

SOMMAIRE

INTRODUCTION	8
 PARTIE 1 : IMMERSION DANS LA CLINIQUE.....	10
A. PRESENTATION DE LA STRUCTURE	10
1. L'Hôpital d'Instruction des Armées (HIA)	10
2. Entrée dans l'unité de psychiatrie	10
3. L'organisation spatiale du lieu.....	11
4. La vie du service	11
5. Les Réunions de Concertation pluridisciplinaires (RCP)	12
B. LA PSYCHOMOTRICITE DANS LE SERVICE	13
1. La salle de psychomotricité	13
2. La place de la psychomotricité à l'hôpital et dans le service.....	13
3. Le cadre des séances	14
a. La structure de l'évaluation psychomotrice	14
b. La structure des séances de psychomotricité.....	16
C. HALTE LA, PAS SI PRES !	17
1. Présentation de M. F.	17
2. Histoire de la maladie	17
a. Le traumatisme psychique.....	17
b. Autres antécédents médicaux-socio importants	19
3. L'accompagnement en psychomotricité	19
a. L'évaluation psychomotrice de M. F.	19
b. Une première rencontre surprenante	20
c. En conclusion	21
4. Penser le suivi en psychomotricité.....	21
a. Le projet thérapeutique.....	21
b. Les médiations pensées pour y répondre.....	22
5. Que s'est-il passé en séance ?	23
a. Renouer avec soi et ses sensations psychocorporelles	23
b. Tonus, régule-toi !	24
c. Pas trop près s'il vous plaît : la distance relationnelle	24
6. Conclusion	26
D. A LA RECHERCHE DU CONTACT.....	26
1. Présentation de M. C.....	26
2. Histoire de la maladie	27
a. Le traumatisme physique	27
b. Le traumatisme psychique.....	28

c. Autres antécédents médicaux-sociaux	29
3. L'accompagnement en psychomotricité de M. C.	29
a. Première rencontre et évaluation	30
b. En conclusion	33
4. A la recherche de la juste distance	34
5. Penser le suivi en psychomotricité.....	34
a. Projet thérapeutique.....	34
b. Médiations.....	35
6. Compte-rendu de l'unique séance de M. C.....	35
a. La discussion	35
b. La pratique.....	37
c. La verbalisation	38
7. L'évolution de M. C. dans la prise en soin en psychomotricité.....	39
E. EN CONCLUSION	39

PARTIE 2 : L'ESPT ET SES REPERCUSSIONS SUR LA SPHERE

PSYCHOMOTRICE.....	41
A. POINT THEORIQUE SUR L'ESPT	41
1. Un peu d'histoire	41
a. Définition	41
b. De la névrose traumatique à l'Etat de Stress Post-Traumatique	41
2. DSM et évolution de l'ESPT	44
a. Qu'est-ce que le DSM ?	44
b. L'ESPT dans le DSM.....	44
3. L'événement traumatique	46
4. Courants de pensée	48
a. Psychodynamique.....	48
b. Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)	49
c. Neurobiologique.....	51
B. EN CONCLUSION	53
C. L'EMERGENCE DE LA SECURITE D'ETRE SOI ET D'ETRE AU MONDE	54
1. Wilfried R. BION : comprends moi et je comprendrai le monde.....	54
2. Donald W. WINNICOTT : se sentir exister	55
3. Didier Anzieu : la notion d'enveloppe psychique	57
a. Qu'est-ce que le Moi-peau	57
b. Les fonctions du Moi-peau	57
4. François LEBIGOT : le traumatisme psychique et l'effraction.....	59
D. L'ETRE PSYCHOMOTEUR ET L'ESPT	61
1. La perception du corps.....	61
a. La conscience corporelle	61

b. Le schéma corporel	61
c. L'image corporelle	62
2. La régulation tonique	63
3. La dimension temporelle	65
4. La dimension spatiale	66
E. EN CONCLUSION	68

PARTIE 3 : DISTANCE ET RELATION EN PSYCHOMOTRICITE 69

A. ESPACE, DISTANCE ET RELATION	69
1. La culture dans la gestion spatiale des relations	69
a. Ce qu'en pense Edward T. HALL.....	69
b. Armée et adaptation de la distance relationnelle de M. F.	69
2. Les distances interpersonnelles selon Edward T. HALL.....	70
a. Les quatre distances relationnelles	70
b. L'espace personnel : la kinesphère de Rudolf LABAN.....	71
c. MM. F. et C., et la mise à distance.....	73
B. LA DISTANCE DANS LE SOIN : DE LA DISTANCE THERAPEUTIQUE A LA DISTANCE EN THERAPIE PSYCHOMOTRICE	74
1. La distance thérapeutique selon Salomon NASIELSKI	74
2. Distance et relation en thérapie psychomotrice avec des sujets atteints d'ESPT .	75
a. L'instauration d'une relation thérapeutique	75
b. La gestion de la distance en thérapie psychomotrice	76
C. CREER UN LIEN, AVEC L'AUTRE AVEC SOI : LE CORPS EN RELATION.....	77
1. L'importance de l'intégration d'un contenant psychocorporel pour les patients atteints d'ESPT.....	78
2. Le toucher contenant dans la relation psychomotrice.....	79
3. Le toucher et l'ESPT, qu'en est-il ?.....	80
a. Quand toucher un patient n'est pas envisageable.....	80
b. La distance et le toucher en psychomotricité avec M. F.	80
c. L'exception qui confirme la règle	81
D. DU LIEN A SOI AU LIEN A L'AUTRE	82
1. La rupture des liens dans l'ESPT.....	82
2. Les ruptures induites par l'ESPT chez MM. F. et C.	82
3. Faire du corps un allié.....	83
a. La conscience corporelle en psychomotricité	83
b. Qu'en est-il de la perception des sensations de M. C. ?.....	84
c. M. F. et la conscience du corps	85
4. La considération de l'autre en séance de psychomotricité.....	86
a. L'investissement de la relation par M. C.	86
b. M. F. dans la relation à l'autre	86

E. COMMENT CONTENIR A DISTANCE	87
1. La déconstruction d'une idée	87
2. Le cadre contenant assuré en psychomotricité.....	87
F. RESTRICTION DE LA PRISE EN SOIN IMPUTABLE A LA DUREE D'HOSPITALISATION	88
G. LES LIMITES DU LIEN ENTRE DISTANCE ET ESPT.....	89
 CONCLUSION	 91
 BIBLIOGRAPHIE	 92
 ANNEXES	 I

INTRODUCTION

Il y a quelques années, j'effectuais une Préparation Militaire Découverte (PMD) : une semaine, immergée dans l'univers de l'armée. A cette époque, je n'avais pas encore intégré d'Institut de Formation en Psychomotricité (IFP). Déjà, je portais une grande attention aux nombreuses stimulations sensorielles auxquelles nous étions soumis : quel stress ! Qu'en était-il pour les militaires, dans des conditions réelles d'exercice ? Par la suite, ce questionnement orientera ma pratique psychomotrice.

Arrivée en deuxième année de formation, je réalise un stage dans une institution militaire auprès d'une psychomotricienne. Là-bas, j'ai rencontré un homme âgé plongé dans une grande hypertonie. Au fil de nos discussions, je découvre qu'il a connu de nombreux terrains de combat. En séance, il nous racontait les guerres auxquelles il avait participé. Chaque souvenir évoqué suscitait de vives émotions, comme s'il revivait à nouveau la scène. Un matin, en arrivant en stage, j'apprends qu'il avait eu des hallucinations auditives et visuelles quelques jours auparavant. Un groupe ennemi été entré dans sa chambre pour l'attaquer... Comment était-il possible, que des années après, il soit encore autant imprégné par ces événements ? Pour la première fois, j'entendais parler d'Etat de Stress Post-Traumatique (ESPT).

Maintes fois, cet homme m'a rappelé ma chance de ne pas connaître ces horreurs. Sans pouvoir comprendre ses ressentis, je souhaitais, dans une certaine mesure, me rendre compte de son vécu. J'ai alors commencé à chercher des témoignages sur ce trouble psychiatrique. Les films *Of Men And War* de Laurent BECUT-RENARD, *Brothers* de Jim SHERIDAN ou encore *Maryland* d'Alice WINOCOUR, relatent la détresse et les difficultés relationnelles des sujets souffrants de traumatismes psychiques. A mon niveau, que pouvais-je faire pour venir en aide à ceux qui, aujourd'hui encore, souffrent de l'ESPT ?

Pour ma dernière année d'étude, j'ai décidé de chercher un stage auprès d'hommes et de femmes souffrants de pathologies psychiatriques. J'ai alors rencontré Messieurs (MM.)

F. et C. Ces hommes, l'un militaire, l'autre non, présentent un ESPT. Pour eux deux, l'apparition des troubles marque une rupture dans la gestion de leurs relations.

Dans quelle mesure la distance interpersonnelle est-elle influencée par l'ESPT ? Ce trouble psychiatrique est-il à l'origine d'une mise à distance de l'autre ? Une prise en soin psychomotrice permet-elle de trouver et d'établir une juste distance thérapeutique ?

Afin d'étayer cette réflexion, nous allons suivre un parcours en trois points. Dans un premier temps, nous ferons connaissance avec mon lieu de stage et deux des patients que j'y ai rencontré : MM. F. et C. Dans un deuxième temps, nous approfondirons nos connaissances concernant l'ESPT. Nous passerons alors en revue ses conséquences sur la sphère psychomotrice. Dans un troisième et dernier temps, nous verrons les impacts de ce trouble sur la distance relationnelle, notamment en thérapie psychomotrice. A cette occasion, nous essaierons de comprendre dans quelle mesure porter attention à soi influe sur la prise en compte des autres.

PARTIE 1 : IMMERSION DANS LA CLINIQUE

A. Présentation de la structure

1. L'Hôpital d'Instruction des Armées (HIA)

Pour ma dernière année d'études, j'effectue un stage dans un HIA. A ce jour, il en existe huit en France. Historiquement, le Service de Santé des Armées (SSA) avait vocation à soutenir les forces armées, notamment en opération, sur un plan médical. Son activité s'est ensuite étendue à chaque personne relevant du système de la sécurité sociale. Malgré ces évolutions, le soutien des armées reste la mission prioritaire du SSA. Tout « personnel de la Défense ayant contracté une blessure ou une maladie à l'occasion du service »¹ sera pris en soin en priorité.

2. Entrée dans l'unité de psychiatrie

Mon stage se déroule au sein du service de psychiatrie générale, accessible aux adultes de plus de seize ans. Il détient un agrément en addictologie et sa spécificité d'action s'étend au registre des troubles psycho-traumatiques. Du fait de l'accueil prioritaire des personnels militaires, la population reçue est majoritairement masculine. Le séjour dans le service varie d'une semaine à trois mois maximum, à plein temps. En consultation ambulatoire, la prise en soin s'étale davantage dans le temps.

Dans ce service, il est question de soins psychiatriques libres. D'après l'article de loi L3211-2 (5 Juillet 2011), ceux-ci s'adressent à « une personne faisant l'objet de soins psychiatriques avec son consentement pour des troubles mentaux »². Ils ne peuvent donc s'accompagner d'aucune mesure de contrainte. Pour que l'hospitalisation puisse avoir lieu et perdurer, il est attendu une adhésion et une participation du patient à son projet de soins.

¹ Source : <https://www.senat.fr/rap/r98-458/r98-4583.html> : Rapport d'information de M. Jean FAURE, fait au nom de la commission des affaires étrangères, de la défense et des forces armées n° 458 (1998-1999) - 23 juin 1999

² Source : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?sessionId=82F5B189DF43831D0652CDBDDEA0676D.tplgfr34s_2?idArticle=LEGIARTI000024316510&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20180420

Le service accueille les urgences psychiatriques et prend en soin des troubles psychiatriques aigus. Les troubles dont souffrent les patients sont compatibles avec une hospitalisation en milieu ouvert.

3. L'organisation spatiale du lieu

L'entrée du service débouche sur un vaste espace : la salle d'attente. Elle ouvre sur deux couloirs. L'un mène vers les bureaux administratifs et ceux des médecins psychiatres. L'autre donne sur le lieu de vie temporaire des patients.

Dans ce dernier, en forme de U, se suivent les portes d'entrée des chambres. A l'entrée du couloir se trouve le bureau « administratif » de la psychomotricienne. L'autre extrémité donne sur le salon-salle à manger. Les patients y prennent leurs repas, se détendent devant la télé, lisent un livre ou partagent un temps de jeu de société. Entre ces deux pôles, la salle des infirmiers où chaque patient peut solliciter l'équipe. Quelques fauteuils installés devant la porte invitent ceux qui le souhaitent à s'y installer.

Entre l'aile des médecins et celle réservée aux patients se situent encore d'autres salles. Il y a d'une part les salles de loisirs, parfois utilisées à des fins thérapeutiques. Deux salles sont concernées : la salle de musique, dans laquelle est laissée à disposition une grande variété d'instruments, et la salle de sport avec une table de ping-pong et quelques autres matériels. Il y a, d'autre part, les salles de pratique thérapeutique. Celle d'ergothérapie regorge de matériaux utiles à la réalisation de travaux plastiques des patients. La salle de psychomotricité est, quant à elle, vaste et épurée, laissant de la place à la pratique corporelle.

4. La vie du service

Le service compte vingt chambres individuelles. Le personnel soignant – infirmiers et aides-soignants – rythme les journées des patients en assurant les soins, la prise de médicaments et les repas. Selon sa disponibilité, il propose des activités : cuisine, chant, sport, marches à l'extérieur ou encore jeux de société. Chacun est libre de participer ou non à ces ateliers. Des temps sont aussi accordés individuellement aux patients qui ressentent le besoin de parler.

La prise en soin est pluridisciplinaire. Huit psychiatres interviennent dans le service et sont les premiers à prendre contact avec les patients. Ce sont les seuls garants des prescriptions des soins médicamenteux et non médicamenteux. S'ajoutent deux psychologues et une stagiaire ainsi qu'une ergothérapeute, une psychomotricienne et moi-même. Mis à part les stagiaires, elles travaillent toutes en temps pleins sur l'hôpital. Une musicothérapeute intervient également. Elle propose un atelier autour du son une fois par semaine. L'équipe paramédicale est supervisée par une cadre de service. Une assistante sociale complète l'équipe.

5. Les Réunions de Concertation pluridisciplinaires (RCP)

Les RCP ont lieu chaque jeudi matin, de 9 heures à 11 heures. L'ensemble des professionnels et stagiaires³ y assistent. Ils ajustent les projets thérapeutiques selon les retours des différents professionnels sur l'état des patients. L'organisation du service est aussi passée en revue.

La musicothérapeute étant présente ce jour, la réunion débute par l'évocation des patients susceptibles de vouloir et pouvoir participer à son atelier. Ensuite, la chef de service fait part des informations importantes de tout ordre, relatives au service. Puis, les infirmiers exposent la liste des patients dont ils souhaitent parler spécifiquement. Leurs choix sont motivés par un problème survenu dans le service, la dégradation de l'état de santé psychique du patient ou tout autre questionnement.

La présentation de chaque patient comporte une courte anamnèse qui permet aux professionnels de contextualiser l'hospitalisation et d'en saisir les enjeux thérapeutiques. Ils peuvent alors apporter des éclairages pertinents sur les difficultés soulevés.

Ces réunions ont pour but de laisser libre l'expression de tous. Se constitue ainsi, au cours des échanges, un tableau clinique complet, au plus près de la réalité du patient.

³ Lors de mon stage j'ai rencontré des stagiaires psychologue, infirmiers, externes et internes en médecine et conseillers facteur humain (ou CFH, sont des personnels gradés de l'armée sensibilisés à la question de la maladie psychique. Travaillant au plus près des équipes, ils sont chargés de repérer et d'orienter les personnes en difficulté de leur unité.)

B. La psychomotricité dans le service

1. La salle de psychomotricité

Face à l'entrée de la salle sont disposés quelques sièges tenant lieu de salle d'attente. Une fois passée la porte, sur la gauche, nous voyons dans un coin des fenêtres opaques donnant sur le couloir. Que le ciel soit bleu et lumineux ou gris et sombre, la lumière artificielle est constamment allumée. Aux néons du plafond est préféré un lampadaire, créant une atmosphère plus chaleureuse. Dans ce coin, trois fauteuils sont disposés en triangle. L'un est destiné à la psychomotricienne, un autre au patient et le dernier revient au stagiaire. Une banquette est placée à côté et sert couramment de support aux effets personnels des patients. Dans son prolongement, quelques couvertures sont posées au sol et dans le coin suivant est installé un poste de musique. Sur le mur perpendiculaire – face à l'entrée, donc – sont disposés deux tapis où s'allongent parfois les patients. Le reste du matériel est disposé le long du quatrième mur. On y trouve des gros ballons de diamètres variés, des balles, des bâtons en plastique de couleurs et de tailles différentes, des tabourets, etc. Dans le dernier coin – celui menant à la porte d'entrée – préside un quatrième fauteuil. Il sert à la personne observatrice. J'y ai donc passé du temps à mes débuts ici. Enfin, au centre de la pièce, un large espace reste disponible pour la pratique.

2. La place de la psychomotricité à l'hôpital et dans le service

Dans l'hôpital, trois psychomotriciennes et une alternante sont réparties dans trois spécialités médicales : neurologie, Médecine Physique et Réadaptation (MPR) et psychiatrie. La psychomotricienne du service de psychiatrie est présente depuis dix-sept ans. Adoptant une orientation psychodynamique, elle a développé une vision intégrative du soin psychomoteur. Aujourd'hui, son point de vue est considéré voire recherché par les autres professionnels. Par son approche corporelle des troubles, elle participe à l'orientation du diagnostic des patients. Les psychiatres font facilement des prescriptions pour des séances de psychomotricité, considérées comme un soin à part entière.

L'espace physique réservé à la psychomotricité est aussi un indicateur de la manière dont cette pratique est investie. Une grande salle et un bureau sont mis à disposition comme une reconnaissance de son importance. Toutefois, son emplacement peut poser

question. L'espace de pratique psychomotrice est excentré. Ni dans l'un, ni dans l'autre, il est à la frontière des deux sphères. Il s'agit d'un lieu de passage, de transition. Comme si cette pratique servait de relais. Si nous voulons rencontrer ou simplement croiser les équipes nous devons effectuer des détours. Dans le cas où nous décidons de ne pas faire cet effort, les liens ne se font pas hors réunions.

3. Le cadre des séances

La totalité des séances proposées se fait en individuel dans la salle de psychomotricité. Leur durée globale est de trois quarts d'heure, éventuellement modifiable selon le besoin des patients. Un premier contact a lieu dans la chambre avant la première séance. Il permet de se rencontrer dans un cadre informel et de fixer un premier rendez-vous d'évaluation.

a. La structure de l'évaluation psychomotrice

Le premier rendez-vous se scinde en deux temps : l'entretien puis la pratique. Le premier temps reprend une structure commune aux entretiens médicaux. Le patient est accueilli pour un échange oral, assis dans un fauteuil.

➤ L'entretien oral

Il permet d'établir une transition entre l'extérieur, les activités précédemment réalisées et la thérapie corporelle. Les premières bases de la relation de confiance s'instaurent. A cette occasion se dessine un premier aperçu de l'investissement de la parole et de l'élaboration psychique de la pathologie et des ressentis corporels associés. Il s'agit d'un temps où le patient peut exposer ses craintes mais aussi ses attentes en rapport avec la pratique et ce qu'il en connaît. Ensuite, nous lui présentons la psychomotricité et la séance qui va suivre. Pour ce faire, je définis la pratique de la manière suivante : « En psychomotricité, nous nous intéressons au corps. Au cours des séances, vous effectuerez un travail corporel, et vous serez à l'écoute de ce que vous ressentez. Aujourd'hui – pour l'évaluation – je vous proposerai diverses expériences corporelles afin que nous puissions nous rendre compte de ce qui semble difficile pour vous et ce dans quoi vous vous sentez à l'aise ». Puis, je décris les grandes lignes de la séance. Le patient est ainsi rassuré quant à

la suite des événements. De plus, en ne donnant pas tous les détails, la spontanéité de chacun pourra s'exprimer sans troubler l'organisation de la séance. S'il n'en avait pas exprimé auparavant, cette étape peut faire émerger une demande. Au cours de l'entretien, je cherche à relever les informations concernant l'investissement du corps du patient, mais aussi de ses relations et de son environnement.

➤ La pratique en deux temps

Après avoir abordé la question du corps par la parole, vient le temps de la pratique. Cette dernière est basée sur la perception des sensations et le discours associé ainsi que sur notre observation. La structure de l'évaluation psychomotrice reprend celle que ma maître de stage propose.

Nous commençons par un temps debout, où le patient et moi-même sommes face à face. Je me positionne dos au mur et, invitant le patient à me rejoindre, j'observe la place qu'il vient prendre. S'installe-t-il de lui-même face à moi ou à côté et quelle distance impose-t-il entre nous ? Ajoutées à ses déplacements dans la pièce, ces indications me renseignent sur son investissement spatial, notamment dans une dimension relationnelle. Je prends aussi connaissance la conscience et la connaissance qu'il a de son corps. Je demande au patient d'associer chaque partie du corps à une sensation puis d'imaginer une petite balle faisant le tour de son corps. Il doit alors me faire part de chaque zone sur laquelle la balle passe. La respiration est abordée dans ses qualités topographiques et sensorielles. Le patient nous fait part du trajet de l'air qu'il perçoit. De plus, il rend compte de la localisation des mouvements et de leur amplitude. J'obtiens ainsi des informations sur son schéma corporel et son image du corps. Ensuite je prends note de la qualité des appuis et de l'ancrage au sol. J'obtiens des renseignements supplémentaires par la perception qu'a le patient de son équilibre à la fois les yeux ouverts et fermés. Enfin, j'effectue les mobilisations de ballant-extensibilité des membres supérieurs. Je jauge la tonicité et la capacité de régulation tonique du patient. Cette pratique m'intéresse particulièrement dans la mesure où elle amène à un premier contact physique et me renseigne sur l'acceptation ou la difficulté du patient à gérer ce rapprochement.

La séance se poursuit par une proposition au sol. Alors que je l'incite à adopter une position en décubitus dorsal, j'observe l'installation du patient sur le tapis. Cette étape me

renseigne sur la gestion des limites d'un espace, l'investissement de l'axe corporel et la conscience du corps dans l'espace. En premier lieu, je propose un temps de conscience des appuis au sol. Je prends note de sa capacité d'adopter une posture immobile et de la manière dont il aborde la fermeture des yeux. Cet exercice me permet aussi d'estimer sa capacité de relâchement spontané. Les temps de silence peuvent faire émerger des réactions de prestance et m'informer sur le besoin de contact relationnel et d'étayage. La pratique se termine par des mobilisations passives des bras, des jambes et de la tête. Elles m'indiquent les possibilités de régulation tonique et de dialogue tonico-émotionnel avec et sans étayage.

Au début de la pratique au sol, je préviens que nous parlerons de ce qu'il a pu ressentir et percevoir de ses manifestations psychocorporelles en fin de séance. Grâce à ce dernier temps de parole, je mesure la capacité de verbalisation d'accès aux sensations du patient. De ce fait, je repère s'il lui est possible de distinguer les situations de confort et d'inconfort. S'il les repère, je cherche à déterminer ce qu'il met en place pour ne pas se laisser déborder par les sensations et affects envahissants. En somme, quelle est la capacité de contenance du patient. Ce temps de restitution me permet aussi de déterminer avec le patient ce qui sera possible d'entreprendre en séance de psychomotricité selon sa demande, mes observations et celles de la psychomotricienne.

b. La structure des séances de psychomotricité

La durée des hospitalisations étant restreinte, les rendez-vous ont lieu deux à trois fois par semaine pendant quarante-cinq minutes. Les patients viennent et repartent seuls de la séance. Nous n'allons chercher que les personnes en « sortie accompagnée ». Cela signifie qu'elles ne peuvent se déplacer seules dans le service à cause de risques de passage à l'acte auto-agressifs.

La structure générale des séances reprend celle de l'entretien d'évaluation. Elles comprennent un temps de verbalisation assis au fauteuil, un temps de pratique puis un temps de restitution. Alors que la structure est toujours semblable, la répartition des durées varie d'un patient à l'autre et d'un jour à l'autre selon les besoins présents. D'autre part, le nombre limité de séances restreint souvent la pratique à une initiation de la psychomotricité.

C. Halte là, pas si près !

1. Présentation de M. F.

M. F. est l'un des premiers patients que je rencontre à mon arrivée. Nous sommes alors en septembre 2017. Cela fait une semaine qu'il a entamé sa deuxième hospitalisation dans le service, la première remontant au mois de mai de la même année. M. F. vient en psychomotricité avec une demande : parvenir à la détente malgré un état de tension important.

Il s'agit d'un homme de 28 ans, en couple depuis 10 ans et marié depuis 5 ans. Il est père d'un garçon de 4 ans présentant des troubles du comportement. M. F. s'engage dans l'armée à 18 ans. Il s'adapte rapidement à son régiment et réalise plusieurs missions intérieures, appelées missions Sentinelles, ainsi qu'une Opération Extérieure (OPEX) en 2016. Son contrat s'achève en 2019 et il ne souhaite pas le reconduire. Fin 2016, il était déjà muté en vue d'une reconversion dans le dessin en bâtiment.

