



**Institut de Formation de Psychomotriciens Raymond Leclercq
Région Nord-Pas-de-Calais**

**Promotion 2017/2020
Session juin ou septembre 2020**

Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien

**Réorganisations spatio-temporelles dans le traitement des
psychotraumatismes**

**Comment la psychomotricité peut-elle renforcer la prise en soins
de la personne souffrant de syndrome de stress post-traumatique**

Mémoire présenté par CARRE Raphaëlle

Maître de Mémoire : **DALARUN Pierre**

« L'IFP n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans le mémoire, ces opinions doivent être considérées comme propres à l'auteur. »

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier mon maître de mémoire. Il a su m'aider et m'aiguiller tout au long de ce projet. Grâce à lui, j'ai pu mûrir ma réflexion et me sentir encadrée dans l'élaboration de mon mémoire. Ces conseils ont été très riches et son engagement incontestable.

De plus, je remercie également ma maitresse de stage en psychiatrie adulte de cette année. J'ai beaucoup appris auprès d'elle. Elle a su me soutenir et me guider. Je la remercie pour son investissement dans l'élaboration de mon mémoire.

Je remercie également tous les professionnels et maîtres de stage que j'ai pu rencontrer durant mes études. Leur singularité et leurs conseils m'ont permis de me construire en tant qu'individu et en tant que future professionnelle tout au long de mon cursus.

Enfin, je remercie également l'ensemble de mes proches qui m'ont aidés et soutenus dans l'élaboration de ce mémoire. Leurs encouragements et leur aide m'ont été plus que précieux. Je suis très reconnaissante du temps et du soutien qu'ils m'ont apportés.

Table des matières

Introduction	1
I) Le psychotraumatisme	3
1) Qu'est-ce que le psychotraumatisme ?	3
A) L'histoire du psychotraumatisme	3
B) Définition	4
C) Les différentes phases du psychotraumatisme	4
D) Ce qu'il se passe concrètement	5
2) Quels sont les mécanismes neurobiologiques mis en cause ?	6
B) La voie lente et la voie rapide du système nerveux	8
C) L'amygdale qui « disjoncte »	9
D) La mémoire traumatique	10
3) Le syndrome de stress-post traumatique et ses conséquences	12
A) Les critères et les symptômes de diagnostic	12
B) Les différentes stratégies de survie face au psychotraumatisme	15
II) Les différentes conséquences psychomotrices liées au psycho traumatisme	17
1) Des rythmes internes rompus	17
A) Introduction à la notion de temps	17
a) La rythmicité et la continuité des soins	17
b) La discontinuité des soins	19
c) La perception du temps comme repère	20
B) Quand le temps d'un traumatisme ne peut pas s'inscrire en mémoire	21
a) Le traumatisme est un évènement de vie qui reste figé dans le temps	21
b) Les reviviscences traumatiques et leurs impacts sur la temporalité	22
c) Des souvenirs dont l'existence est remise en question	23
C) La réorganisation du rythme chez un individu au vécu traumatique	24

a)	Une sécurité interne altérée.....	24
b)	Les rythmes de l'environnement hors de portée	24
c)	Un tonus de fond perturbé.....	25
d)	Un retour à la binarité du temps	26
e)	Pour conclure.....	26
2)	L'espace vécu et les limites corporelles bouleversés	27
A)	Introduction à la notion d'espace	27
a)	La représentation de l'espace à travers les schèmes moteurs	28
b)	La représentation de l'espace selon De Lièvre et Staes (1993).....	29
c)	L'espace interne.....	31
d)	L'espace externe	33
B)	L'espace externe fragmenté et l'espace interne fracturé au moment du trauma	34
a)	Un espace externe subi.....	34
b)	Une effraction dans l'espace interne et une motricité interrompue.....	35
C)	Une réorganisation spatiale impliquant des espaces internes et externes fragilisés	37
a)	L'espace externe.....	37
b)	L'espace interne désinvesti et menacé.....	38
III)	Présentation d'un cas clinique	41
1)	Première rencontre avec Mme T.....	41
2)	Anamnèse	42
3)	Données psychomotrices	44
4)	Profil psychomoteur	47
5)	Comment Mme T se vit-elle dans son espace ?.....	48
A)	La psycho-motricité de Mme T.....	48

B)	La sécurité interne de Mme T	49
C)	La place du non soi pour Mme T	51
D)	Quel rapport Mme T entretient-elle avec son espace interne ?.....	52
6)	La temporalité de Mme T	53
A)	Le passé, le présent et le futur.....	53
B)	Une rythmicité sous emprise.....	53
C)	La tonicité de Mme T comme enveloppe corporelle.....	54
IV)	Que peut-on proposer en psychomotricité et pourquoi ?.....	56
1)	Pourquoi proposer une médiation psychomotrice ?.....	56
A)	Indication	56
B)	Contre-indication	59
2)	Le cadre thérapeutique et son importance	59
3)	Proposition de projet thérapeutique pour Mme T ?	61
A)	Les axes thérapeutiques et leurs objectifs.....	61
B)	Les moyens	62
V)	Discussion.....	64
	Conclusion.....	66

Introduction

Le choix de mon cursus en psychomotricité a presque été un hasard pour moi et c'est en quelques jours voire quelques heures que j'ai compris pourquoi le hasard m'avait mené ici. Mes études de psychomotricité m'ont permis de comprendre ô combien nous sommes tous en tant qu'être humain, des individus singuliers tant sur le plan psychique que corporel. J'ai alors aussi pu comprendre que le corps était indissociable de notre psyché et inversement. Ce constat a donc suscité de nombreuses réflexions sur notre manière d'être au monde et les événements de vie qui nous ont conduits à être qui nous sommes.

Parmi ces événements de vies qui participent à nous construire, certains sont plus traumatiques que d'autres. Beaucoup des apports théoriques qui m'ont été proposés durant mes 3 années d'études traitaient de la façon dont un vécu traumatique pouvait impacter le développement psychomoteur d'un enfant. Mais qu'en est-il du développement de l'adulte qu'il est devenu ? C'est un sujet qui me tient particulièrement à cœur compte tenu des différents patients, adultes ou enfants, que j'ai pu rencontrer lors de mes stages.

Beaucoup d'entre eux portaient une souffrance pour laquelle ils n'avaient pas de mots. Une souffrance fixée au-dessus de leurs têtes les empêchant d'avancer et d'être réellement ce qu'ils sont. Cette souffrance, c'est le psychotraumatisme. Le psychotraumatisme est un événement de vie ponctuel ou répété qui ne s'inscrit pas dans le temps, c'est un événement qui, lorsqu'il se produit, n'a pas de présent. La sidération et l'effroi sont tellement intenses, qu'ils ne permettent pas de comprendre et d'encoder en mémoire ce qu'il s'est passé. C'est un instant, où il est impossible pour l'individu de rester dans son corps et en contact avec la réalité. Un mécanisme de survie se met donc en place, on l'appelle la dissociation traumatique : c'est un événement que les personnes psychotraumatisées décrivent comme un laps de temps où elles sont sorties de leur corps et où elles regardaient la scène de l'extérieur. Malgré le fait d'avoir vécu la scène dans un autre espace que celui de leur corps, le traumatisme a bien eu lieu et a bien été éprouvé.

Les évènements décrits plus haut me font m'interroger sur l'impact psychocorporel du psychotraumatisme. Le rapport avec la Temporalité et la Spatialité du sujet semble évident. C'est pourquoi, j'ai choisi d'étudier ces notions chez l'individu psychotraumatisé dans mon mémoire. Je pense qu'au vu des perturbations qu'a subi l'individu dans ses perceptions intra-corporelles et extra-corporelles, un travail en thérapie psychomotrice peut avoir son intérêt.

Ainsi, voici la problématique que j'ai pu en dégager :

Quel impact le psychotraumatisme a-t-il sur la temporalité et la spatialité d'un individu et quel est l'intérêt d'une prise en charge en thérapie psychomotrice ?

La première partie de mon mémoire s'organise autour de la théorie en lien avec le psychotraumatisme, le syndrome de stress post-traumatique, et le fonctionnement cognitif lié au traumatisme. Nous allons pouvoir mettre en lumière les différents mécanismes dissociatifs et la façon dont se mettent en place les reviviscences traumatiques sur le plan neurologique.

La deuxième partie sera également constituée d'apports théoriques en lien avec les notions de Temporalité et d'Espace en psychomotricité et la façon dont elles sont perçues par l'être humain sur le plan psychomoteur, en particulier dans le cadre d'un psychotraumatisme.

Une troisième partie sera constituée d'apports cliniques que j'ai pu avoir durant mon stage en psychiatrie adulte. Je vais particulièrement parler d'une patiente, Mme T, pour qui le psychotraumatisme a généré une réorganisation de sa Temporalité et de sa Spatialité.

Une quatrième partie sera établie en fonction de mes réflexions cliniques dans laquelle je développerai l'intérêt que peut avoir une prise en charge en psychomotricité. Un exemple de prise en charge qui pourrait être proposé à Mme T dans le cadre d'un accompagnement sur le long terme sera également développé.

Enfin, ma cinquième partie se portera sur une discussion autour des limites de mon sujet et de mes réflexions quant aux améliorations que j'aurais pu y apporter.

I) Le psychotraumatisme

1) Qu'est-ce que le psychotraumatisme ?

A) L'histoire du psychotraumatisme

L'existence du psychotraumatisme ne date pas d'hier. Il est, pour la première fois au XIXème siècle au travers de la description de « la névrose traumatique », mis en évidence par le Docteur P. Janet, psychologue et médecin. C'est pourtant un mécanisme de survie humain qui existe depuis toujours puisqu'il s'agit d'un mécanisme neurobiologique naturel.

Par la suite, les médecins en parlent comme étant des pathologies post-guerre, le syndrome du post-Vietnam étant le plus célèbre d'entre eux. De nombreux soldats se retrouvent alors à présenter des symptômes de stress aigu avec des cauchemars récurrents, une distanciation sociale, émotionnelle et des épisodes d'agressivités. Ces soldats, ayant vécu la guerre et ayant survécu à des épreuves d'une intensité et agressivité majeures, sont alors émotionnellement bloqués à une période de stress intense et d'une violence inacceptable.

Assez récemment en France, le psychotraumatisme a commencé à être décrit et évoqué de façon plus précise. En effet, les événements des attentats du 13 novembre n'y sont pas pour rien. D'après une enquête, huit mois après les attentats, 54 % des personnes présentes au moment des faits et 27% des personnes ayant perdu un proche présenteraient un syndrome de stress post-traumatique. Ce syndrome est une conséquence du psychotraumatisme causant de nombreux symptômes et un réaménagement psychomoteur chez l'individu que nous décrirons plus tard dans ce mémoire.

B) Définition

Selon le DSM-IV Américain, les psychotraumatismes sont des « troubles présentés par une personne ayant vécu un ou plusieurs événements traumatiques ayant menacé leur intégrité physique et psychique ou celle d'autres personnes présentes, ayant provoqué une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur, et ayant développé des troubles psychiques liés à ce(s) traumatisme(s). »

On distingue deux types de psychotraumatisme :

- Le psychotraumatisme de type I : il correspond à un événement traumatique unique comme un accident ou un attentat ;
- Le psychotraumatisme de type II : il s'agit ici, d'événements traumatiques répétés comme le viol, l'inceste, la violence psychologique ou les violences conjugales.

Dans mon mémoire, je m'attacherai surtout à parler du psychotraumatisme de type II, lorsque l'événement s'est produit à plusieurs reprises et que la personne qui subit les maltraitances présente des séquelles telles que la dissociation traumatique. J'étayerai mon propos au travers de ma clinique et de la description de Mme T, une patiente rencontrée durant mon stage en centre médico psychologique.

C) Les différentes phases du psychotraumatisme

Le psychotraumatisme se déroule en trois phases qui sont respectivement : d'abord un événement hors du commun, puis la phase de latence et finalement les reviviscences traumatiques.

L'événement hors du commun peut être de différentes natures : il peut s'agir d'un accident, un viol, un attentat ou tout autre événement qui aurait pu confronter l'individu à un effroi et une peur dus à la sensation d'une mort imminente. Cette sensation de mort imminente est valable pour l'individu lui-même ou une tierce personne.

La phase de latence quant à elle peut durer de quelques heures à plusieurs mois. Dans l'immédiat, elle correspond à une réaction de stress se caractérisant soit par la fuite, soit par le combat ou par l'inhibition (flight, fight, freeze) (Levine, 1997).

Ces trois formes de réaction au stress ont été décrites par Peter. A. Levine au XXème siècle. Il indique que lors d'un événement considéré comme beaucoup trop dangereux, il se produit un mécanisme qui met l'individu en incapacité de fuir ou de combattre. La personne va alors s'inhiber lors du traumatisme. L'intensité de ce qui arrive à l'individu est si insupportable qu'on observe un état de sidération (Cyrulnik, 2013). La personne est figée dans son corps ainsi que dans son psychisme. Sur le plan psychomoteur, il y a un arrêt total de l'être, de ses sensations ainsi que de ses émotions. Il n'est ni capable de comprendre ce qui lui arrive, ni en capacité d'y réagir en se défendant ou en prenant la fuite.

Enfin, la dernière phase permettant d'affirmer qu'une personne souffre d'un syndrome de stress-post traumatique est la phase des reviviscences répétées du traumatisme. Ce sont des flash-backs qui peuvent s'imposer au sujet à n'importe quel moment de sa vie et de ses journées. Nous verrons plus tard que ces reviviscences se manifestent particulièrement dans des moments où le sujet fait face à un élément sensoriel ou émotionnel en lien avec le traumatisme. Au moment des flash-backs, la personne revit le traumatisme dans toute sa psychomotricité, tant sur le plan corporel que psychique.

D) Ce qu'il se passe concrètement

En outre, le psychotraumatisme est un événement de vie ponctuel ou répété vécu avec une violence extrême et pour lequel la personne qui y a été confronté n'a pu réagir de façon adaptée. C'est un instant où l'individu n'est plus en capacité de contrôler son corps et de l'habiter. Cette dissociation corps-esprit a de nombreuses conséquences sur la vie du sujet après le traumatisme.

En effet, c'est comme si l'évènement s'était inscrit en lui mais de façon confuse et inintelligible. De plus, l'évènement se répète car il n'a pas réellement pu être vécu de façon adaptée à la situation. Nous entendons ici, que la personne n'a pas pu mettre en place une réponse motrice impliquant la fuite ou le combat.

La fin de l'évènement n'a pas vraiment eu lieu sur le plan symbolique et corporel. Les sensations qui sont corrélées au traumatisme se manifestent encore de façon très actives et anarchiques dans le corps et la psyché de l'individu. Ceci s'explique par des mécanismes neurobiologiques particuliers en lien avec les émotions, les sensations corporelles, la motricité et la mémoire de l'individu.

2) Quels sont les mécanismes neurobiologiques mis en cause ?

L'un des rôles du cerveau est d'assurer notre survie, ainsi que notre intégrité physique et psychique. Le cerveau s'attache aux différents signaux envoyés par le corps afin de pouvoir s'adapter et répondre à ses besoins de la façon la plus adaptée qui soit. Par exemple, si notre corps exprime la faim, le cerveau enregistre et traite les signaux corporels liés à la sensation de faim dans l'intention de nous mettre en action pour aller trouver de la nourriture.

Durant cette quête de nourriture, le cerveau fait en sorte d'élaborer le meilleur plan d'action possible dans le but d'arriver à ses fins. S'il y a des dangers sur la route, le cerveau est normalement en capacité d'élaborer les actions adaptées pour les éviter.

A) Le cerveau tri-unique

On peut vulgairement dire que le cerveau est divisé en trois parties. Ces parties se développent les unes après les autres, elles comprennent : le cerveau reptilien, le cerveau limbique et enfin le néocortex. Cette description du cerveau tri-unique a été élaborée dans les années 1969 par le neurobiologiste Paul D. MacLean (Fradin, 2016). La théorie élaborée autour de cette description des trois cerveaux est aujourd'hui assez controversée.

Néanmoins c'est une base solide sur laquelle s'appuyer dans la mesure où le cerveau se développe bien par strate. Simplement il faut considérer que les 3 strates ne sont pas totalement indépendantes les unes des autres.

Le cerveau reptilien se développe chez le bébé durant la grossesse. Il est à l'origine des mécanismes qui permettent au bébé la survie de base. C'est le cerveau le plus archaïque. Il permet de maintenir le bébé en vie et contrôle l'élimination des toxines, la respiration, la faim ainsi que le sommeil. Sa partie primitive, déjà présente à la naissance, se situe dans le tronc cérébral. Avec l'hypothalamus se situant juste au-dessus de lui, ils contrôlent les différents niveaux d'énergie du corps et maintiennent l'homéostasie.

Le cerveau limbique lui, commence à se développer après la naissance. Il est le siège des émotions. Il se forme d'après les expériences vécues par l'individu, mais il se construit également en fonction de facteurs génétiques. Il est donc régi par la façon d'être innée de l'individu.

D'après Bessel Van der Kolk, cette partie du cerveau contribue à tracer la carte émotionnelle et perceptive du monde en lien avec l'expérience (Van Der Kolk, 2014). Lorsqu'une expérience est répétée à plusieurs reprises, elle peut finir par être gérée de façon automatique. C'est-à-dire que l'émotion et l'action générée par l'expérience vécue, deviendront presque de l'ordre du réflexe. Les stimuli sensoriels et leur interprétation permettent la mise en action de l'individu. Aussi, il est important de savoir qu'une bonne sécurité de base et un environnement rassurant permettent de se projeter et de se lancer dans des actions de façon plus aisée.

