



<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

« Nous sommes peu de choses intérieurement, c'est fragile sans peau et muscles »

**Le soin psychomoteur en psychiatrie adulte :
Autour des limites psychocorporelles d'une patiente en état de
stress post traumatique**

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

Par : Jeanne GRIGNON

Mai 2024 (Session 1)

N°1837

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

« Nous sommes peu de choses intérieurement, c'est fragile sans peau et muscles »

**Le soin psychomoteur en psychiatrie adulte :
Autour des limites psychocorporelles d'une patiente en état de
stress post traumatique**

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

Par : Jeanne GRIGNON

Mai 2024 (Session 1)

N°1837

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. Philippe CHEVALIER

Secteur Santé

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

U.F.R. de Médecine et de Maïeutique –
Lyon Sud Charles Mérieux
Doyen **Pr. Philippe PAPAREL**

Comité de Coordination des études
médicales (CCEM)
Présidente **Pr. Carole BURILLON**

Secteur Sciences et Technologies

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

UFR Faculté des sciences
Directrice **Mme Sylvie VIGUIER**

Département de Génie électrique et des
procédés
Directrice **Mme Sophie CAVASSILA**

Département Informatique
Directrice **Mme Saida BOUAKAZ
BRONDEL**

Département Mécanique
Directeur **Mr Marc BUFFAT**

POLYTECH LYON
Directeur **Mr Emmanuel PERRIN**

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

Vice-président Santé
Pr. Jérôme HONNORAT

Directeur Général des Services
M. Pierre ROLLAND

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

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

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

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

Institut Universitaire de Technologie Lyon
1 (IUT)
Directeur **Mr Michel MASSENZIO**

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

Observatoire de Lyon
Directeur **Mr Bruno GUIDERDONI**

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

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

Coordinatrices des stages

Mme Marion MOUNIB
Psychomotricienne

Mme Charlène DUNOD
Psychomotricienne

Gestion de scolarité
Mme Elodie ROYER

Coordinatrice Recherche

Mme Jeanne-Laure EECKHOUT
Psychomotricienne

« Habituellement, sans le savoir, nous vivons éloignés de notre propre corps avec lequel nous entretenons un rapport restreint, fonctionnel qui lui confère un statut d'un corps objet.

Rarement nous habitons notre corps, rarement nous sommes notre corps »

Agnès Afnaim

Table des matières

Remerciements.....	
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	1
PARTIE THÉORIQUE.....	2
Chapitre I : Les limites psychocorporelles, une nécessité pour « être » au monde.....	2
1. Qu'est-ce qu'une limite	2
1.1. Définitions	2
1.2. La limite par la peau	3
1.3. La limite par le sentiment d'enveloppe.....	4
1.4. La limite par le tonus	5
1.5. La limite par l'espace relationnel : la proxémie	7
Chapitre II : Du psychotraumatisme à l'état de stress post traumatique	9
1. Au départ, ce qui fait traumatisme	9
1.1. Qu'est-ce que le psychotraumatisme ?.....	9
1.2. L'organisme face au danger	11
2. Vers l'état de stress post traumatique	12
2.1. Définition et sémiologie du TSPT.....	12
2.2. Focus sur les troubles anxieux.....	13
2.3. Focus sur la mémoire traumatique	14
2.4. Les signes psychomoteurs du TSPT	15
Conclusion de la partie théorique	18
PARTIE CLINIQUE.....	19
Chapitre I : Présentation de l'unité de soin	19
1. L'unité de soin au sein d'un pôle adulte de psychiatrie public	19
1.1. L'organisation des pôles	19
1.2. L'organisation des soins	19

1.3.	La demande d'admission	20
1.4.	L'infrastructure	21
1.5.	Le profil des patients	22
2.	Mon travail au sein de l'unité.....	22
2.1.	Faire sa place	22
2.2.	Travailler au sein d'une équipe	23
2.3.	Organiser mes suivis en fonction du cadre temporel	24
Chapitre II : Mme A, une psychomotricité empreinte d'insécurité.....		24
1.	Éléments d'anamnèse	24
2.	Indication en psychomotricité et projet thérapeutique.....	26
3.	Première rencontre : le paradoxe de Mme A.....	26
3.1.	Mme A donne le change.....	26
3.2.	Quand les affects pointent le bout de leur nez... ..	27
4.	L'évolution de Mme A dans la structure	29
5.	Du contre transfert au bilan psychomoteur.....	30
6.	Au fil des séances, se dessine un profil	31
6.1.	Une représentation corporelle « fragile intérieurement »	31
6.2.	Agrippement et dysharmonie tonique	33
6.3.	Des appuis qui fluctuent en fonction du sentiment de sécurité	33
6.4.	Réfléchir plutôt que (re)sentir.....	36
7.	Dernière séance.....	37
8.	Conclusion : Les limites psychocorporelles au cœur de la problématique de Mme A .	39
DISCUSSION THÉORICO CLINIQUE		41
Chapitre I : Quand l'investissement tonico-émotionnel est au service de la défense		41
1.	D'une simple trace à une véritable empreinte.....	41
1.1.	Carapace tonique, béquille de l'enveloppe insuffisamment contenante	41
1.2.	Imperméabilité des échanges dedans/dehors	42
2.	Sans continuité du soi.....	44

3. L'apport de la théorie polyvagale.....	45
Chapitre II : Habiter son corps par le contraste des limites	47
1. Contraster les limites du dedans pour investir l'espace externe	47
1.1. L'axialité, appel à la structure.....	47
1.2. Les muscles, appel à la densité.....	48
2. Dans l'entre-deux, notion d'interface	49
2.1. Du pousser vers le repousser	49
2.2. Créer un espace relationnel commun	51
2.3. Interface dans l'enveloppement	52
Chapitre III : L'empathie tonique comme phare dans le vécu mortifère	53
1. Empathie tonique, s'ajuster dans le dialogue tonico-émotionnel	53
2. Toucher à distance	54
3. Ma fonction de transformation.....	55
Conclusion de la discussion	57
CONCLUSION GÉNÉRALE.....	58
Références.....	
Annexes	

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Les usagers de soin en santé mentale ont souvent en commun d'avoir vécu des expériences négatives durant l'enfance qui ne leur ont pas permis de se structurer ou qui ont grandement ébranlé leur structure. L'enfance exempte de faux pas ou d'embuches n'existant pas, je vois la psychiatrie adulte comme le reflet grossi à la loupe de la complexité de l'existence humaine. La clinique adulte m'attire pour cela : les empreintes laissées sur le corps-psyché me touchent dans la manière qu'elles ont de colorer la corporéité et m'amènent à comprendre plus finement la richesse du fonctionnement humain.

En psychiatrie, nous parlons d'humanité. La souffrance qui s'y trouve n'est pour moi pas un spectacle. Se laisser toucher sans pour autant s'apitoyer ou être fascinée ; être marquée par les corps et la façon dont ils sont habités tout en partageant notre propre corporéité dans l'espace commun de la relation ; accueillir ce qui peut être vu comme des bizarreries ou de la folie à l'image de la souffrance.

La question des limites dans le soin en psychiatrie adulte est incontournable. Que cela soit dans les vécus corporels tel que le sentiment de morcellement, de dépersonnalisation ou dans les supposées limites entre ce qui ferait de nous des êtres normaux ou non, la question des limites fluctue selon le trouble, les personnes, le projet d'établissement et la façon dont il est porté.

En unité de soin pour des personnes en état anxio-dépressif, je fais la rencontre de Mme A. Celle-ci va m'amener à observer, ressentir, vivre, comprendre l'impact du psychotraumatisme sur la psychomotricité du sujet. Lors des séances, nous avons toutes deux navigué sur la mer agitée et imprévisible de l'état de stress post traumatique, parfois dans le même bateau, parfois son bateau amarré au mien. J'y ai travaillé mon amarinage : habituer mon corps aux secousses de la mer, préparer mon navire et le connaître dans ses points d'appui, ses mains courantes, rechercher l'équilibre et adapter mes manœuvres sont autant de choses indispensables pour être capitaine de son navire de psychomotricienne.

Le travail en psychomotricité de la problématique de Mme A s'est accompagné de l'écriture de ce mémoire. Nous allons voir dans une première partie ce qu'impliquent les limites psychocorporelles et en quoi elles permettent la structuration du sujet. Je détaillerai ensuite la sémiologie et les mécanismes du trouble de stress post traumatique. Nous irons à la rencontre de la psychomotricité de Mme A et je tenterai, par une discussion théorico-clinique, de réfléchir autour de la question suivante :

Comment un travail en psychomotricité autour des limites psychocorporelle peut permettre à une patiente en état de stress post traumatique d'habiter son corps ?

PARTIE THÉORIQUE

Chapitre I : Les limites psychocorporelles, une nécessité pour « être » au monde

1. Qu'est-ce qu'une limite

1.1. Définitions

D'après Le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL, s.d.), une limite au sens propre désigne une « ligne qui détermine une étendue, une chose ayant un développement spatial ; ligne qui sépare deux étendues ». Au sens figuré, le terme peut désigner « ce qui ne peut ou ne doit être dépassé ». Dans le milieu de l'art, la limite est abordée avec toute l'ambivalence qu'elle comporte. « Elle peut exprimer à la fois la contrainte, la limitation, l'obstacle, l'impasse, le défaut, voire même l'erreur » (Calenda, 2020) et donc peut être vécue de façon négative. Mais la limite c'est aussi « le périmètre, le seuil, le comble, la marge, la liminalité ou encore l'interface » (Calenda, 2020), elle peut parler de la contenance et du dépassement qu'elle implique. Nous voyons que la notion de limite parle à la fois de définir le contour d'un objet, de contenir dans sa dimension spatiale et matérielle et de la finitude de l'objet, et à la fois d'une dimension implicite, subjective, de mise en relation de deux espaces.

Si nous resituons la construction des limites psychocorporelles dans le développement psychomoteur, elle s'inscrit dans un processus dynamique et maturatif. Le développement psychomoteur a pour objet le déploiement de l'individuation et le sentiment d'identité notamment par la différenciation du dedans/dehors, la perception de la continuité du corps et de sa permanence.

Chez l'être humain, la première limite physique qui définit l'individu est la peau. Elle participe au sentiment d'enveloppe et de contenance que j'aborderai par la modalité physiologique de la somesthésie et du concept du Moi-peau. Nous verrons que d'autres caractéristiques somatiques peuvent avoir cette fonction de limite comme le tonus. Nous aborderons l'importance de la proxémie dans ce qu'elle implique comme limite dans l'espace relationnel.

1.2. La limite par la peau

La peau est l'élément qui revêt l'extérieur du corps. Selon Ajuriaguerra (Ajuriaguerra et al., 2019), la notion de peau est utilisée dans le langage courant à de nombreuses reprises et elle fait référence aux notions de contenu/contenant, de proximité/distance. Cela parle de ce qui délimite notre corps et ce qui fait notre intégrité corporelle. Defiolles-Peletier (2019) nous dit que « la peau est le lieu d'emprunte de l'histoire d'une personne et de ses appuis, eux-mêmes fondateurs dans sa structuration psychocorporelle ». Elle amène le fait que la peau est à la fois un support sensoriel et un espace qui délimite et contient, et elle rappelle l'importance des capacités sensorielles présente dès la période intra-utérine dans le développement psychomoteur de l'enfant.

Revenons sur les fonctions physiologiques de la peau. La peau est le lieu de terminaisons nerveuses qui communiquent de façon permanente avec le cerveau. Sa composition en trois couches, épiderme, derme, hypoderme renferme entre autres des cellules graisseuses, des cellules immunitaires, des vaisseaux sanguins, ainsi que des cellules neuro-sensorielles. Cette multiplicité des éléments la composant lui confère plusieurs fonctions (Defiolles-Peltier, 2019) :

- *Fonction de revêtement*

Elle délimite le corps et fait barrière. Sans peau, l'organisme ne survit pas.

- *Fonction plastique*

La peau a des propriétés mécaniques qui lui permettent de se déformer, s'étirer, s'adapter à l'environnement tout en revenant à sa position initiale.

- *Fonction immunitaire*

Elle possède beaucoup de cellules immunitaires car c'est le premier contact de l'extérieur. Elle a la capacité de détruire les organismes étrangers.

- *Fonction de thermorégulation*

Elle est isolante et reçoit les modulations de la température extérieure pour que l'organisme se régule en conséquence.

- *Fonction de communication*

C'est l'interface entre l'intérieur et l'extérieur. Elle permet de toucher et d'être touché, c'est la surface qui exprime les apparences et les émotions. Elle communique avec les autres organes.

- *Fonction d'organe sensoriel*

Le toucher est possible grâce à la peau. Il est considéré comme la perception consciente des changements qui surviennent sur la peau. C'est une des modalités sensorielles composantes de la somesthésie. Concernant cette dernière fonction, il est utile de préciser que le toucher est la première capacité sensorielle à apparaître chez le fœtus dès le quatrième mois de grossesse, « et la fondation sur laquelle l'enfant va développer son rapport au monde par les sens. » (Robert-Ouvray, 2007)

1.3. La limite par le sentiment d'enveloppe

Le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL, s.d.) définit la notion d'enveloppe, dans le cas où elle est considérée comme non constitutive de l'objet, par « ce qui sert à envelopper ; ce dont on entoure un objet pour le protéger ». Le fait d'envelopper est « entourer pour protéger ». L'enveloppe peut aussi être vue comme étant constitutive de l'objet. Dans les sciences naturelles elle est définie par « ce qui, dans la nature, entoure un organe, un tissu, etc., et constitue sa partie extérieur ». La notion d'enveloppe renvoie alors à la limite extérieure d'un objet et a pour fonction de protéger et de contenir.

L'analogie entre le sentiment d'enveloppe psychique et les caractéristiques de la peau a été amené entre autres par Anzieu (Anzieu et al., 1985/2023). Selon lui, les différents stimuli et expériences en lien avec la peau façonnent la psyché. En d'autres termes, il part du postulat que toutes fonctions psychiques s'appuient sur des fonctions biologiques. Le Moi-peau est une structure qui est virtuelle à la naissance de l'enfant, elle se construit dans l'interaction entre l'enfant et son environnement. C'est par ce postulat qu'il donne naissance au concept de Moi-peau. Anzieu note « par moi-peau, je 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 et al., 1985/2023)

Le Moi-peau s'appuie donc sur les caractéristiques physiques de la peau, et selon Anzieu il assure huit fonctions. Par souci de synthèse, j'en détaillerai ici quatre (Anzieu et al., 1985/2023).

- *Fonction de maintenance*

La peau maintient les muscles et le squelette entre eux. Dans le processus de développement, lorsque le parent procure dans une certaine continuité les soins au bébé par le portage physique et psychique, il lui permet d'acquérir un sentiment d'unité et de solidité par un étayage corporel et interne. Par extrapolation, la fonction de maintenance est une intériorisation du holding tel que le définit Winnicott (2015/1953).

- *Fonction de contenance*

La peau couvre l'ensemble du corps et c'est par les soins quotidiens du corps que le tout petit peut se former une « sensation-image » de la peau comme sac, comme contenant. C'est le handling défini par Winnicott (2015/1953). De cette manière, l'enfant conscientise les contours de son corps et la continuité du soi.

- *Fonction pare-excitatrice*

La peau protège les terminaisons nerveuses et l'organisme contre les agressions externes d'une manière générale. La fonction pare-excitatrice a pour objet la limitation de l'excès de stimulation. Lors des premiers mois de vie, c'est le parent qui assure cette fonction avant que l'enfant puisse la développer par lui-même.

