

SOMMAIRE

INTRODUCTION	6
PARTIE CLINIQUE	7
I - Le fonctionnement du CMP	7
1) Présentation de la structure	7
a. Histoire et définition	7
b. Objectifs et population accueillie	7
2) L'équipe pluridisciplinaire	8
a. Les soignants	8
b. Rôle de la pluridisciplinarité	9
3) La psychomotricité dans l'institution et ma place de stagiaire	10
a. Les indications	10
b. Les bilans	11
Le bilan sensori-moteur	11
Le bilan psychomoteur	12
c. Les séances	14
d. Ma place de stagiaire	15
II - MADDY	16
1) Eléments d'anamnèse et entrée au CMP	16
2) Prise en charge en psychomotricité	17
a. Bilan psychomoteur	17
b. Ma rencontre avec Maddy	19
c. Progression des séances	20
III - GUILLAUME	23
1) Eléments d'anamnèse et entrée au CPM	23
2) Prise en charge en psychomotricité	24
a. Bilan psychomoteur	24
b. Ma rencontre avec Guillaume	27
c. Progression des séances et de ma réflexion	28
Le départ d'une réflexion	33

PARTIE THEORIQUE	34
I - L'agressivité	34
1) Définitions et concepts	34
a. Ethologie	36
b. Neurobiologie	36
c. Psychanalyse	38
d. Psychologie	41
II - Agressivité et troubles du comportement	44
1) Le comportement	44
2) Classification des troubles du comportement	45
3) Psychopathologie des troubles du comportement	47
a. Le trouble hyperkinétique	47
b. Le trouble des conduites	48
c. Le trouble oppositionnel avec provocation	49
3) Les facteurs de risque	50
III - Agressivité et troubles psychomoteurs	50
1) Trouble du tonus	51
a. Définition du tonus	51
b. Mise en place d'une paroi tonique	51
c. Hypertonicité et agressivité	54
2) Trouble émotionnel	55
a. Emotions	55
b. Origine possibles du défaut de régulation émotionnelle	56
4) Impulsivité	58
5) Trouble de l'image du corps	59
a. Définition de l'image du corps	59
b. Troubles de l'image du corps et agressivité	61
DISCUSSION	62
I. Transfert et contre-transfert	63
1) Transfert	63
a. Définition du transfert	63
b. La destructivité de l'objet	64

2) Le contre-transfert	66
a. Définition du contre-transfert	66
b. La peur de l'abandon	67
II - Le cadre et la fonction contenante	70
1) La sécurité de base	70
2) La contenance psychique	71
a. Le Moi-Peau	72
b. La bipolarité du cadre	73
c. Un « Moi auxiliaire »	74
3) La contenance physique	75
a. Le corps comme cadre	75
b. La salle comme cadre	77
CONCLUSION	79

BIBLIOGRAPHIE

Annexe 1 : Dessin du bonhomme de Guillaume

Annexe 2 : Dessin au tableau de Guillaume

INTRODUCTION

Je réalise ce mémoire à partir d'observations cliniques effectuées dans le cadre d'un stage de troisième année d'études de psychomotricité. Celui-ci a lieu au sein d'un centre médico-psychologique (CMP) où je me rends les mardis afin d'assister aux synthèses d'équipe, et les mercredis pour participer aux séances de psychomotricité, de septembre 2018 à juin 2019.

Je fais la rencontre de plusieurs patients, dont Maddy et Guillaume. Dès les premiers instants partagés avec eux, je me sens « dépassée » par leur agitation, leur ignorance, leurs provocations, leur répondeur. Les attaques des deux patients n'ont pas les mêmes caractéristiques, pourtant ils semblent avoir une problématique commune : la reconnaissance des émotions paraît difficile, et, de fait, ils utilisent l'agressivité comme moyen d'expression.

Nous verrons d'abord, dans une partie clinique, la progression de la prise en charge en psychomotricité de chacun d'entre eux, grâce à des vignettes illustratives. Dans un second temps, je tenterai d'exposer, en parcourant différentes théories, la fonction de l'agressivité chez l'être humain. Je m'intéresserai également aux troubles du comportement susceptibles d'inclure des actes agressifs. Ensuite, j'essaierai de montrer pourquoi certains troubles psychomoteurs peuvent provenir d'une souffrance et d'une insécurité développées durant la prime enfance et pour quelles raisons ces troubles engendrent de l'agressivité.

Dans une discussion, dernière étape de mon travail, je développerai les notions de transfert et de contre-transfert, déterminants dans la posture du thérapeute face à des comportements virulents et dans sa réflexion clinique. Enfin, nous verrons l'importance du cadre et de la fonction contenante en thérapie psychomotrice auprès de ces enfants.

PARTIE CLINIQUE

I - Le fonctionnement du CMP

1) Présentation de la structure

a. Histoire et définition

Le CMP, anciennement dispensaire d'hygiène mentale, est, au sens des circulaires du 15 mars 1960 et du 9 mai 1974, le « maillon central du secteur psychiatrique ». Il s'agit d'une unité dirigée par un médecin psychiatre étant le chef de secteur, chargé de coordonner et d'accueillir les personnes présentant des troubles mentaux afin de « prévenir, de traiter et d'accompagner les patients dans leurs souffrances psychologiques sans être hospitalisés ou en étant hospitalisés qu'un minimum de temps »¹. Ce type d'établissement, rattaché à un hôpital public, regroupe des spécialistes de la santé, formant une équipe pluridisciplinaire, proposant des soins pris en charge par la sécurité sociale. Des orientations éventuelles vers d'autres structures (hôpitaux de jour, centres d'accueil thérapeutique à temps partiel, unités d'hospitalisation psychiatrique, etc.) peuvent être également proposées.

b. Objectifs et population accueillie

Le CMP où j'ai réalisé mon stage appartient à une association animée par un groupe de psychiatres-psychanalystes, proposant des soins diversifiés, ambulatoires et hospitaliers, qui couvrent tous les âges de la vie, ainsi qu'un vaste choix de formations, séminaires, colloques et publications. Cette association, reconnue d'utilité publique, s'est constituée à l'instar du CMP, pour développer des actions de prévention et de soins psychiatriques dans un certain secteur. Les spécificités du CMP sont les suivantes :

- Consultations thérapeutiques
- Traitements du langage oral et/ou écrit et de la psychomotricité
- Psychothérapies pratiquées individuellement ou en petits groupes par des psychanalystes

¹ Bibliothèque Numérique de Droit de la Santé et d'Éthique Médicale, Dictionnaire [en ligne], consulté le 3 janvier 2019.

- Psychodrame
- Consultations familiales et/ou suivi personnalisé des parents.

L'objectif des soignants est donc de remédier, dans un lieu de consultations et de traitements ambulatoires, aux difficultés manifestes actuelles des enfants et adolescents de la naissance à seize ans afin de prévenir l'organisation possible, à l'âge adulte, d'états sévèrement pathologiques. Ces difficultés sont d'une grande variété : troubles des apprentissages, troubles de l'attention, troubles du comportement, troubles du langage, troubles du spectre autistique. Ces troubles sont présents dans plusieurs types d'environnement (à la maison, à l'école, etc.) et altèrent de façon cliniquement significative le fonctionnement social, scolaire et la qualité de vie du patient. Ce CMP reçoit environ 450 patients par équipe, toute consultation confondue. La file active évolue beaucoup et ce chiffre est très variable, néanmoins, il permet de se faire une idée de la grandeur de la structure et du personnel requis, bien souvent insuffisant.

2) L'équipe pluridisciplinaire

a. Les soignants

Actuellement, le centre dispose de sept équipes pluridisciplinaires regroupant psychiatres-psychanalystes, psychologues, orthophonistes, psychomotriciens, assistantes sociales et secrétaires médicales. Chacune de ces équipes s'occupe plus précisément d'un secteur géographique.

Ma tutrice, que nous nommerons Madame F., fait partie de deux de ces équipes, coordonnées par des médecins chefs différents. Mes jours de présence au CMP m'ont permis d'en côtoyer une, qui se compose des professionnels suivants :

- un médecin psychiatre en chef
- un médecin psychiatre
- deux assistantes sociales
- deux secrétaires
- neuf psychologues
- cinq orthophonistes
- une psychomotricienne

b. Rôle de la pluridisciplinarité

La pluridisciplinarité et le travail d'équipe sont des atouts primordiaux dans la prise en charge des patients. Tous les professionnels cités précédemment se retrouvent une fois par semaine en réunion de synthèse d'une heure et trente minutes afin d'échanger autour de l'évolution des patients et de situations cliniques. Chaque soignant peut partager ses interrogations, réflexions et informations. C'est un moment privilégié qui assure la qualité des soins par des thérapeutes de professions identiques ou différentes, n'ayant pas tous la même expérience et apportant leur propre vécu et leurs points de vue. Il arrive que les avis divergent quant à certaines situations cliniques ou au sujet des projets thérapeutiques de patients. Cependant, ces divergences, même si elles peuvent demander à s'imposer, amènent le plus souvent à une évolution des idées, des méthodes, et à une critique positive et aidante. De plus, ces débats sont intéressants car ils offrent un autre regard, possiblement discordant du notre, et permettent de nous rendre compte que le comportement d'un même patient peut être totalement variable d'une prise en charge à l'autre. On peut avoir l'impression qu'un patient est en pleine évolution dans le cadre de ses propres séances, alors qu'un autre soignant admet voir les capacités de ce même patient stagner ou régresser. Des éléments sont susceptibles d'entrer en jeu comme le transfert et le contre-transfert, la façon dont le patient investit la prise en charge, etc. Quoiqu'il en soit, ces observations nous en apprennent davantage sur le fonctionnement global du patient et tendent à ne pas se limiter uniquement à ce qu'on observe en séance avec lui.

Cette réunion est l'occasion pour les médecins psychiatres d'adresser les patients aux professionnels de l'équipe. Tout d'abord, les psychiatres assurent leur rôle de consultant : ils sont les premiers à rencontrer les familles puis continuent à les recevoir régulièrement. Ils les dirigent ensuite vers des prises en charge spécifiques. Les thérapeutes de même profession peuvent discuter de qui assurera le suivi, par rapport aux créneaux disponibles de chacun mais aussi en fonction de leurs préférences et de leurs compétences qui se complètent. Aussi, il est important de garantir aux jeunes une stabilité des soins dans un système où la mouvance du personnel est courante (congs, départs, etc.) et l'équipe peut amortir l'impact de cette difficulté : non seulement en mobilisant rapidement un autre soignant, mais aussi grâce à une communication efficace entre l'ancien soignant et le nouveau.

D'ailleurs, ce dernier aura déjà potentiellement entendu parler du patient au cours de réunions antécédentes.

Enfin, le CMP a la vocation de travailler en réseau. Les consultants travaillent en lien étroit avec :

- *Les médecins généralistes*
- *Les écoles* : elles peuvent effectuer une demande de suivi pour un enfant auprès du CMP. Ensuite, une équipe de suivi de scolarisation peut se créer, composée des parents et des enseignants, médecin et assistante sociale qui ont l'enfant en charge. Ils établissent ainsi un projet personnalisé de scolarisation.
- *Les professionnels privés* : parfois, le CMP est à cours de soignant libre et dirige la famille vers un professionnel en libéral.
- *Les institutions spécialisées* telles que les instituts médico-éducatifs (IME), la protection maternelle et infantile (PMI), les hôpitaux de jour, les foyers thérapeutiques, etc. Ces dernières peuvent être à l'origine d'une demande de suivi ou bien être contactées dans le cas d'une ré-orientation nécessaire pour le patient.
- *Les services sociaux et judiciaires* : le CMP peut effectuer un signalement lorsqu'elle est témoin d'une situation d'un enfant en danger ou risquant de l'être. En cas d'extrême urgence (par exemple en cas de maltraitance, de violences sexuelles), il est possible de saisir directement le procureur de la République.

3) La psychomotricité dans l'institution et ma place de stagiaire

a. Les indications

Ce sont les deux psychiatres de l'équipe qui posent officiellement l'indication de suivi en psychomotricité à la famille pour le patient mais cela se discute toujours en équipe auparavant. Comme je l'ai précisé plus haut, ma tutrice fait partie de deux équipes dont elle est la seule psychomotricienne à mi-temps. Elle se voit alors souvent obligée de refuser des prises en charge par manque de place. Elle a quand même la possibilité de faire passer des bilans psychomoteurs de façon ponctuelle.

b. Les bilans

On peut envisager le bilan en psychomotricité comme l'évaluation des capacités psychomotrices participant à l'autonomie et des incapacités psychomotrices générant une perte d'autonomie voire un handicap du sujet dans certains domaines, le tout à un moment donné. Il s'agit fondamentalement de saisir l'expérience du corps avec l'espace et le temps en fonction du corps réel et imaginaire, le conscient et l'inconscient². Ces observations permettent d'orienter le projet thérapeutique et l'émergence des objectifs et des modalités de prise en charge (cadre des séances, choix de thérapie individuelle ou groupale, etc.)

Le bilan sensori-moteur

Madame F. est formée à l'approche sensori-motrice et au bilan sensori-moteur (BSM) d'A. Bullinger. Cet outil est complémentaire aux outils traditionnels d'évaluation clinique, l'objectif étant « d'offrir aux professionnels un moyen d'évaluation des conduites sensori-motrices qui prenne en compte les aspects dynamiques susceptibles d'orienter la prise en charge³ ». La sensori-motricité concerne les racines de la psychomotricité de l'enfant. Elle définit ce qui existe avant l'apparition du langage, mais continue d'influencer le comportement tout au long de la vie, c'est pourquoi l'approche d'A. Bullinger peut être utilisée pour des patients de tout âge. Dès la naissance, le nouveau-né interagit avec le milieu humain et matériel qui l'entoure, et la nature de ses interactions dépend de facteurs biologiques, physiques, émotionnels et sociaux. Dans le développement normal du nourrisson, les flux sensoriels ou variations des signaux du milieu sont captés par ses systèmes sensoriels, ce qui a pour effet un remaniement des états toniques et posturaux permettant le repérage du corps dans l'espace. Les enfants ayant des difficultés sensorielles ou proprioceptives, par exemple, auront du mal à faire le lien entre leur état tonique et les stimulations qu'ils reçoivent. C'est ainsi que le bébé apprend à habiter son corps et à l'utiliser comme moyen d'action pour agir sur le milieu, l'explorer et le manipuler, car le mouvement est le seul élément qu'il possède pour témoigner de sa vie psychique avant d'avoir la parole. A. Bullinger insiste sur le fait que les représentations mentales s'enracinent dans les expériences toniques et sensorielles précoces. Il précise que l'enfance est un

² Notes du cours d'examen psychomoteur, 2017.

³ Association des Praticiens Diplômés du Bilan Sensori-moteur, Formations [en ligne], consulté le 6 février 2019.

processus dynamique sur lequel on peut intervenir et non un état défini par des stades comme a pu le présenter le psychologue J. Piaget.⁴

L'approche sensori-motrice développe donc la curiosité d'observer comment le patient utilise ses modalités sensorielles, notamment en séance de psychomotricité, pendant les bilans mais aussi de façon globale, dans ses échanges avec les autres, pour interagir avec son environnement.

Le BSM repose sur une observation qualitative par le biais de mises en situations afin d'explorer plusieurs domaines⁵ :

- L'organisation des systèmes sensori-moteurs⁶
- La régulation tonico-émotionnelle
- L'organisation posturale
- La motricité globale
- La représentation de l'organisme
- L'oralité
- L'organisation praxique
- La structuration spatiale
- La graphomotricité

Pour les patients mineurs ou majeurs dépendants, il est réalisé en présence d'un parent à qui on fait signer une autorisation de droit d'image pour filmer, ce que j'ai pu faire à quatre reprises. Je ne pouvais pas intervenir autrement car ce type de bilan est complexe et ne peut être pratiqué que par des personnes formées. Le BSM comprend plusieurs temps : la mise en oeuvre de l'évaluation, l'entretien immédiat avec le parent, l'étude rétrospective de la séance par l'examineur et la rédaction du compte rendu. La durée totale de ce travail pour le professionnel est de dix heures.

Le bilan psychomoteur

Un psychomotricien peut s'orienter vers deux types de bilan psychomoteur selon ses orientations professionnelles ou selon les capacités du patient :

⁴ BULLINGER A., 2004.

⁵ Association des Praticiens Diplômés du Bilan Sensori-moteur, Le bilan sensori-moteur [en ligne], consulté le 6 février 2019.

⁶ Les systèmes sensori-moteurs se caractérisent par deux propriétés : une capacité de traitement des flux sensoriels et une capacité de traitement des propriétés spatiales des stimulations rencontrées (Bullinger, 1990).

- Le bilan composé de tests psychomoteurs : ces tests sont praticables par tous les psychomotriciens car ils les apprennent au cours de la formation. La plupart d'entre eux sont cotés, ce qui signifie que la performance du patient obtient une note. Elle est ensuite comparée au score moyen, calculé sur une population de référence. L'écart entre ceux-ci, appelé « écart-type », permet d'obtenir des informations sur le niveau de développement du patient. Nous verrons que ce type de bilan a été réalisé pour Guillaume. Madame F. utilise le plus fréquemment :
 - L'examen du tonus, évaluant l'état tonique du patient, sa latéralité neurologique et ses réactions tonico-émotionnelles.
 - Le M-ABC-2⁷, évaluant la dextérité manuelle, la maîtrise de balles, et les équilibres statiques et dynamiques.
 - Les épreuves de rythme de Mira Stambak⁸, qui fait appel entre autres à la structuration temporelle, au tempo spontané, à la compréhension du symbolisme et à la reproduction de structures rythmiques.
 - La figure de Rey⁹, qui fournit une palette d'informations sur les capacités d'organisation logique, motrice, mnésique et la personnalité du sujet.
 - Le BHK¹⁰ qui permet de mettre en évidence une dysgraphie mais aussi l'organisation perceptivo-motrice et posturale du patient à l'écriture.
 - Le dessin du bonhomme¹¹ qui montre l'image que l'enfant se fait de son corps et qui sollicite également le schéma corporel.
- Le bilan d'observation : il s'agit d'une évaluation qualitative du patient faite par le psychomotricien sans l'utilisation d'épreuves standardisées. Ce bilan peut être utilisé lorsque le patient n'est pas en mesure de s'adapter aux consignes des tests standardisés, par exemple en cas de déficience intellectuelle ou d'instabilité psychomotrice trop importante comme dans le cas de Maddy.

Dans la passation de ces deux types de bilans, standardisés ou non, Madame F. cherche à obtenir une vision globale des capacités du patient en appréciant :

⁷ MARQUET-DOLEAC J., SOPPELSA R., ALBARET J-M., Batterie d'évaluation du mouvement chez l'enfant, 2e édition, 2016.

⁸ PIREYRE E., Epreuve de tempo spontané et de reproduction de structures rythmiques de Mira Stambak, Nouvel étalonnage, Evolution Psychomotrice - Vol.12, n°47, 2000.

⁹ WALLON P., MESMIN C., Test de La Figure Complexe de Rey, 1960.

¹⁰ CHARLES M., SOPPELSA R., ALBARET J-M., Echelle d'Evaluation Rapide de L'Ecriture chez l'Enfant, 2004.

¹¹ GOODENOUGH F., Test du dessin du Bonhomme, L'intelligence d'après le dessin, 1957.

- La présentation générale et l'adaptation à la situation d'examen
- Les conduites motrices de base
- Les coordinations dynamiques générales
- La tonicité
- La latéralité
- L'orientation et la structuration spatio-temporelle
- Le schéma corporel et l'image du corps
- La graphomotricité
- L'attention et l'impulsivité

C'est donc en fonction des informations qu'elle reçoit sur l'enfant que la psychomotricienne s'oriente, après discussion avec le médecin, vers un bilan sensorimoteur ou classique. Le choix peut aussi se faire en fonction des instructions de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) qui demande souvent des bilans cotés tels que le M-ABC-2 et le BHK.

c. Les séances

Voici d'abord une définition du métier de psychomotricien : « Le psychomotricien est un professionnel paramédical diplômé d'Etat. Son travail consiste à favoriser le bon développement psychomoteur et à le préserver tout au long de la vie. Lorsque cet équilibre est perturbé par un trouble ou un handicap, d'origine physique ou psychique, le psychomotricien intervient par une approche corporelle à visée rééducative (volonté d'agir sur une difficulté ciblée) et thérapeutique (en s'appuyant sur ses qualités relationnelles)¹² ». Ce rôle me paraît bien intégré par l'équipe et les jeunes. Le plus souvent, les patients se montrent enthousiastes en arrivant dans la salle, à l'idée de pouvoir bénéficier de ces temps individuels, valorisants et majoritairement ludiques. Des prises en charge en binôme peuvent être mises en place, j'ai d'ailleurs pu assister à une tentative en début d'année mais l'une des deux patientes a arrêté le suivi. Cette modalité est intéressante pour les jeunes présentant des difficultés relationnelles mais il faut aussi prendre en compte le risque de l'arrêt brutal, dans la mesure où certains jeunes supportent mal les séparations ou les changements. Aussi, j'assiste encore actuellement à la création d'un groupe thérapeutique qui sera mené par ma tutrice et une psychologue, avec la « trace » comme axe thérapeutique. Je me rends compte de l'implication et de la patience que

¹² D'IGNAZIO A., MARTIN J., 2018, p. 12.

cela demande : trouver un créneau commun, proposer le groupe à l'équipe et le faire accepter par le médecin, attendre les indications de patients, rencontrer toutes les familles, prévoir le matériel, etc. Cependant, la co-thérapie est un dispositif privilégié qui offre aux patients une double contenance et permet la mise en commun des compétences de deux professionnels de formations distinctes mais complémentaires.