En effet, si une sensation d'insécurité persiste et est constante, elle prendra le dessus sur toutes formes d'exploration ou d'expansion de soi. Il est donc essentiel pour un individu d'avoir une sécurité de base solide afin de se sentir en confiance dans le milieu dans lequel il évolue. Cette sécurité de base peut être amenée par différents éléments externes et internes à l'individu que nous développerons plus tard.

Comme évoqué précédemment, le système limbique commence à se développer après la naissance mais il peut évoluer et se transformer tout au long de la vie de l'individu. Le

système limbique s'organise et se développe en fonction des expériences vécues. Ainsi, même à l'âge adulte, l'individu peut encore accroître et réaménager ses capacités de gestion des informations perçues.

Le néocortex est la partie supérieure du cerveau. Il est particulièrement développé chez l'être humain et se divise en deux hémisphères : le gauche et le droit. Cette partie du cerveau a permis à l'être humain de développer le langage, la conscience, la planification des tâches et toutes les autres facultés dites « supérieures » et propres à l'être humain. Il se divise également en plusieurs lobes : les lobes frontaux, pariétaux, occipitaux et temporaux.

Nous allons particulièrement nous intéresser aux lobes frontaux. Ils sont impliqués dans la planification des tâches, dans notre capacité à imaginer de nouveaux scénarios et à symboliser et aussi dans notre aptitude à communiquer verbalement. Les lobes frontaux sont également le siège de l'empathie. Comme le dit Bessel Van Der Kolk dans son livre, c'est ici que se situent les neurones miroirs. Ils sont responsables de notre capacité à identifier les émotions des autres positives ou négatives (Van Der Kolk, 2014).

B) La voie lente et la voie rapide du système nerveux

En cas de danger, le cerveau doit être en capacité de l'identifier et de préparer la réponse de l'organisme. Les informations arrivent principalement à travers nos sens tactiles, auditifs, visuels et olfactifs. Lorsque ces sensations arrivent, elles vont d'abord être traitées par le thalamus. Le thalamus est un peu comme la gare de triage du cerveau (Van Der Kolk, 2014). C'est au niveau du thalamus que les afférences sensorielles vont être dispatchées, afin d'arriver dans les parties du cerveau adaptées à la gestion de celles-ci.

Il existe deux chemins à emprunter pour les afférences en cas de danger : la voie lente et la voie rapide. La voie lente passe par le cortex cérébral et la voie rapide passe directement par l'amygdale.

La voie lente est utilisée dans le cas d'une réaction à un stimulus sensoriel ne menaçant pas l'intégrité physique de l'individu. La réaction normale du cerveau est la suivante : le stimulus sensoriel arrive au thalamus, puis l'information est dispatchée entre le cortex préfrontal et l'amygdale. Ainsi, l'information est engrammée aussi bien dans le cortex préfrontal que dans l'hippocampe. C'est le siège de notre mémoire autobiographique. L'amygdale, elle, a pour rôle de détecter le caractère dangereux de l'évènement pour ensuite aller classer et/ou rechercher l'information dans l'hippocampe. Cela lui permettra par la suite d'avoir une réponse plus efficace face à un danger potentiel. (Voir schéma ANNEXE 1)

Si la voie rapide est empruntée, le thalamus choisit de faire passer l'information vers l'amygdale. Elle va s'activer et envoyer des signaux vers le tronc cérébral. Comme évoqué précédemment, c'est au niveau du tronc cérébral que se situe notre cerveau le plus archaïque. En conséquence, la voie rapide permet une réaction de type primitive comme la fuite ou le combat. Le traitement de l'information se fait si vite, que l'on peut déjà se retrouver en action avant même que l'on ait compris que nous sommes en danger. (Voir schéma, ANNEXE 2)

Un exemple : lorsque l'on traverse la route, si une voiture arrive à toute vitesse sans que l'on ne l'ait vu, il est possible que l'on effectue la réponse motrice adaptée de façon réflexe. Cette réaction arrive alors, avant même que l'on ait compris sur le plan cognitif que nous étions en danger.

C) L'amygdale qui « disjoncte »

Dans le cadre d'un psychotraumatisme, les liaisons entre le thalamus et le cortex préfrontal se bloquent totalement et empêchent les informations d'afférer.

Le Cortex préfrontal se situe dans le néocortex et permet de traiter l'information de façon consciente, il est le principal acteur dans le cas où la voie lente est empruntée. Le caractère impensable et effroyable de la scène qui est en train de se produire ne peut être

engrammée par cette partie du cerveau. En effet, cela pourrait être fatal sur le plan psychique pour l'individu. Le système qui se met en place est donc un système de survie.

Les informations affèrent donc directement vers l'amygdale et elle va être survoltée à cause du caractère extrêmement stressant de la situation. Le Docteur M. Salmona décrit ce phénomène comme une « disjonction » du système nerveux limbique, où l'amygdale s'éteint afin de préserver l'intégrité physique de l'individu (Salmona, 2020).

Cette intégrité physique est menacée à cause d'une trop forte libération d'hormones du stress (cortisol, noradrénaline, etc...) qui à terme pourrait déclencher une crise cardiaque. C'est à ce moment-là que l'individu se retrouve alors inhibé et sidéré.

Au moment de la sidération, la personne se dissocie et vit la scène de l'extérieur, il est déconnecté de ses émotions et de ses sensations car c'est l'amygdale qui a habituellement pour rôle la gestion des émotions et en particulier la peur. Le lien qui existe habituellement entre l'amygdale et l'hippocampe est perturbé durant le traumatisme. De ce fait, les éléments sensoriels et émotionnels sont disloqués et fractionnés dans l'hippocampe. (Voir schéma, ANNEXE 3)

D) La mémoire traumatique

Pour rappel, l'hippocampe est la carte mémoire implicite de nos expériences vécues et il est aussi le siège de notre mémoire autobiographique. Habituellement l'information passe par l'amygdale et est envoyée vers l'hippocampe. Il enregistre alors cette expérience, afin qu'elle puisse être récupéré plus tard, pour réagir plus rapidement et de façon adaptée à un danger similaire. L'amygdale « s'allume » car l'individu éprouve la peur face à un environnement le mettant en danger. C'est pourquoi, la voie rapide est le meilleur chemin à emprunter. L'amygdale va donc faire lien avec l'hippocampe pour voir si elle reconnaît des informations et si l'individu a déjà été confronté à ce type d'évènement.

Dans le cadre d'un psychotraumatisme, l'information est fractionnée et n'a pas de sens. Les images ne sont pas liées les unes aux autres et l'amygdale est en constante activité. La scène n'a pas pris sens pour l'individu et cela est dû en partie au fait que les informations sont restées bloquée dans l'amygdale, entraînant ainsi sa constante activité. Les éléments de la scène ne se sont pas correctement inscrits en mémoire autobiographique et par conséquent, les émotions qui y sont liées sont toujours très vives.

L'individu vit alors toujours dans l'obscurité de ce qu'il s'est passé sans que cela n'ait pris sens pour lui. En conséquence, les émotions qui sont liées à la scène traumatique ne peuvent pas totalement s'apaiser. Elles ne peuvent pas permettre à la personne d'éprouver d'autres émotions plus positives, sans qu'elles ne soient sous l'influence du trauma. En effet, elles sont dérégées par la balance émotionnelle créée par la peur vive et constante activée dans l'amygdale.

De ce fait, la personne psychotraumatisée va développer une extrême sensibilité à son environnement. Son environnement est alors vécu comme insécurisant puisque le traumatisme « vit encore » et est constamment actif dans son système nerveux central et périphérique.

En conséquence, chez une personne psychotraumatisée non pris en charge, il est dit que le traumatisme n'a pas pris fin. La blessure émotionnelle et sensorielle est à vif, la personne est en souffrance psychique et physique. Ces sensations sont dominées par la peur et l'insécurité. Ce que manifeste son corps ou sa psyché n'ont plus de sens car impossible de les relier entre elles. Le psychotraumatisme et ses conséquences ne permettent pas à la personne d'y donner du sens sur le plan neurobiologique.

Face à des éprouvés illisibles et inaccessibles, l'individu psychotraumatisé est dit « dissocié ».

3) Le syndrome de stress-post traumatique et ses conséquences

Le syndrome de stress post-traumatique est la conséquence du psychotraumatisme. Les individus psychotraumatisés développent alors différents symptômes cliniques liés à ce qu'ils ont éprouvés.

A) Les critères et les symptômes de diagnostic

D'après le DSM-V, une multitude de symptômes peuvent se manifester chez ces personnes. Ces symptômes vont avoir de lourdes conséquences sur la vie sociale, familiale, professionnelle et émotionnelle de l'individu. Je vais en évoquer quelques-uns ci-dessous, ainsi que leurs critères diagnostiques.

- Critères B : Présence d'un ou plusieurs symptômes d'intrusion associés à un ou plusieurs événements traumatisants, qui sont apparus après que le ou les événements traumatisants se sont produits :

- Réactions dissociatives (p. ex. rappels d'images, flashbacks) au cours desquelles la personne se sent ou agit comme si l'événement traumatisant se reproduisait. (Ces réactions peuvent survenir à différents niveaux, la réaction la plus intense étant la perte de conscience de l'environnement actuel). Chez les enfants de plus de 6 ans on peut observer des reconstructions spécifiques du traumatisme au cours de jeux ;

N.B : Nous pouvons comparer ce critère diagnostic aux reviviscences traumatiques dont je vais développer les effets plus tard dans ce mémoire.

- Critères D : Altérations des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, qui ont commencé ou ont empiré après la survenue du ou des événements traumatiques, comme l'indiquent au moins deux des symptômes suivants :

- Incapacité de se souvenir d'éléments importants du ou des événements traumatiques (typiquement en raison d'une amnésie dissociative et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, ou la consommation d'alcool ou de drogues) ;

- Sentiments de détachement ou de devenir étranger par rapport aux autres ;

N.B : Ces critères diagnostiques illustrent certaines caractéristiques représentées à travers la dissociation.

- Critère E : Profondes modifications de l'état d'éveil et de la réactivité associées à un ou plusieurs événements traumatiques, qui ont commencé ou ont empiré après que l'événement traumatisant s'est produit, comme l'indiquent au moins deux des symptômes suivants :

- Hypervigilance

N.B : L'hypervigilance est une des conséquences de la sensation d'insécurité interne que je développerai plus tard dans ce mémoire.

- Critère H : La perturbation n'est pas attribuable aux effets physiologiques d'une substance (par ex. médicament ou alcool) ou à une autre affection.

- *N.B : Il est en effet important de comprendre que ces mécanismes existent et subsistent en dehors de toutes prises de toxique. Il s'agit d'un état général dans la manière d'être au monde pour la personne psychotraumatisé.*

Ci-dessous une description des symptômes dissociatifs pouvant être présent chez la personne souffrant de stress-post traumatique.

- Avec symptômes dissociatifs : Les symptômes de la personne répondent aux critères de trouble de stress post-traumatique et, de plus, en réaction à l'agent stressant, la personne présente les symptômes persistants ou récurrents de l'un ou l'autre des états suivants :

- Dépersonnalisation : expérience persistante ou récurrente de se sentir détaché de soi-même comme si elle ne faisait qu'observer de l'extérieur ses processus mentaux ou son corps (p. ex., sentiment de vivre dans un rêve, que son corps n'est pas réel ou que tout se passe au ralenti) ;

- Déréalisation : Sentiment persistant ou récurrent que l'environnement n'est pas réel (p. ex., le monde environnant ne semble pas réel, la personne a l'impression d'être dans un rêve, se sent distante ou détachée de soi).

N.B : Ces deux critères dissociatifs expliquent les éprouvés psychiques et corporels qu'une personne peut rencontrer en cas de dissociation traumatique consécutive à un psychotraumatisme.

La dissociation est un symptôme persistant de sentiment d'étrangeté à soi-même. La personne ne se sent plus être comme une personne avec une consistance et des limites. Il n'y plus de différence entre son espace interne et l'espace extérieur. Les limites sont confuses.

Comme évoqué dans les critères du DSM-V, il s'agit de la dépersonnalisation et/ou de la déréalisation. La réalité n'est plus perçue et la personne n'a plus le sentiment de la vivre dans l'instant présent.

B) Les différentes stratégies de survie face au psychotraumatisme

D'après les travaux du Docteur M. Salmona, les personnes psychotraumatisées peuvent mettre en place des stratégies pour leur permettre d'échapper aux reviviscences. Les reviviscences font revivre le traumatisme à l'identique, tant dans les sensations corporelles que dans l'effroi psychique (Salmona, 2020). Elles sont de deux sortes :

- Soit l'individu met en place des conduites d'évitement avec de l'hypervigilance et l'idée de contrôler son environnement,
- Soit l'individu peut mettre en place des conduites dissociantes à risques.

Dans le premier cas, tous les espaces externes à l'individu sont sous contrôle afin de permettre à la personne de renforcer sa sécurité interne. Malheureusement l'idée de tout contrôler est assez utopique, il y a toutes sortes d'évènements extérieurs à soi qui échappent à notre contrôle.

Un accident, une odeur, entendre des discussions qui rappellent le traumatisme, sont des éléments extérieurs qui ne nous appartiennent pas. Ces éléments sensoriels vont raviver l'amygdale et donc la mémoire traumatique. C'est pourquoi, il s'agit d'une tactique de survie assez périlleuse qui ne garantit en aucun cas la sécurité interne et l'intégrité psychique de l'individu.

Dans le second cas, la personne peut soit utiliser des substances toxiques pour recréer chez lui la dissociation, soit faire disjoncter de nouveau son amygdale en faisant augmenter son niveau de stress.

Avec les substances toxiques, la personne peut chercher à se déconnecter de lui-même afin de faire taire le traumatisme qui fait constamment écho dans ses sensations et ses perceptions. Pour faire de nouveau disjoncter son amygdale, il peut tenter de mettre en place des conduites à risques qui visent à reproduire l'environnement et les sensations vécues au moment du traumatisme initial.

Les conduites dissociantes à risques ont pour but de recréer à l'identique des perceptions et des ressentis n'ayant pas pu être compris lors du traumatisme initial. Dans le cas de l'amnésie traumatique. Il s'agit d'une situation particulière où la personne n'a aucun souvenir lié au traumatisme qu'elle a subi. Le danger de mettre en place des conduites à risques et des conduites d'évitement est le même.

Ce qu'il faut comprendre, c'est que le remaniement neurobiologique de l'individu a une incidence sur ses sensations de sécurité interne et externe. La peur et l'angoisse sont constitutives de l'état d'être de la personne psychotraumatisée.

Imaginez un enfant, seul, perdu au beau milieu d'une immense forêt menaçante. Dans cette forêt, la menace est présente partout, il peut surgir n'importe quel danger, à n'importe quel moment. C'est l'environnement dans lequel l'individu psychotraumatisé a la sensation d'évoluer constamment. La sécurité de base n'est plus. Il n'a aucun repère rassurant auquel se raccrocher tout comme « un enfant seul et perdu ».

Le psychotraumatisme laisse une trace obscure dans le corps et la psyché de l'individu. La peur de la mort imminente devient un élément constitutif de la façon d'être de l'individu parce qu'elle est bloquée dans la mémoire traumatique.

Il n'est alors plus possible de se sentir tout à fait en harmonie avec l'environnement. La balance émotionnelle penche toujours un peu plus vers l'obscurité. La personne finit par être désynchronisée du présent car elle vit dans la menace constante du passé.

II) Les différentes conséquences psychomotrices liées au psycho traumatisme

1) Des rythmes internes rompus

« Le temps est une dimension fondamentale de nos perceptions et de nos actions »
(Pouthas, 1999).

A) *Introduction à la notion de temps*

Il n'existe pas de structure dans le cerveau qui soit dédiée à la représentation du temps. Néanmoins, notre organisme dispose d'une horloge interne qui règle nos rythmes biologiques sur les rythmes de notre environnement. L'alternance veille-sommeil, les sécrétions hormonales et la faim par exemple, sont régulées par l'organisme. Les rythmes biologiques sont alors régulés de façon interne mais aussi par des facteurs externes à l'organisme comme le jour et la nuit.

C'est en partie grâce à notre capacité à situer une action dans le temps qu'elle prend du sens pour nous. Le temps est un référentiel qui permet d'assimiler un vécu sensorimoteur et de l'inscrire dans notre mémoire comme un instant qui existe, qui a existé et qui existera.

En psychomotricité, le temps est une notion qui est d'abord subi, puis vécu et enfin représenté. Le temps commence à être subi au tout début de la vie par l'embryon. Dans le ventre de sa mère, il est contraint à vivre et évoluer à travers ses propres rythmes à elle.

a) La rythmicité et la continuité des soins

A la naissance, cette rythmicité devient binaire avec des alternances faim/satiété, chaud/froid, veille/sommeil, ainsi les rythmes propres au bébé se vivent en alternance du

besoin et de l'assouvissement. C'est le parent, en général la mère, qui délimite ces instants puis rythme le début et la fin de ses sensations. Le parent comble le vide créé par le manque et permet de faire émerger chez l'enfant la sensation de plein. C'est dans la répétition des soins, la répétition des mots, la répétition des gestes que l'enfant peut percevoir une sensation de continuité d'exister ainsi qu'une sensation de continuité de son environnement.