- *Fonction d'inscription des traces*

La sensorialité qu'offrent les organes des sens tactiles permet de percevoir le monde extérieur. Le monde extérieur fait trace. Cette fonction a un versant biologique, « un premier dessin de la réalité s'imprime sur la peau » (Anzieu et al., 2023), et un versant social, qui marque l'appartenance à un groupe social par l'apparence et l'habillement de la peau. Dans cette fonction, « le Moi-peau est le parchemin originaire qui conserve, à la manière d'un palimpseste, les brouillons raturés, grattés, surchargés, d'une écriture « originaire » préverbale faite de traces cutanées. » (Anzieu et al., 2023)

1.4. La limite par le tonus

- *Définition du tonus musculaire*

Le tonus est défini par Jover (Jover, 2020) comme « l'état de légère tension des muscles au repos, résultant d'une stimulation continue réflexe de leur nerf moteur. » C'est une contraction isométrique qui est permanente et involontaire, c'est-à-dire que la tension dans le muscle est sollicitée mais pas sa longueur. C'est ce qui fixe les articulations dans une position et permet le maintien des postures, des attitudes, des stations. Il varie en fonction de l'état de vigilance et des émotions et est différent si l'action est de nature automatique, réflexe, volontaire ou involontaire. Le tonus est caractérisé par trois types qui sont interdépendants :

Tonus de fond : c'est la tension minimale du muscle présente au repos. Il sous-tend tous les autres types de tonus et est le siège de l'affectivité et des émotions.

Tonus postural : il permet de positionner les membres les uns par rapport aux autres et équilibre les forces des muscles postérieurs et antérieurs avec la pesanteur. Il a une grande importance dans l'installation de la motricité volontaire.

Tonus d'action : c'est le degré de tension du muscle présent lors d'une action, donc d'une contraction volontaire ou automatique.

- *Développement neurologique du tonus*

Dans la vie intra-utérine, le tonus des muscles du fœtus apparaît au cours du septième mois et se développe selon la loi caudo-céphalique, c'est-à-dire du bas vers le haut. Le tonus des fléchisseurs des jambes puis des bras augmente progressivement et fait replier les membres vers le tronc, alors que les muscles de la colonne vertébrale restent dans un tonus bas. C'est ce qui donne à la naissance un nouveau-né en position dite fœtale, avec des membres contractés et un dos mou. On parle d'hypertonie segmentaire et d'hypotonie axiale. (Robert-Ouvray, 2007) Du fait de cette organisation tonique, le nouveau-né n'a pas encore accès à la motricité volontaire. La motricité en place est dite primaire réflexe, elle est liée à l'immaturation cérébrale.

Après les premières semaines de vie terrestre, le tonus de l'enfant se développe selon la loi céphalo-caudale et proximo-distale. Cela implique que progressivement, le tonus va se répartir de façon plus harmonieuse et se renforcer à partir du haut et du centre du corps, pour descendre vers le bas et l'extérieur du corps. C'est ainsi que l'on peut observer les nourrissons qui commencent à maintenir leur tête avant de pouvoir redresser leur axe, et à contrôler d'abord les muscles proches de la colonne avant de maîtriser les extrémités du corps.

Robert-Ouvray (2007) affirme que « le tonus musculaire est l'agent d'intégration du schéma corporel et des actions motrices » et que la progression tonique reste la même chez tous les individus, seul le rythme d'acquisition varie selon chacun.

- *Communication tonico-émotionnelle*

L'enfant n'a pas accès d'emblée à la motricité volontaire, donc l'expression de ses besoins se lit d'abord au travers de ses réactions toniques. La tonicité entre en jeu : c'est la manière dont l'individu communique au travers de son tonus et sa capacité à le recruter et le moduler suivant les actions et les relations. En somme, c'est un mode relationnel. La tonicité renseigne sur l'état corporel et affectif du jeune enfant ce qui fait réagir l'adulte en conséquence. Ajuriaguerra (2009) nomme deux états toniques principaux chez le jeune enfant à savoir l'hypertonie d'appel et l'hypotonie de soulagement ou de détente. A l'âge adulte, ce mode de communication infra-verbal perdure tout en se complexifiant, ce qui amène la tonicité à être propre à chacun : « Depuis la naissance jusqu'à la fin de

notre vie, la tonicité est notre baromètre et notre carte d'identité psychocorporelle. » (Robert-Ouvray, 2007)

La tonicité nous donne des informations sur l'état émotionnel de la personne, comme par exemple dans une poignée de main qui peut sembler inconsistante, molle, moite, et faire penser que la personne est en inconfort, ou au contraire une poigne qui montre une force imposante et peut amener le sentiment d'être écrasé. La tonicité est finalement une sorte de thermomètre relationnel qui permet de nous situer « consciemment et inconsciemment par rapport à autrui et par rapport à nous même. » (Robert-Ouvray, 2007) Le tonus fait donc fonction de contenance, de par la qualité de présence à soi et à l'autre qu'il offre.

Partant du constat du rôle de la tonicité dans les relations, Ajuriaguerra (2009), qui s'inspire des travaux de Wallon, développe le concept de dialogue tonico-émotionnel. Il amène l'idée que « Les relations entre tonus et émotions sont indissociables, le corps parle face à une situation. » (Pireyre, 2021) Entre deux interlocuteurs, la coloration tonique et émotionnelle de l'un impacte celle de l'autre et inversement. Le dialogue tonico-émotionnel est la façon dont l'état émotionnel se transmet. Ce dialogue est d'une grande importance dans les interactions précoces de l'enfant pour lui permettre de vivre une cohérence entre le tonus, les mimiques, la prosodie, le rythme et la posture. C'est ce qui par la suite pourra faire émerger une signification des composantes de l'humain.

- *Fonction contenante du tonus :*

Lesage (2012) amène que le tonus est « une force de cohésion qui tient ensemble les parties ». Il explique que les muscles sont unifiés grâce aux fascias, tissus conjonctifs qui maintiennent et différencient les différents muscles. Les fascias sont visco-élastiques et font fonction de transmission des tensions au sein et entre chaque groupe musculaire. C'est ce qui amène une solidarité musculaire et permet aux muscles de travailler en chaînes. Le tonus participe donc au sentiment d'unité corporelle et il peut être considéré comme une enveloppe, une limite à part entière de par l'étaillage qu'il offre à l'enveloppe que constitue la peau. Pour Lesage, « c'est la tonicité qui accomplit cette fonction organisatrice, contenante et limitante. » (Lesage, 2021)

1.5. La limite par l'espace relationnel : la proxémie

Selon Ajuriaguerra (1962), la proximité corporelle chez l'humain comme chez les autres primates est inhérente à l'espèce et joue un rôle dans les systèmes d'attachement.

Hall (1966/2014) définit la proxémie comme « l'étude de la perception et de l'usage de l'espace par l'homme ». (Hall & Petita, 2014) Il fait l'analogie avec la notion de territorialité, utilisées en éthologie pour décrire le comportement des animaux dans les rapports de distance. Hall

(1966/2014) met en exergue le fait que les comportements dans les relations interpersonnelles sont propres à chacun et inconscients, mais surtout que la proxémie est à la fois façonnée par les habitudes culturelles et par un déterminant dans la spécificité d'une culture. Ainsi, il observe une appréhension différente des distances interpersonnelles selon les cultures. Nous voyons donc que la manière d'occuper l'espace est marqueur d'identité.

Hall (1966/2014) s'appuie sur les observations faites en éthologie concernant les distances proxémiques chez les animaux pour en établir une analogie chez l'humain. Il résulte des observations en éthologie que les animaux adoptent un comportement spécifique suivant le périmètre de distance qui les sépare de leurs congénères. Cela est lié à la nature du lien d'attachement entre les deux individus. Chez l'humain, Hall détermine quatre types de distances interindividuelles rattachées à la distance qui sépare les individus :

- La distance intime se situe à moins de 40 cm. Elle implique la possibilité d'une grande implication physique dans laquelle l'ensemble des sens est sollicité. Les individus peuvent sentir réciproquement les odeurs corporelles, les manifestations toniques, la chaleur, etc. C'est la distance où il y a contact, que cela soit dans l'acte sexuel ou dans la lutte par exemple.
- La distance personnelle se situe entre 45 et 125 cm. C'est la distance qui est utilisée dans les conversations particulières. C'est une distance à laquelle on peut saisir l'autre, au sens propre comme au figuré, et dans laquelle on voit l'autre de manière précise ; il y a une perception des détails. Une longueur de bras sépare les individus, de fait les manifestations corporelles de l'autre sont moins perceptibles que dans la distance intime mais restent accessibles.
- La distance sociale se situe entre 120 et 360 cm. Elle est de mise dans les interactions amicales ou dans le cadre professionnel. C'est une distance à laquelle la tête et les mimiques faciales sont au centre de ce qu'on perçoit de l'autre.
- La distance publique se situe au-delà de 360 cm. C'est la distance à laquelle il est possible de fuir en cas de menace. La perception de l'autre est moins précise, la communication s'en trouve impactée.

Nous voyons donc que la distance interpersonnelle détermine la nature de la relation et inversement. La limite physique, le territoire qui sépare deux individus parle de la limite relationnelle. La notion de territoire rappelle la différenciation : ce qui est à moi et ce qui est à l'autre.

Chapitre II : Du psychotraumatisme à l'état de stress post traumatique

1. Au départ, ce qui fait traumatisme

Selon Kédia & Sabouraud-Séguin (2020), le traumatisme a fait l'objet d'étude en premier lieu auprès des victimes d'accident de chemin de fer du 19ème siècle. Néanmoins, nous retrouvons l'idée du psychotraumatisme dans des écrits légendaires d'avant Jésus Christ. La question du traumatisme est sans doute inhérente à l'humanité. Les conceptualisations du traumatisme fluctuent selon le contexte social, historique et politique de l'Europe de chaque époque. Après avoir défini le terme de psychotraumatisme, je propose un court historique de la conceptualisation du traumatisme, qui mériterait d'être abordé pleinement pour en saisir toute la complexité mais qui ne fait pas l'objet de ce mémoire.

1.1. Qu'est-ce que le psychotraumatisme ?

❖ *Définition*

Le Robert (1951) définit le traumatisme comme étant « l'ensemble des troubles provoqués dans l'organisme par une lésion, une blessure grave » ou « un choc émotionnel très violent ». Dans leur article, Daudin & Defontaine (2015) font le parallèle entre le terme traumatisme, utilisé en médecine pour désigner « une effraction avec atteinte de l'intégrité corporelle et les conséquences immédiates qui en résultent sur l'ensemble de l'organisme », et le traumatisme psychique qui en est la métaphore et implique donc les mêmes éléments. Quant à elle, M. Salmona (Kédia & Sabouraud-Séguin, 2020) décrit l'évènement traumatique comme « terrorisant, exposant à une peur de mourir, à des atteintes très graves à la dignité » provoquant « l'effondrement des certitudes acquises et un sentiment d'impuissance et de détresse totale et de non-sens ».

Il existe des traumatismes de différentes nature comme les catastrophes collectives, les accidents de la route, les agressions sexuelles, le harcèlement, les attentats, ect. Bessel van der Kolk (Van der Kolk & Weill, 2018) fait état du point commun entre tous les traumatismes qui est « le sentiment profond d'une menace ». Il décrit l'expérience du traumatisme comme affectant la première personne concernée mais également son entourage. Il fait référence aux dernières recherches qui mettent en lumière l'impact du traumatisme sur la physiologie notamment sur le système d'alerte du cerveau, les hormones de stress, le filtrage des informations sensorielles. Bessel van der Kolk (Van der Kolk & Weill, 2018) nous informe du fait que c'est la source de la menace qui fait la différence entre

les traumatismes, par exemple si elle provient d'une personne de confiance cela ébranle tout particulièrement le sentiment de sécurité et la capacité à faire confiance. Il rappelle également qu'une même expérience n'est pas traumatique pour tout le monde : ce qui peut faire traumatisme pour l'un peut être un vécu ordinaire pour l'autre.

Pour résumer, l'évènement traumatique affecte à la fois l'intégrité physique, psychique et affective de la personne et amène des répercussions psychocorporelles (Silva et al., 2019). Cette définition permet de prendre en compte les « situations où la menace de mort n'est pas toujours explicite, comme lors d'un viol » (Kédia & Sabouraud-Séguin, 2020, p. 219), ce qui n'a pas toujours été le cas dans l'historique du concept de traumatisme.

❖ *Historique*

C'est entre la fin du 19^{ème} siècle et le début du 20^{ème} siècle que les processus psychiques mis en jeu dans les réactions traumatiques sont étudiés de plus près, notamment par les médecins militaires. Kédia & Sabouraud-Séguin (2020) partent du postulat que c'est Herman Oppenheim qui introduit pour la première fois en 1888 le terme de névrose traumatique pour décrire les symptômes traumatiques ayant une cause organique. Le traumatisme est alors pensé comme étant responsable de changements moléculaires au niveau du système nerveux central chez les personnes victimes. Bien vite, d'autres médecins raccrochent la notion de traumatisme aux victimes collatérales de l'évènement traumatique. L'apparition de symptômes traumatiques n'est plus seulement vue comme ayant une cause organique mais comme ayant également une cause psychique et émotionnelle. Partant de ce postulat, Kédia & Sabouraud-Séguin (2020) nous rapportent que la névrose de guerre, autre nom donné pour désigner un traumatisme de cause organique, a donc été rapprochée du concept d'hystérie. Ce dernier a été apporté par la psychanalyse de Sigmund Freud que celui-ci décrit comme étant la réminiscence d'un état psychique antérieur. En parallèle, les travaux de Jean-Martin Charcot sur le « choc nerveux traumatique » sont les premiers à faire état de la dissociation dans le traumatisme. Pierre Janet, en continuant les recherches de Charcot autour de la dissociation, pense ce processus comme « pathogène principal » (Kédia & Sabouraud-Séguin, 2020) donnant naissance aux symptômes traumatiques. C'est suite à la Seconde Guerre mondiale que la conceptualisation du traumatisme change. L'étude des troubles des victimes des camps confirme les dires de P. Janet : l'abréaction, qui est l'extériorisation du traumatisme par une expression émotionnelle, doit être transformée pour « créer une certaine unité du moi » et « organiser l'activité présente » (Kédia & Sabouraud-Séguin, 2020) pour être thérapeutique. La prise en compte de la dissociation prend donc une place importante pour beaucoup de médecins dans le traitement du psychotraumatisme. En 1980, le Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) équivalent anglophone du Trouble de Stress Post

Traumatique (TSPT) apparaît dans la 3^{ème} version du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). Kédia & Sabouraud-Séguin (2020) rapportent également que le syndrome dissociatif a été parallèlement décrit dans ce même DSM sans qu'il y ait de lien établi avec le PTSD.

1.2. L'organisme face au danger

Lors de la survenue d'un danger, la personne est soumise à un stress intense. Nous allons maintenant voir comment la réponse neurobiologique au stress peut être habituellement adaptée ou comment elle peut être exceptionnelle et amener au traumatisme.

❖ *Disjoncter face au danger*

Salmona (2018) nous explique les mécanismes neurobiologiques en jeu face au danger. Lors d'un danger, l'amygdale, structure neuronale faisant partie du système limbique, s'active et permet de préparer l'organisme à déclencher les réponses adaptatives telle que la fuite ou le fait de faire face. Cette structure sous-corticale se déclenche indépendamment des fonctions supérieures que sont les capacités d'analyse, de compréhension et de mémorisation. Elle déclenche une réponse hormonale qui mobilise l'adrénaline et le cortisol, ce qui apporte l'énergie pour faire face, amener une réponse émotionnelle adaptative et mettre l'organisme en hypervigilance. En temps normal, les effets de l'amygdale sont apaisés par la suite grâce aux fonctions supérieures. Seulement, lors d'un vécu qui fait violence, la sidération face à l'évènement fige l'appareil psychique et empêche les capacités de représentations de moduler l'amygdale, ce qui fait vivre à l'organisme un stress intense. Pour stopper ce stress, qui, passé une certaine durée et intensité, devient dangereux pour le cortex, l'organisme se disjoncte grâce à de puissants neurotransmetteurs anesthésiants et dissociants. Les circuits neuronaux sont protégés mais puisque les hormones de stress ne sont plus sécrétées, le cortex n'est plus informé du danger. Plus l'état de sidération est fort ou plus les fonctions supérieures sont déficientes et/ou immatures, plus la disjonction sera rapide et le traumatisme massif. C'est ce mécanisme qui est à l'origine de la mémoire traumatique et des symptômes dissociatifs.

