approche de ma maître de stage semble davantage rééducative. La majorité des patients rencontrés présentent des fractures, des affections

somatiques qui impactent le mouvement, des récupérations difficiles faisant suite à des opérations. Ces patients sont prioritairement pris en charge par les kinésithérapeutes qui ont également quitté le SSR pour rejoindre ce service depuis le début de la pandémie.

En tant que psychomotriciens, nous devons trouver notre place afin de proposer une prise en soins la plus complémentaire possible à celle de nos collègues. Généralement, nous travaillons dans ce service en amont des kinésithérapeutes en favorisant chez les patients la conscience du corps, des qualités d'ancrages et des appuis. Cela a pour but de faciliter la verticalisation et la marche entre les barres parallèles lors des séances de kinésithérapie. Certains patients néanmoins, bien qu'hospitalisés pour des symptômes somatiques, nous livrent dès les premières rencontres un bagage psychomoteur lourd auquel il faut nous adapter en quittant cet aspect rééducatif habituel pour l'élargir à une prise en soins incluant davantage l'aspect psychologique et émotionnel du patient.

En unité d'hospitalisations psychiatriques, l'approche psychomotrice est différente. Les patients bénéficient généralement en premier lieu de traitements médicamenteux pour apaiser les symptômes dus à leurs troubles psychiatriques tels que les hallucinations. Toutefois, j'ai pu constater lors de ce stage que la question du corps occupe une part primordiale dans la prise en soins des troubles psychiatriques. Très souvent, les patients ne sont plus en lien avec leur corps. Les médicaments, les tentatives de suicides, les conduites à risques mettant en jeu le corps ou encore les autres formes de passages à l'acte contribuent à une rupture non négligeable entre le psychisme et le corporel.

Le corps des patients porteurs de troubles psychiatriques est régulièrement vécu comme un lieu de souffrance, d'angoisses, ce qui conduit à son désinvestissement. Le travail en psychomotricité se trouve donc selon moi très pertinent dans ce type de service. La thérapie psychomotrice vise alors très souvent à la réappropriation du corps propre par la mise en place de différents moyens pour éprouver son corps, autrement que par la souffrance et les passages à l'acte. La psychomotricité cherche à favoriser le réinvestissement positif du corps. Pour cela, nous pouvons proposer plusieurs expériences corporelles par le biais de diverses médiations et tenter d'apporter du plaisir corporel au patient.

1.3 Première approche personnelle et professionnelle de la psychiatrie

Ce stage dans le domaine de la psychiatrie adulte découle initialement d'une envie de découvrir ce qui n'est finalement que trop peu décrit, ou du moins mal décrit, dans la société actuelle. Il me semble en effet qu'il existe encore un tabou important concernant le recours aux soins psychiatriques en général. Cela est notamment mis en évidence par l'évaluation de la quantité de personnes suicidées qui n'ont pas, par honte, sollicité l'aide extérieure de leurs proches ou d'un médecin avant de passer à l'acte. Les différents médias ainsi que l'industrie cinématographique contribuent et entretiennent à mon sens depuis longtemps cette image étrange que l'on accorde aux hôpitaux psychiatriques, allant parfois jusqu'à leur donner une connotation presque paranormale. Il est donc compréhensible que de tels établissements puissent questionner et intriguer. Toutefois, l'expérience que j'y ai vécu en tant que stagiaire m'a montré un aspect différent des troubles mentaux.

Certes, le complexe hospitalier psychiatrique s'inscrit dans un cadre spatio-temporel particulier. L'espace et le temps semblent en dehors de la réalité. Il m'est arrivée plusieurs fois de me dire qu'en passant le portail du parc, j'entrais dans un autre monde le temps d'une journée. Je pense que cela est entre autres favorisé par le cloisonnement de l'espace, le besoin de clefs spécifiques pour circuler d'un service à un autre ou encore par la déambulation des soignants en blouse blanche et des patients aux possibles troubles corporels associés. Mes premiers pas dans ces lieux ne se sont pas toujours faits en toute sérénité. Les préjugés que l'on connaît comme la violence incontrôlable ou la folie des patients se sont quelques fois rappelés à moi lorsque je me retrouvais seule. J'ai évidemment appris au cours de ce stage à envisager différemment les pathologies psychiatriques, si bien sur le versant professionnel que personnel.

Un stage en psychiatrie me semble réellement important au cours des études de psychomotricité et d'autant plus après tout ce que j'ai pu y découvrir. Au-delà des désordres psychiques, le corps occupe une place fondamentale dans le soin psychiatrique. La psychomotricité y joue donc selon moi un rôle très pertinent. Lors de ce stage, j'ai dû plusieurs fois adapter ma posture professionnelle, peut-être davantage que dans mes autres lieux de stage auparavant. J'ai parfois pu être soumise à des images impliquant le corps qui

m'ont fait violence : des corps accidentés, des corps porteurs de sévices, des corps meurtris par l'angoisse, etc... Les troubles psychiatriques s'inscrivent indéniablement dans le corps et c'est un aspect que l'on n'envisage pas forcément avant d'en être témoin. Il faut être capable de s'armer face à ces images et accepter que nous ne puissions pas comprendre entièrement le lien qu'entretiennent les patients avec leur corps. Leurs ressentis à l'égard de leur corps ne sont en effet pas toujours transposables du point de vue de notre réalité.

Un autre aspect que j'ai beaucoup rencontré durant ce stage est la confrontation au désir de mort des patients, ce qui ne m'était jamais arrivée auparavant. Encore une fois, il s'agit d'un travail de posture soignante pour parvenir à mettre à l'écart nos idéaux personnels et pouvoir entrer dans une compréhension plus profonde des volontés du patient. S'il y a quelque chose que j'ai pu retenir de ce stage en psychiatrie, c'est que contrairement au tableau que l'on dépeint des pathologies psychiatriques en général, les actes sont rarement immotivés. Bien souvent, ce sont les modes d'expressions qui ne sont pas adaptés et même poussés à l'extrême mais ceux-ci traduisent en réalité une souffrance réelle, de l'angoisse ou autre. Comprendre cela et travailler ma posture professionnelle de psychomotricienne en conséquence m'a été vraiment bénéfique au cours de ce stage, notamment dans mon approche des patients.

Cette expérience a également été très riche pour moi d'un point de vue personnel. Je pense qu'une telle immersion dans les soins psychiatriques, d'autant plus en tant que stagiaire, ouvre l'esprit et développe inévitablement l'empathie.

2 ÉTUDE DE CAS, MADAME S

Pour cette étude de cas, j'ai choisi de relater mon expérience avec une patiente que je nommerai ici madame S.

2.1 Présentation et éléments d'anamnèse

Madame S est âgée de 68 ans à ce jour et est hospitalisée au sein d'une unité psychiatrique sous SPDT à la suite d'un signalement effectué par ses deux filles de 43 et 39 ans. Depuis 2008, la patiente se rend de façon hebdomadaire dans un Centre Médico-Psychologique (CMP) où elle bénéficie d'un suivi psychologique visant à l'accompagner dans la gestion de son syndrome anxiodépressif. Les éléments ci-après ont été recueillis dans le dossier de la patiente.

En 2013, madame est une première fois hospitalisée en unité psychiatrique sur demande de ses proches, mari et filles, qui relatent une agitation grandissante au domicile avec notamment de l'hétéro-agressivité et des menaces suicidaires. Les psychiatres ayant rencontré madame S à cette période décrivent un contexte de conjugopathie entre la patiente et son mari. Celui-ci aurait des antécédents d'alcoolisme et des violences mutuelles auraient régulièrement lieu au domicile. Lors de cette hospitalisation, madame S présente un discours de banalisation de ses troubles et nie toute forme d'idées suicidaires. Madame explique être davantage impactée par la maladie de Basedow (maladie hyperthyroïdienne auto-immune) qui induit une détérioration progressive de sa vision. Elle explique être gênée par le regard des gens vis-à-vis de ses yeux qui s'exorbitent et s'opacifient. Au cours de ce séjour, les soignants définissent un épisode dépressif sévère. Après cette hospitalisation, madame retourne vivre chez elle auprès de son mari.

Un second signalement de la part des filles de madame a lieu en juin 2020. À la suite du décès du mari dans le lit conjugal durant la nuit, madame se retrouve dans une position de profonde prostration au-dessus du défunt corps et manifeste par ailleurs une agitation anxieuse majeure. Un service socio-médical ainsi que les forces de l'ordre sont appelés à se rendre au domicile pour que madame puisse se séparer du corps. Le décès du mari s'inscrit

dans une phase de déclin somatique due à un cancer généralisé. Ce n'est donc pas un évènement soudain. Les jours avant sa mort, madame S vivait au rythme de son mari : elle mangeait quand il mangeait, buvait en même temps que lui, etc...

La patiente présente une réaction de deuil d'emblée pathologique, évoquant une bouffée délirante aigüe se manifestant par des idées délirantes polymorphes, labiles, avec une forte participation thymique. Dès son entrée dans le service de psychiatrie, madame rencontre un psychiatre pour un entretien. Il ressort de cet entretien que madame S exprime une grande tristesse en lien avec le décès de son mari. Il semblerait que la patiente n'ait pas réalisé ces derniers mois la gravité de la maladie de son mari. Lors de l'entretien, madame S évoque également l'envie de retourner au domicile "passer du temps avec lui" et de pouvoir "appeler ses proches", ce qui laisse penser à une forme de déni vis-à-vis de la situation. Elle n'évoque dans un premier temps pas d'idées suicidaires. Cependant, selon des éléments rapportés par sa fille, madame S aurait, au cours des quelques jours précédent cet événement, évoqué plusieurs fois le fait de vouloir « en finir » si son mari décédait. Elle aurait également fait une menace de défenestration depuis son balcon, puis de sa fenêtre, et aurait tenté de prendre des médicaments qu'elle avait caché dans sa chambre.

En entretien, la patiente nie ces éléments et exprime de la colère à l'égard de ses filles. Madame S se positionne d'emblée dans un refus des soins proposés. Un risque de passage à l'acte impulsif est alors à craindre selon les psychiatres. De plus, la fille de madame rapporte également la présence depuis plusieurs mois de troubles cognitifs avec aggravation progressive. Madame S "se perdrait régulièrement dans son appartement" et sa vision déficitaire ne laisserait plus la possibilité à la patiente d'être autonome et indépendante chez elle. Les aidants, représentés jusqu'alors par l'entourage familial de la patiente, se disent épuisés et ne souhaitent plus prendre en charge madame S au quotidien. Une mesure de SPDT est alors actée et madame S est hospitalisée au sein de l'unité de médecine psychiatrique.

Lors de son arrivée dans l'unité, madame S montre deux visages selon les soignants. De premier abord calme et légitimement triste, elle s'est ensuite délibérément jetée au sol face contre terre, puis s'est ensuite montrée très agitée, de sorte qu'il a fallu la transférer en unité de médecine et l'installer en chambre d'apaisement. Non contenue, madame S a alors essayé

de s'étrangler avec un drap, ce qui a nécessité une mise sous contention. Sa volonté suicidaire semblait très forte aux témoins de la scène mais le lendemain madame S semblait n'avoir aucun souvenir de cet épisode et démentait toute volonté de suicide. De retour dans son service, la patiente a également tenu des propos délirants à tonalité persécutoire : les infirmières n'en seraient finalement pas, elles voudraient la tuer, et la patiente serait victime des "rabatteurs de l'hôpital". Madame S a également soupçonné ses filles de lui vouloir du mal.

La patiente présente selon les soignants un comportement paradoxal au quotidien : elle réclame une certaine autonomie mais montre d'autrefois une attitude régressive. Elle urine et défèque sur elle ou sur le sol en prétextant ne pas trouver les toilettes qui sont dans sa chambre et peut parfois étaler ces selles sur le sol. À d'autres moments, madame S a pu dire qu'elle le faisait volontairement afin d'obtenir de l'attention. Madame refuse dans les premiers temps de s'alimenter et de prendre les traitements du soir. Elle tient parfois des propos orduriers et insultants à l'égard de l'équipe soignante mais manifeste d'autrefois le besoin de leur présence pour se rassurer.

Les psychiatres explorent aujourd'hui plusieurs pistes de diagnostics mais cela reste difficile à établir précisément aux vues des éléments cliniques très variés que présentent madame S. Toutefois, la possibilité d'un trouble de la personnalité *borderline* (état-limite) chez cette patiente a pu être évoquée plusieurs fois en équipe.

2.2 Première(s) rencontre(s)

La première rencontre entre Madame S et ma maître de stage a lieu peu après sa tentative de strangulation dans le service de médecine psychiatrique, c'est-à-dire en juin 2020. Je ne suis alors pas encore stagiaire de l'établissement. Durant ce premier contact, la patiente expose clairement un rapport difficile à son corps qui remonte selon elle à son enfance où un régime drastique qui consistait à l'affamer lui avait été imposé par son médecin. Madame explique alors avoir perdu dix kilogrammes en un mois. Elle se souvient avoir été convaincue qu'elle allait mourir. Une forme de déliaison à son corps se serait alors opérée. Par ailleurs, madame évoque ses troubles oculaires : exorbitation et opacification des yeux, liés à sa maladie de Basedow et à une possible cataracte.

Lors de cet entretien, madame S se présente couchée sur son lit, la tête dans le vide et les yeux retournés de sorte à ne laisser voir que le blanc. Par moments, elle peut faire semblant de dormir et même de ronfler pour ne pas écouter ce que la psychomotricienne lui dit. L'entretien est interrompu par l'entrée dans la chambre du psychiatre. Madame S est ensuite de nouveau transférée dans le service d'hospitalisations psychiatriques et l'équipe soignante qui l'entoure ne fait pas appel à un suivi psychomoteur dans les premiers temps. Nous ne reverrons donc madame S qu'en décembre, soit six mois plus tard, à la suite d'une sollicitation du médecin de son unité d'hospitalisations psychiatriques. Celui-ci juge qu'il serait pertinent de proposer à madame S de s'entretenir avec la psychomotricienne. La patiente, « dont les troubles psychiques semblent fermement ancrés dans le corps » pourrait selon lui retrouver par le biais de ce suivi un apaisement global.

Je fais la rencontre de madame S en décembre 2020 pour une première séance de bilan psychomoteur. Ma maître de stage fait passer les épreuves tandis que j'observe et prends des notes. Je rencontre donc madame S, assise sur son lit, une brosse à cheveux à la main et sortant visiblement de la douche accompagnée par une soignante du service. Il s'agit d'une femme grande, qui se présente ce jour en pyjama d'hôpital. J'ai alors la sensation d'être face à une enfant, timide, qui ne s'exprime que par des réponses courtes et avec une voix peu assurée. Son dos est voûté en avant et sa tête est orientée vers le sol, comme pour se protéger de l'extérieur, de notre présence dans sa chambre. Madame S se montre peu expressive, tant sur le plan corporel que verbal. J'ai alors l'impression qu'elle ne répond qu'à nos demandes, à nos consignes et s'exécute sans que je ne puisse réellement percevoir sa personnalité.

Ayant pris connaissance au préalable de sa cécité, nous décrivons beaucoup nos gestes, nos réactions, sans que cela ne semble faire écho en elle. J'ai l'impression que madame S est éteinte, qu'elle n'habite plus son corps ou bien qu'elle n'ose plus l'habiter. Je me souviens m'être demandée à quel point la perte des repères visuels pouvait donner une impression de néant en soi, au point de ne plus savoir comment utiliser son corps ni même vouloir utiliser ce corps. Je me suis également surprise lors de cette première rencontre à ressentir moi-même une sensation de vide, de confusion. La patiente me renvoyait la difficile impression d'attendre la mort, de n'avoir plus rien à quoi s'accrocher en elle ni même à l'extérieur d'elle.

2.3 Observations psychomotrices et projet de soin

Dans un premier temps, et ce avant de rencontrer madame S, nous rencontrons l'équipe de soignants du service dans lequel est suivie la patiente. L'équipe explique que leur objectif initial était d'accompagner madame dans un renoncement à un retour à domicile. En effet, la patiente semble totalement désorientée chez elle et le logement est mal adapté à ses troubles visuels. Le projet actuel serait donc une admission en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) mais les comportements de la patiente rendraient cette orientation difficile.

D'une manière générale, les soignants qui entourent madame S au quotidien rapportent une alternance entre épisodes où celle-ci exprime sa profonde tristesse, son sentiment d'abandon et d'autres moments où elle entre dans des comportements de provocation : urine sur elle, étale ses selles dans sa chambre, se jette au sol malgré qu'elle sache marcher, fait semblant de dormir et de ne pas se réveiller le matin. Des épisodes confuso-déirants, très persécutants, ont encore lieu. Madame S présente beaucoup d'angoisses, notamment autour de la mort et de l'abandon. Elle semble toujours dans un processus de deuil inachevé. Madame S peut rester des journées entières assises au bord de son lit sans bouger ni se manifester auprès des soignants. Si parfois la patiente a pu laisser soupçonner l'installation d'une démence, les psychiatres s'accordent aujourd'hui à dire que cela reste occasionnel car elle peut aussi se montrer très adaptée et faire preuve de capacités cognitives bien préservées à d'autres moments. Ils décrivent par ailleurs une personnalité « manipulatrice » qui adapte son comportement aux situations.

Toujours selon l'équipe, la patiente témoigne d'un décalage important entre le corps et le psychisme. En effet, madame S est très cultivée et peut échanger avec les soignants de façon tout à fait adaptée. Son corps, en revanche, semble à l'abandon (hygiène, autonomie) et paraît être le vecteur privilégié de l'expression de sa souffrance psychique : madame peut étaler ses excréments, déambuler nue, ne plus se laver ou marcher et aller même jusqu'à s'infliger des fractures. L'équipe décrit également une patiente en recherche d'un lien exclusif. Elle parvient d'ailleurs à verbaliser son besoin de vérifier qu'on l'aime toujours. Dans le même temps, elle inscrit la relation dans une forme d'agressivité passive et active.

Madame S n'aurait enfin toujours pas fait son travail de deuil de son mari : elle y penserait constamment.

Nous rencontrons ensuite madame S directement dans sa chambre. Lors de l'entretien d'anamnèse, madame peut dire qu'elle a deux filles (43 ans et 39 ans) et deux petits -fils. Elle parle longuement de son mari et de la relation très « fusionnelle » qu'ils entretenaient puis explique ne pas avoir compris pourquoi elle n'était pas morte en même temps que lui dans ce lit. Au niveau somatique, nous l'interrogeons sur la présence d'une botte de marche au pied droit mais elle ignore ce qu'il s'est passé. Elle dit avoir droit à l'appui. Elle ne peut pas non plus indiquer la raison de la présence d'un pansement au niveau du second orteil du pied gauche. Concernant sa vision, la patiente explique que sa vue a baissé en raison d'une exophtalmie (avancée du globe oculaire) et de la cataracte (opacification du cristallin). Elle souffre d'une cécité totale à l'œil droit et ne voit que des tâches et des ombres avec l'œil gauche. Au sujet des douleurs, madame décrit des douleurs un peu partout dans le corps. Lorsque nous l'interrogeons sur ses stratégies pour faire face aux douleurs et à l'ennui, madame S explique se nourrir de ses souvenirs heureux du passé. Après l'avoir sollicitée, la patiente parvient à dire qu'elle aimait cuisiner et qu'elle le faisait avec aide encore récemment. Madame dit par ailleurs pouvoir marcher sans canne ni déambulateur et explique avoir besoin d'aide pour descendre ses affaires du placard et les assortir mais être capable ensuite de s'habiller seule. Elle dit être autonome pour faire sa toilette. Enfin, la patiente explique bien manger mais ne pas pouvoir dormir sans médicaments prévus à cet effet.