La rythmicité et l'élaboration du temps permet également un ajustement à l'autre. En effet, c'est dans les rythmes ainsi que l'alternance besoin/satisfaction que la mère s'adapte à son petit et que l'ajustement corporel et social existe. L'enfant comprend alors qu'il y a des interactions entre l'autre et lui. Ce dialogue n'existe pas qu'au travers des soins à proprement parlé, mais à travers tout ce que ces soins impliquent, c'est-à-dire : un ajustement tonique, des sensations tactiles, olfactives, visuelles et auditives.

Ce sont les rythmes de ces perceptions sensorielles qui participent à la création de l'enveloppe temporelle du bébé. Je parle ici d'enveloppe temporelle car le sentiment continu d'exister est aussi soumis à son inscription dans le temps. Ces soins qui s'inscrivent dans le temps permettent alors au bébé d'avoir le sentiment continu d'exister en tant qu'être fini de chair et de sensations. Il comprend qu'il y a une différence entre l'autre et lui. « L'enveloppe corporelle concerne le rapport entre soi et l'autre » (Potel, 2009). Il commence donc à construire son enveloppe corporelle à partir de la rythmicité, de la régularité et de la continuité des soins.

Cette sensation de continuité des rythmes et des sens est en partie à l'origine de la sensation de sécurité interne. D'après le Larousse, la « sécurité » se définit par « la situation de quelqu'un qui se sent à l'abri du danger, qui est rassuré ». Lorsque l'on parle de sécurité interne, le fait d'être rassuré est profondément intrinsèque à l'individu, c'est une base d'être, lui permettant d'affronter le monde de façon plus sereine.

b) La discontinuité des soins

La continuité des soins est primordiale pour l'enfant mais la discontinuité aussi. C'est au milieu des temps de présence et d'absence que va se créer l'attente. Cette attente, si elle n'est pas subie, va participer à la consolidation de la sécurité interne. Une sécurité interne n'est solide que si elle existe et perdure même dans les moments où l'enfant se retrouve sans son parent. Le parent joue habituellement un rôle part-excitateur lorsque l'enfant est en détresse ou dans le besoin.

Une sécurité de base et un cadre solide permettent petit à petit à l'enfant de s'autonomiser progressivement dans les moments d'attente et de discontinuité. A travers ces aptitudes, l'enfant intègre de façon psychique et corporelle sa constante existence et ses limites qui existent et subsistent même durant l'attente. Cela renforce alors encore d'avantage sa sécurité de base qui sera de plus en plus solide au travers des expériences.

Précédemment, nous avons constaté ce qu'impliquent les soins sur le plan sensoriel pour le bébé. Au travers de ces sens, nous avons également l'ajustement tonique qui participent à la constitution de la sécurité interne du bébé. Le tonus est l'état de tension des muscles. Un tonus élevé se traduit par un fort état de tension des muscles alors qu'une faible tonicité se manifeste par une décontraction musculaire. L'état d'appel et d'apaisement du bébé peuvent s'exprimer oralement mais aussi toniquement. On parle alors d'hypertonie d'appel et d'hypotonie de satisfaction.

La régulation tonique consiste à adopter le juste tonus afin d'être dans les meilleures dispositions pour interagir avec son environnement. La continuité mais aussi la discontinuité des soins au travers du dialogue tonico-émotionnel apportées par le parent, permettent à l'enfant d'éprouver la régulation tonique. C'est en sentant que l'excitation peut s'arrêter et s'augmenter qu'il va pouvoir de lui-même intégrer la régulation tonique.

La régulation tonique est une composante essentielle de l'ouverture au monde et de la perception de nos propres rythmes. C'est à travers des moments de détente, de jeux et d'attente que l'enfant percevra et établira ses rythmes internes et externes ainsi que leur pérennité dans le temps.

c) La perception du temps comme repère

Lorsque le temps devient perçu par l'enfant, il peut l'être de deux façon.

Il peut être perçu de façon objective, c'est le temps délimité par les mathématiques tel que : les heures, les mois, les années.

Il peut également être perçu de façon subjective. La perception subjective du temps est issue de nos propres représentations, de la façon dont nous percevons intérieurement le temps qui passe en lui donnant une valeur personnelle comme par exemple : « c'est long », « c'est passé vite », etc...

Le temps fait aussi fonction de repère. Il permet de structurer l'environnement et de se structurer. C'est en donnant un repère temporel, par exemple « le matin » que l'on peut différencier l'instant de « l'après-midi » dans nos représentations mentales. Le repère temporel permet également de nous projeter à un moment précis de notre vie et d'en avoir une représentation mentale. Il s'agit de souvenir.

Au repère de notre enfance, on ne se représente pas de la même façon qu'au repère de notre adolescence. Tout a changé, les images mentales créées sont toutes deux différentes. Elles symbolisent la même personne, mais cette personne a deux aspects différents, des attitudes différentes et nous donne accès à des sensations différentes.

Cette capacité à se projeter dans le passé ou dans le futur participe au développement du sentiment continu de soi. La représentation de repères temporels est ainsi nécessaire et essentielle au maintien d'un soi qui existe, a existé et existera. Cela n'est pas nécessairement le cas lorsqu'un traumatisme a immobilisé notre psychomotricité le temps d'un événement qui ne peut pas s'inscrire en mémoire.

B) Quand le temps d'un traumatisme ne peut pas s'inscrire en mémoire

a) Le traumatisme est un évènement de vie qui reste figé dans le temps

En effet, au moment de la scène traumatique, le cerveau s'est mis en mode survie pour se préserver du stress extrême dû à ce qui est en train de se produire. Ainsi, le cerveau n'a pas engrammé les informations essentielles liées à l'évènement et à sa représentation dans le temps. Des questions restent en suspens : « quand est-ce arrivé ? », « dans quel ordre se sont enchaînées les différentes séquences de la scène qui vient de se produire ? ».

Les éléments constitutifs de la scène ne se sont pas correctement enregistrés dans le cerveau. C'est pourquoi il est difficile, voire impossible, pour le sujet de resituer l'ensemble de la scène dans le temps. La personne qui a vécu le traumatisme est en capacité de déterminer le début et la fin de la scène, mais il est incapable d'en replacer les éléments intermédiaires dans l'ordre.

L'information n'a été classée ni par le thalamus ni par l'amygdale. Ce qui s'est passé n'a pas de sens, n'a pas de temps. La mémoire liée à l'évènement est mise dans une confusion totale. L'information de ce qui est en train de se produire n'a pas non plus été correctement traitée par l'hippocampe : la mémoire épisodique va particulièrement en être impactée.

La mémoire épisodique est une des formes de mémoires dont peut se servir l'être humain pour retrouver des informations. Elle est normalement rattachée à une recherche consciente de souvenir. Or, dans le cadre d'un traumatisme, l'hippocampe n'a pas reçu l'information correctement. Si elle l'a été c'est de façon disloquée et fractionnée. Le souvenir, les images et la chronologie de ce qui s'est produit en est alors impacté.

Le souvenir de ce qui s'est passé est flou, les sensations sont pauvres et pourtant elles sont présentes et sont restées enfermées dans le corps de l'individu. Ce qu'il s'est passé existe et c'est là, comme une menace constante en toile de fond prête à refaire surface à

tout instant. Cette menace peut être symbolisée par les reviviscences traumatiques qui sont par ailleurs un des symptômes de diagnostic du syndrome de stress post-traumatique.

b) Les reviviscences traumatiques et leurs impacts sur la temporalité

Les reviviscences sont par définition : « la réapparition d'état de conscience déjà éprouvé ». Ces états se reproduisent à l'identique chez l'individu à chaque flash-back. Ils provoquent des sensations corporelles et des éprouvés psychiques de la même envergure que lors d'un traumatisme. En effet, comme nous l'avons vu précédemment, le souvenir traumatique est resté bloqué dans le système nerveux de l'individu. Ainsi l'amygdale, étant encore très active, peut s'animer à la moindre information sensorielle évoquant le traumatisme.

Pour rappel, l'amygdale est responsable des éprouvés émotionnels et plus particulièrement de ceux de la peur. Dans l'une de ses interventions en congrès, Bessel Van Der Kolk dit que « l'évènement est terminé, mais le corps continue de réagir comme si quelque chose se passait dans le présent » (Van Der Kolk, 2016). Le présent de l'individu psychotraumatisé est donc largement sous l'emprise du passé.

Comment peut-on réussir à vivre l'instant présent alors que le passé crie constamment à l'intérieur de soi ? En temps normal, un évènement est vécu par le corps, traité et classé dans la mémoire par le cerveau. Cet évènement a la faculté d'être traité par l'individu alors que le traumatisme, lui, n'ayant pas été classé dans les structures corticales appropriées, reste en suspens.

L'aire corticale du langage et de l'accès à la symbolisation qu'est le cortex préfrontal n'a pas correctement reçu l'information. Le thalamus a coupé les liaisons avec le cortex préfrontal et la capacité à nommer ce qu'il s'est passé en est donc impactée. Il est également important de noter que plus un traumatisme se répète, plus les liaisons entre le thalamus et le cortex préfrontal s'abîment. Il y a donc des conséquences sur les capacités à nommer, symboliser, ordonner et récupérer un souvenir qui sont détériorées.

c) Des souvenirs dont l'existence est remise en question

Le souvenir est une des composantes de la gestion du temps et de son vécu. Dans le cadre d'un traumatisme, si les images mentales liées au souvenir sont floues, il n'en reste pas moins que le corps lui, se souvient de ce qu'il s'est passé. Les éprouvés corporels eux, sont intacts et ont marqué le corps de l'individu à un moment donné dans le temps. C'est d'ailleurs dans les images mentales mais aussi dans les sensations corporelles que les reviviscences viennent troubler l'individu.

Il arrive aussi chez certaines personnes, notamment lorsqu'il s'agit d'un ou plusieurs traumatismes vécus durant l'enfance, que l'individu ne se souvient de rien. On appelle cela l'amnésie traumatique. Nous pourrions nous dire que dans la mesure où il n'y a pas de souvenir de ce qu'il s'est passé, la vie de l'individu n'est pas impactée. Pourtant ce n'est absolument pas le cas, le traumatisme a bien été subi et vécu par l'individu dans l'entièreté de sa psychomotricité.

Comme l'énonce parfaitement le titre du livre du Docteur Bessel Van Der Kolk, « The body keep the score », en français « Le corps n'oublie rien », le corps a gardé l'empreinte du traumatisme (Van Der Kolk, 2014). Lorsqu'il y a amnésie traumatique, même si des images ne refont pas surface, ce que le corps a éprouvé à un moment donné reste inscrit chez l'individu. Le problème est que, dans le cas d'une amnésie traumatique, il est encore plus difficile de donner du sens à ce qui a été vécu puisqu'aucune image mentale ne vient donner du sens aux éprouvés corporels. En conséquence, la sensibilité de l'individu à son environnement s'est alors réaménagée.

C) La réorganisation du rythme chez un individu au vécu traumatique

a) Une sécurité interne altérée

Cette nouvelle sensibilité et perception du monde est la conséquence du psychotraumatisme. Une personne avec une sécurité interne solide et pour qui l'environnement ne représente pas constamment un danger, peut évoluer sur des rythmes réguliers. Il peut s'adapter au rythme du monde et de l'environnement qui l'entoure avec plus ou moins de synchronicité. Ainsi, au niveau de ses rythmes internes et de ses sensations corporelles, il règne une constante conscience et gestion de soi lui permettant de s'adapter au mieux au monde qui l'entoure.

La rupture sur le plan neurobiologique et psychocorporel qu'a créé le psychotraumatisme, influence la façon d'être et de s'adapter au monde de la personne psychotraumatisée. L'omniprésence de la menace et du stress liées aux reviviscences créées de la discontinuité dans la sensation d'existence. Les reviviscences peuvent recréer le sentiment d'étrangeté à soi-même. A chaque souvenir traumatique, l'individu s'éloigne de lui, de ses propres rythmes. Ainsi, il perd pied, il perd ses repères et la capacité de s'adapter au monde extérieur.

Précédemment, j'avais énoncé le fait que la continuité du sentiment d'être et d'exister était essentielle à la construction d'une sécurité de base solide. Or, l'individu psychotraumatisé vivant sous la menace des reviviscences, cette continuité des rythmes est mise à mal.

b) Les rythmes de l'environnement hors de portée

Pour s'adapter aux rythmes du monde, il faut être en capacité de s'extraire de ses propres rythmes à soi. Le décentrage est essentiel à l'adaptation car il permet de donner

accès à ce qui nous entoure. Cependant, si l'activité interne est anarchique et ne trouve pas de repos, il est alors très difficile de s'en décentrer. La mémoire traumatique crée cette sensation de rythmes internes anarchiques et il est beaucoup plus difficile de ressentir la sécurité nécessaire au décentrage.

Comme nous l'avons évoqué précédemment, la constance de nos rythmes internes participent à la construction d'une enveloppe corporelle solide. Cette enveloppe corporelle permet l'interaction avec le monde et l'autre sans se sentir envahi et sans les envahir.

Les rythmes internes qui cadencent la vie de l'individu sont loin de ressembler à un long fleuve tranquille. Les reviviscences font et refont surface à tout instant. L'individu est à chaque moment soumis à sa mémoire traumatique, il est en alerte et cet état d'alerte n'est pas propice à une sécurité interne solide permettant à l'individu d'interagir de la meilleure façon avec son environnement. Nous pourrions comparer la vie de l'individu souffrant de stress post-traumatique à une douce musique dont le disque est rayé et dont la musique ne cesse de décrocher. La vie de l'individu est parasitée par le traumatisme au même titre que la musique par les décrochages.

c) Un tonus de fond perturbé

La perception des rythmes internes est déséquilibrée car le traumatisme crie en toile de fond dans le corps de l'individu. L'hypertonie générée par la constante peur de la mort imminente et donc l'état d'alerte ne permet à l'individu d'avoir une tonicité adaptée. Même s'il n'existe pas de tonicité parfaite et constante, on peut dire qu'une bonne régulation tonique se traduit par un tonus qui permet d'être en lien avec soi et avec l'environnement.

L'hypertonie structurale engendrée par le traumatisme a pour fonction pour l'individu de se barricader du monde et de se protéger. Néanmoins elle a des répercussions sur la façon dont la personne se présente au monde et sur la façon dont elle se vit dans son corps.

En effet, le tonus est un mode de communication infraverbal ainsi qu'une composante de notre enveloppe corporelle. Si le tonus de fond est de nature très élevé, il est alors difficile de s'ajuster à l'autre et au monde en temps et en heure.

La nature élevée du tonus de fond est probablement due à la colère, l'angoisse ou l'anxiété générée par la mémoire traumatique. Par conséquent, les moments d'attentes sont redevenus des moments de vide, des moments d'angoisses et des moments de mal-être. Nous pouvons faire le parallèle avec les moments d'hypertonie d'appel exprimé par le bébé. L'équilibre entre hypertonie d'excitation et hypotonie de détente ne se trouve plus au même seuil que chez un individu en bonne santé physique et mentale.

d) Un retour à la binarité du temps

La mémoire traumatique touche les systèmes mnésiques impliqués dans la structuration temporelle de l'individu. De ce fait, nous pouvons dire que l'individu psychotraumatisé revient dans une représentation binaire du temps. Cette représentation prend en compte la capacité de se représenter soi et le monde à travers deux pôles opposés qui sont la plénitude ou à l'inverse le vide et l'effroi. Ces deux extrêmes rythment les perceptions de l'individu et l'attente est alors en fusion avec le vide.

Dans le cadre d'un traumatisme, l'attente peut se symboliser par l'arrivée potentielle d'une catastrophe. De même, la plénitude que peut normalement procurer les événements satisfaisants est largement impactée par le traumatisme. Ces événements normalement agréables sont alors parasités par le poids du traumatisme non guéri. C'est pourquoi la capacité d'intégration temporelle dans le cadre d'un psychotraumatisme est modifiée.

e) Pour conclure

La temporalité de l'individu psychotraumatisé est réorganisée de telle sorte que, tant que le traumatisme ne sera pas résolu, sa sécurité interne demeurera très fragile. L'activité constante du traumatisme dans la psychomotricité de l'individu est alors un frein à ses

qualités d'adaptation et d'accordage tonique. Enfin, ses rythmes internes anarchiques temporalisés par la régulière effraction des flashes-back, demeureront des obstacles de taille dans l'adaptation rythmique de l'individu à son environnement.

Mais en quoi est-ce important d'être dans un fonctionnement psychomoteur qui nous permet d'être en interaction avec l'environnement et l'autre ? Quel rôle joue l'espace dans la structuration psychomotrice de l'individu et dans quelle mesure la spatialité de la personne psychotraumatisée est-elle impactée ? Nous allons maintenant tenter de répondre à ces questions.

2) L'espace vécu et les limites corporelles bouleversés

« Plus le corps est une limite consciente, plus l'espace est illuminé »

(Phillipe Sollers, 2000)

A) *Introduction à la notion d'espace*

Différentes études ont montré que les structures corticales principalement impliquées dans la mémorisation spatiale étaient respectivement : le cortex préfrontal dorsolatéral et l'hippocampe. Le cortex préfrontal dorsolatéral est impliqué dans la mémorisation des images spatiales à court terme et l'hippocampe est impliqué dans la mémorisation de l'espace à long terme. Comme nous l'avons vu précédemment, le cortex préfrontal et l'hippocampe sont également impliqués dans les mécanismes du psychotraumatisme. Ainsi, il est clair que l'organisation spatiale de l'individu peut être impactée.