❖ *La dissociation péritraumatique*

Comme vu précédemment, la réponse à un stress intense implique une forme d'insensibilité au danger. L'évènement se poursuit, mais les personnes décrivent alors une sensation d'irréalité de la scène, ce qui est appelé la déréalisation, et se sentent comme extérieures à la scène. Elles n'ont plus de réponse émotionnelle et ne ressentent plus la souffrance. Il y a une sécrétion d'endorphine qui fait fonction d'analgésique et d'anesthésiant. La dissociation a pour rôle d'anesthésier la victime lors du choc et cette dernière n'est donc pas en capacité de mesurer la violence qu'elle subit. Seulement, ce

n'est pas parce que le danger n'est plus ressenti qu'il n'a plus d'impact. Les stimuli sont toujours reçus par le cortex sensoriel mais le fait qu'il n'y ait plus de connotation émotionnelle peut amener un sentiment de dépersonnalisation. Les personnes ne ressentent plus leur corps comme le leur, certaines décrivent avoir eu le sentiment d'être sortie de leur corps. Aussi, « Les sens sont particulièrement sollicités en cas de traumatisme et la mémoire sensorielle et perceptive peut en devenir une marque immuable. » (Silva et al., 2019). Les personnes peuvent donc être en état dissociatif pendant l'évènement, ce qui dans ce cas impacte l'encodage de la mémoire.

2. Vers l'état de stress post traumatique

2.1. Définition et sémiologie du TSPT

Le trouble de stress post traumatique peut survenir à la suite d'un évènement traumatique. Selon le DSM V, le trouble stress post-traumatique se caractérise par « le développement de symptômes caractéristiques après l'exposition à un ou des événements traumatiques » (Crocq & Guelfi, 2015, p. 350). Il fait partie de la catégorie de troubles liés à des traumatismes ou des facteurs de stress selon le DSM V. Selon une étude canadienne, 1% de la population générale vit ou a vécu un TSPT. La perturbation liée à un traumatisme doit perdurer au-delà d'un mois, « engendrer une souffrance significative et ne pas être causé par une substance » (Kédia & Sabouraud-Séguin, 2020) pour être considérée comme un TSPT. Le stress vécu conjointement au traumatisme peut être diagnostiqué trouble de stress aigu (TSA) et doit se situer dans le premier mois suivant l'évènement traumatique pour être diagnostiqué comme tel. Les personnes ne développent pas nécessairement un TSA suite à choc, et les personnes qui développent un TSPT n'ont pas nécessairement déclaré un TSA au préalable (Kédia & Sabouraud-Séguin, 2020).

Il est observé chez les personnes ayant un TSPT quatre grandes catégories de symptômes :

- Les symptômes de reviviscence qui impliquent la venue d'images ou de souvenirs, en pensées ou en cauchemars de l'évènement traumatique. Cela peut amener une réaction dissociative et la réactivation du sentiment de détresse vécu lors de l'évènement traumatique.
- Les symptômes d'évitement qui amènent la personne à éviter, de façon volontaire ou non, les pensées, souvenirs, sentiments qui concernent ou rappellent l'évènement ainsi que des éléments externes tels les lieux, personnes, objets, situations, qui seraient

susceptibles de rappeler l'évènement traumatique. Cela amène la personne à développer une forme de phobie du souvenir qui engendre l'amnésie partielle ou complète de l'évènement.

- Les symptômes d'altération de l'éveil et de la réactivité qui impliquent l'hypervigilance chez la personne, c'est-à-dire le fait d'être alerté malgré l'absence de danger, ce qui peut engendrer des problèmes de concentration, de sommeil, un comportement irritable et autodestructeur.
- Les symptômes de cognition et humeur négatives qui s'apparentent au fait d'avoir des croyances et pensées négatives concernant la causalité de l'évènement et qui amènent les personnes à se sentir responsable, à vivre des distorsions cognitives, un état émotionnel négatif persistant. Les personnes ne portent plus d'intérêt aux activités habituellement importantes pour elles.

Il existe un sous-type de TSPT qui implique des symptômes dissociatifs et font vivre, entre autres, un état de déréalisation ou dépersonnalisation. Cela concerne environ 30% des cas de TSPT. Je reviendrai plus loin sur les signes psychomoteurs qui concernent ce sous-type.

Le trouble de stress post traumatique prend une forme différente selon les personnes. Les catégories de symptômes peuvent être représentées de manière disproportionnée et peuvent être plus ou moins bien vécues (Kédia & Sabouraud-Séguin, 2020). Aussi, le trouble de stress post traumatique peut être à expression retardée, c'est-à-dire que l'ensemble des catégories de symptômes peuvent être visibles après quelques mois voire plusieurs années après le traumatisme, mais l'apparition de symptômes isolés concomitants à l'évènement reste présente. Pour finir, de nombreuses comorbidités existent telles que la dépression majeure, les troubles de la personnalité de type borderline, l'abus de substances, les troubles anxieux (Crocq & Guelfi, 2015). L'existence de ces comorbidités est à prendre en compte parce qu'elles complexifient ou modifient la prise en charge du TSPT.

2.2. Focus sur les troubles anxieux

Anciennement, le TSPT était considéré comme un trouble anxieux. C'est depuis l'année 2015, lors de la publication du DSM V que « les troubles anxieux » et « les troubles liés à des traumatismes ou des facteurs de stress » sont deux catégories de diagnostic distinctes. Des études récentes

mettent en lumière la haute fréquence de comorbidité entre les troubles anxieux et le TSPT. L'existence d'un trouble anxieux antérieur au traumatisme majore le risque de chronicisation du TSPT. Les troubles anxieux les plus représentés dans le TSPT sont :

- Le trouble anxieux généralisé qui est lié à l'hyperactivation neurovégétative ;
- Le trouble panique qui implique la présence récurrente d'attaque de panique, souvent liées à une agoraphobie ;
- La phobie sociale qui implique l'évitement de situations relationnelles dont celles rappelant le trauma ;
- La phobie spécifique.

Le postulat actuel concernant la prise en soin du TSPT avec comorbidités est que la coexistence de troubles anxieux et d'un TSPT amène à prioritairement cibler le soin des symptômes du TSPT. En effet, le TSPT est vu comme le trouble à l'origine des troubles anxieux associés. C'est pour cette raison que je ne m'étendrai pas plus sur les caractéristiques des troubles anxieux.

2.3. Focus sur la mémoire traumatique

M. Salmona cite P. Janet (1928) (Kédia & Sabouraud-Séguin, 2020) en rappelant que la mémoire traumatique est « une mémoire émotionnelle implicite, non consciente, du traumatisme qui n'est pas verbalisable ». C'est un mécanisme d'activation cérébrale en jeu dans le symptôme de la reviviscence et qui a pour fonction de faire face au danger, contrairement à la mémoire d'un simple souvenir.

La sidération amène l'organisme à encoder l'incident traumatique d'une façon particulière qu'on appelle la mémoire traumatique. Ceci est dû à la déliaison de l'amygdale avec l'hippocampe. Cette dernière est en charge d'encoder les mémoires sensorielles et émotionnelles et classe les évènements en fonction du caractère spatio-temporel. L'hippocampe ne pouvant faire fonction, la mémoire du traumatisme a pour particularité d'être comme non traitée et a pour effet de rendre les souvenirs flous, partiels, comme si l'évènement n'avait pas vraiment eu lieu. Les amnésies traumatiques peuvent être totales ou partielles. Cette mémoire est susceptible de resurgir de façon brute sous forme de flash-back sensoriels, de cauchemars, d'attaques de paniques lorsqu'un élément rappelle l'évènement. Le psychisme est alors totalement envahi de façon incontrôlable par des sensations, des émotions, des images du traumatisme et, si la personne n'est plus en état dissociatif, amène la conscience de la gravité de ce qu'elle a subi.

M.Salmona (Kédia & Sabouraud-Séguin, 2020) note quatre caractéristiques de la mémoire traumatique :

- ❖ Elle est immuable, c'est-à-dire que le temps n'émousse pas l'intensité des affects, ces derniers restent inchangés par rapport au traumatisme initial.
- ❖ Elle est déclenchée de façon automatique au contact de stimuli qui rappellent le traumatisme. Les stimuli peuvent être sensoriels, émotionnels, moteurs, somatiques, psychologiques, contextuels.
- ❖ Elle est intrusive c'est-à-dire qu'elle envahit complètement la conscience, ce qui donne l'impression de revivre la scène à l'identique.
- ❖ Elle est indifférenciée, ce qui implique qu'il est difficile de l'identifier lorsqu'elle surgit.

2.4. Les signes psychomoteurs du TSPT

Peu d'études ou d'articles font état de la spécificité des caractéristiques psychomotrices dans le TSPT. Néanmoins, l'évènement traumatique est une histoire de corps. Il « crée des perceptions corporelles et des émotions violentes non représentables ou dont les représentations sont désorganisées, déstructurées sous l'effet de la peur » (Scialom, 2016). Les capacités de régulation émotionnelle sont dépassées, et cela affole les réactions de protection qui peuvent devenir inefficaces et créer un sentiment de discontinuité du sentiment identitaire. Aussi, l'expérience de la violence, qu'elle soit physique ou psychologique, implique « des désorganisations des représentations corporelles à l'origine d'une déliaison entre le corps et la pensée, avec pour conséquence une perte des repères dans le temps et dans l'espace » (Scialom, 2016). Les principaux signes de désorganisation psychomotrice dans le TSPT sont :

- Les symptômes d'hypervigilance qui impliquent une difficulté dans l'appréhension de l'espace, une hyperréactivité au flux sensoriel, un sentiment d'insécurité corporelle et le désinvestissement de certaines zones corporelles.
- Les symptômes de reviviscence qui impliquent une dissociation psychocorporelle, une distorsion des perceptions sensorielles et du réel de façon générale, une désorganisation des repères temporo-spatiaux.

- Les symptômes d'évitement qui impactent la vie relationnelle et sociale, peuvent favoriser l'apparition de troubles de l'humeur et troubles alimentaires ainsi que des conduites addictives.
- Il y a certains symptômes de troubles psychomoteurs spécifiques au TSPT qui ne rentrent pas dans la sémiologie psychiatrique tels que la discontinuité du sentiment d'exister, l'hypertonie et les troubles de la régulation tonique, l'angoisse de morcellement, le trouble de la représentation corporelle, les troubles psychosomatiques, les douleurs musculosquelettiques.

❖ *Particularités psychomotrices de l'état dissociatif d'origine traumatique*

Le DSM V caractérise les troubles dissociatifs par « une perturbation et/ou une discontinuité dans l'intégration normale de la conscience, de la mémoire, de l'identité, des émotions, de la perception, de la représentation du corps, du contrôle moteur et du comportement. » (Crocq & Guelfi, 2015) Il en décrit trois types : l'amnésie dissociative, le trouble dissociatif de l'identité et la dépersonnalisation ou déréalisation.

La notion de dissociation est employée de différentes manières : utilisée en tant que symptômes, en tant que processus étiopathogénie, en tant qu'état ou encore en tant que trait de personnalité et se retrouve dans différents troubles tels que la schizophrénie, le trouble borderline, et les troubles faisant suite à un évènement traumatique dont le TSPT. La dissociation n'a pas la même définition et le même emploi selon le trouble. Aussi, la dissociation est un « état qui ferait que notre conscience n'est pas complètement ici et maintenant, pleinement dans notre corps et centrée sur le présent, peu importe la cause, et dont le degré signe l'état pathologique et la gravité de celui-ci » (Kédia & Sabouraud-Séguin, 2020, p. 257). Nous voyons donc que la dissociation se réfère à plusieurs choses et peut être tout à fait ordinaire comme pathologique. Cela rend son emploi portant à confusion et sa manipulation complexe. Je vais centrer mon exposé sur les mécanismes dissociatifs en jeu dans l'état de stress post traumatique.

Lors d'un évènement traumatique, la dissociation péritraumatique qui a été précédemment décrite rentre en jeu. Cette dernière peut basculer d'un simple état éphémère à une dissociation plus structurelle. Cela deviendrait alors « un processus psychophysiologique complexe altérant la capacité à accéder à ses souvenirs et ses connaissances, l'intégration du comportement, et le sens du Soi. » (Kédia & Sabouraud-Séguin, 2020, p. 257).

Il est observé au niveau psychomoteur (Le Corre et al., 2022) des signes caractéristiques d'un état dissociatif. Au sein même du profil psychomoteur de la personne, les fonctions se retrouvent en

dysharmonie et cela amène un fonctionnement inapproprié et inattendu. La dysharmonie se retrouve au sein d'une même fonction. Par exemple, l'intégration des flux sensoriels se désorganise et le sujet n'a plus accès à la capacité d'organisation perceptive globale. Alors, certaines parties du corps sont négligées ou au contraire surinvesties et certaines caractéristiques sensorielles sont exacerbées. Dans un contexte post-traumatique, c'est l'hyperréactivité à une sensation rappelant l'évènement qui perturbe l'intégration sensorielle et empêche l'élaboration d'une perception unifiée. En prise avec une sensorialité déformée, le sujet adopte un comportement inadapté. Le Corre et al. (2022) nomment cette présentation clinique la « perplexité sensorielle ».

Au sein de chaque tonus, de fond, de posture, d'action il est possible d'observer une dysharmonie. Concernant le tonus de fond, il peut être haut sur certains membres tout en étant homogène sur le reste du corps. Lors des mobilisations passives, le tonus peut être adapté mais le regard reste en hypervigilance. Si une hypotonie générale est observée, il n'est pas rare que la personne investisse la dimension cognitive de la représentation corporelle sans l'éprouver dans son corps. Cela parle de la dissociation entre le corps et l'esprit du sujet. La dissociation se retrouve également dans le tonus postural, lorsque des modifications brusques de celui-ci sont observées et qu'il perd sa fonction d'adaptation relationnelle et environnementale. Par exemple, lors d'une reviviscence traumatique, la personne peut adopter une posture régressive par rapport à son âge. La dysharmonie peut être majorée lorsque la personne se sent en danger dans la mise en relation. Des discordances toniques entre le haut et le bas du corps sont alors observées.

Concernant les représentations corporelles de la personne en état dissociatif, il peut être observé une image du corps et une conscience de soi fragmentées, fluctuantes selon le contexte. C'est ce qui amène une « précarité à la fois des limites et de la distinction du Soi et du non-Soi. » ainsi qu'un « décalage entre présentation verbale et tonico-postural ». (Le Corre et al., 2022) La perception des émotions propres est abrasée et cela peut amener une discordance entre la présentation de la personne et la façon dont elle décrit ses affects. L'anesthésie émotionnelle est provoquée grâce à des conduites dissociantes et est souvent présente chez les personnes ayant subi un traumatisme.

Conclusion de la partie théorique

Nous voyons que le psychotraumatisme a pour effet de remanier la psychomotricité des personnes victimes. Par la suite, le trouble de stress post-traumatique a un impact sur la dimension tonique, émotionnelle, attentionnelle, affective, cognitive, comportementale du sujet. Tout particulièrement, l'état dissociatif d'origine traumatique bouleverse les représentations du corps, les repères temporo-spatiaux, la régulation tonique. Les limites psychocorporelles sont touchées, que cela soit lors de l'évènement traumatique durant lequel il y a une menace de l'intégrité psychocorporelle de la personne, ou à postériori par la mémoire de cette menace. La façon dont le psychotraumatisme impacte la corporéité est propre à chaque personne. Allons voir comment se traduit l'état de stress post traumatique chez Mme A et en quoi ses limites sont touchées.