La salle de psychomotricité se situe au septième étage du bâtiment tandis que la salle d'attente se trouve au troisième. Ma tutrice profite de cette distance pour faire de l'aller et du retour des temps de transition. L'enfant quitte ses parents et, en marchant et en nous parlant, se rend disponible à la séance ; où, à l'inverse, s'apprête à nous laisser et retrouver sa famille. Une alliance thérapeutique fiable et solide est primordiale dans la rééducation psychomotrice, car elle guidera la prise en charge tout au long du suivi. Les axes thérapeutiques préalablement définis amènent la psychomotricienne à proposer au jeune des activités appropriées parmi lesquelles on retrouve, par exemple : parcours psychomoteurs, musique, relaxation, stimulation sensori-motrice, jeux de planification, activités de motricité fine et globale, jeu symbolique, etc. Elle s'adapte à l'humeur et à l'état d'esprit du patient tout en veillant à faire respecter un cadre et des règles précises, nécessaires au bon déroulement du suivi.

d. Ma place de stagiaire

Avant mon arrivée au CMP, je n'avais pas encore fait de stage dans une structure me permettant d'intégrer une équipe pluridisciplinaire sur du long terme. De nature plutôt réservée et observatrice, j'appréhendais le fait de devoir trouver ma place, je m'interrogeais quant à la distance relationnelle que j'allais devoir mettre vis-à-vis des nombreux soignants. Dès la première réunion de synthèse, Madame F. m'a présentée de manière intelligible et tous m'ont très bien accueillis. Dans l'année, certains sont venus me questionner sur mon mémoire, me demander si je me sentais bien au sein de l'institution mais aussi dans mes études. J'ai pu, sans difficulté, échanger autour de cas cliniques avec d'autres professionnels comme les psychologues et les orthophonistes.

Je suis présente pour les séances de psychomotricité de six patients. Avec ma tutrice, nous n'avions pas explicitement convenu de la place que j'allais devoir occuper à ses côtés et avec les jeunes mais j'ai vite compris que Madame F. allait me laisser décider de mon investissement, laissant libre cours à ma personnalité. Je trouve que nous

avons développé une relation co-thérapeutique complice et sécurisante, ce qui m'a permis au cours de l'année de prendre confiance en moi. Elle écoute mes idées et me laisse les mettre en place. Nous menons les séances à deux, et à ce stade de l'année j'ai l'impression d'occuper, pendant ce laps de temps, une place égale à la sienne à l'égard des patients. J'ai également pu conduire des séances seule ainsi que des bilans, toujours sous son oeil pédagogique et rassurant.

Dès le début de l'année, j'ai été mise à l'épreuve par deux patients, Maddy et Guillaume, qui ne me paraissaient pas coopérants dans la prise en charge et qui, selon moi, testaient la solidité de ma posture. Or, à plusieurs reprises, je me suis sentie déstabilisée par leurs multiples provocations. Grâce à une observation régulière de ces deux cas cliniques, nous verrons pourquoi j'ai choisi de traiter le sujet de l'agressivité.

II - MADDY

1) Eléments d'anamnèse et entrée au CMP

Maddy est née en France en 2013. Ses parents sont originaires du Sénégal et les deux parlent français. La grossesse en elle-même s'est bien passée, bien qu'elle n'était pas désirée. La mère confie que l'annonce de l'événement à sa propre mère a été assez catastrophique, car la nouvelle a procuré chez cette dernière un choc émotionnel, l'amenant à ne rien dire pendant des mois. Maddy est née par césarienne non programmée pour cause de souffrance foetale et a eu quelques difficultés respiratoires à la naissance prises en charge par des séances de kinésiologie. En 2014, le père de Maddy, présent jusque-là, quitte la France pour un poste au Canada. Il revient environ une fois par an. La mère parle de son désir de le rejoindre et avoir un deuxième enfant. Maddy vit en appartement avec sa mère et sa grand-mère. Elle a marché à un an, a acquis la propreté vers trois ans, mange de tout mais très peu car elle ne tient pas en place pendant les repas. Elle est en grande section de maternelle et les séparations avec sa mère sont encore difficiles lors de l'arrivée à l'école.

En octobre 2016, Maddy est adressée au CMP par la PMI qui la reçoit pour une demande de prise en charge en orthophonie, avec pour motif un retard de langage, son audition ayant été contrôlée et s'étant avérée normale. L'équipe de la PMI ajoute que Maddy s'intéresse peu aux jouets mis à disposition et qu'elle papillonne d'un objet à l'autre

assez rapidement. À cette même époque, elle est en petite section de maternelle et l'école conseille également à la famille de consulter pour ce retard de parole. La psychiatre du CMP prescrit alors un bilan orthophonique qui marquera le début de séances d'orthophonie. Celles-ci ne dureront que quelques semaines car Maddy est trop agitée. Lors des consultations, la psychiatre observe en effet une agitation importante avec une certaine raideur corporelle et un retard dans son graphisme. Sur le plan communicatif, Maddy montre des faiblesses : les phrases sont courtes et mal construites, parfois sans sujet et dénouées de sens. La médecin ajoute que Maddy a besoin de beaucoup d'étayage sur la conduite émotionnelle. Son intelligence semble normale mais elle présente une grande labilité attentionnelle. Un dossier MDPH est rédigé en avril 2017 pour une demande d'AVS, dont elle dispose toujours aujourd'hui. À la rentrée prochaine, Maddy sera maintenue un an de plus en grande section. Elle bénéficie actuellement de deux séances par semaine de psychothérapie avec sa mère et d'une séance hebdomadaire en psychomotricité.

2) Prise en charge en psychomotricité

a. Bilan psychomoteur

Un bilan psychomoteur est prescrit en avril 2018 sous ordonnance de la psychiatre du CMP. Il n'a pas été possible de faire passer un bilan standardisé à Maddy, la passation ayant été perturbée par son instabilité psychomotrice et le besoin qu'elle avait de suivre son père en permanence. Ce dernier était rentré en France à cette période et dès qu'il sortait de la salle, par exemple pour téléphoner, Maddy rompait tout contact avec Madame F. et rejoignait son père instantanément. Madame F. a donc opté pour une observation qualitative qui est la suivante :

- Présentation générale et adaptation à la situation d'examen :

Maddy n'est pas en mesure de suivre des consignes et on peut se demander si elle les comprend. Son regard est très souvent porté vers son père ce qui ne lui permet pas de rester concentrée sur une tâche. De plus, elle se met beaucoup en danger en sautant périlleusement du haut des modules.

- Les conduites motrices de base :

Maddy peut marcher, courir, sauter, monter et descendre des escaliers, sans pour autant donner l'impression d'investir son corps. Ses mouvements sont très toniques et elle tombe facilement.

- L'organisation tonico-émotionnelle :

Maddy s'organise sur un mode hypertonique. Cependant, on observe une chute totale du tonus lorsqu'elle veut manifester son opposition. Quand elle tombe ou se fait mal, elle ne signale pas sa douleur. La manifestation des émotions est compliquée ; elle rigole tout le temps et souvent de façon inadaptée à la situation.

- L'orientation spatiale :

L'orientation spatiale ne pose pas de problème : elle repère facilement la direction des sorties, des couloirs, etc.

- Schéma corporel :

Maddy se représente son corps dans l'action, surtout en cherchant le contact avec des surfaces dures. Cette représentation ne semble pas avoir acquis un caractère permanent.

- Graphomotricité :

Elle peut faire quelques tracés sur une feuille. Ce résultat a l'air de provenir du plaisir généré par le geste moteur, plus que de la volonté de laisser une trace.

- Attention et impulsivité :

Maddy papillonne d'une activité à l'autre sans les investir vraiment et manque de flexibilité attentionnelle. Les sollicitations vestibulaires provoquent un effet d'apaisement et, dans ces situations-là, elle peut être dans le partage émotionnel et faire preuve d'attention conjointe.

Conclusion : Maddy est au moment de représentation de son corps dans l'action, dans le vécu de l'immédiat. Sa régulation tonique se fait par tout ou rien. Sa surface d'équilibre sensori-tonique est assez réduite, elle a encore du mal à prendre appui sur le milieu humain pour pouvoir se réguler. Un suivi en psychomotricité viendrait étayer la prise en charge multidisciplinaire dont Maddy a besoin. La question d'une

orientation en institution paraît tout à fait légitime. Les axes thérapeutiques à travailler sont le schéma corporel, l'image et la représentation du corps ainsi que la régulation tonico-émotionnelle.

b. Ma rencontre avec Maddy

La prise en charge en psychomotricité de Maddy, cinq ans, commence en septembre 2018, à raison de séances hebdomadaires de quarante-cinq minutes, menées par ma maître de stage et moi-même.

Nous prenons le parti, pour la première séance, de la laisser découvrir ce qui l'entoure tout en l'accompagnant verbalement et activement. Je suis surprise par l'instabilité psychomotrice de Maddy. Dans la salle, elle est très agitée, passe d'un endroit à un autre, d'un objet à un autre mais sans jamais s'y attarder longtemps. Elle est souriante, a l'air d'apprécier notre présence et possède de réelles capacités d'interaction. Elle nous parle beaucoup, bien que ses mots me soient difficilement compréhensibles. Maddy pallie à son trouble du langage par une communication infra-verbale et un dialogue corporel très marqués : ses mimiques sont nombreuses et variées, elle pointe du doigt ce qui l'intéresse, nous prend par la main. C'est d'ailleurs à ce moment là que je perçois clairement son hypertonicité. À plusieurs reprises, elle s'approche de moi pour me solliciter et je crains de me prendre un coup tant ses gestes sont brutaux et mal contrôlés. La régulation tonique est tellement difficile qu'elle n'arrive pas à faire tenir une quille au sol. Madame F. propose à Maddy d'essayer le hamac et lui impose une règle qui est celle de poser les fesses en premier pour s'installer. Dès lors, Maddy met les pieds et monte debout en rigolant. À cet instant, je pense qu'elle teste les limites de ce nouveau cadre et notre autorité. Puis, elle s'allonge, se penche sur les côtés du hamac et s'agite comme pour nous faire peur. Alors que nous haussons le ton pour lui faire prendre conscience du danger, elle ne semble pas s'en préoccuper et descend du hamac, court dans la salle, retourne à l'intérieur, et ainsi de suite. Madame F. et moi continuons de la mettre en garde mais nous sommes sur le qui-vive afin de veiller à ce qu'elle ne se blesse pas. Quelques minutes avant la fin, Maddy s'échappe de la salle sans notre accord tout en rigolant. Nous terminons la séance et les retrouvailles avec la grand-mère se font encore dans une grande agitation : elle renverse de l'eau volontairement et s'échappe dans les

escaliers. La grand-mère, impatiente, attrape Maddy et lui met deux tapes sur les cuisses, ce qui n'a pas d'effet sur son comportement.

c. Progression des séances

Afin d'illustrer au mieux la clinique et le cheminement de ma pensée, je m'attacherai à relater, dans une progression mensuelle, les moments marquants de certaines séances de la prise en charge de Maddy.

Vignette 1, septembre 2018

Maddy exprime son envie de ré-utiliser le hamac, ce que nous acceptons en lui rappelant les consignes. Elle prend encore des risques, nous provoque, mais à la fois, se rend attachante en nous demandant à notre tour d'aller dans le hamac pour nous balancer. Elle se saisit de tous les Boomwhackers qu'elle jette violemment au sol. Lorsque nous essayons de lui montrer comment ils fonctionnent, elle part et se met à monter sur les modules dangereusement. Les consignes verbales n'y font rien : elle fuit en riant. Plus on met de règles, plus elle « explose ». Ce comportement est très frustrant pour moi. J'ai le sentiment qu'elle nous met à l'épreuve et qu'on ne peut agir. En fin de séance, Maddy s'échappe encore.

Vignette 2, octobre 2018

Maddy est toujours aussi instable, du début à la fin des séances. Il lui arrive, en entrant dans la salle, de fouiller dans nos sacs-à-main bien que nous lui interdisions.

Un jour, Maddy prend le physioball et je propose qu'on se fasse des passes à trois. L'échange dure un peu mais rapidement, elle se met entre Madame F. et moi pour intercepter le ballon et stopper le jeu. Voyant qu'on ne s'arrête pas, elle va escalader les modules et se laisse tomber au sol en riant. Elle abandonne, saisit les Boomwhackers et nous les tend comme pour que nous lui remontrions l'exemple. Sur le rythme qu'on frappe, elle prend du plaisir à danser.

Elle s'intéresse au jeu de la dinette que nous lui proposons. Elle fait semblant de nous servir du café tout en commentant l'action. Un réel échange a lieu à ce moment mais au bout de deux ou trois minutes, elle se lève et rejoint les modules. Il y a ainsi des mouvements de va-et-vient de la part de Maddy où elle a besoin de couper l'interaction pour revenir plus tard.

Je vois qu'elle possède de réelles capacités de jeu symbolique et de représentation quand elle joue aux poupons : elle le nourrit, change la couche, le berce. En revanche, il n'est pas évident de s'intégrer dans son jeu sans qu'elle se sauve. Je note aussi qu'elle n'est pas en mesure de raconter des choses, de transposer verbalement des événements de son vécu.

Le passage d'une activité à l'autre se fait toujours de manière très chaotique, nous insistons donc pour qu'elle nous aide à ranger à chaque changement de jeu, dans le but de ne pas alimenter son désordre psychomoteur. Souvent, dans ces transitions, elle prend le balais de la pièce et le passe en y prenant beaucoup de plaisir. Elle explique : « c'est sale alors il faut nettoyer ».

Vignette 3, novembre 2018

Maddy s'échappe de moins en moins en fin de séances et celles-ci peuvent maintenant durer quarante-cinq minutes. Cependant, les prises de risque sont toujours présentes. Plusieurs fois, elle se place en hauteur sur des modules et, en baissant sa tête et tendant les bras, menace de faire une roulade à des endroits non sécurisés. Comme elle rit, nous pensons qu'elle se représente le danger et nous la questionnons : « Maddy, pourquoi veux-tu te faire du mal ? ». Elle ne répond pas et dès que nous sécurisons l'endroit, elle fuit.

Un jour où je fais mine de « faire dodo » sur le tapis pour essayer d'abaisser son excitation, elle me rejoint et me monte dessus. Je constate encore ce besoin de contact. Nous jouons aux poupons et cette fois-ci, Maddy se positionne en tant que bébé, que nous berçons et à qui nous donnons le biberon. J'observe une grande réjouissance et de réelles capacités de détente lorsqu'elle est contenue ainsi. Elle nous demande à nous aussi de faire le bébé pour qu'elle puisse nous donner le biberon. Ce besoin de nous faire vivre tout ce qu'elle vit revient très souvent et me pose question. Le fait qu'elle soit beaucoup dans l'imitation, qu'elle veuille nous donner sa place ou prendre la notre (à plusieurs reprises, elle met nos chaussettes) me fait penser à une difficulté de différenciation entre soi et l'autre et rejoindrait ce manque de structuration psycho-corporelle et sa recherche de limites. Celle-ci s'observe dans le franchissement des interdits (limites psychiques) mais aussi dans la quête d'appuis-dos, dans le collage et dans ses mises en danger (limites corporelles).

Les temps d'échange et de partage sont plus longs depuis que nous privilégions les appuis dans son dos. Aussi, nous favorisons les balancements (dans les bras, dans une

couverture, dans le hamac, dans la toupie) tout en chantant, ce qui l'apaise et l'amène à adopter des postures de regroupement.

Vignette 4, décembre 2018

Lors d'une séance, Maddy met un cerceau autour de sa taille et me demande de le tenir fermement. Elle se met à courir, m'obligeant à la suivre. Elle met beaucoup de force pour avancer et je m'arrête car même si cela ne semble pas la déranger, je sens, contrairement à elle, que le cerceau pourrait lui faire mal.

La construction d'éléments quels qu'ils soient (tour de Kapla, parcours moteur, pâte à modeler) est difficile et nécessite un accompagnement verbal et physique soutenu. De plus, Maddy finit toujours par détruire ce qu'elle fait. Elle est absente du 12/12 au 09/01 ce qui représente un long mois d'absence.

Vignette 5, janvier 2019

Le rythme des séances ayant été rompu, je m'attendais à retrouver Maddy assez désorganisée. Pourtant, elle se retrouve vite dans le cadre connu. Les changements brefs d'activités sont moins nombreux et elle prend maintenant le temps de ranger. Les mises en danger et provocations sont toujours présentes. Quand on lui demande de passer sous le module en forme de pont, elle passe dessous avec un air malicieux. Pendant un parcours, elle montre une certaine appréhension car elle cherche à prendre ma main, mais, paradoxalement, elle nous provoque à plusieurs reprises en plaçant son pied sur le mauvais module, qui se plie sous son poids et risque de la faire tomber plusieurs fois.

Vignette 6, février 2019

Maddy nous surprend lorsqu'elle s'approche du tableau et y produit une trace à la craie. C'est la première fois que nous la voyons faire cela, le graphisme ne semblait pas l'intéresser auparavant. Néanmoins, elle efface vite sa production. Un jour, elle s'échappe et va s'enfermer dans une autre salle. Nous faisons alors semblant de partir et elle s'empresse de venir nous rejoindre. Je ressens que son rire est différent à cet instant et j'ai l'impression qu'il contient de la peur. Je pense qu'elle a peur de l'abandon. Dans la descente des escaliers, elle est très agitée et s'enfuit à presque tous les étages. Cette fois, Madame F. se voit obligée de l'arrêter et de l'asseoir pour la calmer. Maddy se « replie » sur elle-même comme pour se protéger et nous la rassurons.

Vignette 7, mars 2019

Maddy me demande si je suis malade, or je comprends qu'elle confond avec le fils de ma tutrice dont nous parlions sur le trajet de la salle. En montant au nouvel espalier, je vois qu'elle se précipite, et dans la descente, se lâche soudainement et tombe. Sa main est rouge. Madame F. la réconforte et Maddy se met en boule en restant silencieuse.

Lors d'une séance, elle s'empare d'un ballon en plastique et découvre qu'elle peut tirer la petite tige pour le dégonfler. On la prévient : « Maddy, ne tire pas ça, ou sinon on ne pourra plus jouer avec ce ballon ». Elle nous regarde et enlève la tige en rigolant. Voyant que nous nous fâchons, elle rit davantage. Maddy, sans que nous la voyons, refera la même chose la semaine suivante.

III - GUILLAUME

1) Éléments d'anamnèse et entrée au CPM

Guillaume est né en France en 2008 par césarienne programmée en raison d'un utérus bicorne¹³ de la mère. Il a passé vingt-quatre en néonatalogie pour une détresse respiratoire transitoire mais autrement la grossesse et l'allaitement se sont bien passés. La mère décrit un bébé facile, plutôt calme mais très tonique et souvent en hyperextension, ce qui a rendu le portage difficile. Guillaume a une soeur de deux ans de plus que lui, et Madame a fait une fausse couche spontanée de deux mois en 2012. Les parents sont cadres et Guillaume a été gardé par plusieurs nourrices depuis son plus jeune âge. Il s'est assis à 9 mois, a rampé et marché à treize mois. À cette période, Guillaume ne tenait pas en place, incapable de se poser, toujours en mouvement. La propreté diurne a été acquise avant l'entrée en maternelle, mais un an après, il a représenté des énurésies et encoprésies, et cela a duré jusqu'à ses huit ans environ. Il présente un astigmatisme et porte des lunettes depuis ses quatre ans. Depuis son enfance, Guillaume a une très faible tolérance à la frustration et fait beaucoup de crises de colère où il crie très fort, claque les portes, jette des objets. Il se bat souvent avec sa soeur et il lui est arrivé de taper ses parents. Il a pu faire

¹³ Malformation utérine résultant d'un trouble de fusion des canaux de Müller.

beaucoup d'activités comme de la natation, du théâtre, du judo et actuellement de l'équitation, du chant et de l'orgue.

Guillaume est adressé au CMP par le médecin généraliste de la famille en janvier 2014, notamment pour ces soucis d'incontinence mais également pour un graphisme en deçà des attentes pour son âge. Lors des premières consultations avec la psychiatre, la mère dit que Guillaume « passe sa vie à tomber » et qu'il n'a pas beaucoup d'amis. Madame confie qu'elle l'a trop materné, n'acceptant pas qu'il grandisse et par peur de perdre ce lien qu'elle avait avec lui. Elle associe également ce comportement à la fausse couche qui a affecté toute la famille. La psychiatre est directement marquée par le fort caractère opposant de Guillaume.

De 2015 à 2016, Guillaume participe à un petit groupe thérapeutique (dont on ne connaît pas les détails) qu'il a très bien investi. Au début, il a mis du temps à trouver sa place, tantôt trop discret, tantôt trop imposant, trop calme ou trop excité. Cependant, au cours de l'année, il a pu prendre du plaisir à échanger avec les autres enfants et adopter le rôle du grand frère protecteur. En septembre 2016, il commence la prise en charge en psychomotricité menée par Madame F.. Un bilan orthophonique réalisé en avril 2017 rapporte une écriture chaotique et irrégulière. Etonnamment, elle était de meilleure qualité au CP. Il n'y a pas de difficulté dans l'expression orale ni dans la lecture. Un bilan neuropsychologique nie la présence d'une dyspraxie. Actuellement, en plus de la psychomotricité, Guillaume bénéficie d'un suivi en graphothérapie ne se limitant pas qu'à l'amélioration de l'écriture mais préconisant aussi de la relaxation pour lui permettre de trouver sa place plus facilement dans les diverses situations qu'il rencontre.

2) Prise en charge en psychomotricité

a. Bilan psychomoteur

Voici le compte rendu du bilan psychomoteur de Guillaume, réalisé par Madame F. en mai 2016 sous ordonnance de la psychiatre du CMP :

- Présentation générale et adaptation à la situation d'examen :

Guillaume a une très bonne expression verbale. Très vite, il montre une attitude défiante. Il demande pourquoi il doit faire telle ou telle chose, pourquoi il est obligé. Cependant, il finit par faire ce qui est proposé à chaque fois. Il semble vivre la

rencontre comme une confrontation. Pendant que Madame F. écrit, il la questionne : « Qu'est-ce que tu écris de si passionnant sur moi ? ». Lorsqu'il ne réussit pas, il a tendance abandonner et/ou à accuser autrui, par exemple lors du découpage : « Je sais découper mais le papier est un piège ». Il a besoin de beaucoup d'étayage pour persévérer.

- Conduites motrices de base :

Contrôle postural et équilibre statique : l'équilibre en position debout et avec les yeux fermés est difficile à tenir pour Guillaume. L'équilibre sur un pied, droit ou gauche, avec les yeux ouverts est presque impossible à maintenir. L'accroupissement n'est pas faisable avec les pieds à plats.

Equilibre dynamique : Guillaume marche en regardant ses pieds sans avoir recours au mouvement compensatoire des bras (le ballant). Les sauts à cloche pied et les sauts à pieds joints manquent de fluidité et se font avec une réception au sol très lourde sur les talons.