Nous amorçons alors quelques épreuves de bilans mais celles-ci restent très limitées en raison de la cécité de la patiente. Concernant le schéma corporel, la patiente montre une grande imprécision dans la désignation des parties de son corps. Elle peut se lever seule de son lit et se rasseoir mais ne parvient pas à s'allonger droite dans son lit. Sa désorientation spatio-coporelle s'explique en partie par ses troubles visuels. L'axe du corps est mobile dans tous les plans de l'espace mais madame a tendance à rester en position couchée ou assise, très repliée sur elle-même.

Dans l'espace-temps, madame est très perdue en raison de ses troubles visuels. Pour cette même raison, elle ne se déplace presque pas et a du mal à se situer dans le temps. Enfin, concernant son tonus, la patiente peut faire preuve d'un effondrement tonique par moments.

Son corps s'allonge alors dans tous les plans de l'espace, y compris en arrière, sur le dos, tête dans le vide sans que cela ne la gêne. Cet effondrement physique semble totalement en lien avec sa difficulté à se porter psychologiquement.

En conclusion, le bilan montre que madame S, du fait de sa cécité, reste comme coincée et limitée dans un espace-temps-corps. Si son corps est capable d'une certaine mobilité, elle reste très perdue dans ses repères corporels, ce qui l'empêche d'exploiter ses capacités motrices. Par ailleurs, madame se trouve dans une position anaclitique fortement marquée par les nombreuses allusions à la vie d'avant auprès de son mari avec qui elle entretenait une relation « fusionnelle » depuis plus de 50 ans. Madame manifeste une anhédonie (incapacité du sujet à ressentir les émotions positives) certaine et dit « attendre la mort ».

Le projet de soin psychomoteur pour madame S serait de pouvoir l'aider à élaborer et dépasser ses angoisses afin d'éviter l'effondrement psychique et physique dans lequel elle se place régulièrement. Aussi, ce suivi pourrait permettre d'accompagner la patiente à sortir de sa position anaclitique pour s'inscrire dans un processus de deuil à l'égard de son mari. Pour cela, il serait pertinent de travailler sur les repères internes propres afin de favoriser un processus de ré-individuation, tout cela dans le but d'apaiser sa souffrance psychique et de limiter les passages à l'acte sur son corps.

2.4 Observations cliniques

2.4.1 Cadre général des séances

Après la séance de bilan, nous décidons avec ma maître de stage de recevoir madame S de façon hebdomadaire, chaque mardi. Les six premières séances ont lieu au sein du plateau de rééducation. Nous pensons alors que cela peut être bénéfique à la patiente de sortir de son service et de venir faire rupture avec toutes les angoisses qu'elle associe potentiellement à celui-ci. Pour ces séances, madame est chaque fois accompagnée par les ambulanciers de l'hôpital. Elle arrive toujours en fauteuil roulant, qu'elle laisse en général à l'entrée de la salle pour nous rejoindre ensuite en marchant. Entre la séance de bilan et la première séance de suivi psychomoteur, madame S a en effet pu retirer sa botte de marche. À partir de la sixième séance, le cadre spatial évolue. Pour nous adapter aux besoins de madame S, nous

faisons le choix de rencontrer la patiente en chambre. Celle-ci se sent en effet très angoissée dans son environnement propre qu'elle ne parvient pas à se représenter, ce que je détaillerai plus tard.

Au sein de la séance, madame S se présente chaque fois sous un versant très différent de ce qui a pu être décrit par les soignants lors de la réunion de présentation. Madame S me semble très consciencieuse, soucieuse de bien faire. Elle nous dit reproduire dans sa chambre ce que nous lui proposons en séance. Madame S est également très calme, de bon contact et témoigne d'une curiosité et d'une volonté qui me laissent penser que les séances sont investies avec plaisir. Les soignants nous rapportent également dans les premiers temps qu'ils constatent un changement important du comportement de madame S dans le service et qu'ils associent cela au début de la prise en charge psychomotrice. Madame S se projetterait de nouveau dans le futur, serait de meilleur contact et attendrait chaque séance avec enthousiasme. D'ordre général, cette patiente se présente à mes yeux comme une petite fille qui serait perdue dans un corps et un monde qu'elle ne comprend pas ou plus mais qu'elle souhaite redécouvrir.

2.4.2 Défaillance des repères corporels propres

Ce qui me questionne d'emblée dans le suivi avec madame S est la représentation et la perception que cette patiente peut avoir de son corps.

Je constate dès la première séance que madame S, privée de sa vision, montre de grandes difficultés pour organiser son corps dans l'espace et pour ressentir celui-ci dans les différents mouvements et positions qu'elle adopte. Il lui est par exemple difficile de pouvoir s'asseoir, s'allonger, sur son lit ou dans son fauteuil. Bien qu'elle utilise ses mains afin de se repérer, cela semble inopérant et la patiente s'assoit dans le mauvais sens, ou même parfois à côté du support. De manière générale, il faut toujours la guider avec nos propres corps pour qu'elle puisse s'installer.

Par ailleurs, lors de nos différents exercices corporels, madame S ne parvient que très rarement à se repérer grâce aux consignes orales même les plus simples. Lorsque je lui demande de reculer, elle se baisse en pliant ses jambes, sans initiative de mouvement en

arrière ; lorsque je lui demande d'ouvrir ses bras, comme ce serait le cas pour mimer une embrassade par exemple, madame S les lève en direction du plafond, etc... Bien souvent, je dois accompagner mes consignes verbales d'un toucher sur les zones du corps en question. Il est également fréquent de devoir initier avec mon propre corps les mouvements de madame S. Lors d'un exercice de repoussée dans les jambes par exemple, je place un support souple devant les jambes de la patiente et lui propose de venir enfoncer ce support en poussant dessus avec son pied. Après plusieurs tentatives, la patiente parvient à poser son pied sur le support mais n'initie aucun mouvement. Je lui indique alors qu'il faut pousser, comme si elle souhaitait faire reculer cet objet, mais cela semble encore trop flou. Je dois placer ma main à la place du support et tenter de faire ressentir à madame S la résistance dans mes bras lorsque je repousse sa jambe. Nous parvenons difficilement et après un long temps à réaliser cet exercice. Ces éléments me questionnent sur l'aspect proprioceptif dans le corps de madame S. Je me demande de quelle manière elle ressent son corps en mouvement comme en statique.

Aussi, lors de plusieurs séances, j'ai pu constater que des questions telles que « Pouvez-vous me décrire votre position actuellement ? » ou encore « êtes-vous assise, allongée ou debout ? » réclamaient toujours un temps de réflexion assez important chez madame S, et que la réponse n'était pas toujours en adéquation avec la réalité. Je me suis à plusieurs reprises demandée si la cécité de madame S, et donc le manque de repères visuels externes, pouvait conditionner une telle désorientation de son corps dans l'espace. Ouvrir les bras ou reculer d'un pas nécessite-t-il impérativement un appui visuel ? Percevoir son corps assis ou debout également ? Il me semble qu'à cela s'ajoute en réalité un manque de repères corporels propres, ce qui empêcherait madame S de pouvoir organiser son corps dans son espace même le plus proche : droite, gauche, avant et arrière. Selon l'anamnèse et l'entretien avec la patiente, il est établi que celle-ci a vécu pendant une cinquantaine d'années dans la fusion avec son mari. Je me demande alors si madame S n'aurait pas investi cette relation duelle au point d'en oublier son propre corps, ses propres repères, pour ne vivre que dans une forme de corps symbiotique avec son époux. Cela vient donc également questionner l'intégration du schéma corporel chez cette patiente. Quelle représentation se fait-elle de son corps propre ?

Lors d'une séance en particulier, nous retrouvons madame S en chambre d'apaisement. Il s'agit d'une chambre composée uniquement d'un haut et large tapis en mousse, censée permettre aux patients agités de retrouver du calme, à l'abri des nuisances extérieures. À la suite d'une agitation et d'agressivité envers les soignants, madame S a passé le week-end dans cette chambre. Nous entrons et découvrons la patiente allongée en travers du tapis, la tête dans le vide, les yeux fermés et la bouche grande ouverte. Les soignants nous informent qu'elle est difficilement accessible et fait mine de ronfler lorsqu'ils s'adressent à elle. Nous nous présentons et madame S se redresse. Elle tente de s'asseoir mais peine à organiser ses mouvements. Nous l'y aidons et madame S parvient à se verticaliser en position assise au bord du tapis qui mesure tout de même la hauteur d'une chaise. Elle peut donc poser ses pieds au sol. Nous échangeons avec elle sur son état mais assez rapidement, madame S semble prise par un besoin très prononcé de se lever. Elle tente d'initier plusieurs fois son redressement mais n'y parvient pas seule. Nous lui proposons de discuter ensemble avant de se mettre en mouvement, mais cela semble impossible. Par mouvements presque pulsionnels, la patiente tente à nouveau et plusieurs fois de suite de se lever, sans pouvoir en dire un mot. Nous l'aidons à se mettre debout mais madame S semble alors peu stable dans ses appuis, ce qui diffère des autres séances où la position debout et la marche fonctionnelle étaient efficaces cette patiente.

Cette fois, madame S manque d'équilibre, elle essaye d'avancer, en piétinant et sans poser ses pieds pleinement au sol. L'un marche sur l'autre, les mouvements ne sont pas pleinement initiés, le schéma de marche semble très confus. Nous essayons de travailler ses appuis en position debout mais elle continue de piétiner sans pouvoir nous répondre lorsque nous lui demandons si elle souhaite aller quelque part ou même ce qu'elle désire faire en marchant ainsi. Madame S semble assaillie par l'angoisse. Nous proposons à la patiente de se rasseoir et la questionnons sur ce changement de position. La patiente n'est alors une fois de plus pas capable de dire si elle est assise ou debout. Elle paraît très confuse et désorientée, si bien dans l'espace que dans son corps propre. Nous proposons de lui faire rouler une balle sensorielle sur le corps, mais cela lui est trop douloureux. Sans pouvoir nous décrire précisément sa douleur ni nous montrer sa localisation, madame S nous dit « ne plus en pouvoir de toute cette douleur sur le corps ». Nous constatons des hématomes conséquents sur plusieurs zones de son corps et apprendrons par la suite que madame S s'est également

fracturé les côtes en se jetant au sol durant le week-end. Nous venons poser nos mains sur les hématomes afin de les lui décrire.

Instinctivement, madame S porte les mains au niveau de son sternum, et commence à toucher son buste. Les volontés de déambulations semblent se calmer à cet instant, et je suppose alors que toucher et le fait d'explorer son propre corps lui permet de s'apaiser, de se recentrer. La patiente passe les mains sous sa chemise de pyjama et étend l'exploration à ses épaules, ses bras, sa poitrine et son ventre en insistant sur les zones osseuses. Cet instant dure dans le temps, et la patiente reste silencieuse. Elle ne cherche plus à se lever. Une fois la palpation arrêtée, madame S peut nous dire « je veux réessayer de m'aligner ». Nous comprenons son souhait de se mettre debout mais lui proposons premièrement de « s'aligner » en position allongée afin de rester en sécurité. Madame S accepte mais s'allonger lui est trop difficile à cause de ses douleurs corporelles. Elle tente à nouveau de se lever. Ses appuis sont encore fragiles et les déséquilibres sont fréquents mais nous parvenons cette fois à travailler la position debout et la marche, notamment en lui faisant taper des pieds à chaque pas. Madame S enregistre et investie cette consigne. Elle avance en frappant des pieds en rythme et commence progressivement à mieux organiser son schéma de marche. Je parviens même à la laisser marcher seule, sans lui tenir les mains, en la guidant simplement sur consignes verbales. Lorsque madame S rencontre un mur, je la guide pour faire demi-tour, ce qui reste très difficile au début mais qui se fluidifie au fil de l'exercice.

Je constate à cet instant que repasser par l'exploration de son corps, de ses structures osseuses, de sa peau a permis à madame S de venir réorganiser quelque chose en elle, ce qui s'est avéré bénéfique pour sa mise en mouvement et son exploration de l'espace. Je me demande une nouvelle fois si madame S ne manque pas de repères corporels propres, comme ce serait schématiquement le cas pour un enfant qui ne se serait pas encore différencié de sa mère. Ici, le rôle de la figure maternelle pourrait avoir été joué ces cinquante dernières années par son mari. Le fait de venir palper son corps pourrait alors être une manière pour elle de retrouver son unité corporelle propre et taper des pieds en marchant pourrait également être un autre moyen de ressentir son corps.

2.4.3 Défaillance des repères externes et exploration inopérante

Les difficultés que madame S manifeste dans la perception et la représentation de son corps s'étendent également à la perception de l'espace. Comme précisé plus haut, la patiente est aujourd'hui privée de ses repères visuels. Elle ne distingue plus que des tâches plus ou moins sombres mais cela ne lui suffit plus à s'orienter seule dans son environnement. Madame S n'a pas toujours été privée de sa vision et l'on pourrait alors s'attendre à ce qu'elle ait eu le temps, au cours de sa vie, de se créer des représentations des différents éléments (meubles et outils du quotidien) qui l'entourent. Pourtant, tout semble aujourd'hui nouveau et source de découverte voire d'interprétation chez madame S.

Dès les premiers temps du suivi, nous suggérons à madame S d'utiliser davantage le toucher afin de se repérer. La patiente restait jusqu'alors presque toujours les bras le long du corps et ne sollicitait pas sa sensibilité tactile pour pallier son manque de vision. Bien que madame S puisse suivre notre conseil, l'exploration tactile reste le plus souvent inefficace chez cette patiente. Les premières séances au sein du plateau de rééducation nous permettent de mettre en place une médiation autour du modelage de l'argile. Madame S semble bien investir celle-ci qui, dit-elle, lui rappelle les sensations qu'elle éprouvait en cuisant. Je comprends donc que madame S a déjà eu recours aux activités manuelles et donc à la sensibilité tactile dans son passé.

Lors d'une séance en particulier, madame S tente de réaliser une forme d'escargot avec l'argile. Elle commence par former un cylindre. Son geste est alors lent et peu tonique. L'argile étant une matière assez solide, son modelage réclame à madame S un recrutement tonique très important dans les mains. La patiente parvient à enrouler le cylindre sur lui-même jusqu'à former la coquille de l'escargot. Elle détache ensuite deux morceaux de pâte dont elle souhaite se servir pour construire la tête et la queue. Madame S me demande de l'aide pour situer l'endroit où elle doit placer ces deux extrémités. Je lui suggère alors de prendre la coquille dans ses deux mains, de l'explorer et d'essayer de la visualiser afin de pouvoir placer les deux autres morceaux par elle-même. Madame S n'y parvient pas. Elle place la tête au milieu de la coquille et vient ensuite ajouter l'autre morceau sur le précédent. Je lui indique et nous essayons ensemble de retrouver la position adéquate. Ensuite, madame

S crée deux antennes qu'elle place une nouvelle fois sur la coquille de l'escargot. Je constate à ce moment que madame S ne parvient pas à utiliser ses afférences sensorielles tactiles pour se créer des représentations et pour se repérer.

Cette difficulté dans l'exploration tactile est également observable dans l'environnement proche de la patiente. Lors des premières séances, madame S arrive en fauteuil roulant. Nous réalisons certains exercices en position assise et madame S se cogne régulièrement les bras ou les pieds contre les bords de celui-ci. Je relie premièrement ces difficultés à ce qui a été décrit dans la partie précédente concernant la proprioception chez madame S. Je me demande ensuite si elle parvient réellement à se représenter son fauteuil, si elle est rassurée à l'intérieur. Madame S m'explique qu'elle se contente de s'asseoir et de se laisser porter mais qu'elle n'a aucune représentation du support sur lequel elle est assise. Je suppose pourtant que madame S a déjà dû croiser des fauteuils roulants au cours de sa vie, ce qui devrait pouvoir alimenter ses représentations, mais il n'en est rien.

Ensemble, nous prenons le temps de toucher chaque élément du fauteuil en investissant les différents plans de l'espace (avant/arrière, haut/bas, droite/gauche). Je fais deviner à la patiente chaque matière qui le constitue en se basant sur ses impressions tactiles. Elle peut me dire que la froideur du matériau lui fait penser au métal et que la rugosité des accoudoirs lui rappelle le plastique. Madame S ne parvient en revanche pas à se représenter les roues et le dossier de l'appareil. Elle touche et explore longuement, mais reste incapable d'associer une image ou un nom à ce qu'elle perçoit. En fin de séance, la patiente peut dire que cela la rassure mais qu'elle se sent incapable d'enregistrer autant d'informations. Elle demande que ce travail soit refait à chaque séance.

De manière générale et à plusieurs reprises lors des séances, madame S nous livre des éléments venant souligner des représentations très confuses de la réalité, que l'on pourrait de prime abord entendre sur un versant délirant. Madame ne veut par exemple pas aller aux toilettes seule dans sa chambre car « il y a une énorme fermeture éclair qui m'empêche de m'asseoir et si je tombe dedans je ne saurais plus ressortir ». Madame explique aussi ne pas se représenter sa chambre, être perdue au milieu de celle-ci et préférer rester assise au milieu de son lit toute la journée. Aussi, lors d'une séance où madame est malade et ne peut pas se rendre en soin, nous appelons son service et demandons à nous entretenir au téléphone avec

elle. La patiente nous dit être restée seule toute la journée et être « très mal » avant de se mettre à pleurer. Elle explique être « perdue dans la cave de ma maison » et avoir très peur. Nous la guidons au téléphone, lui suggérant de toucher son corps et les éléments de réalité qui l'entourent, ce qu'elle indique avoir déjà fait. Madame S nous supplie au téléphone de venir dans sa chambre afin de lui donner des repères, ce qui n'est malheureusement pas possible à cause de suspicions d'une infection Covid-19 dans le service. La semaine suivante, nous nous rendons donc dans la chambre de madame S afin de travailler sur les repères externes. L'urgence est premièrement de pouvoir faire en sorte que madame S se sente en sécurité dans son espace quotidien. La question de la perception tactile de madame S vient de nouveau m'interroger.

Lors de notre arrivée, la patiente est dans un coin de sa chambre, debout. Elle tente d'avancer contre le mur en m'expliquant chercher les toilettes. Elle marche, sans pouvoir avancer à cause du mur qui la bloque, et ne cherche pas à faire demi-tour ni à placer ses mains devant elle en guise de parade. Son visage est alors très proche du mur et l'avant de son corps est en contact avec celui-ci. Voyant que les indications verbales ne suffisent pas, je guide madame S avec mon corps pour l'accompagner aux toilettes. Devant l'entrée, je l'incite à toucher la porte, à en chercher la poignée, afin de pouvoir l'ouvrir. J'essaie de guider madame S pour qu'elle puisse se glisser dans l'ouverture de la porte et entrer dans sa salle de bain. La patiente parvient à attraper la poignée, à sentir l'ouverture, mais elle ne semble pas se représenter le mouvement de fermeture et d'ouverture de la porte ni celui par lequel elle pourrait accéder à l'autre pièce. De nouveau, je dois guider madame avec mon corps. S'asseoir sur les toilettes et s'en relever seule est également difficile. Madame S sollicite uniquement son tonus et ne s'aide pas des aménagements prévus à cet effet. Pour se laver les mains, je lui suggère d'essayer de toucher le robinet, d'en comprendre le mécanisme afin d'activer l'eau seule. Cela lui est aussi impossible.