PARTIE CLINIQUE

Psychomotricité et trouble de stress post traumatique, rencontre autour des limites

Après un parcours professionnel riche et varié, je suis venue à la psychomotricité par envie d'approcher le soin psychomoteur en psychiatrie adulte. J'ai fait le choix de faire un de mes stages de dernière année de formation en référence, c'est-à-dire sans la présence d'une psychomotricienne sur place. Ce projet a été une alternative au fait qu'il n'existe pas de psychomotricienne en psychiatrie adulte sur mon territoire. Affectionnant tout particulièrement cette clinique, je ne pouvais donc pas me résoudre à y renoncer. Pendant neuf mois, je suis intervenue en tant que stagiaire en référence dans une unité psychiatrique publique sur les lundis. Dès mon premier jour dans la structure j'ai eu le sentiment de me trouver à la bonne place.

Chapitre I : Présentation de l'unité de soin

1. L'unité de soin au sein d'un pôle adulte de psychiatrie public

1.1. L'organisation des pôles

L'unité dans laquelle j'interviens dépend d'un Centre Hospitalier Spécialisé (CHS) en santé mentale. Ce dernier est un établissement public psychiatrique donc, sectorisé. La capacité d'accueil totale du CHS est de 440 places réparties sur tout le territoire. Il est composé d'un secteur en psychiatrie adulte, un secteur pédo-psychiatrique et un secteur en géronto-psychiatrie. J'effectue mon stage au sein du secteur adulte.

Le secteur adulte de l'hôpital se divise en trois pôles : le pôle admission, le pôle ambulatoire, le pôle transversal. L'unité de soin dont je fais partie est intégrée au pôle admission avec cinq autres unités. Ce pôle a pour objet le traitement des troubles aiguës sur une modalité d'hospitalisation complète.

1.2. L'organisation des soins

Les patients pris en soin dans l'unité dans laquelle j'interviens présentent un trouble dépressif et/ou anxieux. Les patients doivent être majeurs et présenter une autonomie physique et psychologique avérée pour être admis. Tous les patients accueillis sont en soin libre. Il y a un risque

suicidaire chez nombre d'entre eux, c'est un des points de vigilance de l'équipe soignante. Cependant, pour qu'il y ait admission, le patient doit être stabilisé c'est-à-dire sans idées suicidaires ou idées délirantes actives. Il ne doit également pas présenter de troubles du comportement addictif (DSM V). L'unité a une capacité de 19 lits et la durée du séjour va de 4 et 6 semaines en moyenne. La particularité de l'unité est que les patients sont admis à la semaine et rentrent chez eux le week-end.

Les objectifs de soin sont de soulager la souffrance, accompagner vers une rémission de la dépression et préparer le retour à la vie active. Pour aller dans le sens de ces objectifs, les journées sont réparties entre des temps thérapeutiques et des temps libres. Aussi, les patients sont chargés de l'entretien de leur chambre individuelle et sont sollicités dans le dressage et débarrassage de la table. Les temps thérapeutiques sont individuels et regroupent les entretiens psychiatre, psychologue, infirmier, assistante sociale, ou sont groupaux. Ces derniers regroupent des sorties telles que randonnée, équithérapie, soin thermale, escalade ainsi que des ateliers intramuros tels que les groupes de parole, de méditation, de photolangage, des ateliers cuisine. Il y a une réelle volonté de la part de l'équipe soignante de rendre le patient acteur de son soin et de le mettre dans un travail de réflexivité au travers des activités proposées.

Sont présents dans la structure deux médecins psychiatres, une psychologue, un médecin généraliste, deux aides-soignantes, une assistante sociale, neuf infirmiers et une cadre de santé. Il y a également quatre agents d'entretien qui ont leur importance dans le quotidien des patients. C'est un effectif assez conséquent et confortable pour 19 patients. Les médecins psychiatres, l'assistante sociale et le médecin généraliste ne sont pas présents sur ma journée de stage.

1.3. La demande d'admission

Elle est motivée par les patients eux-mêmes, prescrite par un médecin à la suite d'une hospitalisation complète en service d'urgence ou par le biais d'un médecin libéral.

Suite à leur demande, les patients sont placés sur liste d'attente pendant environ 1 mois, puis sont contactés par une infirmière de l'unité la semaine avant leur arrivée. Les admissions s'effectuent du lundi au mardi matin. Le jour d'arrivée du patient, un infirmier procède à son admission administrative puis propose une visite des locaux. Par la suite, un premier entretien infirmier a lieu pour réaliser l'anamnèse du patient, apprécier les signes de la dépression et accueillir sa demande quant à l'hospitalisation. L'infirmier qui mène cet entretien devient référent du patient pendant toute la durée de son séjour et effectue un entretien individuel par semaine.

1.4.L'infrastructure

Il m'a paru intéressant ici d'apporter une description du lieu pour permettre d'avoir une image du contexte singulier dans lequel les patients évoluent. C'est un ancien hôtel situé à l'entrée d'un village de moyenne montagne, bordé par un parc non clôturé et donnant sur une forêt. Les patients sont libres de sortir dans le parc mais il leur est interdit de partir en forêt sans la présence d'un soignant. La structure est délimitée à l'avant par la route principale menant au village, suivie d'un parking réservé au personnel. A l'arrière, l'espace enherbé délimité par la forêt. Il n'est pas rare d'y observer la faune sauvage qui s'y aventure. L'accès au bâtiment se fait à l'avant par un large escalier menant sur une terrasse sur laquelle bancs et tables sont à disposition des patients et soignants. C'est habituel d'y rencontrer des groupes de patients partageant une cigarette ou bien en train d'échanger avec des soignants. Le hall d'entrée est lumineux et la vue donne sur les collines de l'autre côté de la route. C'est à la fois un espace de rassemblement, d'attente, de passage et il fait office d'espace café pour les patients.

Face au hall, la salle des soignants dans laquelle ordinateurs, pharmacie, tableau de planification sont disposés. C'est ici que l'accueil des nouveaux arrivants se fait, que les patients viennent formuler une demande et prendre leurs médicaments, ou encore que nos réunions de relève se font. Le tableau de planification permet l'organisation des soins pour chaque patient. Il est remanié en début de chaque semaine.

Toujours au rez-de-chaussée, sur la droite de la salle des soignants, nous trouvons une salle de vie avec canapé, billard, télévision, jeux de société librement accessibles aux patients. Des infirmiers partagent souvent des parties de cartes avec quelques patients. La cuisine et la salle-à-manger se trouvent au même étage, sur la partie gauche. Une table est réservée pour l'équipe soignante, non loin des deux tables des patients. Les deux étages suivants comportent les chambres des patients, les salles d'eau et toilettes communes mais également les bureaux des soignants, de la cadre de santé et du factotum. Pour ma part, j'effectue mes bilans dans le bureau médical et j'assure mes séances dans la salle de yoga. Nous retrouvons aussi une salle d'activité manuelle, deux salles destinées à la pratique du yoga et de la relaxation, une salle de réunion, toutes sont accessibles en présence d'un soignant.

La particularité de l'organisation de soin et l'organisation spatiale de l'infrastructure amène une vie quotidienne qui rappelle un cadre familial. Une vie collective est installée et semble partie prenante du parcours de soin des personnes accueillies. C'est un espace-temps qui appelle au calme et au retour à soi. Parfois, seules les blouses des soignants rappellent le cadre hospitalier de la structure.

1.5. Le profil des patients

Nous retrouvons dans l'unité des patients venant de tous milieux sociaux-professionnels confondus, de générations différentes allant de 18 ans à 78 ans, avec un sexe ratio en moyenne de deux femmes pour un homme.

En gravissant les marches de l'entrée de l'unité pour la première fois, je rencontre des personnes assises sur les bancs de la terrasse. Elles me saluent, portent un regard curieux sur l'objet de ma venue : suis-je une nouvelle patiente ? Ou une soignante ? J'observe des personnes de générations différentes, majoritairement des femmes, pour la plupart fumant une cigarette en regardant le paysage, le regard présent pour certains et absent pour d'autres. Les visages semblent plissés par le temps d'une vie trop dure. Je vois un petit groupe de patients se promener autour de la structure. Leur pattern de marche sont caractéristiques : un polygone de sustentation étroit, l'axe courbé vers l'avant, un tonus qui se rapproche plus d'un agrippement que d'un recrutement. Les mouvements ont peu d'amplitude. Les corps sont rabougris, rétrécis, tordus par la douleur psychique, semblent sans consistance ou parfois affolés, atterrés par l'émotion débordante. Il règne une forme de lourdeur. Les corps se traînent, luttent pour avancer. Je sens également quelque chose de porteur : est-ce le lieu qui, tourné vers un paysage dégagé et vallonné, rappelle le caractère non linéaire de la vie, sa richesse dans l'ouverture, ou est-ce mon excitation d'être au carrefour de la rencontre entre les personnes de l'unité et la psychomotricité ?

2. Mon travail au sein de l'unité

2.1. Faire sa place

C'est dans ce cadre institutionnel que je me suis présentée à la structure pour faire mon stage d'observation de 15 jours de deuxième année de formation. C'est pendant ce stage que j'ai pu m'imprégner du fonctionnement de l'équipe et du profil des patients. J'ai par la suite proposé ma présence sur les lundis en tant que stagiaire en référence. Le suivi en psychomotricité en psychiatrie adulte n'étant pas développé sur ce territoire, j'arrive en terrain neuf et sans psychomotricienne diplômée sur place. Mon arrivée dans la structure ne m'a pas été facilitée. L'équipe présente sur mon premier jour ne semblait pas au clair sur ma fonction dans l'unité et j'ai eu le sentiment que ma présence n'était ni souhaitée ni comprise. J'ai commencé à œuvrer, et je pense que cela est un travail au long court, pour intégrer le travail en psychomotricité dans le parcours de soin des patients. J'ai eu besoin dans un premier temps d'apporter un éclairage sur les concepts de la psychomotricité auprès de l'équipe ainsi qu'auprès des patients au travers d'affiches (cf annexes) et d'une participation active

aux réunions de relève. Pour continuer à m'ancrer dans l'institution ainsi que dans le travail d'équipe, j'ai proposé un atelier à destination des soignants. M'est ensuite venue l'envie d'inviter les infirmiers le désirant à participer aux séances des patients pour lesquels ils sont référents.

Ce sont autant de propositions qui, petit-à-petit, m'ont permis de m'inscrire dans le projet de soin de la structure et dans l'équipe, ainsi que d'asseoir pour moi-même les concepts de la psychomotricité appliqués en psychiatrie adulte. La place de la psychomotricité n'allant pas de soi, notamment en psychiatrie adulte, j'ai dû parler de mon métier, des concepts qui le régissent, de mes expérimentations faites en séances pour commencer à voir fleurir chez les soignants une représentation de la place de la corporéité comme miroir du psychisme et objet de relation. C'est un travail qui m'a demandé de la patience et de la persévérance, qui est devenu très formateur, et grâce auquel mon identité de psychomotricienne a éclos.

2.2. Travailler au sein d'une équipe

Le travail d'équipe m'est petit à petit apparu comme essentiel dans la mise en place des projets thérapeutiques. En effet, j'ai effectué mes premières prises en charge sans adopter une réelle communication avec l'équipe infirmière. De façon maladroite, j'ai accompagné des patients dans un espace-temps créé à mon image, sans prendre en compte les autres espaces-temps de leur quotidien. Trop emprunte du mécanisme de transfert et contre transfert lors des séances et sans possibilité de prise de recul, il ne m'a pas fallu beaucoup de temps pour percevoir un manque, un trou dans ce que je percevais du vécu corporel du patient. Comment ses schèmes posturo-moteurs sont engagés en dehors de nos séances ? Comment son corps est habité dans les relations avec les autres soignants et patients ? Pour prendre de la hauteur dans mon analyse clinique, j'ai pris soin par la suite de questionner plus longuement les équipes sur leurs perceptions des patients lors des soins et dans le quotidien. J'ai développé une collaboration étroite avec la psychologue présente sur l'unité.

En ce qui concerne les indications, nous avons convenu avec la psychiatre en cheffe que les indications de séances en psychomotricité pouvaient être discutées en équipe et lui être proposées. Elle peut également motiver une prise en charge d'elle-même. C'est majoritairement lors des discussions cliniques des relèves effectuées avec l'équipe infirmière et la psychologue que l'idée d'un suivi pour un patient donné nous vient.

Il est utile de préciser que les patients n'ont pas de projet de soin personnalisé formalisé et établi. Les objectifs de soin pour chaque patient sont discutés principalement lors des relèves. En corrélation avec ce fonctionnement institutionnel, je ressens parfois l'équipe d'infirmiers et la psychologue en difficulté pour mettre du sens sur le travail effectué auprès des patients. Je vis parfois

moi-même certaines difficultés pour établir mon cadre de soin psychomoteur au sein du cadre de l'unité. Je peux ressentir un inconfort de ne pas pouvoir m'appuyer sur une direction commune.

2.3. Organiser mes suivis en fonction du cadre temporel

Je ne sais jamais à l'avance combien de temps le patient restera dans la structure. D'une part, parce que les patients sont en soin libre donc ont la possibilité de mettre fin à l'hospitalisation quand ils le souhaitent, d'autre part, parce que les décisions de sorties sont ordonnées par les psychiatres et peuvent être imprévisibles. Je vois les patients entre quatre et six séances en moyenne, en théorie. Il m'est arrivé d'avoir un suivi sur quinze séances. Chaque lundi matin, sur la route pour rejoindre l'unité, je me demande qui retrouverais-je en séance. Est-ce que Mme D aura attrapé la perche tendue par les soignants ? Elle exprime le manque de sa fille et culpabilise de la laisser seule. Tiens, Mme B est partie cette semaine sans que nous n'ayons pu conclure nos séances, la psychiatre a jugé qu'une sortie était possible. Zut, Mme A n'est pas là aujourd'hui, elle a eu une permission pour un rendez-vous médical. C'est un cadre fluctuant qui me demande adaptation et ajustement perpétuels.

Une première séance me permet à la fois de rencontrer la personne et d'évaluer ses fonctions psychomotrices pour orienter le suivi ; les suivantes sont consacrées aux expérimentations psychomotrices pour mettre en œuvre le projet. Étant donné le contexte de soin et le cadre temporel, je fais le choix de concentrer mes bilans sur la représentation corporelle, le tonus, l'équilibre et l'exploration spatio-temporelle (cf annexe n°2). Je cible ces fonctions psychomotrices parce que j'observe qu'elles regroupent les principaux signes de désorganisation psychomotrice pour ce profil de patient. En effet, le cadre temporel des hospitalisations me demande d'assurer le premier entretien suivi du bilan en une séance. Aussi, je fais le choix d'orienter mon suivi sur un seul objectif de soin psychomoteur. L'évaluation de fin de suivi n'est pas toujours possible parce que les sorties d'hospitalisation sont généralement imprévisibles.

Chapitre II : Mme A, une psychomotricité empreinte d'insécurité

1. Éléments d'anamnèse

Mme A a 34 ans. Elle a un passé d'addiction dans le cannabis, l'alcool et le tabac qu'elle a su traiter progressivement. Elle n'a plus de dépendance depuis 2021. En commençant une psychothérapie en 2019, Mme A met le doigt sur des souvenirs traumatiques qui seraient à l'origine de ses angoisses présentes depuis l'adolescence. Elle a accès à des souvenirs d'évènements qui selon

elle font traumatisme mais qui restent flou. Il y a ceux concernant des épisodes de violences psychologiques vécues au primaire au contact de camarades, ainsi que celui d'un épisode d'agression sexuelle de la part de son cousin autour de ses 6 ans. Depuis le travail entamé avec la psychothérapeute, elle fait face à des reviviscences traumatiques qui ont lieu principalement dans les moments d'intimité avec sa compagne et qui l'ont amenée à consulter une sexologue. Il lui a récemment été diagnostiqué un trouble de stress post traumatique associé à un trouble anxieux non spécifié.