Motricité fine : dans les épreuves, il sait ce qu'il faut faire, le projet moteur est intégré. Cependant, le découpage est un geste difficile à coordonner chez Guillaume car ses mouvements sont saccadés et il se précipite trop. L'enfilage de perle lui demande un grand effort de régulation tonique : il tremble, change plusieurs fois de main et soupire.

Coordinations oculo-manuelles : Guillaume peut lancer une balle contre un mur mais ne peut pas la réceptionner quand elle revient. Lorsqu'il s'agit de lancer une balle sur une cible, on a l'impression que celle-ci est difficile à localiser pour lui malgré sa correction visuelle.

- Organisation tonique :

L'organisation du tonus est homogène. Il montre une très bonne résistance à la poussée.

- Latéralité :

La latéralité est dominante à droite (main, pied, oeil).

- Orientation spatiale :

Guillaume présente une bonne connaissance des notions spatiales mais il a des difficultés à les utiliser sur un dessin quand il faut localiser des objets par rapports à d'autres.

- Orientation et structuration spatio-temporelle :

Les notions temporelles sont bien acquises.

Les épreuves de rythme attestent d'une bonne compréhension du symbolisme en lecture et en retranscription.

- Schéma corporel :

Il présente une bonne connaissance des somatognosies. Le dessin du bonhomme est très pauvre : il manque notamment le nez, le sourcil, les oreilles et les mains. La mimique du bonhomme semble en colère, avec une tête qui est très grosse par rapport au reste du corps. Il obtient un score de 12/51 ce qui signifie que son dessin a un niveau d'âge de cinq ans et demi.

- Graphomotricité :

La posture de Guillaume lors de l'écriture est très instable. L'épaule est crispée, la bouche est en mouvement. Le geste du tracé est trop tonique et se dégrade dans le temps. Guillaume prend d'abord son temps puis finit en bâclant. Les liens entre les lettres ne sont pas fluides car ils sont assez anguleux et souvent interrompus. La hauteur entre les lettres troncs et non-troncs n'est pas toujours respectée.

- Attention/impulsivité :

Guillaume a beaucoup de mal à attendre son tour dans les échanges à deux. Il peut se concentrer sur des choses qui l'intéressent mais dans l'échec ou dans la peur de l'échec, il perd ses capacités de concentration.

Conclusion : Guillaume est un garçon vif et intelligent. Au premier abord il n'est pas facile de trouver une voie de communication avec lui, mais ce n'est pas impossible. Il a besoin de tester le cadre et vérifier que celui-ci tient. Cette attitude un peu « agressive » cache une faible estime de soi et une peur de l'échec.

Par l'ampleur de ses mouvements, Guillaume semble avoir des difficultés de conscience corporelle. Il a besoin de trouver un ancrage dans ses appuis lui permettant d'entrer dans des activités motrices plus investies et conscientes. Il faudrait également travailler autour de l'image et de la représentation du corps, de la régulation tonico-émotionnelle, la motricité fine et la graphomotricité.

b. Ma rencontre avec Guillaume

Quand je rencontre Guillaume, 10 ans, celui-ci bénéficie des séances de psychomotricité de Madame F. depuis déjà deux ans, à raison de séances hebdomadaires de quarante-cinq minutes.

Lorsque nous allons le chercher en salle d'attente, Guillaume est avec sa mère. Ma tutrice me présente mais il ne me dit pas bonjour. À l'arrivée dans la salle de psychomotricité, il court partout et touche tous les objets comme s'il avait besoin de reprendre ses marques après la rupture des vacances d'été. À cet instant, Guillaume ne parle pas mais fait des grognements. La tête baissée, il fuit notre regard. Ses sourcils sont froncés et je constate un petit sourire en coin. J'ai l'impression qu'il est content d'être là mais que la rencontre avec moi lui est difficile. À la question, « qu'est-ce que tu aimerais qu'on fasse tous les trois ? » il ne répond toujours pas verbalement mais prend le physioball et le lance à Madame F., qui me l'envoie à son tour. Un jeu d'échange commence alors. Il parvient petit à petit à me regarder et m'adresser son lancer de ballon. Madame F. et moi parlons et faisons des blagues pour le faire parler aussi et je vois qu'il rit de temps en temps. Ma tutrice propose de faire un parcours, ce que Guillaume accepte. Il commence à le construire tout seul et s'exclame soudainement : « On doit le faire chacun son tour ! ». Voyant que certains éléments du parcours sont mal organisés, Madame F. et moi proposons d'en bouger, mais Guillaume a beaucoup de mal à lâcher ses idées et dénigre nos propositions : « Non, c'est nul ça ! ». Après un certain temps de négociation, il finit tout de même par accepter nos modifications. Il exécute le parcours en premier et quand vient mon tour, il me corrige si je me trompe en me parlant ou en me montrant : « Regarde, comme ça ! ». Je vois qu'il peut vite s'agacer en soufflant ou en râlant si on ne fait pas comme il veut. En fin de séance, Madame F. lui propose un temps de détente dans le hamac. Guillaume se recouvre avec le tissu du hamac et, à travers celui-ci, nous le voyons nous faire des grimaces. Il n'arrive pas à se détendre et à profiter de ce temps

calme et je le sens un peu submergé par les émotions de cette séance. À l'heure de fin, il sort de la salle avec Madame F. et comme je suis derrière lui, il ferme la porte pour m'enfermer et rit en me sachant à l'intérieur. J'ouvre et ne me fâche pas, sans pour autant rentrer dans son jeu provocateur. Je dis, calmement : « Je pense que tu n'aimerais pas qu'on te le fasse ». Quand il s'en va, il ne dit pas aurevoir.

c. Progression des séances et de ma réflexion

Afin d'illustrer au mieux la clinique et le cheminement de ma pensée, je m'attacherai à relater, dans une progression mensuelle, les moments marquants de certaines séances de la prise en charge de Guillaume.

Vignette A, septembre 2018

Les premiers instants dans la salle de psychomotricité sont tous assez ressemblants : Guillaume a toujours ses sourcils froncés et son sourire en coin, ne dit pas un mot durant le trajet, entre dans la salle et s'assoit à la table avec nous. Madame F. et moi commençons à parler puis doucement, il s'implique dans la conversation. Un jour, Guillaume nous offre des calendriers et j'ai l'impression qu'il essaie de tisser un lien. Par ailleurs, lors d'un jeu d'engrenage où l'on participe tous les trois, il peut ne pas tolérer qu'on ajoute une pièce ou qu'on choisisse une certaine couleur. Il manifeste verbalement son mécontentement mais il est capable de céder quand cela lui paraît équitable : « Bon d'accord, je te laisse choisir cette couleur puisque moi je l'ai choisie tout à l'heure ». Il peut donc faire preuve de flexibilité. Dans ce même jeu, je remarque aussi son impulsivité. Par exemple, si un engrenage bloque, il a tendance à forcer ou à abandonner l'activité. Il lui arrive de s'adresser aux pièces du jeu en utilisant un langage assez familier : « Toi, tu dégages ! ». Je note parfois quelques difficultés à articuler.

Vignette B, octobre 2018

Au cours d'une séance où nous jouons à un jeu de société engageant la motricité fine et la régulation tonique, je vois à quel point Guillaume supporte mal la frustration. Le but est d'envoyer des petits cerceaux autour du coup des flamants roses. Celui qui en met le plus grand nombre gagne. Quand la fin des parties approche et qu'il voit qu'il va perdre, Guillaume s'empresse de tricher en enlevant les cerceaux de Madame F. et

les miens. Nous lui expliquons qu'il pourra s'améliorer et nous battre une prochaine fois mais que tricher n'est pas la bonne solution. Il n'apprécie guère et nous qualifie de « nulles » et de « moches ». Alors que son discours est assez méprisant, je vois que Madame F. lui répond de la même manière que lui. Elle ne se place pas tout de suite comme l'adulte qui voudrait l'alerter, mais au contraire, le charrie en le « piquant » comme il le fait avec nous. Je constate que Guillaume en rit et qu'il a l'air d'apprécier le répondant qu'elle lui apporte. Madame F. ne fait pas durer cet échange défiant trop longtemps en détournant son attention car il faut aussi prendre garde à ne pas alimenter l'agressivité de Guillaume. J'ai l'impression que c'est une façon de faire qui fonctionne avec lui, d'autant plus que Madame F. le connaît bien. Je me dis que je vais également devoir lui montrer que j'ai de la répartie et que je ne m'écraserai pas.

Vignette C, novembre 2018

Un jour, alors que je suis déjà dans la salle, assise sur une chaise, Guillaume m'aperçoit, à son habitude ne dit pas un mot et tente de m'écraser avec un module sans raison apparente car il venait juste d'entrer dans la salle. Je ne me laisse pas faire en haussant la voix, ce qui l'amène à monter à quatre pattes sur la table et à pousser des cris de rage. C'est la première fois qu'un début de séance est aussi violent. Il parvient à se calmer après une rectification de ma tutrice vis-à-vis de son comportement. Il choisit ensuite de jouer aux Kapla et propose, ou plutôt impose, que Madame F. construise des sièges, lui un fast-food, et moi une scène de spectacle. Pendant l'activité, il se met à détruire les sièges de Madame F., ce à quoi elle répond : « Guillaume, est-ce que tu te rends compte que tu détruis tout le temps les constructions des autres ? ». Il ne répond pas à la question. Cette destruction est sans doute une manière d'exprimer la frustration ressentie lorsque Madame F. s'est un peu fâchée en début de séance.

Vignette D, décembre 2018

À ce stade de l'année, Guillaume peut enfin me dire bonjour quand il me voit. Depuis quelques temps, les débuts de séances ont changé. Au lieu de pousser des grognements et mimer ce qu'il veut nous faire comprendre, il va dessiner au tableau. Les thématiques de ses productions sont très variées. Il peut dessiner son séjour au ski en restant proche de la réalité vécue ou, à contrario, dessiner des histoires imaginaires assez sombres nous mettant en scène, Madame F. et moi. Souvent, il commence par dessiner puis nous demande d'interpréter. Lorsque nous nous trompons, il semble se

réjouir de nous corriger et de nous raconter l'histoire à sa façon. Un jour, il figure Madame F. comme une voleuse qui dérobe de l'argent à la maison blanche (cf. annexe 2). Je suis un agent de police qui arrête Madame F. pour la mettre en prison, mais je récupère à mon tour le butin. Guillaume s'identifie à Donald Trump : « Je suis Donald Trump et c'est moi qui gagne l'argent à la fin. Vous deux, vous finissez en prison et vous mourrez à cause du travail forcé ! ». Ma tutrice et moi commentons ce récit et faisons mine d'être tristes de notre destin. Madame F. s'approche du tableau pour faire sortir son personnage de prison mais lorsque Guillaume la voit intervenir, il prend le torchon, plein de poussière de craie, et le secoue sur la tête de Madame F.. Comme il a dépassé les limites, Mme F. arrête la séance et nous ramenons Guillaume. Pendant tout ce temps, il ne rétorque pas et fait la moue.

Vignette E, janvier 2019

J'ai l'occasion de faire passer un M-ABC-2 et un dessin du bonhomme à Guillaume.

M-ABC-2

Dextérité manuelle :

Guillaume manque souvent de stratégie dans les épreuves ce qui montre un défaut de planification. Pour placer les chevilles dans les trous de la plaquette, il en prend plusieurs à la fois, les enfonce mal ou les fait tomber par terre. Il n'abandonne pas mais on observe des recrutements toniques lorsqu'il pousse des cris pour se recentrer sur la tâche. Pour l'épreuve graphique, j'observe une pince immature tridigitale. Il utilise une force excessive sur le stylo et gigote beaucoup.

Viser et attraper :

Les adaptations posturales de Guillaume ne sont pas bonnes. Il est en retard pour rattraper la balle, se baisse trop pour lancer le sac lesté et n'accompagne pas le geste avec son corps (il casse le poignet quand il lâche le sac). De plus, il apprécie mal la force du lancer. Les mouvements manquent de fluidité et le corps est très raide.

Equilibre statique et dynamique :

Guillaume peut, dans l'expérience, mettre en place des stratégies afin de mieux s'équilibrer : regarder devant, s'aider des bras et même chanter. L'hypertonie de son corps ainsi que la précipitation sont les éléments principaux qui peuvent le mettre en

difficulté. Lors des sauts, les jambes sont raides et les pieds sont à plats, il manque de ressort afin de mieux se réceptionner.

Comportement durant la passation :

Guillaume est vite impatient et se montre impulsif, il est agacé par les détails et commence souvent avant la fin des consignes. Il bouge sans arrêt et prend rarement son temps pour s'appliquer. Il surestime ses capacités en disant plusieurs fois : « trop facile ! » avant de commencer les exercices. Entre deux épreuves, je lui demande de se lever. Il me m'interroge « C'est pas encore fini ? », ce à quoi je réponds non en lui indiquant le nombre d'épreuves restantes. Je passe devant lui pour l'inciter à me suivre et alors que Madame F. et moi avons le dos tourné, Guillaume renverse d'un coup de bras la tablette de ma tutrice. Il semble s'en vouloir en mettant ses mains sur sa bouche mais ne s'excuse pas. Je n'ai pas su déterminer si cela relevait d'un accident ou non. Il me provoque parfois, par exemple en défaisant la boucle que je crée avec le lacet ou en marchant au-delà de la ligne alors que c'est interdit. Il n'abandonne pas même quand c'est difficile, il veut montrer qu'il peut y arriver et peut écouter les conseils que je lui donne.

Dessin du bonhomme (cf. annexe 1)

Guillaume obtient la note de 17/51 ce qui correspond à un niveau d'âge de représentation du bonhomme de 6 ans et 9 mois. Les principales parties du corps sont présentes mais de manière minimaliste. Le visage est de profil ce qui indique un bon niveau de représentation des positions possibles du corps dans l'espace. Il n'y a pas de deux-dimensions. Il n'y a que deux doigts par main. On ne distingue pas d'habit ni aucune séparation qui marquerait le t-shirt au niveau du cou et des membres. Les cheveux ont été rajoutés à la fin lorsqu'il a vu mon bonhomme. Le sexe du bonhomme est indéterminé. Il ne nous apporte aucune précision vis-à-vis de son dessin, excepté un numéro (« c'est le bonhomme B1A ») comme s'il s'agissait d'un robot. Le schéma corporel semble intégré mais ce dessin est très enfantin, pauvre en détails et traduit un sous-investissement du corps.

Vignette F, février 2019

Je trouve Guillaume de moins en moins provocant. Les activités peuvent se faire dans le calme et sans insolence.

Une fois, il nous fait part de son envie d'aller au cinéma avec ses parents plutôt qu'avec sa nounou. À cet instant, je le sens triste.

Il lui est toujours difficile de partager et de se positionner au même rang que nous dans les jeux. Quand on joue à construire des viennoiseries avec le sable magique, il se place comme le patron de la boulangerie et nous sommes ses employées. Comme il veut absolument la plus grande quantité de sable, nous nous amusons à lui en voler et ça l'amuse. Ainsi, nous apportons des variations et ne le laissons pas dans sa toute-puissance.

Je constate qu'il a beaucoup de mal à nous raconter des choses de sa vie personnelle. Quand je l'interroge sur ses vacances ou ses sorties à l'école, et qu'il n'a pas envie de dessiner, il va écrire au tableau : « Je ne vous dirai rien ».

Un jour, en fin de séance, je reste dans la salle pour prendre des notes et Madame F. raccompagne Guillaume. Il est en train de remettre ses chaussures et de là où je suis, j'entends leur conversation :

- « - Pourquoi elle ne descend pas avec nous, Elsa ? demande Guillaume.
- C'est parce qu'elle prend des notes, répond ma tutrice.
- Et elle reste jusqu'à quand ?
- Jusqu'à la fin de l'année scolaire, je te l'avais dit.
- Si elle ne se suicide pas avant ! s'exclame Guillaume en riant. »

Vignette G, mars 2019

Le discours mortuaire de Guillaume revient assez souvent dans les jeux. Il y a toujours cet aspect de devoir anéantir l'autre, de rester le seul vainqueur. Quand c'est légitime, nous le laissons s'en réjouir. Par contre, nous pouvons aussi nous imposer et il le tolère de mieux en mieux.

Il commence un projet de dessin d'une ville qui s'étendra sur plusieurs séances. Chacun de nous trois a pu choisir son rôle : Guillaume dessine des building et des aérodomes, Madame F. dessine un parc avec des animaux et je suis chargée de repasser la production au feutre noir. Cette activité se fait sans opposition de la part de Guillaume, et, pour une fois, sans évoquer la mort ou la destruction.

Le départ d'une réflexion

La problématique de Maddy est complexe puisqu'elle réunit deux agissements paradoxaux. D'une part, elle recherche l'attention et la mise en place de limites de la part de l'adulte en provoquant chez lui un sentiment de colère, sentiment qu'elle ne semble pas savoir exprimer, comme tous les sentiments qu'on pourrait juger « négatifs » mais qui sont essentiels au bon développement du sujet (frustration, tristesse, douleur). D'autre part, quand elle obtient une structuration, elle fuit : en s'échappant réellement, en se mettant d'autant plus en danger ou encore en allant s'occuper par une activité un peu stéréotypée comme celle du balais qui revient souvent.

Guillaume est aussi en quête d'attention mais n'agit pas de la même manière puisque ses provocations sont verbales. Nous avons répondu à ses attaques en restant le plus souvent dans la taquinerie et la rigolade, ce qu'il apprécie beaucoup. Cependant, cette prise de plaisir dans la défiance, et sa faible tolérance à la frustration peuvent le dépasser et l'amener à réagir de manière violente à notre égard ou envers des objets. Nous nous devons alors de rectifier ce fonctionnement qui lui cause du tort dans ses relations et l'exclut de ses pairs.

Ces comportements m'ont fait me questionner : Pourquoi se montrent-ils agressifs et pour quelles raisons ce comportement peut-il s'amplifier lorsque nous amenons de la contenance physique et/ou psychique ? Pourquoi supportent-ils aussi mal la structuration que nous pouvons leur apporter ? Comment, en tant que psychomotricien, affermir le cadre lors des débordements agressifs de ces patients sans leur faire perdre la notion de plaisir dans la prise en charge ? Toutes ces interrogations m'ont guidée vers une problématique principale : comment prendre en charge l'agressivité en psychomotricité ? J'é mets alors quelques hypothèses. Tout d'abord, l'agressivité est un moyen de défense essentiel à l'être humain dans la mesure où nous avons tous dû y recourir au moins une fois. Seulement, c'est un mode opératoire qui doit être contrôlé, sans quoi il interfère dans la sphère relationnelle et peut devenir dangereux pour soi et les autres. S'il n'est pas contrôlé, il doit révéler des conflits intrapsychiques inconscients pour ces sujets. Si ces deux cas cliniques manquent de contenance et de limites, nous sommes en mesure de leur en apporter en psychomotricité. En revanche, comme notre présence, psychique ou physique, n'est pas toujours supportable pour eux, il y a un juste milieu à trouver afin de ne pas entretenir cette agressivité, utilisée trop instinctivement et à mauvais escient.

PARTIE THEORIQUE

I - L'agressivité

1) Définitions et concepts

Le terme « agressivité » vient du latin « ad gradi » qui signifie « aller vers », ce qui en dit déjà long sur la dimension relationnelle et intentionnelle de ce terme. D'après le site du Larousse, l'agressivité est une « tendance à s'opposer à autrui ou à l'attaquer, de façon réelle ou fantasmée »¹⁴. J'ajouterai les définitions, toujours données par Le Larousse, de l'adjectif « agressif » :

- Qui est naturellement porté à attaquer ; provocateur
- Qui a un caractère d'agression ; belliqueux
- Qui attire l'attention, choque par sa violence, par son caractère excessif¹⁵

Nous pouvons constater que les termes « violence » et « agression » sont eux-mêmes souvent utilisés pour définir l'agressivité, c'est pourquoi, dans le sens commun, nous avons tendance à confondre ces trois expressions. D'après le centre national de ressources textuelles et lexicales (CNRTL) :

- L'agression est « l'action d'attaquer une personne ou un groupe de personnes de façon soudaine et brutale, et sans avoir été provoqué »¹⁶.
- La violence est la « force exercée par une personne ou un groupe de personnes pour soumettre, contraindre quelqu'un ou pour obtenir quelque chose »¹⁷.

Ainsi, l'agressivité est plutôt une tendance, une disposition à attaquer, pouvant se manifester par un acte agressif qu'on nomme l'agression. La violence, elle, peut-être l'évolution de l'agressivité sur un mode destructeur : elle semble être le plus grand moyen d'expression de l'agressivité, car elle porte atteinte à l'intégrité physique ou morale de la victime. Les comportements des patients que j'observe ne visent en aucun cas à soumettre et opprimer le sujet en utilisant la force. Ils se situent, pour moi, dans le cas d'une agressivité, car le seul but est l'entrée en relation.

¹⁴ Larousse, Encyclopédie [en ligne], consulté le 15 mars 2019.

¹⁵ Larousse, Dictionnaires de français [en ligne], consulté le 15 mars 2019.

¹⁶ CNRTL [en ligne], consulté le 15 mars 2019.

¹⁷ Ibid.

Les actes agressifs retiennent l'attention en raison de leur caractère spectaculaire et potentiellement dangereux. Ils peuvent prendre différentes formes : attitudes, paroles, fantasmes. A. Buss, professeur américain de psychologie, nous donne une classification des comportements agressifs¹⁸ :

ACTIF	PHYSIQUE	DIRECT	Attaquer quelqu'un en utilisant une partie son corps ou une arme
		INDIRECT	Voler ou endommager des biens, piéger quelqu'un
	VERBAL	DIRECT	Critiquer, désobliger, maudire, menacer quelqu'un
		INDIRECT	Propager des rumeurs concernant quelqu'un
PASSIF	PHYSIQUE	DIRECT	Empêcher quelqu'un d'atteindre son but
		INDIRECT	Refuser de s'engager dans une activité, d'exécuter une tâche
	VERBAL	DIRECT	Refuser de parler à quelqu'un, de répondre aux questions
		INDIRECT	Refuser d'acquiescer, de défendre quelqu'un lorsqu'il est injustement mis en cause

Titre : Classification des comportements agressifs selon A. Buss

Cette répartition me permet de catégoriser les comportements retrouvés chez Maddy et Guillaume car l'expression de leur agressivité est différente. Pour Maddy, il s'agit d'une agressivité active-physique-indirecte et passive-physique-directe et indirecte. Pour Guillaume, il s'agit d'une agressivité active-verbale-directe et indirecte ainsi que passive-physique-indirecte et passive-verbale-directe et indirecte. J'ajouterais spécifiquement pour Maddy la notion d'auto-agressivité lorsqu'elle se jette au sol ou

¹⁸ BEGUE L, 2015, p. 12.

chute volontairement. Dans ce cas de figure, les conduites qui imposent un dommage sont tournées vers elle-même.

