



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

Creative commons : Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale
- Pas de Modification 4.0 France (CC BY-NC-ND 4.0)



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>

UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD LYON 1

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA RÉADAPTATION

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

Docteur Jacques LUAUTÉ

Emmurée dans ma carapace tonique, protégée je suis.

Soutenue par un axe corporel et des appuis, solide je reste.

Mémoire présenté pour l'obtention

du Diplôme d'État de Psychomotricien

Par : Léa PORTIER

Mai 2024 (Session 1)

N°1864

Directrice du Département Psychomotricité

Mme Tiphaine VONSENSEY

UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD LYON 1

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA RÉADAPTATION

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

Docteur Jacques LUAUTÉ

Emmurée dans ma carapace tonique, protégée je suis.

Soutenue par un axe corporel et des appuis, solide je reste.

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

Par : Léa PORTIER

Mai 2024 (Session 1)

N°1864

Directrice du Département Psychomotricité

Mme Tiphaine VONSENSEY

Université Claude Bernard Lyon 1

Président
Pr. Frédéric FLEURY

Président du Conseil Académique
Pr. Hamda BEN HADID

Vice-président CA
Pr. Didier REVEL

Vice-président relations hospitalo-
universitaires
Pr. Jean-François MORNEX

Vice-président Santé
Pr. Jérôme HONNORAT

Directeur Général des Services
M. Pierre ROLLAND

Secteur Santé

U.F.R. de Médecine Lyon Est
Doyen **Pr. Gilles RODE**

U.F.R. d'Odontologie
Directrice **Pr. Jean-Christophe MAURIN**

U.F.R. de Médecine et de Maïeutique –
Lyon Sud Charles Mérieux
Doyenne **Pr. Carole BURILLON**

Institut des Sciences Pharmaceutiques et
Biologiques
Directeur **Pr. Claude DUSSART**

Comité de Coordination des études
médicales (CCEM)
Président **Pr. Pierre COCHAT**

Institut des Sciences et Techniques de la
Réadaptation (ISTR)
Directeur **Pr. Jacques LUAUTE**

Secteur Sciences et Technologies

U.F.R. Biosciences
Directrice **Mme Kathrin GIESELER**

U.F.R. de Sciences et Techniques des
Activités Physiques et Sportives
(S.T.A.P.S.)
Directeur **Mr Guillaume BODET**

UFR Faculté des sciences
Directeur **Mr Bruno ANDRIOLETTI**

Institut Universitaire de Technologie Lyon 1
(IUT)
Directeur **Mr Christophe VITON**

Département de Génie électrique et des
procédés
Administrateur provisoire
Mme Rosaria FERRIGNO

Institut des Sciences Financières et
d'Assurance (I.S.F.A.)
Directeur **Mr Nicolas LEBOISNE**

Département Informatique
Administrateur provisoire
Mr Behzad SHARIAT

Observatoire de Lyon
Directrice **Mme Isabelle DANIEL**

Département Mécanique
Administrateur provisoire
Mr Marc BUFFAT

Institut National Supérieur du Professorat
et de l'éducation (INSPé)
Directeur **Mr Pierre CHAREYRON**

POLYTECH LYON
Directeur **Mr Emmanuel PERRIN**

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA RÉADAPTATION

Directeur **Pr. Jacques LUAUTÉ**

DÉPARTEMENT PSYCHOMOTRICITÉ

Directrice du département
Mme Tiphaine VONSENSEY
Psychomotricienne, cadre de santé

Coordinateurs pédagogiques

M. Bastien MORIN
Psychomotricien

M. Raphaël VONSENSEY
Psychomotricien

Mme Aurore JUILLARD
Psychomotricienne

Gestion de scolarité
Mme Elodie ROYER

Coordinatrices des stages

Mme Marion MOUNIB
Psychomotricienne

Mme Charlène DUNOD
Psychomotricienne

Coordinatrice Recherche
Mme Jeanne-Laure EECKHOUT
Psychomotricienne

Sommaire

Remerciements	
Lexique	
INTRODUCTION	1
PARTIE THÉORIQUE	
1. Le trouble dépressif.....	3
1.1. Définition de la dépression.....	3
1.2. Critère diagnostique du trouble dépressif persistant.....	3
1.3. Les particularités psychomotrices du trouble dépressif	4
1.3.1 Le tonus	5
1.3.2 La cénesthésie	5
1.3.3 La motricité globale.....	5
1.3.4 Les représentations du corps : le schéma corporel et l'image du corps.....	6
1.3.5 L'expression émotionnelle	6
2. Le tonus musculaire.....	7
2.1. Définition du tonus et de la tonicité.....	7
2.2. Les fonctions du tonus de fond, de soutien et d'action	8
2.3. Le dialogue tonico-émotionnel	9
3. De l'hypertonie à la carapace tonique	9
3.1. Le rôle de l'hypertonie selon Robert-Ouvray	9
3.1.1 La fonction d'autoconservation.....	9
3.1.2 La fonction de pare-excitation	10
3.1.3 La fonction d'appétence.....	10
3.1.4 La fonction normative	10
3.1.5 La fonction de communication.....	10
3.1.6 La fonction d'enveloppe tonique	11
3.2. Un trouble de la régulation tonique : la carapace tonique	11
4. L'axe corporel	12
4.1. L'axe et l'axialité	13
4.1.1 L'axe du point de vue fonctionnel.....	13
4.1.2 L'axe psychique	14
4.2. Le développement de l'axe selon la théorie de Bullinger	14
5. S'appuyer ou s'agripper ?.....	15

5.1.	Les appuis et supports	16
5.2.	Les agrippements, comme défaut d'appui.....	18
PARTIE CLINIQUE		
1.	Présentation de mon lieu de stage : un Centre Médico-Psychologique pour adultes.....	19
1.1.	L'équipe pluridisciplinaire du CMP.....	19
1.2.	Intervention de la psychomotricienne au CMP.....	20
1.3.	Ma place de stagiaire	20
2.	Cas clinique : Présentation de Mme. D	21
2.1.	Parcours de vie	21
2.2.	Parcours de soin	22
2.3.	Son suivi en psychomotricité.....	24
2.3.1	Observations psychomotrices de Mme. D	24
2.3.2	Projet d'intervention en psychomotricité	25
2.3.3	Ma première rencontre avec Mme. D.....	26
3.	Un corps abandonné et désinvesti : l'expression d'une rupture entre le corps et la psyché.....	28
3.1.	Un axe fragile, un corps rigide et dépourvu d'appui... ..	28
3.2.	... mais alors : vers quoi s'agripper pour tenir ?	29
3.3.	La carapace tonique protectrice de Mme. D.....	31
4.	Evolution de la prise en soins de Mme. D	33
4.1.	L'ajustement du projet d'intervention en psychomotricité	33
4.2.	L'évolution des appuis, de l'axe et de la régulation tonique de Mme. D.....	34
4.3.	Une enveloppe corporelle intrusée et peu contenante qui se dévoile.....	36
5.	Réflexions et interrogations	37
PARTIE THÉORICO-CLINIQUE		
1.	Des conduites d'agrippement à l'intégration d'appuis internes et externes.....	39
1.1.	L'agrippement de Mme. D à ses sensations proprioceptives par son tonus élevé et ses représentations	39
1.2.	Être un appui pour l'autre dans la relation de soin.....	41
1.3.	Apporter des appuis dans le cadre du soin	44
2.	Du sol à la verticale : la dynamique entre l'appui, l'axe corporel et le tonus	45
2.1.	La marche de Mme. D : se replier sur soi pour se retrouver.....	45
2.2.	S'enrouler sur le sol, souffler, sentir son corps afin d'éprouver la solidité et la sécurité de ses appuis.....	47
2.3.	Percevoir son axe corporel et se redresser	49
3.	Une carapace tonique comme enveloppe tonique substitutive	52

3.1. Les fonctions de l'hypertonie selon Robert-Ouvray chez Mme. D.....	53
3.2. Une carapace tonique entravante, mais nécessaire pour se sentir dure et solide.....	54
3.3. La douleur : une enveloppe de souffrance.....	55
4. Pour ne pas conclure : Au-delà des appuis, de l'axe, du tonus et de l'enveloppe...le devenir sujet	56
Conclusion	59
BIBLIOGRAPHIE.....	
TABLE DES ANNEXES.....	

Lexique

ASPPI : Admission en Soins Psychiatriques en cas de Péril Imminent

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CIM : Classification Internationale des Maladies

CMP : Centre Médico-Psychologique

DSM : Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux

HDJ : Hôpital De Jour

IMV : Intoxication Médicamenteuse Volontaire

INTRODUCTION

Introduction

Au cours de ma troisième année de formation, je souhaitais effectuer un stage auprès d'adultes présentant des troubles psychiatriques. Les cours de psychiatrie dispensés durant ces trois années ont suscité chez moi un attrait et une curiosité. L'intrication entre le vécu corporel et la souffrance psychique m'a paru centrale, et la place du soin en psychomotricité s'est révélée à moi de façon évidente. J'ai ainsi débuté en octobre 2023 un stage au sein d'un Centre Médico-Psychologique pour adultes, dans lequel je me rendais chaque lundi.

Le sujet de mon mémoire a cheminé progressivement au cours d'une rencontre avec une patiente, que j'appellerai Mme. D. Son corps, ou son absence de corps ne m'a pas laissé indifférente. Sa manière de l'utiliser pour agir sur son environnement et être en relation s'est trouvée tout à fait singulière de tous les autres patients que j'ai rencontrés. Sa souffrance psychique, s'exprimant par un trouble dépressif persistant, semblait retentir massivement sur sa manière d'investir son corps, d'habiter l'espace, le temps, la relation ainsi que toutes les dimensions de sa vie. Sa posture repliée, contenue dans un recrutement tonique axial, pneumatique et périphérique, massif et non modulable, m'a largement interrogée. Le tonus a donc rapidement été au centre de sa prise en soins. L'évolution des séances m'a ensuite permis d'appréhender la fragile intégration de son axe corporel, son manque d'appui considérable mais surtout ses conduites d'agrippement omniprésentes à son tonus, certains flux sensoriels et à la relation. Son vécu corporel était douloureux, insécure, fragile, parfois étranger. Puis, l'instabilité de son état clinique durant la première partie de son suivi s'exprimait corporellement par ses difficultés d'organisation posturale, ses dysharmonies toniques et sa gestualité laborieuse. Cela m'a ainsi fréquemment donné l'impression qu'il n'existait pas de continuité corporelle unifiée. Toutefois, à cela perdure immuablement son tonus élevé. Ainsi, j'ai fait le choix d'utiliser le terme de carapace tonique pour signifier ses troubles toniques. Effectivement, elle correspond à l'image que ses états toniques m'ont renvoyée : une enveloppe dure qui la protège de l'extérieur, tout comme elle l'emmure.

Ainsi, en poursuivant ce suivi en autonomie, je me suis demandé comment l'accompagner à se réapproprier ce corps pour offrir à son psychisme un repère stable et identifiable. Que restaurer au sein de son corps propre pour que celui-ci puisse soutenir son psychisme ? Ce rapport étroit, entre le corps et le psychisme, a pris au cours de ce suivi tout son sens pour moi, et c'est au fur et à mesure de mes observations que cette problématique s'est profilée : **en quoi renforcer les appuis et la perception de l'axe corporel permettrait-il à une patiente adulte dépressive de désinvestir sa carapace tonique ?**

Je débiterai ce mémoire en apportant des éclairages théoriques sur les principaux concepts étayant ma problématique. En commençant par des éléments de définition du diagnostic du trouble dépressif persistant, son impact sur certaines fonctions psychomotrices, en lien avec celles observées chez Mme. D. Puis, je préciserai ce qu'est le tonus, la tonicité et le dialogue tonico-émotionnel, en développant notamment les diverses fonctions toniques. Cela m'amènera à aborder les troubles de la régulation tonique, notamment d'un recrutement tonique élevé que j'appelle la carapace tonique mais qui porte d'autres noms selon les auteurs. J'énoncerai les diverses fonctions de l'hypertonie, puis les caractéristiques et conséquences de ces états toniques permanents et non modulables. Enfin, je traiterai de l'axe corporel et de son développement, avant de terminer cette première partie sur les conduites d'agrippement et les concepts d'appui.

Par la suite, j'introduirai le contexte de mon lieu de stage et de ses modalités d'accompagnement, avant de présenter Mme. D au travers de ses parcours de vie et de soin. Je préciserai son profil psychomoteur et son projet d'intervention en psychomotricité. Puis, je présenterai mes observations et mes impressions recueillies lors de notre première rencontre, ainsi que certaines séances m'apparaissant intéressantes, afin de saisir le cheminement réflexif m'ayant conduit à cette problématique. J'aborderai ainsi, mes observations et questionnements, concernant la précarité de ses appuis et la fragilité de son axe corporel, ainsi que la fonction protectrice de sa carapace tonique. Je clôturerai cette partie en rendant compte de l'évolution de son suivi, en déterminant l'ajustement de mon projet d'intervention en psychomotricité, ainsi que ses évolutions cliniques et difficultés résiduelles, avant d'exposer l'ensemble de mes interrogations.

Enfin, la partie théorico-clinique permettra de discuter dans un premier temps, de ses potentielles conduites d'agrippement et des diverses sources d'appui déployées dans le dispositif de soins, mais aussi dans les expériences corporelles vécues. Puis, nous verrons comment ce cheminement, ainsi que ses difficultés d'ajustement tonico-postural m'ont amené à lui proposer de repartir du sol afin de ré-explore certains schèmes primaires. Ceci, pour qu'elle se redresse en se portant par elle-même, solide sur ses appuis et dans son axe corporel. A cela, s'articuleront les hypothèses au sujet de sa carapace tonique et les tentatives de compréhension de ses fonctions, ayant particulièrement ouvert aux réflexions quant à l'intégrité et la qualité de son enveloppe, et de ses limites corporelles. Enfin, je conclurai sur la finalité de ce travail qui a non seulement favorisé la régulation tonique de Mme. D, mais a également permis de déployer progressivement sa subjectivité.

PARTIE THÉORIQUE

1. Le trouble dépressif

1.1. Définition de la dépression

Afin de débiter cette partie théorique, définissons succinctement ce qu'est la dépression. En premier lieu, il s'agit d'un trouble mental courant. D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2023), la dépression se caractérise par une humeur dépressive ou une perte de la capacité à ressentir de l'intérêt ou du plaisir de façon permanente. La dépression constitue un important problème de santé public. D'après l'OMS (2023), 3,8 % de la population souffre de dépression dans le monde, dont 5 % sont des adultes et 5,7 % des personnes de plus de 60 ans, soit environ 280 millions de personnes. Il est important de noter que la dépression est deux fois plus courante chez la femme que chez l'homme. De plus, le suicide, conséquence majeure de la dépression, touche plus de 700 000 personnes chaque année et forme la quatrième cause de décès chez les 15-29 ans. Il est finalement nécessaire de différencier la dépression des changements d'humeur ordinaires au quotidien. En effet, les retentissements de la dépression sont larges et peuvent impacter tous les aspects de la vie, notamment sur les plans scolaire et socio-professionnel des individus.

L'humeur est définie par J. Delay (1946), cité par le Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine (Buffet et al., 2024) comme une : « disposition affective fondamentale, riche de toutes les instances émotionnelles et instinctives, qui donnent à chacun de nos états d'âme une tonalité agréable ou désagréable, oscillant entre les deux pôles extrêmes du plaisir et de la douleur. ». Actuellement, la thymie et l'humeur sont des synonymes, cependant, le mot thymie relève davantage du lexique médical. Le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM) 5, définit l'humeur comme une émotion durable et globale qui colorie notre manière de percevoir le monde (American psychiatric association, 2015). L'humeur, se différencie ainsi de l'affect, par sa composante émotionnelle moins fluctuante.

Nous allons, par la suite, appréhender une forme de dépression, classifiée de trouble dépressif persistant. En effet, la nosographie des troubles dépressifs est très large, et j'ai fait ici le choix de me focaliser uniquement sur celui diagnostiqué à la patiente de mon cas clinique.

1.2. Critère diagnostique du trouble dépressif persistant

Le trouble dépressif persistant décrit dans le DSM-5 (American psychiatric association, 2015) réunit les troubles définis dans le DSM-4 comme trouble dépressif majeur chronique et trouble dysthymique.

Tout d'abord, le premier critère de diagnostic concerne la présence d'une humeur dépressive quasiment toute la journée, plus d'un jour sur deux, signalée par la personne ou observée par les autres, pendant au moins deux ans. Selon Peretti (2013, p. 29) l'humeur dépressive caractérise une : « tristesse malgré soi (tristesse pathologique), une douleur morale lancinante, un pessimisme de soi et du monde, une perte de l'estime de soi, une autodévalorisation ».

Le second critère requiert la présence d'au moins deux des symptômes suivants : la perte d'appétit ou la présence d'hyperphagie, d'insomnie ou d'hypersomnie, une baisse d'énergie ou fatigue, une faible estime de soi, des difficultés à se concentrer ou à prendre des décisions, et un sentiment de perte d'espoir. Peretti note que : « le déprimé est bloqué dans un présent douloureux, sans possibilité d'envisager un futur, et où un refuge dans le passé est souvent compromis du fait de l'existence d'événements considérés comme honteux ou inavouables » (2013, p. 29). De plus, il précise que des symptômes anxieux sont souvent présents et ajoutent une dimension de catastrophe imminente, s'exprimant sous forme d'attaque de panique, de tension intérieure massive, accompagnées de ruminations permanentes.

Puis, le troisième critère précise que durant ces deux années, la personne n'a pas eu de période de plus de deux mois consécutifs sans présenter les symptômes des deux premiers critères. Par souci de pertinence, je fais le choix de ne pas présenter les critères diagnostics suivants.

Enfin, comme il a souvent été précisé dans le dossier de Mme. D, j'aimerais préciser le terme de trouble « anxiodépressif », ou trouble anxieux et dépressif mixte défini par la Classification Internationale des Maladies 11 (CIM-11). Il se caractérise par la concomitance pendant deux semaines ou plus, de symptômes anxieux et dépressifs, sans que certains ne s'imposent nettement sur les autres, ni que l'intensité des uns ou des autres ne puissent justifier la séparation des diagnostics (OMS, 2024).

1.3. Les particularités psychomotrices du trouble dépressif

La dépression est une pathologie psychiatrique qui touche massivement et durablement le corps. De ce fait, il me semble pertinent de présenter succinctement les conséquences de la dépression sur certains aspects remarquables du fonctionnement psychomoteur. Pour cela, je me suis appuyé sur les travaux de quatre psychomotriciens : Laurent Treillet, Nathalie Anneheim, Isabelle Siegrist et Morgane Ott (2022), ayant proposé une sémiologie psychomotrice à partir d'un bilan psychomoteur standardisé qu'ils ont développé, mais que je n'aborderai pas ici.

1.3.1 Le tonus

Tout d'abord, une hypertonie axiale et le caractère « fermé » de la posture sont fréquemment observés : « L'hypertonie de l'axe et des ceintures apparaît plus clairement lors des épreuves de déambulation avec une absence de ballant, un maintien de posture et la difficulté à déployer son axe » (Treillet et al., 2022, p. 83). L'adaptation tonico-posturale est pauvre. Enfin, le tonus d'action est souvent empreint d'une hypertonie limitant l'amplitude et la vitesse des mouvements. Lorsque les symptômes sont plus intenses, l'hypertonie posturale est relativement constante, contrastant avec un manque de tonicité remarquable dans la gestuelle du patient (Treillet et al., 2022).

1.3.2 La cénesthésie

Malgré une organisation cénesthésique efficiente, la perception reste limitée et hétérogène. Les sensations extéroceptives des membres inférieurs sont faiblement perçues, tandis que celles des membres supérieurs sont dans la norme. Puis, la difficulté de perception de leur état tonique renseigne sur une diminution de leurs ressentis proprioceptifs. Les sensations éprouvées sont généralement douloureuses, négatives, peu associées au plaisir, et touchent les grands systèmes physiologiques. De plus, les sensations indispensables au fonctionnement du corps comme l'appétit ou la fatigue sont altérées. Toutefois, la perception n'est pas perturbée sur le plan cognitif, permettant une prise de conscience de la perte de plaisir à certaines sensations. De plus, ces troubles évoluent selon l'intensité de la dépression. Finalement, ceux-ci sont liés aux perturbations du schéma corporel et au ralentissement moteur, limitant spécifiquement l'organisation gestuelle en altérant les mécanismes de retours sensoriels nécessaires à son adaptation (Treillet et al., 2022).

1.3.3 La motricité globale

Tout d'abord, une diminution de l'amplitude, un ralentissement et une perturbation de l'organisation temporelle du geste sont fréquemment présents. L'inhibition peut limiter les mouvements spontanés et leur expressivité. De manière générale, la motricité volontaire est coûteuse et nécessite un effort important pour perdurer dans le temps. Selon Peretti (2013, p. 30), le ralentissement psychomoteur est un indice de la sévérité de la dépression. Enfin, d'importants troubles de l'équilibre sont mis en évidence, accompagnés de réactions tonico-émotionnelles. Notons que les difficultés de rétrocontrôle proprioceptif, associées aux troubles du schéma corporel que nous allons aborder, limitent fortement l'ajustement postural (Treillet et al., 2022).

1.3.4 Les représentations du corps : le schéma corporel et l'image du corps

Concernant le schéma corporel, la somatognosie est souvent déficitaire, accompagnée de difficultés d'orientation spatiale. La conscience de soi est variable et la connaissance des fonctions des différentes parties du corps est préservée. Sur le plan relationnel, les capacités d'élaboration et de décentration sont efficaces. Cependant, cette conscience d'eux-mêmes relative est source de souffrance à la vue de la perception de leurs pertes. L'image du corps est altérée et fragile, marquée par la dévalorisation, la culpabilité et une faible estime de soi. Le corps perçu et vécu est souvent touché de douleurs diffuses, parfois d'une souffrance morale ayant des conséquences corporelles. Finalement, une anticipation négative aux épreuves et une sous-évaluation de leur capacité sont souvent retrouvées, engendrant un sentiment de renoncement, cela semble également plus largement limiter les projections futures des patients (Treillet et al., 2022).

1.3.5 L'expression émotionnelle

Tout d'abord, une diminution marquée de l'expression et de la réactivité émotionnelle spontanée sont présentes, tant au niveau postural que végétatif, ou des mimiques faciales :

La tristesse de fond dans le regard et le haut du visage domine et laisse peu de place à d'autres expressions. Les mouvements des mains et des bras qui accompagnent habituellement le discours sont rares et peu soutenus. La posture dominante exprime, elle aussi la tristesse avec un repli sur soi : les épaules et la tête sont légèrement inclinées vers l'avant, le regard est baissé et le sujet place couramment ses mains entre ses cuisses (Treillet et al., 2022, p. 251).

Peretti (2013) ajoute que le visage est souvent figé voire hypomimique, l'intensité de la voix est faible, peu audible, et la prosodie monotone. Les émotions davantage représentées sont la tristesse, la colère et la peur. Le faciès triste apparaît comme l'expression de base qui : « semble constituer un véritable carcan qui limite tous les mouvements et participe à l'inhibition du patient » (Treillet et al., 2022, p. 255). La persistance de ces émotions négatives fragilise le système émotionnel et les capacités adaptatives, communicatives et organisationnelles. La régulation émotionnelle est perturbée, et les patients se trouvent fréquemment envahis par des émotions qu'ils cherchent à éloigner, ce qui témoigne de leurs vécus douloureux (Treillet et al., 2022).

2. Le tonus musculaire

2.1. Définition du tonus et de la tonicité

« L'étude de la fonction tonique est fondamentale dans l'approche psychomotrice de l'individu en tant que toile de fond du mouvement et des postures mais également comme un des moyens d'expression des affects et des émotions » (Albaret & Feuillerat, 2018, p. 1).

Pour commencer, le terme de « tonus », provient du grec « tonos » signifiant une tension mécanique selon LeRobert (2023). En effet : « C'est un état de tension active, permanente, involontaire et variable dans son intensité en fonction des diverses actions syncinétiques ou réflexes qui l'augmentent ou l'inhibent » (Vulpian, 1874, cité par Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2012, p. 4). Selon Albaret et Feuillerat (2018), le tonus établit et illustre la notion d'unité entre la psyché et le corps. Effectivement, les zones cérébrales responsables des comportements moteurs et émotionnels produisent des influx nerveux qui s'associent et se coordonnent afin de générer un message nerveux unique vers un muscle par une voie finale commune, aux origines tant somatiques que psychiques. À la base de la motricité globale, le tonus assure également la communication verbale et non verbale. Effectivement, d'après S. B. Robert-Ouvray (2004), la tonicité, directement liée aux affects, constitue une source sensorielle de communication du sujet au travers de sa réalité tactile et visuelle. De ce fait, la tonicité d'autrui influence l'état affectif de son interlocuteur.