D'après tous ces éléments, je constate que madame S ne parvient pas à mettre en place une exploration tactile efficace de son environnement. Ce qu'elle réussit à explorer de manière tactile ne s'inscrit pas en elle et cette exploration ne suffit pas à lui donner une représentation de la réalité. Les troubles visuels jouent certainement un rôle important dans sa désorientation spatiale. Néanmoins, en faisant le lien avec la partie précédente, je me demande si cela n'est pas lié avec le manque de repères internes de madame S. A-t-elle

acquis une conscience proprioceptive et une connaissance de son corps suffisante avant de pouvoir s'ouvrir à l'exploration de son environnement ? Les observations cliniques me laissent penser que madame S ne parvient pas à prendre appui sur son propre corps, à s'en servir comme référentiel principal pour l'exploration de son environnement.

2.4.4 Besoin d'appuis externes

La question des appuis, aussi bien physiques que psychiques, est récurrente au cours du suivi avec madame S.

Au niveau psychique, cela apparaît dès l'anamnèse de la patiente avec la notion de position anaclitique relative à son mari. Les filles de madame S expliquent en effet aux soignants que leur mère est une femme ayant toujours vécu en appui sur son mari. L'équipe du service de madame S m'indique également que celle-ci peut présenter des épisodes d'angoisses importants où elle semble avoir besoin de la présence de l'autre. La patiente aurait aussi verbalisé auprès d'eux que ses excès d'agressivité visaient à attirer l'attention et à mobiliser l'équipe autour d'elle.

Toujours selon les dires des soignants, madame S se jette régulièrement au sol dans le service. D'après les témoins de ces scènes, il ne s'agirait pas de chutes accidentelles mais bien d'une volonté de se mettre au sol. Bien que cela n'ait pas été observé en séance de psychomotricité, il me semble important de se questionner à ce sujet. Je me demande si madame S ne chercherait pas le contact du sol en guise d'élément solide, porteur, sur lequel elle pourrait venir déposer son corps et prendre appui totalement. Par ailleurs, si l'on reprend ce qui a été dit plus haut sur les difficultés de perception corporelle chez madame S, cela pourrait aussi être pour elle une manière d'éprouver son corps en se confrontant à des éléments solides et à la douleur que ces chutes à répétition peuvent occasionner.

En séance, certains éléments cliniques me ramènent également à cette question des appuis. Je constate par exemple dès les premières séances que le modelage de l'argile est une médiation qui permet de faire trace d'une séance à l'autre. Il s'agit également d'une médiation qui permet de s'appuyer sur un support, et madame S semble l'investir comme telle. En modelant, la patiente libère sa parole. Elle peut raconter des anecdotes du passé

concernant son mari ou encore ses petits-enfants. Ces souvenirs sont teintés de positif et madame S peut même parler de l'avenir et de ce qu'elle prévoit de faire avec sa famille. D'une séance à l'autre, madame S peut retrouver ses créations, les toucher et en reparler. Je pense alors que c'est comme si un support était nécessaire à madame S pour pouvoir avoir accès à ses souvenirs et à son vécu personnel.

Par ailleurs, lors de la séance en chambre d'apaisement qui a déjà été abordée précédemment, madame S essaye de se mettre debout et peine à trouver de l'équilibre et de la stabilité dans ses appuis. Nous entreprenons un travail en statique afin qu'elle puisse sentir ses ancrages. J'essaye de lui faire transférer le poids du corps sur une jambe puis sur l'autre, sur l'avant des pieds puis sur l'arrière. Il est à cet instant très difficile pour madame S de rester statique et de se concentrer sur le poids de son corps dans ses pieds. Elle tente d'avancer en piétinant. Je me place devant elle et lui propose mes mains afin de la guider si elle souhaite se déplacer. Madame S me saisit premièrement les mains, puis les avant-bras, et finit pas s'appuyer totalement sur moi tout en continuant d'essayer de marcher. Lorsque je m'arrête pour essayer de stabiliser le binôme que nous formons et replacer la patiente dans ses appuis, celle-ci continue de se rapprocher de moi en piétinant et en déposant de plus en plus de poids sur moi. Je pense alors que c'est comme si madame S avait besoin de se faire porter, de se reposer entièrement sur moi et cela me rappelle évidemment les propos du psychiatre concernant la position anaclitique dans laquelle elle se place ou encore l'effondrement tonique observé lors du bilan. Son corps ne semble plus capable de la porter, comme si les éléments solides de celui-ci n'existaient plus ou n'étaient plus perceptibles pour elle.

Les fins de séances sont également difficiles à supporter pour madame S, surtout lorsque nous la rencontrons en chambre et que c'est à nous de quitter la pièce en la laissant seule. Madame S manifeste souvent de l'angoisse, qu'elle verbalise en nous demandant « où est la voiture ? Je viens avec vous. », ou encore « restez avec moi ». La patiente tente à plusieurs reprises de nous suivre. L'angoisse peut également se manifester sur un versant corporel lorsque la patiente qui avait retrouvé un certain apaisement, recommence à déambuler dans sa chambre. Notre départ semble à chaque fois avoir un impact désorganisateur chez madame S et j'entends cela comme si l'appui psychique que nous lui proposons dans le lien ne perdurait pas en notre absence.

D'après toutes ces observations, il me semble que madame S présente des difficultés dans l'intégration d'un schéma corporel qui lui est propre. Elle ne semble vivre son corps et n'avoir accès à ses ressentis que par le biais du soutien de l'autre ou d'un support externe. Madame S s'installe dans une position anaclitique permanente.

Je me questionne sur le support interne de cette patiente, tant au niveau des structures solides de son corps comme le squelette que sur le versant psychique. Je m'interroge sur ce qui peut faire trace en elle en l'absence de support externe et me demande également dans quelle mesure cette absence de représentation d'elle-même, cette absence de repères corporels, peut-elle venir restreindre ses capacités d'exploration de son environnement. Privée de sa vision, madame S doit en effet se créer de nouveaux repères en utilisant entre autres sa sensorialité tactile et en faisant appel à des représentations, à des images mentales. Il semble important que madame S puisse retrouver une unité psychocorporelle qui lui est propre afin de pouvoir ensuite développer une attitude exploratoire efficiente du monde.

Ainsi, on peut se demander en quoi les séances de psychomotricité peuvent-elles venir soutenir un processus de ré-individuation chez cette patiente ancrée dans une position anaclitique ?

PARTIE THÉORIQUE

1 L'ORGANISATION ANACLITIQUE

1.1 Définition

1.1.1 La dépression anaclitique

Le terme de *dépression anaclitique* fait sa première apparition dans les travaux du psychiatre et psychanalyste René A. Spitz et désigne alors un tableau dépressif particulier de la petite enfance, observé chez des bébés ayant été brutalement privé de soins maternels. Dans ses travaux, Spitz insiste sur l'aspect quantitatif de la privation de ces soins et affirme que « les dommages subis par l'enfant seront proportionnels à la durée de cette privation » (Spitz & Cobliner, 2012, p. 206). Selon le psychanalyste, cela est à différencier de facteurs qualitatifs impliquant la personnalité de la mère et la qualité de la relation mère-bébé. Spitz distingue deux types de carences lors d'une privation de soins maternels, toujours en fonction de cet aspect quantitatif : les carences affectives partielles et les carences affectives totales.

Les carences affectives partielles correspondent à une privation de la relation mère-bébé pendant une période maximale de trois mois, pour des obligations administratives, sanitaires ou autre. Cette séparation doit avoir lieu entre le sixième et le huitième mois du développement infantile et faire suite à une phase de présence maternelle normale durant laquelle les soins apportés à l'enfant sont adaptés. Après la séparation entre la mère et son enfant, le psychanalyste observe des tableaux cliniques similaires chez les bébés, qu'il décrit et regroupe sous le terme de *dépression anaclitique*. Ses travaux relatent notamment un « comportement pleurnicheur, qui contrastait violemment avec leur comportement antérieur, heureux et extraverti » (Spitz & Cobliner, 2012, p. 207). Ce comportement évolue progressivement pour se transformer en « une espèce de rigidité glacée de l'expression » (Spitz & Cobliner, 2012, p. 208) avec des enfants qui « restaient étendus ou assis, ouvrant grands dans un visage immobile et glacé des yeux perdus dans le vague et dépourvus d'expression, comme hébétés, et apparemment sans voir ce qui se passait autour d'eux »

(Spitz & Cobliner, 2012, p. 208) allant jusqu'au retrait total de la relation ou, dans un cas contraire, à un enfermement du bébé dans un « attachement désespéré à l'adulte ». Il est également à noter que durant cette phase, les bébés perdent du poids, le sommeil et ne se mouvent presque plus jusqu'à atteindre un stade de léthargie. Bien qu'il existe des similitudes avec la dépression adulte telle qu'elle peut être décrite dans les différentes classifications passées et actuelles, Spitz s'attache à dire que ce tableau de *dépression anaclitique* est une forme nosologique encore différente, notamment puisqu'elle implique l'immaturation de l'appareil psychique des jeunes sujets observés. Enfin, l'auteur explique que lors de ces carences partielles, un retour de la mère dans les trois à cinq premiers mois suivant la séparation permet généralement un rétablissement de l'état du bébé même si de potentielles « traces apparaîtront avec les années » (Spitz & Cobliner, 2012, p. 211). Quoiqu'il en soit, le tableau clinique de la *dépression anaclitique* implique des troubles dans le développement psychomoteur du bébé concerné du fait de sa passivité prolongée.

Lorsque la carence affective dure plus de cinq mois, elle est qualifiée de totale selon Spitz. Dans ce cas, les tableaux cliniques ne s'arrêtent pas à ceux observés en cas de dépression anaclitique et se détériorent encore davantage jusqu'à devenir irréversibles :

Les symptômes de la dépression anaclitique se succédaient rapidement et bientôt, après la période relativement brève de trois mois, un nouveau tableau clinique faisait son apparition : le retard moteur devint pleinement évident et les enfants devenus complètement passifs restaient étendus sur le dos dans leurs berceaux. (Spitz & Cobliner, 2012, p. 215).

Spitz nomme ce tableau clinique inquiétant le *syndrome d'hospitalisme* et déclare que celui-ci peut s'accroître jusqu'à entraîner la mort du bébé.

La *dépression anaclitique* est donc une entité nosographique distincte conceptualisée par René Spitz. Toutefois, l'adjectif anaclitique est également retrouvé au sein d'autres pathologies. En psychiatrie, il qualifie le type de relation à l'objet que développent les patients présentant certaines formes de troubles de la personnalité.

1.1.2 La relation d'objet anaclitique

Selon le dictionnaire de psychiatrie, le terme anaclitique signifie « qui s'appuie sur » (Shahrokh et al., 2014, p. 18) et proviendrait du champ de la psychanalyse dans lequel :

L'attachement anaclitique désigne la dépendance complète d'une personne à une autre pour son propre bien-être (comme dans la dépendance de la mère à l'enfant). Un tel attachement est normal dans l'enfance, mais pathologique dans les années ultérieures. (Shahrokh et al., 2014, p. 18).

L'adjectif anaclitique peut également qualifier un objet dont l'individu serait dépendant. Dans la littérature, le terme anaclitique est presque toujours rattaché à celui de dépression et « La dépression anaclitique implique la perte de cet objet primaire » (Shahrokh et al., 2014, p. 18).

La relation objectale anaclitique est également un terme utilisé en psychiatrie afin de décrire le rapport à l'objet et à l'autre qu'entretiennent les patients présentant des « troubles de la personnalité *borderline* » (Crocq et al., 2016), que l'on connaît également en France sous le nom d'organisation états-limites. Il s'agit d'une structure de personnalité limite entre la névrose et la psychose, empruntant des caractéristiques à ces deux pôles d'organisation de la personnalité.

Selon Jean Bergeret (2011), psychanalyste, les différentes structures de personnalité (psychose, névrose et organisation *borderline*) peuvent se différencier les unes des autres selon les critères suivants : l'instance psychique dominante dans l'organisation, la nature du conflit psychique, la nature de l'angoisse, les défenses principales mises en œuvre et enfin la relation d'objet. L'auteur souligne une nouvelle fois que, dans ce qu'il nomme *les structures limites*, la relation d'objet est de type anaclitique. Selon lui, ce type de relation traduit un contexte de dépendance du sujet envers son objet. Le patient anaclitique tente d'assurer sa survie par le biais de la proximité avec cet objet, sans pour autant entrer dans une relation fusionnelle, indifférenciée, comme ce serait le cas dans la psychose.

Les patients présentant une structure de personnalité limite

demeureraient en partie bloqués dans leur évolution affective à une relation d'objet de type essentiellement anaclitique, témoignant d'un attachement particulier à l'objet, qui, comme tous les attachements de ce genre, place les deux partenaires tour à tour dans le rôle de grand ou de petit, de persécuteur ou de persécuté. (Bergeret, 2011, p. 145).

La position anaclitique s'envisage donc en termes d'enjeux psychiques et d'enjeux corporels chez les patients concernés.

1.2 Enjeux psychiques

1.2.1 Le Moi anaclitique

Bergeret (2011) décrit le Moi anaclitique tel qu'il l'entend dans sa notion de *structure limite de la personnalité*. En s'appuyant sur les travaux d'autres auteurs, le psychanalyste stipule que la fragilité narcissique du Moi anaclitique proviendrait d'une dualité dans les modes opérationnels du Moi. D'une part, l'économie psychique du sujet le conduirait vers une adaptation classique aux éléments de réalité mais, d'autre part, cela fonctionnerait sur un mode plus autonome, « essentiellement fixé aux besoins narcissiques internes, à l'anaclitisme rassurant » (Bergeret, 2011, p. 142).

Le Moi anaclitique cherche à lutter en permanence contre une faille narcissique profonde. Il se place dans une quête d'affection constante et cherche donc, dans une forme de manipulation de l'autre, à se montrer séduisant. La quête d'affection peut prendre une forme passive mais elle peut également se faire agressive. Le Moi anaclitique use de la manipulation et de l'emprise sur son interlocuteur pour obtenir satisfaction (Bergeret, 2011).

Pour la personnalité s'organisant selon un mode anaclitique, le fait de se retrouver seule est donc une confrontation à la réalité de sa faille narcissique. Cela peut être générateur d'angoisses.

1.2.2 Angoisses de perte et d'abandon

Selon René Spitz, dont la théorie est reprise et expliquée par Ajuriaguerra (1970), la structuration suffisante du Moi est une condition nécessaire à l'utilisation du terme « angoisse ». Dans les premiers temps de vie, les six premiers mois environ, le Moi du bébé n'est pas suffisamment construit pour parler d'angoisses.

Les sensations de déplaisirs sont perçues par le bébé, et perceptibles sous forme d'états tensionnels variables et de décharges neuromusculaires chez celui-ci. Durant le premier semestre de vie, la construction du Moi se joue au niveau narcissique, c'est-à-dire que le bébé n'est illusoirement soumis qu'à ses besoins internes et à leur satisfaction. Il n'y a pas d'appréciation de l'objet extérieur comme la mère et ses soins. Progressivement, l'objet devient partiellement différencié mais uniquement en termes de fonction : la mère qui nourrit et apporte du plaisir par exemple. Au cours du troisième trimestre de vie apparaît un objet davantage différencié, parallèlement à un Moi qui est plus construit et différencié lui-même. Cependant, puisque l'objet est désormais dissocié du Moi, il risque de disparaître. À partir de ce stade de développement psychique, il est donc possible de parler d'angoisses. Selon Spitz « La perte de tels objets diminue le Moi et constitue un grave trauma narcissique » (De Ajuriaguerra, 1970, p. 53).

Chez les sujets entretenant des relations objectales de type anaclitique, comme c'est le cas dans les troubles de la personnalité *borderline*, il est question d'angoisses de perte ou d'abandon. L'objet est différencié du Moi, contrairement à ce que l'on peut observer chez les psychotiques. Il risque donc de disparaître. Cependant, celui-ci endosse le rôle d'appui, de soutien du sujet et vient combler des failles narcissiques importantes découlant d'une fragilité, d'une instabilité du Moi. Les angoisses proviennent donc d'une crainte de l'éloignement de cet objet qui pourrait perdre sa fonction et mettre à mal le sujet. L'objet en question peut être externe ou interne. Dans le premier cas, il peut s'agir d'un élément matériel ou d'une personne. Dans le second cas, il s'agit d'une représentation de l'objet, très souvent construite sur base d'idéaux grandioses du sujet (Charrier & Hirschelmann, 2009).

Selon Bergeret (2011), la perte de l'objet peut conduire le patient anaclitique à une forme de dépression spécifique, différente de la dépression mélancolique, s'associant à un deuil impossible à l'égard de l'objet perdu.

1.2.3 Clivage

Les différentes structures de personnalité présentent chacune leurs propres mécanismes de défenses. Ces mécanismes de défense sont des processus mis en place inconsciemment par le psychisme du sujet afin de lutter contre une réalité qui pourrait être menaçante et attaquer l'intégrité du Moi.

Dans le cas de la structure limite de la personnalité selon Bergeret (2011), le principal mécanisme de défense est le clivage. Comme expliqué précédemment, l'économie psychique dans la *structure limite de la personnalité* est tiraillée entre une tentative d'adaptation à la réalité et une contrainte anaclitique qui organise les relations du sujet selon un mode « dépendance-maîtrise » (Bergeret, 2011, p. 151). Le Moi du sujet présente donc une capacité à se déformer, à s'adapter en fonction des situations. Cela n'est toutefois pas à concevoir en termes de force mais plutôt comme une fragilité du Moi selon l'auteur. Bergeret (2011) conceptualise cette dualité du Moi sous le terme de *dédoublement des imagos*, ce qui correspond à une forme de clivage. En revanche, Bergeret insiste sur le fait qu'il ne s'agisse pas tant d'un clivage du Moi, mais davantage d'un clivage qui s'opère dans les relations objectales. Selon ce modèle de *dédoublement des imagos*, un même objet peut donc apparaître au sujet comme bénéfique, sécurisant, puis être perçu ultérieurement comme négatif et persécuteur. L'ambivalence de l'objet n'est pas acquise : il est soit tout bon, soit tout mauvais selon l'instant « sans possibilité de concilier à la fois les deux imagos contradictoires » (Bergeret, 2011, p. 152).

La position anaclitique s'impose donc au psychisme du sujet. Dans le souci d'adopter une lecture psychomotrice de l'être, il est également intéressant d'envisager cela sur un versant corporel.

1.3 Enjeux corporels

1.3.1 Auto-agressivité et passages à l'acte sur le corps

Dans les tableaux cliniques faisant état de troubles de la personnalité *borderline* et donc de relations objectales anaclitiques, il est fréquent de retrouver des cas de passages à l'acte sous forme d'auto-agressivité. Bergeret (2011, p.143) explique notamment que le manque de maturation du Moi anaclitique conserve le sujet dans une « ancienne indistinction somato-psychique » qui peut le pousser à avoir recours au versant corporel pour exprimer ses angoisses.