Nous allons nous intéresser aux diverses études menées sur les comportements agressifs et nous verrons que les points de vue divergent selon les différentes disciplines et institutions.

a. Ethologie

Des éthologues tels que K. Lorenz et I. Eibl-Eibesfeldt ont observé les comportements agressifs des différentes espèces animales.

K. Lorenz postule l'existence innée d'une pulsion agressive sous la forme d'une énergie spécifique endogène qui s'accumulerait progressivement au sein de l'individu et qui s'extérioriserait, se déchargerait ensuite nécessairement d'une façon ou d'une autre. Il parle ainsi « d'instinct agressif » que l'Homme partagerait avec l'ensemble des êtres vivants et qui serait indépendant de toute influence de l'environnement¹⁹. Cette vision a été largement critiquée par les chercheurs américains de la même époque car elle semblait, finalement, excuser d'avance toutes les violences, guerres et autres formes d'agression.

Son élève I. Eibl-Eibesfeldt décrit les luttes intraspécifiques (entre mêmes espèces) et les luttes interspécifiques (entre espèces différentes). Les premières concernent la territorialité, la compétition sexuelle, la défense de la progéniture, l'établissement et le maintien d'une hiérarchie tandis que les secondes ont rapport avec le territoire et l'attaque pour se nourrir. Selon lui, ces comportements sont indispensables à la survie du groupe, cependant les individus ont développé des moyens de contrôle pour ne pas faire courir de risque à l'animal et ainsi à l'espèce. Certains des conflits sont donc évités ou maîtrisés par des comportements de menace, des attitudes d'intimidation ou de soumission²⁰.

b. Neurobiologie

Le neurobiologiste français P. Karli ne partage pas la vision de K. Lorenz et montre que différentes structures cérébrales jouent un rôle dans l'agressivité et

¹⁹ LORENZ K, 1969.

²⁰ EIBL-EIBESFELDT I, 1967.

l'action de celles-ci dépend d'un ensemble de facteurs pouvant être déclenchants de ces conduites²¹ :

- Les facteurs biologiques et neurobiologiques : grâce à des expériences menées sur des rats, P. Karli prouve que certaines régions du système nerveux central sont impliquées dans la régulation des réactions agressives. L'amygdale et l'hippocampe les favorisent tandis que l'hypothalamus et le septum les inhibent. Il met également en évidence des facteurs humoraux. Les hormones sexuelles, et notamment la testostérone, ainsi que les hormones stéroïdes peuvent influencer l'apparition des comportements agressifs.

- Les facteurs liés à la personnalité du sujet : l'agressivité « révèle » une personnalité « forgée par un vécu, une façon individuelle et historiquement constituée d'appréhender les situations et les événements et d'y faire face²² » Toujours dans le cadre de ses expériences chez le rat, il montre qu'un sujet présentant une grande réactivité émotionnelle sera plus susceptible de développer des comportements agressifs. Le rat ayant fortement sursauté à une stimulation tactile, et qui montre donc une réactivité importante, inflige quatre fois plus de blessures à son ennemi que celui dont la réactivité est plus faible. Il rapproche cette réactivité animale avec deux traits de personnalité humains : l'irritabilité qu'il définit comme « la tendance stable d'un individu à réagir de façon offensive à une provocation même légère » et la susceptibilité émotionnelle, « tendance à éprouver des sentiments d'insuffisance ou de détresse »²³

- Les facteurs liés à l'environnement familial et socio-culturel : un macaque élevé en isolement social se montre agressif à l'âge adulte envers n'importe quel animal car il s'avère incapable d'interagir avec les autres de façon appropriée et ne sait reconnaître la hiérarchie du groupe. Si le macaque grandit en n'ayant de contact qu'avec sa mère, il n'aura pas non plus appris à se comporter de façon adaptée dans des situations d'interaction sociale et se montre alors agressif lorsqu'il est placé au sein du groupe. En s'appuyant sur les études du psychologue D. Olweus (1984), P. Karli énonce deux attitudes de la mère à l'égard de son enfant pouvant engendrer une agressivité marquée chez ce dernier. Tout d'abord, la mère « négative », froide et indifférente,

²¹ KARLI P, 1987.

²² Ibid, p. 261.

²³ Ibid, p. 263-264.

allant parfois jusqu'à l'hostilité et le rejet de l'enfant ; ensuite, la mère « permissive » qui accepte tous les actes agressifs qu'il commet et qui ne s'efforce pas de les contrôler ou lui apprendre à les contrôler lui-même. Enfin, le comportement violent des parents vis-à-vis de leur enfant, avec des menaces et des punitions corporelles répétées, est également un déterminant majeur de la personnalité « agressive ». P. Karli évoque aussi le milieu culturel puisque ce dernier peut appréhender le contrôle des émotions et l'utilisation de l'agressivité comme moyen d'expression et d'action, à l'image de la communauté des Yanomami du Venezuela où il s'agit d'un mode institutionnalisé de contrôle social destiné à faire respecter le droit.

- Les situations « agressogènes » : le comportement agressif est justifié par la volonté de l'individu de mettre un terme à l'émotion aversive que la situation suscite. Israël (1984) donne l'exemple de l'ouvrier qui souffre du bruit qui règne dans son atelier et qui se trouve confronté à des enfants qui crient dans la rue. L'intolérance au bruit pourra éventuellement se manifester par une agression. Les situations susceptibles d'être le cadre d'agressivité sont d'un nombre et d'une diversité incommensurables.

De nos jours, le monde scientifique a l'air de se mettre d'accord sur une combinaison complexe de facteurs endogènes et exogènes pouvant expliquer les comportements agressifs, qui vont de l'expérience acquise par l'organisme à l'ensemble des facteurs de l'environnement physique et social²⁴.

c. Psychanalyse

S. Freud étudie l'agressivité en abordant celle-ci comme un concept théorique. Pour cela, il utilise le terme de « pulsion » et il me semble important d'en rappeler d'abord sa définition. Elle est le représentant psychique d'une source continue d'excitation provenant de l'intérieur de l'organisme. Contrairement à une excitation extérieure pouvant se On la différencie : « Par pulsion, nous désignons le représentant psychique d'une source continue d'excitation provenant de l'intérieur de l'organisme, que nous différencions de l'« excitation » extérieure et discontinue. La pulsion est donc à la limite des domaines psychique et physique. »²⁵ Contrairement à l'excitation,

²⁴ Encyclopædia Universalis [en ligne], consulté le 4 avril 2019.

²⁵ FREUD S, 1968, p. 11-44.

pouvant se résoudre par une action d'évitement, on ne peut fuir la pulsion car l'unique solution est la satisfaction. La pulsion comporte plusieurs caractéristiques :

- La poussée, c'est-à-dire le facteur moteur de la pulsion.
- Le but, qui est toujours la satisfaction.
- L'objet, à savoir ce en quoi ou par quoi la pulsion peut atteindre son but.
- La source, qui est le processus somatique localisé dans un organe ou une partie du corps.

Dans sa première théorie des pulsions, S. Freud distingue deux groupes : les pulsions du Moi ou d'auto-conservation et les pulsions sexuelles. Parallèlement, il s'oppose à l'existence d'une « pulsion d'agression », notion introduite par le psychologue autrichien A. Adler en 1908. Pour S. Freud, à cette époque, l'agressivité est liée aux pulsions d'auto-conservation et à la lutte du Moi pour son affirmation. Elle est le résultat de la frustration, c'est-à-dire de la non-satisfaction des pulsions quelles qu'elles soient. L'enfant qui n'obtient pas immédiatement la satisfaction de ses besoins est en souffrance, et dirige alors son agressivité vers l'agent frustrant, c'est-à-dire la mère ou un objet substitutif si elle est hors d'atteinte. Il s'agit des premières manifestations agressives mais tout au long de la vie, l'Homme doit diriger son agressivité vers l'extérieur, au risque qu'elle se retourne contre lui et entraîne son auto-destruction.

À partir de 1920, S. Freud lance sa seconde théorie des pulsions. Il fait l'hypothèse de l'existence de pulsions de mort, opposées aux pulsions de vie. Les deux peuvent néanmoins se trouver unies dans des proportions variables et ces variations modifient de façon considérable le comportement du sujet. Les pulsions de vie, appelées « Eros », réunissent celles du Moi et les sexuelles, et tendent à organiser des formes de substances vivantes de plus en plus complexes et à les maintenir ainsi. Les pulsions de mort, appelées « Thanatos » visent à la réduction complète des tensions, c'est-à-dire, au fond, au retour de l'être vivant à l'état antérieur à la vie, à savoir l'état inorganique. Elles s'expriment dans la compulsion de la répétition, la régression et la destruction ; et leurs principales représentantes sont les pulsions agressives²⁶. J. Laplanche et J-B. Pontalis nous résument les pulsions de mort : « Tournées d'abord vers l'intérieur et tendant à l'autodestruction, les pulsions de mort seraient secondairement tournées vers l'extérieur, se manifestant alors sous la forme de la pulsion d'agression et de destruction »²⁷

²⁶ FREUD S, 2010.

²⁷ LAPLANCHE J, PONTALIS J-B, 2007, p. 371.

Dans son oeuvre *Au-delà du principe de plaisir* (1920), S. Freud développe deux destins possibles des pulsions de mort :

- Elles restent en partie à l'intérieur du sujet, ce qui constitue le masochisme.
- Elles sont en partie déviées vers l'extérieur : soit sous forme d'agression, soit sous forme érotique au service de la fonction sexuelle ou libido, et dans ce cas il s'agit du sadisme. Ainsi, nous comprenons que grâce à la libido, les pulsions agressives deviennent inoffensives.

S. Freud émet alors l'hypothèse, en 1933, d'une « pulsion particulière d'agression et de destruction chez l'être humain » grâce à l'élaboration des phénomènes du sadisme et du masochisme²⁸. On en conclut qu'il existe dans la théorie freudienne une pulsion de mort originaire qui, selon son objet et son but, se transforme en pulsion d'agression ou en pulsion de destruction. Ainsi, la pulsion de destruction vise à détruire et/ou s'auto-détruire afin de restaurer un état antérieur, tandis que la pulsion d'agression tend à agresser (et non détruire) l'autre pour ne pas se détruire soi-même.

M. Klein qui succède à Freud, reconnaît pleinement l'authenticité des pulsions agressives. À partir de sa clinique avec les enfants, elle affirme l'existence de manifestations de l'agressivité très tôt dans le développement du sujet, dès le stade oral ou stade sadique oral décrit par Freud. C'est la phase d'organisation libidinale qui va de la naissance au sevrage, où la source pulsionnelle est la zone buccale et l'objet du désir est le sein, avec pour plaisir la tétée. On observe, avec l'apparition des dents, quelques morsures et mordillements qui sont des moyens de réponse à une frustration et l'expression des premières pulsions agressives comme nous l'avons vu précédemment. Mélanie Klein montre l'importance des fantasmes, angoisses et désirs très précoces de l'enfant. Lorsque ce dernier a faim et qu'il ne reçoit pas l'objet de la satisfaction, en l'occurrence le lait, la souffrance ressentie constitue l'expérience d'une chose qui ressemble à la mort. Ainsi, Mélanie Klein nous montre que le bébé, pour parer à la douleur et au sentiment d'impuissance, projette son agressivité vers le monde extérieur, vers la mère ou son entourage. Ce sont donc des solutions de lutte contre les premières pulsions de mort. Le bébé entre alors dans une constellation psychique que Klein appelle la « position dépressive », lorsque objet d'amour et objet de haine peuvent être le même objet : le sein maternel est à la fois objet d'amour et de haine, support de fantasme mais aussi d'agressivité.²⁹

²⁸ FREUD S, 1933.

²⁹ KLEIN M et RIVIERE J, 1968.

Il me semble pertinent d'évoquer la distinction qu'a pu faire le médecin et psychanalyste J. Bergeret entre violence et agressivité pour avoir d'autres éléments quant à cette dernière. Pour lui, il existe une « violence fondamentale », instinct de survie commun à toutes les espèces et qui assure leur sauvegarde. Elle est innée et s'inscrivant dans un désir de vivre, elle peut être mise en acte par le sujet lorsqu'il se sent en danger. Dans cette optique, le comportement violent est issu d'une angoisse archaïque dans laquelle l'autre représente une menace d'existence et où, comme seule compte sa propre protection, le sort de l'objet menaçant n'est pas pris en compte. J. Bergeret nous rapporte qu'à l'inverse, l'agressivité concerne un objet clairement identifié et s'articule avec un sentiment de satisfaction d'ordre érotique à causer des dommages à l'autre. Il écrit que « l'agressivité résulte d'une combinaison secondairement réalisée entre les dynamismes violents et les dynamismes érotiques ; la violence est alors érotisée puis entretenue comme telle, au lieu de se mettre au service des pulsions libidinales³⁰ ». Ainsi, l'agressivité apparaîtrait dans un deuxième temps, dotée d'une dimension érotique, au moment du stade oedipien. Cette période est donc critique à la création de la composante agressive du sujet. La violence fondamentale doit se transformer, dans le cadre d'un développement normal, en processus créateur et vivant, grâce à l'amour des parents. Si les éléments pulsionnels violents ne sont pas correctement intégrés, ils vont s'allier aux pulsions libidinales se manifestant à cette période et s'exprimer sous forme de comportements agressifs, sadiques et masochistes. Pour ce psychanalyste, c'est dans le cas d'une violence fondamentale mal intégrée que l'individu risque de se construire sur un mode psychotique.

d. Psychologie

Le chercheur en psychologie J. Dollard, s'inspirant de S. Freud, nous donne en 1939 la théorie de la frustration-agression³¹. D'après lui, la frustration est un état psychologique qui résulte de l'impossibilité d'atteindre ses objectifs, et celle-ci provoque toujours l'agression. Inversement, l'agression présuppose toujours la présence de frustration. La cible privilégiée de l'agression est la source de la frustration ; mais si cette dernière est absente, le comportement agressif est déplacé vers d'autres cibles. Ce dernier est libérateur, et son intensité est proportionnel à la

³⁰ BERGERET J, 1994, p 65.

³¹ DOLLARD J, MILLER N.E. et al, 1939.

frustration. Il ajoute que ce qui peut inhiber l'acte agressif, totalement ou partiellement, c'est la crainte d'une punition. Cette théorie a été reprise par le psychologue et chercheur L. Berkowitz en 1989

car elle ne semblait pas rendre compte de la complexité du comportement agressif, n'évoquant presque pas les facteurs psychosociaux. Le chercheur postule que la frustration incite à l'agression uniquement lorsqu'elle suscite une émotion de colère. Par ailleurs, elle peut provoquer une autre émotion et notamment la résignation qui, elle, ne déclenche pas de comportement agressif. De plus, la frustration, même lorsqu'elle provoque de la colère, augmente la tendance à être agressif mais ne déclenche pas forcément ce comportement. Il évoque l'existence de facteurs déclencheurs aux conduites agressives appelés « indices externes facilitateurs ». Ils peuvent être tout ce qui concerne l'environnement dans lequel se trouve le sujet : des personnes, des lieux, des objets, etc. Il montre dans des expériences devenues célèbres que la présence de ces indices favorise le comportement agressif chez l'individu frustré³².

En 1976, A. Bandura fait l'analyse de la pensée et du comportement humain et développe la théorie de l'apprentissage social³³, qui aura un impact important dans le domaine de la psychologie. L'apprentissage social peut se définir comme l'apparition de nouvelles conduites par le biais des processus faisant appel à l'environnement social. Son expérience de la poupée Bodo montre l'effet de l'apprentissage par observation chez les enfants et l'imitation d'un modèle : un groupe d'adultes se livraient à des comportements agressifs envers un mannequin gonflable. Il était comparé à un groupe témoin où il n'y avait pas d'agression, et les résultats montraient que les enfants qui avaient observé les comportements violents les reproduisaient, voire improvisaient d'autres gestes. Ainsi, A. Bandura affirme que les comportements humains peuvent être influencés uniquement par l'observation du modèle, en l'absence de tout renforcement tels que les récompenses ou les punitions. Il souligne que ce type d'apprentissage nécessite une observation active de l'enfant, mettant en jeu les processus de :

- L'attention, qui dépend du modèle (valeur affective, attractivité) et de l'état physique et psychique de l'observateur.

³² BERKOWITZ L, 1989.

³³ BANDURA A, 1971.

- La mémorisation, qui dépend des capacités physiques et cognitives et de l'efficacité du feed-back lors des tentatives de reproduction de l'action observée.
- La motivation, nécessaire tout au long du processus.

Selon D. W. Winnicott³⁴, l'agressivité fait partie de l'amour. Elle constitue l'une des composantes normales du développement de l'individu. Il parle d'abord d'agressivité primaire, comportement de l'enfant selon lequel il prend plaisir à une relation cruelle avec sa mère, se manifestant surtout dans le jeu. En fait, l'amour instinctuel qu'il ressent pour elle lui procure des tensions allant être libérées sous une forme d'impulsion, de geste, de contact, de relation. Il attend de sa mère qu'elle reçoive et tolère cette relation cruelle, car cette dernière lui fait mal et l'épuise, il a besoin de déplacer cette charge hors de lui. On comprend que c'est la façon dont l'environnement va accueillir et tolérer cette agressivité qui va être déterminante pour la suite du développement affectif de l'enfant. Si l'environnement survit à ses attaques, alors le jeu et la créativité pourront émerger. Dans un deuxième temps, au cours de ce que D. W. Winnicott appelle le « stade de l'inquiétude » et qui correspond à la position dépressive de M. Klein, l'enfant perçoit l'objet, ici la mère, comme différencié de lui ce qui le conduit au sentiment de culpabilité, de la compassion et de la sollicitude. La capacité de sollicitude signifie que l'individu se sent responsable de sa propre destructivité. Il permet à celui-ci de vivre la culpabilité et la garder en suspens dans l'attente d'une occasion de réparation. Une figure maternelle est alors nécessaire pour recevoir la juste réparation. Sans cela, la culpabilité devient insupportable et la sollicitude ne peut être éprouvée, cette capacité se perd et est remplacée par des formes primitives de culpabilité et d'angoisse. Nous reviendrons plus tard sur le concept de mère « suffisamment bonne ». D. W. Winnicott parle également de « tendance antisociale³⁵ », qui peut s'observer à tous les âges mais qui prend son origine dès la première année de vie. Cette tendance révèle des difficultés du développement affectif : chez l'enfant et l'adolescent, elle s'exprime à travers le vol, le mensonge, la destruction puis par des comportements délinquants. Il s'agit d'un mouvement compulsif que va adopter l'enfant pour obtenir de sa mère, puis de son environnement, une réparation pour le dommage que, de son point de vue, elle lui a causé en ne satisfaisant pas ses besoins précoces les plus légitimes. Ces comportements insupportables forcent l'environnement à être présent et à intervenir.

³⁴ WINNICOTT D. W., 2004.

³⁵ WINNICOTT D. W., 1956.

II - Agressivité et troubles du comportement

Dans notre société actuelle et plus précisément dans les domaines de la santé de l'enfant et de l'éducation, la notion de trouble du comportement est souvent utilisée comme une étiquette diagnostique globale pour désigner des agissements qui transgressent les normes sociales, dérangent autrui ou comportent une dimension de destructivité³⁶. Pourtant, la définition de ce trouble est complexe du fait de ses nombreuses composantes et expressions.

1) Le comportement

Tout d'abord, voyons comment le terme « comportement » peut être défini³⁷ :

- « L'ensemble des réactions objectivement observables » selon *Le Grand Dictionnaire Robert de la langue française* (2001).
- « Manière habituelle ou occasionnelle par laquelle un être vivant agit sur son milieu » selon M. Porot et Y. Pelicier dans le Manuel Alfabétique de Psychiatrie (1996).
- « Toute action sur l'environnement de l'agent de l'action, que celui-ci soit biologique ou non » selon G. Sandner dans *Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent* (2000).

Les études et les différentes théories autour du comportement furent nombreuses et continuent d'évoluer encore aujourd'hui. Le « behaviorisme » ou comportementalisme est une « doctrine qui assigne à la psychologie l'étude du comportement des individus à l'exclusion de l'introspection »³⁸. Ainsi, de ce point de vue, le comportement est conditionné par des mécanismes de réponse réflexe à un stimuli donné sans faire appel au psychisme.

D'autre part, certains scientifiques de nos jours présentent le comportement comme le « simple produit » de l'activité du cerveau, en lien avec les hormones et autres substances produites par les organes³⁹.

³⁶ BURSZEJN, 2006, p. 418.

³⁷ Ibid, p. 418-419.

³⁸ CNRTL [en ligne], consulté le mars 2019.

³⁹ BURSZEJN, 2006, p. 419.

D'autres courants de la psychologie telles que la psychanalyse et la psychologie cognitive se sont plutôt attachées aux processus et mécanismes psychiques, ce qui a d'ailleurs donné lieu aux psychothérapies cognitivo-comportementales.

C. Bursztejn, professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à Strasbourg, affirme que le comportement possède des dimensions multiples : il est un « moyen de communication autant que d'action sur l'environnement, il est l'expression des états émotionnels et des mouvements affectifs au moins autant que des actions conscientes et des décisions rationnelles⁴⁰ ».

Nous voyons alors comme la définition et le concept du comportement font débat. Cela nous renseigne déjà quant à difficulté à définir le trouble du comportement.