D'après Robert-Ouvray et Servant-Laval (2012), le tonus est une toile de fond à l'existence tant dans ses aspects fonctionnels que relationnels. Nous ne pouvons aborder le tonus sans évoquer la proprioception ou sensibilité profonde, qui signale au système nerveux central les états toniques, les mouvements et la position du corps. N'oublions pas Berthoz (1997), qui évoquait la proprioception comme le sens musculaire ou du corps dans l'espace. Il s'agit d'un flux sensoriel continu et inconscient, traversant les zones dures et molles du corps en mouvement ou immobile soumis à la pesanteur, afin d'en traiter les signaux. Précisons que Bullinger différencie la sensibilité profonde de la fonction proprioceptive, résultat de l'intégration de la coordination entre la sensibilité profonde intracorporelle et les signaux sensoriels externes (ABSM & Bullinger, 2022). Son rôle est fondamental dans l'ajustement postural, puisqu'il assure le contrôle du tonus et des positions de nos membres, contribuant à la connaissance du corps dans l'espace et à l'harmonie du tonus. De cette manière, le tonus lié à la proprioception, participe aux afférences sensorielles internes du corps, à la perception et donc à la conscience de soi. Ainsi, la contenance tonique permet le déploiement progressif d'une conscience d'être soi-même comme unité différenciée de son environnement. Puis, l'activité posturale apporte une conscience d'être dans un espace-temps singulier et défini. Enfin, l'ensemble des

perceptions et des actions du sujet enrichiront sa conscience d'être en mouvement voire en relation à l'autre, au détour d'une rencontre tonique (Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2012).

2.2. Les fonctions du tonus de fond, de soutien et d'action

Tout d'abord, le tonus de fond, également nommé tonus passif, basal ou de repos, a été défini comme : « la contraction minimale, ou l'état de légère excitation d'un muscle au repos » (Amiel-Tison, 2002; cité par Pireyre, 2015, p.13). Cet état de légère tension musculaire permanente et involontaire est présent lors du sommeil. Il est le lieu de l'inscription des émotions et de l'affectivité, de cette manière, il établit l'expressivité des mouvements qu'il soutient.

Le tonus de fond assure une fonction contenante, garant de la cohésion des différentes parties du corps, il soutient le sentiment d'unité et de différenciation (S. Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2012). Le terme de contenance est défini comme la « quantité de ce qu'un récipient peut contenir » (LeRobert, 2024). Ainsi, contenir peut s'entendre comme ce qui fait tenir dans certaines limites, ce qui amène la notion d'une distinction entre un intérieur d'un extérieur. En support de l'enveloppe peau, le tonus forme une véritable enveloppe tonique : « Cette contention, ou qualité de lien entre les différentes parties du corps, s'exprime en véritable « contenance » de soi-même, façon de se « (re)saisir » autour d'un centre et à l'intérieur de limites » (S. Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2012, p. 93).

Puis, le tonus de soutien, de posture ou d'attitude maintient les diverses mises en forme posturales et leur équilibre. Il dépend d'influences périphériques et centrales, résultant d'un équilibre entre l'action des muscles des plans postérieur et antérieur, liée à la pesanteur. Lié à l'éveil et la vigilance, il participe à réguler l'activité perceptive (S. Robert-Ouvray et A. Servant-Laval, 2012).

La fonction du tonus de soutien est liée à l'activité posturale. La posture correspond à : « la disposition relative des différents segments corporels et le maintien de cette organisation du corps dans l'espace » (S. Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2012, p. 95). Son activité dépend de l'intégration neurologique des signaux auditifs, visuels, proprioceptifs et vestibulaires, puis de leur traduction par une réponse musculaire maintenant la position. Son étymologie « ponere » signifie « poser » constituant un instant « posé » entre plusieurs séquences motrices. Elle désigne une manière de se tenir ou « d'être », de se comporter tant sur le plan psychique que corporel. Il s'agit de l'ensemble des ajustements posturaux ou des ébauches de mouvement liés aux réactions tonico-émotionnelles présentes dans la relation à l'environnement (S. Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2012).

Enfin, le tonus d'action est impliqué lors de la contraction musculaire volontaire afin de préparer puis soutenir le mouvement. Il est ainsi à la base de la motricité volontaire. Par rapport au tonus postural, il se caractérise par la contraction musculaire nommée « phasique », soit, celle générant le déroulement spatial du mouvement (S. Robert-Ouvray et A. Servant-Laval, 2012).

2.3. Le dialogue tonico-émotionnel

Le lien entre le tonus et l'état émotionnel est rencontré quotidiennement. Éprouver des émotions se traduit corporellement par des modulations toniques. Ainsi, le dialogue tonique constitue un moyen privilégié de transmission des émotions (Bachollet & Marcelli, 2010).

Selon J. de Ajuriaguerra (1977), cité par Bachollet & Marcelli (2010), le dialogue tonico-émotionnel représente le reflet des états émotionnels présents chez chacun des deux sujets en interaction, avec la possibilité qu'ils se transmettent de l'un à l'autre. Le dialogue tonico-émotionnel s'intéresse donc à la manière dont les émotions peuvent se partager entre deux sujets en relation. Précisons que l'émotion vient du latin « ex », signifiant en dehors et « movere », le mouvement, au sens où elle sort du sujet pour s'exprimer à l'extérieur. (Bachollet & Marcelli, 2010)

3. De l'hypertonie à la carapace tonique

3.1. Le rôle de l'hypertonie selon Robert-Ouvray

La tonicité, première limite entre le corps et le psychisme, composante physiologique répondant à des contraintes relationnelles : Robert-Ouvray (2004) définit six fonctions à l'hypertonie présente aux premiers âges de la vie. Précisons que le terme d'hypertonie est choisi ici afin de correspondre à la théorie de l'auteure, mais nous ne parlerons pas d'un trouble du tonus d'origine neurologique.

3.1.1 La fonction d'autoconservation

À la naissance, les réflexes archaïques sont des marqueurs des fonctions d'autoconservation de la tonicité primaire et des étapes fondamentales du développement. Par exemple, le réflexe de Moro est une réponse motrice face à une surstimulation sensorielle. Il génère un sursaut tonique et affectif, source d'une désorganisation par la perte du mouvement centripète inné, avant que l'enroulement soit retrouvé. Cette récupération secondaire signe la possibilité de se restructurer, se réparer en se recentrant suite à une stimulation dangereuse. Progressivement, l'activité motrice réflexe disparaît et devient volontaire, marquant une organisation, une coordination et une globalisation des schèmes

grâce à la régulation tonique neuromotrice, concomitante à l'équilibration tonique. Sur cette base motrice, le bébé pourra se redresser puis se relever.

3.1.2 La fonction de pare-excitation

Le pare-excitation a pour fonction de protéger l'organisme contre les excitations provenant du monde extérieur. Chez le bébé, le parent assure ce rôle. Toutefois, son hypertonie constitue un outil homologue renforçant l'action de son parent. Le bébé se trouve dans un état d'alerte permanent, il réagit à chaque stimulation interne ou externe en créant une gaine tonique réactive afin de s'en protéger. L'auteure parle d'une enveloppe tonique. Adulte, cette fonction pare-excitative comme moyen de défense archaïque s'inscrit dans la motricité à une intensité variable.

3.1.3 La fonction d'appétence

La tonicité du jeune enfant le met dans un état d'extrême réceptivité favorisant son intégration sensorielle. Soutenu par son enveloppe tonique, il développe une appétence soutenant sa curiosité et ses actions pour découvrir le monde, l'autre et lui-même. Cette sensibilité motrice permet un rassemblement des différents éléments du Moi. Ainsi, la tonicité du bébé aide à garantir son sentiment de continuité d'existence et participe à la durabilité de ses processus d'intégration.

3.1.4 La fonction normative

Tout d'abord, la tonicité primaire de l'enfant assure la sécurité des processus identificatoires et de communication avec son parent. À partir des réflexes et de l'hypertonie, le bébé réintroduit de manière tonique et fantasmatique des éléments de son corps dans celui de son parent, par des signaux visuels et proprioceptifs. Au gré de sa tonicité, organisant ses mouvements dans l'espace, il entre progressivement dans un code commun ou une norme humaine permettant à son parent d'interpréter ses signaux moteurs et émotionnels. Cependant, lorsque cette fonction normative ne parvient pas à s'assimiler, l'enfant rejette ses tensions et affects douloureux dans son enveloppe tonique. Celle-ci se rigidifie, perd en souplesse, en possibilité d'échange et d'identification.

3.1.5 La fonction de communication

Lorsque les relations sont satisfaisantes, le bébé comprend que son tonus forme une toile de fond à la communication avec l'autre : son bien-être s'exprime par une diminution de celui-ci tandis qu'un manque génère son recrutement. La communication tonique permet l'identification mutuelle de chacun des partenaires dans la relation. Son enveloppe tonique est sensible aux informations venant

de l'extérieur et aux états affectifs de son parent, mais également à ses propres états émotionnels et affectifs. Ainsi, cette alternance des ressentis participe à l'instauration d'un espace psychique, et donc, de limites entre soi et l'autre, entre le dedans et le dehors.

3.1.6 La fonction d'enveloppe tonique

Au travers de toutes ces fonctions, l'enveloppe tonique est une forme de prototype moteur d'une première enveloppe, d'un contenant psychique et physique. Elle est le résultat de la coordination des schèmes moteurs de base entre eux. Toutes les parties du corps sont rassemblées entre elles par une synthèse tonique et structurale. Sur cet étayage se réalise la synthèse des différentes parties du Moi, devenant un objet total et unifié. Le sentiment d'enveloppe tonique constituerait alors la genèse d'une première enveloppe psychique, s'unifiant au travers d'une enveloppe psychomotrice indifférenciée reposant sur quatre niveaux d'organisation : tonique, sensoriel, représentatif et affectif. L'hypertonie s'intègre et définit les limites entre le corps et le psychisme.

3.2. Un trouble de la régulation tonique : la carapace tonique

Nous allons maintenant nous intéresser aux conséquences d'une non-intégration de la fonction de contenance, essentielle à la construction de l'appareil psychique et du sentiment de continuité d'exister, au sens de Pireyre (2015a, p. 55) : « C'est une sorte de sécurité intérieure qui nous dit qu'à la seconde suivante, nous serons toujours là et toujours « le même » ». La carapace tonique correspond à un recrutement tonique omniprésent ayant des conséquences majeures sur le fonctionnement du sujet : « l'hypertonie ne devient pathogène que dans la mesure où elle ne peut pas se coupler et s'intégrer rythmiquement avec l'hypotonie de détente » (S. B. Robert-Ouvray, 2004, p. 178). Selon Potel (2021), la carapace tonique caractérise une forme de gel tonique, appauvrissant l'expression émotionnelle et rigidifiant le fonctionnement. Elle prend la forme d'une barrière protectrice contre les angoisses, apportant un sentiment d'apaisement sur le court terme.

Bick (1968), citée par Anzieu (1995) conceptualise la seconde peau musculaire. Au départ, les parties psychiques et corporelles du bébé sont indifférenciées, mais doivent être maintenues ensemble. La peau, agit tel un système passif et assure des limites périphériques. Le bébé doit introjecter un objet contenant l'ensemble de ses parties corporelles, afin d'assurer lui-même cette fonction pour différencier un dedans et un dehors, le soi et l'objet, chacun contenu à l'intérieur de sa propre peau. Lorsqu'il tète, le bébé fait la double expérience du mamelon contenu dans sa bouche, et de sa propre peau contenue par la peau de sa mère, sous toutes ses modalités sensorielles. Cette expérience originale de rassemblement participe à son sentiment d'être. À l'inverse, des états non

intégrés persistent et le bébé s'accroche à des sensations, ou des objets-sensations maintenant temporairement l'illusion d'un rassemblement. La seconde peau, protégeant des angoisses agonistiques primitives, a des origines musculaires comme un raidissement du corps, parfois motrices comme l'agitation, ou même intellectuelles. En effet : « Le mauvais fonctionnement de la « première peau » peut conduire le bébé à la formation d'une « seconde peau », prothèse substitutive, ersatz musculaire, qui remplace la dépendance normale vis-à-vis de l'objet contenant par une pseudo-indépendance » (Anzieu, 1995, p. 220).

Cette seconde peau n'est pas sans rappeler la cuirasse musculaire de caractère défini par Reich (1934-1945) cité par Valantin (1997). Les attitudes musculaires et caractérielles étayent des fonctions psychiques similaires, en particulier un rôle de protection. La cuirasse musculaire caractérise de nombreuses et permanentes réactions des muscles, permettant au sujet de lutter contre certaines émotions et sensations, comme l'angoisse, la colère et l'excitation : « L'armure transpose et se substitue à l'anatomie : elle donne un autre corps » (S. Valantin, 1997, p. 138).

Enfin, selon Bullinger (2015b), les variations toniques forment la face interne de l'enveloppe corporelle. Ses limites sont notamment déterminées par les stimuli sensoriels qui s'inscrivent sur la face externe. Cette face relève de l'inscription du sens donné aux interactions avec l'environnement par le dialogue tonique. Progressivement, les faces interne et externe constituent chaque côté de l'enveloppe et les représentations de l'organisme s'élaborent en ce que Bullinger nomme le corps. Lorsque certaines étapes de cette construction représentative sont omises, le tonus tente de contourner ce déficit. Les conduites d'agrippement sont fréquemment investies : « C'est un mode de se tenir debout qui ne suppose pas qu'une structure osseuse puisse, avec une mobilisation tonique de la masse musculaire, tenir le corps érigé » (Bullinger, 2015b, p. 9). Lorsque la constitution des frontières de l'organisme est altérée, le sujet déploie des conduites lui permettant de majorer une des composantes de son enveloppe corporelle. Si la face interne est privilégiée, la quasi-totalité des muscles se contractent et l'individu s'emmure dans une carapace musculaire, ayant pour rôle de le tenir. Ainsi, la face interne de l'enveloppe tente de compenser le faible équilibre entre les faces interne et externe. C'est ce qui est parfois nommé le moi muscle.

4. L'axe corporel

Nous allons désormais approfondir les fonctions toniques et posturales abordées précédemment, afin de les mettre en relation avec la construction de l'axe. Effectivement, la posture concerne de prime abord l'axe corporel, soit : « l'ensemble tête, thorax, bassin, à partir duquel s'engage la motricité distale qui, elle, engage les membres » (Lesage, 2021, p. 85).

L'axe corporel a d'abord été développé par Thomas et De Ajuriaguerra (1948) avant d'être repris par de nombreux auteurs sous divers noms mais dont le sens semble se rejoindre. Albaret parle notamment d'axe vertébral (Giromini et al., 2015), d'autres écrits évoquent un axe psychomoteur (S. B. Robert-Ouvray, 2007). Nous retiendrons dans ce mémoire le terme d'axe corporel qui m'apparaît être le plus explicite.

4.1. L'axe et l'axialité

Etymologiquement, « aks » signifie l'arbre, la ligne référente de toute structure assurant son équilibre statique et dynamique. On retrouve ainsi une notion de ligne organisatrice rassemblant les mouvements d'une structure. L'axe fait le lien et unifie le haut et le bas du corps (Lesage, 2012). Bullinger (2007b) souligne que l'axe constitue une construction sensible liée à une modulation tonique constante. L'axe corporel se différencie de l'axialité concernant la manière dont nous l'intégrons et le vécu qu'il soutient : « L'axialité devient alors cette disponibilité à l'espace et sa compréhension, non pas tant en termes de représentation abstraite que de potentialités de déploiement du geste et de sa présence » (Lesage, 2012, p. 18). Ainsi, l'axe organise les segments du corps et les articule ensemble dans un juste rapport, et l'axialité est un processus contribuant à structurer le corps dans l'espace au travers d'une construction tonique modulable. Lesage (2012) entend la construction de l'axialité tant dans ses aspects posturo-moteurs que comme un marqueur d'intégrité psychique. L'axe semble ainsi former une base sur laquelle s'étaye chaque sujet.

4.1.1 L'axe du point de vue fonctionnel

En anatomie, l'axe s'apparente à une ligne virtuelle partant du sommet du crâne jusqu'au centre du périnée. L'axe se construit en lien avec la maturation neurologique du tonus et est significativement différente de la colonne vertébrale : « L'intégration neurologique du rachis s'effectue vers une augmentation tonique de celui-ci et le rachis qui se durcit devient l'axe et le support du corps du bébé » (S. B. Robert-Ouvray, 2004, p. 168). Sa verticalité garantit un équilibre musculaire optimal, offrant une disponibilité au mouvement ainsi qu'une économie d'énergie (Lesage, 2012). La construction de l'axe corporel semble être la conséquence de l'équilibre entre les forces antigravitaires (Coman & H de Frahan Raulier, 2004). D'après S. B. Robert-Ouvray (2004), l'axe oriente le corps et le repère dans le temps et l'espace, par rapport aux objets et à autrui. Élément organisateur du corps, il fonde la loi corporelle : une séparation progressive des espaces entre l'avant et l'arrière, mais aussi entre la droite et la gauche du corps.

4.1.2 L'axe psychique

D'après Ponton (2012, p.54), l'axe corporel est directement lié au sentiment de sécurité interne. Pour se redresser, l'intégration de l'axe est fondamentale. En se mettant debout, le sujet prend des risques : celui de tomber, de se blesser. Ainsi, une certaine sécurité interne est nécessaire pour se verticaliser puis marcher. L'auteure rappelle que : « Pour renforcer une nouvelle compétence, nous allons souvent prendre appui dans la confiance de ce qui la précède ». Avoir un axe corporel, c'est effectivement se sentir solide et avoir conscience d'un arrière fond. Bullinger (2015a) définit l'arrière fond lorsque l'enfant maîtrise l'espace du buste, comme un sentiment de sécurité au niveau de l'espace arrière, particulièrement du dos. L'arrière fond permet au sujet de déployer des représentations de son dos en épaisseur, solide et fiable.

Enfin, la posture est un reflet de notre état psychique, synthétisant des données à la fois physiques, émotionnelles et anamnestiques : « La verticalité de l'axe diffère en fonction des habitudes posturales de chacun et de ses émotions » (Lobbé, 2019, p. 5). L'axe constitue un marqueur d'identité et d'indépendance permettant de se différencier d'autrui tout en revendiquant l'appartenance à l'espèce humaine au gré de la verticalisation (S. B. Robert-Ouvray, 2004).

4.2. Le développement de l'axe selon la théorie de Bullinger

D'après Bullinger (2007a), le bébé dispose à la naissance d'un répertoire de base formé par ses premières postures. A partir d'une posture symétrique, associée à son importante hypotonie axiale et son hypertonie périphérique, le redressement s'esquisse par une extension des muscles du dos, associée à la respiration, puis progresse vers les fléchisseurs. L'ajustement des muscles fléchisseurs et extenseurs, conjointement aux forces de gravité réalisent ensuite une équilibration entre l'avant et l'arrière. C'est ce que Bullinger considère comme un progressif haubanage du buste, soutenant le vécu d'un arrière fond solide et libérant la respiration de sa fonction tonique pneumatique.

Au fur et à mesure du redressement naissent les mouvements de rotation du tronc, provenant des postures asymétriques ou « d'escrimeur », offrant un meilleur contrôle de la tête. La courbure de la colonne vertébrale permet un appui sur l'ischion opposé au côté où la tête est tournée. Le redressement du buste est favorisé par l'augmentation du tonus axial, facilitant les changements de posture par une bascule latérale. Les appuis au niveau du bassin et la courbure de la colonne s'inversent, tout comme la répartition tonique entre les deux hémicorps. Ces oscillations latérales sont à la base de la rotation. L'enfant développe ainsi une dissociation entre ses ceintures pelvienne et

scapulaire grâce à l'action des musculatures croisées profondes et superficielles. La torsion générée par la rotation du haut du corps rigidifie le buste, ce qui estompe le tonus pneumatique.

La posture symétrique soutient la construction de l'espace oral, et l'asymétrie posturale privilégie l'orientation du bébé vers les objets. Toutes deux déterminent des espaces distincts droit et gauche. La bouche sert d'abord de relais pour passer un objet d'une main à l'autre, soit d'un espace à l'autre, avant que les rotations du buste en croisant l'axe médian réunissent les deux hémicorps et espaces en un seul unifié : l'espace de préhension. Enfin, lorsque le buste se redresse, des postures antagonistes contrôlent l'état d'équilibre qui est la posture de face. Ainsi, un haubanage latéral, assurant le contrôle des rotations du buste et des oscillations latérales, s'associe à celui d'avant en arrière. De cette manière, la respiration n'assure plus sa fonction tonique d'appui et l'axe corporel se crée, devenant un point d'appui pour les fonctions instrumentales du torse et des mains.

Finalement, Lesage (2021) complète la théorie de Bullinger (2007a), en ajoutant que la chaîne musculaire antéro-postérieure nourrit le schème du repoussé, impliquant une prise d'appui pour se redresser. Cela renforce le tonus axial ainsi que le sentiment de sécurité. La construction axiale semble donc permettre la mise en relation du bébé avec le monde dans les trois plans de l'espace : le plan sagittal permis par l'haubanage avant-arrière, le plan vertical par l'alternance des postures asymétriques, et enfin, le plan horizontal par l'accès aux torsions. Il ajoute que les groupes musculaires impliqués dans les différentes postures retrouvées chez l'adulte suivent une certaine logique biomécanique, qui les « posture » dans une dynamique d'expansion ou de repli. Cela sous-tend la singularité de leur manière d'être au monde, pouvant être plutôt en dedans ou en dehors.

5. S'appuyer ou s'agripper ?

Il y a quatre milliards d'années, la vie se développa dans l'océan à partir d'êtres unicellulaires entourés d'une première enveloppe de différenciation et organisés autour d'un noyau. Progressivement, des poissons se développèrent avec un axe de symétrie séparant deux polarités, une tête et une queue. Des os épais renforcèrent leurs nageoires afin de se hisser et se propulser. La résistance du sol trouvée dans leurs appuis permit la découverte du milieu terrestre. Cette histoire universelle est retrouvée chez tous les êtres humains. Nous nous développons à partir d'une cellule primitive dans un milieu aquatique, le liquide amniotique, avant que le corps ne s'organise autour d'un premier axe de symétrie, la chorde. A la naissance, nous découvrons les milieux terrestre et aérien. Nos premiers mouvements se déploient dans un sens de repliement-déploiement, tandis que nous éprouvons par l'agrippement la force de nos extrémités. Enfin, l'enfant posé sur le sol lui découvre sa résistance, qu'il

utilisera afin de se propulser vers l'avant, de se hisser vers le haut, puis de repousser dans toutes les directions de l'espace (Ponton, 2012).

5.1. Les appuis et supports

Tout d'abord, l'appui est défini comme : « Tout ce qui sert à maintenir quelque chose ou quelqu'un, à en assurer la solidité ou la stabilité », mais se rapporte aussi au : « Soutien, protection apportés par quelqu'un » (Larousse, s. d.-b). Nous voyons ainsi dans cette dernière définition que l'appui peut comporter une dimension relationnelle. Il peut ainsi être entendu d'une façon tant physique que psychique. À ce propos, le portage constitue une première source d'appui. De manière concise, le holding conceptualisé par Winnicott, vient de l'anglais et signifie soutenir, tenir, contenir (Winnicott et al., 1989). Il s'agit de la façon dont le parent porte, soutient et protège physiquement et psychiquement son bébé, le maintenant : « dans un état d'unité et de solidité » (Anzieu, 1995, p. 122). Celui-ci est à la base de son sentiment de continuité d'être. Quant au handling, ce concept décrit la manière dont le parent aborde et manipule le corps du bébé. Essentiel à la construction de l'individu, il est la source de : « l'habitation de la psyché dans le corps » (Lehmann, 2007, p. 16).

Puis, il m'apparaît important de distinguer les notions d'appui et d'ancrage, qui se définit selon le Larousse (s. d.) comme : « Action d'ancrer quelque chose, fait d'être ancré ; implantation, enracinement ». L'ancrage peut ainsi s'apparenter à la solidité et la statique d'une posture comme si les pieds, soutenant l'édifice corporel, sont enracinés dans le sol ; tandis que l'appui se rapporte davantage à la dynamique entre l'appui et le repoussé sur un support. D'ailleurs, le support d'après le Larousse (s. d.) représente une : « Pièce, élément qui soutient un objet posé dessus ».