Selon les travaux de René Spitz (2012), la *dépression anaclitique* mais aussi le syndrome d'*hospitalisme*, témoignent d'un désordre dans les relations objectales. Sous le terme de relations objectales, le psychanalyste entend la relation de l'enfant avec son objet libidinal, ici représenté par la figure maternelle absente. Dans les relations mère-enfant ordinaires, le bébé peut décharger ses pulsions agressives et libidinales sur son objet, la mère. Il peut la détruire fantasmatiquement puis, de la même manière, la reconstruire. Celle-ci reçoit les pulsions agressives de son enfant et les élabore, ce qui s'avère constructif pour son développement. Dans le cas de la dépression anaclitique, l'objet libidinal est absent, et les pulsions ne peuvent plus être adressées. On s'aperçoit alors que le bébé oriente l'agression contre lui-même, c'est ce que l'on appelle l'auto-agressivité. Ces bébés peuvent par exemple s'auto-mutuler en se frappant fort contre des objets ou même en s'arrachant les cheveux.

Dans son manuel de psychiatrie de l'enfant, J.D Ajuriaguerra (1970) parle de ces tableaux de comportements agressifs observés chez l'enfant. L'auteur précise dans un premier temps que l'agressivité est un trait commun aux hommes. Il définit premièrement l'hétéro-agressivité, pouvant s'envisager comme forme de relation primitive chez l'enfant, qui apparaît notamment dans le jeu et « contribue à la maîtrise progressive du corps et des objets, [...] au plaisir de détruire et de reconstruire » (De Ajuriaguerra, 1970, p. 463). Ajuriaguerra décrit ensuite l'auto-agressivité, qu'il classe en deux catégories : les automutilations évolutives et les automutilations persistantes.

Les automutilations évolutives sont observables dans les deux premières années de vie de l'enfant et ne sont pas nécessairement pathologiques selon l'auteur. Ces comportements se dissipent progressivement au profit d'une agressivité hétérocentrée. Autour des deux ans, l'enfant commence à être doté d'un discernement lui permettant de « doser l'intensité de la douleur qu'il s'inflige proportionnellement au bénéfice secondaire qu'il en tire » (De Ajuriaguerra, 1970, p. 469).

En revanche, l'auto-agressivité persistante ou d'apparition tardive, comme son nom l'indique, persiste au-delà des deux premières années. Le comportement automutilateur est plus important, pouvant causer des blessures graves. Ajuriaguerra décrit des épisodes qui « surviennent par accès, comme une poussée de fureur autodestructrice » (1970, p. 470). Paradoxalement, les enfants automutilateurs ne manifestent pas de réaction à la douleur qu'ils s'infligent. Ils ne présentent pas de réflexe d'évitement et ne cherche pas à fuir cette douleur. Aucune insensibilité nerveuse n'est pourtant à déplorer chez ces enfants :

Il s'agit d'un comportement portant sur le corps, corps qui non seulement ne réagit pas aux stimuli douloureux par un mécanisme d'évitement, mais qui, au contraire, les recherche et se les procure par sa propre activité. Le problème ne se place ni sur le plan sensitif, ni sur le plan de la simple activité. (De Ajuriaguerra, 1970, p. 470)

La violence, lorsqu'elle est auto adressée, convoque des vécus corporels particuliers. Si ceux-ci surviennent au cours de phases clefs du développement, ils peuvent impacter la construction du schéma corporel du sujet.

1.3.2 Impact sur la construction des repères corporels propres

Pour Ajuriaguerra, les comportement auto-agressifs se manifestent en cas de désordres du Moi, à savoir « désordres du schéma corporel, altération de la différenciation entre soi et non-soi, perception et intégration défectueuse des stimuli douloureux » (1970, p. 470). De ce fait, les comportements automutilateurs peuvent d'une part répondre à des pulsions mais peuvent également s'entendre comme un besoin de pallier ces désordres du Moi. Par l'automutilation agressive, l'enfant peut chercher à s'explorer lui-même, à répondre à son besoin d'éprouver son corps, « contribuant ainsi à l'orientation et l'organisation du schéma corporel » (De Ajuriaguerra, 1970, p. 474).

L'exploration de soi se fait ici selon un mode inadapté. Le corps est vécu dans l'attaque de soi et non pas dans la découverte de soi. Les troubles du schéma corporel peuvent donc à la fois être la cause mais aussi la conséquence de ces multiples passages à l'acte sur le corps.

2 LE PROCESSUS D'INDIVIDUATION

2.1 Construction du Moi psychique

2.1.1 De la symbiose à l'individualisation

Si l'on se réfère à la théorie de Margaret Mahler, psychiatre et psychanalyste américaine, il existe différentes phases dans la construction progressive d'un Moi psychique différencié. Cette théorie, traduite de l'anglais au français dans l'article *symbiose et séparation-individualisation* (Mahler & Dupont, 2013), distingue deux premières phases où le bébé est totalement indifférencié de sa mère sur le plan psychique, puis une troisième, où il tend vers une séparation-individualisation.

Margaret Mahler (2013) nomme *phase d'autisme normal* les premières semaines de vie du bébé. Le sommeil occupe à ce stade la majorité des journées du nourrisson et, bien que ce dernier puisse percevoir les états de tension interne qui l'assaillent comme la sensation de faim, il n'est pas encore capable de différencier l'objet qui permet de les satisfaire : lorsque la mère le nourrit par exemple ou lorsque lui-même tente de réduire ses tensions en urinant ou en déféquant. La satisfaction de ses besoins primaires répond à une illusion d'omnipotence, de toute-puissance qui confère au bébé l'impression qu'il est seul auteur de sa satisfaction, de son *homéostasie*. La vie du bébé est à ce stade rythmée par ses besoins physiologiques, on ne parle pas encore de Moi psychique. Cependant, les soins maternels vont permettre l'émergence progressive de ce dernier en s'ancrant inconsciemment en lui comme des expériences mnésiques polarisées de plaisir et de déplaisir.

À partir du deuxième mois de vie, le bébé entre selon Margaret Mahler (2013) dans une nouvelle phase qu'elle nomme cette fois la *phase symbiotique normale*. Celle-ci correspond à l'émergence de la conscience, encore partielle, de l'objet satisfaisant les besoins c'est-à-dire parfois le bébé lui-même, parfois sa mère. Pour autant, cet objet n'est pas totalement

différencié et reste intégré au sein d'une nouvelle unité duelle aux limites communes hallucinée par le bébé, incluant celui-ci et sa mère. Le terme de *symbiose* vient définir cette unité perçue par le bébé mais ne relève pas d'une dépendance bilatérale ou de bénéfices mutuels comme cela s'entend dans la définition biologique du terme. En réalité, seul le nourrisson est dépendant de sa mère à ce stade et la *symbiose* signifie alors davantage un état d'indifférenciation, de fusion entre la mère et son enfant pour Margaret Malher (2013). L'auteur rappelle d'ailleurs que c'est à cet état que « le Moi régresse dans les cas de troubles graves de l'individualisation » (Mahler & Dupont, 2013).

Le bébé ne distingue pas encore le « je » du « non je » mais commence à intégrer la présence de l'autre et à différencier la relation spécifique qu'il entretient avec sa figure maternelle des autres personnes, extérieures à l'unité symbiotique qu'ils forment. Cela se constate notamment par le début des réactions en sourire et autres comportements exclusifs qu'il entretient avec sa mère vers les cinq mois. Le bébé passe désormais par des stades d'éveils plus importants durant lesquels son expressivité se dessine davantage et reflète des états mieux perceptibles, des *états du Moi* qui prouvent un investissement plus important de ses sensations internes. Les expériences mnésiques répétées et enregistrées de plaisir et de déplaisir permettent à l'enfant de rendre moins impératifs ses besoins. Il peut désormais attendre sans être sujet à l'angoisse et à la désorganisation. Malher (2013) parle alors de l'émergence d'un Moi psychique et de la conscience de l'objet symbiotique.

Ces deux premières phases d'indifférenciation psychique, *autisme normal* et *symbiose normale* sont les prémices et les amorces d'une troisième phase que Malher (2013) nomme le *processus de séparation-individualisation* et qui débute vers la fin du premier semestre de vie du bébé. Si l'état de symbiose a été optimal, le bébé peut désormais déplacer l'investissement qu'il tournait sur lui-même vers l'extérieur de lui puis vers l'extérieur de l'unité duelle. Concrètement, il porte de l'intérêt aux sensations et stimuli externes, toujours filtrés par la mère. Il commence à s'intéresser au monde, aux visages extérieurs à la dyade, à l'exploration. Selon Malher (2013), « Plus la symbiose et le comportement de soutien de la mère ont été proches de l'optimum, plus le partenaire symbiotique a bien préparé l'enfant à éclore doucement et graduellement de l'orbite symbiotique ».

L'émergence de la motricité et plus particulièrement de la locomotion accentue l'effet de séparation psychique et physique de la mère. Cependant, l'auteur précise que la représentation d'un Soi entier et d'un objet entier, tous deux nettement différenciés, reste encore très fragile. Ce processus d'individualisation confronte toutefois l'individu naissant à un danger de perte de l'objet (maternel) et donc à une angoisse de séparation qu'il parvient, si tout se passe bien, à compenser par le plaisir qu'il éprouve et investit dans son exploration individuelle de ses capacités propres.

2.1.2 Notion de dépendance

Le développement psychique de l'individu peut également s'entendre en termes de dépendance à l'autre et c'est ce que D.W Winnicott a cherché à développer dans sa clinique, reprise et expliquée dans un article de Jean-Pierre Lehmann (2011). Winnicott décrit habituellement dans le processus de maturation de l'enfant trois phases de dépendance distinctes.

La première phase, qu'il nomme *phase de dépendance absolue* concerne les premiers temps de vie du bébé durant lesquels il n'est pas capable de discerner son état de dépendance totale à l'égard de son environnement et plus particulièrement à l'égard des soins de sa mère. À noter que la mère s'entend ici aussi au sens de figure maternelle. La mère répond à cette dépendance absolue par ses qualités de *préoccupation maternelle primaire*. Selon Winnicott, cet état caractérise l'attention particulière de la mère portée à son bébé durant la grossesse et les quelques semaines suivants l'accouchement et permettant au bébé de trouver tous les éléments nécessaires à son développement. La théorie de Winnicott (Lehmann, 2011) rejoint la théorie de Malher (2013) en explicitant qu'à cette étape de la vie, le bébé n'est pas capable de distinguer les soins bons des soins mauvais de sa mère. Le bébé peut juste en éprouver le bienfait ou la souffrance, sans effectuer de lien de causalité avec ce que lui propose la mère en réalité.

Successivement à cette étape vient selon Winnicott une phase de *dépendance relative* lors de laquelle le bébé développe une meilleure conscience de sa dépendance, notamment en cas d'absence de la mère tant que celle-ci respecte des délais suffisamment courts pour ne pas le plonger dans l'angoisse. Cette étape va de pair avec une meilleure

compréhension du langage verbal et infra-verbal de la mère qui peut exprimer et justifier son absence auprès de son enfant. Le bébé développe la capacité de comprendre ses besoins ou du moins de les percevoir comme tel. Le nourrisson qui pleurait jusqu'alors par désorganisation due à une souffrance interne (sentiment de faim non élaboré par exemple) pleure désormais pour appeler sa mère afin qu'elle le nourrisse. Il reste toutefois dépendant de ses soins d'où le terme de *dépendance relative*.

Enfin arrive la *phase d'indépendance* selon Winnicott. Le bébé a pu consolider la confiance qu'il a en son environnement par le fait des soins maternels répétés. Sa compréhension intellectuelle du monde s'est également développée. Il sait désormais qu'on viendra subvenir à ses besoins, même après un délai. Il est donc capable de différer, ce qui lui laisse le temps d'halluciner et de rêver l'objet satisfaisant et lui donne accès aux représentations d'objet même en l'absence de celui-ci.

Le processus d'individualisation suivant son cours dans le développement psychique du bébé, ce dernier peut s'atteler à la construction de son Moi corporel différencié.

2.2 Construction du Moi corporel et conscience de soi

2.2.1 Notions inhérentes à la conscience de Soi

Avant de détailler les différents processus qui sous-tendent la construction du Moi corporel et psychocorporel, il convient de rappeler quelques définitions autour de la conscience du corps : intéroception, extéroception, proprioception, schéma corporel et image du corps. Les trois premiers termes cités renvoient à des types de sensibilité et font davantage consensus chez les auteurs que les deux derniers.

Wallon, repris dans l'ouvrage de Reinhardt (1990) définit que la sensibilité intéroceptive, ou intéroception, ramène à la sensibilité organique de l'individu. Elle concerne toutes les manifestations internes, viscérales, de l'organisme et contribue à la construction de la vie psychique du sujet car elle permet un lien entre le ressenti des besoins et les réponses

du monde extérieur. La sensibilité intéroceptive au niveau du tube digestif, étroitement lié à la sensation de faim, joue un rôle fondamental en début de vie par exemple.

L'auteur décrit également la sensibilité extéroceptive. Il s'agit ici de la sensibilité « tournée vers les excitations d'origine extérieure » (Reinhardt, 1990, p. 44). Contrairement à l'intéroception, le sujet est ici sensible aux stimulations venant de son environnement et non plus de son organisme lui-même. L'extéroception se base notamment sur les différents sens.

Enfin, Wallon décrit la proprioception comme suit : « Le domaine proprioceptif comprend les sensations liées à l'équilibre, aux attitudes, aux mouvements. La sensibilité proprioceptive contribue pour une large part à constituer la notion de corps propre » (Reinhardt, 1990, p. 44). La proprioception est donc une sensibilité interne, relative aux sensations produites par les positions et mouvements du corps dans l'espace. Elle s'appuie notamment sur les muscles, les articulations, les tendons, etc... En parlant de sensations liées à l'équilibre, Wallon fait ici référence au système vestibulaire.

Selon Wallon, la construction du psychisme de l'individu est sous-tendue par l'évolution de l'intéroception, de l'extéroception et de la proprioception. Si dans les premiers temps de vie, ces sensibilités sont perçues de manière totalement dissociées par le bébé, leur association progressive permet l'éveil de la conscience corporelle et l'intégration de la notion d'un corps propre, unifié. Il s'agit néanmoins d'un processus complexe, opérant sur plusieurs années.

La notion de *schéma corporel* est une notion sur laquelle les différents auteurs ont parfois du mal à s'accorder. Définie par différentes disciplines comme la neurophysiologie, la neuropsychologie ou encore la psychanalyse, elle se décline sous plusieurs noms au fil des années : cénesthésie, somatognosie, somatopsyché, image de soi, etc... La notion aborde néanmoins toujours un sens commun que l'on pourrait vulgariser comme étant une forme de conscience, de connaissance et de représentation de soi. Chaque discipline et champ d'études y ajoute cependant ses particularités.

Le psychiatre et psychanalyste Schilder, en reprenant les travaux du neurologue Head, peut écrire que « le schéma corporel est l'image tridimensionnelle que chacun a de soi-même » (Pireyre & Delion, 2021, p. 34) mais il tend à associer ce concept à celui de *l'image du corps*, ce qui le teinte d'affectivité. La théorie fait alors débat auprès d'autres auteurs, notamment ceux appartenant au champ de la neurophysiologie, qui affirment que le *schéma corporel* dépend uniquement de l'appareil neurophysiologique du sujet et des informations sensorielles relayées par celui-ci. La définition de Schilder est alors jugée trop confuse.

D'un point de vue de la psychomotricité, la définition de Julian de Ajuriaguerra, souvent décrit comme le père fondateur de la psychomotricité en France, est celle-ci :

Édifié sur des impressions tactiles, kinesthésiques labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification. (Pireyre & Delion, 2021, p. 39).

Ajuriaguerra exclut donc l'intéroception de sa définition. En revanche, il accorde un rôle fondamental à la proprioception.

Une autre figure inspirante de la psychomotricité est la psychanalyste Françoise Dolto. Celle-ci propose également sa définition du schéma corporel en la basant essentiellement, comme Ajuriaguerra, sur les données sensorielles et cénesthésiques du corps. Pour Dolto, le *schéma corporel* est une « donnée anatomique naturelle » ; « une réalité de fait, il est en quelque sorte notre vivre charnel » (Pireyre & Delion, 2021, p. 38) avant d'ajouter une notion importante qui viendra faire contraste avec son concept *d'image du corps* : « le schéma corporel spécifie l'individu en tant que représentant de l'espèce [...] il est en principe le même pour tous les individus » (Pireyre & Delion, 2021, p. 38).

Les travaux de Dolto permettent également de mettre en lumière la distinction qui peut être faite entre les notions de schéma corporel et d'image du corps. Par le concept *d'image du corps*, la psychanalyste introduit la dimension d'unicité du sujet : « l'image du corps est propre à chacun, elle est liée au sujet et à son histoire » (Pireyre & Delion, 2021, p. 40). Le concept *d'image du corps* tel qu'élaboré par Françoise Dolto revêt donc un aspect

émotionnel, affectif et surtout inconscient. Elle reste purement subjective mais peut se construire inconsciemment par le regard que les autres portent sur le sujet.

Selon ces auteurs, le *schéma corporel* se présente donc comme fortement dépendant de l'équipement neurophysiologique de base. Il permet d'établir en tout temps une certaine conscience du corps propre, en fonction des propriétés anatomiques et physiologiques de celui-ci. Il s'agit alors d'une représentation consciente que l'on a de son propre corps, n'impliquant pas d'aspect affectif. En revanche, *l'image du corps* peut quant à elle s'entendre comme l'image que l'on se forme inconsciemment de soi-même, teintée des affects et des vécus émotionnels. Elle peut être déterminée par les relations précoces et détermine certainement à son tour la manière dont nous sommes en relation.

D'autres auteurs, et notamment psychomotriciens, ont également développé des concepts qui contribuent selon eux à l'éveil de la conscience de soi et à la construction de l'identité psychocorporelle du sujet.

2.2.2 Intégration des « systèmes »

En s'appuyant sur les travaux d'autres auteurs, Lesage (2015) invite à envisager le corps comme matrice psychique, c'est-à-dire comme support de la construction psychique. L'auteur cite Anzieu « il n'y a rien dans l'esprit qui ne soit passé par les sens et la motricité » (Lesage, 2015, p. 28). Benoît Lesage propose d'appréhender l'unité psychocorporelle selon ce qu'il nomme *les systèmes du corps*, incluant dans ce concept le squelette, les muscles, la peau, les organes, etc... Selon l'auteur, ces *systèmes* permettent d'éprouver le corps au cours des différentes expériences corporelles et donc, de soutenir le sentiment de Soi. Chacun de ces *systèmes* « supporte une expérience et donc une représentation de soi et une image du corps, fondée sur ses qualités anatomiques et fonctionnelles. » (Lesage, 2015, p. 224).

L'intégration du squelette, des os, représente selon Lesage (2015) une étape fondamentale dans l'éveil de la conscience de soi. La charpente osseuse est l'élément solide qui porte le corps. Elle en est le tuteur interne. C'est cette structure osseuse qui donne au corps sa forme et définit un espace-corps propre. Elle lui confère également sa solidité. Parfois, lorsqu'un sujet n'a pas suffisamment intégré son squelette, un recrutement tonique

important peut être observé chez celui-ci. Ceci vise à recréer la solidité qui n'est pas perçue dans les os. Le bébé explore notamment sa charpente osseuse au contact du sol, par le biais des percussions et vibrations occasionnées par ses mouvements. Par ses changements de postures, il ressent et intègre ses appuis osseux. Les vibrations osseuses qui parcourent le corps lui donne un éprouvé unifié de celui-ci, cohérent. Le contact des surfaces osseuses avec le sol est également gage de sécurité et d'ancrage. Le bébé dépose son poids sur le sol et reçoit en retour la sensation de l'appui.