Elle a débuté un suivi au CMP tout en continuant ses séances de psychothérapie. Mme A a entamé les démarches pour enclencher un suicide assisté en Suisse il y a peu de temps, puis elle s'est rétractée. Elle me précise y avoir réfléchi il y a quelques mois car elle ne voyait pas d'autre issue. Elle le vivait comme un dernier recours face à son incapacité à trouver une solution pour pallier sa souffrance. Lorsqu'elle s'est un peu plus renseignée sur le protocole, elle a vite renoncé face à la lourdeur de ce dernier. Elle n'a pas de traitement et refuse à plusieurs reprises l'instauration d'anti-dépresseurs qu'elle juge trop impactant pour son corps.

Elle dit avoir un environnement familial plutôt serein. Elle a pu recevoir de la réassurance physique de la part de sa mère. Elle pose les mots de « mère louve » pour décrire cette dernière. Elle se souvient d'elle comme étant protectrice et très présente. Elle m'indique avoir un grand frère mais ne me donne pas plus de précision quant à ses liens familiaux. Elle se rappelle avoir adopté des moyens d'auto-réassurance durant l'enfance tels que la disposition d'une « armée de peluches » sur le pourtour en haut de son lit et une boîte à musique. Petite, elle a eu des pratiques corporelles variées : équitation, patinage artistique, karaté, tai chi. Depuis l'âge adulte, elle aime fréquenter les concerts et festivals et pratique la randonnée. Elle éprouve de plus en plus de difficultés à vivre ces loisirs et est dans l'évitement de la foule et des situations groupales. A l'adolescence, elle se rappelle avoir eu des accès auto agressifs. Il lui arrivait de frapper dans les murs jusqu'à retrouver ses poings en sang. Elle date le début de ses angoisses à l'âge de 14 ans sans y associer d'évènements en particulier.

Son parcours scolaire a été effectué dans le milieu de l'architecture paysagère et du droit. Elle est en poste de secrétariat dans un service de curatelle depuis 2 ans. Elle a démarré une reprise d'étude dans le milieu du design.

Mme A est hospitalisée à l'hôpital général pour traiter un lupus en 2022. C'est une maladie auto-immune qui touche les articulations et la peau qu'elle a déclarée en 2008. Elle goûte alors pour la première fois au sentiment de sécurité que lui fait vivre la chambre d'hôpital. Suite à cette expérience et alors qu'elle pense à entamer un parcours de suicide assisté, l'infirmière du CMP lui conseille d'être hospitalisée dans l'unité de soin dans laquelle j'interviens pour y trouver la contenance et le soutien dont elle a besoin. C'est la première hospitalisation complète en psychiatrie de Mme A.

2. Indication en psychomotricité et projet thérapeutique

C'est en regardant le dossier de Mme A, qui était alors sur liste d'attente, que l'envie de la rencontrer en séance me vient. En effet, il est indiqué qu'elle souffre d'un état de stress post traumatique et cela m'intéresse de mettre en regard son vécu psychomoteur avec celui d'autres patientes qui vivent également des épisodes de stress suite à des souvenirs d'agression ou de violence. Je la rencontre lors de son premier entretien infirmier. J'observe par la suite un profil psychomoteur dont la représentation du corps et l'organisation tonico-émotionnelle ont un impact délétère sur sa psychomotricité. Mon objectif de soin est d'étayer sa représentation corporelle avec comme sous-objectif de consolider ses appuis au moyen de jeux d'oppositions et d'expérimentations autour de la conscience du corps. La demande de Mme A est de pouvoir réduire l'anxiété et l'état de vulnérabilité ainsi qu'aller vers un mouvement d'introspection. Nous aurons quatre séances ensemble.

3. Première rencontre : le paradoxe de Mme A

3.1. Mme A donne le change

Le jour d'arrivée de Mme A dans l'unité, une matinée d'un lundi, je vois une jeune femme souriante et avenante. Elle dégage de la bienveillance. Son regard est ouvert et présent, elle observe ce qui l'entoure. Elle est de taille et corpulence moyennes, porte des lunettes, des cheveux châtons rasés de chaque côté de la tête. Elle porte un regard doux sur son environnement. Quelques tatouages dépassent de son tee-shirt, le long de ses bras. Elle me fait un peu penser à une motarde, avec ses cheveux rasés et ses tatouages. Mon premier ressenti est épris de curiosité : cette femme semble moins marquée physiquement que les autres patients et ne montre pas de signes extérieurs d'instabilité émotionnelle. Quel est le motif de sa venue dans l'unité ? L'équipe soignante se questionne du regard, nous n'avons pas l'habitude d'accueillir des patients qui ont l'air d'aller bien. Elle se présente timidement d'elle-même aux soignants et patients présents dans le hall qui discutent. Je l'observe depuis le bureau des soignants. Elle vient accompagnée de sa compagne qui porte ses bagages. Elles se tiennent proches l'une de l'autre et montrent des signes de complicité.

Mme A est accueillie par un infirmier que je nommerai Michel. Il deviendra ensuite son référent. Je n'assiste pas au temps d'accueil et je ne reverrai Mme A que lors du repas. Je l'observe alors installée au milieu d'une tablée. Elle ne semble pas être en difficulté pour trouver sa place, comparé à d'autres patients. Son tonus semble adapté et elle adopte une posture d'écoute : sa tête suit ses interlocuteurs au gré des conversations. En revanche, elle fait fréquemment appel aux chaînes musculaires antéro-latérales, ce qui lui fait ramasser ses membres vers le centre dans une posture de

repli. Ses mouvements me semblent mesurés et peu nombreux mais ont une fonction infra-verbale adaptée, par exemple elle hoche la tête et tourne son buste en direction de ses interlocuteurs. Après le repas, je la vois participer au temps de vaisselle qui se passe sur la base du volontariat. Elle semble à l'aise dans sa tâche, prise dans la dynamique collective. Au vu des premiers signes, ou plutôt des non signes qui pourraient faire penser à une détresse émotionnelle, un ralentissement psychomoteur ou une dysrégulation tonique, je m'interroge alors sur l'intérêt de la voir en psychomotricité. Attendons notre rencontre prévue dans l'après-midi pour en décider.

3.2. Quand les affects pointent le bout de leur nez...

Je fais la demande auprès de Michel d'assister au premier entretien qu'il mène en tant que référent de Mme A. Je souhaite y participer pour observer l'interaction entre Mme A et lui, ce qui me permettrait de garder une certaine prise de recul. Nous avons fait le choix d'aller dans mon bureau par simplicité, ce qui m'a finalement donné une place particulière dans l'entretien. J'accueille sur mon territoire, celui de la psychomotricité. Peut-être alors que j'aborderai la question du corps pendant l'entretien ?

Je suis derrière le bureau, Michel est placé devant à ma gauche, Mme A devant à ma droite. Michel commence par me reformuler les informations qu'il a recueillies lors de l'accueil de Mme A le matin même, que cette dernière confirme. J'entends alors pour la première fois le son de sa voix, une petite voix de faible intensité, dans la tonalité médium, avec une prosodie monotone. Ses mots sont presque un chuchotement. Cela me surprend car la qualité de présence de son regard et sa mimique expressive m'ont fait attendre autre chose. Ses paroles sont mesurées, contrôlées. Elle marque toujours un temps de pause avant de s'exprimer. Son visage montre qu'elle pèse et choisit ses mots. Mme A ne parle que lorsqu'elle en y est invitée. Elle sourit, acquiesce régulièrement à ce que dit Michel, sans ajouter d'informations. Elle fait bonne figure mais je ne me laisse pas tromper. J'observe plus en détail sa posture : elle ne prend pas complètement appui dans le dossier du siège. Son axe est droit et me donne l'impression d'être figé. Elle a un tonus pneumatique haut et sa respiration est superficielle. Ses membres sont ramassés vers le centre dans une posture qui marque le repli sur soi. J'observe une dysharmonie tonique qui me fait penser que Mme A est en inconfort : ses membres sont en fermeture et semblent relâchés. Un fond tonique haut au niveau de l'axe et de la ceinture scapulaire la met comme en contradiction avec cette posture de repli que je me représente comme étant dans la rondeur.

L'ensemble du tableau donne l'impression que Mme A lévite sur son siège. Le paradoxe vient du fait que son sourire et son regard ne donnent pas les mêmes informations sur son état émotionnel que l'organisation tonico-posturale de son corps. Je pense à la présence d'un faux-self chez elle. Est-

ce une posture de défense, ce qui impliquerait un sentiment d'insécurité, que Mme A adopte ici ? Mais de quoi ou de qui se défend-elle ? Elle garde cette étrange posture tout au long de l'entretien, accompagnée de sourires et regards qui, si on ne se fait qu'à eux, nous montrent douceur et enthousiasme. Le décalage entre ce qu'elle donne à voir et ce qu'elle donne à vivre me frappe. Je me sens mal à l'aise, comme en suspens, presque en vigilance. La tension est palpable. Quel est le danger, pour elle, pour moi ? Je sens que les digues que Mme A s'attache à cuirasser peuvent rompre à tout moment. A qui ce vécu appartient-il ? Qu'est-ce qui se joue dans ce dialogue tonico-émotionnel ? Est-ce le contexte de l'entretien qui fait surgir chez elle une posture de mise en sécurité ? Ou est-ce sa façon propre d'être au monde ? Plus tard dans l'entretien, elle nous exprime la difficulté que l'exercice de se raconter lui amène. Je penche donc pour l'hypothèse qu'un dévoilement de sa personne fait naître chez elle un sentiment d'insécurité, ce qui l'amène à adopter une organisation tonico-posturale qui la contient.

Après avoir redonné le contexte de l'hospitalisation de Mme A, Michel questionne cette dernière sur son état émotionnel et ses potentielles appréhensions quant à l'hospitalisation. Elle n'entre pas pleinement dans la description de son ressenti, malgré l'invitation répétée de Michel. Elle tient comme une carapace qui la met à l'écart, en sûreté. Il en ressort tout de même que Mme A est contente d'être ici et souhaite profiter du cadre pour prendre le temps d'écouter ce qu'il se passe à l'intérieur d'elle.

Je la questionne ensuite sur le travail effectué précédemment avec la sexologue, sur ce que cela lui a apporté. Elle mentionne une séance durant laquelle elles ont travaillé la proxémie, et la capacité à dire « stop » lorsqu'une personne atteint la limite de son espace proxémique personnel. Elle nous décrit la séance. Je vois alors son regard se figer et sa respiration se couper. Ses yeux sont fixés sur un point. Elle semble adopter une vision en tunnel : plus rien n'existe autour d'elle. Sa motricité est stoppée net. Cela me rappelle un état de sidération. Elle semble hors du temps de l'entretien, comme si elle revivait une scène difficile. La situation semble mettre à mal sa continuité psychocorporelle par une rupture de sa présence dans le temps, l'espace et dans la régulation tonico-émotionnel. Les larmes montent et elle semble s'attacher à les tenir à distance par quelques réactions de contenance. Un long moment de silence, puis Mme A pose sa main sur sa poitrine et expire bruyamment en laissant échapper quelques sanglots. Ce sont des sanglots empreints de détresse et d'une peur intense. Son axe s'effondre et elle se courbe vers l'avant. Elle a comme lâché son armure tonique, et ce qui se cache derrière me montre la puissance de ses émotions et sa difficulté à y faire face. Cela me ramène à l'esprit que l'état de stress post traumatique est bien présent chez Mme A : le rappel des sensations vécues lors de la séance avec la sexologue a fait comme effraction et a débordé ses capacités de régulation. Ses réactions physiologiques et toniques s'activent comme si un danger guettait. D'où part le sentiment de danger pour Mme A ? Est-ce le fait que la séance rapportée touche

à ses limites et au sentiment d'intrusion rappelant le traumatisme originel ? Pour Mme A, l'investissement tonico-émotionnel ne semble pas s'inscrire dans une fonction de régulation, mais plutôt dans une fonction de défense. Quoi qu'il en soit, le fait que Mme A ait une réaction tonico-émotionnelle si particulière lors de la mise en lumière de ses affects me parle du fait que la fonction contenante de son enveloppe psychocorporelle pourrait être défaillante. Nous la rassurons sur sa légitimité à exprimer ses émotions que nous sommes ici pour accueillir. Elle ravale ses larmes et s'excuse. Elle nous raconte à quel point le fait d'être confrontée de façon brute à ses difficultés comme lors de la séance avec la sexologue lui fait mal. Depuis le travail avec la psychothérapeute et la sexologue, Mme A se sent sans défenses, vulnérable. Elle dit se prendre de plein fouet les attaques de panique, la peur constante des autres et du monde. Elle se décrit comme quelqu'un qui aime la vie mais à qui le monde et la société font peur. Sa demande par rapport à cette hospitalisation est d'avoir « moins peur de tout ». C'est donc bien un sentiment d'insécurité qui s'inscrit dans le corps de Mme A.

L'entretien arrive à sa fin. Je présente le métier de psychomotricienne à Mme A en lui faisant part de ce que me renvoie son vécu corporel. Je lui fais partager l'insécurité psychocorporelle que j'observe et ressens chez elle. Si cela l'intéresse, nous pourrions démarrer un suivi pour aborder ensemble la question du lien qu'elle entretient avec son corps. Elle se montre très curieuse et enjouée de ce qu'on va pouvoir travailler ensemble.

Au sortir de l'entretien, je me suis questionnée sur la façon que Mme A a de réguler ses émotions. Elle semble terrorisée par ses propres émotions autant que par le fait de les exprimer. J'ai eu le sentiment pendant cet instant mis en suspens lors de l'entretien d'assister au dévoilement de son contenu émotionnel. Cela s'est fait dans la douleur. Son fonctionnement en « tout ou rien », de « aucune émotion ne transparait » à « les affects l'envahissent et font irruption » me questionne. Comment perçoit-elle son contenu et son corps propre c'est-à-dire ses affects, son état de tension interne, sa sensorialité ? Pourquoi est-ce que ce dernier lui fait tant violence, comme si elle le vivait comme un intrus ? Qu'est-ce qui lui manque pour qu'elle puisse trouver une communication fluide entre son vécu intérieur et l'extérieur ? Cela me fait penser que Mme A a vécu une effraction lors du traumatisme qui a probablement modifié les rapports entre le dedans et le dehors, entre sa représentation de l'espace propre et l'espace non propre.

4. L'évolution de Mme A dans la structure

Tout au long de son séjour, Mme A participe à des ateliers de cuisine, des ateliers de loisirs créatifs, des séances de relaxation, des séances de modelage et de méditation. Il ressort de

l'observation clinique de l'équipe infirmière que Mme A reste volontaire dans les soins et les ateliers tout au long de son séjour. Elle prend tout ce qu'il y a à prendre pour évoluer dans son soin, notamment pour pallier la prise de traitement qu'elle a refusée. L'équipe s'accorde à dire que Mme A reste discrète mais agréable à vivre, elle ne fait jamais part de ses émotions. Elle est vue comme « une bonne élève qui ne fait pas de vague ». Concernant les entretiens, elle est suivie par la psychologue de l'unité à raison d'un rendez-vous par semaine. La psychologue me fait part d'une sensation de glissement de place. « C'est elle qui me calme avec sa voix ! » me rapporte-elle. Elle a le sentiment que Mme A peut subtilement et inconsciemment amener un échange des places patient/soignant : elle prend une posture soignante par l'attention, l'écoute et la bienveillance qu'elle dégage. Les soignants perçoivent cette posture comme une tentative de mise à distance de sa vie interne.