Par la suite, d'abord éprouvé dans le portage, l'enfant perçoit au sol ses appuis osseux avant de les retrouver dans l'exploration de sa motricité. La réponse au support du sol permet de déployer un recrutement tonique antigravitaire, le développement de son tonus axial augmente tandis qu'il diminue en périphérie. Il sert progressivement d'appui pour l'organisation gestuelle tandis que la réduction du tonus périphérique assure une plus grande fluidité des mouvements (Lesage, 2021). En déposant son poids sur le sol, il se trouve dans une disponibilité tonique lui permettant d'organiser ses postures jusqu'au redressement (Lesage, 2021; Livoir-Petersen, 2011). Notons que la relation aux parents, support tant corporel que psychique, offre l'accès aux interactions avec un support et la gravité (Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2012). Selon Bullinger (2007), la régulation tonique nécessaire au développement postural s'appuie sur un état tonique fluctuant. Dans une perspective comportementale : le niveau de vigilance mobilisé en tout ou rien, les flux sensoriels, le milieu humain et les représentations sont les quatre sources de la régulation tonique. Concernant les flux sensoriels,

une variation survenant sans être reliée à un autre flux ou à la sensibilité profonde génère un recrutement tonique et augmente la vigilance. Les supports sensoriels participent à construire puis moduler les appuis toniques. Puis, le milieu humain, au travers du dialogue tonique, constitue une source sensorielle permettant la régulation tonique du bébé. Il s'appuie ainsi sur l'autre pour s'enraciner dans son milieu, qui étaye un rôle de support à sa mise en forme posturale au gré de son ajustement relationnel. Progressivement, émergeront des représentations, notamment des limites de son corps, relayant partiellement le dialogue tonique pour assurer sa régulation tonique. Finalement, son tonus postural se construit progressivement afin qu'il puisse se tenir et se porter seul (Lesage, 2021; Livoir-Petersen, 2011).

Nous sommes effectivement dépendants durant l'ensemble de notre vie aux diverses sources d'appui présentes dans notre milieu physique telles que les flux sensoriels et humains, ainsi qu'aux traces laissées par l'ensemble de ces expériences, sous formes de représentations. Livoir-Peterson (2022) reprend les travaux de Bullinger et nous propose de réfléchir sur les appuis et l'agrippement. Précisons par avance que Bullinger distingue l'organisme, objet matériel du milieu : « à considérer comme un objet du milieu biologique et physique » (Bullinger, 2007b, p. 23) ; du corps, définissant la représentation et ainsi la connaissance que le sujet a de son organisme.

L'appui se définit par Bullinger comme un élément organisateur du tonus, en rapport avec les besoins d'une situation donnée. L'appui peut correspondre à une représentation, un objet du milieu, un flux sensoriel, particulièrement ceux associés aux relations interpersonnelles. Ils deviennent un appui lorsqu'ils génèrent des liaisons sensori-toniques, modifiant durablement le comportement de façon instrumentale. Une interaction régulière et stable entre l'organisme et le milieu permet le déploiement des représentations. L'instrumentation, au sens de Bullinger (2007) représente la construction progressive de la subjectivité. C'est-à-dire, la manière de s'approprier son organisme, les objets physiques et sociaux de son milieu, pour les utiliser comme des outils et orienter ses activités. Ainsi, la fonction d'appui d'un flux disparaît lorsque les représentations de soi deviennent stables : « On dit qu'on « se retrouve » après avoir été « perdu » » (Livoir-Petersen, 2022, p. 20). Il s'agit particulièrement du milieu humain qui : « facilitent cette bascule – progressive, incomplète, relative, inégale d'un enfant à l'autre – de la fonction d'appui des sources sensorielles vers leurs représentations, et en particulier vers la représentation de cette source sensorielle qu'est l'organisme : le corps » (Livoir-Petersen, 2011, p. 14).

5.2. Les agrippements, comme défaut d'appui

En premier lieu, les agrippements correspondent à des comportements adaptatifs générés par des appuis insuffisants. Leur principale fonction consiste à produire des signaux toniques et sensoriels assurant le maintien d'une attitude adaptée, d'une conduite donnée. Ainsi, ils assurent et maintiennent une contenance suffisante grâce aux signaux sensoriels produits, permettant au sujet de se sentir exister et unifié, de pouvoir modifier son état tonique et de ressentir ses limites corporelles. Chacun de nous présentons des agrippements discrets et socialisés, qui nous aident quotidiennement (Livoir-Petersen, 2022). Ainsi, le recours aux agrippements semble permettre de lutter contre un sentiment d'insécurité. En effet, des travaux d'éthologie montrent qu'en réaction à un signal dangereux, les bébés singes se cramponnent à leur mère. Nemes (2007) aborde la théorie de l'agrippement d'Hermann (1936, cité par Nemes, 2007) qui conçoit que la pulsion d'agrippement est instinctive chez le jeune enfant. S'il se sent en insécurité, il cherchera à se rapprocher de sa figure de sécurité et tentera de s'y cramponner pour se sentir protégé. De ce fait, il apparaît que l'agrippement présente une dimension tonico-émotionnelle.

Les agrippements peuvent être à la fois physiques et psychiques : du recours systématique aux représentations, à des comportements répétitifs et stéréotypés, au détournement du fonctionnement des viscères ou de l'appareil ostéo-musculaire, ainsi qu'à l'attachement à certains modes d'interactions sociales favorisés ou complètement évités. Habituellement discrets voire transitoires, ces agrippements peuvent s'installer durablement à tout âge de la vie. Ceux-ci deviennent envahissants, occupant toute l'énergie du sujet et parasitant ses conduites. Le développement global, tant dans ses aspects fonctionnels, qu'émotionnels et sociaux, est considérablement impacté. Les conduites d'agrippement utilisent des schèmes sensori-moteurs similaires aux conduites instrumentales. Cependant, ceux-ci peuvent se moduler et s'adapter, tandis que, dans les agrippements, les stimuli sensoriels ne renforcent que le tonus, sans considération de l'espace et des propriétés sensorielles de l'objet saisi. Ils doivent nécessairement être entendus et compris comme des ressources contribuant à maintenir transitoirement une régulation tonique adaptée afin de répondre à une exigence de l'environnement. En d'autres termes, ils évitent que le sujet se désorganise (Livoir-Petersen, 2022). Enfin, les conduites d'agrippement tonico-postural apparaissent lorsque le sujet ne peut se laisser déposer car le support fait défaut. Elles permettent de lutter contre l'effondrement et assure un sentiment de continuité d'existence. Cependant, celui-ci ne peut se déployer pleinement et l'existence demeure figé, de la même manière que les activités instrumentales (Lesage, 2021).

PARTIE CLINIQUE

1. Présentation de mon lieu de stage : un Centre Médico-Psychologique pour adultes

Je réalise mon stage de troisième année de formation au sein d'un Centre Médico-Psychologique (CMP), une structure extra-hospitalière de consultation et de soin ambulatoire. Rattaché au pôle de psychiatrie générale d'un centre hospitalier, il s'inscrit dans le processus de la sectorisation, c'est-à-dire que les soins sont dédiés à une population venant d'un territoire déterminé. Pilier de l'offre publique de soins, ce type de structure assure un travail de liaison, d'orientation et de coordination entre l'intra-hospitalier, d'autres unités extra-hospitalières et l'ensemble des acteurs impliqués dans le parcours de vie et de soin du patient. Le CMP assure des missions d'évaluation, de diagnostic, de soin, et de prévention des troubles psychiatriques. Les patients peuvent être adressés par leur médecin traitant, ou venir de leur propre initiative. De plus, les soins dispensés sont accessibles sans contrepartie financière pour toute personne à partir de 16 ans, puisqu'ils sont majoritairement financés par la Sécurité Sociale. Il fonctionne en soin libre dans la plupart des cas, c'est-à-dire avec le consentement du patient, le projet de soins est ainsi co-construit avec lui.

Cette structure accueille des patients adultes présentant principalement des troubles de l'humeur d'intensité variable, des troubles sévères et chroniques comme des schizophrénies, des troubles du spectre autistique, des bipolarités ou des dépressions, mais aussi des troubles réactionnels ou de l'adaptation. Localisé dans un quartier défavorisé, il accueille majoritairement une population d'origine étrangère, dont les contextes de précarité sociale et économique, d'isolement ou de parcours migratoire majorent les souffrances psychiques.

Le CMP propose également des groupes thérapeutiques relevant du dispositif de soin du Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP), délocalisé au sein de cette structure car il est rattaché à un autre CMP du secteur. Ce CATTP présente des missions de soin et de maintien des liens sociaux au sein de modalités groupales, ayant pour objectif d'éviter l'isolement et la perte des capacités relationnelles, affectives ou cognitives des patients, de manière à maintenir leur autonomie.

1.1. L'équipe pluridisciplinaire du CMP

L'équipe est pluridisciplinaire, permettant des possibilités de prise en charge riches, et une complémentarité des regards. Une réunion hebdomadaire a lieu avec tous les acteurs du soin.

L'équipe est composée de deux médecins psychiatres, dont le responsable du CMP ayant un rôle de décision, il assure la coordination dans l'équipe et avec le service d'hospitalisation. Les deux médecins psychiatres reçoivent les patients et étudient la demande de soin. Ils réalisent une évaluation

diagnostique et peuvent instaurer un traitement médicamenteux. Ils réalisent l'ensemble des prescriptions pour des soins paramédicaux et effectuent des suivis, généralement mensuels. Puis, un cadre de santé organise les emplois du temps, assure la coordination entre l'équipe soignante, les médecins et l'administration hospitalière. Également, une secrétaire médicale accueille les patients, oriente les premières demandes puis prend les rendez-vous. Elle traite et coordonne aussi les informations médico-administratives. De plus, une assistante sociale conseille, oriente et aide les patients dans leurs démarches. Elle assure une coordination avec les services nécessaires pour toute mesure d'action sociale. L'équipe se compose également de deux infirmières qui participent à l'évaluation, l'orientation, la mise en œuvre et l'évaluation des projets de soins. Elles assurent l'observance des traitements et participent à l'accompagnement des patients en suivi individuel ou groupal. Puis, deux psychologues assurent des consultations individuelles de psychothérapie, adaptées à chaque patient. Enfin, une psychomotricienne reçoit des patients en séance individuelle ou groupale sur prescription d'un médecin psychiatre : elle réalise des bilans psychomoteurs de manière à évaluer si un suivi en psychomotricité est nécessaire. Lorsque c'est le cas, un projet d'intervention est élaboré, définissant les objectifs de soin et les modalités de mise en œuvre, en discussion avec le médecin psychiatre.

1.2. Intervention de la psychomotricienne au CMP

La psychomotricienne est présente au CMP deux jours par semaine. Elle travaille le reste de la semaine en intra-hospitalier. Étant la seule psychomotricienne de tout l'hôpital sur le pôle adulte, elle reçoit donc au CMP des indications pour des patients venant d'autres structures extra-hospitalières du secteur pour un suivi en psychomotricité. Les indications sont réalisées par les médecins psychiatres, mais les orientations peuvent également provenir des infirmiers et psychologues présents sur l'extra-hospitalier, et discutées en équipe pluridisciplinaire.

1.3. Ma place de stagiaire

Mon stage clinique se déroule une journée par semaine, le lundi, et a débuté au mois d'octobre 2023. En arrivant, j'ai d'abord pris le temps de découvrir le fonctionnement institutionnel et de l'équipe, d'identifier le rôle et les missions de chacun. En effet, la structure est composée de trois équipes en fonction du pôle enfant, adolescent et adulte. J'ai accompagné ma tutrice sur quatre suivis individuels et un groupe thérapeutique nommé « Corps en Accord », relevant du dispositif de soin du CATTP. J'ai tout d'abord pris une position active d'observatrice, dans laquelle j'interagissais peu lors des temps d'échanges verbaux des débuts de séances, mais où je participais avec le patient lors des temps d'expérimentations corporelles. En discussion avec ma tutrice, nous avons convenu qu'il serait plus

judicieux de m'introduire progressivement dans leur séance, afin que les patients me rencontrent et s'habituent à ma présence en douceur. L'objectif étant aussi de ne pas trop être en retrait pour que nous puissions conduire certaines séances ensemble. Ma tutrice m'a laissé davantage de liberté au fur et à mesure de la progression de mon stage, dans l'interaction avec les patients, puis, pour mener la moitié des séances dans lesquelles elle se positionnait comme observatrice. Elle me faisait, après chaque séance, un retour sur ce que je proposais. Elle m'a finalement demandé d'assurer trois suivis en autonomie, dont deux avec des patientes que nous voyions ensemble, et le troisième s'agissant d'une nouvelle indication, sous sa supervision. Pour la plupart de mes suivis, ma tutrice n'intervenait plus que ponctuellement en début de séance lors du temps d'échange afin de maintenir un lien avec les patients.

Par la suite, ma tutrice a été en arrêt de travail durant deux mois, pendant lesquels la modalité de mon stage a changé. En référence, supervisée par la psychomotricienne du pôle enfant, j'ai poursuivi en autonomie les suivis jusqu'à son retour. Les trois équipes pluridisciplinaires ont été d'un véritable soutien et m'ont permis de poursuivre ce stage de manière sereine. Durant cette période, le lien avec les autres professionnels s'est renforcé, et j'ai eu l'occasion de participer à plusieurs réunions pluridisciplinaires, ainsi qu'une supervision, afin d'exposer les situations dans lesquelles je rencontrais des difficultés.

2. Cas clinique : Présentation de Mme. D

2.1. Parcours de vie

La patiente que j'ai choisie pour ce cas clinique s'appellera Mme. D. Je vais d'abord présenter les principaux éléments de ses parcours de soin et de vie, avec les informations que j'ai trouvées dans son dossier médical ou qui m'ont été relatées par la patiente elle-même. Je souhaite en amont préciser le caractère discontinu et incomplet de son parcours de soin. De plus, les informations figurant dans son dossier médical au sujet de ses diagnostics sont nombreuses et différentes.

Pour commencer, Mme. D est une femme âgée de 57 ans. Née d'une famille catholique très croyante, elle a souffert de liens conflictuels avec sa sœur dans un climat de grande jalousie, ainsi qu'avec sa mère qu'elle décrit comme maltraitante et dévalorisante depuis son plus jeune âge. Elle parle peu de son père, elle le décrit positivement, mais dit que sa mère a toujours entravé leur lien. Elle n'a aucun souvenir de son enfance avant ses dix ans, âge où Mme. D s'est fait renverser par une voiture, entraînant un traumatisme crânien ainsi qu'une splénectomie. Elle aurait également subi des violences

sexuelles à plusieurs reprises, sans précision supplémentaire. Mme D. témoigne qu'elle s'est toujours sentie insuffisante, annulée, et se retrouve souvent à cette place.

Mme. D a un fils unique qu'elle a élevé seule puisqu'elle s'est séparée de son père lorsqu'il avait quatre ans, dans un contexte de violence conjugale. Elle décrit leur relation comme fusionnelle et ils ont habité ensuite tous les deux jusqu'à ses 25 ans. Il a désormais une compagne et Mme. D a eu beaucoup de mal à l'accepter, réactivant de manière massive des vécus abandonniques selon son ancien psychiatre. Elle a ensuite entrepris plusieurs aventures avec des hommes la plupart du temps violents. Elle vit actuellement seule, elle a quelques amies mais apparaît très isolée. Mme. D était une personne active qui aimait marcher, faire du vélo, danser. Aujourd'hui, elle a perdu tout élan vital et ne pratique plus aucune activité. Elle a aussi un chien, dans son discours, il est d'une certaine manière « personnifié », et il semble être sa seule compagnie et occupation quotidienne.

Sur le plan professionnel, Mme. D est gestionnaire administrative au Service Médical de Police, mais est actuellement en arrêt de travail depuis juin 2022, dans le cadre d'un burn-out pour harcèlement de la part de sa hiérarchie, qui semble remonter à plus de 11 ans. En effet, son dossier médical retrace qu'en 2011, Mme. D était déjà très inquiète pour sa situation financière comme c'est encore actuellement le cas, et souffrait de ses relations professionnelles particulièrement conflictuelles, le terme d'harcèlement y figurait déjà.

2.2. Parcours de soin

Mme. D souffre d'un trouble dépressif persistant diagnostiqué en 2011. La probabilité d'un diagnostic de trouble de la personnalité a été évoquée de nombreuses fois dans son dossier par différents psychiatres sans consensus obtenu (parfois borderline ou histrionique). De ce fait, j'ai interrogé son psychiatre actuel et selon lui, elle présente un trouble de la personnalité borderline. Il ne souhaite cependant pas lui annoncer car il considère que lui rajouter un diagnostic l'enfermerait davantage et ne participerait pas à stabiliser son humeur. Il ne figure donc pas dans son dossier. Les comptes-rendus des divers entretiens psychiatriques réalisés évoquent fréquemment un biais persécutoire, une tendance au théâtralisme, à la victimisation et à la projection. Toutefois, il est systématiquement précisé que son trouble dépressif se présente sans caractéristique psychotique, ce qui m'a questionnée. De ce fait, son psychiatre actuel m'a expliqué que ses caractéristiques psychotiques sont à bas bruit et fluctuantes dans le temps, et ainsi, insuffisantes pour être diagnostiquées. De même, selon ses psychiatres, qui ont beaucoup changé tout au long de son parcours au CMP, il a parfois été mentionné le terme de « trouble anxiodépressif récurrent ». Un suivi mensuel dans son CMP de secteur a débuté en 2011 suite aux conseils de son médecin traitant, avec un psychiatre durant deux

ans, puis s'est arrêté car elle a rompu le contact. En 2012, Mme. D a été hospitalisée dans un contexte d'Admissions en Soins Psychiatriques en cas de Péril Imminent (ASPPI) pour idéations suicidaires avec menace de passage à l'acte. Avant cela, de nombreuses tentatives de suicide ont été évoquées par Mme. D, sans passage aux urgences lorsque son fils était en bas âge. Son suivi en CMP a repris suite à une nouvelle tentative de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire (IMV) en 2014. Enfin, elle a renouvelé une tentative de suicide par IMV en 2022 suivie d'un mois d'hospitalisation.

Mme. D présente également des antécédents d'une rupture d'anévrisme carotidien dans l'hémisphère cérébral droit, opérée en 2001 et suivie de quatre ans de rééducation. Elle présentait une hémiparésie de l'hémicorps gauche qu'elle a aujourd'hui récupéré selon la patiente. Malgré plusieurs sollicitations, Mme. D n'a pu nous transmettre ses comptes-rendus neurologiques. Cependant, elle se plaint encore de troubles sensoriels et moteurs sur son hémicorps gauche lorsque sa thymie est basse, un psychiatre évoque dans son dossier une symptomatologie convertive. Enfin, Mme. D souffre également de douleurs chroniques rhumatismales, elle a d'ailleurs été opérée en avril 2009 pour une hernie discale étant à l'origine de douleurs résiduelles.

Mme. D est actuellement suivie dans son CMP de secteur, à raison d'un entretien médico-infirmier trimestriel et d'un entretien infirmier mensuel. L'infirmière suivant Mme. D a été à l'origine de son orientation vers le CMP dans lequel je suis en stage pour un suivi en psychomotricité, ayant débuté au mois de mai 2023. Mme. D est également suivie en Hôpital De Jour (HDJ), depuis deux ans sur deux demi-journées, dans lequel elle bénéficie d'un suivi psychologique et d'un groupe thérapeutique. Au sein du groupe, il était proposé à Mme. D des activités musicales, créatives, et des sorties à l'extérieur à visées sportives ou culturelles. Elle a ensuite intégré en janvier 2023 un nouveau groupe thérapeutique autour de la médiation du psychodrame qu'elle investit considérablement et dont les retours sur son évolution sont positifs.

Finalement, son traitement est composé d'un antidépresseur : un inhibiteur non sélectif de la recapture de la monoamine, d'un antipsychotique neuroleptique de première génération utilisé pour son action sédatrice ainsi que ses effets anxiolytiques, et d'un antipsychotique prescrit pour certaines formes de schizophrénies et troubles bipolaires. Son psychiatre actuel m'a expliqué que ce dernier antipsychotique est utilisé à des fins de gestion de ses émotions, dans la visée de stabiliser ses variations émotionnelles.

2.3. Son suivi en psychomotricité

Mme D. a été orientée en psychomotricité en raison de ses tensions et douleurs importantes, son anxiété et sa faible estime d'elle-même. Sa demande concerne la réduction de ses douleurs et de son anxiété. Ma tutrice a réalisé un bilan psychomoteur d'observation, au regard de l'anxiété massive de Mme. D à débiter le suivi, mais aussi de son état ne lui assurant pas la disponibilité nécessaire à une évaluation plus standardisée. Ma tutrice a jugé que cela l'aurait mise en difficulté, ce qui aurait possiblement empêché le déploiement de l'alliance thérapeutique. Je présenterai ainsi les observations psychomotrices de Mme. D lors de ses premières séances et son projet de soin.

2.3.1 Observations psychomotrices de Mme. D

Tout d'abord, Mme. D investit particulièrement la sphère verbale lors de l'entretien et peut se raconter facilement mais avec lenteur, en évoquant son histoire avec émotions. Elle présente un ralentissement psychomoteur global, caractérisé par une bradypsychie ainsi qu'une faible mise en mouvement. Sa gestualité est pauvre et laborieuse. Son expressivité corporelle, soit son langage non-verbal et particulièrement ses mimiques faciales sont limitées. Mme. D présente un repli majeur sur elle-même, qui se traduit corporellement dans sa manière d'utiliser son corps pour être en lien et agir sur son environnement.

D'importantes dysharmonies toniques sont remarquables, avec un bas du corps plutôt hypotonique, souvent à risque d'effondrement. En effet, elle a régulièrement pu exprimer le sentiment que « *ses jambes vont lâcher* », pouvant l'amener à chuter. A l'inverse, elle présente une hypertonie segmentaire, pneumatique et axiale dans le haut du corps, principalement au niveau de ses épaules. Des paratonies réactionnelles entravent la maîtrise du relâchement musculaire volontaire. Enfin, elle supporte bien le toucher et s'apaise progressivement avec cet étayage.

Mme. D est droitier, elle investit peu son hémicorps gauche, elle dit fréquemment qu'il « *ne fonctionne pas bien* » lorsque son moral est bas. Les coordinations dynamiques générales et les dissociations sont très empêchées car Mme. D a beaucoup de mal à percevoir la globalité de son corps. Il y a peu de cohérence entre le haut et le bas, la droite et la gauche, empêchant une organisation tonique et posturale harmonieuse, ainsi qu'une aisance gestuelle suffisante. Son équilibre dynamique est précaire avec peu d'ajustement postural et une importante rigidité axiale.

Au niveau de son schéma corporel, Mme. D connaît les différentes parties de son corps, sa somatognosie est préservée mais leur intégration semble plus fragile au regard de son important

désinvestissement corporel. Le dessin du corps indique des limites corporelles insuffisamment contenant ainsi qu'une enveloppe intrusée par de nombreuses opérations chirurgicales. Elle présente des difficultés majeures à identifier et nommer ses sensations, ainsi qu'une faible perception proprioceptive. Au niveau de son image du corps, Mme. D se dévalorise et se culpabilise excessivement, elle se dit « *mal foutue, pas jolie* ». Elle l'associe systématiquement au regard que sa mère a pu poser sur elle : « *je me vois dans les yeux de ma mère* ». Son estime d'elle-même est particulièrement dévaluée. Enfin, sur le plan cognitif, Mme. D garde des séquelles de sa rupture d'anévrisme comme des troubles mnésiques et une désorientation spatio-temporelle importante.

2.3.2 Projet d'intervention en psychomotricité

Le premier objectif du projet d'intervention en psychomotricité élaboré par ma tutrice concerne la diminution de ses tensions musculaires et l'atteinte d'un état d'apaisement sur les plans tonique et émotionnel. Ceci, en favorisant une régulation tonico-émotionnelle progressive au moyen de techniques respiratoires, de touchers thérapeutiques et de relaxations sur une base d'imagerie mentale au travers d'inductions verbales. Puis, de diminuer son attitude de repli en renforçant son sentiment de solidité par une plus grande conscience de ses appuis et un meilleur investissement de son corps dans l'espace. Ceci, en soutenant la perception et l'intégration de ses sensations intéroceptives, extéroceptives et proprioceptives. Puis, au moyen de jeux en imitation, de mises en mouvement au sol et au travers de déplacements dans l'espace de la salle.