Le système de la peau (Lesage, 2015) représente quant à lui la limite du corps. La peau recouvre l'ensemble du corps du bébé. Elle lui permet d'être en contact avec son environnement. Elle permet également les échanges avec celui-ci. « Aborder ce système est une façon d'interroger la limite et les échanges dedans/dehors » (Lesage, 2015, p. 114). L'exploration de la peau peut se faire grâce à l'autre, par le biais du toucher par exemple. Il peut également s'agir d'une auto-exploration. Lors des changements de positions, le bébé éprouve les étirements et les replis de sa peau. Il en explore les différentes modalités : son épaisseur, son élasticité, etc...

Le système musculaire assure et régule la tension du corps par le biais de la tonicité. Il donne au corps sa forme, sa configuration, en fonction des différents mouvements induits. Le travail musculaire est notamment perceptible dans l'effort. Le bébé ressent ses mouvements et les associe à des buts ainsi qu'à des conséquences, ce qui étaye sa conscience corporelle. Le muscle « assure lui aussi une contenance et une fonction d'interface par le jeu tonique ainsi qu'une fonction d'engagement et de posturation » (Lesage, 2015, p. 225). Cela s'associe au système articulaire qui permet la fluidité dans les mouvements et confère ainsi la sensation de lien, de cohérence dans l'ensemble moteur.

Benoît Lesage (2015) accorde également de l'importance aux organes, qui soutiennent selon lui l'intégration des sensations de plein et de vide et sont en lien avec le transit. L'auteur fait référence à Anzieu et son concept du *Moi-Peau*. Il affirme que l'on peut « proposer les concepts de Moi-os, Moi-articulaire, Moi-muscle et Moi-organes » (Lesage, 2015, p. 225)

Ainsi, Lesage (2015) propose une piste d'émergence de la conscience de soi par le biais de l'expérimentation des aspects anatomo-fonctionnels du corps. D'autres auteurs explorent d'autres possibilités, à l'instar de Suzanne Robert-Ouvray.

2.2.3 Intégration motrice et conscience de soi

Suzanne Robert-Ouvray, kinésithérapeute et psychomotricienne, accorde une place prédominante au corps et à la motricité dans la prise de conscience de l'unité psychocorporelle du bébé. La proprioception, qu'elle définit comme une « sensibilité de la motricité » ou encore comme un « sens moteur » est une sensibilité dont le sujet ne peut pas se passer contrairement aux informations intéroceptives et extéroceptives. Le fait de ne pas pouvoir situer son corps dans l'espace, par rapport aux autres ou aux objets serait source d'angoisse insoutenable. Pour Suzanne Robert-Ouvray (2009), la proprioception est un support fondamental et indispensable de l'identité psychocorporelle. Par ailleurs, Robert-Ouvray (2019) apporte et décrit deux concepts qui viennent soutenir sa théorie de la construction du Moi. Selon celle-ci, le bébé possède dès sa naissance un répertoire moteur inné qu'elle nomme *schèmes de base*.

Le schème de base est la plus petite unité motrice structurée de notre organisation motrice. Ce sont des unités élémentaires motrices qui appartiennent à notre espèce et il n'est pas possible de les associer et de les combiner de façon différente. (Suzanne Robert-Ouvray, 2019, p. 34).

Les schèmes de bases seraient le résultat d'une autre notion introduite par Suzanne Robert-Ouvray, l'intégration motrice, quelle définit comme « un système d'enroulements résultant d'antagonismes musculaires » (Suzanne Robert-Ouvray, 2019, p. 18) ou encore comme « la mise en rapport et la dialectisation de deux parties opposées du corps » (Suzanne Brigitte Robert-Ouvray, 2019, p.34). La psychomotricienne invite à envisager cette intégration motrice en concomitance avec le développement psychique du sujet et non pas comme précédent ce dernier. Les systèmes d'intégration, tant au niveau psychique que physique, permettraient au sujet d'organiser progressivement sa motricité, de l'intégrer dans son psychisme, pour finalement se former une identité psychocorporelle organisée.

Ainsi, en s'appuyant sur ces concepts, Suzanne Robert-Ouvray développe sa théorie sur le rôle de l'organisation motrice dans la construction du Moi et d'une unité psychocorporelle unifiée : « Le bébé construit son Moi grâce à son modèle moteur, [...] à partir des trois éléments structurants du narcissisme primaire : l'enroulement, l'axialité et la coordination » (Suzanne Robert-Ouvray, 2009, p. 82)

Robert-Ouvray explique qu'au début de la vie, on observe normalement une bipolarité tonique chez le bébé qui s'établit comme ceci : hypotonie axiale et hypertonie des membres. L'hypertension des muscles fléchisseurs des membres, associée à l'hypotension des muscles vertébraux, confère au bébé une position de repli sur lui-même, une position d'enroulement. Son équipement neuromoteur alors immature le soumet à des mouvements réflexes qu'il ne peut encore maîtriser. Au cours de son développement, une détente tonique des membres opère progressivement du haut vers le bas du corps. Les zones vertébrales deviennent quant à elles plus toniques. Les schèmes de base agissent comme des « îlots moteurs » (Suzanne Robert-Ouvray, 2019, p.46) épars, ce qui donne une première représentation de soi fragmentée au bébé. La détente tonique progressive du corps permettra aux schèmes de base de se généraliser en un enroulement global du corps. Les postures d'enroulements offrent la possibilité au bébé d'explorer son propre corps, de se rencontrer. Il « connaît alors le plaisir d'un premier soi psychomoteur unifié » (Suzanne Robert-Ouvray, 2019, p.46). L'enroulement du corps est donc un « mouvement primaire narcissique de préoccupation fondamentale de soi » qui assure au bébé une « base de sécurité corporelle et psychique » (Suzanne Robert-Ouvray, 2019, p.46) lui permettant par la suite d'être suffisamment en confiance pour s'ouvrir aux schèmes d'extension, à l'environnement et à la relation.

Le mouvement d'axialité occupe également une place prépondérante dans la construction du Moi selon Robert-Ouvray (2019). Le rachis, qui est ici envisagé comme l'axe du corps est défini par l'auteur comme « l'élément référent qui met de l'ordre dans le corps et fonde la loi corporelle » (Suzanne Robert-Ouvray, 2019, p.49). L'axe vertébral se place donc comme référentiel propre permettant de définir les différents plans : avant, arrière, droite et gauche. Il se porte également garant de la notion de symétrie, premièrement entre les deux hémisphères corporels quand le bébé joint ses mains devant ses yeux, puis entre le haut et le bas de son corps quand sa motricité lui permet d'attraper ses pieds. Au-delà de l'intégration de la symétrie, cela permet aussi au bébé de différencier

progressivement les zones de son corps. Pour Robert-Ouvray, cette intégration de l'axe et de la symétrie permet l'intégration du schéma corporel et la création d'une image de soi. Par ailleurs, cela prépare le bébé aux mouvements de torsion qui correspondent une nouvelle fois à un mouvement d'ouverture au monde et à la relation.

Enfin, Suzanne Robert Ouvray considère un troisième élément comme constructeur obligatoire du Moi : la coordination motrice. Autour du sixième mois du bébé, les schèmes moteurs commencent à se coordonner, à s'organiser de manière à former un tout fluide et unifié. Cela donne au psychisme un ensemble moteur et sensoriel cohérent qui conditionne la première unité psychique. « L'unification du corps et sa coordination va permettre au moi du bébé de passer d'un état d'objet partiel et fragmenté à un objet entier et unitaire qui soutient le rassemblement psychique » (Suzanne Robert-Ouvray, 2019, p.47). Cela vient notamment consolider le sentiment de continuité de vivre de l'enfant. Le sixième mois marque donc selon la théorie de l'auteur une étape fondamentale dans la construction du Moi. À cet âge se crée une « première forme de synthèse tonique, motrice et psychique [...] une première étape de rassemblement sensorielle, motrice et psychique » (Suzanne Robert-Ouvray, 2019, p.52). Le bébé commence à percevoir l'ambivalence objectale et la différenciation entre l'objet total qu'il forme et le reste de son environnement. En revanche, Robert-Ouvray met en garde sur le manque de coordination motrice à cet âge. Cela pourrait conduire à des angoisses, des défaillances dans la conscience de soi, à des clivages ou encore à des difficultés dans la distinction entre le soi et le non-soi.

Si Robert-Ouvray s'intéresse à la construction du Moi par l'intégration motrice du sujet, cela peut également s'envisager en termes de sensorialité.

2.2.4 Sensorialité et conscience de soi

Avant même sa naissance, le bébé peut faire l'expérience de la maturation de ses différents systèmes sensoriels. Il entend et reconnaît par exemple très tôt la voix de sa mère et fait ses premières expériences tactiles au contact du liquide gestationnel. La naissance représente un événement sensoriel fort dans la vie du bébé. Il est soudainement sujet à toutes les afférences sensorielles que lui propose son nouvel environnement.

Lors de ses recherches sur la psychomotricité et le développement de l'enfant, André Bullinger (2007) s'intéresse particulièrement aux effets des flux sensoriels sur l'organisme. Bullinger n'emploie le terme de corps qu'à partir du moment où il considère que le bébé dispose d'une représentation suffisante de lui-même. Avant cela, il parle d'organisme. Les différents flux sensoriels permettent entre autres l'étayage de la représentation de soi selon Bullinger.

Les flux sensoriels représentent les différentes afférences sensorielles auxquelles est soumis le bébé par le biais de son organisme. Ce dernier est en effet porteur de différents capteurs qui permettent au bébé d'avoir la sensation de ce qui l'entoure. Bullinger (2007) fait une distinction entre la sensation et la perception. Cette dernière réclame déjà une certaine capacité de représentation alors que la sensation est possible dès les premiers stades de maturation du fœtus.

Parmi les flux sensoriels, Bullinger (2007) distingue notamment les flux gravitaires, tactiles, olfactifs, gustatifs, auditifs et visuels. Il donne une importance plus soutenue aux afférences visuelles, ce qui sera détaillé après. Ainsi, l'organisme entre en relation avec son environnement et peut y réagir, notamment par des réactions et modulations toniques. L'organisme du bébé bouge, change de position, et les capteurs sensoriels avec. L'organisme dispose alors d'une forme de sensibilité profonde lui indiquant ses variations dans l'espace. Pour André Bullinger, « c'est la coordination de ces deux séries de signaux, ceux issus des flux sensoriels et ceux issus de la sensibilité profonde, qui va permettre de constituer la fonction proprioceptive. » (Bullinger, 2007). Par ailleurs, les mouvements du bébé impliquent sans cesse de nouvelles afférences sensorielles. En étant acteur de sa motricité, le bébé étaye donc son répertoire sensoriel. C'est ce que Bullinger (2007) entend sous le terme de *sensori-motricité*.

Le flux gravitaire s'impose constamment à l'organisme et est perçu par le système vestibulaire. Il régit notamment les sensations de mouvements, d'accélération, actives ou passives.

Le flux tactile est une « sensibilité qui concerne toute l'enveloppe corporelle » (Bullinger, 2007). Les afférences tactiles contribuent à la perception du corps dans l'espace.

Bullinger (2007) ne détaille pas exhaustivement les flux olfactifs et gustatifs mais il les lie à l'alimentation et à la satisfaction orale. Les flux auditifs représentent quant à eux le bain sonore qui enveloppe le bébé. Ils permettent de solliciter son système d'alerte, d'être éveillé à son environnement. Les afférences sonores contribuent également à la perception de l'espace et à l'intégration des notions de distances.

Pour Dolto, dont la théorie est expliquée par Reinhardt (1990), l'alliance de l'audition et de l'olfaction peut par ailleurs permettre à l'enfant de construire son espace corporel. En effet, certaines études montrent que dès les premières semaines de vie, le bébé est capable de reconnaître l'odeur de sa mère. Ainsi, l'olfaction du bébé est sollicitée en la présence de la figure maternelle et l'attention auditive est accrue en son absence. L'association et la différence de ces deux modalités sensorielles permet au bébé de se construire son espace et de reconnaître le corps de sa mère, ce qui participe à la genèse de la reconnaissance de son propre corps différencié.

Enfin, les flux visuels « sont utiles pour contrôler la posture et situer le corps dans l'espace, mais ils participent aussi au réglage des mouvements des bras lors de la capture et de la manipulation d'objets » (Bullinger, 2007). La sensibilité profonde informant des postures de l'organisme s'associe aux flux visuels et donne accès aux représentations spatiales. Le système visuel assure par ailleurs un rôle très important dans le développement sensori-tonique du bébé, en lui permettant progressivement de se redresser. Bullinger (2007) s'est donc intéressé plus particulièrement à la privation des afférences visuelles chez les enfants. Il fait notamment état d'un effondrement tonique, d'une mauvaise compréhension de la spatialité des mouvements. Chez les enfants aveugles, la station debout n'est également plus source d'exploration. Celle-ci réclame un recrutement tonique trop important et les « stimulations tactiles et les pressions perçues sont utilisées à d'autres fins que l'exploration de l'objet » (Bullinger, 2007).

Chez l'enfant aveugle, la station debout est une situation de déprivation sensorielle : les pieds sont immobilisés comme supports et les mains ne sont en contact qu'avec le corps, le sol s'est éloigné sans que l'enfant comprenne nécessairement pourquoi. Pour que les pieds retrouvent leur rôle explorateur dans la station debout, il faut que

se mette en place un balancement latéral qui rend possible, par l'alternance, les rôles d'appui et d'exploration. Là encore, les flux visuels ou un substitut sont essentiels pour former cette habileté. (Bullinger, 2007).

Le bébé est donc acteur de son individuation par la représentation qu'il se fait de son corps propre. Celle-ci repose notamment sur l'intégration des éléments anatomo-fonctionnels, sur le développement de ses schèmes de base et sur sa sensorialité. Tous ces éléments contribuent à étayer la conscience d'un Moi différencié et individué. Néanmoins, le bébé ne peut évoluer qu'en présence de l'autre et plus spécialement en présence d'une figure d'attachement.

2.3 Attachement et attitude exploratoire

Il existe une théorie, élaborée par le psychiatre et psychanalyste John Bowlby et explicitée par Mintz et Dugravier (2015), qui relate des modalités d'attachement de l'être humain. La théorie de l'attachement de Bowlby indique que les premières relations de l'enfant sont décisives pour son avenir social et émotionnel. Elle concerne plus particulièrement la relation entre le bébé et son *caregiver*, prodigateur de soins en français, qui pour être la plus sereine possible doit osciller entre les demandes de l'enfant et les réponses du *caregiver*.

Au début de la vie du nourrisson, la mère, communément désignée comme la figure d'attachement, est particulièrement sensible aux besoins de son enfant et y répond systématiquement. Progressivement, le bébé intègre la bienveillance de celle-ci et accepte des temps de latence plus longs entre demande et réponse. L'attachement se construit à la fois dans la satisfaction des besoins vitaux comme l'alimentation mais aussi dans la capacité de la mère à venir calmer les angoisses de son enfant. Par la suite, la psychologue Mary Ainsworth complète cette théorie initiale en décrivant quatre types d'attachement : sécure, insécure évitant, insécure anxieux/ambivalent ou résistant et enfin l'attachement désorganisé. Elle apporte également la notion de *base sécurisante* caractérisant l'intégration de cette figure d'attachement par l'enfant. Ce dernier ne pourra aller explorer le monde de

manière autonome que si et seulement s'il parvient à se faire une représentation mentale de sa figure d'attachement en l'absence de celle-ci.

Selon Bowlby et Ainsworth, cités par Mintz et Dugravier (2015), l'attachement pourrait être inclut au sein d'un ensemble plus vaste : *les systèmes motivationnels*, qui sont des caractères innés visant à la survie et qui s'organisent en fonction du contexte. Au sein de ces *systèmes motivationnels*, on retrouve notamment le système d'attachement et le système exploratoire, tous deux antagonistes. Lorsque le système exploratoire s'active, l'enfant découvre son environnement. Il se sent en sécurité puisque sa base sécurisante est suffisamment intégrée. Lorsque ce même enfant se retrouve en difficultés, le système exploratoire laisse prédominer le système d'attachement et l'enfant retourne auprès de sa base sécurisante, si l'attachement qui les lie est de type sécurisante. L'intégration de la *base sécurisante* est donc un prérequis indispensable à l'exploration de l'enfant.

Pour le pédiatre et psychanalyste D.W. Winnicott (2015), un environnement *suffisamment bon* reste indispensable au bon développement de l'enfant. Il inclut dans ce vaste concept différentes notions inhérentes, souvent relatives à la figure maternelle, telles que le *holding* ou encore l'*object-presenting*. Le *holding* est le portage de l'enfant par sa figure maternelle. Cela s'envisage sur le plan physique où le portage doit permettre à l'enfant de se constituer un sentiment de continuité d'exister mais aussi sur le plan psychique c'est-à-dire la manière dont l'adulte investit l'enfant. Si le portage psychique et physique est adéquat, il renforce le sentiment de sécurité chez l'enfant et lui permet progressivement de prendre conscience de son unité jusqu'à s'émanciper de la relation fusionnelle avec la mère. Si l'enfant a été suffisamment porté par sa figure maternelle, il peut s'éloigner d'elle tout en continuant de se sentir porter. La distance et la séparation physique ne remettent pas en cause son intégrité.

La notion d'*object-presenting* correspond quant à elle à la manière dont la mère introduit la réalité extérieure dans la dyade mère-enfant. Cela permet une ouverture sur le monde du bébé, par le biais d'une figure sécurisante préalablement intégrée.

La séparation physique de la figure d'attachement n'est pas brutale et laisse place à ce que Winnicott (2015) nomme les phénomènes transitionnels. La distinction de la réalité

interne et de la réalité externe se fait progressivement par la mise en place d'une aire fictive d'expérience dans laquelle le bébé expérimente ce qui n'appartient ni réellement à sa réalité interne, ni à sa réalité externe. Le bébé expérimente la « première possession non-moi » (Winnicott, 2015, p. 28). Il intériorise la relation avec sa mère et oriente son intérêt vers un objet qui devient le symbole de celle-ci, l'objet transitionnel. Cet objet, souvent le « doudou » de l'enfant, rend moins brutale et donc plus supportable la séparation de la mère. Il permet notamment d'apaiser les angoisses en l'absence de celle-ci. L'objet transitionnel correspond, dans le cas d'un développement normal, à une étape vers l'intégration totale de la base de sécurité. L'enfant le délaisse ensuite progressivement, au profit de l'intérêt mis au service de sa curiosité exploratoire.

L'individuation du bébé, et plus largement du sujet, s'envisage donc d'un point de vue physique et psychique. Premièrement dans une forme de symbiose avec sa mère, le nourrisson va nourrir sa conscience de soi par le biais de son auto-exploration, de sa motricité et de sa sensorialité. Cela va lui donner les clefs permettant d'avoir accès à une représentation individuelle et unifiée de son entité psychocorporelle. Le début de la locomotion, en ce qu'elle représente de la séparation physique de la mère, va également venir consolider le sentiment d'individuation de l'enfant. La figure maternelle, rassurante, doit être intériorisée pour permettre à l'enfant de s'ouvrir au monde et à l'exploration de manière sûre et efficace.