2. Histoire de la maladie

M. F. présente un ESPT compliqué d'un état anxio-dépressif. Il rejoint le service de psychiatrie sous la menace de séparation de son épouse qui ne supporte plus son irritabilité et son agressivité dans le foyer.

Ses troubles psychiatriques font suite à plusieurs événements survenus en OPEX. M. F. décrit une situation marquante dès ses premiers jours de mission. Il a dû nettoyer du sang suite à une explosion ayant eu lieu sur le camp où il séjournait. Au cours du deuxième événement traumatique, M. F. a pensé perdre la vie. Un obus du camp adverse a fini sa trajectoire à côté de lui. Un mois plus tard, il est confronté à la vue de deux corps « atrocement mutilés » de soldats décédés dans une explosion accidentelle.

a. Le traumatisme psychique

Dans les jours qui suivent ce dernier événement, M. F. souffre d'un Etat de Stress Aigu (ESA). Il relate des cauchemars et reviviscences traumatiques avec des fragments des

scènes citées ci-dessus. Ces troubles disparaissent progressivement au bout d'un mois. Alors que son couple était déjà fragilisé, à son retour de mission M. F. découvre l'infidélité de son épouse. Des manifestations traumatiques resurgissent. Les cauchemars et flashbacks réapparaissent, s'associant à un infléchissement dépressif et une tendance à s'isoler.

A la mi-mai 2017, M. F. est hospitalisé une première fois aux urgences psychiatrie pour la prise en charge des symptômes traumatiques. Il présente des troubles du sommeil. Le syndrome de répétition s'est réactivé. Il souffre aussi de manifestations de colère et d'irritabilité, d'accès agressifs et a une forte tendance à l'isolement. Au bout de deux semaines le patient connaît une recrudescence de ses troubles du comportement. Le désarroi de sa femme face à cette situation le pousse à quitter l'hôpital de manière impulsive, contre l'avis médical.

Il est ré-hospitalisé à la mi-septembre car il avait promis qu'il viendrait finir l'hospitalisation écourtée quelques mois plus tôt. Cette fois-ci, il se montre rassuré par l'hospitalisation. Le patient décrit une fluctuation de l'humeur au cours des derniers mois et la présence continue du syndrome de répétition. Ce dernier regroupe des flashbacks persistants à l'état de veille et des cauchemars relatifs à l'OPEX survenant trois à quatre fois par semaine. La peur de faire des cauchemars la nuit entraîne des troubles du sommeil caractérisés par des difficultés d'endormissement. Il dit avoir une tendance au repli social avec une agoraphobie l'amenant à adopter des conduites d'évitement des lieux publics. Dans son discours, le médecin retrouve un émoussement affectif, de l'irritabilité et des réactions impulsives où il manifeste sa colère à l'encontre de l'institution qui l'abandonne et de son épouse. M. F. montre aussi une tension importante avec une agitation psychomotrice et une hypervigilance anxieuse.

Le patient dit ressentir un fort sentiment de culpabilité notamment vis-à-vis des dégradations de sa relation conjugale avec la présence de rumination permanente à ce sujet. Néanmoins, il ne présente pas d'idée suicidaire.

b. Autres antécédents médicaux-socio importants

Alors que Mr. F. était enfant, le diagnostic de Trouble Déficitaire de l'Attention avec Hyperactivité (TDAH) a été posé. Lorsqu'on l'interroge à propos de son parcours médical, il déclare « je ne suis pas quelqu'un qui regarde le passé ». A ce jour, M. F. exprime une impossibilité de se poser sans parvenir à décrire pourquoi. Ce qu'il dit renvoie au symptôme d'instabilité faisant partie de l'expression clinique du TDAH. Le diagnostic clinique regroupe la triade symptomatique suivant : déficit d'attention, hyperactivité et impulsivité.

D'autre part, il a subi des maltraitances de la part de ses parents. De telles pratiques peuvent avoir des répercussions sur les liens d'attachement aux parents et dans sa relation aux autres. C'est aussi la confiance en son environnement qui est impactée. Pour ces raisons, je m'interroge sur le rapprochement entre de tels événements et le déclenchement de l'ESPT.

3. L'accompagnement en psychomotricité

M. F. a déjà été suivi en psychomotricité lors de sa première hospitalisation. La psychomotricienne avait mené une évaluation que je vais retranscrire. Je relaterai ensuite ma première rencontre avec cet homme. L'indication en psychomotricité de M. F. concerne la gestion de l'impulsivité et de l'irritabilité.

a. L'évaluation psychomotrice de M. F.

L'agitation de M. F. est constante. Ses mouvements rapides et nombreux témoignent d'une impulsivité et d'une nervosité. M. F. ne peut réguler ses initiatives motrices qu'au prix de nombreux efforts. De plus, il déclare avoir « toujours des troubles de l'équilibre » en position statique. Cela se comprend aisément du fait de cette agitation. Dans une position supposée d'immobilité, M. F. ne cesse de rebondir sur la pointe des pieds, ce qui ne permet pas le maintien d'un appui stable au sol. A ces manifestations corporelles s'ajoute de la tachycardie.

Le patient investit son corps de manière très mécanique et fonctionnelle. Par exemple, il énumère les différentes parties de son corps telle une récitation, et les contracte lorsqu'il les nomme. De la même manière, il ne peut accéder à l'immobilité que dans la crispation de l'ensemble de son corps. Il fait d'ailleurs preuve d'un état de tension musculaire très important. Néanmoins, il se rend disponible à la relation. Dans l'interaction patient-thérapeute, il adopte une attitude de soumission envers le professionnel qui « sait ». Depuis son OPEX de 2016, M. F. vit la présence d'autrui comme intrusive et ressent un sentiment de malaise dans les situations de proximité physique. Au cours de l'évaluation, il se retirera au premier contact amorcé par la psychomotricienne lors des mobilisations passives. L'espace est investi sous le même mode, c'est-à-dire qu'il le subit en répondant aux propositions. Néanmoins, ce patient fait preuve d'une bonne capacité d'élaboration. Il verbalise et met en lien ses ressentis de manière adaptée.

b. Une première rencontre surprenante

En voyant M. F. pour la première fois, l'image du militaire que je me représentais, fort et musclé, se déconstruit. Il est très grand et me dépasse largement. Il est aussi très fin, tout comme les traits de son visage et la forme de sa tête. Il porte des lunettes. Le haut de son dos est légèrement voûté par la rotation interne de ses épaules. Son corps m'apparaît fragile.

Pourtant prévenu à l'avance de ma présence, M. F. semble surpris de me voir dans la salle lorsque la porte s'ouvre. Il marque un temps d'arrêt et se tourne vers la psychomotricienne, qu'il connaît déjà, avec un regard interrogateur. Néanmoins, lorsqu'elle le questionne, il accepte que je reste et finit par nous rejoindre à l'intérieur de la pièce. Dès lors, ma présence semble envahir son espace vital. Pendant cet instant d'hésitation, sans l'exprimer verbalement, il semble qu'il me place en position de potentiel agresseur, d'objet indésirable. Toutefois, il m'inclut dans la discussion en posant son regard sur moi.

Pour la pratique, je m'installe dans un coin de la salle en tant qu'observatrice. Sur le ton de l'humour, M. F. demande à ma maitre de stage si je suis punie. Dans ses déplacements il se maintient éloigné de la psychomotricienne et de moi-même. Au cours d'un exercice, M. F. signifie son besoin de maintenir une distance à l'autre d'au moins la

longueur de ses bras tendus. Il nous explique que c'est « une façon de se protéger des dangers potentiels car cet écart ne permet pas de contact physique ». Si cette distance est franchie, par sa femme y-compris, il se sent directement exposé au danger. Il décrit sa vie relationnelle comme « nulle », avec une impossibilité de sortir, car son logement est le seul endroit où il se sent en sécurité.

Alors que M. F. peine à se sentir en sécurité en présence des autres, j'éprouve des difficultés à trouver ma place auprès de lui lors de ce premier temps partagé. Je me sens tiraillée entre la position d'agresseur et de compagnon. Ma présence est créatrice de tensions ; il paraît me surveiller du coin de l'œil et utilise souvent un ton ironique en s'adressant à moi. Cependant, il me semble que son regard a aussi vocation à m'inclure dans les discussions et à vérifier mon attention à ce qui se passe. Ce temps m'amène à me questionner sur la place du stagiaire en séance. Nous demandons aux patients d'y dévoiler un brin de leur intimité. Or, à son arrivée le stagiaire est un étranger dans cet espace de dévoilement.

c. En conclusion

M. F. souffre d'un ESPT auquel s'associe un état anxio-dépressif. Ses symptômes le handicape dans le lien qu'il entretient avec son environnement et avec les autres. En effet, il vit de nombreuses angoisses, l'empêchant d'établir des relations satisfaisantes. Il ne supporte plus les situations de proximité avec autrui, ce qui l'amène à un repli social. Enfin M. F. vit de nombreuses montées en tension qu'il souhaite pouvoir apaiser et maîtriser.

4. Penser le suivi en psychomotricité

a. Le projet thérapeutique

Le projet thérapeutique en psychomotricité tend à atténuer les symptômes relatifs à l'ESPT. La dimension relationnelle, et plus spécifiquement la distance relationnelle, sont particulièrement prises en compte. En effet, depuis la survenue de son trouble, M. F. éprouve de grandes difficultés à établir des contacts satisfaisants avec son environnement, du fait qu'il ne supporte pas la proximité avec autrui.

Le premier objectif est de favoriser la régulation tonico-émotionnelle et la prise de conscience des fluctuations toniques. D'une part, cela permettra au patient de pouvoir repérer ce qui, dans son environnement, occasionne chez lui une mise en tension à la fois physique et psychique. D'autre part, en le faisant passer par la sensation de la modulation tonique, il s'agira de lui permettre de trouver un moyen d'apaisement qui lui convienne.

Le deuxième objectif est de lui offrir un cadre sécurisant afin de l'aider à éprouver sereinement les situations interpersonnelles et les variations de distance.

Le troisième objectif est orienté vers les notions de contenance physique et psychique qui semblent faire défaut chez ce patient. Il nous le montre par son ressenti d'intrusion dans la relation et par son état d'hypertonie associé.

b. Les médiations pensées pour y répondre

Afin de répondre à ces points, il sera important d'offrir à M. F. des temps de prise de conscience du corps. Lui permettre de porter son attention sur ses sensations sera le moyen qu'il soit présent à son corps et à ses signaux. Il s'agit d'une forme de retour vers soi pour retrouver un sentiment de « sécurité de base »⁴.

Ce temps de retour vers soi sera suivi de temps plus dynamiques et de mise en relation. La mise en jeu du dialogue tonico-émotionnel se fera au travers de l'exercice des bâtons. Cet exercice se fait à deux ou plus. Le but est de maintenir les extrémités d'un bâton au niveau des paumes de mains des participants sans le faire tomber. Il faut d'abord que les partenaires ajustent leur état tonique l'un à l'autre pour maintenir le bâton avant d'amorcer un mouvement dans l'espace. Le mouvement peut déboucher sur des déplacements. L'exercice peut être enrichi en rajoutant un deuxième bâton à tenir dans l'autre main, en fermant les yeux et/ou qu'une ou plusieurs personnes se rajoutent au duo. Il est aussi possible de supprimer les bâtons tout en maintenant une distance donnée. Pour que le jeu fonctionne, les participants doivent sans cesse ajuster leur posture et leur tonus afin de maintenir le lien du bâton qui les unit. Il s'agira d'inscrire M. F. dans une dynamique relationnelle au travers du dialogue tonique.

⁴ Cf *Infra*, p. 65

5. Que s'est-il passé en séance ?

a. Renouer avec soi et ses sensations psychocorporelles

M. F. est un homme « d'action » : il est sans cesse en mouvement et perçoit un inconfort dans l'immobilité. Pour lui, l'hyperactivité est un « don », qui lui confère plus de force et d'endurance en comparaison aux personnes de son gabarit. Se poser un instant et porter attention à ses sensations est un non-sens pour lui. Toutefois, il nous semble important de lui faire vivre ce type de situations afin qu'il puisse être davantage présent à son corps et ses signaux d'alerte.

A la première séance il agit, de même qu'au premier entretien, c'est-à-dire dans une attitude de soumission. Comme pour nous faire plaisir, il énonce les parties de son corps dont il sent la présence sans pouvoir en décrire les sensations associées. Son discours nous renvoie à nouveau à un corps vécu comme une machine, utilitaire et peu investi au niveau des perceptions sensorielles. Il ne comprend pas le sens de la proposition et nous le dit. Dans ces conditions, il peut difficilement appréhender ce travail.

A la deuxième séance, nous cherchons à nouveau à orienter son attention sur ses sensations. Tout d'abord, nous l'invitons à reprendre l'exercice de base : énoncer les parties du corps et les sensations qu'il perçoit. Cette fois-ci il donne beaucoup plus d'éléments que la fois précédente. Afin d'enrichir les sensations perçues dans l'ensemble de son corps, nous proposons un exercice d'équilibre dans l'idée qu'il y trouve du sens. En effet, il avait fait part de troubles de l'équilibre au premier entretien. L'exercice consiste à aller le plus loin possible en avant, en arrière et sur les côtés tout en maintenant les deux pieds au sol. Ainsi, pour chercher la stabilité de son corps, il est conduit à porter une attention particulière à ses sensations, et à les discriminer les unes des autres. Nous l'invitons à faire l'inventaire des contractions ressenties. Lesquelles sont nécessaires et lesquelles ne le sont pas ? Il dit se rattraper en contractant les bras lors des déséquilibres. Quand il comprend que cette contraction ne permet en rien le maintien de l'équilibre, il se saisit de l'information et tente de les détendre avec quelques difficultés. Lorsqu'il perçoit le sens des propositions, M. F. fait preuve d'une grande capacité d'attention et de concentration. Il me semble que la prise en compte de nos remarques témoigne de la mise

en mouvement psychique. Par cet exercice, peut-être intègre-t-il la nécessité de porter attention à soi pour mieux réguler les manifestations tonico-émotionnelles.

b. Tonus, régule-toi !

M. F. se situe dans un pôle hypertonique très marqué. Il lui est très difficile de réguler son tonus. Nous avons déjà vu plus tôt son impossibilité de trouver l'immobilité et la détente. Son état tonique impacte aussi sa gestuelle qui est impulsive et manque de fluidité. Alors en train d'effectuer l'exercice des bâtons, j'induis un mouvement vers le bas qui l'oblige à plier les jambes et à se retrouver accroupi. Il ne parvient pas à descendre très bas car il ressent de vives tensions musculaires ce qui nous oblige à remonter rapidement. Il a aussi manifesté des difficultés de régulation tonique lors de l'exercice de l'équilibre évoqué dans la partie précédente. Il ne nous semblait pas avoir proposé d'autres exercices engageant la musculature dans cette séance. A la fin de celle-ci, M. F. nous a indiqué ressentir des tensions dans les mollets persistants depuis ce premier exercice.

De plus, nous avons pu constater à plusieurs reprises que sa capacité de régulation tonico-émotionnelle dépendait largement de la dynamique relationnelle. Ses gestes étaient plus fluides lorsqu'il adoptait le rôle du meneur dans l'exercice des bâtons. Lorsque les rôles s'inversaient, nous constatons de nombreuses manifestations toniques nous empêchant d'investir certains champs de l'espace. Son hypertonie me renvoyait à la formation d'une carapace tonique infranchissable, en gage de protection contre l'extérieur. L'hypertonie que présente M. F. provient sans doute aussi de l'hyperstimulation elle-même en rapport avec l'hypervigilance, symptôme de son ESPT.

c. Pas trop près s'il vous plait : la distance relationnelle

Tout au long de ce suivi, nous avons abordé la notion de distance relationnelle en duo ou en trio selon les propositions. Nous utilisons les bâtons afin d'établir un contact tout en gardant une distance acceptable pour le patient. Afin de trouver un ajustement confortable, plusieurs tailles de bâtons ont été utilisées. Comme je m'y attendais, M. F. s'est senti le plus à l'aise avec les grands bâtons mesurant un mètre quatre-vingt.

Cet exercice nous a permis de nous rendre compte de la bonne capacité d'adaptation et d'écoute du patient. En duo avec la psychomotricienne, il avait les yeux ouverts et elle, fermés. Alors qu'il menait les mouvements, sa partenaire ne percevait plus les indications qu'il lui donnait. Il s'est immobilisé pour laisser le temps à la psychomotricienne de se réajuster à lui.

La première fois que je mène cet exercice, je reste dans un plan strictement frontal. Il s'agit du premier contact physique que nous établissons. J'accorde alors une importance majeure au maintien du lien. Par la suite, je prends conscience qu'amener ma main vers l'arrière peut être le signe d'un souhait d'éloignement et risque de rompre le lien si le patient ne me suit pas. Les mouvements vers l'avant peuvent devenir envahissants dans la mesure où ils avancent dans l'espace vital de cet homme. Ils peuvent donc être compris comme une attaque, une intrusion. Le fait que je n'engage pas ces mouvements m'a permis de voir que même lorsqu'il menait, il n'investissait pas le plan sagittal. Par un accordage, je me suis adaptée à sa zone de confort.

Dans le plan frontal M. F. garde en permanence les bras pliés alors que je faisais en sorte d'inciter la réalisation de mouvements amples malgré notre différence de taille. Je lui fais remarquer cette particularité qui me semble être due à une tonicité élevée. Le patient me montre alors qu'il est tout à fait capable d'amener ses bras tendus sur le côté et en haut. Plus tard, je réalise que cette attitude inconsciente vise probablement à le protéger.

La séance suivante, je propose des mouvements de poussée vers lui. Chacun d'eux crée un blocage de la part du patient. Dans ces cas-là, je stoppe mon action et propose un mouvement de manière à ce que ses mains reviennent devant lui. Il me semble qu'une trop grande insistance en ce sens ne respecterait pas sa temporalité. Le risque serait de compromettre l'alliance thérapeutique naissante.

Au cours de la dernière séance, nous reprenons l'exercice des bâtons, sans les bâtons. Il est donc question d'agir en miroir. Alors qu'aucun lien physique ne nous relie, M. F. le matérialise en faisant mine de faire tomber un bâton et de le rattraper. Il me semble que malgré la distance imposée, il accorde une importance à maintenir ce lien relationnel. A la fin de la séance, nous nous tenons tous les trois devant la porte de la salle. Il se place à une distance nettement plus rapprochée de nous par rapport à ce dont j'avais l'habitude. Etait-

ce maîtrisé de sa part pour nous faire « plaisir » ou n'y a-t-il pas pensé ? S'il a agi instinctivement, cela signifierait que la question de la distance est en plein remaniement dans son vécu corporel. Je n'oublie pas pour autant qu'il agit ainsi dans un cadre spécifique où il semble qu'il se soit nouée une alliance.

6. Conclusion

Alors que le thème de la distance relationnelle avait déjà émergé dans mon esprit, la rencontre avec ce patient m'a confortée dans ce choix de problématique à explorer. En effet, la question s'est posée dès la première rencontre. Le fait est que ma maître de stage m'avait déjà informée de cette dimension en me précisant qu'il ne supportait pas la proximité avec les autres, quels qu'ils soient. Ainsi, j'ai immédiatement adapté mon positionnement par rapport à lui lors des déplacements dans la salle. Plus tard, en réfléchissant à ce sujet, je me rends compte que je créais moi-même une distance craignant de réveiller des angoisses chez lui. Ainsi, lui ai-je permis de mieux appréhender cet espace relationnel en acceptant et en appliquant cette grande distance dès notre rencontre, ou l'ai-je enfermé dans son éloignement physique ?

En séance de psychomotricité, nous avons travaillé à répondre à sa demande. Il s'agissait de l'amener à retrouver une capacité de régulation tonique efficiente. Auparavant débordé par ses accès d'irritabilité et de montée en tension, il parvient à présent à mieux les prévenir et les maîtriser. En abordant sa problématique corporelle par cet axe, nous souhaitons aussi favoriser un accès à la relation apaisé. Cependant, nous constatons que ce temps de prise en soin n'a pas été suffisant pour y parvenir. Il apparaît que M. F. a un manque de confiance considérable en son environnement.

D. A la recherche du contact

1. Présentation de M. C.

Je rencontre M. C. en janvier 2018, lors de sa première hospitalisation dans ce service de psychiatrie. Il est orienté en psychomotricité pour gestion de l'angoisse.

Le patient a 25 ans et vit chez ses parents. Il a un petit frère, est célibataire et n'a pas d'enfant. Il détient un BTS de chaudronnerie et souhaite reprendre ses études pour passer un master professionnalisant dans son domaine de compétence. En novembre 2016 il signait un CDD intérimaire mais il est en arrêt maladie depuis janvier 2017.

2. Histoire de la maladie

Si M. C. a aujourd'hui besoin de soins psychiatriques, c'est parce qu'il présente un ESPT qui le handicape dans son quotidien.

Dans la nuit du 31 décembre 2016, en voyage à l'étranger, il fête le nouvel an en boîte de nuit. M. C. est alors victime d'un attentat à la kalachnikov. En se dirigeant vers l'assailant après avoir aidé une personne, il reçoit une balle au niveau du creux axillaire droit⁵. A partir de ce moment, M. C. s'est tenu immobile et a essayé de rester éveillé le plus longtemps possible pour « ne pas dormir ». Il a tout de même fini par perdre connaissance. Il raconte avoir très peu pensé et n'avoir ressenti aucune émotion sur le moment, il dit aussi avoir « vu la mort devant [lui] ». Aujourd'hui, il aborde cet événement sous le terme de « l'histoire ».

a. Le traumatisme physique

Suite au traumatisme de son membre supérieur droit, M. C. subit une opération visant à refermer la blessure. Il est ensuite hospitalisé en service de MPR pour une paralysie complète de la main. Le coude et le poignet ont gardé leur mobilité. Cependant, M. C. ressent de vives douleurs à l'arrière de la plaie et une grande fatigabilité du membre. S'ajoute une hypoesthésie du bord interne du bras, de l'avant-bras et du bord ulnaire⁶ de la main. Il s'agit d'une baisse de la sensibilité d'origine nerveuse.

Alors qu'il est droitier, M. C. réalise toutes les tâches de la main gauche. De ce fait, les médecins parlent d'un syndrome d'exclusion fonctionnelle. Le patient décrit des douleurs modérées à fortes au niveau de la cicatrice située à l'arrière de l'épaule droite. Il

⁵ Le creux axillaire est situé en avant de l'omoplate, entre la paroi thoracique et le bras. C'est une région de passage pour les vaisseaux et les nerfs destinés au membre supérieur.

⁶ Le bord ulnaire de la main se situe du côté de l'os ulna de l'avant-bras, c'est-à-dire du côté du petit doigt.

dit avoir « peur de [s']en servir » et de déclencher des douleurs en bougeant. Ces peurs sont nommées kinésiophobie.

b. Le traumatisme psychique

A son retour en France, M. C. est hospitalisé quatre semaines en psychiatrie où un traitement médicamenteux est instauré. Une fois sorti, poussé par sa famille, il cesse la prise de psychotropes à cause de somnolences.

Au mois d'avril, une consultation psychologique déclenche une recrudescence des symptômes anxieux. La parole orientée vers le récit traumatique se bloque. Il arrête les consultations par « peur de revivre la scène » et devient méfiant à l'égard des psychologues et des psychiatres.

Lors de son hospitalisation en MPR, M. C. décrit des symptômes évoquant un ESPT. Il est de nouveau transféré dans le service de psychiatrie. Le jeune homme se montre de bon contact et adapté malgré une tristesse de l'humeur modérée. Il présente un émoussement affectif avec de l'irritabilité et une légère anhédonie, c'est-à-dire une perte d'intérêt et de plaisir. Il n'évoque ni d'idée noire ni d'idée suicidaire. Toutefois, M. C. se demande pourquoi il est « toujours en vie si c'est pour vivre comme ça ». Le patient décrit un retrait social, il ne peut quasiment plus sortir de chez lui. Il souffre de troubles du sommeil, caractérisés par une impossibilité à s'endormir. Son rythme circadien est complètement décalé, il dort de 7 heures du matin jusqu'à 18 heures. Les bruits intenses et soudains le plongent dans un état d'hypervigilance. Enfin, il est envahi par le syndrome de répétitions traumatiques s'exprimant par des flashbacks et des cauchemars.

En septembre 2017, M. C. fait face au décès de son grand-père qui lui était d'un grand soutien. Depuis l'événement traumatique, le patient présentait des attaques de panique environ une fois par mois. Depuis le décès, le syndrome anxieux s'est accentué. Les attaques de panique sont devenues beaucoup plus fréquentes, allant jusqu'à être quotidiennes à l'approche de la « date d'anniversaire » de l'attentat.

c. Autres antécédents médicaux-sociaux

Durant l'enfance de M. C., sa mère a connu plusieurs épisodes de dépression sévère. Au cours ces périodes, sa présence au sein du foyer était permanente sans qu'elle puisse être disponible psychiquement pour ses enfants. Cette « présence-absence » m'interroge quant au développement de la « sécurité de base »⁷ de cet homme. A ses dix-neuf ans, le patient commet une tentative de suicide par phlébotomie, c'est-à-dire par section des veines, suite à une rupture affective et la survenue de son ESPT. Cet épisode renforce mon questionnement.