Il ressort des entretiens avec la psychologue, qui ont été au nombre de deux, que Mme A est plutôt accessible dans le fait de relater les événements de sa vie et la façon dont elle les vit. Cependant, ma collègue me fait part d'affections corporelles de type tremblements qui sont survenus progressivement en séance jusqu'à devenir incontrôlables et envahissants pour Mme A. Cela est survenu lorsque le sujet abordé concernait le lien que Mme A entretient avec ses parents ainsi que le manque de réassurance. Je retiens ici le fait que l'évocation des liens d'attachement est source de stress intense et parle peut-être d'un vécu traumatique au sein de la famille pour Mme A. Lors d'un des entretiens, elle amène un souvenir infantile qui est revenu récemment dans lequel l'expression bruyante de ses affects avait été sanctionnée, ce qui semble avoir été déterminant dans son recours à la répression des émotions par la suite. Le vécu traumatique a été abordé, et notamment l'atteinte sexuelle subie de la part de son cousin, sans pouvoir poser de souvenirs précis dessus. La psychologue part du principe que puisque son corps montre des signes de traumatisme, elle va travailler avec la patiente comme si cela s'était produit sans attendre de faits explicites.

5. Du contre transfert au bilan psychomoteur

La vigilance que j'ai ressentie lors du premier entretien appartient probablement en partie au vécu propre de Mme A et est potentiellement marqueur d'une fragilité émotionnelle contenue. Quelle difficulté de ne pas se laisser embarquer par cette angoisse latente ! Comment ne pas moi-même avoir peur de ses émotions ? L'insécurité interne que dégage Mme A m'impressionne tant elle amène une imprévisibilité dans ses réactions tonico-émotionnelles. Je sens qu'il va falloir que je trouve des appuis pour pouvoir offrir un espace sécurisé, une contenance, un étau à ses propres appuis internes tout en travaillant avec ce que sa psychomotricité me fait vivre.

Le contre transfert est bien présent, à tel point que je n'ai pas vu l'utilité de lui faire passer les épreuves habituelles de ma trame : « Pour vous, ce n'est pas la peine de faire l'ensemble des épreuves,

je pense que vous vous en sortez bien » je m'entends encore lui dire lors de notre première séance. J'ai l'impression d'être séduite par sa personnalité bienveillante et la douceur de sa présence. Je me dis que sa présentation brouille les pistes de l'analyse clinique des soignants. Au fond, ne serait-ce pas le rôle de son faux-self, de sa carapace de protéger ses fragilités, sa vulnérabilité du regard d'autrui ? Travailler avec ses défenses est selon moi indispensable au projet de soin. Mais comment ne pas les brusquer ?

La clinique du traumatisme est une clinique de l'implicite et du mortifère, Mme A me le fait bien ressentir. Probablement que le fait de ne pas pouvoir la saisir est déroutant pour l'ensemble des soignants. Aussi, j'ai perçu l'angoisse que la situation d'examen pouvait amener chez elle. Quelque part, je me suis bien gardée de la mettre de nouveau dans cette posture, pour moi comme pour elle, et j'ai préféré engager rapidement les expérimentations corporelles. Ce fut peut-être une façon pour moi de la rencontrer, comme pour saisir sa psychomotricité en la plongeant directement dans le « dur » de la corporéité. C'était aussi peut-être ma façon de répondre à la difficulté de ne pas pouvoir la saisir.

J'ai tout de même proposé l'épreuve du dessin du corps de Goodenough ainsi que les épreuves de tonus de la batterie NP-MOT. Je suis venue tester lors des séances, au travers de mises en situations, ses appuis, son équilibre, ses coordinations. J'ai observé sa façon d'investir la sphère spatio-temporelle tout au long du suivi.

6. Au fil des séances, se dessine un profil

Partant des observations de notre première rencontre, je propose à Mme A des contenus de séance qui ont mis au travail la perception de son corps propre. J'ai mené des séances autour du fait de sentir ses appuis pour pouvoir pousser et repousser, d'expérimenter le rassemblement par l'enroulement, de conscientiser ses sensations corporelles. J'ai aussi fait appel à son engagement moteur dans des jeux d'opposition.

6.1. Une représentation corporelle « fragile intérieurement »

Mme A rapproche spontanément sa chaise de mon bureau. Elle anticipe ce que je vais lui demander en se rendant spontanément disponible. Nous commençons l'épreuve du dessin du corps. Elle dessine consciencieusement mais rapidement. J'assiste de nouveau au paradoxe de Mme A : les signes marquant son implication ne sont pas à la hauteur du résultat. Son dessin du corps est comme vide. C'est une silhouette dénuée d'affect et de subjectivité. Seuls les pieds sont délimités par un trait au niveau des chevilles, le reste du corps est détourné. Le visage ne comporte pas d'éléments et le corps

est asexué. Elle le décrit elle-même comme étant « plutôt masculin ». Seules les mains ressemblant à des poings fermés rappellent la présence d'affects, mais toujours dans une perspective figée. Lorsque je demande à Mme A ce qui lui semble fragile dans ce corps, elle me répond que « nous sommes peu de choses intérieurement, c'est fragile sans peau et muscles ». A quoi se réfère cette phrase ? Peut-être qu'en omettant son contenu corporel, sa densité, sa structure osseuse elle parle d'un défaut de sentiment de solidité et de structure ? Elle reste neutre quant aux questions qui touchent au lien qu'elle entretient avec son corps : il n'y a rien qu'elle aime plus ou moins dans son corps. Comment est-ce possible de rester neutre quant à son corps ? C'est comme si la mise à distance de ses affects était telle qu'ils ne prennent aucune forme pour elle. Le fait que les questions portant sur son corps propre ne lui évoquent rien me fait penser que la conscience de son contenu, son vécu corporel est empêché. Cela me fait penser à la résultante des mécanismes de dissociation mis en jeu dans le TSPT. Aussi, elle mentionne la peau et les muscles. Ce sont des éléments qui font interface entre le monde intérieur et le monde extérieur, ce sont des limites physiques. Je me dis alors que si on se sent fragile à l'intérieur, voir inconsistant pour Mme A, c'est que peut-être la fonction de contenance et de protection rattachée aux limites est défaillante. Comment se sentir en sécurité avec son propre vécu corporel si la fonction d'enveloppe est inexistante ?

Lors de la séance suivante, je questionne Mme A sur sa première semaine passée dans la structure. Elle dit être contente de ce que le cadre lui apporte, elle s'y sent bien. Si je me tiens à ce qu'elle me dit, il n'y a toujours pas de difficultés à l'horizon, Mme A garde son sourire. D'elle-même, elle fait référence au dessin du corps effectué ensemble à la séance précédente. Elle se rappelle avoir dessiné un corps qui représente pour elle une posture de mise à distance de la colère. Elle me raconte que l'après-midi suivant notre entretien, elle s'est autorisée à écouter cette colère qui cible les personnes de qui elle aurait eu besoin de soutien, en l'occurrence les membres de sa famille. Tiens, alors ses liens familiaux ne seraient pas aussi sereins que ce qu'elle m'a décrit lors de l'anamnèse ? Elle raconte comment elle a pu exprimer l'émotion qui s'est matérialisée par des pleurs et décrit une sensation de soulagement et de poids en moins le soir venu. Cette capacité de réflexivité m'intrigue, elle dénote avec ses difficultés de conscience corporelle. Je me demande si le fait d'avoir dessiné son corps a pu étayer l'expression émotionnelle. Mme A montre tellement peu d'expressions spontanées, mis à part lorsque les émotions débordent, que je peine à discerner ce qui la touche, ce qui fait sens pour elle. Comment se fait-il qu'au travers du dessin du corps, elle ait pu se laisser toucher ? Est-ce parce qu'elle était seule, sans regard qui fasse intrusion ?

De façon concrète, Mme A a dessiné les limites de son corps, sa silhouette. Elle a laissé la trace de ce qui la contient, ce qui marque la limite de son organisme, mais elle a aussi fait trace d'un symbole de colère. En revanche, rien qui ne fasse écho à son individualité et intériorité. Peut-être que ce dessin lui a rappelé l'existence des émotions présentes dans le corps. C'est comme si ce dessin mettait en

lumière son investissement tonico-émotionnel de façon symbolique : les poings serrés symbolisent la colère et accompagnent la carapace qui délimite un corps sans identité.

6.2. Agrippement et dysharmonie tonique

Les épreuves du tonus de la batterie de test NP-MOT montrent un tonus de fond adapté, avec une bonne extensibilité et un ballant suffisant. Etant donné que j'ai auparavant observé un tonus de fond haut au niveau de la ceinture scapulaire, j'ai souhaité compléter cette épreuve par l'épreuve du ballant des bras de Bucher. En effet, il n'a pas été possible pour elle de laisser retomber ses bras sans retenir le mouvement. Lors de l'épreuve du tonus postural, Mme A montre un tonus condensé autour de l'axe très efficace pour résister à ma poussée mais qui ne laisse pas de place à la surprise : Mme A anticipe mon geste et recrute son tonus bien avant ma poussée. Le tonus d'action ne montre pas de particularité.

Lors d'une des séances, je propose de commencer par un temps de regroupement en posture dite de l'enfant : les genoux regroupés sous le ventre, front posé sur le sol, les bras relâchés vers l'arrière de part et d'autre du corps. J'observe sa capacité à relâcher et à se déposer au sol. Mme A peut se placer correctement dans la posture. Seules ses épaules sont dans un tonus haut, comme agrippées au reste du corps. Lorsque je lui fais part de cette observation, elle dit ressentir ses épaules tendues mais ne pas savoir comment les relâcher. Je propose ensuite un temps d'enroulement puis de déroulement successif, à plat ventre puis à plat dos, sur quelques respirations. Les respirations de Mme A sont peu amples. Son axe s'ajuste à la posture mais il y a comme un manque de souplesse, de fluidité dans ses mouvements. A la fin de l'expérimentation, nous avons convenu ensemble qu'elle reprenne la posture de l'enfant seule quelques fois dans la semaine. Lors de la séance suivante, elle m'informe avoir pu expérimenter la posture de l'enfant, ventre tourné vers le sol, tous les jours, et que cela l'a étayé. Aussi, elle me fait part de son expérience du relâché d'épaules : si elle relâche volontairement ses épaules, ce n'est pas le même relâchement lorsque celui-ci se fait à son insu. Mme A commence donc à prendre conscience du fonctionnement de son corps et de l'impact, ou le contrôle, de son intellect sur sa conscience corporelle.

6.3. Des appuis qui fluctuent en fonction du sentiment de sécurité

J'ai eu envie d'axer une des séances sur la recherche d'appuis et de solidité interne. En arrivant dans la salle, je commence la séance par une mise en corps en proposant un automassage de tout le corps par pression, suivi d'un mouvement spiralé des membres supérieurs autour de l'axe. Mme A s'en empare, elle ferme les yeux et montre des signes de laisser aller : la mâchoire se détend, elle ferme les yeux. Seule la ceinture scapulaire est comme faite de béton. Vient ensuite le moment de tester ses

appuis contre le mur : je propose d'observer comment le corps s'organise pour être solide, avoir de la force comme pour vouloir déplacer le mur. C'est un exercice qui semble plaire à Mme A, ou tout du moins elle s'y adonne volontiers. Elle cherche, en m'imitant, les appuis qui procurent le plus de stabilité et de force. J'observe un bassin stable qui permet de bons appuis dans le sol. Son axe est tenu tout en restant mobile, ses bras peuvent déployer leur force librement. Elle adopte donc une posture permettant la transmission de force dans le mouvement du pousser. Je lui propose ensuite de venir tester ma propre solidité, en s'appuyant contre moi. Le contact physique est timide, à bout de bras, dans une proxémie qui ne permet pas l'engagement du corps. Lorsque nous inversons les rôles et que je viens tester ses appuis, Mme A est vite déstabilisée. Elle ne tient pas son axe. Je lui propose de se souvenir des appuis qu'elle avait trouvés pour pousser le mur, et comme ses jambes étaient solides. Elle trouve peu à peu un ancrage dans le sol mais cela reste fragile. Est-ce le corps à corps qui empêche Mme A de trouver ses appuis ?

Je propose ensuite d'aller un peu plus loin dans l'expérimentation des appuis en ajoutant un contexte de jeu d'opposition. Pour ce faire, je forme un cercle avec des tissus. Mme A se trouve à l'intérieur. Lorsque je la rejoins dans le cercle, elle me dit que seule dans le cercle, c'était confortable, mais qu'une fois « toutes les deux dedans, cela est confrontant ». Je la sens tendue, sa bouche est pâteuse, son regard est fuyant. Elle adopte une posture de défense, avec une rétropulsion et des épaules plus remontées que jamais, comme prête à fuir, ou se battre ? Cette organisation tonico-posturale me montre son inconfort et sa détresse. J'ai le sentiment de faire intrusion. C'est d'ailleurs ce que je viens travailler là : je demande à Mme A de faire appel à ses capacités de recrutement tonique et posturale pour faire face au sentiment d'intrusion.

Le mouvement de pousser doit se transformer en un geste de repousser, si elle veut pouvoir m'écarter efficacement du cercle. Je sais Mme A en inconfort. Je la questionne sur sa volonté de continuer, ce qu'elle acquiesce. Le top départ est lancé : la première qui touche le tissu ou sort du cercle a perdu. Il est interdit de tirer, seuls les mouvements de repoussés sont admis. Voilà qui va à l'encontre de sa posture d'évitement, marquée par une rétropulsion et un regard fuyant, qui est plus proche d'une posture de fuite que d'une posture d'attaque. Les premières manches, je les gagne. Mme A est fébrile, ses appuis au sol sont peu marqués. Le haut et le bas de son corps sont comme déconnectés : ses bras repoussent mais l'ancrage et la stabilité des membres inférieurs nécessaires à un tel geste sont inexistantes. Elle est dans un agrippement tonique plutôt que dans la recherche d'appuis dans sa structure corporelle. Elle semble en difficulté mais souhaite continuer.

Lorsque c'est elle qui donne le top départ, son « top » n'est pas franc et reste timide, non engagé. Elle ne semble pas dans le jeu, mais plutôt dans le « bien faire l'exercice ». Je suis moi-même difficilement dans le jeu, j'ai le sentiment de faire en sorte de jouer, avec une moindre spontanéité. Je n'aime pas cette sensation de faire irruption dans son intimité. Peut-être que le contact était trop

frontal, pour une première expérimentation en corps à corps ? Je me ressaisis et cherchais à dépasser ces idées identificatoires pour ramener du jeu dans l'expérimentation. Si le jeu n'est pas présent, ma corporéité doit être médiatrice pour y faire appel. Je pousse alors des cris, des onomatopées pour signifier mon effort, ce qui rend la situation grotesque. Je verbalise ma joie de gagner. J'exagère la situation. C'est une façon de rappeler que nous sommes dans un espace-temps qui parle du réel mais qui n'est pas la réalité. Je continue à lui demander d'être en recherche dans ses appuis, son axe, son tonus et de trouver une façon de faire respecter ses limites. Petit-à-petit, les mouvements de Mme A sont plus amples, elle lésine moins à me repousser franchement. Elle teste plusieurs stratégies et finit par réussir à me repousser en dehors du cercle. Victoire ! Elle se laisse enfin prendre au jeu. Je vois comme son regard et sa posture sont présents. Elle a gagné en extension du buste, son axe s'est étiré vers le haut et elle a rapproché son point de gravité du sol. Son bassin est stable. Des rires viennent de chacune et semblent spontanés, y compris de son côté. Je sens qu'elle apprécie de gagner, par la fierté qu'elle arbore lorsqu'elle réussit.

Dans ce court espace-temps, j'ai le sentiment de découvrir la véritable Mme A forte, vivante, vive. Surtout, j'ai le sentiment d'un corps habité, palpable, dense. Elle s'est laissée toucher et a pu réagir en retour, ce qui me semble une vraie progression pour Mme A. Mais alors, qu'est-ce qui lui a permis d'être solide dans son corps ? Est-ce l'espace du jeu que j'ai amené ? Ou encore, serait-ce l'enjeu de gagner, de pouvoir écarter l'intrus qui rend son cercle kinesthésique inconfortable ? Je penche pour l'hypothèse que c'est le fait d'avoir fait appel à sa densité corporelle, étayée par le jeu, qui lui permet de s'ancrer dans son axe, de se redresser, de délimiter son corps dans l'espace, et d'acquérir un pouvoir d'agir.