L'espace est une des grandes fonctions psychomotrices et une composante du développement psychomoteur de l'enfant. C'est une fonction à la fois abstraite et concrète qui inclue aussi bien le corps que l'espace qui l'entoure : fini (espace familial) et infini (l'univers).

L'organisation spatiale fait partie intégrante de notre vie. Elle englobe la connaissance et l'appréciation de l'environnement ainsi que ses constituants. Elle se réfère donc à la connaissance des notions spatiales, aux capacités d'orientation, de structuration et d'adaptation spatiale. L'organisation spatiale se développe depuis le plus jeune âge en partant toujours du référentiel de son propre corps. Ainsi, la capacité à percevoir l'environnement et à s'y mouvoir, ne peut se faire que si l'individu a déjà investi l'espace de son corps.

En ce qui concerne la naissance de la perception de l'espace chez le bébé, c'est un développement qui s'effectue de façon progressive, évolutive et dynamique. Les expériences sensori-motrices du bébé vont l'amener à considérer l'espace qui l'entoure et à interagir avec lui.

a) La représentation de l'espace à travers les schèmes moteurs

Si l'on se réfère à la description des chaînes musculaires, méthode élaborée par madame Godelieve Denys-Struyf à partir des années 1960-1970, il existe 6 chaînes représentant les différents schèmes moteur.

- Deux chaînes verticales : antéro-médiane (AM) et postéro-médiane (PM)
- Deux chaînes horizontales : postéro-latérale (PL) et antéro-latérale (AL)
- Une chaîne centrale organisatrice : postéro-antérieur (PA) et antéro-postérieur (AP)

Ces chaînes traduisent le lien qui existe entre la mécanique corporelle et le comportement psychologique. La description de ces différentes chaînes et la théorisation qui en découlent s'inspirent des schèmes d'évolution motrice du tout petit. Cette évolution se fait selon la loi de développement céphalo-caudale et proximo-distale.

Le bébé grandit alors au travers des différents schème moteur décrit par Godelieve Denys-Sruyf. L'acquisition d'un schème moteur permet aussi d'arriver à l'acquisition d'un autre schème. Les chaînes PA et AP sont des chaînes centrales qui permettent la rythmicité et l'harmonisation des quatre autres chaînes. PA-AP sont alors des chaînes d'ancrage identitaire.

Les postures comme la posture d'enroulement, renforcent la connaissance du bébé avec l'espace de son corps. Elle fait référence à la chaîne musculaire antéro-médiale (AM) : c'est donc une posture d'enroulement sur l'axe médian du corps. C'est la première chaîne qui se met en place dans le développement moteur du petit et elle a pour fonction le ressourcement et la sécurité. En effet cette posture permet de retrouver une organisation corporelle proche de celle du fœtus lorsqu'il est contenu dans le ventre de sa mère.

Les postures impliquant l'expansion ou le repli des membres, permettent au bébé d'explorer son environnement et d'entrer en contact avec lui. Les chaînes antéro-latéral (AL) et postéro-latéral (PL) sont donc des chaînes relationnelles. Elles traduisent la relation à soi et à l'autre. Le déploiement des membres est représenté par la chaîne PL, ce schème musculaire permet l'ouverture aux autres et à l'environnement. Le repli vers soi, au contraire est représenté au travers de la chaîne AL. Ce schème moteur permet alors l'exploration interne et l'idée de ramener vers soi.

Cette méthode a été décrite dans l'idée qu'un corps doit être accordé pour avoir un bon fonctionnement interne ainsi qu'un bon fonctionnement avec l'environnement. Ainsi, ce sont bien les différentes étapes d'évolutions motrices qui participent à construire la bonne interaction du soi au soi et du soi au non soi.

b) La représentation de l'espace selon De Lièvre et Staes (1993)

A la naissance, l'espace est « subi » par le bébé. Lui qui a vécu durant neuf mois dans le ventre de sa mère, en apesanteur, est soumis aux lois de l'attraction. Il perçoit l'espace

en mosaïque et les différentes informations sensorielles ne sont pas mises en relation les unes avec les autres. Aussi, il est important de noter que sur le plan moteur, le bébé est encore peu mobile. Cela influence donc le rapport à l'espace environnant dont il subit les changements et les variations puisqu'il n'est pas en capacité d'interagir avec.

Vers l'âge de 4-5 mois, l'espace devient vécu par l'enfant, en partie grâce à tous ses progrès sur le plan sensori-moteur. Il explore l'espace et est en interaction avec lui. Cependant, cet espace n'est pas encore mémorisé, c'est un espace qui n'a ni forme ni dimension. L'objet a une forme globale mais l'enfant ne peut en avoir qu'une représentation très primaire dans son esprit. L'espace vécu est agi par l'enfant uniquement en référence à son propre corps. C'est pourquoi, il n'en a pas encore une réelle représentation. Tous les éléments extérieurs ne font sens pour lui que par rapport à la façon dont il interagit avec.

L'espace perçu se développe à partir de 2-3 ans, l'enfant commence progressivement à être capable de localiser les objets et à leur donner une forme plus précise. Le développement du langage se fait en parallèle à ces nouvelles capacités d'organisation spatiale. D'après J. Bruner psychologue, le langage est indispensable à la fois en tant qu'instrument de pensée et de communication liées à l'espace (Bruner, 1983). Jusqu'à l'âge de 8 ans, l'espace est tout de même toujours perçu en fonction de l'enfant et de son référentiel qui est son propre corps. Il est donc encore difficile pour lui de percevoir l'espace au travers d'un autre objet ou une autre personne.

Enfin, l'espace maîtrisé se développe à partir de 8 ans et tout au long de la vie. L'enfant est alors capable de maîtriser son espace de façon projective, il peut se décentrer de son corps. Aussi, les notions métriques, de volume, de quantité apparaissent. Durant cette période, l'individu passe d'une conception de l'espace à une autre, il alterne des représentations de l'espace par rapport au référentiel de son corps ou par rapport à l'espace extérieur. Cette capacité à changer de référentiel est alors une nouvelle aptitude psychomotrice qui permet à l'individu d'interagir au mieux avec le monde.

Nous comprenons à travers cette description des différentes perceptions de l'espace, qu'il en existe globalement deux. L'espace interne à l'individu, celui qui représente son corps propre et les représentations qu'il en a, et l'espace qui lui est externe, c'est-à-dire l'environnement et tout ce qui le compose.

c) L'espace interne

L'espace interne se construit progressivement en lien avec la perception de l'espace subi, vécu, perçu et maîtrisé. Durant cette période, l'enfant commence peu à peu à pouvoir reconnaître et nommer les différentes parties de son corps. Il est fondamental d'être capable de se représenter son corps lorsqu'il s'agit de se sentir dans un corps fini, un corps qui a des limites, un corps dont rien ne peut s'échapper. Ainsi, il s'agit pour l'enfant qui se développe de pouvoir intégrer son schéma corporel de façon conjointe à l'élaboration de son image du corps.

Le schéma corporel est la représentation mentale objective du corps et de toutes ses composantes. Avoir de bonnes capacités d'élaboration du schéma corporel est essentiel au développement psychomoteur. En effet, être capable de se représenter mentalement avec tous nos membres ainsi que leurs fonctions permet de mieux les utiliser au sein de l'environnement. L'idée de se représenter mentalement un corps avec 4 membres, un tronc et une tête permet également d'en avoir une perception mentale d'un corps fini avec des limites.

La représentation de l'image du corps s'appuie sur le schéma corporel mais est une représentation plus subjective. C'est une représentation émotionnelle du corps reliée aux affects et aux vécus psychocorporels. Actuellement, dans notre culture, elle est aussi le fruit d'une construction sociale et des diktats imposés par la société. L'image du corps est donc sous l'influence de facteurs internes et externes à l'individu (Pireyre, 2015).

Ces deux perceptions du corps qu'offrent l'intégration du schéma corporel et l'élaboration de l'image du corps, sont ainsi des notions qui participent à la constitution de la perception de l'espace interne. L'espace interne est donc chez l'être humain,

l'espace de son propre corps et il n'aura de sens et de représentation pour l'enfant que lorsqu'il pourra être représenté par des limites fermées et définies.

Il n'est donc pas rare d'observer des enfants construire des petites cabanes pour pouvoir s'y loger. Les cabanes ont un rôle de contenance pour l'enfant. Par la contenance physique des cabanes, l'enfant peut accéder à la sensation de contenance psychique. La contenance et les limites psychiques sont un système de protection qui font barrage aux agressions extérieures. Cela permet à l'enfant et à l'adulte en devenir, de se sentir en sécurité dans leur propre corps et dans l'environnement dans lequel ils évoluent.

Délimiter un espace interne est essentiel au maintien d'une sensation de sécurité physique et psychique et le dialogue tonico-émotionnel installé avec le parent y participe grandement. De nouveau, c'est par les sensations corporelles que la conscience d'un soi et d'un autre va émerger.

Au début de sa vie, le bébé ne fait pas la différence entre le corps de la mère et son propre corps, ils sont en fusion. Au fur et à mesure des expériences tonico-émotionnelles, l'enfant conscientise et ressent corporellement qu'il y a une différence entre son corps et celui de l'autre. Il a son espace interne, le soi, et il y a l'espace de l'autre, le non soi. L'enfant comprend alors progressivement que ces deux espaces peuvent interagir entre eux mais qu'afin de ne pas se sentir envahi par l'autre, il va devoir construire ses propres limites : psychiques et corporelles.

Les interactions entre l'autre et soi se font au travers de nos sens. On peut dans ce cas parler d'interactions sociales lorsqu'il s'agit de deux êtres humains. Les distances sociales sont de l'ordre du ressenti où nos sens sont engagés tel que : l'ouïe, l'odorat, la vue et le toucher. Les distances sociales sont le fruit d'un apprentissage culturel mais elles sont également établies à travers nos sensations.

En fonction des cultures, une distance plus ou moins proche peut être vécue de façon intrusive ou non et en fonction de l'histoire psychocorporelle de chacun, la distance

acceptable peut également différer. La distance acceptable par chacun et dans laquelle il ne se sent pas menacé est la distance interpersonnelle. La proxémie est une notion développée par l'anthropologue Américain E.T Hall, il y décrit une sorte de bulle symbolique qui entoure le corps de tous les être vivant. Il dit que la distance acceptable est de différent type selon le contexte social dans lequel on évolue (familial/intime, social, public).

La distance acceptable est donc soumise à une construction multifactorielle d'une part culturelle et d'autre part personnelle (Hall, 1971). Elle existe car elle constitue l'enveloppe la plus large qui entoure l'individu et parce qu'elle interagit avec le monde.

d) L'espace externe

Comme nous avons pu le voir précédemment, l'espace externe se construit tout d'abord en fonction de la construction de l'espace interne. L'espace utérin est le premier espace externe pour le bébé. Durant la grossesse, cet espace est le premier espace contenant du bébé. Il est aussi le point de départ de la construction de ce que l'on appelle l'arrière-fond. L'utérus exerce une pression sur le dos, les fesses et la nuque. C'est une zone de contact dynamique : massage placentaire, circulation liquide amniotique, l'utérus est une zone d'appui pour tous les mouvements.

Ces sensations de contact sont engrammées dans la mémoire corporelle. L'espace arrière et le dos sont donc très importants pendant la phase utérine. Il constitue le premier espace sécurisant et contenant pour le bébé.

Les flux sensoriels amenés par l'environnement du bébé sont constitutifs de la sensation de continuité d'être et de sécurité. Evoluer dans un espace externe contenant, permet au bébé de se recentrer, de s'organiser et d'éprouver la proximité et l'éloignement sans vivre le sentiment d'abandon. L'espace externe et ses délimitations participent donc grandement à la sensation de sécurité interne. Un chaos ambiant, qu'il soit dû à de mauvais soins ou à un trop grand désordre, fragilise les capacités d'organisation spatiale du bébé car il a besoin de contenance.

La contenance est une notion fondamentale en psychomotricité. La contenance physique peut amener la contenance psychique et inversement. On ne peut pas parler d'angoisse de morcellement chez un bébé étant donné qu'il n'a pas encore éprouvé la sensation d'unicité, mais la contenance lui est essentielle. Elle permet au bébé de recevoir un ancrage sensoriel, une sécurité interne et la sensation d'un soi substantiel qui existe et qui est uni.

Il est alors important de noter que la contenance reste une notion fondamentale dans la sensation de continuité d'être et de vivre. Ainsi, un espace externe désorganisé et peu contenant peut être à l'origine d'un sentiment d'étrangeté à soi-même, de désorganisation du soi et d'angoisse de morcellement chez l'adulte.

L'espace externe et l'espace interne, le soi et le non-soi, sont donc en construction et en accordage tout au long de la vie d'un individu. Malheureusement, il arrive que ces deux espaces se désaccordent, se fracturent et se fragmentent lors d'évènement de vie traumatique.

B) L'espace externe fragmenté et l'espace interne fracturé au moment du trauma

a) Un espace externe subi

Nous avons vu que les structures cérébrales impliquées dans la mémorisation de l'espace étaient principalement le cortex préfrontal dorsolatéral ainsi que l'hippocampe. Au moment d'un traumatisme, les liaisons avec le cortex préfrontal se coupent et l'hippocampe reçoit les informations de façon extrêmement désorganisées. De ce fait, l'individu qui vit le traumatisme n'a pas la capacité de percevoir l'espace de façon très élaboré tel qu'il pourrait le percevoir dans des conditions ordinaires.

Les images qui viennent à lui sont fragmentées, elles sont en mosaïque. Cela nous rappelle alors l'idée de l'espace subi dans le développement de la perception de l'espace

chez le bébé. C'est pourquoi, l'individu, sidéré au moment du traumatisme, n'est plus en capacité d'interagir avec son environnement. Il le subit.

L'espace subi est un espace qui peut être extrêmement angoissant pour le bébé s'il n'est pas contenu par l'adulte. Dans le cadre d'un psychotraumatisme, nous pouvons émettre l'hypothèse que l'individu revit l'espace de façon archaïque. Cet espace que représente son environnement engendre la même angoisse que l'espace subi par le bébé. La désorganisation de tous les éléments extérieurs ne lui permet alors pas à l'instant t de recevoir un bon ancrage sensoriel, de se sentir contenu et en sécurité.

L'espace subi est également un espace qui ne s'inscrit pas en mémoire. Il n'est pas rare, qu'un individu qui vient de vivre un traumatisme, ne soit pas capable de vous expliquer ce qu'il s'est passé. Nous avons vu que les images ne pouvaient pas être recollées les unes aux autres avec une logique temporelle, mais, il est aussi vrai que ces images ne sont pas toutes en mémoire et qu'elles peuvent être floues. A noter que pouvoir se remémorer les événements, y mettre des mots et y mettre du sens, est extrêmement important dans le phénomène de résilience que nous développerons un peu plus tard dans ce mémoire.

L'espace confus qui se vit le temps d'un traumatisme est vecteur de nombreuses informations sensorielles. Cependant elles ne prennent pas de sens, elles ne sont pas délimitées par un cadre permettant de les représenter de façon efficace et d'y donner du sens. L'environnement est obscur et la sensorialité de l'individu mise à mal. Mais alors qu'en est-il de la motricité de l'individu et de son espace interne ?

b) Une effraction dans l'espace interne et une motricité interrompue

L'expérience traumatique peut-être décrite comme une expérience sensori-motrice bouleversante. Lorsque l'individu est sidéré face à l'effroi que produit les afférences sensorielles du traumatisme, sa capacité à se mouvoir s'éteint et sa motricité se bloque. Il

ne peut plus bouger, il n'habite plus son corps. C'est ce qu'on appelle la dissociation traumatique. L'effraction psychique et physique que produit le traumatisme contraint la personne à sortir de son corps pour ne pas avoir à le subir. Un arrêt du mouvement et une incapacité à se défendre s'installent. L'individu est paralysé, hors de son corps.

L'incapacité à s'approprier l'espace de son corps au moment du traumatisme a de lourdes conséquences sur le plan psychomoteur. Le corps est mortifié par ce qui est en train de se produire. On sait que la psychomotricité représente la façon qu'a l'individu d'être au monde. Ainsi, son arrêt brutal lors de la sidération peut représenter l'incapacité d'être au monde et l'extinction de la vie.

La capacité à investir l'espace de son propre corps, à le mouvoir, à le sentir fait partie de l'être, de l'existence et de la sensation de vie. Comme évoqué précédemment, ce sont par les expériences sensori-motrices que le bébé développe la perception du soi et du non-soi. Il est alors probable que l'expérience sensori-motrice que procure le traumatisme inscrit, en quelque sorte, la sensation de mort imminente dans la psychomotricité de l'individu.

Le corps n'est plus habité, l'effraction qu'a fait le traumatisme a détruit toutes les limites permettant à l'individu d'éprouver la conscience d'un soi fini, d'un soi solide. Ce qui normalement devrait participer à représenter la sécurité de l'individu, c'est-à-dire la conscience d'être et d'avoir des limites, n'est plus. Ces limites ont été fracturées.