2) Classification des troubles du comportement

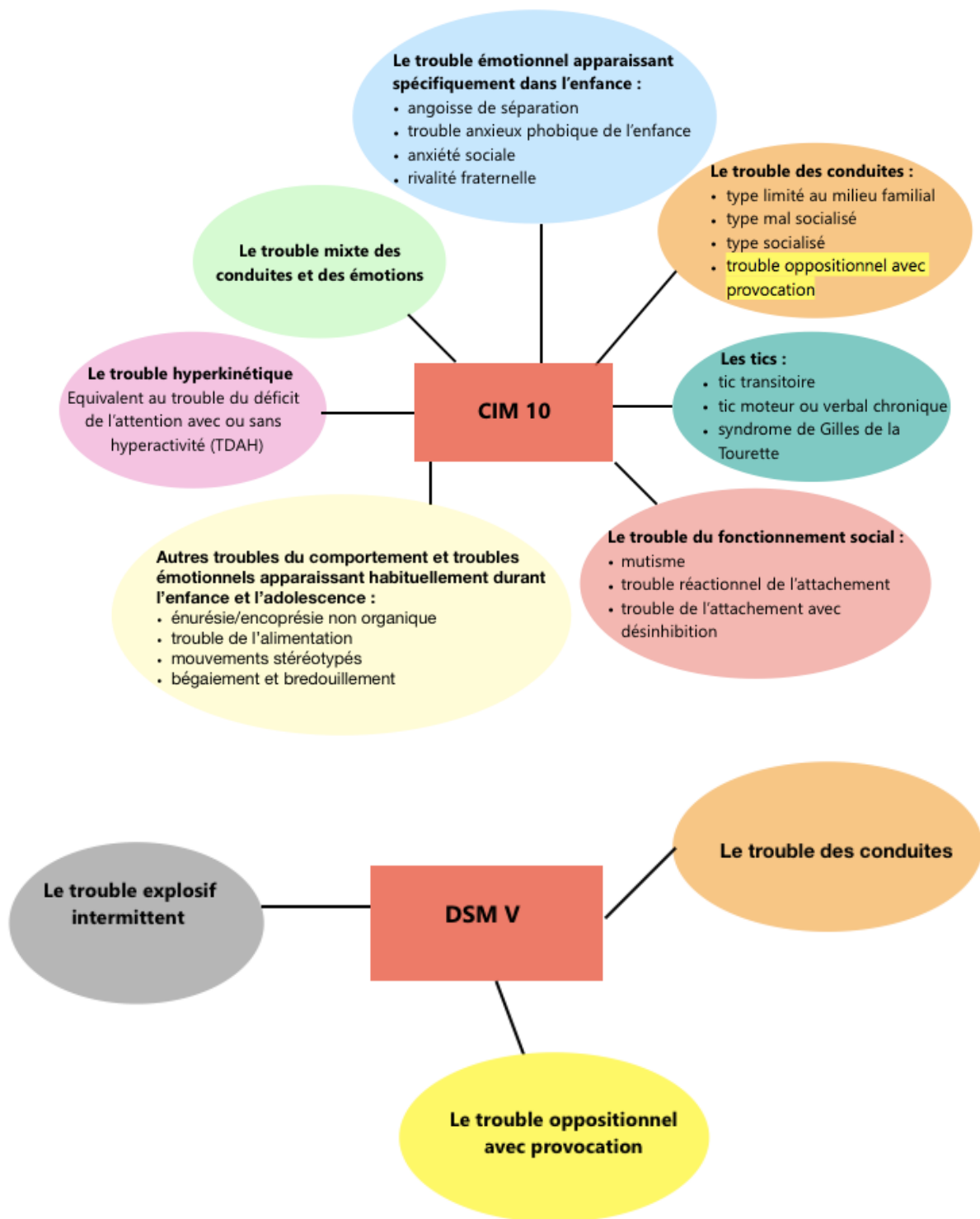
Les pathologies de l'agir traduisent un comportement inadapté à l'âge du sujet ayant des répercussions dans les relations enfants-parents. Les enfants qui en sont atteints présentent des difficultés d'adaptation dans les secteurs extérieurs au domicile et des difficultés scolaires. Ils sont l'expression, plus ou moins bruyante, de conflits intrapsychiques non mentalisables par le sujet. Pour parler de psychopathologie et s'écarter des champs judiciaires, social ou éducatif, il est nécessaire de différencier ce qui appartient à :

- *Un phénomène réactionnel*
- *Une évolution normale de l'enfant* : les conduites « problématiques », notamment à l'adolescence, s'inscrivent dans le processus de développement normal et se résument à des passages à l'acte dans un continuum entre normal et pathologique. Nous reviendrons plus tard sur la notion de passage à l'acte.
- *Un processus pathologique* : si ces conduites problématiques, isolées ou intermittentes, sont répétées et graves, elle vont entrer dans le cadre des troubles du comportement et être des symptômes de troubles dits « externalisés ».⁴¹

Afin de mieux comprendre ces troubles, voyons les classifications données par le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux V* (DSM V) et par la *Classification internationale des maladies 10* (CIM 10). Pour les comparer, je décide de réaliser un schéma :

⁴⁰ Ibid.

⁴¹ BION A, 2018.



Titre : Comparaison des classifications des troubles du comportement par le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux V* (DSM V) et par la *Classification internationale des maladies 10* (CIM 10).

Il n'y a eu aucun diagnostic de posé pour Maddy et Guillaume mais nous allons voir que nous pouvons retrouver dans leur fonctionnement respectif des critères de certains troubles du comportement.

3) Psychopathologie des troubles du comportement

a. Le trouble hyperkinétique

C'est l'association précoce d'une activité excessive et désorganisée, d'une inattention marquée et d'un manque de persévérance dans les tâches. Les symptômes sont équivalents au TDAH qui se caractérise, selon le DSM V, par une triade symptomatique⁴² :

L'inattention :

Elle désigne les difficultés pour l'enfant de rester concentré sur une tâche. On peut aussi parler de labilité attentionnelle ou encore de distractibilité.

Maddy fait preuve d'inattention, et nous le voyons par sa difficulté à rester concentrée sur une tâche ou dans les jeux, par le fait qu'elle semble ne pas écouter lorsqu'on lui parle personnellement et par sa tendance à se laisser facilement distraire par les stimuli externes. Ce dernier élément peut s'illustrer par la passation du bilan de Madame F., où Maddy ne pouvait pas passer les épreuves car son attention était détournée par les faits et gestes de son père.

L'hyperactivité :

Elle désigne l'excès de mouvement.

L'hyperactivité de Maddy se caractérise par ce besoin qu'elle a de courir et grimper partout dans des situations inappropriées et son incapacité à se tenir tranquille dans les activités.

Guillaume montre une activité psychique intense. Il est très cultivé et ne s'en cache pas. Ainsi, il réfléchit en permanence et parle beaucoup, ce qui, je pense, peut être considéré comme de l'hyperactivité.

⁴² RENAULT-DULONG A, 2017.

L'impulsivité :

Elle traduit l'incapacité à inhiber une réaction immédiate.

L'impulsivité de Maddy peut s'observer dans la relation à l'autre, par exemple lorsqu'elle impose sa présence dans les jeux (cf. vignette 2). Cependant, elle peut aussi être tournée vers elle-même. Selon moi, il peut s'agir d'impulsivité lorsqu'elle se laisse violemment tomber au sol ou se lâche soudainement de l'espalier (cf. vignette 7) dans la mesure où elle n'anticipe pas les conséquences de ses actes, en l'occurrence la douleur qu'elle pourrait ressentir.

Guillaume est également impulsif car il a du mal à attendre son tour et interrompt souvent les autres. Nous verrons également dans une prochaine partie pourquoi certains comportements spécifiques de Guillaume peuvent être considérés comme de l'impulsivité et provoquer de l'agressivité.

b. Le trouble des conduites

Dans le trouble des conduites (TC), on observe un ensemble de conduites répétitives et persistantes pendant au moins six mois dans lesquelles sont bafouées les droits fondamentaux d'autrui ou les normes et règles sociales correspondant à l'âge du sujet. C'est une rupture par rapport au groupe social (famille, pairs, institution) dans une dimension de transgression ou d'opposition, à la croisée des champs judiciaires, sociaux ou éducatifs et psychiatriques. La CIM 10 insiste sur le caractère agressif et provocateur de ces conduites. D'après le DSM V, le trouble des conduites requiert au mois trois des quatre critères de diagnostic suivants⁴³ :

- Agression envers des personnes ou des animaux
- Destruction de biens matériels
- Fraude ou vol
- Violation grave de règles établies

La gravité de ces actes est proportionnelle à l'âge du sujet. Ainsi, les agissements correspondants aux différents critères sont bien plus graves chez l'adolescent que chez l'enfant, mais cela ne nous empêche pas de faire le lien avec la clinique observée.

Maddy viole constamment les règles établies : elle s'échappe, fouille dans nos sacs, ne respecte pas les consignes comme pour la montée dans le hamac (cf. « Ma rencontre

⁴³ BRUNELLE J, 2018.

avec Maddy »). Elle peut aussi détruire le matériel et nous l'observons dans la vignette 7 quand elle dégonfle le ballon.

Pour Guillaume, nous savons qu'il a déjà brutalisé ses parents et qu'il se bat encore avec sa soeur, ce qui pourrait être comparé, sans trop s'avancer, au critère « agression envers des personnes ». Il lui arrive également de transgresser les règles établies mais ceci a seulement lieu dans le cadre d'activités et de jeux, et dans ce cas, la notion de « gravité » est à nuancer.

c. Le trouble oppositionnel avec provocation

Le trouble oppositionnel avec provocation (TOP) est caractérisé par la récurrence pendant au moins six mois de comportements négativistes, provocateurs, désobéissants et hostiles envers les personnes en position d'autorité qui persistent pendant au moins six mois. L'enfant peut se montrer colérique et peu coopérant. Les sujets sont soumis à des troubles émotionnels comme la susceptibilité, l'agressivité, l'irritabilité, et la revendication. Ils manifestent en général peu d'empathie et peu de sollicitude envers autrui. Dans les situations ambiguës, ils interprètent souvent à tort les intentions des autres comme hostiles et menaçantes et réagissent avec une agressivité qu'ils considèrent justifiée. Ils dénoncent facilement les autres ou essayent d'attribuer leurs méfaits à d'autres. On note souvent également une faible tolérance à la frustration, une irascibilité, des accès de colère, des imprudences avec des conduites dangereuses, à risque d'accidents⁴⁴.

Dans ce trouble, les comportements provocateurs et désobéissants sont bien présents chez Maddy. Je fais référence, par exemple, au moment où elle fait exactement le contraire de ce qu'on lui demande comme quand elle dégonfle le ballon (cf. vignette 7), et ceci avec un rire et un regard assez narquois. Il y a assurément des imprudences et des conduites dangereuses. En revanche, on ne distingue pas la présence de troubles émotionnels tels que la susceptibilité, l'irritabilité et la revendication, comme c'est le cas pour Guillaume. De plus, chez lui aussi, la provocation est récurrente (cf. « Ma rencontre avec Guillaume », vignette C).

⁴⁴ BION A, 2018.

3) Les facteurs de risque

D'après l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), des indicateurs de risque pour le développement ultérieur de différents troubles du comportement peuvent être présents très précocement. Ils concernent principalement les substances auxquelles peut être exposé le bébé pendant la grossesse, par consommation maternelle (tabac, alcool, cannabis). On souligne également l'importance des conditions concernant la naissance elle-même, car la prématurité, et notamment le petit poids de naissance peut représenter un risque dans le développement ultérieur d'un trouble du comportement. Dans la petite enfance, on compte également parmi les facteurs de risque la survenue d'un traumatisme cérébral précoce.

Dans un second temps, on peut distinguer les facteurs liés au contexte familial et notamment dans le cadre de psychopathologies parentales (trouble de la personnalité), de la dépression maternelle post-partum, de l'alcoolodépendance ou autres toxicomanies des parents, de séparations du couple parental et d'exposition à la violence intrafamiliale. L'éducation est un facteur important si elle est chaotique : négligence, rejet, inconsistance des règles éducatives, rigidité, alternance des mouvements de rejet et de fusion.

Enfin, le rôle de l'environnement psychosocial peut aussi être déterminant. Un statut socioéconomique bas et la fréquentation de pairs délinquants, par exemple, sont susceptibles d'augmenter la probabilité de comportements délinquants.

III - Agressivité et troubles psychomoteurs

« Variables dans leur intensité et leur expression, les troubles psychomoteurs sont le reflet corporel d'une perturbation qui peut être d'origine organique ou psychique⁴⁵ ». Dans le cas de Maddy et Guillaume nous nous intéresserons aux troubles psychomoteurs d'origine psychique touchant le tonus, les émotions, l'impulsivité et l'image du corps et nous verrons en quoi ils peuvent générer de l'agressivité.

⁴⁵ D'IGNAZIO A, MARTIN J, 2018, p. 13.

1) Trouble du tonus

a. Définition du tonus

Le terme « tonus » vient du grec « tonos », qui signifie tension. Il peut être défini comme « l'état de légère tension des muscles au repos, résultant d'une stimulation continue réflexe de leur nerf moteur. Cette contraction isométrique (la tension augmente mais pas la longueur) est permanente et involontaire. Elle fixe les articulations dans une position déterminée et n'est génératrice, ni de mouvement, ni de déplacement. Le tonus maintient ainsi les stations, les postures et les attitudes. Il est la toile de fond des activités motrices et posturales⁴⁶ »

Le tonus est un phénomène neuromusculaire étudié par la neurophysiologie et qui apparaît donc comme le support des activités motrices, du maintien de la posture aux schèmes moteurs les plus élaborés. Il est la résultante d'un système de régulation extrêmement complexe qui se déroule à tous les niveaux du système nerveux central. Chaque centre nerveux exerce une action spécifique, déterminée par les stimulations qu'il reçoit, traduit et transmet. Le réflexe myotatique est le premier mécanisme prépondérant de la régulation tonique : il permet à un muscle étiré passivement de se contracter pour résister à cet étirement.

On comprend alors que le contrôle du tonus est possible grâce à la maturation neurologique mais il dépend également de facteurs environnementaux et c'est sur ce point que j'aimerais insister.

b. Mise en place d'une paroi tonique

À la naissance, l'environnement est indispensable au bébé pour la régulation du tonus. En 1970, J. de Ajuriaguerra décrit le « dialogue tonico-émotionnel », approfondissant la notion de « dialogue tonique » déjà proposée par Wallon dès 1930. Le dialogue tonico-émotionnel vise l'ajustement entre l'enfant et son parent en se basant sur les variations toniques des deux partenaires. Lorsque le bébé se trouve dans les bras de son parent, il reçoit un état affectif qu'il retranscrit au niveau de son état tonique. Le parent, lui, ressent la tonicité de son enfant comme une forme de communication à laquelle il s'ajuste et s'adapte afin de répondre au mieux à ses

⁴⁶ JOVER M, 2000, p. 17-18

besoins. Nous allons voir qu'un défaut de ce dialogue tonico-émotionnel est susceptible de rendre le bébé hypertonique.

D. W. Winnicott donne trois fonctions maternelles⁴⁷ qui permettent à la mère, ou figure parentale, de s'adapter aux besoins du bébé :

- « Le holding » : c'est l'ensemble des soins de la mère pour répondre aux besoins physiologiques de son bébé.

E. Bick souligne d'ailleurs l'importance du portage qu'elle qualifie de « première peau » et affirme que si celle-ci est de mauvaise qualité, l'enfant peut mettre en place une « seconde peau musculaire » en recrutant sa musculature pour se contenir⁴⁸.

- « Le handling » : c'est la façon concrète dont la mère entre en contact avec son enfant, tout ce qu'elle met en oeuvre pour le bien-être de son nourrisson et qui permet peu à peu à celui-ci de s'éprouver en établissant un lien psyché-soma.
- « L'object-presenting » ou le mode de présentation de l'objet : en offrant le sein ou le biberon au moment opportun, la mère donne au bébé l'illusion qu'il a lui-même créé l'objet dont il ressent le besoin. L'objet devient réalité au moment où il est attendu et désiré.

Cette triade correspond aux soins « suffisamment bons » donnés par la mère et procurent à l'enfant un « self » permettant en lui l'émergence d'un sentiment continu d'exister. Si la mère ne répond pas à ce qui se manifeste comme l'expression de l'omnipotence du bébé, si elle ne lui donne pas de signification, le bébé se construit un « faux-self » comme défense du vrai self. Si ce dernier est remplacé continuellement, le faux-self perd son rôle de protection et prend place comme partie essentielle de la personnalité du sujet.

« La mère qui n'est pas suffisamment bonne n'est pas capable de rendre effective l'omnipotence du nourrisson et elle ne cesse donc de faire défaut au nourrisson au lieu de répondre à son geste. À la place, elle y substitue le sien propre, qui n'aura de sens que par la soumission du nourrisson. Cette soumission de sa part est le tout premier stade du faux self et elle relève de l'inaptitude de la mère à ressentir les besoins du nourrisson⁴⁹ ».

Ainsi, la mère suffisamment bonne garantit la solidité du Moi de l'enfant. Ce processus d'identification inaugurale entre la mère et l'enfant est tout à fait décisif pour la constitution psychique et le développement de ce dernier.

⁴⁷ WINNICOTT D. W, 1969, p. 168-174

⁴⁸ BICK E., 1980.

⁴⁹ WINNICOTT D. W, 2006, p. 106.

Selon A. Bullinger, avant que l'enveloppe corporelle du bébé soit unifiée, elle est divisée en deux faces qui sont la face interne et la face externe. Lorsque le bébé est confronté à un déséquilibre interne ou externe qui traduit par exemple la sensation de faim ou de douleur, son tonus musculaire va varier dans le sens de l'hypertonie. Cet état tonique est donc normal quand l'enfant se trouve en situation de déplaisir et c'est au parent, comme nous l'avons vu précédemment, d'identifier cet état et de le modifier, lui permettant d'intégrer ses limites corporelles. Par contre, s'il n'intervient pas et que cette hypertonicité est maintenue dans le temps, les muscles se tétanisent, le tonus est figé et la régulation tonique n'opère plus.

S. Robert-Ouvray liste plusieurs attitudes spécifiques de la mère, ou du parent, possiblement à l'origine de l'hypertonie du bébé⁵⁰ :

- La mère angoissée : elle n'arrive pas à interpréter l'état tonique de son bébé et lui fait ainsi passer ses peurs et ses souffrances par les vibrations de sa voix et du portage. Le tout-petit absorbe les tensions de sa mère et essaie de s'en défendre en augmentant sa propre tension.
- La mère paradoxale : elle est à la fois hyperprotectrice et rejetante, peut embrasser et repousser aussitôt son bébé. Cette ambivalence pousse le bébé à adopter une attitude de crainte car il ne sait jamais ce qui va se passer pour lui.
- La mère dépressive : elle-même hypotonique, elle est absente de la relation et ne répond pas aux signaux de son bébé. Celui-ci devient hypertonique car il cherche à faire vivre sa mère, il la soutient par l'intermédiaire de sa propre tonicité.
- La mère absente : l'absence de contacts réguliers avec son bébé et le manque d'admiration devant son déploiement moteur peuvent conduire l'enfant à se mettre dans une position hypervigilante d'attente anxieuse de gratifications et satisfactions.

Il existe une infinité de cas où le dialogue mère-bébé peut être défaillant, puisque chaque histoire mère-bébé est une vérité à elle seule. Mais, de manière générale, les violences faites à l'enfant et qui provoquent une stase de l'hypertonie sont de l'ordre des souffrances physiques, comme le laisser pleurer des heures, ne pas le nourrir, le battre, le secouer, le surstimuler, ou de l'ordre des souffrances psychiques, comme ne pas répondre à ses besoins d'attention, d'amour, de sécurité. D'autres attitudes moins violentes mais tout aussi déstabilisantes sont à la base d'une hypertonicité pathogène comme une mère étouffante ou l'absence du père. Toutes ces situations défavorables « conduisent l'enfant à se mettre dans une position d'alerte psychocorporelle qui

⁵⁰ ROBERT-OUVRAY S, 2007, p. 173-203.

exerce une inflation tonique⁵¹ » que S. Robert-Ouvray nomme la paroi tonique, « enveloppe rigide de la colère, de la rage, de la haine⁵² ».

c. Hypertonicité et agressivité

Un versant hypertonique, à l'opposé de l'hypotonie⁵³, renvoie à une répartition du tonus particulièrement élevée, associée à une augmentation de la résistance du muscle à son étirement. À l'excès, l'hypertonie peut se caractériser par des raideurs, des blocages respiratoires, des crispations parasites venant perturber la fluidité du mouvement⁵⁴. Elle peut être la conséquence d'une lésion cérébrale ou bien d'origine psychoaffective, comme c'est le cas pour Maddy et Guillaume. Nous allons voir en quoi elle peut faire apparaître des comportements agressifs.

Lorsque la relation précoce mère-bébé est instable, ce dernier va chercher, dans les relations avec ses pairs, la sécurité interne dont il a manqué tout-petit. Il a besoin de ressentir de l'attention et pour la provoquer, il met en place des stratégies de recherche pas toujours efficaces : « comme il ne connaît de la relation que la violence de l'angoisse, c'est sur ce mode qu'il cherchera à entrer en contact avec les autres. Il arrivera ainsi à des attitudes agressives qui le feront rejeter d'autrui : il titille les copains à l'école, les « cherche », les agresse. Ou alors, il les « colle » et se fait également rejeter⁵⁵ ».

D'autre part, selon S. Robert-Ouvray, les enfants qui ont été des bébés hypertoniques ont le plus souvent une mobilité excessive : ils sont plus dans l'exercice de leur corps dans l'espace que dans le jeu avec les jouets⁵⁶. Cette motricité débordante, qu'on peut appeler hyperactivité ou hyperkinésie, associée à un mauvais contrôle des mouvements étaient une pensée fuyante, peu stable, qui ne s'organise pas dans le temps avec les nouveaux éléments qui surviennent : « Tout est dans le moment présent. Rien n'est mis de côté pour le reprendre plus tard. Tout est tout de suite. Ces enfants ont des difficultés à accepter les frustrations parce qu'ils n'arrivent pas à projeter dans le futur le bien-être qu'ils pourront ressentir en ayant, par exemple, un bonbon après le repas »⁵⁷. À l'image de Maddy et Guillaume, les enfants

⁵¹ ROBERT-OUVRAY S., 2007, p. 227.

⁵² ROBERT-OUVRAY S., 2007, p. 180.

⁵³ Diminution de la résistance du muscle à son étirement.