Lors de la période post-attentat, le patient présente des troubles psychosomatiques. Au cours d'une hospitalisation, il est victime d'épisodes « d'absences » répétés avec une perte de contact résolu spontanément. L'un d'eux s'est déroulé alors qu'il passait une Imagerie par Résonance Magnétique (IRM). L'imagerie a pu montrer leur compatibilité avec des crises d'épilepsie. Le diagnostic des neurologues et des psychiatres s'oriente toutefois vers une étiologie psychogène des crises sans que cela soit avéré. Il a aussi souffert d'une dizaine de migraines ophtalmiques avec aura. Leur survenue contraint M. C. à rester couché dans le noir pendant au moins une heure avant que la douleur ne s'estompe.

Les crises d'épilepsie et les migraines sont à l'origine de pertes de connaissances et d'un isolement. Ces troubles seraient-ils un mécanisme de mise à distance du moment présent, de soi et des autres par le patient ?

3. L'accompagnement en psychomotricité de M. C.

L'indication pour la psychomotricité fut posée pour la gestion de l'angoisse. Cette fois-ci, je mène le premier entretien accompagnée par ma maître de stage.

⁷ Cf. *Infra* p. 65

a. Première rencontre et évaluation

➤ L'entretien oral

Pour le patient, le vécu du temps en psychiatrie est long contrairement au service de MPR où les journées sont remplies de rendez-vous. Cela ne lui permet pas d'éviter les pensées qui s'imposent à lui, et qui sont possiblement sources d'angoisse.

Rapidement, nous abordons le sujet des douleurs corporelles, notamment à l'arrière de son épaule droite. Il nous montre l'amplitude réduite des mouvements possibles à l'aide de son bras gauche. Après l'attentat, des difficultés respiratoires à l'effort sont apparues. Elles se manifestent par une respiration douloureuse au bout de cinq minutes de course. Il évoque la sensation d'avoir un « poumon percé » associée à une impression d'oppression sans qu'il n'y ait d'origine organique avérée. Pour stopper la douleur il ressent le besoin d'arrêter de respirer ce à quoi il ajoute « mais comme on a besoin de respirer pour vivre, ce n'est pas possible ». La douleur passe quand la respiration se calme, ce qui peut prendre beaucoup de temps. Ces douleurs physiques l'ont contraint à arrêter le football, sport qu'il appréciait énormément. Au moment de l'attentat, il se trouvait dans un lieu clos sans échappatoire possible, et a reçu une balle non loin du poumon au niveau du creux axillaire droit. La course ne le renverrait-il pas à la fuite ? Cette douleur respiratoire pourrait-elle être une manifestation corporelle de son trouble psychique, l'ESPT ?

Parallèlement à l'arrêt du sport, il s'est réfugié dans la nourriture, ce qui a entraîné une prise de poids importante suite à « l'histoire ». Depuis la fin de l'été 2017, il s'impose un régime. Il a déjà perdu 17 kg depuis le mois de septembre et souhaite en perdre 10 de plus. La manière dont il a de parler de cette prise de poids et le regard qu'il pose sur son ventre et sur ses cuisses à ce moment m'évoque une importante dévalorisation de l'image corporelle. Cela faisant suite à l'attentat, je ne peux m'empêcher de penser à la prise de poids comme la construction d'une carapace, d'une enveloppe protectrice.

Pour lui, qu'est-ce que la psychomotricité ? Le terme « psycho » lui fait penser à « ce qui se passe dans le cerveau ». Il associe « motricité » au fait de « retrouver les muscles qu'on a perdu ». Lorsque j'évoque la question de l'angoisse, il sourit et dit que « l'angoisse, c'est ce qui [le] caractérise ». Il ajoute que pour lui « le lien entre le corps et

le cerveau est coupé » et que son « corps veut [lui] dire quelque chose » mais il ne comprend pas quoi. Il fait de nombreuses crises d'angoisse sans parvenir à les mettre en lien avec des éléments déclencheurs. Cependant, il nous explique l'expression corporelle des crises : un changement dans la respiration, une sensation d'oppression avec un fort besoin de sortir ainsi qu'un besoin irrépressible de se gratter, il précise « comme si je m'arrachais la peau ».

Pendant l'entretien, M. C. est amené à sourire quelque fois et son regard est intense, comme s'il s'accrochait à ses interlocutrices. De nombreuses crispations au niveau des mains et une agitation au niveau des jambes sont visibles témoignant d'une tension musculaire importante.

➤ La pratique corporelle

Le premier temps debout

Alors que je l'invite à me rejoindre, M. C. se place à côté et proche de moi, dos au mur. Je me déplace pour me mettre face à lui et réinstaure une distance entre nous.

M. C. fait preuve d'un bon équilibre yeux ouverts comme fermés. Toutefois, il revient rapidement les yeux ouverts, faisant mine d'attendre la suite. Cette réouverture si rapide m'interpelle. Tout en lui laissant le choix, je lui propose de refermer les yeux afin d'orienter son attention sur ses sensations. Il hésite un instant et les ferme à nouveau ; ses poignets se crispent. Dès lors, toute son attention est centrée sur les battements de son cœur et il exprime ressentir de « la peur ». Je lui conseille donc de rouvrir les yeux, ce qui ne calme pas la sensation des battements.

Lorsque je lui demande d'énumérer les parties du corps qu'il perçoit et d'y associer une sensation, il se met en mouvement sur place. Il dit alors sentir la plante de ses pieds sur le sol. Il cherche encore en bougeant mais les battements de son cœur prennent le dessus.

Au cours de la manœuvre du ballant-extensibilité au niveau des membres supérieurs, M. C. fait preuve d'une bonne capacité de régulation tonique. Il détend immédiatement ses bras lorsque je lui fais remarquer une tension. J'imaginais trouver une hypertonicité au

niveau du bras droit en réaction d'appréhension à la mobilisation pouvant entraîner des douleurs. Je suis alors surprise de trouver un versant plus hypotonique de ce côté. Le désinvestissement fonctionnel de ce bras peut expliquer une telle tonicité. Sachant que les kinésithérapeutes focalisaient leur attention sur ce membre, je n'ai pas jugé nécessaire de risquer d'aller trop loin dans les mobilisations.

Le deuxième temps allongé

En décubitus dorsal, les parties du corps du patient sont alignées dans l'axe. Au niveau des jambes, la rotation externe est plus marquée à gauche ce qui semble indiquer une détente plus importante.

Dès le début de la prise de conscience des appuis au sol, M. C. ferme les yeux sans que je ne l'y incite. Lors de la prise de conscience globale du corps, le patient dit se sentir comme « une feuille morte » et ressentir encore énormément les battements de son cœur. Cela me renvoie à un drôle de paradoxe réunissant l'image de la mort et le ressenti du vivant. Cependant, la sensation omniprésente de battements semble le renvoyer davantage à l'angoisse et à l'augmentation du rythme cardiaque. En effet l'émotion première qui lui est venue en parallèle de cette sensation était la peur.

La phase de prise de conscience de la respiration attire mon attention sur la perception qu'il a de ses sensations. Il dit sentir les mouvements de la respiration en position haute du buste tout en posant sa main gauche au niveau thoracique. La psychomotricienne et moi nous étonnons de sa réponse car nous la percevons davantage au niveau diaphragmatique. Je lui propose alors de poser sa main au niveau sous-ombilical, puis au niveau diaphragmatique et enfin au niveau thoracique. En revenant dans cette zone, il modifie son commentaire en précisant qu'ici, les mouvements sont plus calmes qu'en bas.

Lors des mobilisations passives, je constate une hypotonie de la jambe gauche. Au niveau des membres supérieurs, la tension est cette fois plus marquée à droite, caractérisée par des sursauts à l'ouverture.

Enfin, au moment de se relever du sol, tout comme lors de la descente pour s'installer, la sous-utilisation du membre supérieur droit est flagrante. Il le garde plié et collé contre son buste. Il est net que les changements de position effectués lui demandent un grand effort du fait de cette exclusion fonctionnelle. Il est même perceptible qu'il ajuste ses mouvements à cette organisation et n'hésite pas à revoir les trajets de déplacement pour ne pas avoir à s'en servir.

➤ Retour sur expérience, la verbalisation

Au cours de la verbalisation, M. C. dit avoir été très apaisé par la relaxation, notamment par le toucher au niveau des épaules. A ce moment de la séance, il a senti un grand soulagement, « comme une drogue », avec un « effet immédiat ». Je n'insisterai pas pour savoir si cela le renvoie à la prise réelle de drogue. Toutefois dans son dossier médical, il est indiqué qu'il ne consomme pas de toxiques de manière régulière. Il évoque ensuite l'état de son enveloppe psychocorporelle en disant « c'est comme si j'avais enlevé ma carapace ». D'habitude, il se sent porter « une armure comme pour partir au combat ». Il a pu retirer cette armure l'espace d'un instant car il a senti un toucher « protecteur » et contenant. Il semble qu'avec mes mains, je sois venue renforcer le pare-excitant de son enveloppe psychocorporelle fragilisée par ses blessures physiques et psychiques.

b. En conclusion

M. C. est un jeune homme atteint d'un Etat de Stress Post-Traumatique qui se manifeste au travers d'angoisses massives et récurrentes. Il exprime son vécu corporel par des images intellectualisées, éloignées des sensations. Il semble en demande de cet accompagnement corporel, tout en mettant à distance cet objet fief de nombreuses crises d'angoisse. Ce corps qui ne fait plus preuve d'efficacité sportive, renferme des douleurs vives et ne correspond plus à l'image souhaitée à cause de la prise importante de poids. Son attitude physique met en relief une sous-utilisation notable de son bras droit pour lequel il exprime des douleurs. A celles-ci s'ajoutent des douleurs au niveau des poumons lors de l'effort entraînant un blocage de la respiration. Sa capacité de régulation tonique est bonne, cependant il fait preuve d'un état tonique élevé au cours des temps de parole. Enfin, M. C. semble avoir besoin d'une proximité importante, voire de contact physique, pour se

sentir apaisé, ce qui interroge sur la notion d'enveloppe en particulier dans sa fonction protectrice, de pare-excitation.

4. A la recherche de la juste distance

Dans un premier temps, je ressens le besoin de contenir M. C. tant sur un plan physique que psychique. Cette attitude me renvoie à la mère qui contient son enfant et répond à ses besoins dès lors qu'il les exprime. D. Winnicott en parle sous le terme de « la préoccupation maternelle primaire » comprenant les notions de *holding* et de *handling*.

Dans un deuxième temps, j'éprouve des difficultés à me sentir contenante à la fois dans la discussion et dans la pratique. Je ne parviens pas à trouver de place où je me sente à l'aise dans la relation. A partir du moment où nous nous déplaçons dans la salle, j'effectue plusieurs mouvements d'aller-retour vers lui. Par ces mouvements, j'essaie de percevoir ses réactions afin d'instaurer la distance qui semble lui convenir le mieux.

A cet instant, je sens que le patient tente de me faire passer un message mais je ne le comprends pas immédiatement. En effet, lui cherche la proximité en se plaçant à côté de moi pendant que je cherche à augmenter la distance qui nous sépare. Je comprends ce mouvement au cours d'une discussion avec ma maître de stage. Jusqu'à rencontrer ce patient, j'avais à l'esprit que l'effraction de la sphère psychocorporelle conduisant à l'ESPT entraînait nécessairement une mise à distance de l'autre considéré comme un agresseur potentiel. Ainsi, me rapprocher de lui aurait risqué de rompre la confiance naissante en ne respectant pas les signes, aussi infimes soient-ils, de mise à distance. Prendre conscience de cette croyance m'a permis de réajuster mon comportement pour la séance suivante.

5. Penser le suivi en psychomotricité

a. *Projet thérapeutique*

Au vue de ces informations, l'accompagnement de M. C. s'axe vers :

- D'une part, l'intégration d'une enveloppe corporelle contenante. Ce patient exprime un besoin de proximité physique, pour se sentir contenu et en sécurité.

- D'autre part, favoriser l'accès aux sensations. Son discours imagé semble témoigner d'une mise à distance de ses sensations. Il s'agira donc de l'accompagner dans la perception du lien entre les manifestations corporelles et les manifestations psychiques afin d'avoir une meilleure attention à son corps. Ainsi, il pourra sans doute mieux prévenir et gérer les attaques de panique.
- Enfin, la verbalisation des sensations pour permettre une meilleure intégration de ces dernières.

L' hémiparésie, c'est-à-dire la non prise en compte, du bras droit est abordée avec les médecins et les kinésithérapeutes. Ainsi, pour compléter leurs apports je choisis d'adopter une approche plus globale et contenant du corps.

b. Médiations

Afin de répondre à ce projet, les séances se construiront autour :

- D'un abord par le toucher contenant, pour renforcer cette enveloppe psychocorporelle qui semble défaillante.
- D'un abord par la respiration. Il s'agit d'un signal important dans les changements d'état émotionnels qui pourrait être un allié dans la gestion des montées d'angoisses.

6. Compte-rendu de l'unique séance de M. C.

La sortie de M. C. est fixée à la semaine suivant le premier entretien. Je le retrouve pour une deuxième et dernière séance, toujours accompagnée de ma maître de stage. Entre temps, elle lui a proposé une séance sur la conscience de la respiration. Cette fois-ci, ce sera donc une séance sur le toucher contenant.

La séance s'est déroulée en trois temps : un premier temps de discussion suivi d'un temps de pratique puis d'un dernier retour oral.

a. La discussion

M. C. peine à mettre en mots son vécu des jours passés. Dans les premiers temps de l'entretien, nous avons besoin de lui apporter un étayage verbal important afin d'avoir

accès à son état. Sinon, il semble ne pas savoir quoi dire et se contente de nous préciser « tout va bien ».

Rapidement, je le questionne sur la séance précédente à laquelle je n'ai pas assisté. Comme indiqué plus haut, la psychomotricienne et M. C. ont abordé le travail corporel par la respiration. D'après moi, ce travail a deux intérêts pour ce patient. D'une part, il est intéressant dans une optique de gestion des émotions. En effet, la respiration subit des variations en fonction de l'émergence de ces dites émotions notamment de l'angoisse. Lors du premier entretien il avait d'ailleurs établi un lien entre les montées d'angoisse et les changements au niveau respiratoire. L'amener à y porter une attention particulière c'est lui permettre d'apprivoiser ce phénomène imprévisible. D'autre part, la respiration est pour lui synonyme de douleur à l'effort. Il se place en position passive voire de victime par rapport à cette manifestation corporelle qui l'a contraint à devoir arrêter toute pratique sportive. Il s'agit donc de l'amener à adopter une posture plus active dans la gestion de sa respiration afin qu'il puisse reprendre les activités qu'il affectionne. La prise de conscience des limites et des capacités de son corps l'aidera à moduler son activité afin d'éviter les douleurs.

Quant à la séance que nous venons d'évoquer, M. C. dit « on a bien avancé » et précise s'être senti délesté d'un poids. Rappelons-nous qu'il avait adopté un discours similaire en parlant des mobilisations passives du premier entretien. Ces deux temps relevaient d'un recentrage sur son corps. Il s'agissait aussi de temps relationnels associés à la perception de ses sensations qu'il évoque habituellement sur un versant négatif de douleurs et autres limitations gestuelles. Il me semble que M. C. exprime ici le besoin de sentir un cadre soutenant et contenant pour déposer la « charge » qu'il a du mal à porter.

A la fin de la discussion, M. C. dit avoir utilisé ce qui avait été fait en séance dans un moment où il avait la « bougeotte ». C'est notamment la respiration ventrale qui lui a permis de s'apaiser et de calmer ce besoin de mouvement. Il a pu passer d'un état de tension avec un besoin important de bouger à un état de détente dans lequel il se sentait plus calme et disponible à ce qui l'entourait. Cette pratique lui a permis d'accéder à une régulation tonique efficace. Il en ressort un bon investissement des séances de psychomotricité.

b. La pratique

Etablir une structure cohérente vis-à-vis de M. C. pour cette séance sur la contenance m'a pris du temps. Le fait que ce soit aussi la dernière me donnait envie de lui faire vivre une multitude de sensations afin que son répertoire de perceptions s'enrichisse un maximum. Très vite, je me suis rendue compte que cela perdait de son utilité dans la mesure où la sensation a besoin de temps pour être perçue et s'intégrer à un schéma perceptif. Je décide donc de découper la pratique en trois temps distincts pour apporter suffisamment de matière à la verbalisation.

Une question était réglée et d'autres émergeaient. Qu'est-ce qui lui correspondait le mieux entre des propositions passives et des propositions actives ? Et dans quel ordre faudrait-il les agencer ?

Lors de la séance d'évaluation, M. C. avait tiré profit des mobilisations passives. Si je les lui proposais à nouveau, je savais qu'il se sentirait contenu et qu'il pourrait trouver un espace de relâchement psychocorporel. En somme, j'atteindrais mon but pour ces quarante-cinq minutes et en bonus, il repartirait de cette hospitalisation en gardant en mémoire ces sensations d'apaisement et de « légèreté ». Cependant, cette pratique lui avait évoqué la sensation de la prise de drogue c'est-à-dire d'immédiateté. Or, il me semble que la psychomotricité a pour intention de proposer des expériences sensorielles ayant un impact durable sur la perception des ressentis des patients.

Dans la mesure où M. C. sortait le lendemain et qu'il avait pu se saisir de l'approche par la respiration, je souhaitais qu'il soit actif dans cette pratique. Il pourra ainsi éprouver d'autres sensations et avoir davantage de pistes pour repérer ses états psychocorporels et y apporter une réponse cohérente. Dans les approches plus passives, la présence d'un tiers est obligatoire. Dans le cas du suivi de M. C., cette présence s'établit sur un temps si court qu'il n'est pas certain que l'effet bénéfique puisse avoir un impact à long terme.

La recherche de la perception globale du corps au travers d'éprouvés sensoriels sera donc étayée par :

- Un premier temps de percussions osseuses : nous reprenons le schéma passif qu'il avait pu expérimenter au cours de l'évaluation tout en lui offrant de vivre de nouvelles sensations. Les percussions osseuses ont pour but de laisser une empreinte sensorielle après leur passage. Cela renforce la perception de l'enveloppe corporelle globale et unifiée lorsqu'elles sont pratiquées sur l'ensemble du corps.
- Un deuxième temps de contractions/décontractions inspirées de la méthode de relaxation Jacobson : le patient est ici actif dans la séance et crée lui-même un apport de sensations perceptibles. Il lui a été d'abord proposé de dissocier ses membres en effectuant sur chacun d'eux trois contractions allant de la plus faible à la plus intense. La pratique se termine par la contraction de tout le corps afin de revenir à la perception du corps dans son ensemble.
- Un troisième temps de mobilisations passives : je choisis de terminer la séance par une méthode de conscience corporelle qu'il connaît déjà. Pour la fin de séance et la fin de son séjour hospitalier, je souhaitais qu'il éprouve la sensation globalisante qu'il avait pu ressentir quelques jours auparavant. Il me semblait que, malgré son caractère passif, cette pratique lui permettait réellement de prendre conscience de son enveloppe psychocorporelle contenant et sécurisante.

Ne sachant pas ce que les deux autres propositions allaient déclencher chez M. C. je guettais la moindre manifestation d'angoisse. J'ai donc relevé une ouverture des yeux sans verbalisation ou tension associée, une hypertonie au niveau des pieds venant à l'encontre de l'aspect hypotonique du premier rendez-vous et un froncement de sourcils à la mobilisation du bras droit.

c. La verbalisation

Au cours de la verbalisation, le patient ne fait part d'aucune manifestation citée ci-dessus. Comme au début de la séance, M. C. a besoin d'un étayage verbal pour accéder à une élaboration psychique tournée vers ses sensations. Il peut alors dire, qu'en ouvrant les yeux il a cherché à savoir s'il était éveillé car il avait l'impression d'être dans un rêve. A nouveau, il dit s'être senti « libéré d'un poids » et va plus loin en disant être « libéré de [ses] chaînes ». Son discours reste très imagé malgré un étayage et des questions ciblées

sur des moments précis de la séance en rapport avec des sensations. Toutefois, ses paroles semblent renvoyer vers la notion de régulation tonique que l'on trouvait déjà dans son récit sur l'utilisation de la respiration ventrale. L'évocation de ces chaînes et de ce poids fait référence à une tension psychocorporelle quand la légèreté et l'apaisement qui suivent la pratique relèvent de la détente.

7. L'évolution de M. C. dans la prise en soin en psychomotricité

D'après le discours du patient, nous pouvons imaginer que ce dernier tire profit de ces quelques séances de psychomotricité. Il a pu mettre en pratique une approche proposée en séance dans un moment où il a senti qu'il en avait besoin. Je reviens sur un élément que j'exprimais plus haut, inhérent à cet événement : je parlais d'un accès à ses sensations restreint, cependant il me semble que c'est plutôt leur expression qui est limitée. Son suivi aurait pu se poursuivre en axant davantage l'accompagnement sur la mise en mots de ses sensations. Comme le disait Rousseau dans ses *Confessions*, « je sentis avant de penser »⁸. C'est-à-dire que le passage par l'exploration des sensations corporelles est nécessaire pour élaborer une pensée construite et ainsi poser des mots sur le vécu. Toutefois, ici le discours imagé de M. C. relève certainement d'un évitement de sensations envahissantes permettant le maintien de son intégrité.

E. En conclusion

En tant qu'étudiante en psychomotricité, j'ai très souvent entendu mes professeurs parler des spécificités individuelles de l'expression des troubles psychomoteurs. En témoignent MM. F. et C., deux hommes jeunes présentant le même trouble psychiatrique : l'ESPT. Sur certains points, ils se rejoignent. Leurs symptômes sont semblables. Ils sont irritables et présentent un émoussement affectif. Le syndrome de répétition traumatique fait partie intégrante de leur vie par une expression régulière au travers de cauchemars et de flashbacks. Il entraîne des troubles du sommeil avec des difficultés à l'endormissement par peur de vivre à nouveau les scènes traumatiques. L'hypervigilance les accompagne à chaque sortie hors de leur foyer et lors de la perception de stimuli sensoriels les ramenant à

⁸ Cité par VIGARELLO G., (2017), p.12

l'événement traumatique. Pour s'en protéger, ils adoptent des conduites d'évitement et cessent ainsi de s'y confronter. Elles les conduisent à un grand isolement social.

Le parcours de vie de chacun d'eux montre des défauts de contenance psychique de la part des figures parentales. L'un a connu des maltraitances dans son enfance, tandis que la mère de l'autre n'a pas pu l'accompagner dans son développement psychique du fait de son état dépressif. Peut-on en conclure que l'ESPT apparaît chez des personnes dont l'enveloppe psychocorporelle connaît déjà une défaillance ?

Malgré toutes ces similitudes, les deux patients abordent la relation de manière totalement différente. L'un impose une distance physique importante pour se sentir en sécurité. L'autre a besoin d'un contact rapproché pour se sentir contenu. Dans un premier temps, nous verrons ce en quoi consiste l'ESPT. Puis, nous aborderons les notions d'enveloppe psychocorporelle et de distance afin de mieux comprendre ces mécanismes relationnels.

PARTIE 2 : L'ESPT ET SES REPERCUSSIONS SUR LA SPHERE PSYCHOMOTRICE

A. POINT THEORIQUE SUR L'ESPT

1. Un peu d'histoire

a. Définition

Le terme « traumatisme » provient du grec ancien *traumatikos* qui a donné le terme *trauma* signifiant « blessure »⁹. Au départ, il est appliqué au domaine de la chirurgie et renvoie à une blessure corporelle exercée par un agent physique extérieur. Ce terme a ensuite investi la psychopathologie à la fin du XIXe siècle. Les dénominations alors employées sont : *traumatisme psychologique* ou *trauma*, signifiant « Ensemble des perturbations résultant d'un choc émotionnel violent »¹⁰. Louis CROCQ définit le traumatisme psychique comme « *un phénomène d'effraction du psychisme, et de débordement des défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu, qui y est exposé comme une victime, témoin ou acteur* »¹¹.

b. De la névrose traumatique à l'Etat de Stress Post-Traumatique

En 1888, l'Allemand Hermann OPPENHEIM met en lumière cette pathologie mentale en s'intéressant aux accidents de chemin de fer. Il en parle sous la terminologie de « Névrose traumatique »¹² dans son ouvrage *Die Traumatischen Neurosen* (1888). Il détaille un tableau clinique fait de souvenirs obsédants de l'accident, de troubles du sommeil, de cauchemars de reviviscence, de phobies électives et d'une labilité émotionnelle.