PARTIE THÉORICO-CLINIQUE

Après avoir présenté madame S telle que je la découvre au fil de notre suivi en psychomotricité, je souhaite désormais mettre en lien mes observations cliniques avec les différents éléments théoriques détaillés dans la partie précédente. Des séances passées avec madame S découlent plusieurs questionnements et hypothèses. Ceux-ci me poussent rapidement à me demander en quoi la psychomotricité peut-elle permettre de soutenir un processus de ré-individuation chez cette patiente ancrée dans une position anaclitique ?

Il n'existe évidemment pas de réponse unique et consensuelle à cette question. C'est pourquoi, dans cette dernière partie, je souhaite du mieux que possible apporter quelques pistes et éléments de réponses à cette problématique. Ceux-ci s'appuient sur tout ce qui a pu être mis en place et observé lors des séances avec madame S dans le cadre de mon stage.

Nous verrons que le parcours de soin avec cette patiente ne suit pas une évolution positive linéaire et cela nous ramène à la réalité du terrain de la clinique psychiatrique. Le projet de soin doit être redéfini, les pistes de soins repensées, et le psychomotricien doit faire preuve d'une grande adaptabilité.

1 D'UNE MEILLEURE INTÉGRATION DE SOI

Dans ma partie clinique, j'aborde trois aspects qui m'interpellent particulièrement dans la prise en soins de madame S : le manque de repères corporels propres, la défaillance de l'exploration tactile et des repères externes ainsi que le besoin d'appuis physiques et psychiques externes.

Le dossier clinique de la patiente fait de nombreuses fois état de la position anaclitique à l'égard de son mari, dans laquelle madame S semble ancrée depuis une cinquantaine d'années. Comme expliqué dans la partie théorique, la position anaclitique renvoie au besoin de l'autre, à la nécessité de devoir s'appuyer sur quelqu'un pour pouvoir trouver un semblant d'intégrité et survivre soi-même. Dès lors, on peut déjà se demander à quel degré cette dépendance à l'autre impacte le vécu individuel, la perception du corps propre et différencié

chez la patiente. Par ailleurs, aux vues des éléments relatés par les soignants qui entourent madame S, celle-ci semble entretenir un rapport particulier avec son corps. Il est parfois totalement désinvesti, ce qui se constate notamment par les effondrements toniques et postures dans lesquels se prostre madame S. À d'autres moments, il est la cible privilégiée de mouvements auto-agressifs : la patiente peut aller jusqu'à se fracturer les os, elle se jette également violemment au sol. Paradoxalement, ce corps peut aussi être siège de réconfort, de réassurance : la patiente éprouve le besoin de se palper, d'explorer son corps quand elle se trouve angoissée et sujette à la désorganisation par exemple.

Comme l'explique Ajuriaguerra (1970), les comportements automutilateurs peuvent s'envisager comme une tentative d'exploration de soi et répondent en ce sens à des désordres dans la construction et l'intégration du schéma corporel. Cet argument mis en lien avec la notion de position anaclitique me questionne sur la représentation et la perception des repères corporels internes, individuels, chez madame S et donc sur le processus d'individuation, ou plutôt ici de ré-individuation. Je me demande en effet si tous ces passages à l'acte ne seraient pas un moyen non élaboré pour la patiente d'éprouver son corps ? Le fait de se jeter au sol pourrait être une forme de recherche d'appuis solides qu'elle ne trouve pas en elle mais qu'elle trouvait auparavant dans son mari et qu'elle cherche désormais dans le support. Cela ressemble également à une recherche de consistance et de limites corporelles.

Assez tôt dans le suivi, nous formulons avec ma maître de stage une hypothèse générale selon laquelle les comportements de madame S pourraient résulter d'un manque d'intégration d'un schéma corporel individuel persistant en l'absence de son mari. Cette dernière, qui vit depuis des années en appui sur son époux, pourrait avoir tant investi la relation duelle qu'elle en aurait oublié son individualité psychique et corporelle. L'impossibilité d'accès à une proprioception suffisante pourrait alors être source d'une importante angoisse qui conduirait la patiente à des comportements inadaptés d'exploration et de recherche du corps.

Dès lors, nous axons la prise en soins sur les bases du processus d'individuation tel que décrit chez l'enfant, en partant du fantasme de fusion avec la mère jusqu'à l'émergence du Moi psychique et corporel différencié (Malher, 2013). Il semble important que madame S

puisse retrouver une assise corporelle propre et solide, qui la porte et lui permette de s'ouvrir à l'exploration de son environnement malgré sa cécité.

1.1 Perception des systèmes

Lors des séances de psychomotricité, nous souhaitons avant toute chose offrir à madame S la possibilité d'explorer et d'éprouver son corps différemment, dans la sécurité mais aussi dans le plaisir corporel. La découverte du corps peut s'envisager en termes anatomo-fonctionnels avec notamment la prise de conscience des différents *systèmes* du corps décrits par Benoît Lesage (2015). L'auteur rappelle que l'enrichissement de la proprioception est une étape clef dans l'éveil de la conscience de soi.

1.1.1 Intégration du système squelettique et des ancrages

Dès les premières séances, nous accordons une importance accrue à la perception et à la représentation de la charpente osseuse chez madame S. Par le biais de ses différentes fractures, nous constatons en effet que le squelette est particulièrement attaqué chez cette patiente. Selon les travaux de Benoît Lesage (2015), l'intégration du squelette est également liée à la notion d'appuis et d'ancrages. Or, nous avons vu que ces deux aspects posent question dans la prise en soins de madame S.

La conscience du corps ne peut reposer uniquement sur des connaissances factuelles. Il faut y associer un vécu corporel et donc proposer des expériences où le corps est engagé. D'après Lesage, « distinguer ce qui est solide et consistant des parties molles [...] initie une différenciation » (Lesage, 2015, p.230). Au cours des séances, nous utilisons donc différents moyens pour permettre à madame S de percevoir sa charpente osseuse.

Par exemple, nous proposons à la patiente de ressentir et de se représenter sa structure squelettique par le biais des vibrations osseuses. J'utilise pour cela un tuyau sonore. Il s'agit d'un tuyau en plastique, creux et strié, que je viens placer sur les différentes surfaces osseuses telles que la colonne vertébrale, les ceintures scapulaires et pelviennes, les os des quatre membres... Avec une baguette, j'imprime un mouvement de va-et-vient sur ce tuyau, ce qui induit des vibrations qui résonnent dans tout le squelette de la patiente. Je peux faire

varier l'intensité, la cadence, en fonction de la patiente et de ses ressentis. Madame S est très attentive lors de cet exercice. Sans même que nous lui demandions, elle peut verbaliser les différences qu'elle perçoit entre les parties du corps où elle sent les vibrations et les autres. La patiente peut aussi situer les zones où elle trouve les vibrations osseuses agréables et celles où cela l'est moins.

Benoît Lesage (2015) explique que les vibrations osseuses permettent d'accéder à une représentation globale et cohérente des structures solides du corps. Les vibrations, se propageant de segment osseux en segment osseux, confèrent une sensation de structure interne unifiée.

Le travail autour de la perception du système squelettique est également propice à la verbalisation autour de l'intégration du schéma corporel. Je prends notamment le temps avec madame S d'insister sur le rôle du squelette, en guise de tuteur interne solide du corps qui permet entre autres de s'ériger. Nous nommons ensemble les différents éléments osseux et la patiente présente quelques confusions, par exemple au niveau du sternum qu'elle vient palper. Elle explique n'avoir jamais prêté attention à cet os qu'elle « ne connaît pas ». Lors de la séance en chambre d'apaisement citée dans ma partie clinique, alors que madame S manifeste une importante désorganisation, elle porte instinctivement ses mains sur cet os et prend de nouveau le temps de le palper avec attention. Entre les deux séances se sont pourtant écoulées cinq semaines. Cela me laisse supposer que le travail autour du squelette a pu être rassurant pour la patiente et que le rôle de base de sécurité du système osseux décrit par Lesage a pu être intégré par cette dernière.

Aussi, lors de cette même séance, la patiente tente de retrouver son schéma de marche et cherche pour ce faire à taper des pieds au sol. Je me demande s'il ne s'agit pas là d'une tentative de reproduire ces vibrations osseuses qui lui confèrent potentiellement une sensation d'unité, de cohérence et donc de sécurité corporelle. Par ailleurs, comme l'explique Lesage, le contact du sol et les sensations que renvoie celui-ci au sujet viennent questionner la notion des appuis et des ancrages. En tapant des pieds ainsi, madame S pourrait donc à la fois s'assurer de son intégrité corporelle, individuée et sécurisante, et tester un nouvel appui sur lequel elle pourrait venir déposer celle-ci.

1.1.2 Intégration du système tonique et musculaire

Benoît Lesage (2015) nous renseigne également sur l'importance de l'intégration du système musculaire et du tonus. Selon lui, il s'agit de ce qui donne de la forme, de la consistance au corps. Cela vient faire contraste avec le vide que me renvoie madame S par sa posture et son manque d'initiatives psychomotrices dans les premiers temps de suivi.

Le tonus musculaire est « l'état de tension active, permanente, involontaire et variable en intensité » (Vulpian, cité par Scialom et al., 2011, p. 145) d'un muscle. L'état tonique du corps est en permanence analysé et transmis au système nerveux de manière inconsciente par la sensibilité profonde, c'est-à-dire la proprioception. En ce sens, la proprioception contribue à la conscience de soi, tant dans le mouvement que dans le repos et « dans son lien à la proprioception, le tonus participe de la sensation interne du corps propre, de la perception et de la conscience de soi » (Scialom et al., 2011, p. 154). Le tonus est en quelques sortes la base du sentiment d'existence, son support. Il dispose notamment d'une qualité de maintenance et de contenance. En effet, la régulation tonique permet la gestion des différentes articulations et fait donc office de lien et de cohésion entre les différents segments corporels. De ce fait, « le tonus soutient alors le sentiment d'unité corporelle et d'individuation, [...] participe à la qualité de présence » (Scialom et al., 2011, p. 155).

Le tonus, notamment perceptible lors de la contraction et du relâchement musculaire, est donc une manière d'affirmer sa présence au monde. Il permet l'activité posturale mais est aussi une manière de communiquer ses états affectifs. Lorsque je rencontre madame S pour la première fois, celle-ci est repliée sur elle-même, apparemment hypotonique. Elle me donne l'impression que rien en elle ne peut assurer son redressement. En quelques sortes, elle me renvoie l'impression d'un contenant physique vide. Je pense alors qu'il est important de pouvoir lui faire éprouver ce qui fait force et résistance en elle.

Premièrement, nous travaillons longuement sur la respiration et le *tonus pneumatique* (Bullinger, 2007). Je constate que madame S ne respire jamais lors des différents mouvements proposés. Elle bloque sa respiration et exécute le geste en apnée. Malgré nos rappels et sollicitations, cela reste difficile pour elle. Nous entreprenons par ailleurs tout un travail autour de la posture en station assise puis debout. Nous tentons de faire percevoir à

madame S les différences de recrutement tonique dans les deux situations. En position allongée et assise, nous proposons également à madame S des exercices de repoussé et de résistance dans les membres inférieurs. Dans les premiers temps, cela est difficile pour la patiente. Malgré nos explications et l'investissement de notre propre corps, madame S peine à initier les mouvements de repoussé volontaire dans ses jambes. Une fois de plus, l'aspect hypotonique, mou, de ses jambes me renvoie à une sensation de vide interne, à un manque de présence.

1.1.3 Intégration du système de la peau

Le toucher représente un élément important de la prise en soins de madame S. Celle-ci étant privée de sa vision et se repérant difficilement dans son corps et dans l'espace, il faut souvent l'accompagner par le toucher. Cela implique indéniablement le contact et la considération du système de la peau. Lesage (2015) décrit ce système mais la littérature met davantage en avant les travaux du psychanalyste Didier Anzieu (1985) en ce qui concerne les fonctions de la peau. Ce dernier développe en effet le concept du *Moi-Peau* dont l'idée principale est que les fonctions psychiques prennent appui sur les fonctions et propriétés du système de la peau. Anzieu explique que le *Moi-Peau* « désigne une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même [...] à partir de son expérience de la surface du corps » (1985, p. 39). Le psychanalyste distingue ainsi huit fonctions de la peau sur lesquelles s'étaye le psychisme : la maintenance, la contenance, la pare-excitation, l'individuation, l'inter-sensorialité, le soutien de l'excitation sexuelle, la recharge libidinale et l'inscription des traces sensorielles. Aux vues de ce que j'observe avec madame S, les notions de maintenance, de pare-excitation et d'individuation me semblent particulièrement pertinentes à développer.

La fonction de maintenance correspond à une intériorisation psychique du portage physique, de la maintenance de l'intégrité apportée dans les premiers temps par la mère. Anzieu (1985) fait ici le lien avec le *holding* de Winnicott. Cette maintenance conditionne la capacité ultérieure du sujet à se (main)tenir par lui-même. Par les propriétés de sa peau, le bébé perçoit le contact avec son « objet support » (1985, p. 98), ce qui confère un sentiment de sécurité.

La peau fait office de barrière entre le dedans et le dehors de l'individu. Elle protège en ce sens des potentielles agressions extérieures et assure une fonction de « *pare-excitation* » (1985, p. 101). Dans les premiers temps de vie, cette fonction est assurée par l'objet support, à savoir la figure maternelle. Progressivement, le bébé « trouve sur sa propre peau un étayage suffisant pour assurer cette fonction » (1985, p. 101). Si l'enfant ne développe pas ces capacités d'auto-étayage, il peut chercher à conserver l'appui constant de l'objet support et cela peut conduire à des angoisses de perte d'objet.

Enfin, « Le Moi-Peau assure une fonction d'individuation du Soi, qui apporte à celui-ci le sentiment d'être un être unique » (1985, p. 102). Par ses particularités, la peau permet de préserver l'individualité la personne. Elle lui confère également son unicité en raison de ses spécificités physiques qui distinguent le sujet des autres.

La peau de madame S est marquée d'hématomes, de plaies. Si l'on s'en réfère à la théorie d'Anzieu, cela peut être représentatif de son état psychique. La patiente présente des difficultés à se porter seule et à assurer son intégrité physique et psychique, ce qui rappelle la fonction de maintenance du *Moi-Peau*. L'objet support sur lequel elle a toujours pris appui, son mari, n'est plus là pour la soutenir et assurer son maintien. Cela peut également être en lien avec la fonction de pare-excitation qui fait défaut et soumet la patiente à toutes ses angoisses et pulsions agressives. Le fait d'utiliser le toucher en séance permet donc potentiellement de renforcer le sentiment d'individuation de madame S. En venant signaler par des pressions tactiles les différentes zones blessées et saines de son corps, cela peut lui permettre de retrouver une individualité et remettre de manière générale les propriétés de sa peau au premier plan afin de favoriser une individualisation psychique sous-jacente.

Le toucher est un apport repris personnellement par madame S. Lorsqu'elle est sujette à l'angoisse et à la désorganisation, elle explique prendre le temps de toucher son corps, mais aussi les éléments qui l'entourent afin de se raccrocher à des éléments de réalité qui la rassurent. Avant nos séances, la patiente se jetait fréquemment au sol. Désormais, elle explique lutter contre l'angoisse en touchant son propre corps. Cela me donne l'impression d'une évolution dans le rapport au corps, de quelque chose de plus élaboré au fil des séances. Le corps semble désormais être davantage investi comme une sphère rassurante. Madame S peut s'y référer quand elle en ressent le besoin. La psychomotricité pourrait donc lui

permettre de vivre autrement son corps et d'en faire un lieu sécurisant, un allié contre ses angoisses.

1.2 Intégration de l'axialité par les schèmes moteurs

Suzanne Robert-Ouvray (2009) nous rappelle l'importance de ce qu'elle nomme les schèmes de base dans la constitution d'une unité psychocorporelle unifiée et organisée chez l'individu. Au niveau physique, le schème de base suppose la mise en lien de deux segments opposés du corps. Au niveau psychique, cela se symbolise par la rencontre à l'autre qui est source de tension et qui s'apaise par la mise en place d'un espace tiers. De ce fait « le schème de base, dans sa triangulation anatomique, préfigure l'écart et le décalage nécessaire à tout processus d'individuation » (Scialom et al., 2011, p. 168). Parmi les schèmes de base tels que définis par Suzanne Robert Ouvray (2009), les mouvements permettant la perception de l'axialité du sujet servent particulièrement le sentiment d'un soi unifié.

Selon Catherine Potel (2010), intégrer l'axe vertical de son corps, c'est faire de ce dernier son propre référentiel. L'axe permet de délimiter les différents espaces autour de soi et, de ce fait, d'accroître la perception du dedans et du dehors. Il contribue donc à la constitution du Moi différencié. L'axe est également l'élément qui sous-tend la latéralisation du sujet, l'intégration de la notion de réversibilité et donc plus largement la relation à l'autre. Intégrer son axe, c'est aussi former et se représenter un tout cohérent de son corps.

Pour Bullinger (2007), « L'axe corporel comme point d'appui représentatif constitue une étape importante dans le processus d'individuation et rend possible les activités instrumentales. Il fait de l'organisme un lieu habité ». L'axe corporel est à envisager au niveau physique : il confère au corps sa verticalité et est donc impliqué dans la qualité de présence au monde du sujet. Cependant, l'axe n'est pas qu'un élément anatomique. Il se conçoit aussi au niveau psychique et affectif et correspond alors au support de l'identité du sujet. L'axe est donc un élément psychocorporel à part entière.

Dans mon cheminement clinique, je constate que madame S peine à organiser ses mouvements dans l'espace. Privée de la vision et présentant des repères corporels fragiles, c'est comme si elle ne parvenait pas à se servir de son corps propre comme référentiel. Ce

qui devrait être l'élément central de sa vie, son pilier, semble lui faire défaut. Physiquement, cela se constate par un effondrement tonique important, notamment perceptible en position assise. Madame S se présente très refermée et repliée sur elle-même. Elle ne parvient pas à assurer sa verticalité et je pense fréquemment que c'est comme si cette patiente avait besoin de se rassembler, de mettre en lien les différentes parties de son corps pour s'assurer de son intégrité. En position assise, sa tête est baissée et le regard orienté vers son ventre et ses jambes. La patiente joint également ses mains au niveau du ventre. Tout son corps est en flexion. Je constate que la patiente n'initie jamais de schèmes d'extension, ce que je mets en lien avec le fait qu'elle puisse avoir besoin de trouver en elle les ressources nécessaires avant de pouvoir s'ouvrir au monde. Je me questionne également sur les afférences visuelles dans cette position. Madame S nous explique lors de l'anamnèse percevoir encore quelques éléments, notamment les variations d'intensité lumineuse. Cette position de la tête baissée, très proche du reste de son corps, pourrait être un moyen d'avoir un retour visuel sur celui-ci.

1.2.1 Travail sur les enroulements et déroulements

Au niveau physique, le travail d'intégration de l'axe peut se faire par les exercices autour des schèmes de flexions et d'extensions, d'enroulements et de déroulements. Ceux-ci trouvent leur corollaire psychique dans le repliement sur soi et l'ouverture au monde et à la relation.