Lorsque les limites corporelles et psychiques sont franchies, la vulnérabilité de l'individu est à vif. L'enveloppe corporelle qui distingue le soi du non-soi n'existe plus. Comme le dit D. Anzieu dans son livre « Moi-peau », la peau délimite le moi corporel. L'enveloppe psychique est liée à l'enveloppe corporelle (Anzieu, 1985). La psychomotricité de l'individu devient perméable et ce qui est de l'ordre de la terreur se grave en lui. Son espace somato-psychique est envahi, son enveloppe éclate et il n'y plus de distinction entre ce qu'il se passe à l'extérieur et ce qu'il se passe à l'intérieur.

Pourtant l'expérience qui s'est produite a bien existé et a laissé sa trace. Il arrive même parfois de constater que l'agresseur vit encore de façon symbolique à l'intérieur de l'individu. Son espace interne a été, d'une certaine façon, contaminé par l'espace de

l'autre. L'enveloppe corporelle, détruite lors du traumatisme, a laissé place à l'agresseur qui s'est installé dans la psycho-corporéité de l'individu.

Ainsi, l'espace interne de la personne psychotraumatisée est sous emprise et constamment menacée. La perception des nouveaux espaces ne peut donc plus se faire de façon sécurisante. La constance de la menace règne et l'exploration prend des tournures beaucoup trop dangereuses.

C) Une réorganisation spatiale impliquant des espaces internes et externes fragilisés

Suite à un vécu traumatique, l'individu fait face à une réorganisation de sa spatialité. Nous pouvons émettre l'hypothèse que, puisque l'individu est revenu le temps du traumatisme dans une perception de l'espace subi, peut-être va-t-il devoir revivre toutes les étapes du développement pour arriver à un corps maîtrisé ? Ce qui est certain, c'est qu'une réorganisation spatiale ne pourra se faire que par étape et de façon progressive.

La dissociation, qui a eu lieu lors du traumatisme, peut se reproduire à chaque reviviscence traumatique. La représentation qu'a l'individu de l'espace de son corps et de l'espace extérieur est constamment en dent de scie. Ainsi, la différence entre le soi et le non soi est devenue plus confuse et la sécurité interne de l'individu est sous l'influence constante de la menace de l'autre.

a) L'espace externe

Les espaces externes à l'individu représentés par l'autre et l'environnement sont sous la menace des reviviscences. La mémoire émotionnelle est à vif et aucune image ne vient lui donner de sens. Une hypersensibilité à l'environnement peut être notable et l'espace externe est vecteur d'angoisse et d'anxiété. L'hypervigilance décrite dans la

symptomatologie du syndrome de stress post-traumatique peut en être la résultante. C'est en partie pour cela qu'un des mécanismes de défense entraîné par le psychotraumatisme est le besoin d'hypercontrôle. L'impression de contrôler l'environnement et de bien délimiter les espaces font fonction de contenance pour l'individu psychotraumatisé.

Les reviviscences créent chez les individus psychotraumatisés des pertes de contact avec la réalité. En effet, le sentiment de déréalisation peut faire son apparition. Ce sentiment peut bouleverser les repères spatiaux-temporaux de l'individu à court ou moyen terme. L'angoisse engendrée au moment des reviviscences peut également provoquer de l'anxiété généralisée chez la personne psychotraumatisée.

L'Association Psychomotricité et Psychotraumatisme sous le sigle A.P.P. créée le 13 juillet 2018, met en évidence des troubles de l'appréhension de l'espace chez l'individu psychotraumatisé ainsi qu'une hyperréactivité aux flux sensoriels. C'est pourquoi, il n'est pas rare d'observer de l'impulsivité et/ou de l'inhibition face à l'appréhension de l'environnement chez ces personnes. L'espace externe est donc bien vécu comme menaçant. En effet, la menace est là et elle existe. Cela fait notamment lien avec le sentiment d'insécurité corporelle.

b) L'espace interne désinvesti et menacé

L'espace interne de l'individu est éprouvé de façon insécurisante. Les conséquences du psychotraumatisme et des reviviscences créent une sensation d'excitation interne constante chez l'individu. L'amygdale est très active et les moments de sérénité sont rares. L'A.P.P met en évidence que l'on peut observer « un désinvestissement de certaines zones corporelles ou spatiales (comme le dos et l'arrière du corps vécu comme source de dangers non contrôlable visuellement) » (A.P.P, 2016). C'est pourquoi la réorganisation spatiale de l'individu suite à un traumatisme impacte l'espace du corps.

Certaines zones du corps sont des canaux hyposensibles ou hypersensibles aux flux sensoriels. Certaines zones, désinvesties, procurent un manque d'accès aux sensations corporelles. Ainsi, le tact, l'ouïe, la vue, la gustation, la proprioception et l'olfaction ne permettent plus une bonne appréciation des flux sensoriels. En ce qui concerne la proprioception, elle a de nombreuses conséquences sur la représentation du schéma corporel et l'image du corps de l'individu.

La proprioception se traduit par la perception, consciente ou non des différentes parties du corps. C'est la capacité qu'a l'être humain de connaître la position des différents membres de son corps dans l'espace sans y avoir accès visuellement. L'hypertonie notable chez les individus psychotraumatisés peut avoir des conséquences sur la proprioception.

Des troubles de l'image corporelle peuvent aussi apparaître et peuvent se définir par une image du corps négative, dévalorisante allant même jusqu'au dégoût de certaine partie du corps rappelant le traumatisme.

La dissociation traumatique peut également amener des pertes de contact avec soi, on appelle cela le phénomène de dépersonnalisation. La dépersonnalisation amène un sentiment d'étrangeté à soi-même incluant l'impression de ne plus être dans son corps et de ne plus être un corps. Des angoisses de morcellement et de liquéfaction due aux reviviscences peuvent aussi apparaître chez le sujet psychotraumatisé. De ce fait, le corps peut à n'importe quel moment ne plus former un tout fini, construit et sécurisant.

a) Le doute sur deux espaces qui se chevauchent

La sensation d'un corps qui nous échappe est vecteur d'angoisse archaïque tel que le morcellement. Puisque l'espace du corps n'a plus vraiment de limite, la distinction entre l'espace externe et interne peut être fragilisée. Ces espaces peuvent se chevaucher et créer un besoin de fusion chez les individus psychotraumatisés. Vivre aux travers de l'autre devient fonction de contenance et nous pouvons émettre l'hypothèse que les mécanismes

d'emprise dans les relations perverses en sont une conséquence. Il est alors possible que ce mécanisme s'apparente au syndrome de Stockholm. Paru en 1973 et théorisé par le psychiatre Américain F. Ochberg, le syndrome de Stockholm fait suite à un braquage où les victimes se sont identifiées à l'agresseur, en prenant sa défense.

Dans le cadre de violences traumatiques répétées, le Docteur M. Salmona évoque le fait que l'individu reste dissocié tant qu'il sera au contact de son agresseur (Salmona, 2016). Si la dissociation se traduit par une rupture entre le corps et l'esprit, il est possible que le lien entre le corps et l'esprit de la personne psychotraumatisée appartienne de façon symbolique à l'agresseur et son emprise qu'il a sur la victime.

Ce qui appartient à soi, à l'espace de son propre corps et ce qui appartient à l'autre devient confus. C'est également pour cela que la réorganisation spatiale de l'individu psychotraumatisé est fragile. Il est alors possible que l'espace subi, le temps du traumatisme, contraigne la victime à entrer en fusion avec l'agresseur.

Ces nombreuses hypothèses sont le fruit d'une réflexion personnelle en lien avec mes observations cliniques dont le développement va suivre.

III) Présentation d'un cas clinique

Ce mémoire a été élaboré dans le contexte particulier de la crise sanitaire liée au Covid-19 ce qui a écourté mon stage en CMP adulte.

J'ai pu néanmoins suivre la prise en charge d'une patiente suffisamment longtemps pour dégager la problématique de mon mémoire et alimenter ma partie clinique. Cette patiente m'a profondément marquée et sa prise en soins m'a projetée dans mon futur métier de psychomotricienne.

1) Première rencontre avec Mme T

Lors de ma première rencontre avec Mme T, nous étions trois : Mme T, ma maitresse de stage et moi. J'étais une tierce personne qui venait bouleverser l'espace thérapeutique habituel. Pourtant, Mme T a accepté ma présence sans réserve.

Le premier contact a été fluide avec Mme T, mais elle semblait distante. J'ai ressenti une certaine gêne ambiante. Cette gêne ne me paraissait pas liée à ma présence, mais plutôt en raison de la façon dont Mme T investissait son corps. Mme T semblait gênée dans son corps et par son corps.

Ma première réflexion a alors été la vision d'un corps qui paraissait inhabité. Mme T habite un corps figé, ce même corps sidéré lors du traumatisme en référence au « frooze » de Peter A. Levine. Mme T était toute de noir vêtue et son corps était peu mobile, son expression verbale était très riche mais son corps ne s'exprimait pas. J'ai été déstabilisée par le manque d'expression faciale et corporelle qui d'ordinaire auraient pu venir agrémenter son discours.

Ma maitresse de stage a pratiqué une séance de sophrologie et Mme T a eu accès à beaucoup d'images mentales en lien avec son passé. Mme T m'a surprise sur ses capacités

d'élaborations verbales. Lors de la reprise, elle a en effet pu faire énormément de liens avec les événements traumatiques de son passé.

Cette première rencontre s'est alors conclue par mon étonnement de voir à quel point Mme T avait de l'aisance à investir l'espace psychique alors que son espace corporel m'apparaissait comme étant complètement désinvesti.

2) Anamnèse

Mme T est une jeune femme de 35 ans. Anciennement infirmière elle a demandé à être licenciée pour inaptitude suite à la déclaration des nombreux symptômes qui vont suivre. Son premier RDV en psychomotricité a eu lieu le 25 avril 2018 et elle est toujours suivie à ce jour.

Mme T se décrit comme « une survivante de l'inceste ». Durant l'enfance elle a été victime d'inceste par son frère ayant 8 ans de plus qu'elle. C'est à 11 ans qu'elle a pu le conscientiser. Mme T dit savoir que ce n'était pas bien mais qu'il était difficile de dire non. Elle évoque aujourd'hui le fait d'être déstabilisée par la relation qu'elle a subie avec son frère jusqu'à ses 11 ans. Elle décrit ne pas comprendre pourquoi elle « acceptait » l'inceste avec son frère. De plus, le milieu familial insécure dans lequel a évolué Mme T s'est avéré très peu contenant en raison d'une mère décrite comme « peu aimante » et souffrant de problèmes d'alcoolisme.

Par la suite, elle a rencontré un homme que nous appellerons Mr V. Mr V était de 18 ans plus âgé qu'elle et elle est restée à ses côtés de nombreuses années. Elle a entretenu une relation d'emprise avec cet homme dont les échanges étaient principalement basés sur une sexualité vécue comme dégradante. On peut penser ici que l'investissement d'une telle relation répond au mécanisme de conduites dissociantes à risque, décrites dans le chapitre II de ce mémoire.

En ce qui concerne les données médicales, Mme T souffre d'endométriose, d'une colopathie fonctionnelle ainsi que de fibromyalgie. Si l'on se réfère à la liste des conséquences somatiques du psychotraumatisme, les maladies dont souffre Mme T en font toutes partie. Mme T évoque également des difficultés pendant les rapports sexuels se traduisant par des « douleurs », il s'agit alors de dyspareunies. Le terme dyspareunie définit les douleurs se manifestant à proximité ou au niveau de l'orifice du vagin. Cela pose donc la question d'un vaginisme, lui aussi étant une conséquence d'un syndrome de stress post-traumatique.

Mme T a commencé un suivi psychologique au Centre Médico Psychologique en 2016 suite au décès brutal de son compagnon que nous appellerons Mr G. Il est décédé d'un cancer du poumon. C'est un homme avec qui Mme T se sentait bien, en confiance et avec qui elle avait redécouvert la sensation de bonheur et de plaisir. Suite au décès de Mr G, ses symptômes anxieux se sont majorés ainsi que ses symptômes physiques (endométriose, fibromyalgie, etc.). Cette période a également été un moment où Mme T a développé des possibles angoisses de mort ainsi que des somatisations au niveau pulmonaire.

Il est important de noter que Mme T s'était énormément investie auprès de son défunt compagnon durant son cancer. Mme T est infirmière de formation et c'est elle qui a pris le relais sur les soins infirmiers administrés à Mr G. Au moment du décès, c'est également elle qui a effectué la toilette mortuaire. Un tel événement et l'investissement dont a fait preuve Mme T ont donc probablement été un catalyseur de ses symptômes somatiques.

Actuellement, Mme T suit également une thérapie EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing, c'est-à-dire une désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires.). Cette méthode élaborée par F. Shapiro en 1999, est une thérapie qui a pour but d'aider les personnes victimes de syndrome de stress post-traumatique. Grâce à cette méthode les personnes souffrantes peuvent être traitées et cela même des années après que le traumatisme ait eu lieu.

Mme T est une patiente très volontaire et engagée dans le chemin de la guérison. Elle est également suivie par une psychologue au centre anti-douleur et par d'autres acteurs

en libéral : par un kiné-naturopathe kinésiologue, un ostéopathe, et des « médiums » lui permettant d'essayer d'entrer en contact au sein de son foyer avec son compagnon décédé.

3) Données psychomotrices

Il n'y a, à ce jour, pas de bilan psychomoteur standardisé qui a été effectué. Mes observations psychomotrices ainsi que celles de ma maitresse de stage en feront l'objet. Concernant ma maitresse de stage, elle s'est basée principalement sur les observations des mouvements et réactions de prestance spontanées.

➤ Observation du mouvement spontané :

Nous constatons la présence de gestes automatiques pouvant traduire une certaine anxiété, inquiétude ou d'angoisse. Ces gestes apparaissent notamment lorsque des faits sensibles en lien avec son passé sont évoqués. Ces gestes automatiques peuvent se manifester par le besoin de se toucher les mains et les doigts.

➤ Posture :

La posture de Mme T est assez raide, une hypertonie dans le haut du corps se fait ressentir. Si l'on se réfère à la description des chaînes musculaires, méthode élaborée par Godelieve Denys-Struyf, Mme T se situerait dans un schème postural antéro-latéral. Ses membres sont repliés vers l'intérieur en abduction et en rotation interne. Ils sont en repli sur son axe médian et sa posture en enroulement. A savoir que, l'aspect psychocomportemental de cette posture met en évidence une fonction de ramener vers soi et d'intérioriser se traduisant par un excès de tristesse et d'angoisse.

➤ Tonus :

D'après mes observations visuelles, Mme T présente un tonus de fond de nature hypertonique. Ses mouvements traduisent un manque de fluidité et une impulsivité probablement dues à l'hypertonie. Le tonus de Mme T est marqué par une « carapace tonique » qui semble faire fonction de barrière tonique avec le monde extérieur. Nous savons que l'hypertonie et l'impulsivité font partie des conséquences psychomotrices d'un syndrome de stress post-traumatique. Ainsi, on peut supposer que cette carapace tonique serait une des conséquences de ses traumatismes.

➤ Schéma corporel, image du corps :

Lors d'une séance et avec l'accord de Mme T, j'ai effectué une relaxation associée à du toucher thérapeutique en utilisant différentes balles. Mme T m'a confiée avoir sentie son côté gauche alors qu'elle avait des difficultés auparavant. Nous pouvons alors supposer qu'un désinvestissement corporel en serait peut-être à l'origine. Il est probable que l'hyposensibilité des membres vienne influencer le schéma corporel de Mme T. En effet, l'état de sidération vécu durant les traumatismes répétés, a pu venir couper Mme T de ses sensations corporelles périphériques.

Mme T a également évoqué le fait que le décès de son ex-compagnon, Mr G., l'a coupé de sa féminité. Il est possible que cet évènement brutal ait cristallisé tous les traumatismes sexuels vécue par Mme T. Ainsi, l'investissement de la partie pelvienne pose question pour Mme T d'autant plus que nous avons noté qu'elle souffrait de dyspareunies.

Il aurait alors été intéressant d'observer une épreuve de bilan portée sur le schéma corporel comme le voyage de Garelli. Le voyage de Garelli est une épreuve qui sollicite la qualité de l'intégration du schéma corporel en l'absence de supports visuels. Il s'agit de demander au patient de nommer les différentes parties du corps permettant de relier un point de départ et un point d'arrivée. Le thérapeute indique ces deux points à travers

le canal sensoriel du toucher. Ainsi, la personne peut évoquer le trajet possible reliant les deux parties du corps désignée. Cette épreuve aurait peut-être pu mettre en évidence et de façon précise, des difficultés d'accès à la conscience corporelle ainsi que des difficultés d'élaboration du schéma corporel.

Au niveau de l'image du corps, Mme T a évoqué avoir « une haine de son corps ». C'est une personne qui semble se cacher derrière ses habits noirs et amples. Il est probable que les événements traumatiques vécus par Mme T influencent son rapport au corps. L'inceste qu'elle a subi s'étant inscrit dans sa sensorialité et sa corporalité, il est probable que son corps le lui rappelle à chaque instant. En conséquence, il se peut que le dégoût soit la seule chose que son corps lui évoque.

➤ Sur le plan sensoriel :

Mme T a évoqué lors d'une séance de sophrologie avec des exercices sollicitant les cinq sens, qu'il était difficile pour elle d'investir la zone orale et la zone olfactive. Son vécu traumatique est probablement à l'origine de l'altération de ces canaux sensoriels. Un réaménagement de l'utilisation et de la perception des sens, que sont l'olfaction et la gustation est donc à envisager chez Mme T.