⁹ BLOCH O., VON WARTBURG., (1996), p. 646

¹⁰ REY-DEBOVE J., REY A. (dir.), (2009), p. 2609

¹¹ CROCQ L., (2014), p. 10 : texte d'origine en italique

¹² Cité par LEBIGOT F., (2006), p. 5

Un an plus tard, en 1889, dans sa thèse sur « *l'Automatisme psychologique* », Pierre JANET emploie le terme de « traumatisme psychologique ». D'après lui, ce phénomène apparaît dans les suites d'un événement violent et vient faire effraction dans le psychisme. Il le décrit comme un « élément étranger » s'installant dans le préconscient et entraînant une « dissociation de la conscience ». Cette dissociation serait, selon lui, un élément déclencheur d'une neurasthénie traumatique, c'est-à-dire une fatigue anormale et persistante. Dans la mesure où ce « corps étranger » n'atteint pas la conscience, il agit comme une « idée fixe », qui ne se transforme pas mais cherche à s'exprimer. Il constate alors des manifestations d'ordres psychiques et psychomotrices telles que des hallucinations, des cauchemars, des sursauts et des actes automatiques. Pierre JANET avance aussi l'idée qu'il existe un « temps d'incubation » entre l'événement traumatique et l'apparition des premiers symptômes. Cette idée est aujourd'hui reprise sous la terminologie de temps de latence.¹³

Sigmund FREUD reprend la notion de « névrose traumatique » d'H. OPPENHEIM. Il l'analyse comme étant une forme d'hystérie. Il s'inspire beaucoup des travaux de P. JANET. En 1893, il revient sur le terme d'« idée fixe » et le remplace par le terme de « réminiscence » encore utilisé à ce jour¹⁴. Pour lui, « *les hystériques souffrent de réminiscences*. Leurs symptômes sont des résidus et les symboles de certains événements [traumatiques] »¹⁵. Il reprend aussi l'idée d'effraction du psychisme auquel il attribue la notion du pare-excitant comme couche superficielle protectrice. S. FREUD émet l'idée d'atteinte venant de l'extérieur lorsqu'il parle des « barrières psychiques » franchies à l'occasion d'un traumatisme. Selon lui, le traumatisme est une charge d'affects coincés dans la conscience. L'hypnose serait le moyen de s'en décharger et de donner du sens aux réminiscences brutes afin qu'elles soient transformées en souvenirs construits et compréhensibles.

Suite à de nombreux travaux sur l'hypnose, S. FREUD et Joseph BREUER, ont relié les symptômes hystériques à des événements traumatiques. Il s'agissait d'événements vécus dans l'enfance et en rapport avec la sexualité. Ils indiquent d'ailleurs ce rapport en

¹³ CROCQ L., (2014), p. 10

¹⁴ TARQUINIO C., MONTEL S., (2014), p. 24

¹⁵ FREUD S., (1974), p. 15 : texte d'origine en italique

disant que « les phénomènes hystériques découlaient de traumatismes psychiques »¹⁶. D'après S. FREUD, ils font suite à un événement souvent fantasmé par les patients. Les traumatismes, étant traités au niveau de l'inconscient, ne peuvent donc ni être expliqués ni être compris par eux.

Pour Sándor FERENCZI, « le traumatisme n'est pas une résurgence du souvenir, mais bien une impossibilité de le verbaliser »¹⁷. Ce qui conduit un individu à la pathologie est l'absence de reconnaissance du trauma par l'entourage « par *disqualification de l'affect* et par le *déni* de la *reconnaissance de l'affect* et de *l'éprouvé* »¹⁸. Nous supposons que, pour l'auteur, l'événement n'est pas traumatique en lui-même, mais que c'est l'absence de mise en mots et de légitimation par autrui qui le rend traumatique. Lorsqu'il y a un traumatisme, S. FERENCZI met en lumière l'atteinte narcissique qui en découle. Le sujet sera confronté à des angoisses dues à « l'expérience d'effondrement du sentiment narcissique d'invulnérabilité et à l'expérience d'anéantissement du sentiment de soi »¹⁹. En d'autres termes, le sujet est confronté à la mort et S. FERENCZI nomme cela « la fin de l'illusion d'immortalité ». Il va donc effectuer un « clivage narcissique »²⁰ afin de se préserver de ses angoisses, il devient observateur de la scène. Dans la lignée psychanalytique, il incombe une origine sexuelle infantile au trauma. L'excitation sexuelle prématurée causerait une effraction du psychisme à laquelle le sujet répondrait par un état de sidération du Moi. Pour lui, le trauma serait donc le résultat d'une « *absence de réponse de l'objet face à une situation de détresse* »²¹.

Avec l'apparition de la classification des maladies mentales, venue des Etats-Unis, la « névrose » laisse place au « stress ». Cela revient à questionner l'ensemble des travaux des psychanalystes cités ci-dessus. Le Post-Traumatique Stress Disorder (PTSD), traduit par Etat de Stress Post-Traumatique (ESPT) admet que « le passé psychique cesse d'être la raison nécessaire du trauma »²².

¹⁶ FREUD S., BREUER J., (2002), p. 8

¹⁷ TARQUINIO C., MONTEL S., (2014), p. 25

¹⁸ BOKANOWSKI T., (2002), p. 749 : texte d'origine en italique

¹⁹ CROCQ L., (2014), p. 12

²⁰ BOKANOWSKI T., (2002), p. 749

²¹ BOKANOWSKI T., (2002), p. 748 : texte d'origine en italique

²² MALABOU C., (2017), p. 239

2. DSM et évolution de l'ESPT²³

a. *Qu'est-ce que le DSM ?*

Ce sigle vient de l'anglais *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* qui signifie Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux. L'objectif de ce manuel est d'établir un langage commun entre professionnels. Il propose une classification a-théorique des troubles psychiatriques. Il se contente de les décrire sans émettre d'hypothèse sur leur étiologie. Les recherches avançant et la compréhension des troubles évoluant, le DSM est régulièrement revisité afin de mettre à jour les classifications. Le dernier manuel publié à ce jour est le DSM-V datant de 2013. L'évolution des connaissances a entraîné des modifications de la définition de l'ESPT.

b. *L'ESPT dans le DSM*

Les deux premiers manuels, en 1952 et 1968, évoquent des troubles passagers dont les réactions sont immédiates. Dans le DSM-I, il est question de la « réaction de stress majeur » inscrite dans les troubles transitoires de la personnalité. Le DSM-II parle de la « réaction d'adaptation à la vie d'adulte ». Dans le cas où les troubles persistent, le manuel signifie qu'il faut rechercher la présence d'une autre pathologie psychiatrique.

Il aura fallu attendre 1980 et le DSM-III pour voir apparaître le terme d'Etat de Stress Post-Traumatique, classé dans les troubles anxieux. L'ESPT est reconnu dans sa dimension durable dans le temps. Sa survenue marque une rupture avec l'état antérieur. Il est précisé que cette pathologie survient chez un sujet sain, suite à la rencontre avec un événement traumatique.

En 1994, dans le DSM IV²⁴ est instaurée une durée minimum de un mois avant de pouvoir poser le diagnostic. Toutes les manifestations survenant dans le premier mois sont réunies sous le terme d'« Etat de Stress Aigu ». Si les symptômes persistent, le diagnostic est alors modifié pour devenir un ESPT. Cette nomenclature prend en compte les témoins

²³ BESSELLERE E., (2015). pp. 12-13

²⁴ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, (2004), pp. 215-218

des événements. La condition pour qu'ils relèvent de ce trouble est que l'événement ait provoqué chez eux un « sentiment de peur, d'horreur ou d'impuissance ».

En 2013, le DSM-V²⁵ sépare l'ESPT des troubles anxieux afin de les répertorier dans une nouvelle catégorie : « Troubles consécutifs aux traumatismes et au Stress ». Dans les événements traumatiques, l'agression sexuelle a pris place. Ce DSM va plus loin que le précédent quant aux personnes susceptibles de présenter un ESPT. Il inclut les personnes qui n'ont pas vécu l'événement directement mais dont les faits leur sont relatés. Elles peuvent être exposées par leurs activités professionnelles ou bien du fait de leur proximité affective avec une victime. Toutefois, il n'est plus question de la réaction subjective du DSM-IV, « sentiment de peur, d'horreur ou d'impuissance ». Enfin, le diagnostic s'étend aux enfants de plus de six ans et aux adolescents. Des critères diagnostics ont aussi été ajoutés pour les enfants de six ans ou moins.

Tant dans le premier critère du DSM-V que dans les théories psychanalytiques développées auparavant, il est question d'un événement. Un événement particulier qui entraîne une modification de la personnalité du sujet. D'après le DSM-V, il est à l'origine de divers troubles. Il y a d'abord le critère B et les « symptômes envahissants » s'exprimant sous la forme d'un syndrome de répétition. Il comprend des « souvenirs » et des « rêves répétitifs » incontrôlables des « *flashbacks* », associés à un sentiment de détresse et de réactions physiologiques. Le critère C marque la présence d'« évitements » de toutes situations en lien avec le dit événement. Le critère D concerne les « altérations négatives des cognitions et de l'humeur ». Il révèle notamment la présence de troubles mnésiques en lien avec l'événement, appelés « amnésie dissociative ». Et d'une « distorsion cognitive » amenant le sujet à « se blâmer ou à blâmer d'autres personnes » à propos de l'événement. Le critère E touche à l'état d'éveil du sujet. Il relève la présence d'irritabilité, d'hypervigilance, de problèmes de concentration et de sommeil. Les symptômes que présentent MM. F. et C. appartiennent à l'ensemble des critères décrits par le DSM-V. Leurs troubles sont apparus suite aux épisodes les ayant confronté à leur mort ou à celle d'autres personnes. Quel est cet événement responsable de la souffrance des patients ?

²⁵ Cf annexe 1, critères diagnostics du DSM V, p. I

3. L'événement traumatique

Un événement est un « fait auquel vient aboutir une situation » mais aussi « ce qui arrive et qui a quelque importance pour l'être humain »²⁶. Dans cette partie nous verrons dans quelle mesure la confrontation à une situation donnée peut engendrer un traumatisme psychique chez un individu. Est-ce la gravité de l'événement qui est traumatique où est-ce le vécu de l'événement par l'individu ?

Le critère A du DSM-V stipule que l'événement à l'origine d'un ESPT doit être une « exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles ». Une multitude de situations sont à l'origine de tels résultats. Ils peuvent être d'origine naturelle – catastrophes climatiques, géologiques, biologiques – ou humaine. Ils sont alors intentionnels – maltraitements, agressions, tortures, vols, prises d'otages, attentats ou encore les guerres – provoqués par un proche ou un inconnu, ou accidentels – explosions, accidents de travail, technologique, de voiture – provoqués par le sujet ou quelqu'un d'autre. Ils peuvent aussi être individuels ou collectifs. Ils se présentent sous forme exceptionnelle et brusque, en une accumulation d'événements ou par la réactivation d'un traumatisme ancien.²⁷

Selon Michel DE CLERCQ et Vincent DUBOIS, « parmi des sujets exposés à un événement potentiellement traumatisant, tous ne l'ont pas vécu sur un mode traumatique ». Nous comprenons qu'un facteur individuel entre en jeu. Ils ajoutent que « l'accent ne devra pas être mis sur la description factuelle des événements, en d'autres termes sur l'événement traumatique mais sur le vécu par le sujet de l'événement »²⁸. Il leur semble alors plus juste de parler d'un événement traumatogène car, ce qui est traumatique, est le vécu subjectif du sujet. Dans cette lignée, Evelyne JOSSE parlera d'un « événement potentiellement traumatisant »²⁹. Il arrive que certaines personnes réagissent de manière adaptée lors d'un événement et qui pour autant, peuvent développer un syndrome psychotraumatique. Au contraire, « certains événements dépassent la capacité de gestion de la majorité des individus »³⁰. Cela ne présage pas nécessairement de l'apparition

²⁶ REY-DEBOVE J., REY A. (dir.), (2018), p. 960

²⁷ JOSSE E., (2014), p. 49

²⁸ DE CLERCQ M., DUBOIS V., (2001), p. 20,

²⁹ JOSSE E., (2014), p. 49

³⁰ JOSSE E., (2014), p. 49

ultérieure ou non de symptômes traumatiques. Les auteurs s'accordent donc à dire que l'apparition d'un syndrome traumatique est dépendant du vécu de l'événement par la personne.

Quant à l'apparition d'un traumatisme psychique, François LEBIGOT parle de « la rencontre avec le réel de la mort (le néant) »³¹. L'appareil psychique est pour lui le réceptacle où perceptions et représentations se lient et donnent sens aux situations. Les associations diffèrent pour chaque individu et le sens donné aux situations sera donc propre à chacun. Ainsi, comme l'évoquent les auteurs cités ci-dessus, un même événement sera perçu différemment d'une personne à l'autre. Cependant, aucune représentation ne s'associe avec l'image de la mort. Un sujet confronté au réel de la mort, la sienne ou celle de quelqu'un d'autre, garde en mémoire la situation sous sa forme brute. Elle ne s'incorpore pas à la temporalité « passé, présent, futur » et chaque fois que cette image fera irruption dans la pensée, elle sera vécue comme si elle était en train de se dérouler.

Les événements « réorientent le parcours biographique, éventuellement y font rupture »³² dans la vie du sujet. Il y a un avant et un après événement dans la perception « de la réalité et son aptitude à s'y adapter »³³. Pour Bernard PACHOUD, « contrairement à la plupart des faits, dont le sens est essentiellement dépendant du contexte [...] un événement (entendu au sens fort) a un sens qui n'est pas dépendant du contexte, précisément parce que cet événement lui-même détermine le contexte »³⁴. J'évoquais plus haut le caractère individuel de la perception d'une situation. Cet auteur précise qu'« un même changement ou incident peut donc être appréhendé à la fois comme un fait [...] et comme un événement »³⁵. Ainsi, une même situation à l'origine d'une rupture chez quelqu'un n'aura que très peu d'effet chez une autre personne. Le caractère pathologique d'une réaction dépend de sa durée et de son intensité. La pathologie qui survient sera alors appelée « pathologie réactionnelle ».

³¹ LEBIGOT F., (2005a), p. 14

³² PACHOUD B., (2005), p. 702

³³ PACHOUD B., (2005), p. 700

³⁴ PACHOUD B., (2005), p. 701

³⁵ PACHOUD B., (2005), p. 703

4. Courants de pensée

a. Psychodynamique

Le courant psychodynamique se base sur la théorie psychanalytique. Il se démarque des techniques analytiques dans l'utilisation qu'il fait de la parole. Les patients présentant un traumatisme psychique éprouvent le besoin de ressentir de l'empathie de la part de leur interlocuteur et « ne supportent pas les silences, au moins lors des premiers entretiens »³⁶. En séance, le praticien fait preuve d'une présence active par la parole et son attitude dans le but de préciser le discours des patients. Toutefois, il se garde d'exprimer des interprétations ou des jugements, qu'ils soient positifs ou négatifs. Il se différencie aussi des autres psychothérapies dans la mesure où il se veut « traiter un sujet, ici un sujet traumatisé »³⁷ et pas uniquement les symptômes qu'il présente.

Le psychiatre militaire F. LEBIGOT a participé à l'écriture de nombreux ouvrages et articles à propos du traumatisme psychique. Son approche psychodynamique l'amène à dire que « contrairement à ce qui s'écrit souvent le traumatisme est un phénomène psychique très différent du stress »³⁸. Cette affirmation l'oppose à la nomenclature internationale proposée par le DSM-V qui en parle sous les termes d'« Etat de Stress Post-Traumatique ». Il reprend l'image élaborée par S. FREUD de la « vésicule vivante » en tant que représentation du psychisme pour distinguer ces termes. Là où le stress n'est que passager, le trauma vient faire effraction du psychisme et s'installe dans la durée.

Au-delà de cette distinction, F. LEBIGOT établit un lien entre traumatismes psychiques et angoisses. Lors de l'événement faisant traumatisme, « le sujet rencontre sa mort, c'est-à-dire ici sa néantisation »³⁹. Il est alors envahi par l'effroi, empêchant la mise en place d'une liaison entre l'image traumatique et une représentation de celle-ci. Le manque de sens associé à l'événement, l'empêche d'exprimer son mal-être. Il se sent « abandonné par le langage, c'est-à-dire par ce qui fait l'être de l'homme »⁴⁰ le conduisant à une impression de déshumanisation. Une personne normalement névrotique peut être

³⁶ LEBIGOT F. (2005b), p. 43

³⁷ LEBIGOT F., (2005a), p. 168

³⁸ Source : <http://www.info-trauma.org/flash/media-f/lebigotStressEtTrauma.pdf>, p.1

³⁹ Source : <http://www.info-trauma.org/flash/media-f/lebigotStressEtTrauma.pdf>, p. 3

⁴⁰ LEBIGOT F., (2005a), p. 22

sujette à des angoisses de castration « c'est-à-dire la confrontation à la perte de quelque chose de précieux »⁴¹. Les patients ayant un traumatisme psychique sont, eux, confrontés à l'angoisse de néantisation en lien avec la crainte de perte du sentiment de soi, d'identité. Cette angoisse apparaît normalement à la naissance du nourrisson alors qu'il quitte un « état de jouissance permanente où ses besoins sont satisfaits avant même d'être ressentis »⁴². Il sera alors question de déterminer « les points de fixation libidinale qui font obstacle à ce que le sujet s'affranchisse de son lien à l'image traumatique »⁴³.

b. Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)

G. VILA décrit le déroulement d'une thérapie cognitivo-comportementale de la manière suivante, « une thérapie débute par un temps d'*accueil*, et se poursuit avec des séances fondamentales consacrées à l'*analyse fonctionnelle* permettant de décrire avec précision les difficultés du patient et leur contexte, ainsi que de définir des *cibles* pour le traitement. »⁴⁴. La thérapie consistera à favoriser les comportements positifs au dépend des réponses négatives aux situations. Les Thérapies cognitivo-comportementales ont fait leurs preuves dans le traitement des troubles anxiodépressifs. Une des indications principales en TCC est le syndrome phobique, à l'origine de l'évitement. Ces thérapies stipulent que « l'exposition active aux stimuli déclencheurs réduit les évitements par l'extinction de l'anxiété »⁴⁵. Elles sont aussi indiquées dans la gestion de l'angoisse et les troubles obsessionnels.

➤ Le modèle comportemental

Dans son livre *Conditioned reflex* de 1927, Ivan PAVLOV décrit l'un des grands principes de base du comportementalisme : le conditionnement classique comme apprentissage associatif. Il correspond à l'association stimulation-réponse d'un organisme dans une situation donnée. C'est l'apprentissage des réponses de peur dans l'ESPT. Le psychologue behaviouriste Burrhus F. SKINNER ajoute la notion de conséquence qui tendra à renforcer ou à faire disparaître le comportement. Il développe le

⁴¹ LEBIGOT F., (2005a), p. 181

⁴² LEBIGOT F., (2005a), p. 180

⁴³ LEBIGOT F., (2005a), p. 168

⁴⁴ CROCQ L., (2014), p. 148 : texte d'origine en italique

⁴⁵ CROCQ, L. (2014), p. 149

« conditionnement opérant »⁴⁶. C'est l'apprentissage des comportements de fuite ou d'évitement dans l'ESPT.

Orval H. MOWRER reprend ces théories et décrit le traumatisme comme « une situation extrême (stimulus) qui provoque une réponse spécifique de type psychologique, cognitivo-comportemental et affectivo-émotionnelle »⁴⁷. Aurore SEGUIN-SABOURAUD, précise que le conditionnement participe à l'installation des réactions traumatiques. Selon elle, les réactions ayant lieu lors du traumatisme sont « émotionnelles et physiologiques (peur, horreur), cognitives (danger, impuissance, mort) et motrices (fuite, attaque ou inhibition) »⁴⁸. Elle ajoute que la situation traumatique est faite d'une multitude de stimuli. Le sujet les associe par la suite au danger et chaque nouvelle exposition à l'un d'eux déclenchera une anxiété semblable à celle ressentie lors de l'événement initial. La répétition de ce comportement tendra à ce que l'ESPT s'installe et perdure. En voulant fuir toutes situations anxiogènes afin de réduire la tension qu'elles engendrent, le sujet se trouve handicapé « du fait des restrictions qu'implique cet évitement renforcé »⁴⁹.

Pour A. SEGUIN-SABOURAUD, la diminution des symptômes traumatiques serait possible par la mémorisation du souvenir dans son entier. Or, par le conditionnement opérant, le sujet repère les situations à risques anxiogènes et met en œuvre un évitement. Ainsi « il se crée une boucle de rétroaction négative où angoisse et évitement s'entretiennent mutuellement »⁵⁰.

➤ Le modèle cognitiviste

Les cognitivistes étudient les « schémas cognitifs » créés par les expériences vécues. Ils exercent une influence sur les pensées des individus et donneront naissance à des « pensées automatiques ».⁵¹ A l'occasion d'un traumatisme psychique, des pensées automatiques et des croyances erronées apparaissent. Elles peuvent être tournées vers soi-même, vers les autres ou vers le monde. Les modèles cognitivistes considèrent que

⁴⁶ ROUSSEAU-SALVADOR C., (2016-2017), Cours de psychologie de 3^{ème} année de psychomotricité : *La pratique et les spécificités des thérapies comportementales et cognitives*.

⁴⁷ TARQUINIO C., MONTEL S., (2014), p. 29

⁴⁸ LOPEZ G., et al. (2016), p.72

⁴⁹ CROCQ L., (2014), p. 150

⁵⁰ LOPEZ G., et al. (2016), p. 73

⁵¹ CROCQ L., (2014), p. 208

« l'impact, traumatique ou non, d'un événement dépend largement de l'interprétation qui en est faite »⁵². Ces thérapies cherchent la restructuration cognitive dans l'optique de « remettre en question et en doute ces cognitions erronées et de trouver des pensées et des croyances alternatives »⁵³.

Le modèle de FOA et KOZAK (1986) théorise la « structure de peur ». La réponse « peur » se construit sur les systèmes cognitivo-affectifs, comportementaux et physiologiques et s'insère dans la mémoire à long terme.⁵⁴ Contrairement à la peur en tant qu'émotion, la « structure de peur » reste intacte dans le temps. Elle devient pathologique lorsque « les réponses émotionnelles sont intenses, excessives, résistent aux modifications et ne s'atténuent pas avec le temps »⁵⁵. Cette structure associe la notion de danger à un plus grand nombre de stimuli. L'individu n'est plus capable de discriminer une situation de sécurité d'une situation de danger. Ainsi, plus le monde apparaît imprévisible et incontrôlable [...], plus grande sera l'intensité des symptômes »⁵⁶.

Lors de l'événement traumatique, l'individu est soumis à un stress très élevé, potentiellement associé à une hypervigilance. Ces réactions vont être enregistrées aux niveaux physiologique et psychologique et aboutir à une réaction conditionnée. A. SEGUIN-SABOURAUD explique que « l'hypervigilance est la conséquence de l'interprétation de l'alarme apprise »⁵⁷. Elle réapparaît donc dans des situations dont les stimuli rappellent l'événement initial.

c. Neurobiologique

Comme l'indiquent les deux modèles précédents, l'ESPT peut être appréhendé à partir de divers points de vue théoriques. Ainsi s'ajoute le point de vue neurobiologique concernant l'apparition des symptômes de ce trouble psychiatrique.

⁵² MORMONT C., (2001), p. 256

⁵³ SERVANT D., MOLENDAS., (2005), p. 53

⁵⁴ BRILLON, P., MARCHAND, A. et STEPHENSON, R. (1996), p.131

⁵⁵ LOPEZ G., et al. (2016), p. 76

⁵⁶ MORMONT C., (2001), p. 257

⁵⁷ LOPEZ G., et al. (2016), p. 74

Les structures cérébrales engagées dans les mécanismes neurobiologiques du psychotraumatisme relèvent du système limbique, aussi appelé cerveau émotionnel. Il est impliqué dans « l'apprentissage de la mémoire, l'olfaction, le contrôle du système endocrinien qui participe à la libération d'hormones, les comportements alimentaires et l'appétit, le système nerveux autonome qui contrôle les fonctions respiratoire, digestive et cardiovasculaire »⁵⁸. Le développement d'un traumatisme psychique est sous-tendu par l'action de trois structures principales. L'amygdale est à l'origine de la réponse émotionnelle à un stimulus. L'hippocampe « sert au traitement et à l'encodage de la mémoire consciente et des apprentissages, et à la contextualisation temporo-spatiale des souvenirs autobiographiques ». Enfin, le cortex préfrontal médian, aussi appelé cortex associatif permet l'adaptation des réponses émotionnelles et comportementales aux situations rencontrées.

➤ Réaction normale face au danger

Un danger provoque des réactions de stress et de peur. Comment cela se passe-t-il ? Joseph LEDOUX a démontré l'importance de l'amygdale dans ce processus.⁵⁹ Elle reçoit des informations provenant de l'ensemble des aires sensorielles. Lorsqu'il s'agit de stimuli renvoyant à un danger, l'amygdale stimule l'hypothalamus. Cette dernière sécrète alors les hormones du stress : le cortisol et l'adrénaline, le rythme cardiaque et la pression artérielle s'accroissent augmentant l'état de vigilance. Par la suite, l'amygdale stimule l'hippocampe chargé de mettre en lien la situation vécue avec un souvenir référent autobiographique. Associé à l'activation du cortex préfrontal médian, en replaçant l'événement dans son contexte, la réponse émotionnelle sera réduite et rationalisée. Ces structures servent donc à modérer l'activité de l'amygdale.