Depuis, le mois de mai, à l'issue du bilan psychomoteur, la psychomotricienne a proposé un suivi hebdomadaire de 45 minutes tous les lundis matin, permettant de lui offrir un cadre spatio-temporel stable. Les séances s'organisent autour de trois temps ritualisés : un premier plutôt libre d'expression verbale concernant l'état général de Mme. D. Ma tutrice l'incite à retrouver de l'élan vital, en recherchant du plaisir et de l'envie dans de nouvelles activités, ainsi que des pensées positives, en évitant ou relativisant les thématiques de persécution, de culpabilisation ou de dévalorisation. Ce temps est particulièrement investi par la patiente et il est parfois nécessaire de le limiter. Puis, un temps de mise en mouvement dans l'espace et d'expériences corporelles variées. Les fins de séance étant plutôt consacrées à de la relaxation.

Cependant, ma tutrice se questionne sur l'évolution de Mme. D. En effet, son état et sa disponibilité psychocorporelle très variables d'une séance à l'autre semblent limiter l'inscription et l'intégration de ses expériences corporelles vécues en séances.

2.3.3 Ma première rencontre avec Mme. D

Je vais maintenant présenter ma rencontre avec Mme. D. Je tiens tout d'abord à préciser que Mme. D a été la première patiente que j'ai rencontrée lors de mon premier jour de stage, ce qui m'a d'autant plus marquée.

Nous allons chercher avec ma tutrice Mme. D qui attendait assise sur une chaise, devant la porte de la salle de psychomotricité. La psychomotricienne ouvre la porte en premier, Mme. D ne me voit donc pas directement. Je découvre une femme élégante, petite et mince, apprêtée et coiffée avec tenue. Cependant, sa présentation particulièrement soignée contraste avec ses traits effacés, ses yeux cernés et son teint pâle. Mme. D se lève doucement de sa chaise, avec légèreté et précaution. Je suis d'emblée frappée par un manque d'élan considérable dans sa manière de se mouvoir. Je m'approche et nos regards se rencontrent pour la première fois. Je m'adresse à elle à mon tour en me présentant. À cet instant, Mme. D me regarde intensément, mais aucune expression sur son visage ne me permet d'y associer une émotion. Son visage figé et ses yeux transperçant m'amènent à me questionner sur la possibilité que ma présence puisse l'inquiéter. Puis, Mme. D me sourit timidement, avant de se couper de mon regard en abaissant son visage en direction du sol, et nous rentrons toutes les trois dans la salle.

Mme. D s'installe spontanément sur une chaise face à la psychomotricienne au bureau, qui se trouve le long d'un mur près de la porte de la salle. Ce temps ritualisé lui semble être intégré. Ma tutrice a demandé à ce que je me trouve plus à l'écart dans un premier temps, sur une chaise derrière elle, afin de ne pas risquer que ma présence soit intrusive ou perturbante. Mme. D raconte l'ensemble des difficultés qu'elle rencontre actuellement. Au fur et à mesure que je l'écoute, elle me donne l'impression d'être désespérée. Son élocution est ralentie, avec une intonation basse et monotone. Je perçois des manifestations corporelles semblant exprimer son anxiété. Effectivement, sa voix est progressivement entrecoupée par sa respiration thoracique et saccadée, qui semble s'accélérer. Puis, son discours tend à se désorganiser au regard de ses difficultés mnésiques et de repérage temporel. Concernant sa posture, Mme. D est immobile et m'apparaît figée, aucun mouvement n'accompagne son langage verbal. Je remarque également une attitude de repli sur elle-même : ses bras se rejoignent sous la table, ses mains se maintiennent et ses doigts se tortillent, ses épaules sont relevées et orientées vers l'avant au regard d'un important recrutement tonique axial et périphérique. Ses jambes se rejoignent et s'accolent, ses pieds sont tendus en flexion plantaire où seuls ses orteils sont en appui sur le sol. Son regard tend à se perdre dans l'espace de la salle, ne sachant où se fixer. Je remarque

qu'elle ne me regardera pas une seule fois durant tout ce premier temps, et que moi-même, je serai très mal à l'aise de poser mon regard sur elle, du fait d'une impression majeure de « l'intruser. »

Mme. D énonce les raisons de son angoisse massive, portant principalement sur ses difficultés financières et sa détresse administrative. Je remarque que son discours est désespéré mais interprétatif. En effet, celui-ci m'apparaît inflexible et manque de cohérence globale. Ma tutrice accueille son discours avec contenance et bienveillance, elle la soutient par son regard et sa prosodie calme et apaisante. Elle tente de transformer le contenu de ses propos en lui offrant un autre point de vue et en lui rappelant ses ressources existantes. Elle la ramène aussi à son corps et ses sensations, en la questionnant sur ses éprouvés corporels. La patiente dit être très douloureuse. Mme. D parle ensuite spontanément de sa mère, ma tutrice rebondit et m'inclut en lui proposant de m'expliquer le contexte de sa situation familiale : c'est alors que Mme. D s'adresse à moi pour la première fois, en me confiant un des éléments apparaissant être des plus douloureux de son histoire. À cet instant, la détresse émotionnelle de Mme. D semble avoir une inscription corporelle importante : des larmes s'écoulent en silence le long de ses joues et elle s'en excuse, elle resserre ses bras le long de son corps et ses mains entre elles, les seuls mouvements perceptibles sont ceux de ses extrémités distales, aux niveaux de ses doigts et ses orteils. Ses réactions de prestance sont remarquables. Le regard dans le vide, sa voix devient quasiment inaudible et son débit verbal de plus en plus irrégulier. Lentement, elle livre des éléments de son histoire en laissant entre chaque, un laps de temps me faisant vivre un vide sidérant, rempli par sa souffrance qu'elle tente de dissimuler. C'est comme si chaque mot exprimé ravivait de nouveau sa douleur, qui ne semble jamais s'être apaisée. Elle témoigne alors de l'accident qu'elle a eu à ses dix ans, lorsqu'elle s'est fait renverser par une voiture. Peu de temps après, leur chien perd la vie dans les mêmes circonstances, et sa mère lui aurait dit qu'il aurait davantage mérité de rester en vie qu'elle. Mme. D présente la relation à sa mère comme l'origine de sa souffrance depuis petite. Je me rends alors compte que je suis moi-même prise du besoin de me contenir corporellement, mes jambes sont croisées et resserrées, mes mains se maintiennent, et mon tonus pneumatique est particulièrement élevé, me faisant ressentir des tensions diaphragmatiques inconfortables. C'est comme si j'avais eu besoin de m'agripper à mon corps, en miroir à la patiente. S'agirait-il d'une forme de contre-transfert corporel ? Je tente alors de me détendre, sans y parvenir, est-ce la même chose pour elle ?

Après un long temps de parole, ma tutrice lui demande ce qui lui ferait du bien. Mme. D lui répond qu'elle aimerait diminuer ses douleurs et ses angoisses. Alors, ma tutrice propose que l'on s'installe chacune au sol. Je me dispose de manière à ne pas être dans le champ visuel de Mme. D, car je redoute à cet instant que ma présence puisse la perturber. On s'allonge alors sur le sol, en prenant conscience

de nos appuis et de nos sensations. La psychomotricienne guide alors verbalement des mouvements d'enroulement à effectuer et nomme les points d'appuis afin d'en favoriser la perception. Je ressens moi-même que ce retour au corps m'apporte un soutien psychique progressif. Je tente alors d'imaginer ce que peut ressentir la patiente et ce que cet exercice met au travail au regard de son organisation psychomotrice. Je perçois que je retrouve progressivement une respiration abdominale et ma régulation tonique devient plus harmonieuse. La psychomotricienne questionne à plusieurs reprises la patiente sur ses possibles ressentis, et les réponses brèves de Mme. D restent similaires : elle ne sent pas. Puis, nous levons notre bassin en contractant nos cuisses et en concentrant l'appui sur le haut de notre dos et dans nos pieds. Mme. D verbalise qu'elle sent uniquement ses épaules. Puis, nous reposons notre dos vertèbre par vertèbre sur le sol, relâchons nos muscles, et Mme. D dit ne pas sentir la différence d'état tonique et que ses muscles sont : « *toujours contractés* ». J'observe discrètement le corps de Mme. D : sa respiration est toujours thoracique, rapide et son tonus élevé. Elle observe ma tutrice pour savoir les mouvements à réaliser, et ne peut se limiter à ses descriptions verbales. Elle semble l'imiter dans une tentative de réalisation voire de collage exact, ce qui m'interroge sur un besoin d'étayage de l'autre important. Mme. D ne montre effectivement aucune initiative motrice. Un surinvestissement intellectuel de l'exercice est présent, ses mouvements sont mécaniques et peu déliés, ses membres sont particulièrement raides et les différentes parties de son corps se mobilisent en bloc. Cela me donne alors l'impression que sa mise en mouvement est très peu incarnée et son corps me semble peu habité, elle semble utiliser le corps d'autrui comme repère.

En ressortant de cette première séance, une envie première me questionne particulièrement. Je me rends effectivement compte d'avoir été fortement traversée par une envie de la toucher. De plus, la distance relationnelle tenue par la psychomotricienne m'interroge. Pourquoi ai-je tant envie de la toucher ? Ai-je l'impression que ce corps est insaisissable autrement que par le toucher ? Son besoin d'étayage apparent m'amène-t-il à penser qu'elle ne peut prendre conscience de son corps d'elle-même ? Le toucher permettrait-il de modeler son corps pour la remettre en lien avec ses sensations propres et d'apporter un apaisement sur les plans tonique et émotionnel ?

3. Un corps abandonné et désinvesti : l'expression d'une rupture entre le corps et la psyché

3.1. Un axe fragile, un corps rigide et dépourvu d'appui...

Lors d'une séance, la psychomotricienne propose une mise en mouvement en marchant dans l'espace de la salle. Tout en me déplaçant, j'observe Mme. D longer les murs sans changer de trajectoire, l'espace est désinvesti et je me questionne sur une possible recherche de contenant. Ses pieds se

posent avec légèreté et précaution, sans se dérouler et ses pas sont inaudibles. De même, il y a très peu de flexion de ses genoux, ses jambes sont raides avec peu de dissociation de ses ceintures scapulaire et pelvienne ni de rotation axiale. Ses épaules relevées et ses bras collés à son buste dans un recrutement tonique majeur abolissent leur ballant. En l'observant se déplacer, je suis marquée par cette importante rigidité tonique axiale, pneumatique et périphérique : comme si ce manque d'appui et d'ancrage dans ses membres inférieurs était compensé par ce soutien musculaire. De plus, ses crispations omniprésentes me donnent l'impression qu'elle s'est construite une forme de carapace tonique, la protégeant de l'extérieur, lui permettant de se mouvoir sans risquer de s'effondrer sur ses jambes. Son regard se porte vers le sol, et lorsque nous nous croisons, Mme. D me regarde rarement. À partir du moment où la psychomotricienne propose de prendre conscience de nos appuis sur le sol, la marche de Mme. D devient désarticulée et robotique. Elle tente d'organiser sa motricité en bloc sans déliement possible de ses articulations. Les différentes parties de son corps se mobilisent individuellement et ne peuvent se coordonner. Ses appuis sont instables, elle pose le pied droit puis le gauche par à-coups, son équilibre se fait plus précaire. Puis, nous tentons la marche à reculons, et les difficultés de Mme. D ne font que s'accroître : je n'observe plus aucune cohérence globale, le haut et le bas du corps ainsi que ses deux hémicorps sont incoordonnés, ce qui m'interroge de nouveau sur son intégration axiale. Sa manière de se mouvoir me donne l'impression que chaque segment fonctionne individuellement, son corps m'apparaît comme « en petits bouts ». Mme. D pose un pied et se rééquilibre, puis l'autre, elle élargit son polygone de sustentation car son corps oscille à chaque pas, ses gestes ré-équilibrateurs sont saccadés et elle ne peut anticiper les déséquilibres par une adaptation posturale efficiente. Son regard constamment fixé vers l'arrière me questionne sur un manque de représentation de cet espace. J'observe encore une fois une sur-intellectualisation de l'exercice, je me demande ainsi si ses automatismes moteurs sont abolis par son faible investissement corporel. Son corps semble l'encombrer comme s'il ne lui appartenait pas. Elle m'apparaît effectivement étrangère à son corps, ne pouvant utiliser ses sensations corporelles comme repère ni ses appuis comme soutien.

3.2. ... mais alors : vers quoi s'agripper pour tenir ?

Lors d'un second exercice, nous nous disposons toutes les trois en cercle au centre de la salle. Ma tutrice propose une séquence de mouvements rythmiques avec ses pieds que nous ferons évoluer en ajoutant par la suite, des mouvements de nos membres supérieurs. Nous l'écoutons puis l'imitons afin de parvenir à un accordage commun. Mme. D fixe visuellement ses mouvements afin de les reproduire, ce qui limite fortement ses possibilités de recentrage, et induit un contre-temps permanent. Cet exercice génère une importante tension chez Mme. D, qui se trouve envahie par l'émotion. Cela se

traduit par une majoration de son recrutement tonique global aux niveaux périphérique, axial, et pneumatique : sa respiration est thoracique et saccadée, souvent en apnée. Elle m'apparaît rigide voire impénétrable. J'émetts alors l'hypothèse que cette hypertonie globale peut être entendue de deux manières singulières. À la fois générée par le vécu émotionnel de la patiente qui se trouve en difficulté à cet instant. Mais également, comme une tentative de rétablir une liaison, une unification entre les différents segments de son corps, de façon à faciliter leur coordination. Cependant, cet état tonique non modulable tend à la désorganiser davantage et à souvent s'arrêter. Ainsi, à défaut de prendre appui sur son tonus pour organiser ses gestes et sa posture, Mme. D s'y agrippe-t-elle ?

Dans la suite de la séance, Mme. D m'apparaît être en difficulté pour reconnaître et être en lien avec sa rythmicité interne, ce faisant, la capacité de s'ajuster à autrui est fortement entravée. Certaines stratégies de facilitation lui sont proposées mais elle ne sait ni comment s'en saisir ni se les approprier. Je me sens moi-même en difficulté lorsque c'est à mon tour de proposer une séquence. En effet, je perçois l'intensité de son regard sur moi, me donnant le sentiment qu'elle s'accroche à moi de façon exclusive, annulant toute triangulation, et je ressens la nécessité d'être un repère pour elle. Je me sens ainsi prise d'une forte pression, ce qui me désorganise quelque peu. Est-ce le malaise de la patiente que je ressens à cet instant ? Je compense par une intellectualisation de l'exercice pour être sûr de ne pas me tromper. C'est en après-coup que je me suis demandé si j'avais agi, encore une fois, en miroir au fonctionnement de Mme. D. Puis, sur la fin de cet exercice, un accordage commence à émerger. Mme. D se saisit d'une stratégie qui consiste à nommer dans sa tête les étapes des mouvements dans l'ordre de leur succession. Cela, favorise ainsi le recentrage puisqu'elle se fie à un référentiel égocentré : elle-même. Cependant, l'effort d'intellectualisation de la tâche est encore prédominant, ce qui la fatigue énormément. Nous cessons ainsi l'exercice, et marchons de nouveau dans la salle en jouant sur les appuis de nos pieds sur le sol. J'observe que l'organisation de sa marche est légèrement plus déliée et cohérente dans ses différentes parties, d'allure moins mécanique et segmentée. Je me demande si le fait d'avoir réalisé des mouvements structurés autour d'un rythme, ainsi que d'avoir perçu les stimulations sensorielles vibratoires tactiles et proprioceptives des percussions, ont renforcé sa conscience corporelle, et ainsi favorisé le recentrage de Mme. D sur son corps propre. À la fin de cet exercice, la psychomotricienne lui demande comment elle ressent sa marche et sa posture. Mme. D dit être « *tendue* », qu'elle marche comme « *un robot* », elle dit sentir des mouvements dans son bassin mais que le haut de son corps est figé. Je suis alors très étonnée par cette description de Mme. D, qui m'apparaît plutôt concordante avec mes observations. Elle a donc une capacité de perception d'elle-même et de son corps plutôt juste et adaptée. D'une certaine manière, c'est comme si, tout n'existait que par la mentalisation, la plaçant en position passive : observatrice de son corps, tel un simple

véhicule de son esprit, subit et désincarné. Ainsi, ce possible agrippement à son activité intellectuelle semble majorer cette dissociation massive entre son corps et sa psyché.

3.3. La carapace tonique protectrice de Mme. D

Mme. D se présente un lundi éteinte et sombre. Elle semble épuisée, sa voix est quasiment inaudible et son ralentissement psychomoteur majeur. J'observe son regard fuyant qui se porte vers le sol, ses yeux remplis de larmes, sa posture repliée... Elle m'apparaît au bord de l'effondrement psychique et physique. Son médecin traitant a refusé de rédiger une lettre destinée à son juriste, attestant que ses troubles psychiatriques sont conséquents à ses antécédents d'harcèlement au travail. Elle semble avoir interprété ce refus comme une atteinte personnelle, ce qui la persécute. Elle a des céphalées associées à des nausées résistantes aux antalgiques, si douloureuses qu'elle dit pouvoir en « hurler ». Elle cite également son hémicorps gauche qui « *fonctionne mal* », avec des douleurs diffuses dans sa jambe. Puis, elle exprime de nouveau des idées suicidaires et en précise le moyen : par intoxication médicamenteuse et éthylique. Nous lui faisons part de notre inquiétude, et ma tutrice lui demande si une hospitalisation serait envisageable, ou bien, un rapprochement des soins en HDJ. Mme. D acquiesce, et semble en demande d'une aide rapide. En effet, elle m'apparaît anéantie et désespérée, elle dit vouloir « *que ça s'arrête* » car ses douleurs sont insupportables. C'est comme si le temps s'était arrêté, vouée à son passé, Mme. D n'envisage plus d'avenir possible.

Je poursuis la séance pendant que ma tutrice planifie un rendez-vous en urgence avec son psychiatre. Il s'agit de la première fois que je me retrouve seule avec Mme. D. Nous nous installons dans le fond de la salle et je lui propose de s'allonger sur le plan bobath. En installant les couvertures, Mme. D me regarde puis me dit : « *j'aurais mieux fait de m'exploser la tête ce week-end* ». À cet instant, j'ai comme l'impression de ne pas comprendre, ou d'avoir mal entendu. Je me sens sidérée quelques secondes, mon corps est immobilisé et mon regard figé sur elle. Lorsque je me reprends, je lui fais part que j'ai entendu sa souffrance et que nous ne la laisserons pas seule. Je m'appuie également sur ma tutrice afin de ramener du tiers et de me dégager de cette situation relationnelle chargée, en lui rappelant qu'elle est actuellement en train de mobiliser les acteurs nécessaires. Mme. D s'allonge, tout son corps semble se contenir dans un recrutement tonique majeur, figeant celui-ci, immobile sur le matelas, en miroir du mien il y a quelques minutes. Je commence la relaxation par des inductions verbales centrées sur ses appuis en contact avec le matelas. Mme. D est en recherche de sensations, elle réajuste régulièrement sa posture. Dans une continuité avec la précédente séance, je lui propose la méthode Jacobson, basée sur l'alternance de contractions et de relâchements musculaires, cette fois, sur son bras gauche. Je pense à cet instant qu'il serait bénéfique de le lui proposer au regard de la fois dernière,

où cette technique lui avait permis d'accéder à un état d'apaisement global, au travers d'une régulation tonique progressive. De plus, elle m'a demandé une relaxation et elle semble si débordée, que je ne conçois pas d'autre moyen d'investir son corps. Rétrospectivement, j'ai réalisé m'être sentie démunie au regard de l'urgence de son état et de ses idées suicidaires, mais aussi mal à l'aise dans la relation. Proposer cette relaxation était également une manière pour moi de pouvoir contrôler plus aisément cette séance en me dégageant d'un rapport duel et de ses enjeux transférentiels.

Au cours de la relaxation, l'expression corporelle de Mme. D semble traduire un état de détente progressif. Sa respiration devient profonde et ample, son bras gauche réalise les mouvements dans un rythme lent. Les phases de relâchement sont franches et sa régulation tonique plus efficiente. Cependant, lorsque je l'invite à contracter l'ensemble de son bras, Mme. D ouvre les yeux et me dit d'un ton frêle que les contractions lui ravivent d'importantes céphalées. Nous cessons alors et revenons à des inductions verbales se portant sur les sensations provenant de ses zones d'appuis et sur sa respiration. Puis, je perçois une larme s'écouler silencieusement le long de sa joue, et je me sens soudainement empreinte d'un fort sentiment de culpabilité. À la fin, Mme. D me dit que ça lui a fait du bien, ce qui ne corrèle pas avec son expression corporelle : son visage est amimique, son regard fuyant se porte vers le sol et son tonus est dysharmonique. En effet, il est diminué dans ses bras, mais son tonus axial et périphérique dans ses membres inférieurs est plus élevé que d'habitude. Mme. D associe ses douleurs au fait que nous avons sollicité son bras gauche. Elle retourne s'asseoir dans une démarche saccadée et robotique, son tronc est fléchi vers l'avant. Elle manque à plusieurs reprises de perdre l'équilibre, ses jambes étant raides et ses bras collés contre son buste. Encore une fois, je perçois une importante forme de dissociation, voire de déliaison entre chaque partie de son corps, et je me demande ainsi si elle tente de se rassembler au moyen de ce recrutement tonique majeur et de sa posture fermée.

Je m'interroge alors sur la méthode Jacobson au cours de cette séance, où Mme. D était très fragilisée sur le plan thymique, était-elle appropriée ? Est-ce que ce contraste de perceptions toniques entre les contractions et les relâchements a généré une perte de la conscience de son bras, et ainsi un vécu angoissant ? De plus, solliciter le haut de son corps, siège de sa potentielle carapace tonique et particulièrement son côté gauche, n'a-t-il pas eu l'effet inverse ? Celui de faire tomber ses protections ? En effet, selon l'hypothèse que sa potentielle carapace tonique répond à une fonction de soutien à sa psychomotricité : est-ce qu'amener du relâchement, et donc une diminution des sensations générées par son tonus habituellement élevé, pourraient faire émerger chez Mme. D un vécu corporel angoissant ?

4. Evolution de la prise en soins de Mme. D

4.1. L'ajustement du projet d'intervention en psychomotricité

Dans la suite de sa prise en soins, je poursuis le suivi en autonomie. Ma tutrice est présente ponctuellement pour le temps d'entretien puis j'assure la suite de la séance. Ceci, afin que ma tutrice entretienne le lien et que Mme. D continue de l'investir, dans la mesure où elle reprendra ce suivi à la fin de mon stage. Mais aussi pour maintenir du tiers et prévenir l'exclusivité dans la relation.

L'humeur de Mme. D s'est progressivement stabilisée au cours de nos séances, dans la mesure où elle n'a plus traversé de crise suicidaire. J'ai produit un effort de liaison important avec son psychiatre, en lui partageant l'évolution de son état clinique et parfois mes inquiétudes, afin qu'ils se rencontrent dès que nécessaire et que ses traitements soient ajustés. La complémentarité des approches médicamenteuses et non-médicamenteuses s'est avérée fondamentale dans son évolution et la globalité de sa prise en soins. Toutefois, certains événements ont perturbé Mme. D et les préoccupations concernant son travail sont restées très envahissantes, maintenant ses difficultés. Je relève effectivement une forte discontinuité entre les séances, car selon son humeur, nous retournions fréquemment en arrière dans le processus d'intégration de ses expériences corporelles. Mme. D semble avoir besoin de temps et j'ai pris le soin d'observer ainsi que de relever chacune de ses transformations, aussi discrètes soit elles.

En poursuivant ce suivi, j'ai fait le choix de prioriser les objectifs de son projet concernant la régulation de son tonus de fond au niveau axial, pneumatique et dans la périphérie de ses membres supérieurs. Ceci, en soutenant son activité perceptive par l'identification et la verbalisation de ses sensations intéroceptives, extéroceptives et proprioceptives, afin de renforcer les représentations de son corps et de restaurer son sentiment de contenance au sein d'une enveloppe corporelle délimitant l'intérieur de l'extérieur. Ceci, en accompagnant chaque mise en mouvement par sa respiration, et au moyen de relaxations sur une base d'imagerie mentale, d'enveloppement et de touchers divers (pressions profondes, frictions, percussions, mobilisations passives).

Puis, de diminuer ses conduites d'agrippement par l'intégration d'appuis internes et externes. Ceci, en lui offrant des repères dans le cadre de nos séances, et par la relation au gré du dialogue tonico-émotionnel. De plus, en permettant à Mme. D de percevoir ses appuis corporels sur le sol ainsi qu'au sol immobile et en mouvements.