Nous savons également que l'exploration de l'espace se fait à travers les expériences sensori-motrices. Ainsi, il se peut que l'exploration de l'espace pour Mme T soit plus périlleuse en raison de canaux sensoriel difficiles à exploiter.

➤ Spatialité, temporalité :

Mme T semble maîtriser les notions temporelles et spatiales. L'heure et le lieu de rendez-vous ne lui ont encore jamais posé problème jusqu'à présent. Cependant elle présente des difficultés à vivre dans l'instant présent. Lorsqu'il s'agit de parler d'évènements pour Mme T, il s'agit majoritairement d'évènements du passé. Mme T est

également très attachée aux dates lui rappelant des événements passés. Sa vie se joue aujourd'hui sur ce qui a été vécu. Les instants présents sont envahis par la mémoire du passé et chaque jour est connoté émotionnellement par la mémoire traumatique de Mme T.

J'ai noté que Mme T investissait peu l'espace de la pièce, ces déplacements sont toujours soumis aux indications qui lui sont données. Mme T présente des difficultés d'autonomisation dans l'exploration spatiale.

Comme je l'évoque dans la partie sur ma première rencontre avec Mme T, son corps ne semble pas du tout investi. Nous percevons à peine les mouvements de respiration durant les différentes relaxations.

Dans le cas où la consigne est de faire certains gestes (gestes protocolisés en fonction de la problématique abordée), Mme T se montre très hésitante et ne va pas au bout des mouvements. Nous avons pu observer que Mme T investit tout de même davantage la zone médiane de son corps au détriment de la zone latérale et des membres. Nous pouvons supposer que l'espace de ses membres qui d'ordinaire servent à prendre la fuite ou se défendre, est moins investi suite aux différents traumatismes répétés qu'elle a subis.

4) Profil psychomoteur

Un bilan porté sur les particularités psychomotrices des personnes souffrant de syndrome de stress post-traumatique a été proposé par la psychomotricienne D.Defontaine dans « Le grand livre des pratiques psychomotrice » (voir scan ANNEXE 4).

D'après ce bilan et les observations de ma maitresse de stage et moi-même, nous retrouvons des similitudes entre le profil psychomoteur type d'une personne souffrant de syndrome de stress post-traumatique et Mme T.

En effet, Mme T présente une hypertonie avec posture défensive et sa motricité spontanée est effectivement perturbée par de l'hypervigilance ainsi que des gestes automatiques dont elle fait preuve. Sur le plan sensoriel Mme T présente des difficultés

d'accès à la conscience corporelle. L'image du corps est pauvre, associée à un sentiment de dégoût probablement causé par la honte liée à ce qu'elle a subi. La structuration temporelle de Mme T est influencée par la mise en place de nombreux rituels (date d'anniversaire, etc...). Sur le plan spatial, Mme T présente un besoin de maîtriser son espace environnant. Comme nous avons pu le voir précédemment, elle fait appel à un professionnel chargé de nettoyer les espaces énergétiques de sa maison pour lui permettre de s'y sentir mieux et en sécurité. D'après mes observations et celles de ma maîtresse de stage, Mme T évoque une grande fatigabilité. C'est d'ailleurs pour cette raison qu'elle a demandé le licenciement pour inaptitude.

Il est important de noter que les caractéristiques psychomotrices de Mme T ont toutes une incidence sur ses qualités relationnelles au sens large (relation à soi, aux autres et au monde en général). Les « aptitudes » relationnelles sont grandement endommagées chez les personnes souffrant de syndrome de stress post-traumatique. En effet, le critère G du DSM-V décrit que la perturbation des critères B, C, D et E dont certains ont été évoqués au début de ce mémoire, entraîne une souffrance cliniquement significative ou une incapacité importante dans les dimensions sociales, professionnelles, ou toutes autres dimensions importantes du fonctionnement.

Mon mémoire porte sur les liens entre psychotraumatisme et réorganisation spatio-temporelle. Ainsi, je vais d'avantage détailler la façon dont Mme T investit les fonctions psychomotrices que sont l'espace, le temps et le tonus.

5) Comment Mme T se vit-elle dans son espace ?

A) *La psycho-motricité de Mme T*

Comme je l'ai évoqué dans mes précédentes observations, Mme T n'investit pas l'espace psychique et l'espace corporel de la même façon. C'est pour cela qu'il me semble adapté de parler de « psycho-motricité » pour Mme T et non de « psychomotricité ». Chez

l'individu dissocié à cause d'un psychotraumatisme, on retrouve la notion de rupture entre le haut (la psyché) et le bas (le corps). Les sensations corporelles ne se ressentent plus de façon claire et elles ne s'expliquent plus.

L'esprit de Mme T n'habite plus son corps, ils se sont en quelque sorte désolidarisés. Cette désolidarisation est la conséquence de la dissociation traumatique. J'ai pu remarquer que lors des séances de sophrologie avec ma maitresse de stage, que Mme T ne peut se visualiser que de l'extérieur. On retrouve ce mécanisme à l'œuvre lors de la dissociation traumatique où l'individu vit la scène à l'extérieur de son corps. Ainsi, nous pouvons supposer que Mme T évolue de façon globale en étant contrainte par cette dissociation psycho-corporelle. Le manque d'unité et d'harmonisation de Mme T peut alors traduire une insécurité corporelle et psychique.

B) La sécurité interne de Mme T

« L'inceste, que l'on peut définir communément comme des violences sexuelles commises sur un mineur par des membres de sa famille, est une violence particulière qui attaque l'identité de l'enfant et sa place au sein de sa famille, et brouille tous ses repères. L'inceste détruit la confiance de l'enfant envers ses figures d'attachements fondamentales, et le réduit à un objet sexuel au mépris de ses besoins fondamentaux et dans le déni de sa souffrance. La force et l'autorité du lien qui unit et assujettit l'enfant à sa famille censée être le garant de sa sécurité, jointe à la dépendance de l'enfant, le rendent "prisonnier", il ne peut ni s'opposer, ni fuir, juste subir et survivre comme un automate. » (Salmona, 2015)

Mme T a évoqué lors de notre dernière séance sentir une constante insécurité interne. Elle a pu dire que selon elle, elle ne ressentait pas de sécurité interne car elle a manqué de sécurité de base. Le cercle familial dans lequel Mme T a évolué étant petite n'était pas un espace contenant. C'était un espace où aucun membre de la famille n'était à sa place et où les limites des uns et des autres n'existaient pas.

Ce qui était de l'ordre de l'intime n'avait pas de sens. Son intimité ne lui appartenait pas mais elle appartenait à son frère plus âgé. Comme le dit le docteur M. Salmona, le cadre familial en temps normal sécurisant, est vecteur de souffrance et d'effroi lorsqu'il s'agit de violences sexuelles et psychiques. Le combat ou la fuite sont impossibles et l'enfant est contraint de se soumettre aux figures d'attachements. La sécurité de base se construit majoritairement durant l'enfance, ainsi construire sa sécurité de base dans un milieu insécure n'est pas propice à une évolution sereine de l'individu.

« Sans jamais frapper un enfant, on peut l'abîmer et le casser en tuant en lui les germes de sa sensibilité, en le méprisant, en l'humiliant, en ignorant ou en bafouant sa réalité affective » (Robert Ouvray, 2003).

Mme T évoque souvent le fait que « sa mère aurait dû la protéger », que « c'était son rôle de savoir et d'agir, mais qu'elle ne l'a pas prise au sérieux ». L'attitude dont a fait preuve la mère de Mme T, a pu avoir de lourdes conséquences sur la construction psychique et affective de Mme T.

Le manque de contenance de la part de la mère a probablement laissé place à un sentiment d'éclatement. L'alcoolisme dont souffrait la mère de Mme T peut avoir engendré une irrégularité des soins et des relations tonico-émotionnelles confuses. Il est alors probable que Mme T n'ait pas constitué une enveloppe corporelle et psychique suffisamment contenant.

Si l'on se réfère à la théorie de Winnicott, il est également possible que Mme T. n'ait pas bénéficié d'un bon holding ni d'un bon handling. Le holding correspond au portage psychique tandis que le handling correspond au portage physique (Winnicott, 2006). On peut alors supposer que la mère de Mme T ne rentre alors pas dans le cadre de ce que Winnicott définit comme « une mère suffisamment bonne ».

Par ailleurs Mme T a déjà évoqué le fait de se sentir dans un corps « vide ». Ce vide peut représenter le rien ou un trop de sensations pour lesquelles elle ne peut donner du sens. Le rôle part-excitateur de la mère n'ayant pas été rempli, l'éclatement que crée les moments d'angoisse et de vide n'a pas pu être contenu.

Nous allons alors voir quel mécanisme Mme T a mis en place pour pallier à ses difficultés.

C) La place du non soi pour Mme T

Dans l'anamnèse nous avons pu constater que Mme T investissait de multiples espaces thérapeutiques. Lorsque j'ai pris connaissance de cela, je fus réellement interloquée et ma question fut de savoir : quelle fonction peut avoir la multiplication des espaces thérapeutiques pour Mme T ?

Mme T est très engagée dans sa prise en soin. Elle a évoqué lors d'une séance vouloir « se reconnecter à son corps », mais la multiplication des espaces thérapeutiques pose tout de même question. Mme T se sent en insécurité constante d'après ses dires. Il est probable que tous les différents espaces thérapeutiques qu'elle investit, viennent faire fonction de contenance pour elle. Son manque de sécurité interne crée probablement un besoin de contrôle des espaces externes et leur multiplication pourrait jouer le rôle de contenance. Nous pouvons alors supposer un manque d'autonomisation de la part de Mme T en ce qui concerne l'autosuffisance et l'autogestion de ses angoisses.

De plus, son compagnon, Mr G, était une personne extrêmement centrale dans la vie de Mme T. Après le décès de celui-ci, mort d'un cancer du poumon, Mme T a commencé à développer des symptômes pulmonaires. Cela pose question sur la fusion qu'entretenait Mme T avec son ancien compagnon, qui faisait probablement fonction de contenant de ses angoisses.

La fusion de Mme T avec tous les espaces sécurisants que le non-soi peut lui apporter est probablement due à un espace encore subi. Cet espace pour lequel les sensations internes sont bien trop floues, bien trop éclatées pour que Mme T puisse se sécuriser d'elle-même.

D) Quel rapport Mme T entretient-elle avec son espace interne ?

Comme je l'ai évoqué précédemment Mme T entretient un rapport d'insécurité avec son espace interne, les angoisses de mort y sont très présentes. Mme T n'investit pas tous les espaces corporels de la même façon et il s'avère que les parties périphériques que sont les membres ne sont pas totalement investies.

Lors de la sidération traumatique les connexions entre le système nerveux central et le système nerveux périphérique se coupent. L'état de sidération crée une césure entre le corps et la psyché de l'individu. C'est pourquoi la personne ne ressent pas et ne conscientise pas ce qui est en train de se produire. Cette rupture perdure tant que les éléments ne sont pas raccrochés les uns aux autres et tant que le traumatisme n'a pas été résolu.

Donner du sens aux sensations corporelles est donc d'une importance capitale dans le mécanisme de résilience traumatique. Le corps se souvient de ce qu'il s'est passé. Il est probable que l'hyposensibilité des membres de Mme T soit une conséquence de son incapacité à prendre la fuite du fait de la non-activation des membres inférieurs et de son incapacité à se protéger en utilisant les membres supérieurs lors du traumatisme. Les circuits nerveux peuvent avoir été abimés, c'est pourquoi Mme T investit moins ces espaces.

L'insécurité présente dans l'espace interne de Mme T peut être le résultat d'un manque de capacité à donner du sens à ses sensations corporelles. Cela peut alors créer une sensation d'éclatement et de dangerosité interne. L'espace interne est devenu un terrain hostile et peu compréhensible

6) La temporalité de Mme T

A) *Le passé, le présent et le futur*

Les rythmes internes de Mme T sont accordés sur les rythmes de son vécu passé. Le présent n'a de sens pour Mme T, que par ce que le passé vient lui donner une traduction.

En effet, Mme T vit l'instant présent au travers des dates qui ont marquées son passé et elle y est très attachée. La place que prend son défunt compagnon dans son présent est quasi-totale. A ce jour, Mme T n'est pas en capacité de dormir dans l'ancien lit conjugal car la présence de son compagnon y est encore trop marquée.

Être capable de vivre l'instant présent demanderait à Mme T de réparer son passé. Mais comment pouvons-nous nous détacher du passé alors qu'il brûle encore en nous ? La mémoire émotionnelle de Mme T est à vif et il en va de même pour sa mémoire corporelle.

Une émotion c'est avant tout une sensation corporelle. Elle se détermine à travers nos éprouvés corporels comme : avoir la gorge nouée, des nœuds dans l'estomac, etc. Pour Mme T, les rythmes internes animés par ses sensations corporelles sont aujourd'hui majoritairement ceux du passé.

Actuellement, la confusion créée par les rythmes corporels en lien avec le passé de Mme T ne lui permet pas d'apprécier le présent et de se projeter dans le futur. Mme T est alors certainement bloquée psycho-corporellement dans la mémoire traumatique.

B) *Une rythmicité sous emprise*

Les rythmes internes de Mme T sont bercés de reviviscences et de souvenirs traumatiques. Les temps d'attentes et les temps de présent sont menacés par la mémoire traumatique. La mémoire traumatique revient à la charge au moment des reviviscences et

décoordonne la sensation de continuité d'être de Mme T. Une insécurité corporelle latente en est alors une conséquence.

La temporalité de Mme T est donc en quelque sorte sous l'emprise des reviviscences. Ce sont elles qui participent le plus à la psycho-motricité de Mme T et donc à sa façon d'être au monde.

L'inceste qu'a vécu Mme T avec son frère lui soulève encore quelques questions. Elle se demande pourquoi elle a « accepté » la situation. Mais il ne s'agit pas là d'accepter une situation, mais plutôt d'y avoir été contrainte. Les événements passés avec son frère résonnent encore aujourd'hui comme des scènes qui n'ont pas de sens. Nous savons que donner du sens, est une des façons de venir contenir l'angoisse des questionnements sans réponse.

Les rythmes internes créés par la discontinuité des reviviscences sont donc perturbés. Le sentiment continu d'exister l'est alors tout autant puisque la sensation de continuité rythmique permet son appréciation. Mme T vit dans des rythmes internes discontinus et pour lesquels la continuité trouve aujourd'hui difficilement sa place.

C) La tonicité de Mme T comme enveloppe corporelle

L'état d'alerte que crée la mémoire traumatique vient influencer le tonus de fond de Mme T. L'hypertonie est devenue constitutionnelle de sa façon d'être. En effet cette tension constante des muscles peut se traduire par une préparation imminente à la fuite ou au combat qui n'a pas pu être effective lors du traumatisme.

Elle peut également représenter une armure tonique faisant fonction d'enveloppe corporelle. Cette enveloppe tonique pourrait alors palier à l'effraction que peut créer le contact avec le monde extérieur. En effet, puisque l'espace externe est insécurisant il est possible que l'hypertonie constitutionnelle de Mme T fasse fonction de barrière ou de pare-excitation.

Le tonus est ce qui permet à l'être humain d'être en lien avec le monde extérieur. Comme nous l'avons vu précédemment le tonus entre en jeu dans le dialogue tonique. Ce

mode de communication est essentiel pour interagir de façon adaptée avec son environnement. En ce qui concerne Mme T, il se peut que son hypertonie basale influence largement la façon dont elle interagit avec le monde et la façon dont le monde interagit avec elle.

IV) Que peut-on proposer en psychomotricité et pourquoi ?

1) Pourquoi proposer une médiation psychomotrice ?

A) *Indication*

La psychomotricité n'en est qu'à ses débuts dans la prise en charge du psychotraumatisme. En effet, l'A.P.P qui est une association défendant l'intérêt de la prise en charge en psychomotricité des personnes souffrant de stress post-traumatique a été fondée en 2018. Mais alors, quel est donc l'intérêt de proposer une thérapie psychomotrice à Mme T ?

D'après le psychiatre Bessel Van Der Kolk, le corps n'oublie rien lorsqu'il s'agit d'un psychotraumatisme. Il parle alors de prendre en charge l'individu en effectuant une thérapie de bas en haut, c'est-à-dire du corps vers le psychisme. Cela consisterait à passer par le corps pour venir régler les désordre neuropsychologique (Van Der Kolk, 2014). Nous connaissons bien l'existence des psychothérapies qui consistent en une introspection par le verbal. Elles ont d'ailleurs toutes leur importance dans le cadre du psychotraumatisme. Mais il s'agit là, de compléter la prise en charge par le biais de médiations corporelles via une pratique psychomotrice.

L'A.P.P met en évidence que « les indications en première intention sont justifiées quand une thérapie verbale est impossible face à l'irreprésentabilité du vécu. La verbalisation à partir du ressenti puis de la représentation du corps amènera dans un second temps une verbalisation associative. De même, quand le sujet ne peut pas parler par crainte de ne pas être cru, compris ou de contaminer les autres avec son propre effroi. » (A.P.P, 2016)

En effet lorsque l'histoire de l'individu est quasi impossible à compter, le corps peut servir de porte d'entrée à son histoire. C'est par les ressentis et les expériences corporelles

que l'individu va peut-être pouvoir se reconnecter à ses sensations corporelles et leur donner du sens.