⁵⁴ D'IGNAZIO A, MARTIN J, 2018, p. 54

⁵⁵ ROBERT-OUVRAY S, 2007, p. 189.

⁵⁶ Ibid, p. 173.

⁵⁷ Ibid, p.175-176.

hyperkinétiques se représentent le corps dans l'action, envisagent mal l'avenir, ils ne profitent que de l'instant présent et sont à la recherche de satisfactions immédiates. Cela peut se traduire par des comportements agressifs qui dérangent et qui n'attirent pas la sympathie : ces enfants sont souvent rejetés et dévalorisés.⁵⁸

2) Trouble émotionnel

a. Emotions

L'émotion provient du mot français "émouvoir" basé sur deux termes latin : « Emovere » qui signifie « remuer » et « Ex-movere » qui veut dire « mettre en mouvement ». Les émotions sont universelles, innées et communicatives. Elles sont des manifestations internes qui génèrent une réaction extérieure. Ainsi, il y a une correspondance entre états psychiques et mouvements du corps. H. Wallon montre l'importance du lien entre tonus et émotion : « Les émotions sont une formation d'origine posturale et elles ont pour étoffe le tonus musculaire ». En fonction de l'émotion, le tonus augmente ou diminue. Dans l'enfance, il y a un premier stade dit « tonique » où le bébé se crispe et se détend au rythme d'impulsions neurovégétatives. Puis vient le stade « sensible-affectif » où les états vécus ne sont plus seulement hypertoniques ou hypotoniques mais aussi agréables ou désagréables. Progressivement, la sphère affective entre en jeu et l'enfant aime ou n'aime pas ce qu'il ressent. Ainsi, dans le développement normal de l'enfant et particulièrement pendant le stade sensible-affectif, les émotions positives sont associées à du plaisir et peuvent être hypertoniques (joie) ou hypotoniques (bien-être). Les émotions négatives sont associées à du déplaisir et peuvent être hypertoniques (colère) ou hypotoniques (tristesse). Le dernier stade, le stade « réflexif », correspond au moment où l'enfant découvre que certaines émotions sont plus acceptables que d'autres⁵⁹.

Le vécu des émotions chez Maddy pose question (cf. « Ma rencontre avec Maddy », vignette 1 et 2) : elle est constamment dans le rire et je ne l'ai jamais vu exprimer une quelconque émotion différente de celle-ci. Son rire a eu pour effet, chez moi, d'amplifier l'impression de provocation et donc d'agressivité de sa part.

⁵⁸ Ibid, p.177.

⁵⁹ DUVERNAY J, 2017.

Certaines émotions reviennent plus que d'autres chez Guillaume. Le voir rire est plus courant désormais, mais c'était plutôt rare en début d'année. Je l'ai vu triste une seule fois (cf vignette F). Il lui est effectivement difficile d'exprimer quelque chose qui lui fait plaisir ou qui le rend triste. À la place, c'est l'agressivité ou la colère qu'il utilise.

b. Origine possibles du défaut de régulation émotionnelle

Différents auteurs ont théorisé sur l'importance des liens précoces mère-enfant pour la régulation émotionnelle de ce dernier.

La théorie de l'attachement de J. Bowlby nous apprend que l'enfant a besoin de développer une relation d'attachement avec au moins une personne qui prend soin de lui de manière cohérente et continue. Dans les situations de stress, l'enfant recherche une proximité avec cette figure d'attachement que J. Bowlby nomme « caregiver » (« donneur de soin »). La capacité de cette personne à rassurer et donner des réponses adaptées aux besoins de l'enfant va, non seulement déterminer sa « réactivité émotionnelle », mais va également être à l'origine du bon développement ou non de sa vie sociale et émotionnelle⁶⁰.

Le psychanalyste W. Bion affirme qu'il existe chez le nourrisson des pensées primitives ou « protopensées » avant la formation de « l'appareil à penser les pensées ». Elles ne sont pas représentables mais s'expriment par des impressions sensorielles et des « vivances émotionnelles » terrifiantes, en général liées à l'absence du sein maternel. Pour parler de ces contenus psychiques toxiques, W. Bion emploie le terme : « éléments bêta ». Grâce à ce que l'auteur appelle « la capacité de rêverie de la mère », celle-ci s'identifie au vécu de son bébé et peut mettre des mots dessus, le rassurer. En faisant cela, elle reçoit les éléments bêta, les traite et les renvoie à son bébé sous forme « détoxiquée », c'est-à-dire sous forme d'éléments imagés, représentables que W. Bion appelle « éléments alpha ». C'est donc la fonction alpha de la mère qui va permettre au bébé, par identification projective, de se sentir en sécurité face à ses contenus émotionnels et corporels et construire progressivement son propre « appareil à penser »⁶¹.

A. Bullinger parle de l'importance de l'équilibre sensori-tonique sans lequel un bébé ne pourra pas se sentir exister de manière stable et disposer de moyens pour regarder

⁶⁰ BOWLBY J, 1973.

⁶¹ GOYENA A, LECLERC F, 2001.

et agir sur le monde. Cette surface requiert la présence de trois dimensions : le milieu physique, le milieu biologique et le milieu humain. Si l'un de ces facteurs manque, les deux autres ne peuvent pas compenser. Le premier facteur, qui est le milieu physique, correspond à l'association des propriétés visuelles, tactiles, auditives, etc., d'un objet et qui permet à notre structure nerveuse de traiter ces signaux et de se construire en fonction d'eux. Le milieu biologique constitue la seconde dimension et il s'agit de l'intégrité des systèmes sensori-moteurs, indispensable pour analyser l'environnement et adopter des conduites intelligentes (habitudes, anticipations, représentations). Enfin, j'insiste ici sur le troisième milieu, à savoir le milieu humain : « Dans sa dimension relative au milieu humain, l'appui par un contact physique direct est un réconfort que nous connaissons bien. Il peut amener, par la fusion avec le corps du porteur, à une détente et un abandon⁶² ». Nous en revenons au dialogue tonico-émotionnel décrit par J. de Ajuriaguerra (1970). Dans le milieu humain, c'est la communication porteur-bébé qui prime. S. Robert-Ouvray décrit la mère comme un agent d'intégration : « C'est elle qui parle à l'enfant de ce qu'il vit, de ce qu'elle ressent de lui, et c'est elle qui met des mots sur les affects potentiels du bébé : « Je vois que tu es contente » ; « Non tu n'es pas heureux aujourd'hui » ; « Tu as faim, tu es gourmand », etc.⁶³ ». Elle tente de décoder et de nommer le vécu du bébé en lui prêtant des représentations aux états toniques qu'elle observe chez ce dernier, lui apportant une cohérence entre son vécu corporel et son vécu psychique. C'est ainsi que l'enfant, dans son développement, associera seul ses émotions à ses états toniques et pourra s'autoréguler. Par ailleurs, il faut que les réponses apportées et le sens donné aux variations toniques soient justes. En effet, ce « holding psychique » met en jeu les propres capacités intégratives de la mère : « L'intégration par la mère des bons éléments et sa réponse intégrative (ou réintrojection) développent chez le nourrisson le sentiment d'amour qui lui permettra de le reconnaître et de l'accepter chez autrui. À l'opposé, l'intégration et la réponse intégrative de la mère des mauvaises parties, donne au bébé la possibilité de les accepter, c'est-à-dire la capacité de tolérer chez soi et chez l'autre les sentiments violents sans être détruit soi-même⁶⁴ ». Il arrive que la mère ne soit pas en capacité d'utiliser ce mécanisme, parce qu'elle n'arrive pas à intégrer les sentiments du bébé, dû à un défaut d'intégration personnelle, ou parce que l'enfant est à un niveau tonique communicationnel invalidant. A. Bullinger parle

⁶² BULLINGER A, 2017, p. 159.

⁶³ ROBERT-OUVRAY S, 2007 (b), p. 117.

⁶⁴ Ibid, p. 119.

aussi des méfaits d'un milieu humain sur-protecteur⁶⁵ lorsque la figure parentale pense le bébé trop faible pour supporter toutes les stimulations du milieu et pousse ce dernier à se couper de toute sensation, s'abandonnant complètement à ce milieu humain⁶⁶. Dans ce cas, les interactions de la dyade mère-enfant peuvent être affectées et influencer le devenir tonique et psychique de ce dernier. Si un enfant est élevé dans une insécurité affective, il y aura des risques qu'il présente une plateforme émotionnelle déséquilibrée.

4) Impulsivité

J. L. Eveden, chercheur et professeur américain à l'Université du Delaware, donne en 1999 la définition suivante : « Le concept d'impulsivité renvoie à une variété de comportements réalisés prématurément, excessivement risqués, inappropriés et pouvant entraîner des conséquences indésirables ».

Des études comme celles menées par les chercheurs S.P Whiteside et D. R Lynam (*The five factor model and impulsivity : using a structural model of personality to understand impulsivity, Personality and Individual Differences*, 2001) ont conduit à distinguer 4 « facettes de l'impulsivité » :

- Le manque de préméditation, c'est-à-dire l'incapacité à prendre en compte les conséquences positives ou négatives d'une action (Guillaume et Maddy) ;
- L'urgence face aux émotions, c'est-à-dire l'impossibilité d'inhiber une réponse automatique, particulièrement dans les situations émotionnelles extrêmes positives ou négatives, quitte à ressentir de la culpabilité par la suite (Guillaume) ;
- Le manque de persévérance (Guillaume et Maddy) ;
- La recherche des sensations, qui se manifeste par une recherche constante d'expériences nouvelles et excitantes (Maddy).

Comme nous l'avons vu plus haut, l'impulsivité est l'une des caractéristiques du TDAH et le DSM V et il la définit comme l'incapacité à inhiber une réaction immédiate. Il l'aborde ainsi dans une dimension plutôt cognitive : l'enfant laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée, a du mal à attendre son tour, interrompt les autres, etc. Cet aspect est clairement présent chez Maddy et Guillaume.

⁶⁵ BULLINGER A, p. 157

Cependant, il y a également un versant comportemental se traduisant par des difficultés à contrôler ses émotions. Pour désigner certaines formes impulsives de l'agir, c'est le terme de « passage à l'acte » qui est le plus fréquemment utilisé pour souligner la violence ou la brusquerie de diverses conduites court-circuitant la vie mentale et précipitant le sujet dans une action.

C'est ce que l'on observe quand Guillaume secoue le torchon sur la tête de Madame F. (cf. vignette D) et quand il renverse sa tablette (cf. vignette E). Dans ces deux illustrations cliniques, il s'est passé très peu de temps entre la parole de l'adulte et l'acte impulsif, ce qui prouve que Guillaume n'a pas prémédité ces deux actes. Dans ces moments-là, il n'est pas capable de passer par l'élaboration psychique et agit alors corporellement. Les tensions internes sont si importantes et insupportables qu'il y a un débordement pulsionnel vers l'extérieur. Ce débordement a un caractère agressif puisqu'il est une attaque envers le mauvais objet (ici, c'est l'acte ou la parole de l'adulte) responsable des tensions. On comprend que le passage à l'acte est lié au seuil de tolérance de la frustration et on sait qu'il est bas chez Guillaume.

Enfin, l'impulsivité peut s'observer au niveau moteur. Le docteur E. S. Barratt la définit comme « une prise de risque, un manque de planification mentale et une prise de décision rapide ».

Cette vision correspond à ce que je note chez Maddy, pour qui il n'y a pas de passage à l'acte. Son impulsivité s'exprime par l'excès de mouvements, la désorganisation et l'ignorance des conséquences de ceux-ci. Souvent, ils l'entraînent dans la chute et à se blesser.

L'impulsivité est ainsi multidimensionnelle (dimension cognitive, comportementale/émotionnelle et motrice), tantôt interindividuelle ou retournée contre soi et s'exprimant souvent par de l'agressivité ou auto-agressivité. L'impulsivité peut avoir une origine neurobiologique (déficit en sérotonine), génétique ou lésionnelle (lobe frontal).

5) Trouble de l'image du corps

a. Définition de l'image du corps⁶⁷

Il est difficile de parler d'image du corps sans évoquer la notion de schéma corporel, les deux étant fortement liés.

⁶⁷ PAVOT C, 2016.

Le schéma corporel regroupe la connaissance et la conscience que l'on a de son corps à l'état statique ou en mouvement. Cette impression globale repose sur une multitude d'informations neurosensorielles : sensations tactiles, visuelles, kinesthésiques et vestibulaires. La synthèse de ces informations au niveau cortical permet d'avoir en permanence une représentation unifiée de notre corps et fournit un repère de base pour s'orienter et s'organiser dans notre environnement. Deux processus participent à l'élaboration du schéma corporel : le développement de l'équipement neuromoteur, et l'expérience du corps, consciente ou inconsciente. Ce dernier processus peut être considéré comme l'image du corps.

Le psychiatre et psychanalyste P. Schilder est le premier à exposer le concept d'image du corps : « L'image du corps humain, c'est l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit, la façon dont notre propre corps nous apparaît à nous-même ». Cette notion est reprise et approfondie par F. Dolto en 1984. Elle parle « d'image inconsciente du corps » et décrit trois composantes qui constituent et assurent l'image du corps vivant et le narcissisme du sujet :

- *L'image de base* permet d'assurer le sentiment d'exister en continu.
- *L'image fonctionnelle* est active, elle permet d'assurer l'identité et d'établir des relations avec l'environnement. Ce qui est recherché à ce niveau est la satisfaction de la pulsion dans la relation à l'autre et à ce qui l'entoure.
- *L'image érogène* assure l'identité sexuée permet d'ouvrir la voie d'un plaisir partagé. Il prend vie par les mots, les gestes ou les actes, dans le vécu de plaisir ou de déplaisir dans le lien à l'autre. Ces modalités sont reliées entre elles par les pulsions de vie.

Selon F. Dolto, l'image du corps est donc subjective, libinalisée, inconsciente et structurée par le langage.

Ainsi, les caractéristiques de l'image du corps sont les suivantes :

- Elle est propre à chacun, hautement subjective, liée à l'histoire personnelle du sujet.
- Elle s'élabore sur les expériences relationnelles, psychoaffectives, émotionnelles, sur ce que nous percevons de notre corps dans la relation à autrui.
- Elle est dynamique, en perpétuel remaniement, elle est la synthèse des vécus passés et actuels.
- Elle est inconsciente mais peut devenir pré-consciente (symbole, langage).
- Elle se structure à travers la relation et la communication avec autrui, à travers la pulsion et le narcissisme.

b. Troubles de l'image du corps et agressivité

Il existe une variété de troubles touchant l'image du corps. Dans certaines psychopathologies, on retrouve des angoisses archaïques. Par « archaïque » on sous-entend que nous vivons tous ces angoisses en tant que bébé mais elles disparaissent normalement si elles ont été apaisées, représentées ou en partie refoulées. Dans la psychose infantile par exemple, il peut y avoir des angoisses de morcellement (impressions d'un corps qui explose en morceaux), des angoisses de liquéfaction (impressions que le corps se vide de sa substance), des phénomènes de dépersonnalisation, etc. Il existe (notamment dans l'autisme) des angoisses primitives de désintégration comme les angoisses de liquéfaction mais aussi les angoisses de chute, caractérisées par une fascination mais à la fois une peur du vide. Les enfants qui présentent des angoisses de chute sont susceptibles de grimper partout, se mettre en danger. C'est cet aspect qui me fait penser à Maddy, bien que l'aspect craintif de la chute ne soit pas présent.

L'image du corps en dit long sur l'estime de soi et la confiance en soi. Chez Guillaume ; on a l'impression, au premier abord, qu'il a une grande estime de lui-même. Pourtant, chez les enfants qui présentent un TDAH, un TOP ou encore un TC ont très fréquemment, au fond, une faible estime d'eux-mêmes : ils ont peur de ne pas être à la hauteur. Comme ils supportent mal la frustration, ils cherchent à éviter ces situations en dominant l'autre ce qui peut donner en surface une impression de narcissisme excessif.

DISCUSSION

Nous l'avons vu, les comportements agressifs sont indispensables à la survie de l'espèce (défense du territoire, de la nourriture, de la progéniture, etc.). Cependant, les individus développent des moyens de contrôle sur cette agressivité comme, par exemple, l'évitement ou la soumission, car elle peut, à force d'être employée, faire courir un risque d'extinction de l'espèce (point de vue éthologique). Il existe alors chez l'humain, de manière innée, dès la naissance, une agressivité ou pulsion agressive (point de vue psychanalytique) nécessaire à son développement, à son affirmation dans le milieu qui l'entoure, à sa différenciation en tant que sujet à part entière. En revanche, le degré d'agressivité varie d'un individu à l'autre, et cette différence peut être expliquée par de nombreux facteurs : conditions de grossesse et de naissance, taux d'hormones, personnalité, facteurs environnementaux. Ces derniers sont les plus importants, notamment en ce qui concerne le rôle parental. L'éducation, le schéma de fonctionnement culturel et familial, les liens précoces parents-bébé, etc., sont des éléments déterminants dans le développement de l'enfant et de son agressivité. L'agressivité n'est pas pathologique tant qu'elle ne dépasse pas un certain seuil. Selon les classifications internationales des troubles mentaux (DSM V et CIM 10), l'agressivité fait partie de certains troubles du comportement comme le TOP et le TC et c'est dans le cas d'un de ces diagnostics qu'elle est considérée comme pathologique. Maddy et Guillaume n'ont pas été diagnostiqués pour ces troubles mais selon moi, leur agressivité est tout aussi pathologique dans la mesure où elle altère leurs relations familiales et sociales et provoque des difficultés d'adaptation scolaire.

Alors, quand ces manifestations agressives sont présentes en rééducation psychomotrice, quelle attitude faut-il adopter face au patient ?

I. Transfert et contre-transfert

1) Transfert

a. Définition du transfert

Les concepts de transfert et de contre-transfert sont apparus pour la première fois dans le champ de la psychanalyse sous la plume de S. Freud⁶⁸.

Aujourd'hui, le *Dictionnaire International de la Psychanalyse* donne cette définition du transfert : « Le terme de « transfert » désigne la transposition, le report sur une autre personne- et principalement le psychanalyste- de sentiments, désirs, modalités relationnelles jadis organisés ou éprouvés par rapport à des personnages très investis dans l'histoire du sujet⁶⁹ ». Ainsi, on peut dire que le transfert correspond à du passé inconscient non résolu qui s'actualise dans le présent. D'après le psychologue et psychanalyste J. Lévine, le patient peut faire simultanément plusieurs utilisations de son thérapeute. En tant que démarche inconsciente, le patient recherche une emprise séductrice et de victoire narcissique sur un équivalent parental. Il tente de réparer, par le biais d'une illusion œdipienne⁷⁰, les « accidents d'amour infantile » ayant eu un impact négatif sur son développement. Il semble également donner au psychanalyste un rôle de « témoin » qui le regarde. Or, être regardé par l'autre engendre que l'on peut regarder autrement sa propre situation, ses émotions, ses représentations, ce qui donne au transfert une dimension évolutive⁷¹.

J. Lévine donne des exemples de passages à l'acte ou de déclarations troublantes de certains enfants, envahissant parfois la thérapie comme : « C'est moi qui commande ici ! » ou encore « Je veux que tu sois ma maman, que tu me mettes dans ton ventre ». Ces énoncés précis me font tout particulièrement penser à Maddy et Guillaume. Nous avons vu (cf. vignette !) combien Maddy aime être portée et contenue dans nos bras comme un bébé. Guillaume, lui, aurait pu dire, mot pour mot, la première phrase de l'exemple donné par J. Lévine, lorsqu'il s'apparente au président américain, ou lorsqu'il se place en tant que chef et que nous sommes ses employées (cf. vignette D et F). Ainsi, le transfert est tout à fait possible en rééducation psychomotrice, dans la

⁶⁸ DENIS P, 2006.

⁶⁹ MIJOLLA (De) A. et al., 2013, p. 1832.

⁷⁰ Le stade œdipien correspond à l'étape du développement de l'enfant où se joue le complexe d'Œdipe (Freud, 1910). Ce dernier engendre la nécessité de la castration secondaire, nécessité pour l'enfant de désinvestir libidinalement son père ou sa mère, en raison de l'interdit de maintenir un lien amoureux qu'il entretenait jusque-là avec l'un d'eux.

⁷¹ LEVINE J, 1993.

mesure où ces deux patients dévoilent, par ce genre d'actions, une situation parentale présentant des failles. J. Lévine ajoute, au sujet des rééducations : « l'espace de la relation duelle, ou en petit groupe, de la rééducation, rappelle inconsciemment aux enfants en échec familial l'espace des premières relations duelles. Ils sont tentés de l'utiliser pour y projeter les systèmes pulsionnels et fantasmatiques qui continuent de les tenailler ». J'en viens donc à émettre l'hypothèse que si Maddy cherche à ce qu'on la « pouponne » autant, cela peut être parce qu'elle a manqué de maternage dans ses premiers mois de vie. Pour rappel, à la naissance de Maddy, sa grand-mère a eu un choc émotionnel. La mère de Maddy l'a très mal vécu, ce qui a pu avoir pour effet un désinvestissement du rôle maternel. En ce qui concerne Guillaume, l'anamnèse nous apprend que sa mère l'a possiblement trop materné, trop protégé. Nous avons vu que la mère, selon S. Robert-Ouvray, en tant qu'agent d'intégration, se devait de tolérer les sentiments violents afin de donner la possibilité au bébé de les accepter. On peut alors penser, comme le dit A. Bullinger, que le milieu humain dont bénéficie Guillaume se montre sur-protecteur, sa mère n'étant pas en capacité d'intégrer les « mauvais » sentiments de son bébé et aujourd'hui, de son garçon. Il est possible qu'en séance de psychomotricité, Guillaume et Maddy cherchent quelqu'un qui soit capable de supporter et recevoir les « éléments bêta » dont parle W. Bion, ou leur « destructivité » comme l'appelle D. W. Winnicott.

b. La destructivité de l'objet

Reprenons la théorie de D. W. Winnicott, déjà évoquée plus haut, tout en s'attardant davantage sur ce qu'il nomme la « survivance de l'objet ». Il affirme que ce n'est pas un effet direct de la destructivité qui va produire la capacité de l'enfant à entrer en contact avec la réalité, mais c'est quelque chose, ou quelqu'un, qui résiste à cette destructivité. À chaque fois que le bébé a un besoin, la mère va lui apporter la bonne réponse. Grâce à cette dernière, l'hallucination du bébé (le sein par exemple) devienne réalité et se transforme en une illusion d'auto-satisfaction. Seulement, il arrive un moment où la mère réinvestit peu à peu sa féminité, sa propre personne et où la qualité de la préoccupation maternelle s'estompe car elle n'est plus focalisée sur son bébé. Ainsi, si l'adaptation maternelle a toujours produit chez le bébé la sensation d'auto-satisfaction, le désinvestissement de la mère fait naître chez lui un sentiment de détresse se traduisant par de l'agressivité, voire une rage destructrice. Il y a des parents, se trouvant dépassés par cette agressivité, qui y répondent par représailles,

c'est-à-dire en utilisant la violence à leur tour sur le bébé, ou par retrait, c'est-à-dire en « abandonnant » leur enfant, en l'isolant, en le mettant à l'écart de leur vie. L'enfant comprend alors qu'il est dépendant de son parent, et peut en venir à utiliser son agressivité pour deux raisons : soit parce qu'il pense qu'il n'a que ce moyen pour obtenir ce qu'il veut, soit à cause du sentiment de haine que cette dépendance lui procure.