Enfin, le dernier objectif qu'il m'est apparu important de travailler concerne le renforcement de la perception de son axe corporel. Ceci, en favorisant la perception de son bassin ainsi que les dissociations de ses ceintures scapulaire et pelvienne. Puis, en explorant ses schèmes primaires d'enroulement, d'extension, de torsion, de retournement, et de redressement sur le sol puis en position debout. Ainsi qu'avec des exercices nécessitant de coordonner ses deux hémicorps, ainsi que le haut et le bas de son corps.

L'évaluation de ce projet repose essentiellement sur de l'observation qualitative, même si la comparaison à plusieurs mois d'intervalle d'exercices similaires m'ont permis d'apprécier plus significativement son évolution. Enfin, ces trois principaux objectifs sont mis au travail de manière conjointe et simultanée dans les séances puisque ceux-ci tendent à se rejoindre.

4.2. L'évolution des appuis, de l'axe et de la régulation tonique de Mme. D

Je me suis intéressée lors de mes premières séances en autonomie aux appuis de Mme. D dans le bas de son corps. L'objectif étant de favoriser son ancrage au sol, dans sa capacité à s'enraciner et se sentir solide sur ses appuis. Je lui propose ainsi de s'automasser la voûte plantaire avec une balle de tennis afin qu'elle sente et ré-investisse cet espace. Malgré ses difficultés rencontrées pour rouler la balle sous son pied gauche en raison d'un tonus d'action trop élevé, elle se montre attentive et en recherche d'un ajustement tonico-postural. Nous écrasons ensuite la balle sur le sol avec différentes parties de nos pieds pour favoriser le schème de repoussé, qui m'apparaît s'opposer à ses conduites d'agrippement. Cependant, il lui est coûteux de se recruter et son tonus d'action devient insuffisant. Nous posons ensuite nos pieds au sol pour sentir une différence d'appui après ces stimulations, mais Mme. D : « *ne sent rien* ». Puis, nous faisons varier nos appuis mais il lui est difficile d'ajuster spontanément sa posture pour dissocier les parties de son pied. Elle s'appuie ainsi sur son regard pour m'imiter. Je l'accompagne en miroir, en lui montrant des façons d'adapter sa posture pour transférer son poids sur l'appui recherché. Son tonus pneumatique est élevé et ce recrutement se diffuse jusqu'à ses mains accrochées à ses jambes, tout le haut de son corps est replié et crispé. De plus, elle contracte ses cuisses au lieu de repousser le sol. Je tente de l'aider à percevoir son organisation tonique et posturale, et la guide verbalement avec des images, car elle m'apparaît en difficulté pour se représenter puis moduler son tonus. Je perçois ainsi une ébauche de dissociation entre les différents segments de son corps au travers d'un réajustement tonico-postural progressif, et elle accède à certaines sensations. Ainsi, sa régulation tonique et la perception de ses appuis semblent participer à cette organisation naissante. Enfin, cette progressive régulation tonique au niveau de sa potentielle

carapace tonique, permet-elle à de nouveaux espaces d'exister et d'être perçus, spécifiquement ses membres inférieurs ?

Plusieurs mois plus tard, Mme. D identifie plus aisément et d'elle-même son recrutement tonique élevé au niveau de ses bras et de ses épaules. Elle m'explique se rigidifier volontairement afin d'éviter ses douleurs, mais qu'elle tente de diminuer ses tensions musculaires au quotidien. Je remarque notamment que son tonus commence à se réguler plus naturellement permettant à ses épaules de s'abaisser. Il semblerait que la perception puis la représentation de son tonus facilitent sa régulation. Je l'invite à se déplacer en associant des images comme marcher sur des œufs, avec un sac à dos lourd, sur un nuage...pour soutenir son expression corporelle. Sa posture s'adapte de manière efficiente, sa marche reste lente et ses bras peu investis, mais ses pas sont francs et déroulés. Son attitude corporelle est plus harmonieuse et elle investit son corps avec plaisir. Puis, assise, je lui propose d'appuyer sur une balle, en déployant son schème de repoussé et en dissociant les parties de ses pieds. Cet exercice montre ainsi une évolution marquante et je lui souligne. Elle déclare avoir évolué dans l'engagement et la conscience de ses membres inférieurs, mais reste contrariée de ne pas percevoir d'évolution dans le haut de son corps. Toutefois, ce n'est pas exactement ce que j'observe. Elle organise et ajuste effectivement sa posture et son tonus avec davantage de fluidité et d'harmonie, sans s'agripper. La stabilité de ses postures, tant en statique qu'en mouvements, signe un meilleur contrôle de ses équilibres statique et dynamique. Son axe assure et maintient la verticalité de son tronc sans compensation par un tonus pneumatique élevé, qui n'est plus qu'occasionnel. Sa respiration s'est libérée et est devenue soutenante, plus spontanément coordonnée à sa gestualité. Les dissociations de ses ceintures dans les mouvements de rotation axiale sont permises. Puis, ses hémicorps, le haut et le bas de son corps se coordonnent plus aisément. Son regard soutient et contrôle davantage ses mouvements. J'ai notamment pu l'observer en reprenant des exercices où nous réalisons des percussions corporelles impliquant des coordinations uni et bimanuelles, haut-bas, droite-gauche avec des croisements de l'axe. Ces séquences rythmiques s'automatisent après quelques essais et nous pouvons nous accorder autour d'un rythme commun. Puis, lorsque je demande à Mme. D de repousser un ballon que je dispose à différents endroits de son corps, je relève un tonus de soutien qui se recrute davantage et assure une qualité de résistance satisfaisante. Elle peut le repousser de manière harmonieuse et dissocier ses quatre membres et sa tête. Son axe m'apparaît davantage perçu et intégré, organisant son corps et sa motricité de façon globale et unifiée. Dans la relation, Mme. D s'individualise et peut davantage se repérer par son corps propre et la globalité de ses sensations. Son regard se porte vers l'avant, explorant l'environnement et soutenant plus efficacement la relation. De plus, sa voix est plus affirmée et audible. Enfin, il me semble que les représentations de son corps

gagnent en élaboration au regard de ses capacités à identifier puis nommer ses éprouvés corporels et émotionnels, conjointement à ses possibilités de modulation sur le plan tonique.

4.3. Une enveloppe corporelle intrusée et peu contenante qui se dévoile

Lorsque les symptômes dépressifs de Mme. D étaient trop intenses et qu'elle se montrait indisponible au mouvement, je lui proposais des relaxations avec des inductions sur les sensations provenant des différentes parties de son corps et de ses appuis, sur sa respiration et la visualisation d'un lieu sécurisant. En effet, elle m'a rapporté apprécier se détendre le soir avec une musique douce associée à des images comme celle d'un feu de cheminée, trouvée sur YouTube. Elle décrit cet espace avec de nombreux détails sensoriels. Cette nouvelle recherche de plaisir et capacité de rêverie m'ont d'abord surprise, puis m'ont servi d'appuis pour des propositions de relaxation. Elle continuera de l'investir seule, en me rapportant combien cela l'aide à se sentir « *protégée* », « *dans sa bulle* », « *en sécurité* ». Durant cette période, elle ne pouvait également plus se coucher tant que son chien n'était pas enveloppé dans une couverture, ce qui m'a finalement fait penser à son propre besoin de ressentir de la contenance. De même, elle ne dormait plus sans un bonnet sur sa tête pour la maintenir « *à sa place* », et venait en séance couverte sous de nombreuses couches de vêtements. Ainsi, je lui proposais de s'envelopper dans une couverture afin de restituer son sentiment d'enveloppe et d'apprécier les contours de son corps. Je proposais parfois des pressions profondes et touchers enveloppants. Mme. D investissait particulièrement ces temps dans lesquels elle parvenait à éprouver des états de relâchement significatifs, sur les plans tonique et émotionnel. Sa respiration devenait lente et profonde. Systématiquement, du temps lui était nécessaire lors des reprises afin que son tonus de fond et son niveau de vigilance redeviennent fonctionnels. De ce fait, elle semble s'autoriser à s'abandonner toniquement lors des séances de relaxation, puis, il lui est très coûteux de se remobiliser pour finir la séance, mettant en exergue une régulation tonique peu modulable m'apparaissant être en « tout ou rien ». Toutefois, cette capacité de relâchement provient-elle du fait que Mme. D se sente suffisamment contenue ?

Au cours de l'avancée des séances, l'évolution de Mme. D est notable, mais persiste un ballant des bras absent, peu d'exploration de l'espace, un recrutement tonique global réactif dès qu'un événement est susceptible de perturber son équilibre psychique. Ainsi, afin de renforcer son processus d'intégration et de représentation, je l'invite à chaque fin de séance, à se dessiner telle qu'elle se perçoit et se ressent. Ceci, afin de laisser une trace concrète à l'invisible conscience de soi, mais également qu'elle puisse comparer et objectiver sa propre évolution. L'alliance thérapeutique me semble suffisamment instaurée pour que Mme. D puisse s'autoriser à me livrer cette perception d'elle-

même sans craindre de trop mon regard. J'ai pu comparer le premier dessin de Mme. D (voir Annexe 2), avec celui réalisé lors du bilan avec ma tutrice (voir Annexe 1), sur lequel apparaît une ceinture pelvienne, des vêtements et des mains formées. Les deux hémicorps sont davantage symétriques, à la différence que la taille du haut du corps est plus importante que celle du bas. Enfin, l'enveloppe corporelle se représente fermée et délimitée par un trait prononcé.

Puis, au-delà des traces du dessin, j'ai été particulièrement intéressée par la manière dont Mme. D, pour la première fois, s'est racontée sur son vécu et ses représentations corporels. Son discours m'est apparu subjectivé. Elle me dit tout d'abord se sentir « *raide* », « *toute dure* », « *droite comme un bâton* ». Elle précise sentir davantage le haut de son corps que le bas. De ce fait, Mme. D est en mesure de percevoir et se représenter ses états toniques et sa posture. Elle décrit un visage « *triste* », dont les traits « *s'endurcissent* », deviennent « *permanents* » et la « *caractérise* ». Elle me parle ensuite de sa cicatrice sur le côté droit de son crâne, lorsqu'elle s'est faite opérer pour sa rupture d'anévrisme. Elle dit la cacher et éviter le coiffeur, elle m'explique sentir un creux s'agrandir lorsqu'elle a mal à la tête. Elle me parle de cette opération, avoir été « *découpée* » lorsqu'on lui a « *ouvert* » le crâne. Mme. D garde un vécu douloureux voire traumatique de cette intervention intrusive, semblant avoir menacée son intégrité. Puis, elle ajoute avoir une cicatrice dans son dos pour ses hernies et une sur la totalité de la ligne médiane de son abdomen. Sa mère s'en serait moquée en lui disant qu'elle ressemble à une « *fermeture éclair* ». Mme. D pleure et cela me touche, elle me rapporte avoir failli mourir sur ces tables, et qu'elle aurait préféré cette issue plutôt que de vivre avec ces « *marques* ». Elle ajoute que ce vécu, l'empêche de s'ouvrir à l'autre, majore son repli et son incapacité à se projeter dans l'avenir. Effectivement, son enveloppe corporelle a été attaquée à de nombreuses reprises, à chaque fois avec un important risque de décès. Ainsi, ces intrusions répétées sur sa peau et à l'intérieur de son corps ont-elles fragilisé la définition de ses limites corporelles entre le dedans et le dehors, et menacé son sentiment de continuité d'existence ?

5. Réflexions et interrogations

Tout d'abord, les observations recueillies lors des premières séances m'amènent à penser que l'organisation psychomotrice de Mme. D semble fortement impactée par ses difficultés psychiques. En effet, je porterai ici mon attention principalement sur son trouble dépressif présent depuis de nombreuses années, qui m'apparaît être le plus prégnant et conséquent sur son fonctionnement psychomoteur. Il semble effectivement participer à l'émergence de son attitude globale de repli et son important recrutement tonique, qui me questionnent sur un possible besoin de s'agripper à ses sensations et son tonus pour « tenir » physiquement et psychiquement. Je me demande si son tonus

de fond pneumatique et axial élevé lui permettrait de soutenir le maintien de son axe qui m'apparaît fragile, et donc de sa verticalité. De même, je relève une précarité d'appui dans ses membres inférieurs et sur le sol, son équilibre dynamique et son ajustement tonico-postural sont entravés. De cette manière, son corps cherche-t-il à se renforcer sous une forme de carapace tonique omniprésente dans le haut de son corps, particulièrement aux niveaux de ses épaules ? Et enfin, compense-t-elle un potentiel risque d'effondrement de son axe corporel ?

Dans un second temps, Mme. D semble rencontrer de nombreuses difficultés à éprouver son corps de manière globale et unifiée, sa conscience corporelle semble altérée. En effet, elle ne semble s'éprouver qu'au travers de la douleur et la tension. Est-ce une tentative de restituer la fonction d'une peau contenant au travers d'une enveloppe réelle et dure de souffrance ? De plus, son important recrutement tonique altère-t-il la perception globale de son corps propre, ou bien, renforce-t-il son sentiment d'unité corporelle de façon substitutive ? Puis, sur le plan relationnel, elle semble avoir besoin d'un important étayage d'autrui pour se mettre en mouvement et organiser sa motricité globale. De la même manière, la prégnance de son activité intellectuelle m'interpelle. La fonction de son regard porté sur l'autre constitue-t-elle un appui ou bien un agrippement ? De plus, cette recherche d'informations visuelles, associée à la prédominance de son activité intellectuelle, répondent-elles à un manque de modèle représentatif de base ? C'est-à-dire, à des représentations limitées de son corps dans la mesure où l'accès à cette première forme de perception d'elle-même serait limitée. Enfin, au regard de mon précédent questionnement, si son corps ne peut assurer sa fonction de contenant, l'ensemble de ses éprouvés sensoriels d'origines interne et externe, ne peuvent-ils s'inscrire et s'intégrer ?

Finalement, son fonctionnement psychomoteur me semble exprimer un manque de solidité interne, ne lui permettant pas de se « porter seule » et d'utiliser son corps et ses sensations comme repère pour organiser ses conduites. De plus, elle semble repliée sur elle-même et protégée d'une barrière tonique hermétique. Ainsi, au regard de l'éclairage théorique et de l'ensemble de mes questionnements cliniques issus de ma rencontre avec Mme. D, je tenterai de répondre dans la partie suivante à cette problématique : **En quoi renforcer les appuis et la perception de l'axe corporel permettrait-il à une patiente adulte dépressive de désinvestir sa carapace tonique ?**

PARTIE THÉORICO-CLINIQUE

1. Des conduites d'agrippement à l'intégration d'appuis internes et externes

1.1. L'agrippement de Mme. D à ses sensations proprioceptives par son tonus élevé et ses représentations

Tout d'abord, un élément récurrent et présent à différents niveaux m'a particulièrement marqué dans la présence de Mme. D à elle-même, à son environnement et à la relation : l'impression qu'elle s'agrippe pour tenir. Immobile ou en mouvement, je suis interpellée par sa posture repliée : ses membres fléchis en rotation interne, sa gestualité pauvre dont les principaux schèmes sont en enroulement, mais surtout et toujours : par l'étanchéité de sa barricade tonique impressionnante, principalement au niveau axial, pneumatique et dans la périphérie de ses membres supérieurs. L'immuabilité de ce tableau à chaque séance m'a donné l'impression qu'elle s'agrippe à son corps dans cette posture de repli et particulièrement à son tonus pour tenir. Tenir, au sens où toute l'économie de son fonctionnement semble aliénée par son besoin de survivre, en effet, vivre lui paraissait impossible.

Je me suis demandé dans un premier temps, si Mme. D s'agrippe à son tonus élevé, car elle recherche les sensations fortes produites par ses contractions musculaires, particulièrement proprioceptives. Sachant que le tonus lié à la proprioception participe aux afférences sensorielles internes du corps et donc à la conscience de soi (S. Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2012), que les signaux sensoriels produits par l'agrippement maintiennent une contenance suffisante permettant de se sentir exister, unifié et différencié (Livoir-Petersen, 2022), il est envisageable que sans ses conduites d'agrippement, sa conscience et les représentations de son corps soient perturbées. De plus, au-delà de tenir, son corps garde les stigmates d'expériences répétées de grande proximité avec la mort, au regard de ses nombreuses tentatives de suicide, des violences subies sur son corps, de son accident de voiture et sa rupture d'anévrisme. Je me demande ainsi si ses agrippements participent à soutenir son sentiment de continuité d'existence. De ce fait, si les agrippements assurent la perception unifiée du corps et de ses limites, il est envisageable qu'ils lui permettent de compenser une enveloppe corporelle peu contenante associée à un faible sentiment de continuité d'existence. Finalement, je proposais de concevoir la plupart du temps son recrutement tonique élevé comme une tentative de rétablir une liaison, une unification entre ses différents segments corporels afin d'ajuster son geste et sa posture à son action. Cependant, cela n'avait pour effet que de majorer la désorganisation de ses conduites. Je propose donc qu'il ne constitue pas un appui, mais un agrippement lui permettant de se sentir unifiée et existée.

Puis, l'agrippement étant un comportement adaptatif généré par un manque d'appui, et l'appui un élément organisateur du tonus (Livoir-Petersen, 2022) : nous voyons que la régulation tonique et les agrippements dépendent directement des appuis. Ces trois aspects problématiques chez Mme. D semblent interagir dans une dynamique potentiellement vicieuse. Il semble donc que sans appui, ses agrippements et ses troubles de la régulation tonique perdureront. Toutefois, l'auteure souligne qu'un objet ou un flux doit générer des liaisons sensori-toniques pour devenir un appui. Cependant, il me semble que son recrutement tonique élevé empêche cette mise en lien des signaux, faisant ainsi obstacle à la fonction même des appuis qu'elle pourrait déployer. L'hypertonie anesthésie et dégrade effectivement le traitement des stimuli sensoriels, s'opposant ainsi à leur intégration et à la dynamique entre le dedans et le dehors du corps, d'où l'étanchéité de sa potentielle carapace tonique (S. B. Robert-Ouvray, 2004). À cela s'ajoute également son trouble dépressif, qui participe à perturber le traitement de ses informations sensorielles (Treillet et al., 2022).

Dans un second temps, l'agrippement à son tonus élevé m'est apparu compenser des appuis insuffisants dans ses membres inférieurs et sur le sol. Je souhaite mettre en lien cette hypothèse avec celle dans laquelle je me demandais si sa carapace tonique permettrait de contrer un risque d'effondrement axial. Ceci au regard des sensations exprimées par Mme. D, de ses jambes risquant de « lâcher », pouvant l'entraîner à chuter. D'après Pireyre (2021b), l'effondrement représente une annulation du tonus de soutien entraînant des angoisses d'effondrement qui se repèrent en premier lieu dans les agrippements. Chez Mme. D, il est probable que ce vécu de chute, face à son tonus et son axe corporel qui lâchent ainsi qu'à la perte de ses appuis, se soit inscrit dans son corps : « Leurs muscles ne les soutenant plus, ils se retrouvent – ou craignent de se retrouver – à terre, dans la terre, voire traversant la terre » (É. W. Pireyre, 2021b, p. 14). De ce fait, son corps semble se maintenir par le haut, siège de sa carapace tonique, en vue de ses déplacements m'apparaissant plus légers qu'une plume. Précisons qu'un muscle contracté entraîne une sensation de légèreté donnant l'impression qu'il lutte plus efficacement contre la pesanteur. Enfin, Pireyre (2021b) reprend Winnicott et associe l'angoisse d'effondrement à la crainte d'anéantissement et de vide, ce qui rejoint de nouveau l'hypothèse que son sentiment de continuité d'existence est faible.

Puis, le recours omniprésent à l'intellectualisation lorsqu'elle se met en mouvement paraît empêcher l'accès à ses perceptions sensori-toniques et ses ressentis émotionnels. J'ajouterai même que cela semble majorer la dissociation entre son corps et sa psyché, dans la mesure où Mme. D tente de s'organiser contre ses sensations, me donnant l'image d'un rapport au corps opératoire, un corps outils qui tend à ne plus être le support de l'expression de ses émotions. Ainsi, il est envisageable que son importante maîtrise par l'intellectualisation et par son tonus soit une tentative de mettre à distance

certaines sensations et émotions. De plus, d'après Livoir- Peterson (2022) les adultes s'appuient beaucoup sur leurs représentations, mais elles ne sont pas suffisantes car elles impliquent d'abord une représentation stable de soi, dépendante d'une régulation tonique adaptée. Cependant, Mme. D ne semble pouvoir s'appuyer sur aucun de ces deux prérequis. Ainsi, le recours prédominant à l'intellectualisation semble également constituer un agrippement n'organisant pas ses conduites de façon instrumentale.

Finalement, le point de départ à ses conduites d'agrippement semble provenir d'un défaut de représentations de son corps. Précisons que je parlerai de représentations du corps, comportant à la fois le schéma corporel au sens d' E. W. Pireyre (2021, p. 416): « le schéma corporel relève d'un fonctionnement physiologique non subjectif. C'est une représentation sensori-motrice, tridimensionnelle, non consciente, automatique et sans cesse réajustée de la position globale et ou segmentaire du corps et de ses mouvements. », et la définition de l'image du corps de Nasio (2007), cité par Pireyre (2021a, p. 45) : « l'image du corps est l'idée intime que nous nous formons de notre corps, c'est-à-dire la représentation mentale de nos ressentis corporels, représentation changeante et influencée sans cesse par notre silhouette visible dans le miroir. ». De cette manière, quels appuis proposer à Mme. D pour que ses représentations puissent se structurer ? Livoir-Petersen (2022) conçoit qu'au gré de l'accordage tonico-émotionnel avec le milieu humain, le sujet advient, se subjectivise et se remanie. S'il fait défaut, les agrippements compensent un sentiment de soi fragile. De cette façon, la partie suivante traitera de la manière dont la relation peut agir comme un appui.

1.2. Être un appui pour l'autre dans la relation de soin

« Le professionnel ressent ce qu'il perçoit de celui qui l'accompagne, donne du sens à ce qui est exprimé, sens qui en écho résonne en celui à qui il s'adresse qui modifie à son tour sa propre expression » (Ponton, 2015, p. 192).

Il m'a tout d'abord semblé important de me porter comme un appui auprès de Mme. D. En effet, son importante recherche d'étayage m'a d'abord fait éprouver des vécus particuliers : d'envahissement, de collage, peut-être d'indifférenciation m'amenant fréquemment à me désorganiser à son image. Cela se traduit principalement par sa recherche d'informations visuelles prédominante sur mon corps, pouvant consister à rechercher au dehors une forme par l'image car ses représentations peinent à s'initier du dedans (Ponton, 2015). Mme. D m'apparaît happée par ce flux, détournée de sa fonction principale, sans qu'il ne constitue un appui au regard de la majoration de ses difficultés d'ajustement tonico-postural : « Les flux visuels sont utiles pour contrôler la posture et situer le corps dans l'espace, mais ils participent aussi au réglage des mouvements [...] » (Bullinger, 2015a, p.31). Elle ne peut ainsi

traiter les signaux atteignant la surface de son corps ou provenant de celui-ci afin qu'ils s'associent pour en créer des représentations : « Ne reste que l'agrippement, un « collé à ». Le sentiment d'existence ne semble tenir qu'à ce contact. » (Bullinger, 2015a, p. 16). Cela dit, cet agrippement visuel s'élargit-il à un agrippement à la relation ?