Nous proposons ces exercices à madame S afin de lui faire prendre conscience de son axe, dans la continuité du travail d'individuation entrepris depuis le début du suivi. Assise au fauteuil, nous proposons à la patiente de prendre une profonde inspiration en conjuguant cela à un redressement de l'axe vertébral. À l'expiration, la patiente doit s'enrouler, vertèbre après vertèbre, dans un mouvement de flexion du buste jusqu'à atteindre sa limite. Souvent, madame S laisse pendre ses bras le long de ses jambes et vient chercher le contact du sol avec ses mains. Son buste est totalement en appui sur ses cuisses et sa tête suit cette continuité d'enroulement. Cela me renvoie alors l'image d'un bébé dans le ventre de sa mère, enroulé sur lui-même, faisant ses premières expériences corporelles autocentrées. Madame S reste ainsi fléchie un certain temps. Elle ne parle pas et semble très concentrée et attentive à ses ressentis.

Nous proposons cet exercice d'enroulement et de déroulement de l'axe dès la première séance de psychomotricité. Madame S nous en reparle ensuite à chaque début de séance. Elle explique reprendre cet exercice seule dans sa chambre, notamment lorsqu'elle est sujette à l'angoisse. La patiente emploie des mots forts comme « cela me permet de me recentrer » ou « je sens mon corps moins carcan avec cet exercice ». Je trouve que cela symbolise bien l'enjeu des schèmes de flexions et d'extensions. Premièrement, se fléchir permet de se recentrer sur soi, de fonder son *noyau narcissique* (Robert-Ouvray, 2019). C'est un mouvement fondateur du narcissisme primaire. Ensuite, les schèmes d'extensions permettent à l'inverse de s'ouvrir au monde, une fois ce narcissisme consolidé. Le fait que madame S expérimente ce repli sur soi en cas d'angoisses montre qu'elle intègre progressivement son corps comme un espace rassurant qui lui est propre.

1.2.2 Mouvements symétriques et asymétriques

Par ailleurs, l'axialité est également liée à la notion de symétrie. La jonction des deux hémicorps corporels permet de mettre en avant l'axe vertical central du corps. D'un point de vue psychique, cette symétrie corporelle rejoint les notions de réversibilité et donc plus largement la question de la relation. La réversibilité est la capacité de se décentrer pour pouvoir se mettre à la place de l'autre. Elle s'évalue notamment par le repérage de la droite et de la gauche sur autrui mais présuppose au préalable une bonne intégration de son propre schéma corporel et de sa propre axialité.

Au cours du travail sur l'axe avec madame S, nous proposons des mouvements bilatéraux d'ouverture et de fermeture des membres supérieurs. Ceux-ci répondent toujours à la volonté de stimuler l'intégration de l'axe chez la patiente et correspondent à des schèmes de flexion et d'extension du buste et des bras. À l'inspiration, madame S est invitée à étendre ses bras le plus largement possible dans un mouvement d'ouverture du buste. Cela a par ailleurs une action de redressement du rachis, de l'axe. Lorsqu'elle expire, la patiente doit fléchir progressivement ses membres en partant des extrémités pour atteindre un tout rassemblé au niveau de son buste. Dans cet exercice, madame S peut donc expérimenter la symétrie de ses deux hémicorps par le biais de ses membres supérieurs qui s'ouvrent puis se rejoignent autour de l'axe vertébral. En plus de permettre une ouverture, cela permet de lutter contre l'effondrement tonique dans lequel elle se place régulièrement. Le recrutement

tonique de son rachis lui confère une nouvelle posture et donc une nouvelle qualité de présence.

Lors des séances, nous proposons également à la patiente d'expérimenter les postures asymétriques. Cela permet d'une part d'avoir accès aux différents espaces corporels mais aussi de les unifier par le mouvement afin de former un tout fluide et cohérent. Les coordinations des postures asymétriques permettent l'intégration du centre, de l'axe, selon Bullinger (2007). Concrètement, madame S peut par exemple inspirer en étendant l'un de ses bras, dans sa verticalité comme dans son horizontalité. L'autre bras reste passif. Par ailleurs, le travail décrit dans ma partie clinique autour du transfert d'appuis en position debout, sur un pied puis sur l'autre, sur les pointes puis sur les talons, permet à madame S de venir tester par l'asymétrie du poids de son corps les limites de son équilibre autour de l'axe.

1.2.3 Travail sur les coordinations

L'axe est l'élément central du corps, tant au niveau de sa disposition anatomique qu'au niveau de ses qualités de portage psychocorporel. De ce fait, il fait office de lien entre les différentes parties du corps, les chaînes musculaires, les hémicorps, et renforce le sentiment de cohésion corporelle. L'axe vertébral est impliqué dans la majorité des mouvements, ce qui explique qu'un mouvement puisse en impliquer un autre et solliciter la sensibilité profonde d'un segment corporel non impliqué.

Avec madame S, nous expérimentons la perception du corps par le mouvement. Au sein de notre plateau de rééducation, nous disposons d'une table de massage très large permettant un travail en position allongée comme ce pourrait être le cas au sol. Nous proposons par exemple à la patiente de venir effectuer des mouvements de retournements. En partant d'une position couchée sur le dos, nous guidons celle-ci afin qu'elle puisse se retourner sur le côté dans un premier temps afin de se mettre assise. Cela vise d'une part le travail des coordinations mais permet également à la patiente de pouvoir se repérer dans ses mouvements lorsqu'elle est seule dans sa chambre.

Lorsque nous guidons la patiente, si bien verbalement que physiquement, nous suivons la logique des enroulements physiologiques du corps. Les retournements comme les redressements ne doivent pas se faire en extensions et solliciter un recrutement tonique trop important. De manière générale, madame S respecte bien ces enroulements. La coordination des différents schèmes moteurs est difficile au début. Au fil des répétitions, madame S semble néanmoins mieux intégrer l'enchaînement et organise davantage ses mouvements, ce qui donne un rendu plus harmonieux de son corps. Dans son organisation spatiale en revanche, elle reste perdue. Parfois, la patiente ne sait pas dire si elle est couchée sur le côté ou sur le dos. Encore une fois, je me dis que l'axe de son corps n'est pas suffisamment intégré comme organisateur spatial. Le fait de travailler sur les retournements permet à la patiente de percevoir son corps en volume par les contacts du support avec ses faces ventrale, dorsale et latérales. Ces différents espaces s'agencent autour de l'axe vertébral.

Toutefois, madame S ne conserve pas de traces de ce travail lorsqu'elle se présente à la séance suivante. Je me questionne sur les qualités de support de son axe au sens psycho-affectif. De nouveau, j'ai l'impression que ce qui ne permet plus de la porter psychiquement se répercute sur ses capacités de portage physique.

2 VERS UNE OUVERTURE À L'ENVIRONNEMENT

2.1 Le modelage de l'argile

Dès la première séance, madame S nous fait part de son intérêt pour la cuisine. Cela semble occuper une place importante pour elle et nous décidons donc de lui proposer une médiation autour du modelage de l'argile. Dans un premier temps, cette proposition vise à réassocier la notion de plaisir à celle de l'utilisation du corps faite par la patiente. Je ne perçois que progressivement les autres potentialités du modelage de la matière.

L'argile est un support malléable qui trouve sa place au cœur de la thérapie psychomotrice. Avec la terre, on peut modeler, créer, modifier, déconstruire et même conserver une trace solide de ses créations. Avec madame S, cette médiation me semble particulièrement pertinente du point de vue de l'expression de sa subjectivité. Non seulement, cela lui permet de penser quelque chose qui lui est propre, de l'imaginer et de le

construire, mais aussi d'en garder une trace, un support. Par ailleurs, le modelage de l'argile implique à la fois le monde psychique du sujet, ses représentations, mais aussi son corps par le biais de la motricité fine. « Le modelage est une activité double qui met en jeu la pensée et l'action. Il s'agit donc d'un véritable processus projectif, qui a la particularité d'être agi et pensé dans le même mouvement » (Brun et al., 2011). Madame S peut donc trouver dans cette médiation un nouvel élément permettant de consolider son unité psychocorporelle.

Une nouvelle fois au cours des séances de modelage, je constate la nécessité d'un support externe pour madame S. Modeler la matière lui donne accès à ses affects. J'ai l'impression que cela lui offre la faculté de se recentrer sur elle-même. En pétrissant la pâte, la patiente peut me parler de sa vie passée, de ses petits-enfants, d'anecdotes heureuses sans nécessairement inclure son mari dans le récit. Parfois, elle peut brièvement envisager le futur. Madame S semble également prendre du plaisir à redécouvrir ses créations d'une semaine à l'autre. Elle s'en souvient mais prend chaque fois le temps de les palper de nouveau, d'en analyser chaque détail. Cela vient faire écho avec les questionnements qui émergent en moi quant au support interne de madame S, difficilement accessible.

Le modelage de l'argile et l'analyse des créations convoquent notamment les sensibilités tactiles et profondes. Habituellement, cela solliciterait également la sensibilité visuelle mais je suppose que chez madame S, la cécité peut engendrer un travail sur la figuration et les représentations, ce qui pourrait être bénéfique au projet ultérieur d'exploration de l'environnement.

Il s'agit d'un voyage dans la vie sensorielle, où les impressions kinesthésiques, les frontières entre l'intracorporel et l'extériorité, la texture et le tactile, figurent des images corporelles. Par l'absence de la vue [...] l'un des objectifs est de stimuler un mouvement régressif, à travers un jeu d'aller-retour entre la pensée et la sensorialité, la réalité interne et la réalité externe. (Brun et al., 2011)

Par cette médiation, je suppose que madame S renforce également son sentiment d'agentivité, c'est-à-dire la conscience d'être l'agent actif principal de ses actes, et en de plus larges mesures, de sa vie. Cela permet donc de redonner à madame S une place centrale dans son existence, même en l'absence de son mari. Aussi, j'ai l'impression que cette

médiation permet l'ouverture sous-jacente à l'envie de découvrir son environnement pour madame S.

Parmi les mécanismes qui poussent le sujet à l'exploration de son environnement, l'exploitation de la *sensibilité aux contingences sensorimotrices* et la *curiosité* occupent des places intéressantes (Jacquey et al., 2020). La sensibilité aux contingences sensorimotrices fait référence à la notion d'*instrumentation* décrite par Bullinger (2007) et se définit comme la faculté du sujet à percevoir les liens de causalités entre ses actes et les conséquences de ceux-ci. La notion de curiosité renvoie quant à elle à la motivation et à l'envie du sujet. Je fais donc l'hypothèse que par le biais de cette médiation, madame S a pu réunir ces deux facteurs engendrant son ouverture progressive à l'exploration de son environnement.

2.2 Exploration de l'espace

Après cinq séances centrées sur l'intégration corporelle de madame S, nous pensons que celle-ci dispose de meilleurs repères en elle. Nous souhaitons donc ouvrir l'exploration à son environnement proche afin que la patiente puisse développer ses capacités d'orientation et de repérage dans l'espace. En parallèle, nous continuons le travail centré sur le corps propre.

2.2.1 Fauteuil

Dès le début de la prise en soins, la question des représentations m'interroge chez madame S. Cela se constate notamment quand il s'agit pour elle de toucher un objet afin de se le représenter et de s'orienter vis-à-vis de ce dernier. L'exploration tactile semble inefficace chez cette patiente. Ce qu'elle touche ne paraît pas faire sens. Je me demande ce qu'il en est de son accès aux représentations mentales qui se forment, ou devraient se former, à partir de ses afférences sensorielles. En séance, l'ouverture sur l'exploration de l'environnement débute par un travail sur la représentation de son fauteuil roulant. Comme expliqué dans la partie clinique, madame S se montre très impliquée et peut différencier les différentes matières. En revanche, elle présente des difficultés à nommer ce qu'elle ressent. Je suppose alors que l'accès aux représentations sur base sensorielle tactile est difficile pour

la patiente. Néanmoins, elle ne montre pas de signes d'angoisse et reste concentrée, dans une volonté manifeste de mieux se repérer dans son espace proche.

L'exploration du fauteuil de madame S se fait en position assise. La patiente est donc une nouvelle fois soutenue par un support sur lequel elle peut s'appuyer et déposer son poids. L'exploration me semble alors plus efficiente que lorsque nous tentons, lors d'une séance suivante, une exploration en station debout. Assise dans son fauteuil, madame S peut se concentrer pleinement sur ce qu'elle touche. Ses mains ainsi que son attention sont pleinement investies dans le travail d'exploration. Madame S n'a pas besoin de les utiliser pour pallier son manque de vision dans l'ajustement de sa posture ou pour se déplacer. Cela me rappelle une autre séance de la prise en soins durant laquelle je suis absente mais que ma maître de stage me rapporte. Lors de cette séance, Madame S est très angoissée et ne se déplace qu'à quatre pattes dans sa chambre. Au niveau chronologique, cette séance correspond au moment où nous constatons un déclin chez madame S, qui la conduit notamment à passer un temps en chambre d'apaisement. La station debout lui est impossible à tenir. Elle n'arrive plus à s'organiser. En faisant le lien avec les propos de Bullinger (2007) sur la déprivation sensorielle, je suppose que madame S cherche ses appuis et un meilleur contrôle postural en se plaçant à quatre pattes. Le contact du sol avec ses mains lui offre de nouvelles afférences sensorielles tactiles nécessaires pour compenser sa déprivation visuelle. Debout, soumise à l'angoisse et à l'incapacité de s'apaiser pour se concentrer sur ses perceptions, l'exploration lui est impossible.

Ainsi, je pense que le fait de pouvoir s'appuyer sur un support est nécessaire pour que madame S développe une exploration tactile efficiente de son environnement. Non seulement d'un point de vue psychique par rapport à tout ce que l'on a détaillé sur la notion de position anaclitique, mais également d'un point de vue physique. Madame S doit sans cesse compenser son manque de vision par les autres sens, ce qui ne lui permet peut-être pas de mettre sa sensorialité au service de l'exploration. Le fait d'être assise libère sa sensorialité de ses fonctions « compensatrices » du déficit visuel. Par ailleurs, la notion du besoin d'appui renvoie aussi à la faculté de se porter soi-même dans son propre corps, dans son individualité et ce même en l'absence de l'autre.

2.2.2 Chambre

Quelques temps après la séance d'exploration du fauteuil roulant décrite ci-dessus, je rencontre madame S dans sa chambre afin de lui donner des repères au sein de celle-ci. Je commence par la guider avec mon propre corps. Je prends sa main et lui fais toucher les murs, les angles de la pièce, les différents reliefs et matériaux. Ensuite, la sentant réceptive et impliquée dans cet exercice, je m'éloigne d'elle physiquement afin de lui laisser de l'autonomie dans son exploration, mais je continue de la porter et de la guider par la voix. La séparation physique apparaît alors comme un élément désorganisateur chez la patiente. Elle perd rapidement sa faculté à tenir debout et demande à s'asseoir. Une fois assise, nous proposons de reprendre les schèmes d'enroulements qui habituellement la rassurent. En s'enroulant, madame S vient toucher le sol avec ses mains, ce qui suscite une angoisse importante et induit un besoin de déambuler. Madame S se relève et je tente de réinitier l'exploration de la pièce. La patiente reste très confuse. Aucun élément ne peut être décrit par cette dernière. L'exploration tactile semble de nouveau inefficace et madame S ne parvient pas à acquérir des repères fixes et sécurisants dans cette chambre dans laquelle elle vit quotidiennement.

Le fait que la désorganisation de madame S survienne au moment de la séparation physique m'évoque la théorie sur les *systèmes motivationnels* de Bowlby (2015). Selon ce dernier, l'installation du système exploratoire n'est possible que si les liens d'attachement sont suffisamment sécurisants et intériorisés par le sujet. La base de sécurité doit être intégrée afin que la séparation physique avec celle-ci ne soit pas source d'angoisse et donc un obstacle dans l'ouverture à l'environnement. Le fait que sa base de sécurité, à supposer qu'il s'agisse de son mari, soit inaccessible physiquement pourrait alors remettre en question ses conduites exploratoires. Dans le cas où il s'agirait en effet d'un défaut d'intériorisation de la base de sécurité, je me questionne sur la mise en place d'un objet transitionnel pouvant l'accompagner, comme Winnicott (2015) le décrit, dans une séparation physique progressive de sa figure d'attachement.

Par ailleurs, cette attitude me renvoie également aux propos de Bullinger (2007) concernant l'attitude exploratoire et le déficit visuel. Dans ma partie théorique, je citais « la station debout est une situation de déprivation sensorielle » et « les stimulations tactiles et

les pressions perçues sont utilisées à d'autres fins que l'exploration de l'objet » (Bullinger, 2007). En station debout, madame S semble en effet incapable de donner sens à ce qu'elle touche. Je me demande si cela ne recrute pas trop de tonus et d'attention aux dépens de l'énergie mise au service de l'exploration. En position assise, elle peut davantage percevoir les différents éléments de l'environnement. Elle peut se concentrer sur les matières et ses ressentis comme c'est le cas avec son fauteuil roulant par exemple.

Le travail autour de l'exploration de l'environnement ne peut être approfondi aux vues de l'état de santé de madame S qui se détériore à la suite de cette séance.

3 UN TOURNANT DANS LA PRISE EN SOINS

Dès notre septième séance, je constate un déclin chez madame S. Alors que je commence seulement à la rencontrer en chambre afin de débiter un travail sur les repères externes, la patiente me semble de moins en moins disponible. Fréquemment, elle dort quand j'arrive ou ne se sent pas capable de se lever pour notre séance. Elle exprime ne plus avoir de force et répète à plusieurs reprises vouloir mourir. Les soignants relatent une recrudescence des chutes et des mouvements agressifs. Madame S se nourrit de moins en moins et est de nouveau très angoissée, perdue, si bien dans son corps que dans l'espace. Son état de santé se détériore ensuite rapidement et, d'une semaine à l'autre, je retrouve la patiente plongée dans un état catatonique qui vient modifier la prise en soins.

3.1 Apparition du syndrome catatonique

Après trois séances à constater le déclin moteur et cognitif de madame S en chambre puis en salon d'apaisement, je me rends de nouveau dans son unité où les soignants m'informent de son état catatonique. D'après le dictionnaire de psychiatrie, la catatonie se définit comme une « immobilité avec rigidité musculaire ou tension physique et, parfois, excitation » (Shahrokh et al., 2014, p. 50) et se caractérise entre autres par une absence de réactions aux différentes stimulations et un état apparent d'inconscience de l'environnement. Chez madame S, cet état se manifeste par une rigidité dans les quatre membres, désormais fléchis. Elle ne communique plus, ne se nourrit plus et ne réagit plus aux différentes stimulations des soignants.

Je me rends dans la chambre de madame S où je la retrouve allongée dans son lit. Je me présente à elle mais la patiente ne réagit pas. Ses yeux sont fermés. Elle conserve la même position de longues heures durant et je constate des zones d'appuis devenues rouges et humides sur lesquelles des escarres risquent d'apparaître. Madame S présente des tremblements visibles et constants au niveau de la mâchoire, qui ne cessent que lorsque je pose mes mains sur son visage ou son crâne. Le reste du corps est immobile et difficile à mobiliser à cause de sa raideur. Je ne sais pas si madame S entend tout ce que je peux lui dire, ni si elle perçoit le toucher de mes mains sur son corps. Je pense alors que la prise en soins en psychomotricité n'a plus de sens, que tout le travail mis en place jusqu'ici a été vain.