➤ Réaction pathologique face au danger

Les réactions normales et pathologiques débutent de manière identique, c'est-à-dire par l'activation de l'amygdale. La différence s'opère dans les situations où l'hippocampe ne parvient pas à mettre en relation un souvenir autobiographique avec l'événement. L'hippocampe et le cortex préfrontal médian ne remplissent pas leur rôle de modérateur de

⁵⁸ Source : <http://www.neuromedia.ca/le-systeme-limbique/>

⁵⁹ LOTSTRA F., (2002), p. 79

l'émotion. La production d'hormone devient surproduction. Présent dans l'organisme en trop grande quantité, le cortisol entraîne une neurotoxicité et de l'hyperglycémie. Pour sa part, l'adrénaline provoque une cardiotoxicité. Les risques causés peuvent être vitaux.

Le cerveau adopte alors des mécanismes de sauvegardes neurobiologiques. L'hypophyse et la substance grise péri-aqueducale libèrent des endorphines. Des antagonistes des récepteurs NMDA (N-Méthyl-D-Aspartate) du système glutamatergique sont aussi sécrétés. Ces substances permettent une extinction de la réponse émotionnelle en isolant l'amygdale. L'extinction de l'amygdale est à l'origine du phénomène de dissociation psychique. La déconnexion de l'amygdale avec l'hippocampe et le cortex médian préfrontal empêche le stockage de l'événement dans la mémoire autobiographique et l'association émotionnelle. S'en suivent des troubles mnésiques au sujet de l'événement.

Néanmoins, le souvenir affectif est enregistré et chaque stimulus faisant référence à l'événement activera l'amygdale sans contrôle complémentaire du système hippocampe-cortex associatif. Le sujet crée un système de peur conditionnée. Il est associé à une impression continuelle de danger imminent. Il s'en suit l'instauration de comportements d'hypervigilance et de conduites d'évitement. Ces symptômes de l'ESPT « sont la conséquence d'un dépassement des mécanismes d'adaptation au stress »⁶⁰

B. En conclusion

La survenue de l'ESPT fait suite à l'exposition à un stimulus traumatogène et relève d'un facteur individuel. Il occasionne des modifications du caractère avec une altération négative des cognitions et de l'humeur. Le sujet souffre d'une perte d'intérêt pour son environnement et pour les autres. Des croyances erronées entretiennent une méfiance envers son environnement et une hypervigilance. Des symptômes envahissants, tels que le syndrome de répétition, des réactions dissociatives et des réactions physiologiques surgissent lors de nouvelles expositions aux stimuli traumatiques. De ce fait, il adopte des conduites d'évitement. Enfin, il est sujet à des problèmes de concentration, des troubles du sommeil. Il peut également présenter des troubles du comportement.

⁶⁰ LOPEZ G., et al. (2016), p. 203

Pour le courant psychodynamique, les troubles résultent d'un défaut de mise en mots de l'événement entraînant une remise en cause de l'identité du sujet. Les thérapies ont vocation à réinscrire le blessé psychique au sein du groupe « humain ». Les thérapies cognitivo-comportementales expliquent le défaut d'adaptation à l'environnement par le conditionnement et l'apprentissage d'un schéma de peur. Une telle approche laisse espérer qu'un nouvel apprentissage annulerait les conduites d'évitement, d'hypervigilance et le syndrome de répétition. Enfin, dans l'approche neurobiologique, la réaction de stress pathologique empêche l'association du souvenir à la réponse émotionnelle. Les sensations et affects ressentis lors de l'événement sont donc rejoués à l'identique par la suite.

Quel est donc ce processus conduisant à une perte de confiance en soi, en l'autre et en l'environnement ? Quels mécanismes assurent un sentiment de sécurité au sujet et dans quelle mesure sont-ils mis à mal par l'ESPT ?

C. L'émergence de la sécurité d'être soi et d'être au monde

1. Wilfried R. BION : comprends moi et je comprendrai le monde

Au cours de son existence, le bébé vit des expériences confuses et chaotiques. Des stimulations internes et externes créent des désordres importants qu'il ne parvient pas à gérer seul. W. R. BION part du principe que le bébé a besoin, d'une part, de la présence physique et psychique de son parent – rejoignant ainsi les théories de *handling* et de *holding* de D. W. WINNICOTT⁶¹. D'autre part, il est aussi dépendant de sa vie psychique car c'est en s'étayant sur la capacité de penser de sa mère, que W. R. BION appelle sa « capacité de rêverie », que le bébé pourra développer sa propre aptitude à penser. La rêverie est la capacité qu'a la mère de recevoir l'ensemble des « identifications projectives »⁶² de son enfant. Le bébé a besoin d'un objet contenant, représenté par le parent, afin d'y projeter ses contenus psychiques. W. R. BION, l'appelle « fonction alpha ». Le bébé clive sa personnalité et projette dans cet objet ce qui relève de la détresse. Ces éléments rejetés sont les éléments « bêta ». La « fonction alpha » a pour objectif de contenir ces expériences émotionnelles. Elle amorce aussi le travail symbolique et de mise en sens des événements. Ainsi « l'objet transforme les éléments "bêta", éléments bruts

⁶¹ Cf. *Infra* p. 56

⁶² Cité par GATECEL A., MASSOUTRE-DENIS B., GIROMINI F., *et al.* (2011), p. 290

projetés, en éléments “alpha“, éléments disponibles pour la pensée »⁶³. Cela rejoint le rôle du psychomotricien, de « pare-excitant ». Il transforme les éléments bêta en éléments alpha afin de protéger les patients de leurs angoisses. Puis, le thérapeute se retire peu à peu lorsque les patients deviennent capables de se « protéger » seuls. En ce sens, il adopte le rôle de la mère qui octroie de plus en plus d'autonomie à son enfant à mesure qu'il grandit.

Didier ANZIEU conclut la pensée de W. R. BION ainsi : « L'identification projective, à l'exercice de la fonction alpha qui élabore, transforme et restitue à l'intéressé ses sensations-images-affects rendus représentables. »⁶⁴

Les traumatismes psychiques se rapprochent des expériences chaotiques vécues par le bébé. L'émotion ressentie est si intense que le psychisme ne parvient à la lier à aucune représentation correspondante. De ce fait, elle réapparaît à la conscience sous la forme du syndrome de répétition. Pour Albert CICCONE, « la fonction-enveloppe est une fonction de *contenance*, qui consiste à contenir et à transformer »⁶⁵. Elle se construit dans l'enfance, grâce à l'étayage maternelle. Dans le cas de l'ESPT, la « fonction-enveloppe » a fait défaut dans la rencontre avec l'élément traumatique. Pour exemple, M. C. n'établit aucun lien de cause à effet entre ses crises d'angoisse et des éléments déclenchants extérieurs. En psychomotricité nous travaillons à reconnecter les manifestations corporelles aux émotions et à ce qui les provoque. La relation au psychomotricien faisant office de contenant dans un premier temps, le patient retrouvera sa propre fonction de contenance psychique dans un second temps.

Cependant, une présence psychique est insuffisante pour qu'un être se sente contenu et entier. La construction de sa « sécurité de base »⁶⁶ allie présence psychique et présence physique auprès du sujet. C'est ce que nous allons voir avec Donald W. WINNICOTT.

2. Donald W. WINNICOTT : se sentir exister

D'après Donald W. WINNICOTT, au début de sa vie l'être humain est sujet à des angoisses. Il énonce les angoisses de morcellement, de chute, de ne pas avoir de relation avec son corps et de ne pas pouvoir s'orienter. Celles-ci sont apaisées par les soins

⁶³ CICCONE A., (2001/2), p. 85

⁶⁴ ANZIEU D., (1995), p.124

⁶⁵ CICCONE A., (2001/2), p. 82

⁶⁶ Cf. *Infra*, p. 65

qu'apporte la mère à son enfant. Il parle de la « mère suffisamment bonne » qui s'adapte parfaitement et répond instantanément aux besoins qu'exprime son enfant. Cette présence constante et irréprochable est le facteur nécessaire à l'émergence du moi de l'enfant. Pour cet auteur, « le moi se fonde sur un moi corporel »⁶⁷. La capacité d'un sujet à percevoir l'unité psychomotrice de son être commence par la perception de sa peau comme membrane-frontière. Cette perception naît de trois aspects principaux de la relation qu'il entretient avec sa mère. Le *holding* est la manière dont la mère soutient physiquement et psychiquement son enfant, favorisant son intégration psychomotrice. Le *handling* porte sur les soins qu'elle lui prodigue. Et enfin, la relation d'objet fait référence à la manière dont sont présentés les objets au nourrisson afin qu'il puisse se les représenter. S'en suit l'apparition du « Je » marquant l'individualisation du sujet et son aptitude à distinguer ce qui relève du moi et du non-moi. Lorsque ces conditions développementales sont respectées, l'enfant se construit de manière à ressentir un « sentiment de continuité d'existence »⁶⁸.

Des carences de l'environnement relationnel peuvent être à l'origine d'une rupture de ce sentiment. Elles se traduisent corporellement sous forme d'agitation, d'hyperkinésie ou de difficultés de concentration. D. W. WINNICOTT décrit un facteur individuel dans la perception du facteur externe en cause dans cette rupture.

L'événement traumatique⁶⁹ reprend des caractéristiques du défaut de continuité d'être. Tout d'abord, les conséquences d'une telle situation sont propres à chaque personne. Ensuite, cette expérience est à l'origine d'une rupture dans la vie du sujet. Elle marque un avant et un après. Comme en témoignent le changement dans la relation qu'entretiennent MM. F. et C. avec leur environnement. Enfin, la dimension psychique du traumatisme se répercute corporellement. En effet, l'événement à l'origine du traumatisme confronte le sujet à la mort donc à sa mortalité. Ainsi, il agit comme les carences de soin dans le développement en mettant en cause ce sentiment de continuité d'être. D. W. WINNICOTT interprète les manifestations corporelles de mise en mouvement excessives comme un moyen de défense contre l'angoisse de la perte de l'union psycho-somatique. De cette manière, l'individu cherche à créer une sensation de continuité par l'ininterruption

⁶⁷ WINNICOTT D. W., (1970), p. 13

⁶⁸ WINNICOTT D. W., (1970), p. 15

⁶⁹ Cf *Supra*, p. 46

du geste. Le corps palie mais aussi transcrit la rupture, ou effraction subie par le psychisme. M. F. contractait chacune des parties de son corps en les énumérant comme pour s'assurer qu'elles étaient toutes là. La décharge tonique semblait être un moyen de se sentir exister. L'agitation motrice et la tension de M. C. présentes à l'entretien s'apaisaient par la contenance physique. Dans les deux cas, les patients témoignent d'un besoin de se sentir contenu, comme l'enfant a besoin d'être contenu par sa mère.

Le handling et le holding maternel de D. W. WINNICOTT associés à la fonction de contenance du psychisme de W. R. BION, participent à l'émergence de la conscience de soi. Didier ANZIEU reprend ces notions pour élaborer le concept du Moi-Peau comme enveloppe psychique.

3. Didier Anzieu : la notion d'enveloppe psychique

a. Qu'est-ce que le Moi-peau

L'auteur, définit son concept comme « une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps »⁷⁰. Nous comprenons par cette explication que le Moi-peau est largement basé sur l'enveloppe cutanée.

*b. Les fonctions du Moi-peau*⁷¹

A la naissance de son concept, D. ANZIEU n'avait accordé au Moi-peau que trois fonctions : la contenance, la limite entre le dedans et le dehors en guise de barrière protectrice contre les stimuli extérieurs ainsi que la communication et les échanges avec l'environnement. En 1995 soit vingt ans plus tard, il dénombre les huit fonctions suivantes : maintenance, contenance, pare-excitation, individuation, intersensorialité, soutien de l'excitation sexuelle, recharge libidinale et inscription des traces sensorielles. Par le Moi-peau, D. ANZIEU désigne l'enveloppe psychique. Or, l'ESPT résulte d'une effraction de ce contenant. Quelles sont les fonctions perturbées par ce trouble ?

⁷⁰ ANZIEU D., (1995), p. 61

⁷¹ ANZIEU D., (1995), p. 121-129

La *fonction de maintenance* est mise en lien avec le rôle joué par la peau de « soutènement du squelette et des muscles ». Elle renvoie au *holding* de D. W. WINNICOTT. Son efficience se construit grâce au maintien physique et psychique proposé par la mère. Le bébé perçoit son corps solide et unifié par l'appui externe des bras du parent. C'est ainsi qu'il intériorise l'appui interne de sa colonne vertébrale. Il lui permettra d'accéder au redressement et de prendre conscience de son individualité.

L'événement traumatique a conduit les deux patients à s'imaginer mort l'espace d'un instant. L'ESPT confronte le sujet à sa vulnérabilité. Cela peut engendrer une perte de confiance en son axe psychocorporel, c'est-à-dire en sa capacité à tenir et affronter les situations. En séance, M. F. rejette la proximité de l'autre. Toutefois, il s'appuie sur celui qui « sait » pour retrouver une stabilité. *A contrario*, M. C., demande à être touché et porté. Dans les deux cas, ils semblent avoir besoin d'un soutien extérieur pour retrouver la solidité et la confiance en leur être psychocorporel.

La *fonction de contenance* s'allie à la peau dans ses qualités de recouvrement et d'enveloppe du corps. Cette fonction du Moi-peau vise à « envelopper tout l'appareil psychique ». Elle fait appel au concept de *handling* de D. W. WINNICOTT. Par son action, le parent enveloppe son enfant de sensations tactiles renforcées par une enveloppe sonore. René KAES détaille deux aspects. D'après lui, le « contenant » est le lieu réceptacle des « sensations-images-affects » du bébé. Il est complété par le « conteneur » qui agit selon la fonction alpha de W. R. BION chargée de transformer ce contenu psychique pour le rendre représentable.

MM. F. et C. semblent recréer l'enveloppe tactile au travers de l'hypertonie et de l'agitation motrice. La blessure physique de M. C. accroît son sentiment de manque de contenance psychocorporelle. La disparition de l'« armure » au contact de mes mains recouvrant la plaie témoigne de la carence de la fonction de contenance. De plus, tous deux ont demandé à plusieurs reprises si ce qu'ils ressentaient était juste. Le psychomotricien adopte le rôle de fonction conteneur ou alpha, en les aidant à déterminer eux même leur sensations.

La *fonction de pare-excitation* renvoie à la couche superficielle de l'épiderme protégeant la couche sensible et l'organisme des agressions extérieures. Dans un premier temps, la mère assure la fonction de pare-excitation auxiliaire de son bébé, c'est-à-dire de

protection. Puis, la peau psychique de l'enfant finit par trouver un étayage suffisant pour réaliser cette fonction seule. Dans le cas contraire, le pare-excitation prend appui sur le derme plutôt que sur l'épiderme. Il s'agit de la « seconde peau musculaire » d'Esther BICK.

L'hypertonie de ces patients relève aussi d'une forme de protection des stimulations internes et externes. L'image de l'armure de M. C. illustre pour une deuxième fois la défaillance de l'enveloppe psychique. Le fait que mes mains prennent le relais par un simple toucher appuie sa demande d'être protégé. Comme pour le bébé, le tiers doit assurer la fonction de protection pour qu'il ne reste pas enfermé dans son hypertonie. Pour M. F., cette fonction n'est pas non plus opérante. Il se sent agressé en permanence par l'extérieur. Sa peau psychique ne remplit donc pas son rôle de filtre.

La fonction de recharge libidinale se rapporte à la stimulation externe permanente de la peau qui impacte le tonus sensori-moteur. Au niveau psychique, elle « maintient la tension énergétique interne ». En cas de dysfonctionnement, le sujet peut vivre des angoisses d'explosion – crises d'épilepsie dues à une surcharge de stimulation – ou l'angoisse du Nirvana – réduction de la tension à zéro, correspondant à la mort.

Les manifestations épileptiques de M. C., apparues suite à l'épisode traumatique, pourraient alors être dues à une tension interne trop importante. Son psychisme ne pouvant gérer un tel afflux, il se déconnecte de la réalité et déclenche une crise d'épilepsie. Cette donnée rejoint mon hypothèse quant aux crises épileptiques et aux migraines ophtalmiques du patient. Elles seraient une réponse somatique apportée à la conscience qui ne peut supporter un tel déferlement d'images et de sensations reliées au traumatisme.

4. François LEBIGOT : le traumatisme psychique et l'effraction⁷²

Pour expliquer l'impact du traumatisme sur l'appareil psychique, F. LEBIGOT reprend les travaux de S. FREUD. D'après lui, la compréhension du mécanisme du traumatisme passe par la compréhension de sa différence avec celui du stress. Dans *Au-delà du principe de plaisir* (1920), Sigmund Freud matérialise l'appareil psychique par une « vésicule vivante » de forme ronde. Elle est constituée d'une membrane qu'il appelle

⁷² LEBIGOT F., (2005a), citations recueillies pp. 9-13

« pare-excitation » recouverte d'une charge positive. Cette membrane a la responsabilité du maintien de l'intégrité de l'appareil psychique qu'elle renferme. Elle subit nombre d'agressions extérieures la mettant à l'épreuve. Pour résister aux attaques extérieures, la charge précédemment évoquée nécessite d'être accrue.

Dans les situations stressantes, la « vésicule vivante » perçoit la montée d'angoisse et a donc le temps d'accroître la charge positive de sa membrane. La stimulation extérieure due au stress contraint le pare-excitant à user de ses capacités d'adaptation. Afin de préserver l'intégrité de l'appareil psychique, il se creuse, se déforme mais ne casse pas. Lorsque la menace a disparu, la membrane retrouve sa forme initiale.⁷³

Dans les cas d'une agression faisant effraction, la situation est tout autre. « Le trauma provient d'une menace vitale qui surprend le sujet quand il est en état de repos ». Le danger survient comme une surprise, il n'est pas perçu et la charge positive est inchangée. La forme du « pare-excitant » ne s'adapte pas et se casse. C'est ainsi que « la menace vitale va pouvoir pénétrer à l'intérieur de l'appareil psychique et s'y incruste ». S. Freud la matérialise en la nommant « corps étranger interne ». Lorsque la menace disparaît, l'appareil psychique ne peut s'en défaire. Cet intrus demeurera d'abord silencieux avant de se réveiller et de s'exprimer notamment sous la forme du syndrome de répétition.⁷⁴

Pour W. R. BION, D. W. WINNICOTT et D. ANZIEU, l'être humain s'épanouit dans son environnement à la condition qu'il y trouve la sécurité. Elle est assurée par la présence contenante, aussi bien physique que psychique, de ses parents. Cette attitude permet à l'enfant d'accéder à l'indépendance grâce à l'émergence d'une enveloppe psychique suffisamment stable et résistante. Or, F. LEBIGOT confirme la remise en cause du sentiment de sécurité par l'effraction traumatique. Dans quelle mesure la blessure psychique retentit sur la sphère psychomotrice ?

⁷³ Cf annexe 2, « figure 1.2. », p. IV

⁷⁴ Cf annexe 2, « figure 1. 3. » et « figure 1.4. », p. IV

D. L'être psychomoteur et l'ESPT

1. La perception du corps

a. La conscience corporelle

Alexandrine SAINT-CAST et Franco BOSCAINI⁷⁵ rendent compte de la conscience corporelle comme « la manière dont le sujet se sent, perçoit, reconnaît, se représente son corps ». Cette conscience varie selon les individus. Elle est sans cesse en mouvement et évolue selon les expériences vécues. En temps normal, elle est constante, globale, totale et immédiate. Lorsqu'elle est efficiente, « le sujet éprouve le sentiment d'être et d'exister comme une personne totale et singulière ». En d'autres termes, la conscience corporelle est le « repère indispensable au sentiment de soi ». D'après ces descriptions, la conscience du corps agit comme un socle stable et fiable sur lequel l'individu peut baser sa vie motrice et psychique.

Les patients atteints d'ESPT présentent des manifestations incontrôlables et imprévisibles tels que des syndromes de répétition et des manifestations d'angoisse. M. C. décrivait à ce propos des difficultés respiratoires couplées à un sentiment d'oppression thoracique. D'autres patients ont pu exprimer l'apparition d'un emballement cardiaque, autrement appelé tachycardie, mais aussi des signes neurovégétatifs, telle qu'une transpiration excessive. Tous sont très présents à leur corps et ses manifestations somatiques. Cependant, la « conscience du corps est réduite aux signaux d'alerte »⁷⁶. De plus, l'exposition à la mort, la leur ou celle de quelqu'un d'autre, confronte le sujet à sa condition d'être mortel. Une rupture s'opère dans la temporalité du patient et dans la confiance qu'il porte en son corps.

b. Le schéma corporel

Le schéma corporel peut être défini comme « la conscience et la connaissance que l'on a de son corps (au repos ou en mouvement) et de soi-même »⁷⁷. Chacun possède une

⁷⁵ SAINT-CAST A., BOSCAINI F., (2012), citations recueillies p. 26

⁷⁶ DEFONTAINE D., écrit pas encore publié à ce jour.

⁷⁷ LACOMBE J., (2012), p. 124

cartographie cérébrale construite sur l'ensemble des sensations et perceptions kinesthésiques, articulaires, musculaires labyrinthiques, tactiles et visuelles. Françoise DOLTO précise que « *le schéma corporel est en principe le même pour tous les individus (à peu près de même âge sous le même climat)* »⁷⁸. Elle y ajoute la caractéristique évolutive dans le temps et dans l'espace par les expériences motrices et relationnelles.

Les personnes atteintes d'un ESPT n'ont pas de difficulté à rendre compte de leur anatomie corporelle. Elles ne sont pas non plus gênées dans la relation à autrui par un défaut de connaissance topologique de leur corps. Toutefois, il n'est pas exclu qu'un ESPT soit associé à une blessure physique. Par exemple, M. C fait preuve d'une exclusion fonctionnelle de son bras droit. A notre rencontre, ce membre était encore intégré à son schéma corporel. Toutefois, il ne me semble pas exclu qu'à terme, la volonté du patient de se couper de l'événement l'amène aussi à se « couper » de son bras et des douleurs associées. Néanmoins, la conséquence d'un traumatisme psychique portera davantage sur la perception affective du corps des patients.

c. *L'image corporelle*

F. DOLTO parle de « l'image inconsciente du corps » dans son ouvrage du même intitulé. A contrario du schéma corporel, elle considère que « *l'image du corps, par contre, est propre à chacun : elle est liée au sujet et à son histoire* »⁷⁹. Éric W. PIREYRE précise que « c'est une forme de mémoire inconsciente du corps en relation »⁸⁰. Elle est largement liée aux émotions et aux affects entretenus avec l'environnement et l'entourage de l'individu. Elle se construit dès la prime enfance dans le regard et la relation à l'autre dès la prime enfance.

Le DSM-V décrit de nombreuses manifestations psychocorporelles chez les personnes traumatisées psychiques. Les symptômes envahissants sont accompagnés d'une détresse psychique et de réactions physiologiques. L'humeur et les cognitions sont altérées. Le sujet éprouve des émotions et affects négatifs, ainsi qu'un désintérêt pour ce qui l'entoure. Il subit aussi des troubles du sommeil, de la concentration et des accès

⁷⁸ DOLTO F., (1984), p.22 : texte d'origine en italique

⁷⁹ DOLTO F., (1984), p.22 : texte d'origine en italique

⁸⁰ PIREYRE E. W., (2011), p. 39

d'hypervigilance. L'être psychomoteur, pris dans ces réactions involontaires et imprévisibles, vit une rupture avec son environnement et avec son corps. Ce dernier n'est alors plus considéré comme un appui stable. L'image du corps est dévalorisée.

La prise de poids de M. C. m'évoque la construction d'une couche protectrice face à son environnement. Elle m'apparaît aussi comme un désintérêt pour son être corporel. Jugeait-il que son corps ne vaille plus la peine d'être apprécié après avoir été blessé ? Au moment de notre rencontre, il porte un regard négatif sur lui-même et souhaite perdre du poids. Il me semble alors qu'il reconsidère son corps en y accordant à nouveau de l'intérêt. Dans la présentation de M. F., je relatais le caractère avantageux qu'il conférait à son hyperactivité. Cependant, en séance, il exprime une peur de ne pas faire correctement. Il recherche notre approbation par le regard ou en nous demandant si « c'est bon comme ça ? ». Par cette attitude je constate un manque de confiance en soi et un vécu de dévalorisation du corps. L'agitation motrice permanente serait-elle un moyen de se soustraire aux sensations envahissantes de l'ESPT ?

2. La régulation tonique

D'un point de vue neurophysiologique, le tonus est défini comme « une contraction musculaire permanente et modérée, entretenue par des influx nerveux »⁸¹. Trois niveaux toniques sont classiquement décrits. Le tonus de fond, aussi appelé tonus passif ou de repos, est la contraction minimale du muscle au repos. Le tonus postural, aussi appelé tonus d'attitude, maintient le corps dans des postures données. Le tonus d'action, ou tonus actif, permet la mise en mouvement volontaire du corps.