L'enjeu se situe dans la possibilité d'accompagner Mme. D à s'individualiser, ne plus dépendre de la relation afin qu'elle puisse se dévoiler comme sujet. Je l'entends au sens de Bullinger (2007) qui conçoit l'appui sur le milieu humain comme un trampoline, sur lequel se récupérer et rebondir, plutôt qu'un refuge difficile à quitter. De plus, le soignant est en lui-même une source de flux sensoriels (Livoir-Peterson, 2022). Ainsi, mon rôle d'étayage peut consister à me proposer comme une source d'appuis sensoriels ou tonico-émotionnels, limitant son recours aux agrippements et soutenant les représentations de son corps. Je tente ainsi de l'accompagner par le dialogue tonique à trouver d'autres possibilités de modulation, à contenir ce qui semble se déliter en termes de représentations du corps par la qualité de mon toucher, mon regard comme un toucher à distance, de ma prosodie et mes mots. Je lui montre et verbalise chaque mise en forme des segments de son corps pour l'aider à adapter sa posture, son tonus et ses mouvements. En voici une vignette clinique illustrant ces propos :

Allongée sur le sol, j'invite Mme. D à ressentir l'ensemble des appuis de son corps sur ce support. Elle peine à me les décrire, peut-être même à les sentir. Lors de notre première séance, la raison de mon envie de la toucher m'a questionné. Ce jour-ci, son besoin d'étayage si important me fait penser que transiter en prime abord par mon toucher lui permettra ensuite de se sentir par elle-même. À cet instant, je me demande comment me prémunir du risque de collage ? Comment ne pas nourrir ou renforcer son besoin d'étayage ? Mon toucher permettra-t-il de lui redonner une présence à elle-même ? D'après Ponton (2012), il s'agit de redonner la sécurité éprouvée par les portages primitifs avec nos touchers. Elle oppose la notion de prendre en saisissant l'autre par un mouvement de prise, ce qui risque d'augmenter sa dépendance par l'agrippement ; au fait de lui proposer un appui, soutenant le processus de différenciation et son autonomie. Ainsi, l'individu apprend à se porter seul en fonction de la qualité de l'ajustement de son environnement. Puis, le toucher nourrit la conscience de soi dès la naissance et permet de s'approprier son corps à partir de celui d'autrui (Durey, 2001). Effectivement : « Au-delà de l'attention que le psychomotricien porte à son propre corps et ses réactions pour vivre la rencontre, il prête son corps à la rencontre pour permettre d'accompagner le patient à la découverte ou re-découverte du sien. » (Juillard, 2019, p. 5). Je commence ainsi par mobiliser passivement ses jambes, en m'appuyant sur le dialogue tonique pour l'amener à percevoir son état tonique à partir du mien, nécessitant d'abord que j'adapte mon tonus en miroir, jusqu'à percevoir un ajustement entre nos deux tonus pour le diminuer ensemble. Mme. D anticipe mon

toucher, présente d'importantes paratonies réactionnelles et persévérations. Bien qu'elle m'ait montré son besoin de l'autre, son corps clame la victoire de ses muscles à l'œuvre de sa possible carapace tonique. La relation d'appui n'est finalement pas si accessible et le relâchement semble impossible. Je ne peux ainsi m'appuyer que sur mon observation et mon écoute, ma sécurité et mes mouvements internes induits par Mme. D. Je n'ai que ça, mais c'est déjà beaucoup. Je lui propose alors d'être active en repoussant sur ma main posée à plat sur une partie de son corps. J'élève mon tonus périphérique afin d'amener une résistance soutenant le repoussé. Son tonus d'action est faible dans sa jambe gauche, elle me dit qu'il « *ne marche pas bien* ». Aux niveaux de ses bras, son tonus d'action est élevé et peine à s'ajuster. Je l'accompagne avec ma respiration, mais la double tâche la met en difficulté et le souffle peine à se libérer. Puis, chaque expérience est clôturée par un temps de parole. Je la guide par des questions concrètes sur les caractéristiques de ses sensations pour l'accompagner à cheminer de ses impressions vers la construction de représentations. Effectivement, nous partons toujours d'éprouvés et de ressentis qui prennent corps et se mettent en forme, afin de s'élaborer pour s'énoncer en mots (Durey, 2001). A la fois, cela l'aide à définir et se représenter concrètement ses sensations et son tonus, mais garantit dans le même mouvement une certaine différenciation entre nous, car effectivement, nos perceptions sont singulières.

Je lui propose cet exercice quelques semaines plus tard, sans l'étayage de mon toucher, en lui demandant de repousser le sol en différenciant chaque segment de son corps que je nomme, sur chaque expiration. Ceci, afin d'encourager son processus d'autonomie et d'individuation. Je m'installe au sol et réalise l'exercice avec elle. Ce que j'observe me surprend et se trouve tout à fait différent de la fois précédente : sa respiration, plus profonde et abdominale, parvient à se coordonner à ses mouvements. Il me semble que cette qualité de respiration signe une attention nouvelle à cet échange qu'il existe entre l'intérieur et l'extérieur de son corps. Puis, elle n'aura plus besoin de me regarder à chaque nouvelle consigne. Elle tend à davantage dissocier les parties de son corps et commence à réguler son tonus plus efficacement. Elle ressort de cette séance en me disant qu'elle perçoit une « *différence* » et se sent « *détendue* », tandis que j'observe que sa carapace tonique s'assouplit quelque peu. Elle verbalise sentir ses épaules constamment crispées et repliées vers l'intérieur, et être contrariée par son manque de contrôle sur son tonus. Elle tente ainsi de réajuster leurs positions et tonicités pour percevoir des variations. Sa posture est moins repliée et elle semble plus disponible à la relation. Mme. D m'apparaît commencer à se reconnaître comme individu et non plus comme objet. Elle porte une attention plus soutenue et bienveillante à son corps. Le processus de subjectivation, d'appropriation de son corps et ses sensations semblent se déployer. Finalement, ce dialogue tonique et l'imitation s'offrant tels un premier support représentatif, ont facilité l'accès de Mme. D à cette

nouvelle perception d'elle-même, plus globale et unifiée. De plus, une fois que son corps est reconnu, il s'enrichit d'une dimension expressive. Au-delà d'un « collé à », l'accordage tonique et la rencontre se déploient. En effet, l'ajustement tonique suscité par ce dialogue devient une nouvelle source de modulation offrant au tonus sa dimension émotionnelle et définissant les limites du corps (Bullinger, 2015b).

Pour aller plus loin, Pireyre (2021b) distingue le fait de s'accrocher, s'agripper et s'appuyer. Mme. D ne semble pas s'accrocher mais s'agripper, car l'accrochage est passif tandis que l'agrippement est initié volontairement par le sujet pour résister face à la gravité. Notons que je me suis davantage appuyée sur le concept d'agrippement décrit par Bullinger (2015a) puisque Pireyre(2021b) ne l'entend qu'au niveau d'une prise manuelle. Cela dit, s'appuyer consiste à utiliser un support qui nous porte, nous soutient. Selon lui, le psychomotricien se propose comme un : « « dispositif » fiable d'accrochage puis un « support » d'agrippement » »(É. W. Pireyre, 2021b, p. 73), afin que le sujet éprouve ensuite le support solide du sol et s'y appuie. Il s'agit ainsi de proposer dans le corps à corps, de la contenance physique, qui se transformera progressivement en une contenance psychique. Mme. D ne s'est jamais accrochée physiquement à moi, comme je n'ai jamais eu à retenir son corps. Cependant, je portais seule l'ensemble des séances, dans lesquelles elle était en attente que j'initie les actions pour elle et la guide. Je me suis également sentie être un support d'agrippement, non pas manuel, mais visuel et relationnel. Cela m'a d'abord été difficile à supporter, mais il était pourtant nécessaire de lui apporter cette contenance pour qu'elle puisse ensuite se porter par elle-même, en appui sur le sol.

Finalement, au fur et à mesure des séances, ses besoins d'étayage relationnel et visuel diminuent progressivement, au même titre que son tonus de fond commence à se moduler, particulièrement dans le haut de son corps. J'émetts alors l'hypothèse que ses prémices de régulation tonique favorisent son activité perceptive, renforçant ainsi l'intégration des représentations de son corps, particulièrement de son schéma corporel et générant ainsi un moindre besoin d'étayage visuel. Puis, je suppose que mon positionnement comme un appui par ce dialogue tonique a également contribué à unifier ses représentations de son corps et de son tonus en transitant par mon propre corps construit et représenté, tout en soutenant sa différenciation.

1.3. Apporter des appuis dans le cadre du soin

Le dispositif de soin proposé a tenté de favoriser la constitution d'appuis pour Mme. D. En effet, la fonction d'appui d'un objet ou d'un flux correspond aux traces laissées par les liaisons sensori-toniques, sous formes de représentations. Le sujet doit donc interagir régulièrement avec (Bullinger, 2007b). Cela m'a encouragé à élaborer le cadre des séances en termes de temps, d'espace, et de

relation. Ainsi qu'à proposer une forme constante d'expériences pour favoriser l'intégration progressive de repères corporels sur lesquels Mme. D peut s'appuyer.

Cet effort de stabilité était déjà à l'œuvre avant mon arrivée, ma tutrice proposait des séances à horaire et lieu fixes, ainsi qu'une régularité de trois temps dans la séance. J'ai poursuivi dans cette continuité, en ajoutant des repères temporo-spatiaux dans nos mises en mouvement, qui suscitaient une appréhension remarquable chez Mme. D pour qui bouger, se sentir agir avec son corps n'était pas si aisé. Ainsi, suite au temps d'échange au bureau, nous commençons par marcher dans la salle afin d'explorer, d'investir pour progressivement s'approprier l'espace, dans un rythme et une proximité relationnelle similaires. Puis, nous nous retrouvons au centre de la pièce après ces déplacements, marquant symboliquement un rassemblement. Enfin, nous terminions la séance allongée chacune sur le sol. Ces temps s'accompagnaient d'un flux auditif, soit d'une enveloppe sonore musicale aux structures rythmiques similaires, soutenant sa motricité en relation.

Instaurer des temps repérables et identifiables m'est apparu nécessaire pour favoriser l'association de sa mobilisation corporelle avec des sentiments de continuité d'existence et de sécurité interne, en lien avec la structuration temporelle de macrorythme et microrythme chère à Marcelli (2007). Les macrorhythmes, éléments répétitifs et stables, étaient sous-tendus par l'investissement de l'espace, la régularité temporelle et les mises en forme corporelles. Ils se complétaient aux microrhythmes, aléatoires et incertains, présents dans le jeu relationnel et dans la surprise à chaque séance de son état psychocorporel et la nécessité de m'y adapter. Cela se situe également dans la visée de favoriser l'inscription et l'intégration des expériences vécues par leur répétition, tout en rendant Mme. D actrice par la possibilité d'anticiper ce qui advient.

Enfin, l'appui institutionnel a été central, dans la mesure où la communication régulière sur son évolution clinique particulièrement instable avec son psychiatre a été fondamentale. La coordination entre les différents professionnels présents dans son parcours de soin constitue un appui thérapeutique primordial, tant pour la patiente que moi-même.

2. Du sol à la verticale : la dynamique entre l'appui, l'axe corporel et le tonus

2.1. La marche de Mme. D : se replier sur soi pour se retrouver

Dans les séances, nous commençons par nous mettre en mouvement en douceur en marchant dans l'espace et en portant notre attention sur les appuis de nos pieds sur le sol. J'observais inmanquablement une démarche contenue à petits pas dont la posture repliée vers l'intérieur prenait

la forme d'une flexion antérieure de son tronc marquée par un recrutement tonique axial, pneumatique et périphérique majeur. Ses deux bras collés contre son buste abolissant leur ballant, ses ceintures rigides ne pouvant se dissocier, son regard figé vers le sol restant agrippé à l'espace proche, ses pieds se posant si légèrement et d'un bloc sans se dérouler que ses pas étaient inaudibles... Cet ensemble me donnait l'image d'une marche robotisée, désincarnée de toute substance affective, et met en exergue une entrave à son ajustement tonico-postural.

Je me demandais précédemment si ce recrutement tonique majeur et sa posture fermée constituaient une tentative de se rassembler. Treillet et al. (2022) décrivent effectivement ces difficultés chez les patients souffrants de dépression et les associent au manque de rétrocontrôle proprioceptif, associés aux troubles du schéma corporel. De ce fait, cette tentative de rassembler ce qui semble se désunifier en termes de représentations de son corps provient-elle d'une diminution de ses perceptions proprioceptives ? En effet, comme développé précédemment, Mme. D pourrait chercher à augmenter ses afférences proprioceptives par son agrippement tonique pour compenser ce défaut de perception et de représentation de son corps.

Selon Ponton (2012), la posture de repli pourrait s'apparenter à la tentative de se restaurer en se réfugiant dans l'inaction afin de retrouver les ancrages de la sécurité. D'une façon complémentaire, Paumel propose que :

Le passage à l'acte ou le repli dépressif [...] constituent des tentatives d'expulser ou de figer ce qui ne peut être élaboré, et permettent le renforcement de limites poreuses pour se reconstituer face aux menaces internes et externes. Il s'agit alors de SE retrouver dans l'isolement ou dans la douleur face à un vécu dominé par un sentiment d'insécurité et de vulnérabilité, voire d'effraction (2015, p. 53).

Ainsi, il est envisageable que le vécu corporel de Mme. D soit empreint d'insécurité permanente. Son enveloppe corporelle ne semble pas suffisamment délimiter le dedans et le dehors du corps. La fonction de sa posture et celle de son tonus semblent ainsi liées.

Se verticaliser, se redresser sont des mouvements dirigés vers l'extérieur et l'autre. Toutefois, cet élan n'existe que si l'individu a pu se recentrer sur lui-même (Ponton, 2012). Il m'a par conséquent, semblé nécessaire de poursuivre ce travail au sol, dans le sens où Mme. D ne paraît ni disposer d'appuis suffisamment stables et solides en station debout, ni d'une perception globale de son corps pour organiser ses postures et déplacements. De ce fait, ne serait-il pas nécessaire de revenir à la base ? C'est-à-dire, de lui permettre d'éprouver la solidité du sol, tel un support sécurisant sur lequel

s'appuyer pour se redresser, à partir duquel ses mouvements fondamentaux peuvent se redéployer (Ponton, 2012). Ceci, en reprenant la logique du développement psychomoteur dans lequel le redressement par la dynamique du repoussé s'est naturellement initié. Je l'invite finalement à retrouver la mémoire de l'enfant qu'elle a été en se relevant du sol, par elle-même.

2.2. S'enrouler sur le sol, souffler, sentir son corps afin d'éprouver la solidité et la sécurité de ses appuis

Dans une continuité avec mes précédentes réflexions, je fais l'hypothèse que les sensations tactiles superficielles et profondes sur l'ensemble de la surface corporelle de Mme. D, renvoyées par une surface solide, favoriseraient la perception de son corps et de ses appuis dans leur globalité. Ceci soutiendrait sa régulation tonique en mettant son corps en forme au travers de ses schèmes primaires d'enroulement, soutenue par sa respiration. Pourrions-nous parler d'une meilleure conscience corporelle ? Toute notre sensorialité nous permet de vivre nos actes, soit de contrôler nos déplacements et nos gestes, c'est ce que Ponton nomme une : « conscience consciente primitive » (2012, p. 47). Revenir à cet état primaire, permis par notre sensorialité, en rejoignant la structure de l'ajustement entre l'appui et le repoussé, la tension et la détente, le centre et la périphérie, accordée par l'intériorité au travers de la respiration, permet au mouvement de se réaliser dans un tonus adapté: « l'intention rejoint le souffle qui sculpte la forme de la structure par laquelle le geste s'exprime donnant forme à l'espace » (Ponton, 2015, p. 191).

De cette manière, je lui propose durant de nombreuses séances de s'enrouler assise sur le sol, en regroupant ses jambes vers son buste maintenues par ses bras. Ceci, en se balançant dans un plan frontal en appui sur ses ischions pour renforcer la perception de son bassin, comme lieu de stabilité et de solidité. Je l'invite à coordonner ses mouvements à sa respiration pour les harmoniser et favoriser son sentiment d'unité. De plus, le bassin, socle de la colonne vertébrale situé au carrefour entre le bas et le haut, joue un rôle central dans la statique d'une posture et la dynamique de la marche (Ponton, 2012). Se recentrer par l'enroulement favorise la connexion entre le bassin et la tête par les mouvements de la colonne vertébrale, renforçant la perception de son axe corporel.

Ce repli sur soi n'est pas considéré comme une régression, mais est envisagé pour que Mme. D puisse se restaurer : « En nous recentrant, nous revenons au soi primitif, primordial, qui ne cesse de nous renouveler » (Ponton, 2012, p. 47). De plus, le flux du mouvement respiratoire est un moyen de retrouver le temps organique, rythmé par sa propre nécessité et offrant la conscience d'un flux qui s'inscrit dans la matière. Cela permet à Mme. D de percevoir cette temporalité immuable, garante de son sentiment de continuité d'existence. De plus, l'accompagner à percevoir la diffusion de sa

respiration dans l'espace corporel qui la contient, permet d'aborder les limites de son corps. Le volume de l'air apporte des sensations de consistance, de plein (Defontaine et al., 2014). La fin de l'expiration constitue un temps d'intériorité dans lequel la profondeur d'appui des os et la pression du poids dans le sol sont perçus : à la base d'un recentrage psychique et physique, puisque la ligne de force des abdominaux converge vers notre centre de gravité à la verticale. Ainsi abandonnée à la gravité, Mme. D perçoit ses appuis renvoyés par le sol et cet échange entre le dedans et le dehors par sa respiration : à la base d'une perception globale, en densité et en volume de son corps propre.

Ensuite, l'enroulement rassemble Mme. D en refermant l'espace de son corps autour de son centre, étape fondamentale dans l'instauration du narcissisme et de la sécurité de base (Ponton, 2012). Par la suite, elle s'allonge sur le dos en conservant cette posture d'enroulement tout en se balançant. Je propose cela, dans l'hypothèse où l'enroulement favorise une conscience corporelle unifiée. Les sensations des structures osseuses sur le sol dur apportent une perception d'appuis solides internes ainsi qu'un appui-arrière, véritable contenant sécuritaire. Effectivement, l'enroulement permet de retrouver la flexion de la position fœtale qui isole de l'extérieur par la paroi du dos (Ponton, 2012). De plus, d'après S. B. Robert-Ouvray (2004), les mouvements du bébé contraints dans un sens centripète d'enroulements partiels, le ramène à un retour à soi permanent. Cela constitue une « préoccupation fondamentale » du bébé envers ses schèmes primaires, à la base de la construction de son narcissisme et de l'expérience d'une unité motrice au gré de leurs coordinations. Simultanément, son Moi se rassemble en une première unité psychique, prémices au sentiment de continuité de vivre. Chez les adultes, reprendre ce mouvement narcissique est parfois un passage nécessaire pour qu'il se retrouve : « Nous retrouvons de nombreuses blessures et manques narcissiques à la source de ce manque de sécurité et de confiance en soi »(S. B. Robert-Ouvray, 2004, p. 46). En effet, cela apaiserait son vécu d'insécurité permanente par la perception unifiée de son corps, accordée à la restauration de son sentiment de continuité d'existence. Est-ce une voie permettant à Mme. D de réinvestir son corps afin de l'incarner davantage ? Effectivement, ces expériences revaloriseraient-elles son image du corps au travers d'une restauration narcissique ?

Pour que l'appui existe comme réponse au support du sol et remplisse son rôle de soutien, Mme. D doit laisser la pesanteur agir en déposant son poids et en abaissant son tonus (Lesage, 2021). J'observe effectivement au fil des séances un relâchement tonique progressif, particulièrement au niveau axial et pneumatique, malgré un tonus de fond élevé persistant, au niveau de ses épaules et ses bras. Toutefois, le déploiement de son amplitude respiratoire est remarquable et elle verbalise davantage les sensations perçues au niveau de ses appuis sur le sol. Même si son corps conserve un certain niveau

de tension résiduelle, elle expérimente un état d'apaisement psychique dans lequel, recentrée sur elle-même, elle se laisse doucement emporter par la détente.

2.3. Percevoir son axe corporel et se redresser

Au cours de ma partie clinique, l'intégration de l'axe corporel de Mme. D m'a interpellée et je me suis demandé si son recrutement tonique pneumatique élevé pourrait avoir la fonction de maintenir son axe et sa verticalité. Mais alors, que dire de l'axe corporel de Mme. D ?

En premier lieu, tant immobile qu'en mouvement, son recrutement tonique axial est si important que ses ceintures scapulaire et pelvienne sont rigides et figées en permanence. Son tronc est orienté vers l'avant, contenu par un recrutement tonique axial et périphérique majeur. Fréquemment, Mme. D semble compenser son défaut d'axe corporel par un recrutement tonique pneumatique important, au regard de son blocage respiratoire. Haag (2006) citée par Lobbé (2019), explique que le manque d'intégration axial induit un recrutement tonique compensatoire permanent, se traduisant par une hypertension de l'axe générant une posture difficilement maintenue dans un tonus ajusté. De plus, cette posture en avant ne fait plus coïncider l'axe du corps avec la verticale, induisant des tensions et limitant la disponibilité au mouvement (Lesage, 2012).

Effectivement, sa gestualité est pauvre, elle peine à croiser son axe et coordonner ses deux hémicorps. Son bras droit est largement surinvesti. Lorsque Mme. D tente d'organiser l'ensemble de son corps pour produire un geste adapté, son défaut d'ajustement tonico-postural et l'investissement de son regard perturbent ses coordinations. Sa posture et sa motricité perdent toute cohérence globale, comme si chaque segment corporel se mobilisait indépendamment. Rappelons que l'axe corporel est par définition une ligne qui organise et rassemble les mouvements (Lesage, 2012). Il assure le lien entre les membres inférieurs et supérieurs qu'il unifie (S. B. Robert-Ouvray, 2004). Ainsi, cette désorganisation sur les plans posturo-moteurs semble souligner un axe corporel fragile. Alors, que soutient-il comme vécu ? Au vu de son faible investissement de l'espace et de son appréhension envers l'arrière qu'elle ne peut explorer sans y fixer son regard, ainsi que des entraves à sa gestualité, il me semble que son axialité est également entravée.

Puis, je souhaite poursuivre mes hypothèses au sujet de la fonction de son regard. Le regard maintient une indépendance entre les trois centres d'équilibre formés par la tête, le bassin et les pieds (Ponton, 2015). Il semble donc conjointement lié à l'axe corporel dans la mesure où tous deux influencent l'équilibre du corps et son organisation. Ainsi, ses difficultés à déployer cette fonction par son regard peuvent être liées à la fragilité de son axe. De plus, les yeux nous donnent l'accès au sensible, le dedans

et dehors se co-engendrent dans un flux perpétuel de sensations:« nous faisant voir le monde tout en étant regardé par lui » (Ponton, 2015, p. 188). Il me semble que Mme. D se retire du monde et de la relation, tout comme elle retire son regard de son environnement : « Nous sommes le paysage auquel nous participons en l’habitant » (Ponton, 2015, p. 188). Mon malaise, lorsque je pose mon regard sur elle, me donnant l’impression de l’intruser, peut être associé à cette difficulté première de Mme. D à mettre en lien les flux internes et externes de son corps propre, et donc, à en préciser ses limites. Enfin, pour qu’elle s’inscrive dans son environnement et dans la relation, il me semble nécessaire qu’elle puisse habiter son corps et s’y repérer. C’est ainsi que l’axe corporel, les appuis et le tonus apparaissent associés. En effet, l’axe corporel et sa modulation tonique constituent en soi un appui, puisqu’il participe à la construction des représentations d’un corps différencié, et soutiennent le déploiement des conduites instrumentales (Bullinger, 2007). En d’autres termes, l’axe corporel permet de faire de l’organisme un lieu habité, c’est-à-dire : un corps.

Les séances se sont donc ensuite orientées sur le renforcement de la perception de son axe corporel en mettant son corps en forme dans les différents plans de l’espace. Ceci, en recherchant d’abord la dissociation de ses deux hémicorps en marchant avec des bâtons, ainsi que la perception des rotations, extensions et enroulements de son axe corporel apparenté à la colonne vertébrale. Effectivement, l’axe est « relié à l’expérience du mouvement, en particulier celui de la colonne vertébrale » (Ponton, 2012a, p. 52). Puis, en effectuant des mouvements de ballant de ses bras croisant son axe, associés à sa respiration. En parallèle du travail énoncé précédemment sur les appuis, nous avons ensuite exploré les différentes étapes de la construction de l’axe corporel. Suite à l’enroulement, j’ai introduit les retournements puis le repoussé afin que Mme. D se relève seule et d’elle-même avec un axe corporel et des appuis qui la soutiennent suffisamment, sans qu’elle n’ait besoin de s’agripper toniquement. En effet, l’axe corporel est garant de notre capacité à être debout et se redresser :« se relever du sol, c’est reconstruire notre verticale » (Ponton et al., 1999, p. 346). Il constitue ce qui relie notre corps et ce qui nous relie au monde, il forme notre ancrage : lieu sur lequel on s’appuie et on puise, sur lequel on trouve de l’aplomb (Lesage, 2012). De plus, le redressement n’est possible qu’à condition que le corps ait un « enracinement », repasser par ses différentes étapes renforce ainsi la confiance et solidité dans l’appui (Ponton et al., 1999):

Cette sensation « sol-idité » est d’abord intérieure, elle passe par la conscience de la partie dure, c’est-à-dire le squelette. Nous devons éviter qu’apparaisse un substitut de rigidité musculaire. Être solide, c’est ne pas être rigide, dans tous les sens du terme. (Ponton et al., 1999, p. 348)

Ainsi, le travail précédent permit à Mme. D de progressivement déposer son poids afin d'obtenir une réaction du support du sol lui apportant un recrutement tonique antigravitaire suffisant. Dans cette continuité, les retournements sont introduits par étape : d'abord en conservant une posture symétrique au sol par des mouvements de tête de droite à gauche pour projeter le regard dans l'espace, afin de s'extraire de ce retour à soi vécu dans l'enroulement. Puis, en cheminant vers des postures asymétriques en orientant nos deux bras et notre regard simultanément d'un côté et de l'autre du corps afin de mobiliser la ceinture scapulaire. Nous amenions ensuite notre bassin et nos jambes du côté opposé à nos bras et percevions la dissociation des ceintures et la torsion axiale. Jusqu'à ce que nous nous retournions, d'abord sur le côté, puis complètement.