En clinique, cela peut se traduire de la même façon. Il y a des éléments paradoxaux chez Maddy et Guillaume qui me font penser qu'ils ne sont pas encore dans la capacité de reconnaître leurs émotions et que l'agressivité est le seul moyen qu'ils ont de les exprimer.

Maddy, par exemple, s'échappe en permanence alors qu'elle se représente très bien l'espace. Elle ne se trompe jamais d'étage, n'hésite jamais sur les portes pour aller en salle de psychomotricité et fait de même à l'école. Ce bon repérage spatial me fait dire qu'elle ne s'échappe pas pour aller voir ce qui l'entoure, pour mieux appréhender sa position dans l'espace, pour se rassurer, mais fuit pour qu'on la rattrape. Guillaume est sans cesse en train de nous attaquer, il est dans la destruction de l'autre, pourtant, il n'a jamais raté une seule séance de psychomotricité dans l'année et se montre, discrètement, très attaché à cette prise en charge. On peut interpréter cela ainsi : les deux patients nous apprécient, pensent que nous sommes, Madame F. et moi, les responsables de leur thérapie, et que d'une certaine manière, leur « bien-être » est dépendant de cette thérapie et donc de nous. Mais cette dépendance est blessante pour eux et ils adoptent des mouvements agressifs et opposants à notre égard pour lutter contre ce sentiment désagréable. Cela peut refléter que les parents de Maddy et Guillaume ont eu (et ont peut-être toujours) du mal à accepter et gérer leur agressivité, et expliquerait le transfert dont ces deux patients font preuve envers nous, les thérapeutes, investis comme des « parents de recours⁷² ».

Nous allons voir les particularités du contre-transfert en psychomotricité, pouvant résulter de cette association, cette attribution de figure parentale faite par le patient.

⁷² LEVINE J, 1993, p. 6

2) Le contre-transfert

a. Définition du contre-transfert

Au départ, l'idée de contre-transfert en psychanalyse avait une connotation négative car elle évoquait les mouvements d'humeur, les maladresses, l'incapacité du thérapeute à contrôler ses réactions spontanées. De nos jours, on détermine le contre-transfert comme : « l'ensemble des réactions inconscientes de l'analyste au transfert de son patient y compris les sentiments projetés en lui par celui-ci »⁷³. Il persiste cependant une ambiguïté quant à cette notion. Dans certains de ses écrits, S. Freud affirme que pour le bon déroulement de la prise en charge du patient, le psychanalyste doit reconnaître son contre-transfert, l'analyser et le surmonter. Pour cela, il recommande à l'analyste d'adopter une attitude semblable à celle du chirurgien : « Celui-ci, en effet, laissant de côté toute réaction affective et jusqu'à toute sympathie humaine, ne poursuit qu'un seul but : mener aussi habilement que possible son opération à bien. Dans les conditions actuelles, la tendance affective la plus dangereuse, celle qui menace le plus l'analyste, c'est l'orgueil thérapeutique ». En même temps, il lui suggère de faire cohabiter, avec cette froideur de chirurgien, une « sympathie compréhensive » lui permettant de rester dans la neutralité⁷⁴.

Si le transfert existe en psychomotricité, il en est de même pour le contre-transfert, les deux étant inévitablement liés (le transfert du patient est ce qui déclenche, alimente le contre-transfert du thérapeute). Cependant, les objectifs du contre-transfert ne semblent pas être les mêmes qu'en psychanalyse, qui, elle, recherche la neutralité la plus absolue. C. Potel s'est intéressée au sujet et donne la définition suivante : « La notion de contre-transfert (...) est ce qui est ressenti profondément par le thérapeute en présence de son patient, qui peut faire l'objet d'une élaboration après coup grâce à laquelle ce qui a été perçu remonte au niveau de la conscience. Ces émotions « brutes » ainsi retravaillées, peuvent éclairer certaines parties de la psyché du patient, inaccessibles dans le champ de la conscience, clivées ou totalement enfouies⁷⁵ ». C. Potel éclaircit ainsi l'ambiguïté précédemment évoquée quant à la nature consciente ou inconsciente du contre-transfert. On comprend que l'objectif pour le psychomotricien est d'accorder une attention particulière à ses éprouvés et de

⁷³ MIJOLLA (De) A. et al., 2013, p. 386.

⁷⁴ DENIS P, 2006.

⁷⁵ POTEL C, 2015, p. 36-37

les transformer, dans un second temps, en représentation, pour son bien-être et celui du patient. C. Potel admet que l'analyse du contre-transfert est un processus actif qui contient en même temps :

- ce qui s'éprouve dans la relation et qui a des résonances directes sur le corps du thérapeute : les effets liés à sa capacité d'empathie ainsi que les émotions à valeur positive ou négative.
- ce qui se pense, en lui, en simultané de l'action au présent.
- ce qui se passe après coup et peut générer une analyse.

Par ailleurs, elle précise que le contenu « contre-transférentiel » du clinicien ne peut jamais être mentalisé dans sa totalité ; il restera toujours une part d'inconnu, des « points aveugles ».

Si j'en suis venue à traiter de l'agressivité dans ce mémoire, c'est parce que je pense avoir vécu le contre-transfert. Chez Maddy, j'ai été immédiatement ébranlée par ce corps débordant d'énergie, en agitation constante et sur laquelle il m'est encore difficile d'intervenir. Avec Guillaume, dès les premiers instants, je me suis sentie « attaquée » et en incapacité de trouver la bonne réponse. C. Potel affirme que le thérapeute, comme tout être humain, a forcément des fragilités et que « bousculé, bouleversé, il n'échappe pas dans un premier temps au besoin de fuir le chaos, la dispersion, le vide. Or, il ne peut constamment fuir, il devra bien trouver des appuis et des ressources⁷⁶ ». Le thérapeute peut alors trouver ces ressources dans le choix d'une méthode, médiation thérapeutique qui lui confère un cadre sécurisant. Mais en plus de cela, il faut trouver une « sécurité en soi » ou « sécurité de soi ». Aujourd'hui, même si cela s'inscrit dans une dynamique en perpétuelle évolution et que rien n'est définitif, je suis capable de mieux « résister », de rester solide « pour contenir les tempêtes émotionnelles qui vont se jouer sur la scène de la relation⁷⁷ ». C'est cette sécurité, entremêlée à l'écoute de ses sensations et intuitions, qui permet au thérapeute de comprendre ce qu'il se passe chez son patient.

b. La peur de l'abandon

C'est grâce au contre-transfert et à cette « sécurité en moi » que j'ai pu, je pense, me rendre compte d'une certaine faille commune chez Maddy et Guillaume, et dont j'ai peu parlé jusqu'ici. Je savais déjà que Maddy tolérait guère les séparations

⁷⁶ Ibid, p. 119.

⁷⁷ Ibid, p112.

car elle pleurait souvent quand sa mère la laissait à l'école, et cela continue toujours. Mais c'est ce que j'ai ressenti, la fois où elle s'est échappée et que nous avons fait mine de partir, qui m'a permis d'imaginer ce qui a pu se produire en elle à cet instant (cf. vignette 6). Son rire, selon moi chargé de peur, m'a d'abord figée dans mon corps car je me suis sentie coupable (ce sont ici les deux premières étapes du contre-transfert de C. Potel : résonances sur le corps et pensées dans l'action). Puis, je me suis rappelée de la relation qu'elle entretenait avec son père, qui partait et revenait sans cesse, et que cette situation pouvait justifier chez elle une peur de l'abandon (dernière étape : analyse). Une autre séance a été très marquante pour moi : celle où j'ai entendu Guillaume insinuer à Madame F. que j'allais me suicider (cf. vignette F). Dans un premier temps, ce discours étrange et brutal a provoqué en moi de la stupéfaction (première étape : résonance dans le corps). Puis, j'ai ressenti une certaine tristesse car j'avais l'impression qu'avec Guillaume, nous étions dans une relation complice et qu'il y prenait du plaisir (deuxième étape : ce qui s'est pensé en moi en simultané de l'action). En fin de journée, ma tutrice et moi avons discuté de cette situation et j'ai pu lui faire part de mon sentiment. Elle a alors émis l'hypothèse suivante : la séparation susceptible de se produire entre nous lorsque je finirai mon stage engendre chez Guillaume une angoisse qui se perçoit dans ses paroles. D'après Madame F. : « S'il veut que tu te fasses disparaître, c'est parce qu'il a du mal à accepter la situation. La preuve en est qu'il ne veut pas te supprimer directement, il veut que *tu* te supprimes ». C'est ainsi grâce à des discussions avec ma tutrice et ma prise de recul sur ces événements, que j'ai pu élaborer et réfléchir autour de l'angoisse de Maddy et Guillaume (analyse du vécu).

Il semble donc y avoir une autre problématique intriquée à leur agressivité qui est la peur de l'abandon ou angoisse de séparation. Celle-ci est une manifestation psychologique anxieuse normale au cours du développement humain, en particulier pendant l'enfance. Chez le bébé et le jeune enfant, elle s'observe par une réaction de détresse (pleurs intenses, cris, agrippement, etc.) lorsqu'il est séparé physiquement de sa (ou ses) figure(s) principale(s) d'attachement. Cette angoisse, dite développementale, a tendance à diminuer avec l'âge, grâce à l'expérience accumulée de situations de séparation permettant à l'enfant d'en connaître l'issue et d'être ainsi rassuré de retrouver son parent. Elle devient pathologique lorsque la détresse de l'enfant persiste et devient extrême, pouvant atteindre un état de panique et de sidération sévère. L'enfant manifeste une peur considérable d'être séparé des

personnes auxquelles il est attaché, ce qui peut avoir des répercussions sur son développement social⁷⁸.

Maddy et Guillaume peuvent facilement se séparer de la personne qui les amène en séance de psychomotricité (souvent la grand-mère pour Maddy et la nourrice pour Guillaume) et je n'ai pas constaté chez eux de manifestations anxieuses semblables à une extrême panique comme décrite précédemment. Cependant, je pense que les éléments cliniques cités plus haut (cf. vignette 6 et D) peuvent indiquer des dysfonctionnements dans le processus de séparation. Il faut se remémorer également que Guillaume a été gardé par de multiples nourrices. Or, d'après le pédopsychiatre A. Guedeney, un mode de garde instable et de qualité insuffisante représente un facteur de risque de psychopathologie du développement « pour des enfants déjà en situation précaire du fait d'une vulnérabilité biologique ou de risques psychosociaux. À cet égard, ce sont clairement les enfants les plus exposés, par exemple vivant avec une mère déprimée, ou ceux qui ont développé un attachement de type insécure ou, pire, de type désorganisé, qui ont le plus besoin d'un mode de garde de qualité, faute de quoi l'impact de la situation à la maison et à la crèche risque d'être cumulatif⁷⁹ ». Même s'il se concentre ici sur les crèches, je pense que nous pouvons faire le rapprochement avec le changement fréquent des nourrices et aux méfaits que cela peut parfois causer. J'aimerais également m'attarder sur l'importance du rôle du père, figure parentale peu présente dans la vie de nos deux patients. Rappelons-nous de l'attitude qu'avait Maddy envers son père lors du bilan réalisé par ma tutrice : elle ne pouvait s'empêcher de regarder dans sa direction et le suivre s'il quittait la pièce. Quant à Guillaume, je n'ai jamais vu son père. Celui-ci se fait discret dans la prise en charge de son fils et « travaille beaucoup » comme le dit Guillaume.

S. Freud souligne l'importance du père, notamment dans l'Œdipe des petits garçons : d'abord, il est pris comme identification primaire de modèle à imiter, puis il apparaît comme un obstacle au mouvement désirant de l'enfant envers sa mère, et enfin il évolue en une identification secondaire en tant qu'homme de la mère. Cette dernière étape amène l'enfant à une angoisse de castration, crainte d'une rétorsion de la part du père l'obligeant à renoncer au désir pour sa mère. Pour S. Freud, le père constitue l'élément essentiel organisateur du psychisme. Pour J. Lacan, c'est l'existence d'une conjugalité qui garantit la symbolique de la fonction paternelle. L'enfant comprend peu à peu que si la mère ne répond pas toujours immédiatement à ses besoins (cf. la

⁷⁸ WENDLAND J et al, 2011.

⁷⁹ GUEDENEY A et al., 2004.

destructivité de l'objet), c'est parce qu'elle a aussi ses propres désirs, et que ceux-ci, tournés vers le père, ont une fonction séparatrice entre la mère et l'enfant. Pour que la fonction du père soit opérante, aussi appelée fonction de tiers, J. Lacan donne deux conditions :

- La mère doit investir psychiquement la place du tiers pour son enfant, qu'il y ait un écart, une place tierce entre elle et l'enfant. Elle exerce ainsi sa fonction parentale de façon croisée et non de façon uniquement duelle.
- La fonction paternelle doit être incarnée. Un homme, en général le père biologique, conjoint ou substitut paternel, accepte et désire jouer un rôle de père pour l'enfant, investissant l'enfant d'un amour à la fois narcissique et objectal.

L'enfant a besoin de cette organisation triangulaire. Sans la présence de tiers, l'enfant aura des difficultés à trouver du plaisir à exister seul et pourra développer des défenses psychotiques⁸⁰.

II - Le cadre et la fonction contenante

1) La sécurité de base

La notion de « sécurité de base » développée par D. W. Winnicott résume bien tout ce que nous venons de voir. Celle-ci est une disposition interne fondamentale pour une expression sereine, posée et efficace de la vie, se mettant en place et se développant tout au long de l'existence. Elle dépend de la qualité du soutien reçu par l'enfant, tant bien physique que psychique. Le soutien physique, c'est le portage, le holding. Il permet, lorsqu'il est bien fait, centré dans l'axe et près du corps, d'éveiller et unifier la conscience corporelle, harmoniser le tonus des muscles. Il offre la possibilité au bébé de retrouver des postures foetales d'enroulement qui assurent une sensation de solidité. Plus tard, l'enfant puis l'adulte pourront aussi se replier et s'enrouler vers le centre de l'axe corporel lors de moments difficiles. La sécurité de base dépend également du soutien psychique, que nous pouvons assimiler au handling. Il est en lien avec la qualité de l'attachement avec les figures parentales, la rythmicité présence-absence de ceux-ci permettant, comme nous l'avons vu, l'anticipation des retrouvailles. L'enfant peut créer un lien de confiance avec ses « caregivers » et se

⁸⁰ NOEL R, CYR F, 2009.

sentir en sécurité dans la relation et dans son enveloppe corporelle. C'est grâce à cet ensemble, à cette sécurité de base que l'enfant va se construire une base narcissique assez solide pour qu'il se fasse confiance et prenne lui-même appui sur son environnement. C'est ce qui lui permet d'acquérir les différents niveaux d'évolution motrice (redressements, maintiens, enchaînements, déplacements) mais également le fait de trouver des ressources en lui pour ne plus avoir besoin d'une personne extérieure qui régule ses émotions. Il peut s'auto-réguler et s'auto-apaiser.

Nous allons voir comment le psychomotricien et le cadre qu'il instaure à la prise en charge peuvent contribuer au déploiement de cette sécurité de base qui s'est mal construite dans les liens précoces, en apportant aux patients un soutien physique et psychique, une contenance physique et psychique.

2) La contenance psychique

Tout d'abord, la fonction contenante du cadre thérapeutique n'a pas pour but de remplacer la fonction de contenance maternelle. Bien que nous intervenions, en tant que psychomotricien, sur des points semblables à la fonction maternelle, notre travail ne la remplace pas : il vient offrir au patient un espace où il peut trouver des réponses à son besoin de contenance et ainsi, consolider son « moi » afin de trouver l'autonomie et l'auto-régulation que nous avons évoquées tout à l'heure.

C. Potel donne les conditions concrètes du cadre thérapeutique en psychomotricité⁸¹. Elle parle de conditions d'espace et de matériel sur lesquelles nous reviendrons plus tard, mais aussi de conditions de temps, d'encadrement et de fonctionnement. En effet, nous avons vu à quel point la rythmicité et la régularité des soins sont importantes dans le développement de l'enfant (anticipation des retrouvailles, soulagement et naissance de la confiance). L'encadrement concerne la pluridisciplinarité et le fait de pouvoir réfléchir au cadre à plusieurs. Enfin, le fonctionnement détermine les règles institutionnelles et le rôle de chaque professionnel de l'équipe. Cependant, tous les aspects du cadre ne peuvent pas être déterminés à l'avance puisque certaines des caractéristiques vont émerger au sein des séances, en fonction de ce qui se joue avec le patient. Madame F. emploie la métaphore d'un ring de boxe : « On y est contenu mais, en même temps, ce cadre est extensible, il peut bouger ».

⁸¹ POTEL C, 2010.

De plus, la fonction contenant existe principalement par une relation sécurisante, l'alliance patient-thérapeute.

a. Le Moi-Peau

Le cadre thérapeutique désigne les dispositions tant physiques que psychiques que le thérapeute met en place pour s'ajuster aux possibilités du patient et permettre un processus soignant. C'est aussi un contenant du patient et du thérapeute. Il est l'espace où se jouent les scènes psychiques des deux partenaires. Il est aussi, à l'image du père que nous avons évoqué plus haut, un tiers : le cadre vient mettre une distance, il rappelle que la relation d'union de fusion ne fonctionne pas. J. Laplanche compare le cadre à une sorte de membrane, à double paroi, ou double limite, l'une représentant les conditions de la réalité extérieure (protectrice), l'autre tournée vers le monde psychique interne, avec ses exigences pulsionnelles (comme un écran où se projettent les représentations du sujet)⁸². D. Anzieu le rapproche d'un « contenant maternel » : le cadre thérapeutique est comme une enveloppe protectrice, élaborée et garantie par le thérapeute qui a, dans ses termes, le rôle d'une seconde peau psychique. On peut utiliser comme comparaison le modèle du Moi-Peau de D. Anzieu⁸³. Dans sa théorie, le sentiment d'être une personne unifiée, distincte du reste des phénomènes, s'appuie sur la peau. La mère, à travers le holding et le handling, le dialogue tonico-émotionnel et ses paroles, encourage et induit le processus d'individuation de son enfant. Cet ensemble constitue une enveloppe s'ajustant à la surface du corps du bébé, tout en laissant un écart suffisant à l'enveloppe interne propre de celui-ci. Avec les expériences de contact et non-contact, grâce à cet écart que la mère laisse, le bébé va pouvoir élaborer une enveloppe corporelle différenciée, un intérieur et un extérieur et un moyen de communication avec autrui. Il y a en tout neuf fonctions du Moi-Peau. Nous pouvons en développer ici cinq qui me semblent comparables aux fonctions que peut avoir le cadre thérapeutique :

- La maintenance, proche du holding, est une « fonction sac » qui contient et retient le bon et le plein des soins maternels. Cela permet de maintenir le corps et le psychisme dans un état d'unité et de solidité.
- La contenance, proche du handling, permet les jeux entre le corps de la mère et celui de l'enfant et leurs sensations respectives. Ceci a une fonction de marquage

⁸² MARTIN M, 2001.

⁸³ ANZIEU D, 1985.

de la limite entre le dedans et le dehors. Lorsque cette fonction est défaillante, la continuité de l'enveloppe corporelle est menacée et on parle de Moi-peau passoire.

- La constance est une fonction de pare-excitation. À l'image de la peau qui protège des agressions externes, le Moi-peau protège la psyché des excès d'excitations internes (pulsions).
- L'individuation apporte à l'enfant le sentiment d'être un être unique. Alors que la membrane des cellules organiques protège l'individualité de la cellule en distinguant les corps étrangers auxquels elle refuse l'entrée et les substances bénéfiques auxquelles elle accorde l'admission, le Moi-peau apporte le sentiment des frontières du Soi et la distinction chez autrui des objets d'attachement et d'amour.
- L'inter-sensorialité permet de relier les différents sens entre eux pour créer une enveloppe tactile et cela aboutit à la formation d'un « sens commun » ou « sensorium commune ». « Le Moi-peau est une surface psychique qui relie entre elles les sensations de diverses natures et qui les fait ressortir comme figures sur ce fond originaire qu'est l'enveloppe tactile⁸⁴ ».

Comme le Moi-Peau, le cadre thérapeutique maintient et contient. Il a une fonction de pare-excitation, donne lieu à l'individuation et l'unification des différents sens. Il permet l'intégration des limites corporelles et psychiques dont ont besoin nos patients.

b. La bipolarité du cadre

C. Potel parle de « bipolarité du cadre ». Les enfants hyperactifs, qui débordent d'excitation, d'agressivité, de violence et de mises en danger par « incontrôle » du corps, sont « en dehors de leur corps⁸⁵ ». La limite entre le dedans et le dehors (le Moi-peau) n'est pas bien constituée, tant au niveau de leur corps qu'au niveau des espaces socialisants : « Tout “entre dedans”, “tout sort, craché, jeté” sans retenue ni mesure ». On le voit quand Maddy ne gère plus son excitation et a du mal à évaluer les distances interpersonnelles (cf. « ma rencontre avec Maddy ») ou par les mots non mesurés de Guillaume qui témoignent de sa toute-puissance. Tout enfant a besoin de connaître l'ambivalence des éprouvés : souple et ferme, doux et dur, sécurité et expérience, autorité et permission, protection et liberté, réalité et imaginaire, concret et symbolique. Ces différents pôles que C. Potel nomme pôles « maternels et

⁸⁴ Ibid, p. 103.