Pour Henri WALLON « Les émotions sont une formation d'origine posturale et elles ont pour étoffe le tonus musculaire »⁸². En reprenant ces données, S. ROBERT-OUVRAY définit la tonicité comme « l'ensemble vibratoire corporel qui met le sujet en rapport avec son espace interne et avec l'espace externe. C'est un élément limite entre l'espace corporel et l'espace psychique de l'être humain »⁸³. Les « variations musculaires constituent la

⁸¹ ANDRE P., BENAVIDES T., GIROMINI F., (2004), p. 46

⁸² Cité par ROBERT-OUVRAY S., (2007), p. 42

⁸³ ROBERT-OUVRAY S., (2007), p. 43

première matière de ce qui nourrit la perception du corps »⁸⁴ et donnent à sentir les limites corporelles indispensables à l'individuation de la personne.

Dans la relation, la tonicité de l'autre se perçoit au travers de ce que Julian de AJURIAGUERRA appelle « dialogue tonique »⁸⁵. Au-delà des mots, le corps parle, il transmet des informations au travers des variations toniques. Ensemble, les corps s'ajustent l'un à l'autre afin de répondre aux états émotionnels palpables. A la naissance, le dialogue tonique est le premier moyen de communication. Les échanges toniques permettent aussi à l'enfant de passer d'un état de fusion avec son parent à l'individuation de son être.

Les personnes souffrant d'un ESPT ont vécu un événement ayant fait traumatisme. Pour rappel, leur survenue peut être brusque et inattendue. Rien ne présageait leur apparition. Dans ces conditions, il est impossible de s'en protéger. Par la suite, les victimes développent une attitude de défense face à l'environnement : on l'appelle « l'hypervigilance ». Malgré l'impression qu'elle donne au sujet de pouvoir se défendre instantanément, elle impacte largement sa tonicité. Dans les situations d'inconfort, que ce soit dans un lieu ou une relation donnée, le tonus augmente jusqu'à se cristalliser dans une hypertonie. Envahi par la situation, le sujet n'est plus en capacité de trouver un moyen de régulation et de se rendre disponible à la relation.

Pour illustration, le corps de M. F. était figé dans une hypertonie importante sans possibilité de régulation. Il me semble que cette particularité tonique avait pour lui deux fonctions. Elle lui permettait de sentir son corps, entier. Elle forme une carapace tonique protectrice. En ce sens, elle agit en tant qu'enveloppe solide, résistante et imperméable à l'extérieur. Rien ne sort, rien n'entre non plus. Tout accès aux variations émotionnelles est interrompu, tout comme l'instauration d'un dialogue tonique. L'image d'« armure » employée par M. C renvoyait aussi à l'hypertonie. Cependant, dans la relation thérapeutique, il faisait preuve d'une grande hypotonie. Différemment de M. F., la tonicité de M. C. rend compte d'un défaut de régulation. Entre sentiment de danger à l'extérieur et sentiment de sécurité dans les lieux contenant – hôpital et maison –, son état tonique varie d'un extrême à l'autre.

⁸⁴ SAINT-CAST A., BOSCAINI F., (2012), p. 27

⁸⁵ Cité par JOLY F., LABES G., (2008), p. 193

3. La dimension temporelle

Pour Josianne LACOMBE « la structuration temporelle est l'organisation qui permet à l'être humain d'inscrire ses actes, sa vie, son histoire dans un mouvement continu »⁸⁶. Elle est constituée des caractéristiques d'ordre et de succession, de durée, d'intervalle, de vitesse, de périodicité, d'irréversibilité et de rythme. Dès le début de son existence, lors de la période intra-utérine, le sujet est soumis à cette temporalité, notamment à des rythmes spécifiques. Il prend connaissance des rythmes internes de la mère comme les battements de son cœur. Il est aussi soumis aux rythmes externes comme les temps de mouvements, créant des bercements, et d'immobilité.

La naissance marque une césure dans le vécu du bébé. Cependant, il retrouve rapidement les bercements, dans les bras cette fois-ci. Son environnement recrée des rituels et instaure une rythmicité dans son quotidien. A force de répétitions, l'enfant intègre cette nouvelle temporalité. La répétition rend possible l'anticipation de l'avenir et la naissance de la confiance en son environnement et en son entourage. Le psychisme s'épanouit dans la fiabilité de ses appuis, dans la sécurité que le rythme lui apporte. « La continuité du sentiment d'existence en dépend »⁸⁷.

Albert COEMAN et Marie RAULIER H DE FRAHAN estiment essentiel le développement de la « sécurité de base »⁸⁸ du bébé. Elle se construit grâce à la sécurité environnementale et dans l'interaction avec le parent. Il s'agit d'une conscience de soi stable sur laquelle il pourra prendre appui toute sa vie durant.

Le traumatisme psychique bouleverse la perception du temps du sujet. Le premier impact temporel de traumatisme intervient au moment même de sa survenue. La plupart des patients décrivent un arrêt sur image. Ils sont à ce moment dans un état de sidération face à la scène se déroulant devant eux. Pierre JANET parle de la dissociation traumatique pour évoquer cet épisode de déconnexion de la réalité. Il consiste en séparer « du psychisme les phénomènes qui échappent à la conscience »⁸⁹. Ce qui ne peut être représenté par le psychisme est évincé de la conscience. Les flashbacks reprennent cette

⁸⁶ LACOMBE J., (2012), p. 109

⁸⁷ DENIS P. (dir.), (2010),

⁸⁸ COEMAN A., RAULIER H DE FRAHAN M., (2004), p.35

⁸⁹ TARQUINIO C., MONTEL S., (2014), p. 82

notion dans le DSM-V. La deuxième perturbation de la perception du temps survient après coup avec l'apparition du syndrome de répétition. Louis CROCQ précise que « chez les traumatisés, l'écoulement harmonieux du temps s'est arrêté, pour faire place à un moment figé sur la terreur ou l'horreur »⁹⁰. Par les cauchemars et les flashbacks, les sujets souffrant d'un ESPT ont le sentiment d'être bloqués dans l'événement. Le passé et le futur ne peuvent plus être pensés. Le psychisme du sujet est bloqué dans la situation ayant fait traumatisme. En résulte une effraction dans la sphère temporelle de l'individu. Tout à coup, la continuité indispensable au sentiment de sécurité est rompue.

M. C. rend compte d'un temps suspendu dans sa vie lors de l'événement traumatique. Une perception de temps ralenti caractérise le temps qui s'est écoulé entre le début et la fin de cet événement. Chacun d'eux est pris dans une temporalité circulaire, c'est-à-dire qui n'évolue pas, à cause du syndrome de répétitions. Les cauchemars et les flashbacks les replongent sans cesse au même moment du passé sans aucune modification de la scène. M. F. a aussi constaté une rupture avec la période antérieure à l'événement à travers sa vie sociale et affective. Alors très avenant auparavant, il vit aujourd'hui dans un grand isolement.

4. La dimension spatiale

La représentation de l'espace s'élabore au fil du développement neuromoteur, affectif et relationnel. Elle « est une fonction psychomotrice de base puisque l'espace est le cadre de toute action, pensée, rencontre, apprentissage. »⁹¹. Les expériences corporelles et relationnelles sont déterminantes dans la structuration et l'investissement de l'espace. Jean PIAGET définit l'espace comme « l'ensemble des relations dont nous nous servons pour structurer ces corps, donc pour les percevoir et les concevoir »⁹². La conscience du corps dans l'espace débute par la construction de l'axe corporel. Il est « composé du tronc, du cou et de la tête »⁹³. L'équilibre tonique s'organise autour de cet axe. La dualité physiologique (hypotonie axiale, hypertonie périphérique) tend à s'équilibrer avec la maturation neurologique. Il sert aussi de référent spatial sur lequel l'enfant se base pour s'orienter dans l'espace. La capacité d'orientation permet l'exploration de l'environnement

⁹⁰ CROCQ L., (1999), p. 273

⁹¹ SAINT-CAST A., BOSCAINI F., (2012), p. 31

⁹² LACOMBE J., (2012), p. 89

⁹³ BULLINGER A., (2004), p.136

inconnu et soutient la relation. Grâce à elle, nous faisons comprendre à l'autre notre besoin et/ou désir d'interagir. De cette manière, l'enfant initie la communication qui peut aboutir à la mise en contact physique et donner lieu à l'instauration d'un dialogue tonique. Il perçoit sa peau et les différences de tonus entre lui et l'autre. Il prend conscience de ses limites corporelles l'amenant à la prise de conscience d'un soi unifié et différencié. Tout comme le rythme, la construction de l'axe est rendue possible par la présence et le soutien parental. Il participe aussi à la naissance de la « sécurité de base ».

Suite à un traumatisme psychique, la structuration et l'orientation spatiale restent efficientes. Les répercussions se situent au niveau des espaces vécus et représentés. Le caractère dangereux de l'événement ayant fait traumatisme n'avait pu être prévu. Nous comprendrons alors l'appréhension de toutes situations pouvant donner lieu à des situations imprévisibles. En effet, chaque lieu, chaque situation et chaque personne sont considérés comme potentiellement dangereux. Les sujets souffrant d'un ESPT réduisent leur exploration spatiale au strict minimum.

M. F. ne se sent à l'aise que chez lui. Ses contacts avec l'extérieur sont alors extrêmement restreints. Il en va de même pour M. C. qui ne participe plus à aucune de ses activités antérieures. Un autre patient en Etat de Stress Aigu fut hospitalisé en même temps que d'autres de ses camarades pour un même événement. Ne souhaitant pas les voir au risque de se replonger dans ses souvenirs, il est resté plusieurs jours cloisonné dans sa chambre. A ce propos, le DSM-V parle du comportement d'évitement. Or, « c'est l'exploration qui permet la découverte et donc la représentation de l'espace »⁹⁴. Le schéma de pensée erronée concernant l'environnement n'a pas la possibilité d'être modifié dans ces circonstances. Le sujet reste alors enfermé dans ce que FOA et KOZAK appellent la « structure de peur »⁹⁵. Le choc psychique, par sa violence et son intensité, perfore de plein fouet non pas le corps mais le psychisme de la personne. Sa « sécurité de base » est atteinte et endommagée. Ce socle censé résister aux attaques, ne remplit plus sa fonction d'appui pour faire face au monde.

⁹⁴ SAINT-CAST A., BOSCAINI F., (2012), p. 31

⁹⁵ Cf. *Supra*, p. 51

E. En conclusion

L'enveloppe psychique se construit en parallèle de la motricité du bébé. Cette co-construction prend appui sur son entourage psycho-affectif. Le parent se charge d'appréhender les pensées de son enfant pour lui renvoyer un contenu psychique représentable et compréhensible. Entre aussi en jeu le soutien par le portage, tant physique que psychique dans la formation de l'axe psychomoteur de l'enfant. La prise de conscience de cet axe participe au développement d'un vécu de sécurité interne. Dans un premier temps, c'est dans la relation que le sujet intègre ses limites et construit son enveloppe psychocorporelle. Par la suite, l'être psychomoteur acquiert une certaine indépendance. Alors, le psychisme joue seul les fonctions de maintenance, de contenance et de pare-excitation. C'est ainsi que le sujet se construit et qu'il développe une confiance en lui-même, en les autres et en son environnement.

Or, une blessure psychique remet en cause le sentiment de sécurité et de confiance auparavant établi. La perte d'appuis stables dévalorise la conscience et l'image que le sujet a de lui-même. La régulation tonique perd de son efficacité par le développement d'une hypertonie ayant vocation à former une protection pour suppléer le pare-excitant défaillant. Le sujet est enfermé dans une boucle temporelle, se répétant à l'infini par la survenue régulière des images traumatiques. Enfin, la perception imminente du danger réduit considérablement l'investissement spatial des individus.

Dans quelle mesure les répercussions psychomotrices de l'ESPT impactent-elles la sphère relationnelle ?

PARTIE 3 : DISTANCE ET RELATION EN PSYCHOMOTRICITE

A. Espace, distance et relation

1. La culture dans la gestion spatiale des relations

a. Ce qu'en pense Edward T. HALL

Edward T. HALL a développé le concept de « proxémie » en reprenant les travaux de Franz BOAS sur la communication comme fondement de la culture. Ce néologisme désigne « l'ensemble des observations et théories concernant l'usage que l'homme fait des espaces en tant que produit culturel spécifique »⁹⁶. Au sein d'une culture donnée, les individus sont en capacité de percevoir les modifications d'attitudes de leurs interlocuteurs. Cette aptitude permet de s'ajuster à l'autre afin d'éviter le passage de la contrariété à l'agressivité. C'est ce que E. T. HALL appelle « éléments prémonitoires » de la communication. Or, chaque culture habite un monde sensoriel singulier. D'après lui, « chez les hommes, bien des rapports différents entre cultures et pays différents peuvent être imputés à l'incapacité d'interpréter correctement les éléments prémonitoires »⁹⁷. Il révèle ainsi l'importance de prendre en compte le monde perceptif et sensoriel de l'interlocuteur. La proximité occasionne de nombreux afflux sensoriels de types tactiles, olfactifs, auditifs et visuels. Lorsqu'elle est subie, elle entraîne chez les animaux comme chez les humains une augmentation de la tension interne. De ce fait, « un stress psychologique et affectif s'établit, un état d'irritabilité s'installe »⁹⁸.

b. Armée et adaptation de la distance relationnelle de M. F.

L'armée, milieu professionnel de M. F., se réfère à des normes bien définies et appelle à la perfection. Pour devenir militaire, il faut répondre à des critères physiques et mentaux de force, de puissance, de dépassement de soi mais aussi de maîtrise de soi et de ses émotions. Lors de son intégration dans l'Armée, le sujet appartient à « un corps », une

⁹⁶ HALL E. T., (1971), p. 13

⁹⁷ HALL E. T., (1971), p. 8

⁹⁸ HALL E. T., (1971), p. 19

unité. Le port de l'uniforme masque les différences entre chacun. Il unit et contient le groupe. Pour le bien et la sécurité du groupe, la « faiblesse » n'est pas admise. Tout vécu psychique ou corporel douloureux est donc contenu par le port de cette tenue en référence à l'appartenance au groupe. L'uniforme est aussi un moyen de reconnaissance entre pairs. La formation d'un « corps » militaire implique une certaine promiscuité entre ses membres : partage d'expériences émotionnellement intenses et soutien entre pairs. La culture militaire demande de s'effacer au profit de la communauté. La distance peut être instaurée entre les professionnels, principalement en marque de respect.

Cependant, l'acceptation de la proximité physique et psychique dans le groupe « armée » ne s'étend pas aux membres de la société civile, à l'exclusion de l'entourage proche. Ils sont perçus comme des dangers potentiels et exclus de leur système de valeurs. Dans cette situation, la distance s'impose davantage en termes de protection ou de défense.

Pour M. F., à la culture militaire, s'ajoute la culture occidentale. Dans cette dernière, la proximité physique appartient à la sphère intime et le toucher à la sphère privée. Quelles sont ces sphères qu'E. T. HALL désigne sous le terme de distances interpersonnelles ?

2. Les distances interpersonnelles selon Edward T. HALL

E. T. HALL décrit quatre grands groupes de distances interpersonnelles propres aux humains : la distance intime, la distance personnelle, la distance sociale et la distance publique. Chacune d'elle est divisée en deux sous-groupes qui sont le mode proche et le mode éloigné.

a. Les quatre distances relationnelles⁹⁹

La *distance intime* (jusqu'à quarante centimètres) est caractéristique de la relation privilégiée entre deux partenaires. Le système perceptif est troublé par la promiscuité, voire le contact des corps. La vision précise du partenaire est centrée en un point et la voix peut être abaissée jusqu'au murmure. Les odeurs et températures corporelles sont mieux perçues. Si cette proximité est forcée, « la présence de l'autre s'impose et peut même

⁹⁹ HALL E. T., (1966), citations recueillies pp. 143-160,

devenir envahissante ». Elle peut déclencher de l'agressivité, alors la distance intime se transforme en distance d'affrontement. Les limites sensorielles tolérées sont franchies. Le rapprochement est considéré comme une intrusion de notre sphère intime, ce qu'E. T. HALL appelle notre « bulle ».

La *distance personnelle* (entre quarante-cinq et cent-vingt-cinq centimètres) est adoptée par des personnes affectivement proches. Les détails du visage sont encore très bien perçus et les mains entrent dans le champ de vision. Cette distance est propice aux discussions de sujets personnels à une hauteur de voix modérée. Au plus proche de cette distance, les mains peuvent se toucher. Plus éloignée, elle permet de maintenir une personne à longueur de bras. La distance personnelle a la caractéristique d'être la « limite de l'emprise physique sur autrui. Au-delà, il est difficile de "poser la main" sur quelqu'un ».

La *distance sociale* (de un mètre vingt à trois mètres soixante) relève des relations formelles et professionnelles. Dans cette situation, les détails ne sont plus perçus comme avant. Elle est assimilée à un certain détachement. Cette distance inspire la sécurité dans la mesure où le contact n'a pas lieu d'être, à moins d'effectuer un effort et ainsi, de changer d'espace. L'intrusion dans l'espace personnel n'a pas lieu d'être. A cette distance, l'ensemble du corps de l'interlocuteur est perçu, ainsi qu'une partie de l'espace qui l'entoure.

La *distance publique* (plus de trois mètres soixante) s'instaure dans les situations où un orateur s'adresse à un groupe. Il devient essentiel de lever la voix pour être entendu. Les détails de la peau et du visage ne sont plus perceptibles. L'orateur doit articuler davantage, voire associer des gestes amples à son discours afin que son contenu soit compris par l'assemblée. La communication non verbale est exagérée. Enfin, à cette distance, l'individu peut préparer sa fuite ou sa défense.

b. L'espace personnel : la kinesphère de Rudolf LABAN

E. T. HALL a construit de grandes catégories de distances interpersonnelles. Néanmoins, il précise à quel point la composante culturelle, développée précédemment, modifie la perception des distances. Elle est aussi régie par les perceptions sensorielles

spécifiques à chacun. En effet, chaque individu possède un espace personnel dans lequel il se sent bien.

Rudolf LABAN crée le concept de « kinesphère » pour aborder la question d'espace personnel. Elle est « formée par tous les mouvements potentiels [...], sans transferts du corps »¹⁰⁰. La kinesphère correspond à l'intégralité de l'espace construit par les mouvements du sujet. Chaque point est atteignable avec son corps, dans les six directions suivantes : haut, bas, droite, gauche, devant, derrière. D'après Peggy HACKNEY, « nous expérimentons la globalité du corps mouvant vers le centre ou à partir de lui. C'est une façon de percevoir où nous sommes – ce qui est moi et ce qui ne l'est pas. Nous apprenons également à suivre notre propre rythme dans l'aller-retour entre soi et le monde »¹⁰¹. Par cette définition, nous comprenons que la kinesphère tient lieu d'enveloppe. Elle délimite l'espace du corps du sujet de celui du monde qui l'entoure. Elle agit aussi en tant qu'interface entre ces deux espaces.

E. T. HALL aborde en d'autres termes cette notion. Il dit que « chaque animal est entouré d'une série de « bulles » ou de « ballons », aux formes irrégulières, qui servent à maintenir un espacement spécifique entre individus »¹⁰². La distance personnelle qu'il décrit prend place dans cet espace, comme nous l'indique son intitulé. La distance sociale, qui marque l'entrée dans le monde de l'autre, l'extérieur, se tient à la frontière de la kinesphère d'un individu. Babette ROTHCHILD définit l'espace personnel comme « le point ou la distance entre vous et quelqu'un d'autre passe de confortable à inconfortable »¹⁰³. Au cours de son développement, le sujet intègre cet espace personnel. Un passage à l'intérieur de sa kinesphère n'est pas sensé le désorganiser car elle est suffisamment solide pour résister aux intrusions temporaires. Cependant, en cas d'effraction traumatique, nous avons vu que l'enveloppe psychocorporelle est perforée. Ses limites deviennent alors floues pour l'individu. Comme M. F., ils peuvent ressentir le besoin de matérialiser physiquement ce contenant par une mise à distance de l'autre. A contrario, les frontières de l'espace personnel de M. C. semblent réduites au minimum.

¹⁰⁰ PERRIN J., (2006), p. 5

¹⁰¹ HACKNEY P., (2002), p. 68, traduit par Benoît LESAGE

¹⁰² HALL E. T., (1966), p. 25

¹⁰³ ROTHCHILD B., (2008), p. 148

c. MM. F. et C., et la mise à distance

Depuis le déclenchement de son ESPT, M. F. ne tolère plus la présence physique d'autrui à une distance inférieure à la longueur de ses bras. Sa distance de sécurité se situe entre ce qu'E. T. HALL nomme distance personnelle et distance sociale. Pour lui, une distance inférieure retarderait la préparation de sa défense en cas d'attaque. Cette barrière franchie, des réactions de défense et d'agressivité apparaissent. Une intrusion dans cette zone provoque dans un premier temps un recul brusque et une mise en tension musculaire du patient. Cette attitude fait référence au défaut de pare-excitant de l'enveloppe psychocorporelle de M. F. évoqué précédemment. Dans un deuxième temps, il est capable d'expliquer sa réaction et d'évoquer son malaise. Si son interlocuteur tient compte de ses remarques et respecte ses limites, la situation s'apaisera. Pour autant, il ne pourra toujours pas entrer dans son espace.

Chacune des sphères sociales provoque une sensation de malaise chez le patient. La sensation de danger imminent s'applique notamment à ses proches, sa femme et son fils. La distance intime décrite par E. T. HALL est perçue comme distance d'affrontement par le patient. Il ne sort plus de chez lui et se sent également agressé par le milieu protégé qu'est l'hôpital. Le personnel soignant, portant attention aux signes de malaise des patients, peut intervenir rapidement afin d'abaisser la tension. Dans cette situation, le professionnel adopte un comportement contenant et ajuste sa distance. Il répond aux besoins du patient par une attitude d'accordage.

M. C. entretient un rapport à l'espace très différent dans la relation. Le fait de rester chez lui en permanence rend certainement compte d'une mise à distance des autres. Il se crée une très grande « bulle » à la manière de E. T. HALL. Toutefois, lors de notre rencontre, il se positionne de lui-même très proche de moi. En fin d'entretien, il me fait part de son souhait de reprendre les mobilisations passives au sol. Dès lors qu'il est en mesure de réguler la distance qui nous sépare, il instaure ce qu'E. T. HALL appelle une « distance personnelle ». Il me donne même l'impression d'avoir besoin d'un plus grand rapprochement, comme il pourrait l'attendre d'une mère.

B. La distance dans le soin : de la distance thérapeutique à la distance en thérapie psychomotrice

La notion de distance interpersonnelle développée par E. T. HALL réunit l'ensemble des situations relationnelles. Les psychomotriciens sont particulièrement attentifs aux variations de distances avec leurs patients. Mais de quelle distance parle-t-on ? Est-elle uniquement mesurable en nombre de centimètres ? Comment faire lorsque les variations de distances créent des désordres psychomoteurs ?

1. La distance thérapeutique selon Salomon NASIELSKI

Selon Salomon NASIELSKI, l'instauration de la distance thérapeutique implique de « s'abstenir de tout commentaire dans les matières et les choix qui appartiennent au patient »¹⁰⁴. L'instauration d'une telle distance maintient le cadre de la relation de soin. Un rapprochement personnel et sentimental des deux parties peut causer la sortie du cadre professionnel. Or, le thérapeute doit garder une neutralité bienveillante dans la relation. De cette manière, il s'ajuste davantage aux besoins réels du patient. Pour ce faire, le thérapeute est aussi tenu à la discrétion au sujet de sa vie personnelle.

S. NASIELSKI définit la proximité et la distance sous l'angle de la relation thérapeutique. Pour lui, la proximité est « un élément du lien interpersonnel par lequel on manifeste qu'on recherche un contact accentué. Celui-ci se construit par divers procédés, que l'on met en œuvre isolément ou en combinaison ; ce sont en somme des indications d'une certaine adhésion, d'une certaine solidarité avec l'autre »¹⁰⁵. Il est question d'une proximité émotionnelle par une présence empathique du thérapeute. Le patient se sent écouté et compris dans ses difficultés et son mal-être.

A l'inverse, S. NASIELSKI définit la distance comme « l'absence, ou au moins la faiblesse des témoignages de proximité décrits ci-dessus, pouvant aller jusqu'à leur opposé : désintérêt, déconnexion du problème, absence de positionnement moral, froideur

¹⁰⁴ NASIELSKI, S. (2012), p. 17

¹⁰⁵ NASIELSKI, S. (2012), p. 19

ou indifférence à l'égard des émotions de l'autre »¹⁰⁶. La distance est assimilée à une attitude négative de désinvestissement de la relation de la part du thérapeute.

Dans la notion de distance thérapeutique décrite par S. NASIELSKI, il est uniquement question de l'engagement psychique et émotionnel du professionnel. Qu'en est-il du corps ? Dans quelle mesure est-il possible d'adopter une attitude de proximité tout en maintenant les corps à distance ?