Selon Ponton (2012), lors des retournements : la chaîne musculaire postérieure se relâche, les mouvements du bassin et du crâne se coordonnent, le regard se place et participe aux modifications de la posture, afin que les appuis s'organisent dans le repoussé. Au départ, lorsque Mme. D perdait sa posture d'enroulement pour se retourner, la dissociation de ses ceintures et la régulation de son tonus axial restaient limitées. Elle effectuait les mouvements de façon opératoire. Son bassin, sa colonne vertébrale, ses épaules jusqu'à son crâne restaient fixés sur le sol et son regard peinait à se coordonner à ses membres supérieurs. D'une part, c'est ce que Bullinger (2007) souligne lorsque l'axe est peu intégré. La mobilisation des membres supérieurs dans le champ visuel est limitée. Cela entrave les coordinations visuo-manuelles et perturbe l'orientation des mouvements dans l'espace puisque les liaisons entre les afférences visuelles et proprioceptives générées par le mouvement sont altérées. D'autre part, le retournement a été permis lorsque l'appui dos ou arrière fond s'est intégré. En effet, ressentir la résistance du support du sol, tel une limite structurante, est essentiel à la sensation de solidité en soi (Ponton, 2015). En lien avec l'axe psychique, rappelons que Bullinger (2015a) définit l'arrière fond comme un sentiment de sécurité au niveau de l'espace arrière, particulièrement du dos. Cet arrière fond lui permet de déployer des représentations en épaisseur d'un corps dont les limites sont définies, renforçant son sentiment de solidité interne.

Éprouver la solidité du sol sur lequel Mme. D a retrouvé des appuis, mais aussi percevoir davantage son axe corporel, semblent lui avoir permis de se redresser dans une dynamique nouvelle d'auto-portance. En effet, repousser un support pour se redresser permet d'éprouver la complémentarité des forces contribuant à la différenciation (Ponton, 2015). De plus, retourner au sol lui a permis de percevoir sa charpente osseuse, par un recentrage sur la sensation de solidité de sa colonne vertébrale, permettant d'ajuster plus efficacement son tonus. Mme. D a progressivement délaissé ses conduites d'agrippement. Sa respiration s'est libérée de sa fonction tonique pneumatique et son tonus axial s'est modulé. Son dos s'est relâché, sa tête et son bassin se sont coordonnés par les mouvements de sa

colonne vertébrale. Seul son tonus périphérique, au niveau de ses membres supérieurs, restait élevé. Toutefois, les représentations de son corps semblent s'étayer au travers de l'édification d'une enveloppe corporelle contenant délimitant les contours de celui-ci.

3. Une carapace tonique comme enveloppe tonique substitutive

Cette partie traite du tonus et de sa régulation, principales entraves au fonctionnement psychomoteur global de Mme. D. En effet, son recrutement tonique majeur, permanent et peu modulable se répercute sur l'adaptation de ses gestes et sa posture, les dimensions relationnelle, émotionnelle et expressive de son corps, ainsi que de ses représentations. Je tenterai d'explicitier à quelles fonctions ce recrutement tonique répond, mais également de préciser celles qu'il perturbe.

En premier lieu, précisons qu'au regard des trois différents types de tonus, il s'agit principalement d'une perturbation de régulation de son tonus de fond du côté du « trop ». A l'inverse, son tonus postural est insuffisant au regard d'une faible résistance à la poussée et de ses difficultés à maintenir son équilibre et son tronc à la verticale. Son tonus d'action est peu ajusté au niveau de ses membres supérieurs, en raison d'un tonus périphérique de fond élevé. Cela met en évidence d'importantes dysharmonies toniques. Comme explicité précédemment, le tonus de fond assure une fonction contenant. Garant de la cohésion des différentes parties du corps, il soutient le sentiment d'unité et d'individuation (S. Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2012). Ainsi, ma première hypothèse concerne un défaut de contenance chez Mme. D, et ainsi de définition de ses limites corporelles. Ce recrutement tonique peut donc être recherché comme une majoration de son enveloppe tonique lui permettant de se sentir, à minima contenue. Précisons que le mot enveloppe signifie d'après Le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (2012) : « matière ou objet souple s'adaptant à la forme de l'objet. ». Ainsi, envelopper signifie entourer, couvrir un espace en contenant ce qui se trouve à l'intérieur. L'enveloppe délimite ainsi un espace interne, séparé d'un espace externe. Cela souligne le rapport étroit entre son tonus de fond élevé, la contenance et son enveloppe, puisque le sentiment de contenance provenant du tonus est directement lié à l'enveloppe : se sentir contenue nécessite d'éprouver les limites d'un contenant.

Le recrutement tonique donne de l'épaisseur, créant une masse corporelle ressentie comme un volume et un lieu. La variation tonique et le gradient de sensation, associés, vont donner des limites corporelles, certes fluctuantes, mais qui progressivement vont se distinguer du support contenant (Bullinger, 2015b, p. 14).

3.1. Les fonctions de l'hypertonie selon Robert-Ouvray chez Mme. D

Au regard de la théorie de Robert-Ouvray (2004) sur les fonctions de l'hypertonie, je propose tout d'abord que dans le fonctionnement de Mme. D, celle-ci puisse répondre à la fonction de pare-excitation. En effet, comme l'auteure le décrit chez le bébé, Mme. D est en état d'alerte permanent. Elle réagit à chaque stimulation d'origine interne ou externe par un recrutement tonique élevé, possiblement pour s'en protéger. Cette enveloppe tonique pare-excitative semble constituer un moyen de défense archaïque. Inscrite dans sa motricité, elle perturbe le déploiement de ses conduites instrumentales ainsi que sa manière d'être au monde.

Puis, la fonction d'appétence semble répondre aux conduites d'agrippement traitées auparavant.

La fonction d'appétence [...] demeure dans une recherche plus ou moins intense de stimulations et se transforme en accrochage sensoriel avide ; le sujet sera toujours à la recherche de preuves sensorielles, sans pour autant intérioriser les aspects positifs des expériences de vie (S. B. Robert-Ouvray, 2004, p. 184).

De ce fait, sa potentielle carapace tonique semble liée à ses agrippements aux flux visuel et proprioceptif, qui peuvent tenter de lui apporter des preuves sensorielles de sa propre existence. Enfin, au regard de cette citation, nous pouvons nous demander dans quelle mesure son trouble dépressif interagit avec cette organisation tonique, étant donné que Mme. D présente un biais cognitif marqué en se concentrant majoritairement sur les aspects négatifs de sa vie.

Puis, la fonction de communication paraît entravée, puisqu'elle demeure relativement instable. L'auteure précise que l'hypertonie coupe le passage des informations entre le dedans et le dehors. Ce qui semble se traduire par ses difficultés à percevoir, identifier et nommer ses ressentis, ainsi qu'à s'accorder à l'autre sur les plans tonico-émotionnels.

Ensuite, au regard de la réduction de ses signaux moteurs, émotionnels, mais globalement de l'ensemble de sa communication non-verbale et de la faible expressivité de ses mouvements, la fonction normative semble perturbée. J'ai moi-même eu le sentiment que Mme. D était complètement enfermée, repliée sur elle-même et coupée du monde qui l'entoure.

Enfin, la fonction d'enveloppe tonique définissant les limites entre le corps et le psychisme semble précaire, et ainsi, continuellement recherchée puisqu'elle ne répond pas à sa fonction première de rassemblement des parties du corps, qui s'instaure au gré de la mise en place des coordinations, aujourd'hui largement perturbées. De plus, son enveloppe psychique m'apparaît confuse. En effet, ses

limites entre soi et l'autre me questionnent au regard de mon ressenti à son contact, mes questionnements sur le toucher, mais également dans son histoire et ses propos laissant parfois entendre une recherche de relation fusionnelle, notamment avec son fils.

De cette manière, le recrutement tonique élevé de Mme. D semble assurer une fonction pare-excitative et majore son enveloppe tonique, là où toutes les autres fonctions de l'hypertonie sont tronquées. De ce fait, ses états toniques permanents et inadaptés semblent correspondre à une véritable carapace tonique ayant des conséquences majeures sur son fonctionnement.

3.2. Une carapace tonique entravante, mais nécessaire pour se sentir dure et solide

Débutons cette partie par la description de l'installation de la carapace tonique dans la petite enfance, en rapport avec la qualité de l'ajustement avec l'environnement. D'après S. B. Robert-Ouvray (2004, p. 185), un enfant en insécurité émotionnelle face à un parent imprévisible ou incohérent, expérimente la frustration de manière répétée « sur un mode hypertonique dur de souffrance ». L'installation de la paroi tonique peut créer un déséquilibre entre les expériences vécues de détente et de tension. L'enfant appréhende la détente comme un précurseur de la tension, la rendant menaçante. La permanence de l'objet et le sentiment de continuité de vivre ne peuvent s'intégrer au regard de l'échec à l'instauration de ce premier rythme.

Projeté-collé à sa mère par son hypertonie-affective, il est « greffé » sur sa mère dans une identification adhésive. [...] Le sujet sans appui interne désinvestira tous ses liens objectaux dans un repli narcissique plus ou moins mortifère. La paroi tonique anesthésie le sujet qui ne se sent plus compris (S. B. Robert-Ouvray, 2004, p. 186).

Au regard de cette citation et de l'histoire de Mme. D, il me semble important de soulever qu'une diminution de son tonus de fond serait potentiellement à risque de déclencher de massives angoisses ; la détente peut être menaçante. Il m'apparaît ainsi avoir été contre-productif de lui proposer la méthode de relaxation Jacobson. Au lieu de favoriser un état d'apaisement tonico-émotionnel, elle a potentiellement induit une majoration de ses angoisses, par l'annulation des sensations proprioceptives apportées par ses contractions, pouvant altérer la conscience de son bras. Nous avons évoqué la possibilité que son sentiment de continuité d'existence puisse être fragile et compensé par ses agrippements. Rappelons que Bick (1968), citée par Anzieu (1995) décrit qu'un défaut d'introjection d'un objet contenant entraîne le bébé à s'accrocher à des sensations maintenant provisoirement l'illusion d'un rassemblement, participant à son sentiment d'être. Ainsi, son recrutement tonique semble lui permettre de se sentir exister et unifiée, au travers des sensations

générées qui la rassurent. En « attaquant » sa carapace, j'ai probablement mis à mal ses défenses toniques. Cela affirme donc les hypothèses quant à ses conduites d'agrippement envers son tonus : « Le corps avec ses propres armes, aux prix d'efforts intenses, tente de pallier le manque de sécurité interne » (Potel Baranes, 2015, p. 118). L'hypervigilance citée précédemment est constante, à l'image d'un monde extérieur menaçant dont elle doit se protéger. L'hypertonie lui permettrait de sentir le dur de son corps, là où l'hypotonie est évitée puisqu'elle la ramène à des émotions intolérables (S. B. Robert-Ouvray, 2004). En effet, la cuirasse musculaire permet au sujet de lutter contre ses émotions et certaines sensations, comme l'angoisse (Valantin, 1997). Par la suite, la dimension relationnelle particulière de Mme. D, son besoin d'étayage voire de collage exact à mon corps, me fait penser à l'identification adhésive décrite par Robert-Ouvray (2004). Pour terminer, la fin de sa citation me semble très juste et pertinente chez Mme. D, qui, extrêmement seule, repliée sur elle-même, a complètement désinvesti ses liens à autrui et au monde. Il ne lui reste effectivement plus que son fils et son chien, lui-même personnifié.

Finalement, cette paroi tonique que décrit Robert-Ouvray (2004) formerait la matrice à ce que Bick (1968) nomme la seconde peau musculaire. C'est ce que je qualifie de carapace tonique, en référence à Bullinger (2015b). Cette paroi étanche anesthésie le sujet, qui se retrouve sans aucun repère interne. De nombreuses séances ont été nécessaires pour qu'elle nomme ses sensations, c'est donc probable, qu'à la base même, celles-ci n'étaient ni identifiées, ni perçues. Son corps n'existait que par la douleur et la tension, seules sensations acceptables et tolérables.

3.3. La douleur : une enveloppe de souffrance

Dans ma partie clinique, je décris les difficultés rencontrées par Mme. D à éprouver son corps de manière globale et unifiée. Elle ne semblait le ressentir qu'au travers de la douleur et de la tension : seules sensations verbalisables, seules sensations semblant exister. Je me suis donc demandé si cela constituait une manière de restituer la fonction contenante de sa peau au travers d'une enveloppe réelle de souffrance. Et dans la mesure où cette fonction de contenant est entravée, comment s'inscrivent et s'intègrent l'ensemble de ses sensations ?

En premier temps, Mme. D est très douloureuse, d'autant plus lorsque sa thymie est basse. Ses douleurs semblent avoir tant une origine psychosomatique que physiologique, rappelons que Mme. D présente des douleurs chroniques rhumatismales. Selon Anzieu (1995), la douleur physique menace les possibilités d'intégration du psychisme dans le corps : « Elle prend toute la place et je n'existe plus en tant que Je : la douleur est » (Anzieu, 1995, p. 228). Elle menace les fonctions de pare-excitation et d'inscription des traces signifiantes du Moi-Peau. Précisons que le Moi-Peau désigne : « une figuration

dont le moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps »(Anzieu, 1995, p. 61). Ainsi, la douleur fragilise l'intégrité de son enveloppe et l'inscription des sensations à sa surface. Par ailleurs, sa carapace tonique peut être en partie consécutive à ses douleurs, c'est notamment ce qu'elle m'a verbalisé.

En second temps, nous pouvons penser la douleur comme une manière lui permettant de se réapproprier son corps : investir un corps douloureux reconstitue une enveloppe substitutive apportant un sentiment de sécurité dans sa propre peau. La douleur participe au maintien du sentiment de continuité d'existence, elle certifie d'être en vie en maintenant la conscience de soi. Ses signaux sensoriels identifiables re-matérialisent le corps, le réincarnent. Enfin, la douleur devient un contenant, qui délimite le dedans et le dehors du corps. Elle étaye ainsi une dimension réflexive chez le sujet, qui se sent en même temps qu'il se perçoit souffrant (Fradet-Vallée, 2008). Dans le discours de Mme. D et sa façon d'habiter son corps, la douleur est omniprésente. Comme le suggère l'auteure, la douleur semble constituer une forme d'ancrage identitaire. Finalement, son défaut premier d'enveloppe semble compensé par des enveloppes substitutives toniques et de souffrance au travers de la douleur, conjointement liées. Notons que l'expression « enveloppe de souffrance » provient d'Enriquez (1984), citée par Anzieu (1995).

De cette manière, il me semble important de considérer ces enveloppes substitutives comme des mécanismes d'adaptation nécessaires au fonctionnement quotidien de Mme. D. À l'origine de sa carapace tonique, Mme. D m'apparaît s'agripper à ses sensations, afin de se sentir d'une façon dure et forte, c'est-à-dire solide dans son tonus et la douleur. Tandis que cette dernière la rigidifie, appauvrit ses affects et son expressivité, elle la protège des angoisses et assure un sentiment de continuité d'existence. Mais cet apaisement n'est valable qu'à court terme (Potel, 2021). De ce fait, je ne pense pas qu'il soit bénéfique que Mme. D désinvestisse totalement sa carapace tonique, mais l'accompagner à ce qu'elle devienne plus modulable et souple, afin qu'elle impacte moins son fonctionnement global me semble plus pertinent.

4. Pour ne pas conclure : Au-delà des appuis, de l'axe, du tonus et de l'enveloppe...le devenir sujet

« Le corps est quant à lui à entendre comme construction, intégration d'un lieu que nous investissons et par lequel nous habitons le monde » (B. Lesage, 2012, p. 33).

Au cours de ce suivi, j'ai été sensible à l'évolution de l'expression de Mme. D dans sa façon d'habiter son corps, l'espace et le monde dans sa globalité. Au départ, je me suis heurté à ce qui me faisait vivre et ressentir le néant, un vide profond dans un espace-temps suspendu ; et cela me sidérait. Puis, je me suis demandé comment Mme. D pourrait habiter son corps, si au départ même, il n'y a pas de corps repéré à habiter. Alors, comment rendre ce lieu habitable et lui définir des limites ?

Je me suis inspirée de Bullinger qui s'intéresse davantage à la fonction de ressource du symptôme, pour saisir à quel besoin le comportement répond afin de proposer une autre façon de le satisfaire (Livoir-Peterson, 2022). Assouplir sa carapace tonique en adoptant de nouvelles possibilités de modulation est important. Mais si celle-ci constitue une enveloppe substitutive et protectrice, l'objectif final ne serait-ce pas que Mme. D développe une enveloppe contenant délimitant son corps au sein de limites définies ? Ainsi, quels rôles adoptent ici les appuis et l'axe corporel ?

La densification jouée par le recrutement et l'organisation tonique, contenue par une limite, se structure autour d'un axe qui donne une cohérence d'ensemble. En ce sens l'axe n'est pas un des éléments de l'édifice corporel, il est la condition de son unification et de son orientation (Lesage, 2012a, p. 35).

Il apparaît évident qu'en favorisant la perception de l'axe corporel de Mme. D et sa régulation tonique, nous abordons de manière indissociable la constitution de son enveloppe. De ce fait, afin de rendre son corps habitable, il semble nécessaire que celui-ci soit défini au sein de limites et structuré autour d'un axe. Pour cela, le concept d'appui est important : « Avec la dialectique appui-Poids-repoussé et la différenciation dedans-dehors, l'axialité est un des fondamentaux de la structuration psychocorporelle » (Lesage, 2012a, p.1). Mme. D ne peut maintenir son axe, tout comme elle ne peut habiter son corps et donc le monde. Son équilibre est précaire, elle n'a que très peu d'appuis au sol et ses schèmes de repoussé sont déficitaires. Elle tente ainsi de s'agripper en rigidifiant son axe, ses épaules, ses bras et coupant sa respiration. Cette défense tonique désorganise l'ensemble de ses conduites instrumentales et la coupe de la relation. Ainsi, l'enjeu de ce suivi a consisté à déployer des appuis permettant à Mme. D de me rencontrer sans disparaître, soit, de ne plus s'agripper à son tonus par une modulation progressive et la perception de son axe.

D'après Lesage (2012a), l'axialité se construit en lien avec l'intégration de l'espace dans des notions de limites, de contenance, de relation entre le centre et la périphérie, mais également de tonicité. Il m'apparaît ainsi évident d'associer l'axialité à l'enveloppe corporelle, délimitant les contours de l'espace du corps. En effet, l'axe rassemble toutes les parties du corps, et distingue l'intérieur de l'extérieur. D'après Bullinger (2007b), il se construit progressivement en lien avec un ajustement

tonique permanent, dépendant des sources d'appui présentes dans l'environnement. C'est ce que le dispositif de soin mis en place a tenté d'apporter : des appuis sensoriels, tonico-émotionnels, relationnels et tempo-spatiaux offrant des repères stables sur lesquels Mme. D peut s'appuyer, afin d'évoluer avec un sentiment de continuité d'existence. Il a contribué à assurer et à maintenir une contenance suffisante, lui permettant de se sentir exister, unifiée et différenciée sans s'agripper.

Ainsi, ce travail sur les appuis et son axe a permis d'enrichir son activité perceptive. Elle a progressivement perçu, puis s'est représenté ses états toniques à l'œuvre de sa carapace tonique. À partir de là, sa régulation est devenue plus efficiente transformant le cercle vicieux en vertueux : les appuis trouvés dans les séances et ses expériences corporelles soutenues par la relation et le dialogue tonico-émotionnel, lui ont permis d'éprouver d'autres états toniques. Ces perceptions ont favorisé l'édification de représentations, afin qu'elle agisse volontairement sur ses moyens de défense archaïques, en les modulant progressivement. Mme. D présentait une plus grande présence à ses sensations, pendant que l'action se déroulait, afin d'ajuster sa posture, moduler son tonus, préciser la fonction de son regard et de ses appuis. Sa marche a gagné en souplesse, en équilibre et en verticalité. Mme. D s'appuie sur un ancrage au sol plus soutenu et sur son axe corporel autour duquel s'organisent et se coordonnent plus harmonieusement ses mouvements.

Toutefois, cela peine encore à se généraliser à l'extérieur, signant des représentations de son corps encore fragiles et la persistance d'un vécu d'insécurité. De plus, ces évolutions restent encore très dépendantes de son état thymique, et ses rechutes fréquentes limitent le processus d'intégration. De cette manière, Mme. D semble avoir besoin de conserver cette carapace tonique et ne pourra probablement pas la désinvestir totalement, au risque de se retrouver à nu, sans aucune défense. Cependant, cette prise de conscience de son fonctionnement lui permet de déployer progressivement des capacités de modulation au quotidien. Finalement, la perception et l'intégration de son axe corporel et de ses appuis, semblent avoir favorisé son processus d'instrumentalisation, soit, la construction progressive de sa subjectivité : « le fait de se pressentir et se présenter en tant que sujet, face à d'autres sujets » (B. Lesage, 2012, p.38). Mme. D a pu évoluer d'un rapport opératoire, désincarné à son corps vers un lieu habitable et différencié, à partir duquel elle peut commencer à s'ouvrir au monde et à l'autre.

CONCLUSION

Conclusion

L'immersion en psychiatrie adulte au cours de ce stage a été une expérience très enrichissante. J'ai été spécifiquement interpellée par Mme. D. Son corps m'est apparu être le siège et le lieu de l'expression de sa souffrance psychique. Abandonné, désinvesti, douloureux, raide... sont autant de mots qualifiant son corps ou l'absence de celui-ci. Cette prise en soins a ainsi nourri mes réflexions, et m'a sans cesse questionné dans mon positionnement, m'amenant à construire et étayer au fil des séances ma future posture professionnelle. L'objectif de ce mémoire est de répondre à la problématique suivante : **en quoi renforcer les appuis et la perception de l'axe corporel permettrait-il à une patiente adulte dépressive de désinvestir sa carapace tonique ?** Au cours de ma réflexion théorico-clinique, j'ai perçu qu'en articulant les conduites d'agrippement à l'axe corporel et à la carapace tonique, ces trois concepts tendent à se rejoindre autour de problématiques psychocorporelles qui s'inter-influencent continuellement.

Tout d'abord, l'ensemble des conduites d'agrippement à ses sensations proprioceptives générées par son tonus élevé, à son activité intellectuelle, au flux visuel et à la relation m'ont finalement semblé répondre à une faible perception et donc représentation de son corps. Son sentiment de continuité d'existence m'est apparu fragile, et Mme. D tentait corporellement de se rassembler en adoptant une posture de repli et en s'agrippant à sa carapace tonique. Cet ensemble paraît souligner un vécu corporel empreint d'insécurité, un défaut de contenance, de même qu'une enveloppe corporelle poreuse ne délimitant pas suffisamment l'intérieur de l'extérieur de son corps. Ainsi, le dispositif de soin proposé et mon propre engagement corporel en relation ont permis à Mme. D d'éprouver progressivement son corps de façon différencié et unifié, afin de moduler son tonus, préciser ses appuis et s'organiser autour de son axe. En effet, en retournant au sol, Mme. D a pu en ressentir la résistance comme un support solide sur lequel elle a redéployé ses schèmes primaires de l'enroulement au redressement. Réexplorer ses appuis, percevoir son bassin et sa colonne vertébrale ont concouru à structurer la perception de son axe. Ce retour à soi dans un cadre relationnel et spatio-temporel repéré et sécurisant, lui a permis de s'éprouver sur des modes sensoriels et toniques différents, afin d'assouplir sa carapace tonique. Nourrir son processus perceptif puis représentatif de son tonus et plus largement de la globalité de son corps, par ses appuis et son axe, ont semblé favoriser l'édification d'une ébauche d'enveloppe corporelle associée à un sentiment de continuité d'existence. Mme. D s'est finalement redressée d'elle-même, soutenue par ses appuis, son axe corporel et sa modulation tonique sans avoir besoin de s'agripper. Ses conduites instrumentales ont commencé à se

déployer, marquant une nouvelle forme d'investissement de son corps, qu'elle semble davantage incarner et habiter, permettant à l'expression de se libérer.