Cependant, sa posture victorieuse est de courte durée : dès l'instant où nous sortons du jeu, pour se replacer ou lorsque je fais un point sur son ressenti, Mme A remet instantanément une distance par une voix faible, des mots impersonnels, un tonus pneumatique haut. Pour le moment, les limites de son corps propre ne semblent pas assez solides pour lui permettre d'habiter son corps à tout instant.

La séance se finit par une relaxation qui associe une série de contraction/décontraction musculaire, inspirée de la relaxation jacobson. Je demande à Mme A de s'allonger au sol. Elle ne ferme pas les yeux d'elle-même, je l'y invite. Je lui demande de contracter le membre supérieur droit sur trois secondes, puis de le relâcher, et ce sur plusieurs séries. Nous répétons l'exercice sur l'ensemble des membres. Mme A arrive à discriminer les différences de sensations entre les membres, ceux qui ont été contractés de ceux qui ne l'ont pas été. J'observe que le fait de faire appel à sa densité corporelle avant le relâcher lui permet de se déposer petit-à-petit au sol. A la fin de la relaxation, Mme A se relève très rapidement, la détente fut de court instant. Peut-être que l'intensité de la précédente expérimentation aurait demandé un temps de transition vers la relaxation plus long. Le fort

recrutement tonique qu'a demandé la proposition contraste avec la posture allongée. C'est une transition brutale qui ramène à l'arrêt impromptu du mouvement et potentiellement rappelle un vécu mortifère. Mme A a été éprouvée dans sa capacité à faire face, à se recruter toniquement, à répondre au sentiment d'insécurité et je prends en compte le fait qu'il est difficile pour elle de relâcher son tonus et sa vigilance après un tel vécu.

6.4. Réfléchir plutôt que (re)sentir

A la fin d'une des expérimentations impliquant un corps-à-corps, je demande à Mme A : comment a-t-elle ressenti tout ce qui vient de se passer, n'était-ce pas trop engageant ? Mme A répond à côté, en faisant appel à la dimension cognitive plutôt qu'à ses sensations. Elle me parle de la façon dont les appuis internes et externes peuvent nous être utiles lorsque nos émotions sont débordantes. Certes, les liens qu'elle peut faire sont intéressants. Cela me donne l'impression que quelque part elle continue à me séduire, parce qu'au travers de sa réponse je pourrais m'imaginer qu'elle intègre notre travail. C'est peut-être le cas de façon intellectuelle, mais qu'en est-il de son corps ? Est-ce que l'espace de la psychomotricité fait empreinte sur sa corporéité ? Je reprécise ma question en insistant sur le fait que j'aimerais savoir ce que cela lui a fait sentir dans son corps à l'instant T. Sa réponse a dû être évasive car elle ne m'a pas marquée. Cela me ramène de nouveau à l'aspect dissociatif du ESPT qui la rend probablement hyporéactive, ou encore marquée par l'anesthésie émotionnelle et sensorielle.

Au début de notre 3^{ème} séance, Mme A m'attend, je la vois de dos regardant par la fenêtre. Elle est en tee-shirt, ce qui contraste avec la neige que nous apercevons au travers de la fenêtre et mon ressenti de fraîcheur ambiante. Lorsque je la questionne, elle me répond ne pas avoir froid. J'observe pourtant la chair de poule à la surface de sa peau. Je vois Mme A interloquée par ma question, comme si le décalage entre mon retour et ses sensations était difficile pour elle à se représenter. Comment ressent-elle les sensations désagréables, douloureuses ? Nous entrons dans la salle, puis elle finit par me rétorquer avoir la chair de poule. Elle ne dit pas l'avoir senti, elle me dit l'observer. De quoi parle le fait de ne pas sentir sa peau, première limite corporelle de l'être humain ? La sensation de froid est une sensation désagréable. Elle indique à la personne que le corps est en inconfort. Cela m'évoque la mise en jeu de l'ESPT dans le fait de couper Mme A de ses thermorécepteurs, capteurs sensoriels qui mesurent la variation de température cutanée, pourtant fonctionnels.

Ensuite, Mme A me fait part du décès de sa grand-mère la semaine précédant notre rendez-vous. Lorsque que je la questionne sur son ressenti, elle me dit trouver cela difficile sans comprendre son émotion. Elle marque un temps de pause, de silence, et me regarde droit dans les yeux, comme pour tester ma capacité à recevoir son émotion. Je me mets dans une posture d'écoute active, et recrute mes propres appuis internes. Mme A laisse des larmes monter. L'émotion semble être

accueillie sans faire irruption cette fois-ci. Quand bien même ce décès était attendu, elle ne comprend pas pourquoi elle a autant de peine. Au fil de l'échange, elle me dit sentir que cela fait écho à d'autres décès dans sa famille pour lesquels ses émotions étaient plus enfouies. Elle me dit ressentir depuis comme un retour en arrière dans ses défenses : cela a été difficile d'avoir un contact physique avec sa compagne ce qui n'était pas arrivé depuis plusieurs semaines. Elle se sent de nouveau en vigilance. Serait-ce notre travail autour des limites qui participe à l'augmentation de l'hypervigilance de Mme A ? Ou alors, le fait que des émotions passées remontent à la surface, qu'elle se laisse aujourd'hui toucher par ses liens familiaux montre que, peut-être, sa carapace s'est assouplie. L'hypervigilance reviendrait alors au galop pour protéger d'un éventuel danger d'être « trop » touchée ?

Mon postulat est que l'expression émotionnelle est signe de danger et de vulnérabilité pour Mme A, comme si le fait de se découvrir impliquait d'être sans protection. Mon travail consisterait donc à lui permettre de ressentir la contenance que lui offrent les propriétés de son corps, avant qu'elle ne puisse même ressentir ses émotions.

7. Dernière séance

Voilà maintenant un mois que Mme A est dans l'unité. Elle a une présentation un peu différente : les mimiques faciales et les gestuelles sont plus spontanées. La prosodie de sa voix s'est enrichie. Sa meilleure spontanéité gestuelle et verbale me fait penser que ses défenses sont moins actives. Elle me livre davantage ses affects. Elle dit avoir profité du cadre de l'hospitalisation pour apprécier la vie en collectivité. Elle s'est sentie à l'aise pour participer aux temps de vie collective et temps sociaux informels, ce qui est nouveau pour elle. C'est comme si elle pouvait maintenant réinvestir l'espace social en toute sécurité. Serait-ce dû à la contenance que lui offre l'espace hospitalier ? Elle dit avoir appris sur elle, et avoir repris un peu plus possession de ses moyens d'action. Elle peut penser à une perspective d'avenir : reprendre son travail de secrétaire tout en engageant une évolution professionnelle est son objectif. Elle veut reprendre le travail la semaine suivant sa sortie et continuer sa reprise d'étude en parallèle. Je souhaite axer notre dernière séance sur la confirmation de ce que nous avons travaillé précédemment : l'engagement moteur au service du pouvoir d'agir.

Je lui ai demandé d'établir son périmètre de sécurité, elle-même cette fois, à l'aide de cordes. Je viens tourner autour de son cercle tout en l'invitant à ressentir ce qui est confortable pour elle ou non. Après quelques aménagements, elle finit par trouver le bon périmètre. Puis, je lui propose à l'aide d'un gros ballon cette fois-ci, tel un bouclier, de protéger cette zone en me repoussant. Mon but à moi étant d'entrer dans sa zone. Au départ, Mme A est timide dans ses appuis et la force qu'elle donne pour me repousser. Puis l'enjeu monte, j'y vais un peu plus fort et j'observe son regard se durcir, droit dans le mien et qui me montre la limite. Je sens pour la deuxième fois, et de manière prompte, avoir

un corps habité en face de moi. Son organisation tonico-posturale est efficace : elle utilise l'appui au sol pour se redresser, la stabilité de son bassin et de sa ceinture scapulaire pour m'écarter brillamment. Lorsque je la questionne sur ce qui est plus facile ou difficile pour elle dans cette expérimentation, elle me dit que « lorsque je vous vois arriver vers moi, c'est plus angoissant car j'anticipe beaucoup plus que lorsque vous arrivez dans mon dos ». A mon grand étonnement, Mme A anticipe davantage lorsqu'elle voit le danger venir. Cela voudrait dire qu'une hypervigilance serait activée au travers des stimuli visuels. Le regard n'aurait alors pas fonction d'appui, mais d'agrippement ?

Même exercice les yeux fermés. Je m'imagine entrer facilement dans son cercle, étant donné la posture qui me semble moins efficace de Mme A. Je la ressens moins vigoureuse, son recrutement tonique est plus bas et sa vigilance est modifiée. Je suis étonnée de voir qu'elle réussit tout pareillement à faire respecter son périmètre. Sa réaction confirme ce qu'elle m'indique précédemment : elle trouve cela plus facile en ajoutant cette modalité. Elle dit se sentir moins en alerte. La différence la plus déroutante pour moi est qu'elle ait pu sortir de l'hypervigilance pour revenir sur un mode attentionnel plus ajusté sans avoir recours au contrôle visuel. Elle m'explique alors qu'enfant, elle s'amusait à se déplacer la nuit sans allumer la lumière pour aller aux toilettes. Le regard semble donc être un sens qui la ramène à l'hypervigilance et donc au stress. A l'inverse, les autres sens semblent lui permettre de trouver de l'aplomb et de l'assurance, donc d'avoir une fonction d'appui. Serait-ce l'ouïe, ou encore la proprioception qui lui permettent de trouver un ancrage corporel ?

Pour finir la séance, je souhaite lui proposer un temps d'unification du corps par un toucher médié d'une balle. C'est la première et seule fois que je lui propose une telle médiation. Elle s'installe allongée sur le dos et je lui explique que je vais passer la balle sur l'ensemble de ses membres, en partant de son ventre. La simple idée d'être touchée la fige. Serait-ce une mémoire traumatique, une hyperréactivité à l'idée d'être touchée qui ferait apparition ? J'observe un état qui ressemble à une reviviscence suivie d'une dissociation traumatique : son regard se fige, les larmes montent sans coulée, la respiration se bloque, l'ensemble de son corps se recrute en hypertonie jusqu'à la tétanie de ses membres. Elle est en difficulté pour me verbaliser ce qu'il se passe pour elle. Elle arrive à me glisser un « je me fige ». Ses mains tremblent et commencent à se déformer sous le joug de la réaction tonico-émotionnelle. L'espace-temps semble s'être arrêté, pour moi comme pour elle. Cette fois, j'assiste à une dissociation plus massive que les fois précédentes. Je sens que je dois agir rapidement et ne pas la lâcher. Tout en restant assise près d'elle sur son côté droit, je ne me modifie pas la distance qui nous sépare. Comme pour lui signifier que je n'entrerai pas plus dans son espace de sécurité mais que je resterai proche d'elle tout de même. Trouver une juste distance. Respecter la limite. Lui permettre de se raccrocher à l'espace-temps de la pièce. Je m'applique à lui proposer comme une désescalade en commençant par lui proposer de ramener du mouvement au niveau distal de ses membres. Elle rétorque ne pas pouvoir y arriver mais essaye tout de même puis j'observe un mouvement saccadé

dans ses phalanges de mains et de pieds. J'enchaîne. Je lui demande de me dénommer les objets bleus dans la salle, ce qu'elle arrive à faire. Petit-à-petit, son tonus s'abaisse un peu. Son regard explore la salle. Sa voix ainsi que sa respiration se posent. Elle peut tourner la tête pour chercher dans l'ensemble de la pièce les objets bleus. L'état dissociatif s'estompe. Elle reste allongée. Son discours est de nouveau ancré dans l'instant présent. Elle me regarde et peut me répondre. Son corps montre des résidus de l'état de stress dans laquelle elle se trouvait : un recrutement tonique relativement fort, accompagné d'une fébrilité musculaire et de tremblements. A la sortie de la séance, elle pourra revenir sur son état dissociatif et se poser la question de comment en sortir alors que sa pensée est comme morte, figée. Pour me décrire sa sensation, elle mime comme une ligne d'un monitoring qui indique une absence de pouls. Ces états dissociatifs sont sources de souffrance et un réel handicap pour elle.

Toujours allongée, elle me dit pouvoir poursuivre la proposition. Je lui rétorque que je me dois d'écouter les signaux de son corps et en rester là pour cette expérimentation, ce qu'elle approuve. Après m'être assurée du retour du bon fonctionnement de ses fonctions supérieures, me vient l'envie de lui proposer un enveloppement pour lui apporter une sensation de contenance. Je lui propose un enveloppement avec un drap serré autour de l'ensemble de son corps, tout en m'assurant de sa capacité à me donner son consentement. Elle se laisse faire, accepte également le sac lesté sur le front qui recouvre jusqu'à ses yeux. Sa mâchoire se détend. Sa respiration est calme et fluide. Je lui propose une relaxation tout en étant enveloppée, basée sur la visualisation et la recherche de sensations des différents niveaux de limites corporelles : limites entre l'intérieur et l'extérieur, entre l'intérieur et la peau, entre la peau et le drap, entre le draps et l'extérieur. Une fois sortie de la relaxation, elle me dit que le fait de sentir et penser sa peau comme une limite inconditionnelle de son intégrité résonne très fort en elle. Cela la rassure : quoiqu'il arrive, elle a belle et bien une limite corporelle qui est là pour la protéger...

8. Conclusion : Les limites psychocorporelles au cœur de la problématique de Mme A

Lors d'une des séances, Mme A me dit : « Depuis longtemps je considère qu'avec mon corps, nous faisons deux ». Elle se sent comme séparée de son corps. Elle l'exprime bien et le montre entre autres dans sa façon d'investir la sphère cognitive au détriment de son ressenti. Elle semble inquiète de pouvoir vivre un jour un sentiment d'unité avec son corps et me l'exprime. Ce sentiment est possiblement la résultante du psychotraumatisme.

Il y a comme un paradoxe perpétuel entre ses mimiques faciales et sa posture, entre son tonus de fond et son tonus postural, entre ses capacités de représentation corporelle et ses éprouvés corporels. C'est comme si elle était dans un état dissociatif permanent. Le traumatisme a peut-être été répété ou peut-être qu'il y en a eu plusieurs de différente nature. Tout du moins, son intégrité psychocorporelle a été effractée. Son corps en montre les signes et j'ai travaillé avec ces derniers : nous les avons remis en jeu pendant les séances. La mémoire traumatique est inscrite dans le corps de Mme A et modifie sa psychomotricité : sentiment d'insécurité corporelle, hypervigilance, dysharmonie tonique et perturbation de la régulation tonico-émotionnelle, reviviscences avec dissociation psychocorporelle, perturbation des perceptions de l'espace et du temps, discontinuité du sentiment d'exister.

Je sens son corps comme désinvesti, insaisissable, trop difficile à faire vivre et à vivre. Elle semble chercher une forme de contenance, ne serait-ce que dans l'espace hospitalier qui semble répondre à ce besoin, ou dans les postures d'agrippement tonique et de gestes de contenance qui lui permettent de faire face à ses affects. Son passé d'addiction peut parler d'une difficulté à sentir ses limites, à sentir un apaisement grâce au simple fait de ressentir l'enveloppe qui la contient. De même pour ses gestes d'auto-agressions : de frapper ses poings jusqu'au sang ne serait-ce pas une façon de venir tester la surface de son corps, sa solidité ? Mais aussi, exprimer la colère, la peur, la tristesse qui est un enjeu fort pour cette dame.