2. Distance et relation en thérapie psychomotrice avec des sujets atteints d'ESPT

a. L'instauration d'une relation thérapeutique

L'émergence d'une relation thérapeutique se construit sur une confiance mutuelle entre les protagonistes. Il est donc nécessaire que le thérapeute adopte la posture de proximité définie par S. NASIELSKI. Véronique DEFIOLLES-PELTIER souligne aussi l'importance d'adopter une attitude empathique dans la relation, tant dans les paroles prononcées que dans l'attitude corporelle.

Avec des patient souffrant d'un ESPT, B. ROTHCHILD préconise de porter une attention accrue sur l'impact du traumatisme sur les relations interpersonnelles. Il lui semble essentiel de guetter les signes de stimulation du système nerveux végétatif, les variations toniques et les mouvements intentionnels dans la relation. L'autre pouvant être considéré comme un danger potentiel, les contacts humains sont réduits au maximum. L'ESPT est à l'origine du syndrome d'évitement, coupant le sujet de sa vie sociale antérieure, créant une hypervigilance trop intense. En effet, M. F. m'a placée en position d'agresseur. Le temps que la relation prenne sens pour lui, je me tenais dans une « hypervigilance » vis-à-vis des signes d'hostilité, afin de m'ajuster au plus vite à la situation et d'apaiser la tension.

B. ROTHCHILD aborde aussi la notion de confiance dans la relation et note l'importance de donner du temps « pour que chacun puisse s'habituer à l'autre »¹⁰⁷. La

¹⁰⁶ NASIELSKI, S. (2012), p. 20

construction d'une relation de confiance et d'un cadre résistant est primordiale. Ils assurent une sécurité extérieure au patient, atteint dans sa « sécurité de base » par l'événement ayant fait traumatisme. A force de répétition, la stabilité et la contenance de cet environnement prendront forme dans le corps et le psychisme du patient qui pourra intégrer ces données à son être.

D'après Allan SCHORE, « les expériences vécues dans le cadre de la relation thérapeutique sont principalement encodées comme souvenirs implicites opérant souvent un changement à l'intérieur des connexions synaptiques de ce système de mémoire en ce qui concerne le lien d'attachement »¹⁰⁸. Une relation thérapeutique peut être à l'origine d'un lien d'attachement positif. Dans certains cas, il peut faire émerger le désir de retrouver ce type de lien en d'autres circonstances. Cela aura pour effet d'apaiser la peur liée à la présence d'autrui et l'évitement qui en découle. Comment le psychomotricien peut-il faire pour qu'émerge une telle relation de confiance ?

b. La gestion de la distance en thérapie psychomotrice

V. DEFIOLLES-PELTIER en revient au corps dans l'établissement de la relation thérapeutique. Selon elle, « être à l'écoute du corps de l'autre dans son propre corps, c'est à travers son propre tonus ressentir celui de l'autre »¹⁰⁹. Elle reprend l'expression de Julian de AJURIAGUERRA qui nomme cette attitude l'« empathie tonique ». Le tonus est un fabuleux vecteur d'émotions et de communication. L'établissement d'une relation avec les patients en difficulté pour mettre en mots leurs ressentis passe par le corps. Un des chemins privilégiés du psychomotricien pour communiquer avec le patient est ce que V. DEFIOLLES-PELTIER appelle le « contact tonico-émotionnel ». Pour elle, la mise en contact peut être associée au toucher mais aussi à la vision. Par l'intermédiaire du regard, le psychomotricien prend connaissance des variations émotionnelles et toniques du patient dans ce qu'elles ont de perceptible. Les regards croisés créent un lien entre les interlocuteurs, patient et thérapeute. Ces deux sens, le toucher et la vision, peuvent aussi éveiller des angoisses ou de l'agressivité. De telles réactions peuvent être le signe que les limites relationnelles acceptables par le sujet ont été franchies. Le toucher ou le regard

¹⁰⁷ ROTHSCHILD B., (2008) p. 95

¹⁰⁸ Cité par ROTHSCHILD B., (2008) p. 90

¹⁰⁹ DEFIOLLES-PELTIER V., (2010), p. 180

émis a été perçu comme intrusif. Pour les patients ayant un ESPT, la sensation d'intrusion sensorielle fait référence à l'effraction traumatique. Le sujet agit dans une optique de défense de son intégrité psychocorporelle. De ce fait, le professionnel doit être clair dans ses propositions et rester très attentif aux modifications comportementales du patient pour s'ajuster au mieux.

A mon arrivée dans les séances de M. F., j'étais nouvelle et de surcroît, stagiaire. Ce lieu d'intime où l'on expose son corps et ses émotions venait d'être intrusé par une inconnue. Je percevais une méfiance dans son regard qui créait une distance entre nous. Ma présence en qualité d'observatrice semblait le déranger. A de nombreuses reprises, il posait son regard sur moi, sans chercher à établir un échange. Je me suis alors interrogée sur le regard, son intention et ce qu'il transmet. Pressentant que mes observations étaient perçues comme « voyeuristes », j'ai commencé à mettre mon corps en jeu. Tout en restant assise, je testais les propositions de la psychomotricienne. A partir de ce moment, il m'a semblé qu'il me faisait davantage confiance. Une communication a pu s'instaurer, tant visuelle que vocale et corporelle – bien qu'à distance – dans le partage de ressentis. Plus haut je disais m'être placée dans un premier temps en position d'hypervigilance pour guetter les signes d'hostilité à mon égard. La relation a aussi pris un tournant lorsque, sûre de ma posture bienveillante de stagiaire, j'ai pu diminuer ma propre tension.

Dès les prémisses de sa vie, l'être humain a besoin de la relation pour se développer et prendre racine dans le monde. L'ESPT, en fragilisant l'enveloppe psychique, rompt le lien de confiance au monde. Que peut apporter la psychomotricité aux patients en souffrance ? Comment le corps peut-il redevenir corps en relation ?

C. Créer un lien, avec l'autre avec soi : le corps en relation

Dès sa naissance, l'être humain est doté de qualités relationnelles et sait faire venir l'autre à lui. Toutefois, il est essentiel qu'il puisse aussi se sentir contenu lorsqu'il est seul. Cette capacité se développe dans l'adoption de postures d'enroulement. L'être entier du bébé se retrouve en ce centre et constitue ce que S. ROBERT-OUVRAY appelle « le noyau narcissique fondamental de soi »¹¹⁰. Il intègre son axe corporel et son axe psychique. Ce

¹¹⁰ ROBERT-OUVRAY S., (2007), p. 52

retour vers soi assure l'élaboration de sa « sécurité de base » lui conférant une confiance en soi, dans l'environnement et aux autres dans la relation.

1. L'importance de l'intégration d'un contenant psychocorporel pour les patients atteints d'ESPT

Nous avons pu voir précédemment l'impact du traumatisme psychique sur la sphère psychocorporelle. Elle est meurtrie et n'est plus apte à effectuer sa tâche d'appui stable de manière opérante. Des symptômes émergent afin de pallier cette déficience.

Le corps du patient est soumis à une importante élévation tonique. Dans cette situation, le sujet se sent prêt à intervenir dans les situations potentiellement dangereuses. On parle du symptôme d'hypervigilance. L'être psychomoteur présentant un ESPT a subi une atteinte de son intégrité psychocorporelle. Elle n'a pas résisté à une attaque extérieure. L'être perd confiance en ses capacités de protection. L'hypertonie manifeste une manière de sentir son corps complet, uni et solide. Pour le patient, cette attitude compense la perte de confiance en son corps perçu comme incapable de le protéger en cas de menace extérieure. La présence d'hypertonie caractérise la formation d'une enveloppe de substitution contenant l'ensemble de l'être psychomoteur. Le sujet sent son corps et il sent son psychisme maintenu.

Pour illustration, M. F. était dans un état d'hypertonie constant. Toutefois, cette tonicité pouvait encore augmenter lorsque d'autres personnes entrent en contact avec lui. Ici, ce phénomène tonique est caractéristique de l'adoption d'une attitude défensive. Il révèle une peur de l'environnement extérieur à cause d'une enveloppe psychique défaillante au niveau du pare-excitant de D. ANZIEU.

Au début de l'accompagnement en psychomotricité, le thérapeute donne à sentir au patient un sentiment de sécurité par son attitude et son cadre contenant. Par la suite, l'enjeu est de « tenter de restituer au patient sa propre capacité à redevenir sa propre enveloppe »¹¹¹.

¹¹¹ DEFIOLLES-PELTIER V., (2010), p. 267

2. Le toucher contenant dans la relation psychomotrice¹¹²

La rupture du lien, occasionnée par l'effraction, nous amène à vouloir rétablir la perception de continuité corporelle et psychique des patients. Les contacts provoqués par le toucher «mettent tout le corps en jeu, excepté les zones sexuelles ». Par le toucher, le psychomotricien renforce la perception qu'a le patient de son corps et de sa peau comme enveloppe solide et contenant. Selon Pierre ANDRE, Thierry BENAVIDES et Françoise GIROMINI, dans *Corps et psychiatrie*, le toucher a de réels bienfaits sur la sphère psychomotrice du patient. Lesquels sont-ils ?

Tout d'abord, le toucher participe à la « revalorisation du corps » du sujet. L'ESPT, comme l'ensemble des pathologies psychiatriques, s'exprime par et dans le corps. Ce dernier peut être désinvesti, perçu comme douloureux ou encombrant. Le patient est touché dans son identité, dans ce qu'il est et ce qu'il présente au monde. Le toucher c'est prendre soin, c'est prendre l'autre en considération. Le patient, se sent alors compris et accepté dans ce qu'il est à ce moment de son existence. Par le biais de cette impulsion, il réinvestira progressivement son corps et le considérera comme digne d'attention.

Ensuite, le toucher permet un « travail de contenant ». Il est à l'origine de diverses sensations cutanées, kinesthésiques et coenesthésiques. Cet afflux de sensations donne à sentir au patient l'impression de ses limites corporelles dans un tout unifié. Il perçoit par ce biais la solidité de son corps. Une attitude contenant du psychomotricien accompagnant le toucher participera à favoriser l'émergence d'une relation de confiance.

Enfin, la relation s'instaure aussi par le « dialogue tonico-émotionnel ». Au travers de son tonus, le patient s'exprime en transmettant des données toniques au thérapeute qui les perçoit. Ce dernier module son tonus pour apporter une réponse adéquate à ce qui lui a été transmis.

Pour les patients, le toucher a pour vocation « de développer leur perception, leur représentation et d'accroître leur capacité d'expression ».

¹¹² ANDRE P., BENAVIDES T., GIROMINI F., (2004), citations recueillies p. 185-186

3. Le toucher et l'ESPT, qu'en est-il ?

a. Quand toucher un patient n'est pas envisageable

Les êtres humains ont un « besoin universel de toucher et de contact »¹¹³. Il permet la mise en lien des personnes entre elles. Ainsi, il intervient à de nombreuses reprises dans la pratique psychomotrice notamment dans les cas où l'enveloppe n'assure pas ses fonctions de contenance et de pare-excitation.

B. ROTHSCILD considère qu'un travail corporel n'implique pas nécessairement de toucher. D'après elle, un événement traumatique entraîne la formation d'une frontière de protection chez les sujets touchés. L'établissement d'une relation thérapeutique passe nécessairement par le respect des défenses mises en place par le patient, c'est-à-dire de l'instauration de la frontière physique. Il est important que le patient puisse rechercher lui-même le contact avec ses proches. Pour ce faire, il doit d'abord avoir conscience de ses propres limites.

De plus, le toucher thérapeutique a pour but de provoquer un relâchement. Dans les cas d'ESPT, relâcher la tension consiste à se détacher de l'enveloppe tonique de substitution. La protection n'est plus assurée, le patient se sent alors davantage exposé aux stimuli extérieurs. Les angoisses présentes dans l'ESPT comme le syndrome de répétition et l'évitement peuvent être majorées.

b. La distance et le toucher en psychomotricité avec M. F.

M. F. illustre parfaitement les énoncés de B. ROTHSCILD. La proximité physique provoque en lui un vécu envahissant d'agression. Le contraindre à des propositions basées sur le toucher serait néfaste pour le processus thérapeutique. De plus, l'affaiblissement du pare-excitant de M. F. l'a conduit à la constitution d'une carapace tonique. Provoquer le relâchement et l'immobilité par le toucher contenant reviendrait à perdre cette carapace de substitution.

¹¹³ ANDRE P., BENAVIDES T., GIROMINI F., (2004), p. 144

Lors de la séance d'évaluation, la psychomotricienne lui a proposé un temps de mobilisations passives. Au-delà des informations sur la capacité de régulation tonico-émotionnelle, elles permettent de noter les réactions propres à la mise en contact avec le corps de l'autre. Dans le cas de M. F., elle provoque un mouvement de recul immédiat. La psychomotricienne lui a alors immédiatement laissé un espace d'expression, et a fait preuve d'une écoute contenante. Cette présence et le partage de la situation tant physique que psychique a participé à la création d'un espace de confiance. Par la suite, M. F. a accepté le maintien du contact car il s'était senti compris et écouté. Grâce aux mobilisations, il a pris conscience de son état tonique qu'il pensait plus élevé. Toutefois, le toucher ne sera pas repris dans les séances et un travail sur la relation dans l'espace par le biais du dialogue tonique sera entrepris. L'utilisation des bâtons comme lien a permis d'entretenir un lien physique sans que l'espace personnel – ou kinesphère – du patient soit effractée.

c. L'exception qui confirme la règle

Le toucher, censé apporter contenance et réappropriation du corps et des sensations est-il toujours à bannir avec les patients souffrants d'un ESPT ? Les symptômes apparaissent à la suite d'une attaque extérieure soudaine et imprévisible. Le sujet est placé en position de soumission face au déroulé de la scène. Le toucher, tel que nous l'exerçons en évaluation, met le patient dans une posture similaire. Une personne, peu connue par le patient, guide ses mouvements et instaure un rythme, tout en lui demandant de participer le moins possible. Nous pourrions nous attendre à ce que cela soit insupportable.

Les besoins exprimés par M. C. invalident cette hypothèse. Dans le cadre du soin, ce patient adhère totalement à cette médiation. Elle fut pour lui l'expérience la plus marquante du premier rendez-vous. Il nous a lui-même précisé qu'il souhaiterait reprendre cette pratique pendant le suivi. A l'inverse de M. F., le toucher n'est pas une composante intrusive pour lui dans le cadre du soin. Il me semble que ce contact vient suppléer ses moyens de protection. De cette manière, au lieu d'augmenter sa tension, le toucher l'apaise.

D. Du lien à soi au lien à l'autre

1. La rupture des liens dans l'ESPT

D'une part, dans les ESPT, le corps subit une mise à distance et des pertes de contact répétées avec la réalité. La survenue de l'événement traumatique peut causer une dissociation traumatique. Elle consiste en une déconnexion entre le corps et la psyché. Le sujet a l'impression de vivre la scène de l'extérieur. A ce phénomène s'ajoute le syndrome de répétition caractérisé par les cauchemars et les flashbacks. Les sensations corporelles perçues dans ces moments sont associées à l'événement traumatique passé. Ces symptômes sont accompagnés d'angoisses plus ou moins massives. Elles s'expriment par des manifestations corporelles : difficultés respiratoires, douleurs, palpitations, tremblements, transpiration, etc. L'ensemble de ces manifestations de l'ESPT entraînent un désinvestissement corporel et une rupture avec le temps présent.

D'autre part, l'ESPT est à l'origine d'une rupture des liens avec l'extérieur. Le sujet est dépossédé des sensations de contenance et de « sécurité de base », acquises au cours de son développement psychomoteur. L'environnement est à l'origine d'une multitude de stimuli provoquant des reviviscences. Les individus agissent sur un mode défensif pour se prémunir contre une potentielle nouvelle attaque. L'environnement et tout ce qui le compose, y compris les femmes, les hommes, et les enfants, sont considérés comme des dangers potentiels contre lesquels il faut se protéger. La relation au monde et aux autres s'en retrouve fortement impactée. Le sujet atteint d'un ESPT fait preuve d'un important repli sur lui-même.

2. Les ruptures induites par l'ESPT chez MM. F. et C.

M. F. souhaite faire, agir et utiliser son corps de manière utile. Pour lui, porter attention à ses sensations n'a aucune utilité, il n'en comprend pas le sens. Il témoigne tout de même d'un inconfort lors de la survenue des symptômes envahissants de l'ESPT. Il dit ne se sentir en sécurité que dans son « cocon », sous-entendu, dans sa maison. L'extérieur lui fait peur et sa vie sociale s'étiole. Lors de la troisième séance, M. F. nous fait part de son isolement relationnel faisant suite aux événements traumatiques. Il dessine un portrait de lui, d'homme très sociable dans la période de sa vie antérieure au traumatisme. Ce repli

ne provoque pas encore de gêne quand il l'évoque. Il émet toutefois des inquiétudes quant à la persistance de cette attitude. Ce qu'il craint le plus semble être l'ennui, le fait de ne plus savoir comment s'occuper.

Quant à M. C., il ne participe plus à ses activités et réduit considérablement ses sorties. Des crises d'angoisses à répétition sont en cause. D'autres affections somatiques coupent le patient de son environnement et de ses sensations, telles que les crises d'épilepsie et les migraines ophtalmiques. La survenue de ces manifestations envahissantes fait suite à l'événement traumatique. Sans que cela ne soit avéré, je m'interroge sur les liens de cause à effet de ces données.

3. Faire du corps un allié

a. La conscience corporelle en psychomotricité

La conscience corporelle est un moyen d'être présent à soi-même. D'après A. SAINT-CAST et F. BOSCAINI, « ce phénomène psychocorporel est à la base du sentiment de soi, de la perception de l'environnement physique et de la reconnaissance sociale des autres »¹¹⁴. Avoir conscience de soi et de son corps, c'est faire partie du monde des vivants. Pour Benoît LESAGE, la conscience corporelle est « un travail du corps relié »¹¹⁵. Le corps dont il est question fait référence à la conception moniste de l'être humain selon laquelle le corps et le psychisme forment une unité. Or, comme évoqué à plusieurs reprises, l'ESPT est à l'origine d'une rupture de la perception unitaire de l'être. Les personnes atteintes éprouvent des difficultés à établir des liens entre les émotions ressenties et les sensations associées. Le travail évoqué par B. LESAGE consiste en une mise en lien des manifestations psychocorporelles. B. ROTHSCCHILD ajoute qu'il y a « moins de risque de rester perdu ou coincé dans le passé lorsqu'on est conscient de ses sensations corporelles présentes »¹¹⁶.

En séance de psychomotricité, il paraît essentiel que le patient puisse renouer un lien étroit entre ses sensations et ses émotions. Pour l'aider à reprendre contact avec son « être

¹¹⁴ SAINT-CAST A., BOSCAINI F., (2012), p. 26

¹¹⁵ LESAGE B., 2017, p. 27

¹¹⁶ ROTHSCCHILD B., (2008), p. 114

psychomoteur », nous travaillons à la remobilisation de son corps. Pour Françoise CANCHY-GIROMINI, le travail corporel de conscience ne relève pas d'un apprentissage. Le patient expérimente des situations variées, sources d'afflux sensoriels. Il prend connaissance des effets d'un geste sur les autres parties de son corps. Pendant la séance, il est amené à découvrir par lui-même « son fonctionnement, ses tensions, ses blocages, ses mal-être et mal-aise corporels » ¹¹⁷. Par des exercices de conscience corporelle, il perçoit progressivement son unité psychocorporelle. Après avoir pris contact avec ses sensations, en rapport avec son environnement direct, l'enjeu sera d'allier les sensations perçues aux émotions ressenties. Le sujet s'inscrit dans un espace-temps sensoriel, émotionnel mais aussi physique et relationnel.

Par la conscience corporelle, les patients apprennent à reconnaître leurs zones de confort et d'inconfort. Le passage par le corps et ses sensations permet d'accéder par la suite à la capacité de représentation des états affectifs et émotionnels. En se basant sur leurs ressources psychocorporelles, leur capacité d'adaptation à l'autre et à leur environnement s'accroît. La capacité à percevoir les sensations de l'ici et maintenant, est une ressource pour gérer les manifestations de reviviscence dans l'ESPT.

b. Qu'en est-il de la perception des sensations de M. C. ?

Dans son discours, le patient fait référence à un vécu douloureux de son corps. Il focalise son attention sur son épaule blessée par balle et sur une respiration qu'il souhaiterait parfois stopper à cause de douleurs à l'effort. Il est aussi très centré sur les manifestations d'angoisses qui surviennent de manière aléatoire selon lui. Les sensations perçues et exprimées font référence aux traumatismes physiques et psychiques.

Lors de la séance suivant le bilan sur la prise de conscience du corps au sol, M. C. exprime une toute autre perception de son corps. Il semble avoir pu accéder à des sensations différentes et s'être détaché de son vécu traumatique. Il adopte un discours très imagé et positif. Toutefois, malgré mes questions orientées, il ne parvient pas à me décrire de sensations précises. Il en revient toujours à son « armure » et son « boulet » qui disparaissent un instant. Finalement, je me rends compte que ce discours positif est en lien

¹¹⁷ CANCHY-GIROMINI F., (1995), p. 167

avec une intellectualisation de ses sensations et une conscience qui semble déconnectée de son vécu corporel traumatique. Par la suite il aurait été intéressant de lui proposer des exercices le rendant davantage acteur.

c. M. F. et la conscience du corps

Avec M. F., nous entreprenons de proposer des temps de conscience corporelle en début de séance. Nous avons dans l'idée d'aborder la distance relationnelle avec lui. Toutefois, afin d'être disponible pour autrui, il me paraît nécessaire d'être disponible pour soi-même. La question de la distance étant anxiogène pour M. F., nous décidons de commencer par un travail préparatoire.

Dans un premier temps, il n'adhère pas à cette proposition de porter attention à son corps et ses sensations. Il n'en comprend pas le sens et ne parvient qu'à énumérer rapidement les différentes parties. Il s'agite, son corps bouge sans cesse tout en restant sur place. Ce n'est qu'à la deuxième séance, qu'il put exprimer davantage ses perceptions corporelles. De fait, la situation lui était désormais connue et, la première fois, nous n'avions pas prolongé ce temps, respectant ses réticences.

Il me semble que la tension et l'agitation signaient un inconfort. Il ne pouvait pas se poser et semblait fuir la situation en verbalisant son incompréhension. Il remplissait l'espace visuel, et sonore par ses mouvements et sa voix. A ce moment, il nous met à distance dans notre proposition, comme il met à distance ses sensations. Il se considère comme un homme d'action, qui ne prête attention qu'à son devoir de « faire ». Le milieu militaire dont il vient le renforce dans cette optique. De ce fait, il n'a jamais dû porter une grande attention à ses sensations. Toutefois, depuis le déclenchement de son ESPT, celles qu'il perçoit, du fait de leur intensité, sont reliées à sa pathologie. La mise à l'écart de l'ensemble de ses sensations serait un moyen de se prémunir de leur apparition.

4. La considération de l'autre en séance de psychomotricité

a. L'investissement de la relation par M. C.

Malgré la courte durée de prise en soin, M. C. fait preuve d'un très bon investissement de la relation thérapeutique. Alors qu'il présente un niveau tonique élevé au cours de la discussion, il se régule facilement dans le contact. Passé le temps de rencontre, le patient semble faire preuve d'une grande confiance à notre égard. Son attitude en séance m'évoque l'enfant cherchant le soutien de son parent. Les quarante-cinq minutes de psychomotricité prendraient la forme d'un temps de repos et d'apaisement. En tenant son enfant, le parent lui offre la stabilité du lien, les appuis nécessaires à la confiance et il le protège contre les agressions externes.

Dans sa quête de contact, ne recherche-t-il pas une forme de maternage ? Davantage de séances de psychomotricité auraient été nécessaires afin de mieux appréhender cette dimension. Toutefois, en lui proposant une séance autour du toucher je me suis orientée dans cette direction. Dans ce premier temps, il m'a paru essentiel de remplir une fonction de holding pour qu'il puisse percevoir la continuité de son corps et sa solidité.

b. M. F. dans la relation à l'autre

En séance de psychomotricité, M. F. exprime une différence nette entre lui et la psychomotricienne et moi. Il s'en remet à nous dans les propositions en nous octroyant la place de « savantes ». Alors que je lui propose de faire un choix : qui guide en premier au jeu des bâtons, lui ou moi ? Il me répond ne pas savoir ce qui est le mieux, « c'est vous qui savez ». Au vu de ses antécédents biographiques – maltraitances, rencontre avec la mort, difficultés dans le couple soumis à une menace de séparation – j'interprète son attitude comme une « relation de faire plaisir »¹¹⁸ comme l'exprime Bénédicte ROQUES. M. F. se tient à distance des autres et tient les autres à distance. Les situations relationnelles provoquent des tensions musculaires. Toutefois, exprimerait-il par ces quelques mots une peur d'être rejeté ? Sous sa façade d'allure défensive, aussi bien corporelle que psychique,

¹¹⁸ ROQUES B., (2002), p. 47

il témoigne d'un besoin majeur d'être contenu. Comment lui procurer cette contenance alors qu'il ne tolère pas notre présence à ses côtés ?