Toutefois, l'investissement de cette carapace tonique n'est pas anodin et répond notamment à des fonctions pare-excitatives et d'enveloppe tonique substitutive. Ce moyen de défense lui permet de lutter contre certaines émotions comme l'angoisse, tandis qu'il assure simultanément une conscience corporelle unifiée et participe à son sentiment d'être. Perdre cette maîtrise d'elle-même par un abaissement tonique n'est pas sans risque. Mme. D semble se sentir solide dans la tension et la douleur, mais elle apparaît dans un dilemme : tenter d'éprouver son corps unifié et différencié, se sentir protégée tout en étant coupée de ses sensations, mais s'efforcer de résister. Cette carapace tonique semble contenante, protectrice et solide. Toutefois, elle entrave ses perceptions et représentations de son corps, son organisation posturale et gestuelle, sa relation à autrui et son ouverture au monde. Ainsi, j'ai pris conscience, au fur et à mesure de ce suivi, qu'il n'est sûrement pas envisageable qu'elle la désinvestisse totalement, mais que le travail en psychomotricité peut consister à lui offrir d'autres manières de se sentir solide, protégée et contenue. Cependant, je me suis heurtée à l'instabilité de son état clinique, limitant l'intégration de ses expériences corporelles et des appuis. Cela souligne que le processus engagé s'inscrit sur le long terme et qu'elle a besoin de temps pour se sentir soutenue et contenue dans son corps propre, de manière à ne plus vivre sur un mode défensif, afin d'être en mesure d'abaisser ses états toniques sans danger.

Finalement, de nouveaux questionnements sont apparus au cours de ce suivi, ce qui m'a ainsi demandé d'orienter mes réflexions sans pouvoir traiter de l'intégralité de ses difficultés. Je n'ai effectivement pas considéré le trouble de la personnalité borderline, car celui-ci n'est actuellement pas diagnostiqué ; ni élaboré davantage sur ses conduites suicidaires car Mme. D s'est progressivement stabilisée sur ce plan. Néanmoins, ils m'ont tout de même semblé interagir avec sa prise en soins et son évolution. Puis, une autre dimension me semble importante à considérer, particulièrement celle du traumatisme et de ses conséquences sur l'image du corps et les défenses toniques de Mme. D. En effet, elle a vécu de nombreux événements traumatiques au cours de sa vie, dont certains répétés sur son corps au regard de ses opérations, les violences sexuelles et conjugales, son accident de voiture à l'âge de dix ans. Ils semblent s'être largement inscrits sur son corps dont ils ont menacé l'intégrité. Finalement, il me semble qu'en complémentarité d'un travail psychothérapeutique abordant le traumatisme, l'évolution du projet d'intervention en psychomotricité appréhendant sous cet angle la précarité de son enveloppe corporelle, sa faible continuité d'existence, ainsi que ses troubles de l'image du corps pourrait participer à consolider le travail réalisé sur sa régulation tonique, et finalement, étayer l'émergence de sa subjectivité.

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie

- ABSM, & Bullinger, A. (2022). *La fonction proprioceptive. De la construction d'un ancrage corporel au sentiment d'exister*. Érès; Cairn.info. <https://www.cairn.info/la-fonction-proprioceptive--9782749274829.htm>
- Albaret, J.-M., & Feuillerat, B. (2018). Sémiologie du tonus. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (p. 142-159). De Boeck Supérieur; Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/dbu.albar.2017.01.0142>
- American psychiatric association. (2015). *DSM 5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (M.-A. Crocq & J.-D. Guelfi, Trad.; 5e éd). Elsevier Masson.
- Amiel-Tison, C. (2002). *Neurologie périnatale* (2e éd). Masson.
- Anzieu, D. (1995). *Le moi-peau*. Dunod.
- Bachollet, M.-S., & Marcelli, D. (2010). Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements. *Enfances & Psy*, 49(4), 14-19. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/ep.049.0014>
- Berthoz, A. (1997). Chapitre 2. Le sens du mouvement : Un sixième sens ? In *Le sens du mouvement* (p. 31-64). Odile Jacob; Cairn.info. <https://www.cairn-sciences.info/le-sens-du-mouvement--9782738104571-p-31.htm>
- Buffet, C., Delmas, V., Frottier, J., Giudicelli, C. P., Maquart, F.-X., Michaux, J.-L., Morvan, G., Olié, J.-P., Rodhain, F., Rouëssé, J., Veitia, R., & Wémeau, J.-L. (2024). Humeur. In *Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine*. <https://www.academie-medecine.fr/le-dictionnaire/index.php?q=humeur>
- Bullinger, A. (2007a). La genèse de l'axe corporel, quelques repères. In *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars* (p. 136-143). Érès; Cairn.info. <https://www.cairn.info/le-developpement-sensori-moteur-de-l-enfant-et-ses--9782749203072-p-136.htm>

- Bullinger, A. (2007b). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars. Un parcours de recherche*. Érès; Cairn.info. <https://www.cairn.info/le-developpement-sensori-moteur-de-l-enfant-et-ses--9782749203072.htm>
- Bullinger, A. (2015a). Approche sensori-motrice du développement du bébé : Problèmes actuels. In *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars* (p. 57-70). Érès; Cairn.info. <https://www.cairn.info/le-developpement-sensori-moteur-enfant--9782749248103-p-57.htm>
- Bullinger, A. (2015b). L'enfant avec un trouble envahissant du développement (ted). In *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars* (p. 95-111). Érès; Cairn.info. <https://www.cairn.info/le-developpement-sensori-moteur-enfant--9782749248103-p-95.htm>
- CNRTL. (2012). *ENVELOPPE*. Centre Nationale des Ressources Textuelles et Lexicales. <https://www.cnrtl.fr/definition/enveloppe>
- Coeman, A., & Raulier H de Frahan, M. (2004). *De la naissance à la marche : Le développement psychomoteur de l'enfant tel que présenté dans les formations pour les psychomotriciens et le personnel de la petite enfance*. ASBL Étoile d'herbe.
- Defontaine, D., Daudin, M., Coutier, D., & De Montleau, F. (2014). Traumatisme psychique et vacillement des repères identitaires-Illustration d'une prise en charge conjointe par le psychiatre et le psychomotricien. *Thérapie Psychomotrice et Recherches*, 179, 68-77.
- De Passemar, D. (2013). *Soigner la dépression en psychomotricité : prendre conscience de son corps, aller à la rencontre de soi, devenir sujet*. [Mémoire de psychomotricité, Université Pierre et Marie Curie]. Dumas. dumas-00936033f
- Fradet-Vallée, Y. (2008). La souffrance comme enveloppe substitutive pour un corps et un psychisme effractés. *Thérapie Psychomotrice et Recherches*, 154, 48-55.

- Giromini, F., Albaret, J.-M., & Scialom, P. (2015). *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Tome 2 : Méthodes et techniques*. De Boeck Supérieur; Cairn.info. <https://www.cairn.info/manuel-d-enseignement-de-psychomotricite-tome-2--9782353273041.htm>
- Juillard, A. (2019). « Tonus, quand tu nous lies ». *Thérapie Psychomotrice et Recherches*, 186(2), 196-205. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/tpr.186.0196>
- Larousse. (s. d.-a). Ancrage. In *Larousse en ligne*. Consulté 3 mai 2024, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/ancrage/3341#:~:text=Action%20d'ancrer%20quelque%20chose,parti%20dans%20la%20vie%20politique.>
- Larousse. (s. d.-b). Appui. In *Larousse en ligne*. Consulté 3 mai 2024, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/appui/4792>
- Larousse. (s. d.-c). Support. In *Larousse en ligne*. Consulté 3 mai 2024, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/support/75529#:~:text=grains%20d'abrasif.-,support%20n.m.,soutient%20un%20objet%20pos%C3%A9%20dessus.>
- Lehmann, J.-P. (2007). Holding et Handling. In *La clinique analytique de Winnicott* (p. 170-206). Érès; Cairn.info. <https://www.cairn.info/la-clinique-analytique-de-winnicott--9782749201160-p-170.htm>
- LeRobert. (2023). Étymologie grecque. In *LeRobert Dico en ligne*. <https://dictionnaire.lerobert.com/guide/etymologie-grecque>
- LeRobert. (2024). Contenance. In *LeRobert Dico en ligne*. <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/contenance>
- Landaïs, M. (2019). *Se relâcher ? C'est risqué ! L'accompagnement en psychomotricité d'un adolescent diagnostiqué " Trouble Envahissant du Développement " sur le chemin d'un relâchement tonique*. [Mémoire de psychomotricité, Université Pierre et Marie Curie]. Dumas. dumas-02273924

- Le jeune, (M). (2022). « *Détends tes bras et charge tes pieds !* » *L'escalade comme moyen de passer de l'agrippement à l'appui pour favoriser le sens de soi chez un patient schizophrène*. [Mémoire de psychomotricité, Université Claude Bernard Lyon 1].
- Lesage, B. (2012). Axial'poursuite : Axe et spatialité. In *Jalons pour une pratique psychocorporelle* (p. 147-170). Érès; Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/eres.lesag.2012.01.0147>
- Lesage, B. (2021). *Un corps à construire : Tonus, posture, spatialité, temporalité*. Éditions Érès.
- Livoir-Petersen, M.-F. (2011). De l'organisme au corps dans l'approche sensori-tonique du développement. *Contraste*, 34-35(1-2), 93-132. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/cont.034.0093>
- Livoir-Petersen, M.-F. (2022). André Bullinger et la question du dualisme. Les indications de soins en Psychomotricité à la lumière de l'Approche Sensori-Motrice du Développement. *Thérapie Psychomotrice et Recherches*, 186(2), 8-23. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/tpr.186.0008>
- Lobbé, J. (2019). Chapitre 16. L'axe psychique. In *Autisme, corps et psychomotricité* (p. 109-115). Dunod; Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/dunod.pirey.2019.01.0109>
- Marcelli, D. (2007). Entre les microrhythmes et les macrorhythmes : La surprise dans l'interaction mère-bébé. *Spirale*, 44(4), 123-129. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/spi.044.0123>
- Nemes, L. (2007). Importance de la théorie de l'agrippement dans la psychologie du développement et dans la psychothérapie d'enfant. *Le Coq-héron*, 188(1), 73-79. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/cohe.188.0073>
- OMS. (2023, mars 31). *Principaux repères sur la dépression*. Organisation Mondiale de la Santé. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- OMS. (2024, janvier). *6A73 Trouble anxieux et dépressif mixte*. CIM-11 pour les statistiques de mortalité et de morbidité en ligne. <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/fr#314468192>
- Patroix, V. (2020). *Appuis psychocorporels et dynamique psychomotrice : réflexion sur l'expérience corporelle en thérapie psychomotrice auprès d'enfants suivis en Centre Médico-Psycho-*

Pédagogique. [Mémoire de psychomotricité, Université Pierre et Marie Curie]. Dumas.

dumas-02939562f

Paumel, C. (2015). Les maux pour le dire : Un parcours de thérapie psychomotrice auprès d'une jeune adulte état-limite. *Thérapie Psychomotrice et Recherches*, 182, 48-61.

Pépin, M. (2017). *D'un bloc je suis, solide je reste : thérapie psychomotrice auprès d'enfants présentant des troubles du comportement et abordant une carapace tonique*. [Mémoire de psychomotricité, Université Pierre et Marie Curie]. Dumas. dumas-01615643

Peretti, C.-S. (2013). *Comprendre et soigner la dépression*. Elsevier Masson.

Pireyre, É. W. (2015a). Chapitre 4. La continuité d'existence. In *Clinique de l'image du corps* (p. 51-58). Dunod; Cairn.info. <https://www.cairn.info/clinique-de-l-image-du-corps--9782100721863-p-51.htm>

Pireyre, É. W. (2015b). Chapitre 9. Le tonus. In *Clinique de l'image du corps* (p. 99-112). Dunod; Cairn.info. <https://www.cairn.info/clinique-de-l-image-du-corps--9782100721863-p-99.htm>

Pireyre, É. W. (2021a). Chapitre 1. Définitions. In *Clinique de l'image du corps: Vol. 3e éd.* (p. 11-32). Dunod; Cairn.info. <https://www.cairn.info/clinique-de-l-image-du-corps--9782100794911-p-11.htm>

Pireyre, É. W. (2021b). Chapitre 11. L'effondrement et l'anxiété d'effondrement. In *Clinique de l'image du corps: Vol. 3e éd.* (p. 155-167). Dunod; Cairn.info. <https://www.cairn.info/clinique-de-l-image-du-corps--9782100794911-p-155.htm>

Pireyre, E. W. (2021). Le schéma corporel (2) : Données actuelles et définition. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 69(8), 415-421. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2021.07.004>

Ponton, G. (2012). Debout. *Thérapie psychomotrice et Recherches*, 172, 46-61.

Ponton, G. (2015). Souffle, forme, expression. *Thérapie Psychomotrice et Recherches*, 182, 182-193.

Ponton, G., Albert, D., David, L., Placines, B., Sanou, J., Kervinio, C., & De La Fournière, F. (1999).

Apprendre à se relever du sol après une chute—Se motiver à construire son devenir : Un lien

- psychomoteur. In J. Péliissier, J.-M. Jacquot, & D. Strubel, *La chute de la personne âgée* (p. 390). Elsevier Masson.
- Potel Baranes, C. (2015). *Du contre-transfert corporel. Une clinique psychothérapique du corps*. Érès; Cairn.info. <https://www.cairn.info/du-contre-transfert-corporel--9782749247830.htm>
- Robert-Ouvray, S. B. (2004). *Intégration motrice et développement psychique : Une théorie de la psychomotricité* (2e éd. révisée). Desclée de Brouwer.
- Robert-Ouvray, S. B. (2007). *L'enfant tonique et sa mère* (Nouvelle éd.). Desclée de Brouwer.
- Robert-Ouvray, S., & Servant-Laval, A. (2012). Chapitre 5. Le tonus et la tonicité. In *Manuel d'enseignement en psychomotricité* (p. 161-199). De Boeck Supérieur; Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/dbu.albar.2012.02.0161>
- Thomas, A., & de Ajuriaguerra, J. (1948). *André-Thomas ... Et J. de Ajuriaguerra ... L'Axe corporel, musculature et innervation, étude anatomique, physiologique et pathologique*. Masson. https://books.google.fr/books?id=r_5XQwAACAAJ
- Treillet, L., Annehei, N., Siegrist, I., & Ott, M. (2022). Chapitre 5. Éléments de sémiologie psychomotrice à partir d'un examen psychomoteur standardisé. In *Psychomotricité en psychiatrie adulte* (p. 116-164). De Boeck Supérieur; Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/dbu.leco.2022.01.0116>
- Valantin, S. (1997). Le caractère et son armure : À propos de Wilhelm Reich: *Revue française de psychosomatique*, n° 11(1), 133-150. <https://doi.org/10.3917/rfps.011.0133>
- Winnicott, D. W., Sauguet, H., & Kalmanovitch, J. (1989). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Payot.

TABLE DES ANNEXES

Table des annexes

Annexe 1: Dessin du corps réalisé par Mme. D lors du bilan en mai 2023

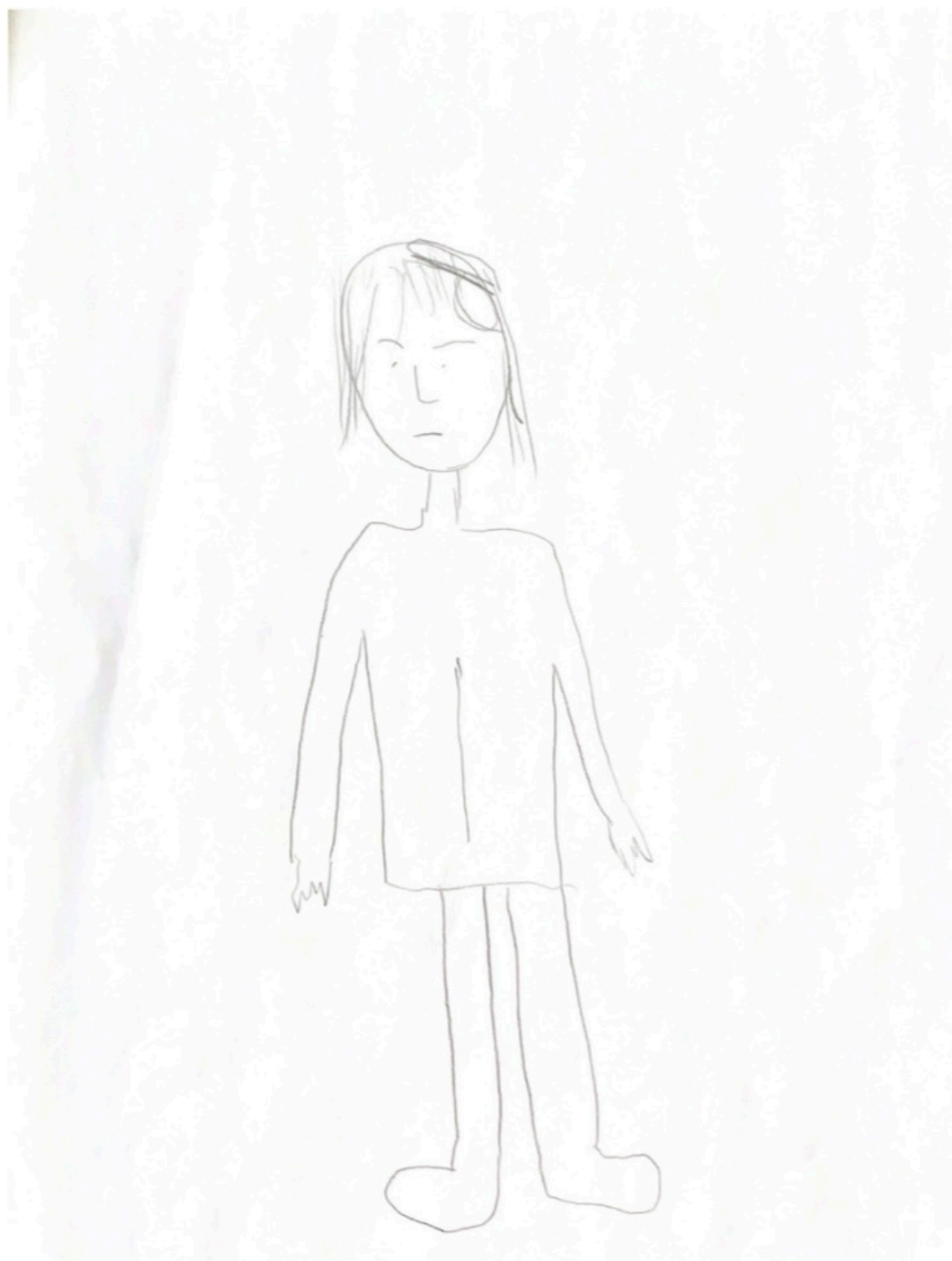
Annexe 2: Dessin du corps de Mme. D réalisé le 11 mars 2024

Annexe 3: Dessin du corps de Mme. D réalisé le 25 mars 2024

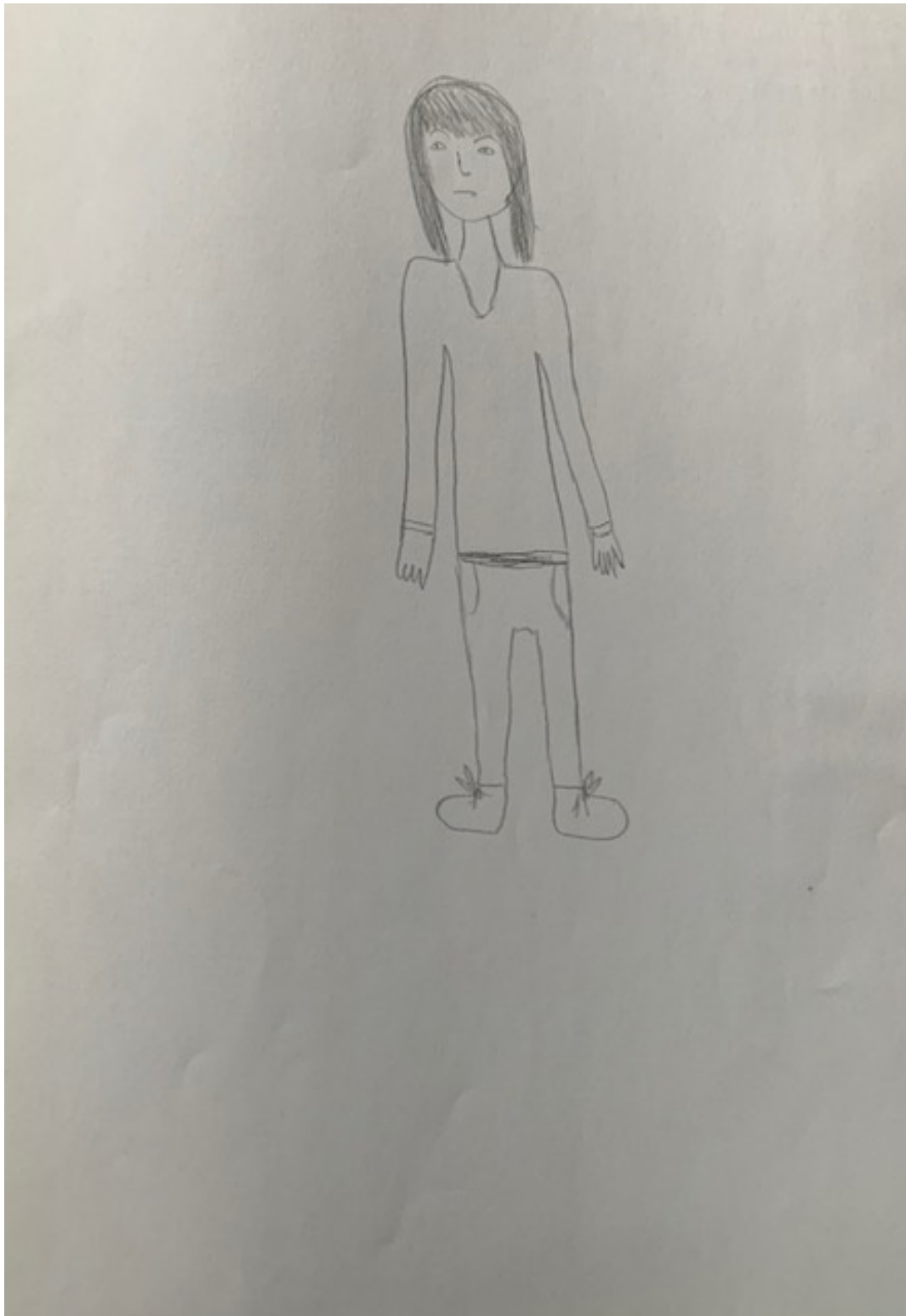
Annexe 4: Salle de psychomotricité 1

Annexe 5: Salle de psychomotricité 2

Annexe 1: Dessin du corps réalisé par Mme. D lors du bilan en mai 2023



Annexe 2: Dessin du corps de Mme. D réalisé le 11 mars 2024



Annexe 3: Dessin du corps de Mme. D réalisé le 25 mars 2024



Annexe 4: Salle de psychomotricité 1



Annexe 5: Salle de psychomotricité 2



Auteur : Léa PORTIER

Titre : Emmurée dans ma carapace tonique, protégée je suis. Soutenue par un axe corporel et des appuis, solide je reste.

Mots - clés

Carapace tonique – Tonus - Régulation tonique - Axe corporel – Appui – Agrippement - Dépression

Tonic Shell – Tone - Tonic Regulation - Body Axis – Support – Grip - Depression

Résumé :

Dans la dépression, les troubles de la régulation tonique sans séquelle neurophysiologique sont fréquents. Les sujets présentent couramment un faible ajustement tonico-postural et une difficulté à déployer leur axe. En rencontrant Mme. D, une patiente de 57 ans dans mon stage en Centre Médico-Psychologique, les relations entre son recrutement tonique permanent, que j'ai nommé la carapace tonique, ses conduites d'agrippement et la fragilité de son axe corporel m'ont interpellée. Dans ce mémoire, je propose une meilleure compréhension de la carapace tonique et de l'accompagnement à sa régulation, en déployant diverses sources d'appuis et en renforçant la perception de l'axe corporel.

In depression, tonic regulation disorders without neurophysiological sequelae are common. Subjects commonly exhibit poor tonic-postural adjustment and difficulty in deploying their axis. When I met Mrs. D, a 57-year old woman during my internship in a Medical-Psychological Center, I was struck by the relationship between her permanent tonic recruitment-which I called the tonic shell - her clinging behaviors and the fragility of her body axis. This dissertation proposes an analysis towards a better understanding of the tonic shell and how to support its regulation, by deploying various sources of support and reinforcing the perception of the body axis.