« La psychomotricité agit en effet conjointement sur le corps et sur le vécu pour favoriser l'équilibre psychosomatique de la personne. Incluant les méthodes de relaxation qui agissent directement sur les boucles de régulation périphériques et centrales, son action favorise le réajustement des grandes fonctions métaboliques et psychocorporelles. » (A.P.P, 2016)

Aussi, la psychomotricité est une discipline plurielle permettant l'accès au verbal et au non verbal à travers une observation psychomotrice, des bilans étalonnés et des pratiques à médiation corporelle. C'est une thérapie contenant prenant en considération l'individu dans son entièreté et de façon globale.

La prise en charge en psychomotricité s'articule au travers de médiation corporelle tout en ayant un savoir-faire et un œil de psychomotricien. Le psychomotricien fait le lien entre ce qu'il se passe au travers du corps de l'individu et ce qu'il exprime, entre la psyché de l'individu et son fonctionnement neuromoteur.

La prise de conscience corporelle apportée par une prise en charge en psychomotricité peut être d'une grande aide dans la prise de conscience globale d'être du patient. La contenance apportée par la prise en considération de l'individu dans sa globalité accentue l'idée de continuité de vivre et d'être. C'est une discipline qui vise à réharmoniser l'individu dans son corps et son psychisme afin d'en faire un être psychomoteur à part entière.

Les séances de psychomotricité ont aussi, je pense, tout leur intérêt dans le mécanisme de résilience. « La définition de la résilience fait référence à la reprise d'un nouveau développement après un fracas traumatique. » (Cyrułnik, 2018). Boris Cyrułnik parle de capacité à mettre du sens sur le passé traumatique pour permettre à l'individu d'avancer. Cet avancement vers la résilience prend en considération le passé traumatique de

l'individu mais l'intention est que ce passé ne fasse pas entrave à sa vie. La surexcitation interne que produit le psychotraumatisme lorsqu'il n'est pas traité peut, s'il n'est pas pris en charge, faire barrage à l'épanouissement social, intime, familial et professionnel de l'individu.

Cette surexcitation peut être traitée de bas en haut, en partant du corps pour venir alléger le psychisme. Le Docteur Van Der Kolk a mis en évidence l'efficacité des pratiques corporelles dans le cadre d'un syndrome de stress post-traumatique. Il dit que 80% des fibres nerveuses du nerf vague (qui relie le cerveau à une série d'organes internes impliqués dans les sensations de stress) sont afférentes. En d'autres termes, elles partent du corps pour aller au cerveau. Cela implique alors, que nous pouvons exercer directement notre système d'excitation par notre manière de respirer, de scander et de bouger. (Van Der Kolk, 2014).

C'est pourquoi je pense que la psychomotricité est tout à fait indiquée dans la prise en charge de l'individu psychotraumatisé. Elle donne l'opportunité de s'exercer à donner du sens aux ressentis corporels au travers d'expériences sensori-motrices. La psychomotricité est indiquée pour développer de nouvelles qualités psychomotrices tout en étant une discipline globalisante et structurante. Enfin, elle peut permettre d'amoindrir les symptômes de stress au travers de différentes pratiques de relaxation.

Enfin, le sujet que traite mon mémoire s'articule autour des difficultés spatio-temporelles que peut rencontrer une personne psychotraumatisée. L'espace et le temps sont deux fonctions psychomotrices à part entière avec lesquelles le psychomotricien est habilité à travailler. C'est pourquoi, les connaissances théorico-pratiques du psychomotricien en lien à ces deux fonctions psychomotrices, entre-autres, peuvent être tout à fait nécessaires et indiquées.

B) Contre-indication

« Il n'y a pas de contre-indication absolue aux soins psychomoteurs, mais plutôt des périodes de contre-indication, évaluées par le professionnel, en fonction de la situation psychique de la personne victime. Le bilan psychomoteur permettra d'évaluer la pertinence d'une prise en charge psychomotrice. Si le bilan conclut à une contre-indication, le sujet pourra être réévalué à distance en fonction de l'évolution de la symptomatologie et des raisons de la contre-indication. » (A.P.P, 2016)

En effet, comme l'évoque l'A.P.P. il n'y a pas de contre-indication absolue. Seulement, il est important de travailler au rythme du patient et de s'y adapter. Un travail corporel peut parfois être difficile, d'autant plus lorsque l'individu est coupé de ses sensations et que certaines sensations lui rappellent l'effroi du traumatisme.

La psychomotricité est une discipline prenant en charge l'individu dans sa globalité sur le plan physique et psychique mais il est important de prendre en compte l'ensemble des difficultés que rencontre le patient.

En effet, la prise en charge pluridisciplinaire est nécessaire pour l'individu qui souffre de syndrome de stress post-traumatique. Les symptômes physiques et psychique sont nombreux en ce qui concerne les personnes psychotraumatisées. Ainsi, seul un travail pluridisciplinaire abordant l'individu sur différents angles pourra être efficace et pertinent pour la prise en charge.

2) Le cadre thérapeutique et son importance

Le cadre thérapeutique est d'une grande importance dans une prise en charge psychomotrice et thérapeutique en général, mais je pense qu'elle l'est d'autant plus dans la prise en charge d'un individu psychotraumatisé. En effet, celui-ci présente de

nombreuses fragilités se traduisant par une faible estime de lui, une grande insécurité interne et des conduites à risque.

La juste distance thérapeutique se doit d'être extrêmement sécurisante mais sans pour autant permettre à l'individu de devenir dépendant aux soins. Pour l'exemple de Mme T, nous pouvons supposer que la multiplication des prises en charge qu'elle entreprend sont d'une part, par volonté « d'aller mieux » mais aussi d'autre part, par l'incapacité à s'auto-gérer et à s'autonomiser. Il faut donc être vigilant vis à vis d'une potentielle dépendance à l'environnement thérapeutique.

Aussi en psychomotricité, le corps est engagé dans son entièreté, il faut donc y être très attentif. Ce qui engage l'individu dans sa globalité peut être contenant comme destructeur. De ce fait, il me semble important de garder un cadre semi directif qui s'adapte aux capacités de son patient et à son rythme. Le cadre semi-directif permet de pouvoir sécuriser et contenir le patient en étant force de proposition tout en respectant le rythme de l'individu, rythme, qui a toute son importance dans le cadre d'un psychotraumatisme.

Il est possible dans un premier temps d'instaurer des rituels : de début, de milieu et de fin. Cela permettrait au patient d'évoluer dans un espace sécuritaire, connu et contenant.

Le toucher thérapeutique est, je pense, une médiation qui peut avoir un grand intérêt pour ces patients. Seulement il me semble important d'être extrêmement vigilant sur la façon dont il est pratiqué, sur le sens qu'on lui donne et sur l'accord du patient (s'il est total ou si le patient veut être un bon patient). En effet cela pourrait avoir des conséquences très négatives compte tenu de l'effraction physique et psychique qui a déjà pu être éprouvée si le patient a subi un viol ou toutes autres violences ayant fragilisées ses enveloppes.

3) Proposition de projet thérapeutique pour Mme T ?

Je n'ai à ce jour pas eu l'opportunité d'effectuer une prise en charge avec Mme T sur du long terme. Cependant j'aimerais faire une proposition d'un projet thérapeutique en rapport avec tous les éléments cliniques que j'ai recueilli, ainsi que les observations psychomotrices que nous avons pu évoquer. Ceci reste une proposition mais n'est en aucun cas l'unique projet pouvant permettre à Mme T d'avancer dans sa quête de résilience et de prise en soin.

A) *Les axes thérapeutiques et leurs objectifs*

- Favoriser la contenance au travers des séances pour Mme T afin qu'elle puisse développer une meilleure sécurité interne. La contenance amenée en séance pourrait permettre à Mme T de se sentir plus en sécurité et d'être davantage présente à ses émotions et ses sensations corporelles sans se sentir menacée.

- Améliorer les qualités de régulation tonique de Mme T afin restaurer ses capacités d'adaptation tonico-relationnel. Un travail sur le tonus couplé à la conscience corporelle pourrait permettre d'enrichir l'investissement de l'espace interne ainsi que de meilleures dispositions à être en interaction avec le monde de façon juste et adaptée pour elle.

- Renforcer l'ancrage chez Mme T afin de l'aider à investir son espace corporel de façon solide et affirmée. Un travail sur l'ancrage lui permettrait d'investir sa psychomotricité dans l'ici et maintenant. Ceci aurait donc pour but d'améliorer ses capacités d'organisation spatio-temporelle.

- Encourager la conscience corporelle à travers le mouvement dans le but de développer la relation qu'a Mme T à son corps. On peut supposer que si Mme T entre d'avantage en relation avec son corps au travers du mouvement et de la maîtrise de celui-ci, elle sera plus à même d'entrer en relation avec le monde.

B) *Les moyens*

- Un travail sur la contenance me semble indispensable en premier lieu pour Mme T. Le cadre thérapeutique y serait favorable et nous pourrions nous servir d'exercice de relaxation dans un premier temps. Si l'alliance thérapeutique le permet, je pense que des exercices d'enveloppement avec des draps pourrait s'avérer utile et bénéfique. A travers la constitution d'une enveloppe corporelle sécurisante pour Mme T, sa sécurité interne pourra se renforcer et elle sera plus à même d'investir les séances ainsi que ses sensations corporelles de façon sereine et sécurisée. Des propositions d'exercices autour de la position d'enroulement pourraient être bénéfiques. Si l'on se réfère de nouveau à la théorie des chaînes musculaires, des mouvements autour de la chaîne AM se traduisant par l'enroulement pourraient s'avérer sécurisant et ressourçant pour Mme T.
- Je propose par la suite des séances axées sur le dialogue tonique avec Mme T. Ces séances pourraient se construire de façon progressive et pourraient encourager Mme T à prendre conscience de sa carapace tonique et de la façon dont elle investit le dialogue tonico-émotionnel. Au travers des différents dialogues toniques Mme T serait invitée à réguler son tonus et à l'abaisser afin d'entrer en relation avec le psychomotricien. Il me semble important de préciser que des temps d'accueil des perceptions corporelles devront être mis en place avant et après les exercices de dialogue tonique. Ces temps d'accueil sont nécessaires à la prise de conscience des changements ayant eu lieu ou non dans ses ressentis corporels.

- Pour renforcer l'ancrage chez Mme T, je propose d'utiliser des médiations qui amèneraient la patiente à mettre son corps en mouvement au travers de disciplines impliquants un ancrage psychique et corporel. Le renforcement de l'ancrage aurait pour but d'amener Mme T à investir son corps de façon sûre et solide, dans l'instant présent. Des disciplines d'arts martiaux ou de sport de combat, permettrait à Mme T d'investir son corps dans le mouvement et l'affirmation de soi. Cela pourrait avoir comme finalité de venir rétablir ses capacités psychomotrices au travers du flight et du fight décrite par Peter A. Levine.

- Je propose enfin d'inviter Mme T dans un travail d'expression corporelle. Cette proposition a pour but d'inviter Mme T à investir son corps et à lui faire confiance. La danse d'improvisation ainsi que le théâtre d'improvisation pourraient être tout à fait indiqués. L'improvisation serait le moyen pour Mme T d'harmoniser toutes ses facultés psychomotrices dans une contrainte de spontanéité. La confiance et l'autonomie générées pourraient permettre à Mme T de se sentir plus assurée dans ses interactions aux autres, au monde et à son corps. L'expression corporelle pourrait également renforcer les chaînes d'ancrage identitaire que son PA et AP au travers de l'adaptabilité et de la spontanéité des rythmes qu'elle impose.

V) Discussion

Ainsi s'achève ma réflexion autour de la psychomotricité de l'individu adulte psychotraumatisé.

En retraçant l'étendu de mes questionnements, il m'aurait paru intéressant de faire passer des bilans à Mme T (la situation actuelle liée au Covid-19 ne me l'a pas permis). Les bilans auraient pu mettre davantage en évidence les difficultés spatio-temporelles que rencontre Mme T. Ces bilans m'aurait également permis d'étayer d'avantage mon propos et de donner plus de crédibilité à mes affirmations.

J'aurais aussi apprécié mettre à l'œuvre mon projet thérapeutique afin de suivre l'évolution de Mme T et d'affirmer ou d'infirmer mon propos. Cela m'aurait permis de remettre en question mes qualités de future psychomotricienne dans le but de m'améliorer dans ma pratique.

La prise en charge de plusieurs patients psychotraumatisés aurait également été intéressante afin de mettre en évidence les similitudes et les différences relatives à chaque fonction psychomotrice chez la personne psychotraumatisée. J'aurais pu en dégager une grille d'observation générale venant étayer mon propos.

Cette grille aurait alors pu être le point de départ de la création d'un groupe thérapeutique dans lequel les objectifs de prise en charge des différents patients auraient pu être communs. Je crois que le groupe peut être une prise en soin adaptée chez les personnes psychotraumatisées. Le partage d'expérience et de ressenti aurait pu être d'une grande richesse. Pouvoir se percevoir et être perçu par les autres au sein d'un groupe amène un rapport différent à soi. Voir les autres à l'œuvre et les voir s'exprimer peut être également une source de soutien et de motivation au sein d'un groupe cadré et sécure.

C'est pourquoi j'aurais beaucoup aimé mettre en place des prises en charge de groupe au sein de ma structure. Cela n'a malheureusement pas été possible mais je pense que ce qu'apporte le groupe sur le plan relationnel aurait permis à chacun et chacune d'évoluer

et prendre sa place. Les échanges verbaux et infraverbaux auraient aussi pu participer à l'évolution des qualités relationnelles des patients.

Comme je l'évoque dans mes axes thérapeutiques, la relation au monde et à soi est assez centrale dans les difficultés que rencontrent les personnes souffrant de syndrome de stress post-traumatique. Ainsi, le groupe aurait pu soutenir ces objectifs thérapeutiques au travers du cadre particulier qu'il offre.

Enfin, il est fréquent que les personnes victimes de psychotraumatisme ne se sentent pas comprises et écoutées. Je pense qu'évoluer avec des personnes ayant vécu des événements similaires et ayant été sensibilisées au psychotraumatisme et ses conséquences, aurait pu être bénéfique.

Je crois fortement en la contenance naturelle que peut apporter la prise en charge de groupe. Le groupe peut être tout à fait porteur dans la manière dont les interactions et les connexions humaines viennent renforcer le sentiment d'exister.

Conclusion

Pour conclure, nous avons pu voir ô combien la motricité de la personne psychotraumatisée était mise à mal après un traumatisme. Une grande partie de sa psychomotricité se réarticule et se réorganise autour des évènements tragiques qu'il a vécu.

Nous avons développé ce qu'était le psychotraumatisme avec toutes ses particularités et la façon dont le traumatisme fait effraction dans la psyché de l'individu est donc apparu de façon plus claire et plus précise. Un système de survie activé par les circuits neuronaux se met en place suite à cette effraction. L'amygdale « disjoncte » et l'individu est sidéré face à l'évènement.

En conséquence, cet évènement vagabonde dans le corps et l'esprit de l'individu sans qu'il ne puisse être assimilé.

Il s'en suit alors une réorganisation psychomotrice de l'individu au travers de ce qu'il a vécu et en particulier sur le plan spatio-temporel. Les rythmes de l'individu sont marqués de reviviscences et leur espace interne est dissocié et insécure.

L'expérience vécue reste en mémoire corporelle quoi qu'il arrive et même lorsque les souvenirs sont flous. Le traumatisme se grave dans la psychomotricité de l'individu. Sa manière d'être au monde à travers son corps et ses mouvements devient en quelque sorte dirigée par le traumatisme.

Cependant, cela ne le condamne pas à vivre dans l'obscurité toute sa vie.

L'impact sur la vie personnelle, sociale et professionnelle de l'individu est en effet évidente. Néanmoins, la prise en charge en psychomotricité pourrait permettre de compléter les soins administrés par les médicaments et les thérapies par la parole.

La prise en charge en psychomotricité s'appuie sur le soin de la personne dans sa globalité. L'esprit et le corps sont indissociables en psychomotricité et cette dimension est primordiale pour pallier aux difficultés que rencontre le patient suite à la dissociation traumatique.

Mme T est l'exemple même d'un individu souffrant de syndrome de stress post-traumatique. Les conséquences dans sa vie et son quotidien sont multiples, mais le chemin de la résilience commence petit à petit à se dessiner.

Nous avons alors pu mettre en évidence les fragilités psychomotrices éprouvées par un individu adulte psychotraumatisé. Mais aujourd'hui, la question se pose de savoir ce qu'il en est des observations psychomotrices possibles, quant à l'évolution d'un enfant en pleine dissociation traumatique.

Le développement de l'enfant est extrêmement riche et rapide sur le plan psychomoteur. Un développement qui se passe dans les meilleures dispositions est alors capital. Le développement psychomoteur de l'enfant est donc aussi déterminant pour l'adulte en devenir.

Mme T est l'exemple même d'une adulte ayant subi de nombreuses violences durant l'enfance. Malheureusement, c'est à l'âge adulte que Mme T a commencé à être prise en charge. Je m'interroge donc sur la question du dépistage et de l'accompagnement des enfants victimes de violences.

Mais alors, en quoi le trauma vient-il impacter le développement psychomoteur en plein essor de l'enfant, et de quelle façon la prise en charge en psychomotricité pourrait-elle prévenir, dépister et soutenir la prise en soins de l'enfant dissocié ?