E. Comment contenir à distance

1. La déconstruction d'une idée

Contenir, par le contact du corps, raisonnait en moi. Ne pas recourir à la parole, c'était ne pas risquer de se tromper de mots. Au début de ma formation, j'avais en tête que le toucher était le moyen le plus efficace pour restaurer une certaine sécurité interne. Or, le toucher réconfortant que j'imaginai s'apparentait davantage à un toucher « maternant », de l'ordre de l'intime. L'instauration d'un cadre contenant en lien avec l'implication corporelle du thérapeute permet au patient de retrouver son axe psychocorporel et d'éprouver la stabilité de ses appuis.

2. Le cadre contenant assuré en psychomotricité

La contenance organise le cadre même des séances. Ici, elles se déroulent toujours dans la même salle. Leur durée est de quarante-cinq minutes, adaptables. Leur structure aussi maintient un cadre en instaurant le déroulé suivant : entretien, pratique, verbalisation. Les créneaux de rendez-vous sont réservés à l'avance, au moins la veille ou d'une séance sur l'autre. En tant que stagiaire, je participe aussi au maintien du cadre. Ma présence étant limitée au jeudi, je préviens les patients de mon absence les autres jours. Lorsque je n'interviens qu'en tant qu'observatrice, ma place est déterminée. De plus, ma participation est soumise à l'acceptation du patient. Ces composantes leur permettent de prévoir cet avenir proche et d'ainsi réduire la sensation d'imprévisibilité des symptômes.

Au-delà du toucher, le regard, dans sa dimension relationnelle, prend part dans l'aspect contenant du cadre. Il me semble que poser son regard sur une personne, c'est la prendre en considération, accepter son existence et sa présence parmi nous. Cependant, j'ai pu me rendre compte de la frontière étroite séparant les dimensions bienveillante et intrusive. Il me semble qu'à travers son regard, M. F. m'avait fait comprendre à quel point mon observation extérieure le dérangeait. De ce fait, j'en ai déduit l'importance de varier les points de fixation de mon regard. Tantôt je portais mon attention sur lui, tantôt je

détournais mes yeux sur ma maître de stage. J'évitais ainsi d'éveiller un sentiment de persécution. Je restais présente à l'action qui se déroulait, sans envahir l'espace de M. F., quand bien même il n'était pas question de rapprochement physique.

Enfin, tout comme la musique, la voix participe à constituer une enveloppe sonore. Au début de mon stage, j'ai eu besoin d'un temps d'adaptation pour trouver le juste équilibre entre silence et verbalisation. Plus récemment, j'ai mené une séance de conscience corporelle au sol avec un patient. Il me fit part de l'importance qu'avait eue ma voix dans la prise de conscience de ses variations sensorielles. Elle était suffisamment présente pour ne pas laisser de vide désorganisant. Le rythme imposé lui laissait aussi le temps d'assimiler les « consignes » et sensations qui en découlaient. De plus, les intonations employées participaient à la discrimination des informations et au maintien du contact.

La distance ne signifie pas pour autant l'absence de contact. Avec M. F., nous avons pu utiliser des bâtons afin de matérialiser les liens interpersonnels. L'association de ces données – cadre, regard, voix et matériel – permet au psychomotricien de contenir les angoisses et expressions de tous ordres du patient. Le cadre remplit la fonction de « contenant-contenu » développée par W. R. BION. De plus, chaque manifestation de notre présence par le biais de ces éléments, inscrit le patient dans notre temporalité. Il est ainsi maintenu au contact de la réalité du moment présent. Pour les patients souffrants d'ESPT, un tel cadre évite la sur-activation de l'hypervigilance et du syndrome de répétition.

F. Restrictions de la prise en soin imputable à la durée d'hospitalisation

L'hôpital accueille les patients en moyenne trois semaines. Ils sont vus en séance de psychomotricité deux à trois fois par semaine. Ma présence restreinte à un seul jour sur l'hôpital me conduit à ne les rencontrer que peu de fois. Qu'importe le lieu et le public, le premier contact permet d'instaurer des bases à la relation thérapeutique. Les premiers temps sont essentiels pour que chacun se jauge et apprenne à se connaître. Immédiatement, il est question de la construction du projet thérapeutique faisant suite à l'évaluation psychomotrice. Elle rend compte des plaintes et des demandes du patient, ainsi que de ses difficultés et de ses capacités. Toutefois, une première rencontre ne permet pas de se faire

une image complète de la personne. Le suivi débute grâce aux premières données récoltées et s'enrichit par la suite au fur et à mesure des rencontres. Mais, trois rencontres sont-elles suffisantes pour instaurer une relation de confiance ? Un travail thérapeutique peut-il émerger en si peu de temps ?

Un élément me paraît essentiel pour que le patient puisse s'enrichir de la prise en soin psychomotrice : l'établissement d'une juste distance. Accorder une place appropriée à la voix, au regard et aux relations spatiales par rapport aux besoins du patient, requiert de nombreux réajustements. Or, ces adaptations demandent du temps. Au sein de l'hôpital, j'ai perçu les différences d'évolution émanant du nombre de séances. M. C. semble avoir profité des séances de psychomotricité. Néanmoins, le bénéfice perçu s'inscrit-il sur du long terme au vue de sa sortie si rapide ? *A contrario*, j'ai eu l'occasion de voir un jeune homme resté près de trois mois dans le service. Il souffrait d'un état anxio-dépressif sévère, associé à une schizophrénie. Avec lui, j'ai pu tester plusieurs propositions mettant en avant des organisations spatiales très diverses. De cette manière, j'ai pu davantage comprendre son rapport à la distance interpersonnelle et adapter mes propositions à ses besoins.

G. Les limites du lien entre distance et ESPT

Si la contenance s'envisage par d'autres biais que celui du toucher ; la régulation de la distance est-elle nécessairement imputable à l'ESPT ?

Les personnes rencontrées au cours de ce stage relatent une rupture avec leur état antérieur. Ils décrivent un repli sur eux-mêmes. MM. F. et C. sont reclus chez eux et leurs contacts sociaux sont massivement réduits. Ici, la perte rend compte d'un changement. M. F. exprime facilement que, l'insécurité ressentie, résulte de l'exposition à la situation ayant fait traumatisme. Il établit un lien avec sa volonté de se tenir à distance des autres. En ce sens, nous pouvons supposer que l'ESPT est à l'origine de la mise à distance d'autrui. Or, ces deux patients font preuve d'un abord de la relation très différent. L'un rejette la proximité, l'autre l'appelle dans la relation duelle. Si le traumatisme occasionnait un changement dans le rapport à la distance à l'autre, ne serait-il pas le même pour tous ? J'aborde ici la question de la distance comme un « symptôme ». Il serait sans doute plus pertinent de l'envisager sous l'angle d'un « effet secondaire ». En effet, les symptômes connus de l'ESPT se répercutent sur la sphère psychomotrice. Il en découle un

affaiblissement de l'axe psychocorporel comme point d'appui interne du sujet. La perturbation de la régulation de la distance n'en serait que le résultat.

La question de la « sécurité de base » et de la constitution de l'axe m'a aussi interpellée dans ma rédaction. Son affaiblissement serait-il le fait de l'ESPT ? Ou bien l'ESPT vient-il pointer une enveloppe psychocorporelle déjà défailante ? Les patients présentés semblent avoir vécu tous les deux des situations pouvant porter atteinte à sa structuration. La mère de M. C. a présenté des états dépressifs à plusieurs reprises. De cette manière elle n'a pas pu porter son enfant à la manière de D. W. WINNICOTT par le holding et le handling, ni le contenir à la manière de W. R. BION. Quant à M. F., il a vécu des maltraitances dans son enfance de la part de ses parents. Je suppose qu'il a pu en découler une perte de confiance en ce qui est censé représenter la fiabilité des relations. Devenu adulte, il semble à nouveau ne pas pouvoir faire confiance à son entourage du fait de l'infidélité de sa femme, survenue suite à des tensions dans le couple. L'événement traumatique n'est-il pas l'élément de trop faisant « déborder le vase » ? Cette question en amène une autre : existe-t-il des éléments de prédisposition à la survenue d'un ESPT ? La poursuite de cette réflexion pourrait faire l'objet d'un nouvel écrit...

CONCLUSION

Avant même de commencer mon stage, je me demandais comment aborder une personne souffrant d'un ESPT. L'événement traumatique étant enregistré sous un mode sensoriel, je craignais d'éveiller des angoisses en rappelant, involontairement, ces sensations. Nous avons vu que les souvenirs des scènes traumatiques sont revécus au travers du syndrome de répétition. Il consiste en une perte de contact avec la réalité. Ma difficulté résidait dans le fait de reconnecter le patient avec le présent : comment faire, comment l'approcher et le rassurer ? La question de la distance émergeait déjà. Puis, ma première rencontre avec M. F. me conforta dans cette orientation.

Sa mise à distance de l'autre par méfiance, et la notion d'effraction psychique de l'ESPT, me firent porter attention à son état de sécurité interne. Dans un premier temps, j'ai associé l'altération de ce sentiment de sécurité, due au choc traumatique, à un besoin d'éloignement des dangers potentiels. Or, tout, dans l'environnement, était devenu menaçant. Il en résultait une perte de confiance en ce qui l'entoure et un grand isolement. Il me semble que sa capacité à se protéger des attaques extérieures était aussi mise en cause. Un travail psychomoteur alliant retour vers soi par la conscience corporelle et partage avec l'autre fut entrepris. Il s'agissait de reformer le contenant psychocorporel afin de construire un appui suffisamment stable pour retrouver une confiance en soi et en les autres.

Plus tard, je rencontrais M. C. qui, lui aussi, souffrait d'un isolement social important. Toutefois, il ne cherchait pas à me tenir à distance, comme M. F. Dans un premier temps, c'est moi-même qui maintenais un recul dans la relation. C'est alors que j'ai saisi à quel point il était essentiel de rencontrer le patient sans idée préconçue. Son comportement réfutait l'hypothèse selon laquelle l'ESPT engendre une mise à l'écart d'autrui.

MM. F. et C., bien qu'adoptant des attitudes contraires, avaient un besoin important de se sentir contenus. Il était impossible de leur proposer des situations thérapeutiques similaires. Trouver une juste distance dans la relation permit à chacun d'éprouver un sentiment de sécurité. C'est ainsi qu'a pu être entrepris un travail en psychomotricité. Néanmoins, la courte durée de prise en soin leur a-t-elle permis d'intégrer un appui suffisant pour aborder la relation ?

BIBLIOGRAPHIE

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, (2004, pour la version française), *Mini DSM-IV-TR : critères diagnostiques*. Paris : Elsevier Masson

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, (2016), *Mini DSM-5 : critères diagnostiques*. Paris : Elsevier Masson

ANDRE P., BENAVIDES T., GIROMINI F., (2004), *Corps & psychiatrie*. Paris : Heures de France

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

BESSELLERE E., (2015). *La psychomotricité au service du patient militaire présentant un état de stress posttraumatique : abord de la problématique identitaire par une réflexion sur le temps et la reconnaissance*. Mémoire en vue de l'obtention du diplôme de psychomotricien

BLOCH O., VON WARTBURG., (1996), *Dictionnaire étymologique de la langue française*. Paris : Presse Universitaire de France, 1932

BOKANOWSKI T., (2002), « Traumatisme, traumatique, trauma », *Revue française de psychanalyse*. vol. 66, no. 3, pp. 745-757.

BRILLON, P., MARCHAND, A. et STEPHENSON, R. (1996), « Modèles comportementaux et cognitifs du trouble de stress posttraumatique » in *Santé mentale au Québec*. n°21

BULLINGER A., (2004), *Tome 1 : Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*. Ramonville Saint-Agne : Eres

CANCHIN-GIROMINI F., (1995), *Corps et paroles sur le corps*. Paris : Greco

CICCONE A., (2001), « Enveloppe psychique et fonction contenant : modèles et pratiques », *Cahiers de psychologie clinique*. vol. 17, no. 2, pp. 81-102.

COEMAN A., RAULIER H DE FRAHAN M., (2004), *De la naissance à la marche : les étapes du développement psychomoteur de l'enfant*. Bruxelles : ASBL Etoile d'herbe

CROCQ L., (1999), *Les traumatismes psychiques de guerre*. Paris : Odile Jacob

CROCQ L., (2014), *Traumatisme psychique, prise en charge psychologique des victimes*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2007

DE CLERCQ M., DUBOIS V., (2001), Chap. 1 « Le traumatisme psychique », in DE CLERCQ M., LEBIGOT F., (dir), *Les traumatismes psychiques* (pp. 13-22). Paris : Masson

- DEFIOLLES-PELTIER V., (2010),** *Les vérités du corps dans les psychoses aiguës*. Paris : Grego, 2000
- DENIS P. (dir), (2010),** *Continuité des soins, continuité psychique : dans les traces de Myriam David*. Toulouse : Eres
- DOLTO F., (1984),** *L'image inconsciente du corps*. Paris : Le Seuil
- FREUD S., (1974),** *Cinq leçons sur la psychanalyse*. Paris : Petite bibliothèque Payot
- FREUD S., BREUER J., (2002),** *Etude sur l'hystérie*. Paris : Presse Universitaire de France, 1956
- JOSSE E., (2014),** *Le traumatisme psychique chez l'adulte*. Louvain la neuve : De Boek Supérieur
- HACKNEY P., (2002),** *Making connections, total body integration through Bartenieff fundamentals*. New York : Gordon and Breach Science Publishers,
- HALL E. T., (1971),** *La dimension cachée*. Paris : Seuil, 1966
- JOLY F., LABES G., (2008),** *Julian de AJURIAGUERRA et la naissance de la psychomotricité, Volume 1, Corps, tonus et psychomotricité*. Montreuil : Papyrus
- LACOMBE J., (2012),** *Le développement de l'enfant de la naissance à 7 ans, approche théorique et activités corporelles*. Bruxelles : De Boeck
- LEBIGOT F., (2005a),** *Traiter les traumatismes psychiques*. Paris : Dunod
- LEBIGOT F., (2005b),** Chap. 7, « psychothérapies psychodynamiques », in VAIVA G., LEBIGOT F., DUCROCQ F., GOUDEMAND M., *Psychotraumatismes : prise en charge et traitements* (pp. 43-50). Paris : Masson
- LEBIGOT F., (2006),** *Le traumatisme psychique*. Bruxelles : Fabert
- LESAGE B., (2012),** *Jalon pour une pratique psychocorporelle : structure, étayage, mouvement et relation*. Toulouse : Erès , 2017
- LOPEZ G., et al. (2016),** *Traiter les psychotraumatismes*. Paris : Dunod
- LOTSTRA F., (2002)** « Le cerveau émotionnel ou la neuroanatomie des émotions », *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*. vol. n° 29, no. 2, pp. 73-86.
- MALABOU C., (2017),** *Les nouveaux blessés, De Freud à la neurologie, penser les traumatismes contemporains*. Paris : Presses Universitaires de France
- MORMONT C., (2001),** Chap. 18 « Prise en charge comportementales et/ou cognitives des états de stress post-traumatiques », in DE CLERCQ M., LEBIGOT F., (dir), *Les traumatismes psychiques* (pp. 253-266). Paris : Masson

- NASIELSKI, S. (2012),** « Gestion de la relation thérapeutique : entre alliance et distance », *Actualités en analyse transactionnelle*. vol. 144, no. 4, pp. 12-40.
- PACHOUD B., (2005),** « Analyse phénoménologique de la notion d'événement et ses implications psychopathologique », *L'Evolution psychiatrique*. no. 70, pp.699-707
- PERRIN J., (2006),** « L'espace en question », *Repères, cahier de danse*. vol. 18, no. 2, pp. 3-6.
- PIREYRE E. W., (2011),** *Clinique de l'image du corps : du vécu au concept*. Paris : Dunod
- REY-DEBOVE J., REY A. (dir.), (2009),** *Le nouveau Petit Robert de la langue française*. Paris
- REY-DEBOVE J., REY A. (dir.), (2018),** *Le Petit Robert de la langue Française*. Paris
- ROBERT-OUVRAY S., (2007),** *Intégration motrice et développement psychique, une théorie de la psychomotricité*. Paris : Desclée de Brouwer, 2002
- ROQUES B., (2002),** « Réflexion à partir du corps en relation », in *Thérapie psychomotrice et Recherches*. n°130, pp. 46-63
- ROTHSCHILD B., (2008),** *Le corps se souvient Mémoire somatique et traitement du trauma*. Bruxelles : De Boeck
- SAINT-CAST A., BOSCAINI F., (2012),** « Glossaire », in *Evolution psychomotrice*. vol 24, n°95
- SERVANT D., MOLENDAS S., (2005),** Chap. 8, « Thérapies cognitives et comportementales de l'état de stress post-traumatique », in in VAIVA G., LEBIGOT F., DUCROCQ F., GOUDEMAND M., *Psychotraumatismes : prise en charge et traitements* (pp. 51-56). Paris : Masson
- GATECEL A., MASSOUTRE-DENIS B., GIROMINI F., et al., (2011),** in Chap. 9, « La relation en psychomotricité », in SCIALOM P., GIROMINI F., ALBARET J-M. (dir), *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (pp. 287-307). Marseille : Solal
- TARQUINIO C., MONTEL S., (2014),** *Les psycho-traumatismes*. Paris : Dunod
- VIGARELLO G., (09/10, 2017),** Hors-série : « Le corps dans tous ses états ». *Le Point, références : le corps*. pp. 9-13.
- WINNICOTT D. W., (1970),** *Processus et maturation chez l'enfant : développement affectif et environnement*. Payot

ANNEXES

Annexe 1 : DSM V – Critères diagnostic 309.81 (F43.10) – Trouble du Stress Post traumatique

N.B. : Les critères suivants s'appliquent aux adultes, aux adolescents et aux enfants âgés de plus de 6 ans.

Critères diagnostic à partir de 6 ans (ils sont différents pour les enfants de moins de 6 ans)

- A. Exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :
1. En étant directement exposé à un ou plusieurs événements traumatiques.
 2. En étant témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes.
 3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche. Dans les cas de mort effective ou de menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, le ou les événements traumatiques doivent avoir été violents ou accidentels.
 4. En étant exposé de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives [*provoquant la répulsion*] du ou des événements traumatiques (p. ex. intervenants de première ligne rassemblant des restes humains, policiers exposés à plusieurs reprises à des faits explicites d'abus sexuels d'enfants)
- N.B.** : Le critère A4 ne s'applique pas aux expositions pas l'intermédiaire de média électroniques : télé, média, film image. Sauf quand elles surviennent dans le cadre de l'activité professionnelle.

- B. Présence d'un (ou de plusieurs) des symptômes envahissants suivants associés à un ou plusieurs événements traumatiques et ayant débuté après la survenue du ou des événements traumatiques en cause :
1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse.
N.B. : Chez les enfants de plus de 6 ans, on peut observer un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme.
 2. Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et/ou l'affect du rêve sont liés à l'événement/aux événements traumatiques.
N.B. : Chez les enfants, il peut y avoir des contenus effrayants sans contenu raisonnable.
 3. Réaction dissociative (p. ex. *flashback* [scènes rétrospectives]) au cours desquelles le sujet se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire (de telles expressions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une abolition complète de la conscience de l'environnement).
N.B. : Chez les enfants, on peut observer des reconstitutions spécifiques du traumatisme au cours du jeu.

4. Sentiment intense et prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect du ou des événements traumatiques en cause.
 5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect du ou des événements traumatiques
- C. Evitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoigne la présence de l'une ou des deux manifestations suivantes :
1. Evitement ou efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments concernant ou étroitement associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.
 2. Evitement ou effort pour éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui réveillent des souvenirs, des pensées ou des sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.
- D. Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :
1. Incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques (typiquement en raison de l'amnésie dissociative, et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, l'alcool ou la drogue)
 2. Croyance ou attente négatives persistantes et exagérées concernant soi-même, d'autres personnes ou le monde (p. ex. : « je suis mauvais », « on ne peut faire confiance à personne », « le monde entier est dangereux », mon système nerveux est complètement détruit et pour toujours »).
 3. Distorsion cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences d'un ou de plusieurs événements traumatiques qui poussent le sujet à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes.
 4. Etat émotionnel négatif persistant (p. ex. crainte, horreur, colère, culpabilité ou honte).
 5. Réduction nette de l'intérêt pour les activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.
 6. Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.
 7. Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (p. ex. incapacité d'éprouver bonheur, satisfaction ou sentiment affectueux).
- E. Altérations marquées de l'éveil et de la réactivité associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :
1. Comportement irritable ou accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets.
 2. Comportement irréfléchi ou autodestructeur.
 3. Hypervigilance.
 4. Réaction de sursaut exagérée.
 5. Problème de concentration.

6. Perturbation du sommeil (p. ex. difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu ou agité).
- F. La perturbation (symptômes des critères B, C, D et E) dure plus d'un mois.
- G. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- H. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. médicaments, alcool) ou à une autre affection médicale.

Spécifier le type :

Avec symptômes dissociatifs : les symptômes présentés par le sujet répondent aux critères d'un troubles stress post-traumatique ; de plus et en réponse au facteur de stress, le sujet éprouve l'un ou l'autre des symptômes persistants ou récurrents suivants :

1. **Dépersonnalisation** : expériences persistantes ou récurrentes de se sentir détaché de soi, comme si l'on était un observateur extérieur de ses processus mentaux ou de son corps (p. ex. sentiment d'être dans un rêve, sentiment de déréalisation de soi ou de son corps ou sentiment d'un ralentissement temporel)
2. **Déréalisation** : expériences persistantes ou récurrentes d'un sentiment d'irréalité de l'environnement (p. ex. le monde autour du sujet est vécu comme irréel, onirique, éloigné, ou déformé).

N.B. : pour retenir ce sous-groupe, les symptômes dissociatifs ne doivent pas être imputables aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. période d'amnésie [blackouts], manifestations comportementales d'une intoxication alcoolique aiguë) ou à une autre affection médicale (p. ex. épilepsie partielle complexe)

Spécifier si :

A expression retardée : si l'ensemble des critères diagnostiques n'est présent que 6 mois après l'événement (alors que le début et l'expression de quelques symptômes peuvent être immédiats).

Annexe 2 :

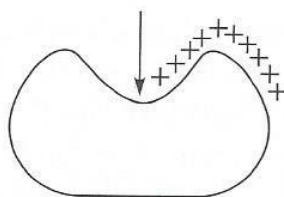


Figure 1.2. Le stress

Réaction de la « vésicule vivante » face au stress¹¹⁹

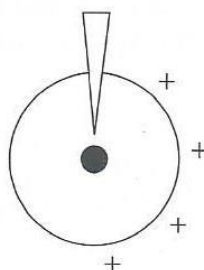


Figure 1.3. Le trauma

Réaction de la vésicule vivante face au traumatisme¹²⁰

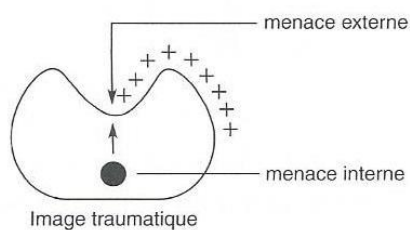


Figure 1.4. Stress traumatique

Etat de la « vésicule vivante » en cas de stress traumatique¹²¹

¹¹⁹ LEBIGOT F., (2006), p. 11

¹²⁰ LEBIGOT F., (2006), p. 11

¹²¹ LEBIGOT F., (2006), p. 12

RESUME

Tout au long de sa vie, l'être humain entretient des relations avec ses pairs. Les corps se resserrent, s'attirent, se croisent et s'éloignent. La distance séparant les individus varie et se module selon les situations et les affects partagés. La capacité d'adaptation semble être une évidence dans la relation. Cependant, il arrive que la pathologie psychiatrique provoque des désordres. L'Etat de Stress Post-Traumatique (ESPT) crée une rupture de confiance envers soi-même, les autres et son environnement. La perception constante de danger porte atteinte à la construction de liens relationnels. En séance de psychomotricité, comment contenir et assurer un sentiment de sécurité nécessaire à la naissance d'une relation de confiance ? Nous explorerons, dans ce mémoire, la question de la juste distance thérapeutique.

Mots-clés : Psychomotricité, ESPT, militaire, distance thérapeutique, espace, enveloppe psychocorporelle, effraction

ABSTRACT

All life long, human being maintains relationships with peers. The bodies get closer, attract, cross each others, and move away. Distance between individuals varies, according to the situations and the emotions shared. The adaptation ability seems obvious in relationships. However, the psychiatric pathology might cause disorders. The Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) creates a break of self-confidence towards oneself, others and the environment. Building relationships is affected by the constant perception of danger. During psychomotricity sessions, how to hold back and ensure a feeling of security, essential for the birth of a trust-based relationship ? We will tackle, in this dissertation, the question of the right therapeutic distance.

Keywords : Psychomotricity, PTSD, military, therapeutic distance, space, bodymind covering, break-in