⁸⁵ POTEL C, 2015, p. 69.

paternels » sont les piliers de l'intégration des repères dans la constitution du sujet (peu importe s'ils sont incarnés par un homme, une femme, une mère, un père, un groupe). La complexité du travail thérapeutique est de pouvoir faire ressentir ces pôles au patient, prendre le relais de la construction originaire et lui offrir une nouvelle occasion à des expériences fondamentales : « Le thérapeute incarne, à son tour et à sa place, par ses attitudes corporelles et verbales, toutes les nuances du maternel et du paternel qui structurent la relation et permettent à l'enfant de grandir⁸⁶ ». Cela illustre toute la difficulté que j'ai ressentie avec Maddy et Guillaume à leur laisser assez de « mou » et assez de « dur » ; à trouver le bon ajustement de la balance désir/déplaisir/plaisir/renoncement dont parle C. Potel. L'équilibrage de cette balance limite « le sentiment de toute-puissance qui, s'il est nécessaire chez le petit enfant - l'illusion de créer le monde, passage nécessaire décrit par Winnicott - est toujours catastrophique pour l'épanouissement du sujet s'il perdure⁸⁷ ». Avec Maddy, je me devais de ne pas trop lui donner d'instructions pour ne pas lui laisser l'occasion de faire l'inverse et prendre du plaisir dans ce fonctionnement, mais en même temps, je ne pouvais pas la laisser se mettre en danger et risquer un accident, ainsi je me devais aussi d'être ferme. J'ai mis du temps avec Guillaume pour trouver ce juste milieu à lui donner entre amusement et fermeté. Je lui répondais avec « piquant » mais pour autant, je ne pouvais pas alimenter ce système ni tolérer les insultes trop méprisantes (cf. vignette B). Aussi, je le laissais profiter de sa position de « leader » mais pas quand il nous l'imposait et que ce n'était pas dans les règles convenues (cf. vignette G). Le pédopsychiatre D. Houzel résume ainsi cette bipolarité : « Tout se passe comme si les qualités de solidité et de résistance de l'enveloppe psychique se situaient au pôle paternel, et les qualités de réceptivité et de souplesse au pôle maternel. Une juste alliance des aspects maternels et paternels est requise pour donner à l'enveloppe les qualités plastiques nécessaires à la contenance, qui doit articuler étanchéité et perméabilité, consistance et élasticité »⁸⁸

c. Un « Moi auxiliaire »

Le psychomotricien est un « Moi auxiliaire » du patient. Il occupe une fonction de miroir, de double. Il lui prête son engagement, son appareil perceptif, sa sensibilité, sa sensori-motricité, sa corporéité, sans pour autant cesser de penser et

⁸⁶ p 73

⁸⁷ p 69

⁸⁸ CICCONE A, 2001, p. 81-102.

chercher à comprendre son patient : c'est la réflexivité. C. Potel dit que « c'est la capacité du psychomotricien à contenir ce qui déborde, ce qui n'est pas organisé, ce qui est une menace d'inexistence ou de destruction qui est particulièrement convoquée dans nos espaces thérapeutiques. Cette capacité de contenance fait appel tout autant à notre corps qu'à notre appareil psychique⁸⁹ ». Le psychomotricien soutient et contient le patient à travers son corps, ses mots, ses pensées. Tout est réfléchi et assumé, ses décisions et ses pratiques n'ont rien à voir avec le passage à l'acte.

La thérapie psychomotrice permet que les crises et les angoisses puissent se traverser, au côté du thérapeute, qui va intervenir, non pas pour réparer mais pour apporter de nouvelles réponses, nées de ce qui se vit en séance, dans l'ici et maintenant : « L'enfant, l'adolescent, doit certes s'adapter au monde dans lequel il naît. Mais pour que cette adaptation ne se fasse pas au détriment du développement de sa personnalité et de sa pensée, il faut qu'il puisse devenir un sujet pensant. Pour cela, une chose compte, infiniment : pouvoir s'appuyer sur des adultes, libres dans leur tête et capables de sentiments⁹⁰ ».

3) La contenance physique

Comme le dit C. Potel, le psychomotricien fait autant appel à son appareil psychique qu'à son corps, c'est d'ailleurs pour cette raison qu'elle insiste sur le terme de contre-transfert *corporel*. Aussi, en parlant de contenance physique, je pense au cadre spatial, à l'espace de la salle, son aménagement, ce qu'elle doit contenir pour accueillir les émotions et expériences des patients. C'est ce que C. Potel évoque quand elle parle des conditions d'espace et de matériel.

a. Le corps comme cadre

À l'image de Maddy et Guillaume, nous pouvons recevoir en psychomotricité des patients en difficulté dans la mise en lien des affects et leur régulation. En plus d'utiliser son appareil psychique pour contenir, le psychomotricien doit faire appel à son corps propre. Tout au long de ses études et de son parcours, il développe ses qualités d'expression corporelle et les met au service des thérapies : celles-ci

⁸⁹ POTEL C, 2013, p. 324.

⁹⁰ POTEL C, 2015, p. 165

comprennent la qualité de présence, le positionnement dans l'espace, les appuis, la tonicité, l'utilisation de la voix (prosodie, rythme, etc.). Tout cela va également lui être indispensable pour recevoir les expressions corporelles parfois agressives des patients.

Avec Guillaume, l'expression corporelle que nous adoptons est très importante. Il est capable de voir quand nous prenons plaisir à l'échange : en général, notre tonus est alors assez neutre, notre mimique est souriante, nos gestes sont fluides, notre ton est calme, souvent humoristique. Par contre, quand il dépasse les limites du cadre imposé, quand il est trop agressif et/ou passe à l'acte (cf. vignette D et E) notre posture change : on se trouve alors dans un versant plutôt hypertonique, les sourcils sont froncés, les gestes plus rapides et la prosodie de notre voix change (le volume monte, le ton est alarmiste). Nous savons que Guillaume est sensible à cela puisque sa propre expressivité change dans le même temps que la notre. Quand Madame F. hausse le ton de voix, il se ferme complètement et boude.

Revenons-en au dialogue tonique. Dans la partie III.1.b, nous avons vu que dans les premières années de la vie, il vise l'ajustement entre l'enfant et son parent en se basant sur les variations toniques des deux partenaires. Le bébé transmet un état affectif à son porteur au niveau de son état tonique, et ce dernier ressent cette tonicité comme une forme de communication à laquelle il s'adapte pour lui répondre au mieux.

Pendant l'expression de l'agressivité de Maddy, par exemple quand elle s'échappe puis, une fois rattrapée, se laisse tomber au sol (chute hypotonique) en riant, le fait de la contenir physiquement ne me semble pas adapté car je pense que cela aurait pour effet d'augmenter son excitation. Dans ces moments-là, je privilégie la mise en mot, la mise en lien des éprouvés (contenance psychique). On a pu le constater quand Madame F. lui a posé la question : « Maddy, pourquoi veux-tu te faire du mal ? » (cf. vignette 3). Ma tutrice tente ici de la faire réfléchir quant à son auto-agressivité et des risques qu'elle court. En revanche, Maddy a pu nous figurer son besoin d'être portée comme un bébé. Ce sont les limites du corps de l'autre qui lui permettent de se sentir contenue et de s'apaiser. Quand nous la portons, Maddy peut s'appuyer sur notre tonus. En tant que bébé, le portage permet l'installation à l'intérieur de lui d'un « arrière-plan de sécurité », « le dos mou du bébé dans les bras solides et sécurisants de sa mère prépare la relation de confiance nécessaire à tout être humain pour partir à la découverte de la vie. Tous les psychologues et les chercheurs qui travaillent soit

avec les bébés qui vont bien, soit avec des enfants psychotiques, s'accordent pour reconnaître dans "le contact-dos", la base de la sécurité interne⁹¹ » ou sécurité de base dont nous avons parlé plus haut. Même si Maddy n'est ni un bébé, ni psychotique, il va de soi que cette étape de régression permet l'expression de ses manques et angoisses, que le psychomotricien va recevoir, élaborer et en faire une transformation. Comme Maddy n'est pas capable de réaliser cette transformation psychique, le moyen qu'elle utilise pour diminuer ses angoisses est l'agitation perpétuelle.

b. La salle comme cadre

L'aménagement de l'espace et l'utilisation de matériel spécifique participent également à la contenance du cadre. Cette organisation permet la mise en place de repères, et nous savons à quel point ils sont importants pour tout être humain et notamment pour les patients présentant une instabilité psychomotrice. D'après C. Potel, il faut concevoir l'espace comme un réceptacle pouvant accueillir les excitations et les plaisirs que donnent le mouvement. La salle doit pouvoir recevoir les expériences sensorielles et motrices de l'enfant.

Le repérage des différents espaces participe à l'élaboration des limites psycho-corporelles. Ainsi, il commence par le passage de la salle d'attente à la salle de psychomotricité. J'ai déjà abordé, dans la présentation des séances, l'importance de ce trajet. « La différenciation des espaces va venir soutenir une ébauche de différenciation des espaces psychiques, et donc de séparation⁹² ». Par conséquent, la salle doit elle aussi s'organiser en différents espaces. Dans la salle de psychomotricité du CMP, on peut ainsi trouver :

- un espace calme avec un tapis, des coussins et des couvertures. L'enfant peut s'y reposer, s'y réfugier. C'est à cet endroit que nous nous mettons avec Maddy lorsque nous jouons aux poupons, ou, dans les jeux symboliques, que nous « faisons dodo ». C'est aussi ici que Guillaume a pu nous livrer son désir d'aller au cinéma avec ses parents (cf. vignette F). Cet espace est synonyme de détente.
- un espace d'écoute comportant des chaises, une table, un tableau. Souvent, c'est là que Guillaume s'assoit quand il arrive et se met à nous parler, car on sait qu'il lui

⁹¹ enfant tonique p.171

⁹² POTEL C, 2013, p. 332.

faut un certain temps (cf. vignette A). Il profite aussi du tableau pour nous raconter des choses quand la parole n'est pas possible (cf. vignette D).

- un espace de jeux avec quelques modules, cerceaux, ballons, etc., mais cet espace reste épuré pour laisser la possibilité au corps de bouger. L'ensemble des autres jeux et jouets est contenu dans un placard. Nous prenons garde à toujours ranger de la même manière afin que l'enfant puisse instaurer ses repères.

Le matériel à disposition est choisi par le psychomotricien, en lien avec sa propre sensibilité, son investissement, son expérience, ses préférences. Ce matériel va être utilisé par le patient pour figurer les états émotionnels qu'il ne peut pas exprimer avec la parole. Ainsi, il doit pouvoir supporter ces types d'affects, notamment dans le cas d'une agressivité telle que celle de Maddy et Guillaume. R. Roussillon parle de « médium malléable⁹³ ». Le matériel thérapeutique doit, selon lui, présenter cinq propriétés :

- L'indestructivité
- L'extrême sensibilité
- La possibilité d'être transformé indéfiniment
- Une disponibilité inconditionnelle
- La capacité d'animation propre

Avec Maddy et Guillaume, nous essayons d'utiliser le plus souvent des matières qui ne se détruisent pas. Lorsqu'il est question de jouets et objets « durs », la propriété de ceux-ci fait qu'ils peuvent résister au jeté, au frappé, au choc (cf. vignette A). Il en est de même dans les jeux « mous » : la pâte à modeler peut être écrasée, le sable broyé, les tissus tirés : mais ils ne peuvent être détruits.

Il est arrivé que Maddy nous surprenne en dégonflant le ballon (cf. vignette 7). Comme elle ne peut nous détruire, elle s'attaque à notre objet qui, lui, ne résiste pas. Elle s'en est rendue compte une première fois et, la séance d'après, a refait la même chose. Nous avons donc sorti cet objet de son champ visuel pour ne pas qu'elle soit tentée les fois suivantes, et ceci participe à l'évolution du cadre, lui aussi « malléable », flexible, évolutif.

À l'image du psychomotricien, sa médiation, ses objets, son cadre, doivent pouvoir supporter l'agressivité du patient. Ce dernier se voit limité dans sa toute-puissance. Il peut ressentir, petit à petit, que ses affects sont internes et limités par la réalité. Il peut accepter d'avoir des pensées négatives et prendre conscience qu'elles ne détruiront pas l'objet visé.

⁹³ ROUSSILLON R, 1993, p. 26.

CONCLUSION

Mon expérience de stagiaire m'a permis de considérer la psychomotricité dans toutes ses dimensions : travail d'équipe, passations de bilans, réflexion autour de projets thérapeutiques, premières rencontres de patients, évolution des séances et surtout, éprouvés personnels. Chacun aurait pu vivre cette agressivité différemment en fonction de ce qu'il est, mais mon vécu m'a fait prendre conscience de l'importance de l'analyse de celui-ci, et de la dimension protectrice du cadre. Le tout, laissant place à la rencontre thérapeutique.

Pour Maddy et Guillaume, nous avons vu comment les difficultés dans les liens précoces parents-enfant et les situations traumatiques comme la présence instable d'une figure d'attachement peuvent impacter le développement de la relation à soi et aux autres. L'enfant se construit sur un mode agressif, moyen de défense corporel contre la souffrance intra-psychique.

À travers ces recherches, j'ai voulu comprendre l'origine de l'agressivité de Maddy et Guillaume. Pour cela, je me suis aidée de différentes théories d'auteurs expliquant le rôle indispensable de l'agressivité comme mécanisme de défense, participant obligatoirement au développement de l'être humain en tant que sujet à part entière et à son évolution en tant qu'Homme. Je me suis alors questionnée quant au seuil pathologique de l'agressivité qu'elle atteint dans le cas de troubles du comportement, certains s'apparentant fortement au fonctionnement des deux cas cliniques présentés. En l'absence de diagnostic précis, il m'a paru intéressant de montrer de quelle façon l'agressivité peut se refléter dans les troubles psychomoteurs et quelles en sont les origines possibles, notamment dans les interactions précoces.

Ce mémoire m'a permis d'émettre des hypothèses et de trouver plusieurs éléments de réponses. Il aura également soulevé d'autres interrogations qui restent en travail. La question de la dépression infantile est un sujet qui pourrait être mis en lien avec l'agressivité et constituer l'objet d'une future réflexion.

« Une rencontre thérapeutique. Le patient apporte sa partition, écrite par l'histoire de ses peines, de ses angoisses et de ses chagrins, l'histoire des siens. Le thérapeute entend la mélodie, trouve la tonalité, rejoue les notes de refrains. Il apporte aussi des nuances, introduit de nouveaux tempos, crée des effets de surprise. D'autres couplets s'inventent. Pour cela, il doit faire confiance en son instrument, son corps qui résonne et qui pense⁹⁴. »

⁹⁴ POTEL C, 2015, p. 75

BIBLIOGRAPHIE

ANZIEU D, Le Moi-Peau, Paris, Dunod, 1985.

BANDURA A, 1971, Social Learning Theory, New York.

BEGUE L, 2015, L'agression humaine, Psycho Sup, Paris, Dunod.

BERGERET J, 1994, La violence et la vie, La face cachée de l'oedipe, Payot et Rivages, Paris.

BERKOWITZ L, 1989, Hypothèse de frustration-agression : examen et reformulation, Psychological Bulletin.

BICK E, 1980, L'expérience de la peau dans les relations d'objets précoces, Explorations dans le monde de l'autisme, Payot, Paris, trad. Geneviève et Michel Haag.

BOWLBY J, 1973, Attachment and Loss, Londres, Basic Books, vol.1.

BULLINGER A, 2017, Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars, tome 1, Toulouse, Éres.

BURSZTEJN C, 2006, Les troubles du comportement chez l'enfant : approche nosographique et psychopathologique, Pratiques psychologiques, Elsevier.

CICCONE A, 2001, Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques, Cahiers de psychologie clinique, n°17.

D'IGNAZIO A, MARTIN J, 2018, 100 idées pour développer la psychomotricité des enfants, Tom Pousse.

DENIS P, 2006, Incontournable contre-transfert, Revue française de psychanalyse, vol. 70(2), 331-350. doi:10.3917/rfp.702.0331.

DOLLARD J, MILLER N.E. et al, 1939, The hypothesis suggests that the failure to obtain a desired or expected goal leads to aggressive behavior, Frustration and aggression, Yale University Press, New Haven.

EIBL-EIBESFELDT I, 1967, Ethologie, Biologie du comportement, Editions scientifiques, Paris.

FREUD S, 1968, Métapsychologie, Gallimard.

FREUD S, 1971, Nouvelles conférences sur la psychanalyse, Gallimard.

FREUD S, 2010, Au-delà du principe de plaisir, Payot, Paris.

GOYENA A, LECLERC F, 2001, « Wilfred R. Bion » de Elsa Schmid-Kitsikis. Revue française de psychanalyse, vol. 65(5), 1727-1736. doi:10.3917/rfp.655.1727.

GUEDENEY A et al., 2004. Le séjour en crèche des jeunes enfants : sécurité de l'attachement, tempérament et fréquence des maladies. La psychiatrie de l'enfant, vol. 47(1), 259-312. doi:10.3917/psy.471.0259.

JOVER M, 2000, Perspectives actuelles sur le développement du tonus et de la posture, RIVIERE J, Le développement psychomoteur du jeune enfant, Marseille, Solal.

KARLI P, 1987, L'Homme agressif, Odile Jacob, Paris.

KLEIN M, RIVIERE J, 1968, L'Amour et la haine, Payot, Paris.

LAPLANCHE J, PONTALIS J-B, 1998, Vocabulaire de la psychanalyse, Presses Universitaires de France, Paris.

LEVINE J, 1993, Transfert et contre-transfert en rééducation, La notion d'écoute tripolaire, Dans le monde des symboles... l'enfant, L'ERRE n° spécial Actes du IXème congrès de la FNAREN, Strasbourg.

LORENZ K, 1969, L'agression, Une histoire naturelle du mal, Flammarion, Paris.

MARTIN M, 2001, Le cadre thérapeutique à l'épreuve de la réalité: (Du cadre analytique au pacte). Cahiers de psychologie clinique, 17(2), 103-120. doi:10.3917/cpc.017.0103.

MIJOLLA (De) A. et al., 2013, Dictionnaire international de la psychanalyse, Pluriel.

NOEL R, CYR F, 2009, Le père : entre la parole de la mère et la réalité du lien à l'enfant. La psychiatrie de l'enfant, vol. 52(2), 535-591. doi:10.3917/psy.522.0535.

POTEL C, 2010, La question du cadre thérapeutique. La contenance, les limites, le corps. Être psychomotricien, Éres.

POTEL C, 2013, Être psychomotricien, Éres, Toulouse.

POTEL C, 2015, Du contre-transfert corporel, Éres, Toulouse.

ROBERT-OUVRAY S, 2007, L'enfant tonique et sa mère, Desclée de Brouwer, Paris.

ROBERT-OUVRAY S, 2007 (b), Intégration motrice et développement psychique, Desclée de Brouwer, Paris.

ROUSSILLON R, 1993, Entretien avec René Roussillon, B. Sage et B. Guillaumin, Thérapie psychomotrice et recherches, n° 98.

WENDLAND J et al, 2011, Troubles de l'anxiété de séparation et de l'attachement : un groupe thérapeutique parents-jeunes enfants. Devenir, vol. 23(1), 7-32. doi:10.3917/dev.111.0007.

WINNICOTT D. W., 1956, L'enfance antisociale, De la pédiatrie à la psychanalyse, Payot.

WINNICOTT D.W., 1969, La préoccupation maternelle primaire, De la pédiatrie à la psychanalyse, Payot, Paris.

WINNICOTT D. W, 2004, Agressivité, culpabilité et réparation, Petite Biblio Payot, Classiques.

WINNICOTT D. W, 2006, La mère suffisamment bonne, Petite Biblio Payot, Classiques.

COURS

BION A, 2018, Troubles du comportement de l'enfant et de l'adolescent.

BRUNELLE J, 2018, Troubles des conduites de l'adolescent.

DUVERNAY J, 2017, L'émotion.

PAVOT C, 2016, Perception et représentation du corps : schéma corporel et image du corps.

RENAULT-DULONG A, 2017, Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité.

SITOGRAPHIE

<https://www.bnds.fr/dictionnaire/cmp.html> consulté le 03/01/19

<http://www.absm-andre-bullinger.com/> consulté le 06/02/19

<https://www.cnrtl.fr/>

<https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/agressivit%C3%A9/11018> consulté le 15/03/19

<https://www.universalis.fr/encyclopedie/agressivite-ethologie/> consulté le 04/04/19

ANNEXE 1

Dessin du bonhomme de Guillaume



ANNEXE 2

Dessin au tableau de Guillaume



Résumé

L'Homme possède en lui, de manière innée, de l'agressivité. Cette modalité du comportement lui permet de se défendre des attaques pouvant provenir du milieu environnant. Grâce à l'agressivité, l'individu se construit et s'affirme en tant que sujet. Mais, lorsque l'utilisation des comportements agressifs devient excessive, cela révèle des souffrances profondes. Les enfants dits « agressifs » peuvent être déstabilisants, car ils poussent sans cesse les limites qu'on leur instaure. En thérapie psychomotrice, comment procède le thérapeute pour recevoir et contenir ces débordements ? C'est à travers une approche clinico-théorique que je tenterai de montrer l'attitude et le rôle du psychomotricien qui reçoit de tels patients.

Mots clés : Agressivité - Troubles du comportement - Tonus - Emotions - Impulsivité - Image du corps - Contenance

Summary

Humans all have in them, innately, aggressiveness. This modality of behavior allows them to defend themselves from attacks that may come from the surrounding environment. Through aggressiveness, the individual builds himself up and asserts himself as a subject. But when the use of aggressive behavior becomes excessive, it reveals deep suffering. The so-called "aggressive" children can be destabilizing because they are constantly pushing the limits that they are introduced. In psychomotor therapy, how does the therapist manage to receive and contain these excesses ? It is through a clinical-theoretical approach that I will try to show the attitude and role of the psychomotor therapist who receives such patients.

Keywords : Aggressiveness - Behavioral disorders - Tone - Emotions - Impulsiveness - Body image - Caring attention