C'est une question à laquelle j'aurais aimé répondre à travers un autre écrit. Nous avons vu tout au long de ce mémoire que les conséquences psychomotrices pouvaient être très lourdes et dramatiques pour l'adulte en devenir. Il me semble alors primordial de s'engager à travailler pour dépister et prendre en charge les enfants victimes de violences, qu'elles soient : physiques, psychiques et/ou sexuelles.

Bibliographie :

Ouvrages :

- Bessel van der Kolk. (2019). Le corps n'oublie rien : Albin Michel (p.19-174),(p.264-273),(p.281-288)
- Ogden P., Minton K.et Pain C. (2015). Le trauma et le corps. Louvain-La-Neuve : De Boeck supérieur (p. 1-78)
- Peter A. Levine. (2013). Réveiller le tigre : InterEditions (Préface p.1-18 écrite par Boris Cyrulnik)
- Pireyre Éric W. (2015). Clinique de l'image du corps. Du vécu au concept : Paris, Dunod (p. 7-30.)
- Ronald D.Laing. (1960). Le moi divisé : Pluriel (p. 1-100)
- Scialom P., Giromini F. et Albaret J-M. (2018). Manuel d'enseignement de psychomotricité : De Boeck supérieur (vol.1 p.247-285)
- Suzanne B. Robert Ouvray. (2003). Enfant abusé, enfant médusé : Desclée de Brouwer (p. 1-200)
- Winnicott D.W. (2006). La mère suffisamment bonne. Paris : Payot et rivage

Liens internet :

<https://www.apf-somatic-experiencing.com/> (consulté le 01/04/2020)

<http://centrepierrejanet.univ-lorraine.fr/> (consulté le 8/04/2020)

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/temps/77238> (consulté le 18/03/2020)

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/s%C3%A9curit%C3%A9/71792>

(consulté le 11/04/2020)

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/reviviscence/69148> (consulté le 13/04/2020)

<https://www.memoiretraumatique.org/psychotraumatismes/introduction.html> (consulté le 20/03/2020)

<https://www.memoiretraumatique.org/psychotraumatismes/mecanismes.html> (consulté le 11/04/2020)

<https://www.memoiretraumatique.org/psychotraumatismes/consequences.html> (consulté le 11/04/2020)

https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/Documents-pdf/DSM_5_Trouble_stress_post-traumatiques.pdf (consulté le 11/04/2020)

<https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2018/attentats-de-2015-en-france-mesurer-leur-impact-en-sante-publique-pour-mieux-preparer-la-reponse> (maj le 20 mai 2019) (consulté le 26/03/2020)

Articles :

- Auxéméry Y. (2013). « L'état de stress post-traumatique en construction et en déconstruction ». L'information psychiatrique. (Volume 89). (p. 641-649). Sur : <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2013-8-page-641.htm> (consulté le 26/03/2020)
- Azais B. (26 septembre 2018). Mémoire et traumatisme : mieux comprendre nos processus mémoriels après un choc. Pourquoi docteur. sur : <https://www.pourquoidocteur.fr/Articles/Question-d-actu/26938-Memoire-traumatisme-mieux-comprendre-processus-memoriels-choc> (consulté le 23/03/2020)
- Cyrulnik, B. (2018). Traumatisme et résilience. Rhizome. 69-70(3), (p. 28-29.) sur : <https://www.cairn.info/revue-rhizome-2018-3-page-28.htm> (consulté le 24/04/2020)

- Dellucci H. et Tarquinio C. (2015). « L'EMDR – Eye movement desensitization and reprocessing – au service de la thérapie systémique ». Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, (n° 55). (p. 59-90) sur : <https://www.cairn.info/revue-cahiers-critiques-de-therapie-familiale-2015-2-page-59.htm> (consulté le 24/04/2020)
- Fradin J. (06 avril 2016). Un cerveau tri-unique, Futura science. sur : <https://www.futura-sciences.com/sante/dossiers/medecine-stress-comprendre-gerer-stress-855/page/11/> (consulté le 27/03/2020)
- Kaës R. (2007). « Du Moi-peau aux enveloppes psychiques. Genèse et développement d'un concept », Le Carnet PSY, (n° 117). (p. 33-39) sur : <https://www.cairn.info/revue-le-carnet-psy-2007-4-page-33.htm> (consulté le 02/05/2020)
- Miglioranza S. (2006). « L'utilisation de l'espace en psychomotricité ». Enfances & Psy, (no 33). (p. 104-112) sur : <https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2006-4-page-104.htm> (consulté le 18/04/2020)
- Nohales L. et Richer S. (2020). « Quelles sont les conséquences psychologiques d'une exposition a un évènement comme les attentats ». sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/stress-post-traumatique/articles/quelles-sont-les-consequences-psychologiques-d-une-exposition-a-un-evenement-traumatisant-comme-les-attentats> (consulté le 23/03/2020)
- Perrin E., (9 juin 2019) « Le syndrome de Stockholm, définition, explication, qu'est-ce que c'est ? ». Gentside. sur : https://www.maxisciences.com/syndrome-de-stockholm/le-syndrome-de-stockholm-definition-explication-qu-est-ce-que-c-est_art38321.html (consulté le 25/04/2020)
- Pierrot C., Müri RM., Rivaud S., Gaymard B. et Plonet C J. (18 Juin 2002). Cortical control of spatial memory in humans : The visuoculomotor model, Annals of Neurology. sur : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/ana.10273> (consulté le 15/04/2020)

- Potel C. (2009). « Du corps à l'enveloppe corporelle ». dans : Le corps et l'eau. Une médiation en psychomotricité, sous la direction de Potel Catherine. Toulouse, ERES, « Santé mentale » (p. 33-39.) Sur : <https://www.cairn.info/le-corps-et-l-eau--9782749211305-page-33.htm> (consulté le 14/04/2020)
- Pouthas V. (30 novembre 1999). Les bases neuronales de la perception du temps. Cerveau & Psycho n°32, sur <https://www.cerveauetpsycho.fr/sd/neurobiologie/dossier-les-bases-neuronales-de-la-perception-du-temps-2406.php> (consulté le 07/03/2020)
- Saint-cast A. et Scialom P. (A.P.P). (20 octobre 2016). Collectif. https://www.associationpp.fr/static/espt_et_psychomotricite-10015ba513f44a27f8a63e4cfbfefd0f.pdf (consulté le 06/05/2020)
- Salmona M. (2015). Le nouvel observateur. sur : <http://leplus.nouvelobs.com/contribution/1369547-l-inceste-dans-le-code-penal-une-avancee-mais-le-parcours-reste-long-pour-les-victimes.html> (consulté le 24/04/2020)
- Salmona M. (2016). <https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/2016-Comprendre-lemprise-pour-mieux-protger-les-victimes-de-violences-conjugales-Muriel-Salmona.pdf> (consulté le 24/04/2020)

Conférences vidéo :

- Dr Bessel Von Der Kolk, Le corps n'oublie rien, intervention à la fondation Pierre Deniker. (2018) : <https://www.youtube.com/watch?v=4xRiLY9chIY>
- IFS-Centre : vidéo 1-, 2- et 3- (les traumas) : <https://www.youtube.com/channel/UCVHt-SS2yMm9b5q85TaQYuw>

Annexes :

(ANNEXE 1) Schéma réalisé par mes soins. inspiré des vidéos IFS-Centre en bibliographie

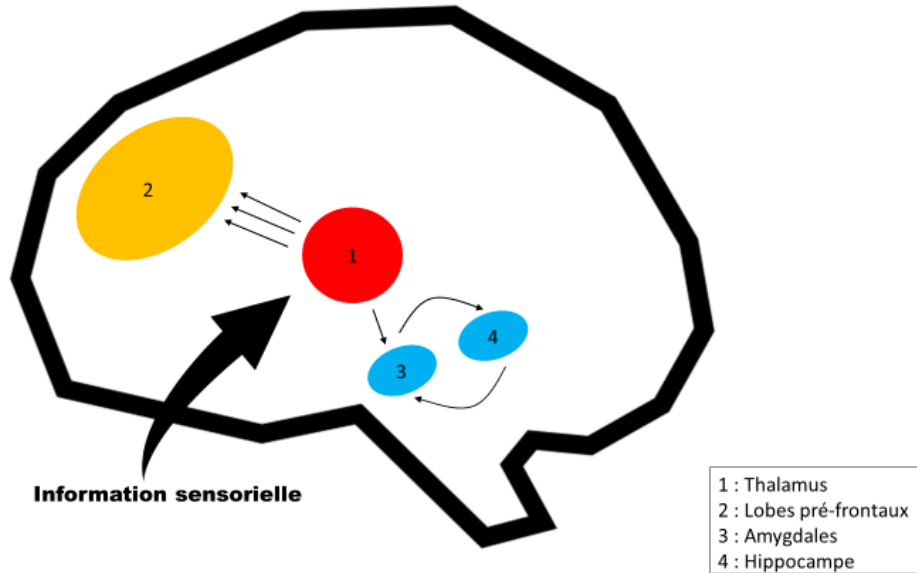


Schéma de la réponse normale de l'organisme à une information sensorielle ordinaire.

(ANNEXE 2) Schéma réalisé par mes soins. inspiré des vidéos IFS-Centre en bibliographie

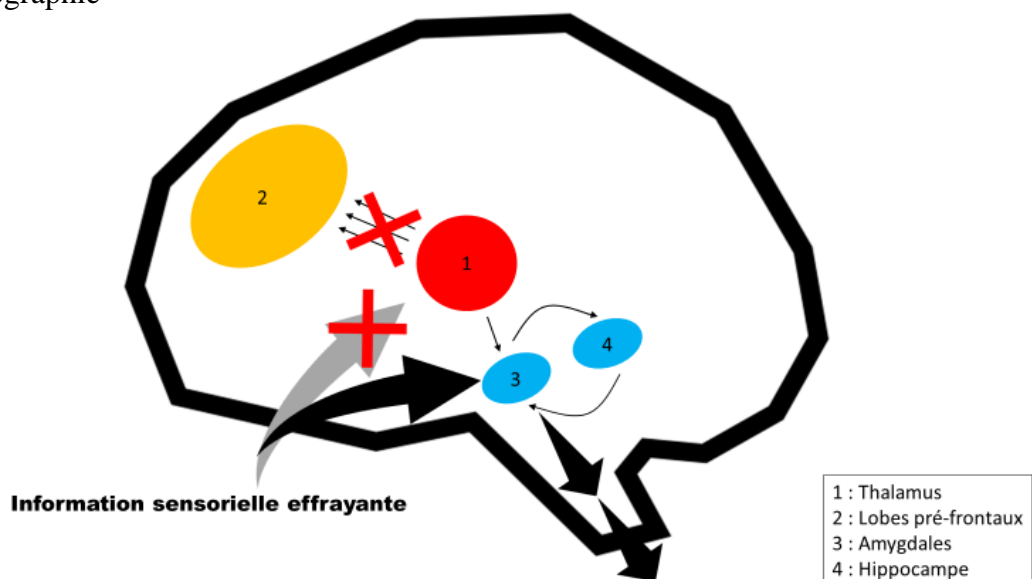


Schéma de la réponse de l'organisme en cas de danger imminent.

(ANNEXE 3) Schéma réalisé par mes soins, inspiré des vidéos IFS-Centre en bibliographie

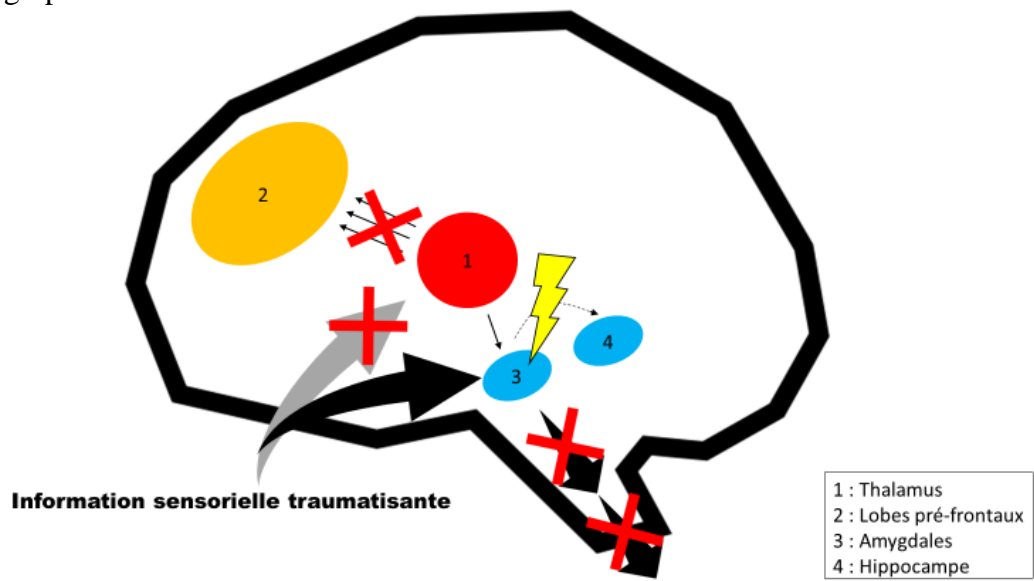


Schéma de la réponse de l'organisme au moment de la sidération traumatique.

Tableau 25.1. Bilan psychomoteur du Trouble de Stress Post-Traumatique

Item psychomoteur	Tests	Observation psychomotrice
Initiative motrice	Équilibre statique/dynamique Marche, Course	Item perturbé par la présence d'une hyper vigilance, une hypertonie avec posture défensive ou une impulsivité.
Fonction tonique	Extensibilité, ballant Epreuve des bras tendus	Demander l'accord pour la prise de contact est indispensable. Impulsivité entravant le relâchement musculaire Hypertonie de l'axe et des membres avec résistance aux mouvements d'extension Trouble de la régulation tonique en lien avec les dysphories émotionnelles.
Schéma corporel, Image du corps	Conscience corporelle spontanée, somatognosie. Tests d'imitation de gestes de Berges Lézine Dessin du bonhomme	Impulsivité et instabilité avec difficulté d'accès à la conscience corporelle. Surinvestissement des zones de surface ou des canaux sensoriels. Défaut d'intégration de l'arrière du corps. Dévalorisation de l'image du corps par le sentiment de culpabilité ou de honte.
Structuration spatiale	Marche, course Pas comptés de Marthe Vyl	Impact de l'hypervigilance sur l'appréhension de l'espace, notamment lointain. Besoin de maîtriser l'espace environnement, notamment l'espace arrière.
Structuration temporelle	Reproduction de tempo spontané, reproduction d'un rythme simple et complexe de Mira Stambak. Organisation du quotidien	Réactivité à une stimulation sonore. Impulsivité. Difficulté d'adaptation au changement de rythme. Rythme nyctéméral perturbé, cycle du sommeil. Rituels.
Fonctions cognitives	Attention, concentration, mémoire	Impact de l'hypervigilance, des troubles du sommeil. Attention accrue pour certains flux sensoriels au détriment des capacités cognitives plus intégratives. Fatigabilité.

Les médiations de contact pour un travail d'enveloppe corporelle et de contenance peuvent être proposées et discutées avec le patient. Il sera nécessaire d'être attentif à la notion de distance et d'espace relationnel pour ne pas être intrusif.

Résumé :

Le syndrome de stress post-traumatique est une pathologie psychiatrique pour laquelle les conséquences sur la santé globale de l'individu sont extrêmement nombreuses et handicapantes. Au travers de cet écrit, je me suis principalement attachée à développer deux symptômes en particulier : les reviviscences traumatiques et la dissociation traumatique. Sur le plan psychomoteur, il s'en dégage que ces symptômes ont un réel impact sur l'organisation spatio-temporelle et le tonus de l'individu. De ce fait, la victime fait face à une désorganisation de sa psychomotricité impliquant une sécurité interne fragilisée ainsi qu'une capacité à vivre l'instant présent amoindrie. La psychomotricité est une discipline plurielle prenant en charge l'individu dans sa globalité tant sur le plan psychique que corporel et donc émotionnel. Au travers de cet écrit, nous allons tenter de lever le voile sur l'intérêt que peut avoir cette discipline dans le cadre de la prise en soin du psychotraumatisme : en particulier lorsqu'il s'agit de contribuer à la réorganisation spatio-temporelle d'une personne souffrant de stress post-traumatique.

Mots clés : psychomotricité, organisation spatio-temporelle, tonus, psychotraumatisme, réorganisation

Abstract :

Post-traumatic stress disorder is a psychiatric pathology for which the consequences on the overall health of the individual are extremely large and disabling. In this writing, I have mainly focused on developing two symptoms in particular: traumatic flashbacks and traumatic dissociation. From a psychomotor standpoint, it emerges that these symptoms have a real impact on the spatio-temporal organization and the tonicity of the individual. Consequently, the victim is left facing a disorganization of their psychomotricity, involving a weakened internal security as well as a reduced ability to live in the present. Psychomotricity is a plural discipline, as it allows taking care of the individual as a whole, both psychically and physically and thus emotional. Therefore, through this writing, we will try to shed a light on the interest that this discipline can have in the context of the care of psychotrauma: especially when it comes to contributing to the spatio-temporal reorganization of a person suffering from post traumatic stress.

Key words : psychomotricity, spatio-temporal organization, tone, psychotrauma, reorganization