Peu de temps après cette première séance particulière, madame S est transférée sur l'unité de médecine où nous intervenons quotidiennement avec ma maître de stage. Nous pouvons donc la rencontrer plus régulièrement. Je continue de me rendre dans sa chambre chaque mardi tandis que ma maître de stage la rencontre tous les autres jours de la semaine. Madame S est désormais contenue aux quatre membres car elle continue parfois de se mouvoir de manière presque pulsionnelle et de se mettre ainsi en danger. Pour autant, elle présente toujours le même tableau clinique : les quatre membres sont fléchis, elle ne communique plus et garde les yeux fermés. La patiente est nourrie par alimentation entérale et ne réagit que très peu aux stimulations. Néanmoins, chaque fois que je rentre dans sa chambre et me présente, madame S tente de se redresser, en gardant toujours les yeux fermés. Cela me laisse penser que le lien que nous avons établi depuis les premières séances perdure et que la prise en soins demeure pertinente. Souvent, la patiente peut me saluer et répondre à quelques réponses courtes sur son état et ses douleurs avant de replonger dans un mutisme qui perdure jusqu'à la fin de la séance. Par ailleurs, madame S bénéficie de séances d'électroconvulsivothérapie (ECT) qui ne semblent pas encore montrer leur efficacité. L'électroconvulsivothérapie est une technique de soin adoptée dans les cas de dépression sévère, de troubles de l'humeur ou encore de schizophrénie.

Un courant électrique est appliqué via deux électrodes placées au niveau des tempes du patient, sous anesthésie générale. L'objectif est de provoquer une crise similaire à une crise d'épilepsie généralisée d'une durée de 30 secondes environ. De 9 à 12 séances, réparties sur 4 à 6 semaines, sont menées. Parfois un traitement d'entretien est nécessaire, avec environ une séance par mois. (INSERM, 2019)

3.2 La question du projet de soin

3.2.1 Un métier d'adaptation

Cette dégradation de l'état de santé de la patiente vient questionner et remanier le projet de soin. Il n'est temporairement plus question d'un processus de ré-individuation et la nouvelle présentation clinique de madame S ne permet plus de faire évoluer le travail corporel entrepris sur une ouverture à l'exploration de son environnement. Il convient donc de s'adapter et de réfléchir à ce qui pourrait être bénéfique à la patiente aux vues de la situation.

Nous souhaitons avec ma maître de stage continuer le travail autour de la sensorialité. Cela permet d'une part de conserver le lien avec la réalité qui entoure la patiente et d'autre part de la mettre en relation avec ses ressentis internes. Cela vient donc comme le souligne Bullinger (2007), étayer la conscience de soi, ce qui reste dans la continuité de notre projet de soin initial. Les afférences sensorielles, supports de verbalisation sur les ressentis corporels, pourraient éventuellement susciter des réactions chez la patiente. Par ailleurs, nous misons sur la mémoire du corps en espérant que madame S puisse se rétablir et garder une trace de ce que nous lui apportons durant cet état catatonique. De manière générale, nous cherchons à créer du lien avec cette dernière.

Aux vues de la nouvelle situation de madame S, le projet de soin évolue. Il s'agit dorénavant de permettre à madame S de rester dans un lien suffisant à son corps et aux éléments de réalité qui l'entourent. Pour cela, nous continuons l'apport sensoriel, dont nous diversifions les flux afférents (Bullinger, 2007). Nous tentons également d'entretenir un lien agréable au corps en limitant l'inconfort de la patiente.

3.2.2 Nouvelles pistes de soin

Dans un premier temps et en accord avec les kinésithérapeutes, nous entreprenons un travail sur la posture de madame S. Nous mobilisons ses quatre membres afin de lutter contre le blocage des articulations mais aussi pour soulager les zones d'appuis prolongées pouvant induire des escarres.

La priorité psychomotrice face à l'état catatonique de madame S nous semble être de limiter les douleurs dans son corps et de favoriser au maximum son confort. L'état catatonique fait rupture avec l'état normal de la patiente. Il peut en ce sens être envisagé comme un traumatisme sur le plan psychique mais aussi corporel. Nous imaginons alors par ailleurs qu'un corps vécu dans la douleur serait une source supplémentaire de désinvestissement corporel chez madame S. En effet, « la douleur engendre un appauvrissement des investissements libidinaux extérieurs au profit d'un surinvestissement de la zone corporelle de souffrance » (Gauvin-Piquard, cité par Peccia-Galletto, 2009). La douleur physique due au traumatisme trouve son équivalent dans le psychisme du sujet : « Le choc est équivalent à l'anéantissement du sentiment de soi, de la capacité de résister, d'agir et de penser en vue de défendre le Soi propre » (Ferenczi, cité par Peccia-Galletto, 2009). Aux vues de la problématique initiale de madame S, nous mesurons donc l'importance d'entretenir le lien au corps et de favoriser la conscience de soi.

Parfois, madame S peut dire quelques mots en début de séance. Elle répond à des questions courtes qui permettent de cibler ses douleurs. Dans ces cas de figure nous pouvons proposer des touchers et massages des zones douloureuses que nous réalisons à l'aide d'huile parfumée afin de solliciter sa sensibilité olfactive. Madame S se renferme généralement rapidement dans son mutisme et il faut alors être attentif à ses manifestations corporelles afin de jauger au mieux ce qui est douloureux et ce qui ne l'est pas, ce qui semble rassurant et ce qui au contraire semble raviver l'angoisse. Par exemple, je constate dès la première séance en état catatonique que le fait de venir poser mes mains sur le crâne de madame S contribue à faire cesser ses tremblements. Il s'agit d'un toucher affirmé, avec une certaine pression que j'élargis ensuite au reste du corps. Lors d'une séance, alors que ce même toucher se montre à nouveau efficace sur l'arrêt des tremblements, un claquement de porte qui résonne dans le service provoque la reprise accrue de ceux-ci dans tout le corps de madame S. Je suppose alors que le toucher apporte quelque chose d'apaisant et que ces tremblements expriment l'angoisse par laquelle est traversée la patiente.

L'état catatonique de madame S restreint le champ des possibles dans la prise en soins. Elle ne réagit plus aux stimulations, ne communique plus verbalement et ne peut plus se mouvoir de manière consciente et volontaire. Néanmoins, je constate au fil des séances que la patiente perçoit certaines choses comme ma présence. Je tiens donc à conserver le travail

autour de la sensorialité mis en place depuis le début de la prise en soins. Celui-ci doit être adapté aux nouvelles possibilités de madame S mais reste selon moi bénéfique car il permet de conserver la mise en lien psychocorporelle ainsi que la conscience du corps.

Lors d'une séance, je constate par exemple que les sécrétions oculaires de madame S viennent coller ses yeux. Elle y porte plusieurs fois ses mains, sans pouvoir dire ce qui la gêne. Je lui propose alors de venir passer un gant de toilette humide sur son visage en insistant sur les yeux et la bouche. J'ajoute sur ce gant humide une brume parfumée qui appartient à la patiente et lui place devant le nez afin de l'inviter à en sentir l'odeur. Madame S cesse de porter les mains à son visage et elle finit par ouvrir quelques temps les yeux en fin de séance. J'ai alors l'impression d'avoir pu entrer en lien avec elle. Elle ne parle pas mais les tremblements cessent et elle conserve les yeux ouverts, orientés dans ma direction. Lorsque je signale mon départ et que je commence à ranger, madame S referme les yeux et les tremblements reprennent.

Depuis l'état catatonique de madame S, je propose également toujours un fond sonore lors de nos séances. Non seulement, cela me permet de combler le vide que je peux parfois ressentir en séance face à cette patiente mutique. Par ailleurs, c'est aussi une nouvelle forme d'exploration de la sensibilité auditive de la patiente.

Lors d'une séance, madame S peut brièvement reparler de la séance précédente, notamment de l'odeur de l'huile que je lui ai proposé de sentir ou encore de la musique que j'ai pu proposer. Je constate donc une nouvelle fois que malgré son manque de réactions, certaines choses continuent de faire trace en elle et qu'un lien entre les séances perdure malgré tout.

3.2.3 Clinique de l'infime

Lors de ce suivi, et particulièrement depuis que la patiente est plongée dans un état catatonique, je me demande régulièrement ce que nous pouvons apporter à notre échelle de psychomotriciens face à de tels déclin du plan psychique. Ma maître de stage n'a de cesse de me répéter que la psychiatrie adulte est une clinique de l'infime. C'est également ce que

je constate avec l'état de madame S. Il faut être observateur et à l'écoute du moindre changement pour ne pas manquer l'opportunité d'entrer en lien avec elle.

Je constate par exemple à plusieurs reprises que madame S, bien que ne réagissant pas à nos stimulations, peut venir dégager une mèche de cheveux de son visage avec sa main, ce qui témoigne de la persistance d'une forme de conscience de son corps. Le travail en psychomotricité prend alors tout son sens, même si cela ne se fait plus d'une manière active comme ce pouvait être le cas en début de suivi. Par ailleurs, lorsque je l'informe que je vais quitter la pièce, elle cherche toujours à se redresser. Il me semble donc qu'un lien se crée malgré les apparences qui portent parfois à penser le contraire. Il est donc toujours important d'entretenir ce lien et de s'ajuster au mieux au nouvel état de la patiente.

3.3 Ce qui reste en suspens...

Du fait de l'état catatonique de madame S, plusieurs pistes de soins restent inexplorées. Peu de temps avant le déclin de la patiente, l'équipe nous met à disposition une salle dans laquelle se trouvent notamment des tapis de gymnastique et du matériel permettant de cuisiner. Malheureusement, nous n'avons pas le temps de réaliser de séance dans cette nouvelle salle avant que l'état de madame S ne se dégrade. Néanmoins, j'explore seule les possibilités que nous offre ce nouveau matériel dans l'espoir que madame S retrouve des capacités nous permettant de nous y rendre ensemble.

Premièrement, la mise à disposition du matériel de cuisine me remémore le premier entretien d'anamnèse où la patiente nous explique son intérêt pour la cuisine. Madame S dit se sentir désormais incapable de cuisiner en raison de sa cécité. Je réfléchis alors à la possibilité de mettre en place une médiation cuisine qui convoquerait à la fois l'aspect sensoriel qui reste le fil conducteur de la prise en soin, mais aussi le plaisir corporel par le biais de l'intérêt porté à la médiation.

D'autre part, la question des chutes répétées au sol de la patiente continue de me questionner. Je me demande s'il s'agit, comme l'entend Ajuriaguerra (1970), d'un moyen pour elle de chercher ses limites, d'éprouver et d'explorer son corps. Il pourrait également s'agir d'une recherche de l'appui externe dont elle manque depuis la perte de son mari.

J'envisage donc rapidement qu'un travail autour du sol, et des schèmes de verticalisation notamment, pourrait être bénéfique à cette patiente qui se met en danger. D'une part, si madame S cherche volontairement le contact du sol, en guise d'appui ou pour éprouver son corps, cela pourrait lui permettre de le faire en sécurité et dans une forme plus élaborée, sans s'infliger de douleurs. De plus, la verticalisation implique toutes les notions explicitées plus haut et qui soutiennent le processus d'individuation. Non seulement, le processus de verticalisation repose sur les différents *systèmes* du corps (Lesage, 2015), et davantage peut-être les systèmes tonique et musculaire, et osseux. La verticalisation repose également sur l'axe corporel. En se verticalisant, le sujet révèle aux autres et à lui-même son axe, ce qui le porte (Robert-Ouvray, 2019). Il intériorise ses capacités à se porter seul. Enfin, cette verticalisation a une symbolique psychique importante. Le sujet qui se verticalise seul affirme sa subjectivité. Il n'a plus besoin de l'autre pour révéler sa présence au monde.

Toutes ces pistes de soin se basent sur la présentation clinique antérieure de madame S et restent à ce jour inexplorées. Lorsque j'écris les dernières lignes de ce mémoire, madame S sort progressivement de sa catatonie. Ses capacités ne sont plus les mêmes qu'auparavant mais l'équipe garde bon espoir quant à son rétablissement, ce qui laisse espérer une potentielle mise en pratique des pistes évoquées.

CONCLUSION

Le secteur de la psychiatrie représente à mon sens très bien les liens qui unissent le corps et le psychisme. Les troubles psychiques s'inscrivent et se manifestent par le corps tandis que les troubles corporels trouvent en contrepartie leur symbolique psychique. En partant de ce constat, l'importance de développer et d'enrichir une approche psychocorporelle des patients que nous rencontrons me semble d'autant plus claire.

Madame S fait partie de ces patients pour lesquels il faut constamment aiguïser et approfondir sa lecture psychomotrice des troubles présentés. En effet, les troubles visuels de la patiente étant mentionnés au premier plan, nous pourrions nous contenter de dire qu'ils provoquent chez elle une désorganisation spatiale qu'elle ne parvient pas à maîtriser et qui s'exprime par l'angoisse et l'agressivité. Néanmoins, au cours de ce suivi et en questionnant sans cesse mon regard de future psychomotricienne, je remarque que la problématique de madame S s'inscrit au-delà de sa cécité. La patiente ne parvient plus à incarner son propre corps. Elle présente des troubles dans l'intégration de son corps individué, ce qui se traduit par un besoin constant de prendre appui sur un support externe : parfois le corps de l'autre, parfois l'objet. Cette recherche d'appui externe restreint la patiente dans ses attitudes exploratoires et l'empêche d'acquérir des repères spatiaux suffisamment sécurisants et lui conférant une certaine autonomie. Tout semble alors intriqué au sein d'un grand cercle vicieux duquel madame S ne parvient pas à s'extraire seule.

Les séances de psychomotricité peuvent alors permettre d'accompagner madame S dans un processus de ré-individuation. En passant par l'expérience du corps et en la mettant en lien avec sa corollaire psychique, la psychomotricité tend à favoriser la perception et l'intégration du corps propre chez madame S. En s'appuyant sur les repères anatomo-fonctionnels, sur la motricité de base ainsi que sur la sensorialité, nous sollicitons l'émergence de la conscience d'un support interne solide qui permet de se porter seul : l'axe psychocorporel. Ce support interne symbolise l'individualité et la subjectivité de madame S. Il est la ressource nécessaire à sa présence au monde en tant qu'être individué.

Toutefois, la réalité de la clinique psychiatrique se rappelle parfois à nous et à nos limites. Les évolutions cliniques ne sont pas toujours favorables comme nous pourrions le

souhaiter pour nos patients. C'est dans les cas les plus inattendus que se révèlent aussi les qualités qui sous-tendent notre profession de psychomotricien, comme les capacités d'observation, de réflexion, et d'adaptation.

BIBLIOGRAPHIE

- Anzieu, D. (1985). *Le moi-peau*. Dunod.
- Bergeret, J. (2011). *La personnalité normale et pathologique : Les structures mentales, le caractère, les symptômes*. Dunod.
- Brun, M., Jeghers, C., & Caeyseele, A. (2011). Atelier thérapeutique argile : Création, destruction et trace. *Cliniques*, 1(1), 158-174. <https://doi.org/10.3917/clin.001.0158>
- Bullinger, A. (2007). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*. Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.bulli.2007.01>
- Charrier, P., & Hirschelmann, A. (2009). *Les états limites*. Colin.
- Crocq, M.-A, Guelfi, J. D., Boyer, P., Pull, C.-B., & Pull-Erpelding, M.-C. (2016). *Mini DSM-5 : Critères diagnostiques*. Elsevier Masson.
- De Ajuriaguerra, J. (1970). *Manuel de psychiatrie de l'enfant*. Masson&cie.
- Dugravier, R., & Barbey-Mintz, A.-S. (2015). Origines et concepts de la théorie de l'attachement. *Enfances & Psy*, 2(66), 14-22. <https://doi.org/10.3917/ep.066.0014>
- Guedeney, N., & Guedeney, A. (2016). *L'attachement : Approche théorique : du bébé à la personne âgée*. Elsevier Masson.
- Jacquey, L., Fagard, J., O'Regan, K., & Esseily, R. (2020). Développement du savoir-faire corporel durant la première année de vie du bébé. *Enfance*, 2(2), 175-192. <https://doi.org/10.3917/enf2.202.0175>
- INSERM. (2019). Dépression. <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/depression>
- Lehmann, J.-P. (2011). La clinique de Winnicott. *Le Carnet PSY*, 1(150), 49-52. <https://doi.org/10.3917/lcp.150.0049>

- Lesage, B. (2015). *Jalons pour une pratique psychocorporelle : Structures, étayage, mouvement et relation*. Érès.
- Mahler, M., & Dupont, J. (2013). Symbiose et séparation-individualisation. *Le Coq-héron*, 2(213), 59-73. <https://doi.org/10.3917/cohe.213.0059>
- Peccia-Galletto, C. (2009). Le traumatisme psychocorporel : Traces et empreintes contrastées. *Enfances & Psy*, 4(45), 140-149. <https://doi.org/10.3917/ep.045.0140>
- Pireyre, E. W., & Delion, P. (2021). *Clinique de l'image du corps : Du vécu au concept*. Dunod.
- Potel, C. (2010). *Être psychomotricien un métier du présent, un métier d'avenir*. Érès.
- Reinhardt, J.-C. (1990). *La genèse de la connaissance du corps chez l'enfant*. Presses universitaires de France.
- Robert-Ouvray, S. B. (2009). *L'enfant tonique et sa mère*. Desclée de Brouwer.
- Robert-Ouvray, S. B. (2019). *Intégration motrice et développement psychique : Une théorie de la psychomotricité*. Desclée de Brouwer.
- Scialom, P., Canchy-Giromini, F., & Albaret, J.-M. (2011). *Manuel d'enseignement de psychomotricité*. Solal.
- Shahrokh, N. C., Hales, R. E., Phillips, K. A., Yudofsky, S. C., Crocq, M.-A., & Boehrer, A. E. (2014). *Dictionnaire de psychiatrie*. Elsevier Masson.
- Spitz, R. A., & Cobliner, W. G. (2012). *De la naissance à la parole : La première année de la vie*. Presses universitaires de France.
- Winnicott, D. W. (2015). *Jeu et réalité : L'espace potentiel*. Folio essais.

Vu par la maître de mémoire, Audrey Maire, psychomotricienne diplômée d'état

Fait à Lyon,
Le 11 Mai 2021,

Audrey MAIRE
Psychomotricienne DE



Auteur : Claire CELLIER

Titre :

**La thérapie psychomotrice au service de l'individuation d'une patiente ancrée
en position anaclitique.**

Mots - clés : psychiatrie – schéma corporel – individuation – anaclitique – corps
psychiatry – body image – individuation – anaclitic – own body

Résumé : Au sein des institutions psychiatriques, la question du corps des patients reste fondamentale. Les soins psychomoteurs y occupent donc une place non négligeable. Cet écrit suit la rencontre avec madame S, ancrée dans une position anaclitique à l'égard de son mari aujourd'hui décédé. Madame S doit se créer seule de nouveaux repères internes et externes. Qu'en est-il de la question du corps propre, individué, lorsque la patiente semble ne s'être investie qu'au sein d'une relation duelle indifférenciée ? La prise en soin de madame S invite à se questionner sur les différentes modalités qui permettent au sujet de se différencier et d'enrichir sa conscience corporelle.

Within psychiatric institutions, the question of the body stays fundamental. Psychomotor therapy occupies a significant place. This writing sums up the therapeutical care of Mrs. S, sticking to an anaclitic position towards her husband, now deceased. She has yet to create by herself new internal and external references. There arises the question of one's own and individual body, when the patient seems to have invested herself exclusively within an undifferentiated dual relationship. Taking care of Mrs. S leads us to question the different modalities that allow the patient to differentiate herself and to enrich her body awareness.