Je vois que sa psychomotricité parle de son défaut de limites psychocorporelles. Mme A est comme à vif, sans protection, sans support de relation. Chez elle, la fonction relationnelle de l'investissement tonico-émotionnelle est détournée pour être consacrée à une fonction de défense qui prime sur la relation. Et pourtant, ses barrières ont régulièrement cédé sous la pression de ses affects malgré ses efforts pour contenir. La psychomotricité toute entière de Mme A souffre de ne pas pouvoir se reposer sur une paroi psychocorporelle unifiée, un corps propre délimité. Cela m'amène à poser la question suivante : **Comment un travail autour des limites psychocorporelles en psychomotricité peut permettre à une patiente en état de stress post traumatique d'habiter son corps ?**

DISCUSSION THÉORICO CLINIQUE

Chapitre I : Quand l'investissement tonico-émotionnel est au service de la défense

Le tonus a pour fonction, comme nous l'avons vu précédemment, de contenir et de consolider le sentiment d'unité corporelle mais aussi de maintenir l'organisation du corps dans l'espace. J'ai pu observer que le tonus de Mme A, en miroir de ses émotions, était plutôt dans le recrutement pour contrer que dans la régulation pour accueillir et maintenir un équilibre. Je vais maintenant tenter de tisser un lien entre l'investissement tonico-émotionnel particulier de Mme A et l'effraction de ses limites psychocorporelles.

1. D'une simple trace à une véritable empreinte

Je fais la différence entre la trace qui est une inscription en positif et qui peut donc s'estomper, et l'empreinte qui est une inscription en négatif et implique une modification du support lui-même. A première vue, lorsque je vois Mme A pour la première fois, je n'observe pas d'hypertonie. Rapidement, j'observe quelques traces d'une tonicité dysharmonieuse que je ressens comme subtile et partielle. Mais lorsque Mme A se sent en insécurité, j'observe l'apparition d'une véritable carapace tonique. Ne serait-ce pas alors le signe d'une profonde empreinte qui colore la tonicité et marque l'enveloppe Mme A ?

1.1. Carapace tonique, béquille de l'enveloppe insuffisamment contenante

Robert-Ouvray (2007) définit la carapace tonique chez le bébé comme une hypertonie réactive à un stress, à des stimulations excessives et des réponses incohérentes par rapport aux besoins de l'enfant, qui s'ajoute à l'hypertonie innée pour « former une enveloppe plus dure et protectrice ». Elle montre que si cette hypertonie réactive dure dans le temps, sans être couplée à l'hypotonie de détente, elle peut alors se transformer en une véritable carapace défensive qui a pour objet de lutter à travers le recrutement tonique et d'apporter un sentiment de continuité. En effet, j'ai observé Mme

A se défendre de stimuli trop irritants, tel que le souvenir des séances avec la sexologue, ou l'idée même d'être touchée, et s'en protéger grâce au recrutement tonique. Par ce recrutement, Mme A façonne un sentiment de continuité qui pallie une désorganisation. Le Moi-peau semble être en jeu dans ce mécanisme. La fonction contenante de son enveloppe ne semble pas être en place et donc ne pas offrir la pare-excitation nécessaire. De fait, la variation des affects ne peut être perçue que comme menaçante car trop désorganisatrice. Par conséquence à ce manque de sentiment d'enveloppe, elle vit une instabilité et une rupture dans sa psychomotricité lorsqu'il est question d'exprimer ses affects pour laquelle le recrutement tonique est un moyen de contacter du dur, de l'enveloppant, du continu dans le corps.

Defiolles-Peletier (Defiolles-Peltier, 2023) amène l'idée que c'est par l'appui dans le contact qu'il y a une impression sous forme d'empreinte sur la peau. Je fais l'analogie ici avec la fonction d'inscription des traces du Moi-Peau : l'impression peut être psychique et se lire dans le corps, sur la peau. La tonicité en est la traduction. Comparée à la mémoire ordinaire, la trace et l'empreinte engagent le corps en sus de l'intellect. La mémoire traumatique serait alors une empreinte dans la corporéité ? Le tonus dysharmonieux et la tonicité paradoxale de Mme A montrent comment la mémoire traumatique impacte son corps sur le long terme. Les violences ou agressions sur sa personne, notamment le contact physique imposé par son cousin et non consenti, ont laissé une empreinte, une mémoire corporelle traumatique, qui s'est cristallisée par une carapace tonique. Cette dernière est d'autant plus active lorsque le sentiment de danger surgit. C'est quand il est question d'être touchée que l'hypervigilance marque davantage la carapace : touchée par ses propres émotions, touchée par l'autre. Ladite carapace joue un rôle dans le fait de se protéger de ses ressentis comme dans le fait de les exprimer. C'est comme si tout était fait, de façon inconsciente, pour que sa vulnérabilité ne soit perçue ni d'elle-même ni des autres. Il est difficile de saisir ce qui la touche, ou comment cela la touche ; elle s'en trouve elle-même étrangère.

1.2. Imperméabilité des échanges dedans/dehors

L'empreinte traumatique constitue une véritable partition pour la tonicité de Mme A. Il m'aurait fallu plus de temps dans la rencontre pour que j'en saisisse davantage les notes modulantes mais j'ai déjà pu percevoir une modulation importante de sa pression interne et la façon dont elle s'exprime.

Puisqu'à un moment donné, les limites de soi n'ont pas été respectées comme telles, il est difficile de pouvoir juger de leur réalité. Il y a confusion et difficulté de communication entre le dedans et le dehors chez Mme A. Pour Lesage (2012) la notion de limite renvoie à ce qui fait soi « dans l'ouverture sans pour autant perdre sa spécificité ». C'est une affaire d'échange. C'est au contact de

l'autre qui reflète, interroge le soi qu'il est possible dans « l'au-dedans-de-soi » de vivre l'écho des interactions, d'accueillir les « mouvements impression/expression qui conduisent à marquer l'alentour et autrui tout autant qu'à se laisser marquer par eux » (Lesage, 2012). Lorsque l'autre, de par sa posture, ses gestes, ses paroles, renvoie un soi objet, indifférencié, dégradé, la représentation de soi, que je rapproche de « l'au-dedans-de-soi », s'en trouve biaisé. La psychomotricité de Mme A semble être un écho d'interactions qui empêchent un mouvement fluide entre impression/expression.

Lesage (2021) va plus loin en théorisant le concept de zones transitionnelles en jeu dans les mouvements d'impression/expression. La « zone transitionnelle interne » correspond à la modulation tonique de l'individu. Cette modulation interne joue entre dilatation, condensation et plus ou moins de pression, selon la situation relationnelle et l'empreinte, l'impression laissée par l'extérieur. Cette modulation qui se veut être malléable se trouve être extrêmement limitée chez Mme A et se traduit par une rigidité et un clivage tonique et postural. L'instabilité de ses limites l'amène à être tantôt inaccessible, comme lorsqu'elle est dans l'incapacité à faire partager ses émotions et que l'hypertonie devient massive, tantôt hypersensible à la pression de l'environnement. Dans notre rencontre, cette instabilité a pu me déstabiliser et me mettre en vigilance. Je n'avais pas la possibilité d'anticiper sa façon de recevoir et moduler mes paroles, ma communication infra-verbale, mes émotions et cela a impacté ma propre « zone transitionnelle interne ». C'est pourtant le cas dans toutes rencontres, puisque la façon de moduler ce qu'on reçoit de l'extérieur se construit en fonction des interactions précoces et de l'histoire de vie, donc est propre à chacun. La modulation tonico-posturo-émotionnelle est comme une signature. Cependant, celle de Mme A est difficile à percevoir, à cerner, parce qu'imprévisible et peut-être plus limitée que d'autres.

A contrario, la « zone transitionnelle externe » correspond à la réponse posturale et expressive qui fait suite à l'empreinte ou l'impression laissées par le milieu de l'individu. Le trauma a conditionné la modulation tonique de Mme A et l'empreinte qui a été laissée ne lui permet pas d'être dans la fluidité des schèmes posturo-moteurs. Son organisation tonico-posturale est influencée, marquée par une réponse à une pression externe antérieure. La posture de « repli sur soi mais prête à bondir » qu'elle adopte régulièrement, les membres en fermeture, une rigidité axiale et les ceintures dans un tonus de fond haut, symbolise la difficulté de communication entre le dedans et le dehors. Elle n'explore en partie que l'espace avant de son corps, par l'utilisation de la chaîne musculaire antéro-latérale qui lui confère repli sur soi. A l'inverse je ne l'ai jamais observé utiliser la chaîne postéro-latérale, qui ouvre les membres vers l'extérieur, corrélée à la sociabilité. Son regard est peu mobile. Son axe a un faible degré d'exploration tridimensionnelle. Le haut de son corps est investi au profit de l'hypervigilance, telle une tour de contrôle prête à signaler tout danger. La connexion entre les deux extrémités de sa colonne est peu mobilisée, ce qui a pour conséquence une faible utilisation du schème posturo-moteur d'enroulement qui favorise une attitude d'intériorité et de réception. Elle se trouve

dans une rigidité d'utilisation des schèmes posturo-moteurs qui ne lui permet pas de jouir de la richesse de « la palette des registres expressifs, relationnels, émotionnels, imaginaires et gestuels ». (Lesage, 2012) L'empreinte du trauma la fige dans une zone transitionnelle externe réduite.

J'irai plus loin en faisant le lien avec un potentiel état dissociatif permanent, structurel. Robert-Ouvray décrit la corporéité d'enfants et d'adultes carencée et déformée par le stress, la violence, la précarité. Elle témoigne de certains « systèmes de défense basés sur l'hypertonie anesthésiante » présent chez les personnes qui ont été traumatisées et qui les empêchent d'être touchées par leurs propres émotions autant que par celle des autres. Je rapproche cette idée de l'état dissociatif à l'origine d'une telle anesthésie. Selon Le Corre et al. (2022), la dissociation par l'anesthésie émotionnelle permet aux victimes d'écarter les affects qui sont trop corrélés au traumatisme. Aussi, c'est un système de défense présent chez les personnes qui « les imperméabilisent et les isolent de toute mouvance affective » (Robert-Ouvray, s. d.). La mouvance affective pourrait correspondre à la fluidité des échanges entre les zones transitionnelles internes et externes amenées par Lesage (2021). L'anesthésie émotionnelle, marquée par la difficulté à faire part de ses affects, étant quasiment permanent chez Mme A, cela questionne la présence d'un état dissociatif continu.

Que cela soit lors du premier entretien, ou lors du décès de sa grand-mère, ou encore lors de la dernière séance, Mme A est en lutte contre ses émotions. Elle lutte contre l'étymologie même du mot émotion qui parle du fait de « mettre en mouvement » (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, s. d.). On peut aussi voir la racine latine ex (en dehors) et movere (le mouvement) ; l'émotion serait donc l'action de mettre en dehors. Selon Lesage (2012), c'est parce qu'il y a une variation déploiement/repli, enroulement/déroulement qu'il y a une dialectique dedans/dehors. Durant le vécu traumatique, le stress intense a dû figer Mme A. Les émotions sont devenues quelque chose de trop irréprésentable, de trop risqué pour y mettre du mouvement, de la nuance. Depuis, elle tenterait, sans en avoir conscience, d'effacer toutes traces de son histoire. C'est peut-être à travers la dissociation latente que l'empreinte demeure.

2. Sans continuité du soi

Mme A m'a montré à plusieurs reprises une forme de discontinuité dans sa façon d'être présente à l'environnement, dans son état tonique, dans son investissement corporel. Son regard pouvait être présent puis tout à coup devenir fuyant. Sans transition entre un tonus relativement relâché quoique dysharmonieux, et la tétanie. Cela m'évoque ce qu'amène Damasio (2002) concernant le sentiment même de soi. Il parle de l'importance du sentiment de stabilité dans le Soi, dans ce qui fait que nous sommes des individus délimités et porteurs de singularité individuelle. Il questionne ce qui est à l'origine de ce sentiment de stabilité du Soi, ce qui « procure à l'esprit une colonne

vertébrale » et arrive à l'idée que c'est la structure à l'intérieur de la limite du soi qui s'organise pour faire face aux variations plus ou moins dangereuses de l'environnement. L'organisme de Mme A semble avoir subi une importante variation qui a ébranlé la structure constitutive de la constance de son milieu interne. C'est ce qui empêcherait la stabilité du soi. Je l'observe bien dans les moments dissociatifs plus accentués durant lesquels Mme A change de visage, de présence tonique et posturale, de regard.

Pireyre (2021) avance l'idée que c'est par la mise en lien entre les informations émotionnelles, sensorielles et le psychisme que la personne peut se ressentir sujet. Lors d'un évènement traumatique, c'est justement le manque de mise en lien qui conduit à un mécanisme de traumatisation. Faute de mise en lien, « le patient doit recourir massivement à de coûteuses stratégies de contournement pour se sentir exister. S'il est en perte de conviction de continuité d'existence, c'est qu'il ne se ressent pas lui-même comme sujet. » (Pireyre, 2021) Lors des moments de dissociation massive, Mme A montre une réelle rupture à la fois dans son axialité qui se trouve soudainement figée dans un seul plan de l'espace, la respiration qui minimise sa fonction d'échange entre le milieu interne et externe, le tonus qui va jusqu'à la tétanie des muscles. Elle ne semble plus exister, ou alors sous forme physique et émotionnelle de façon brute ; la structure qui soutient son soi est comme inexistante.

Outre les moments de dissociation plus ou moins massive, je fais le parallèle ici avec la réaction qu'a eu Mme A lorsqu'elle a été amenée à parler du manque de réassurance qu'elle a ressenti dans sa famille. Au près de la psychologue, elle avait eu une réaction tonico-émotionnelle très désorganisatrice qu'elle ne comprenait pas. Le sentiment de Mme A de pas avoir reçu suffisamment de portage psychique tel que le définit Winnicott (1953/2015), qui se réfère à la fonction de maintenance du Moi-peau, amène d'importantes réactions tonico-émotionnelles chez elle. Pour rappel, la fonction de maintenance assure la continuité du soi grâce à un environnement précoce suffisamment cohérent et ajusté. Le manque de réassurance, voire l'extinction de ses affects durant l'enfance, se manifeste peut-être aujourd'hui chez elle par un manque du sentiment d'unité, de solidité et une discontinuité psychomotrice.

3. L'apport de la théorie polyvagale

À travers les moments de dissociation massive vécus par Mme A, j'ai perçu comme une sortie de route, un dépassement des capacités de modulation interne pour l'organisme, un dépassement des limites. La théorie polyvagale relatée et ramenée au psychotraumatisme par Josse et al. (2023) apporte un point de vue intéressant concernant l'activation physiologique de l'organisme face au stress. Nous l'avons vu précédemment, lorsqu'une personne qui présente un TSPT contacte un souvenir en lien avec le traumatisme, qu'il soit sensoriel ou non, cela s'apparente davantage à une réaction du cerveau

face à un danger qu'à un souvenir lambda. Le risque alors dans le travail thérapeutique avec une personne qui souffre de psychotraumatisme est de faire subir un énième traumatisme. Est-ce que cela a été le cas pour Mme A ?

La théorie polyvagale statue l'existence d'une fenêtre de tolérance basée sur le fonctionnement du système nerveux autonome : lorsque la personne se situe à l'intérieur de la fenêtre, cela veut dire qu'elle est dans une stabilité émotionnelle qui lui permet d'être dans la fluidité de l'échange avec l'extérieur. Si un danger survient, le système sympathique entre en jeu. C'est un système qui permet la mise en action et dans le cas d'un danger la prise de fuite ou le combat. La personne peut alors « sortir par le haut » de la fenêtre de tolérance en déchargeant ses affects à l'extérieur. On dit qu'elle abrégit. La personne vit un bouleversement ainsi qu'une détresse intense. Seulement, si le danger dure, la dimension vitale est au premier plan. La personne se fige par survie et se dissocie de ses affects. C'est le système nerveux parasympathique qui prend le relais, et plus précisément le nerf vague dorsal. On dit qu'elle « sort par le bas » de sa fenêtre de tolérance. Lorsque j'ai proposé à Mme A le jeu du repousser, j'ai observé des réactions physiologiques comme un assèchement de la bouche, un souffle plus court, de la transpiration. Elle était en haut de sa fenêtre de tolérance. La théorie polyvagale amène l'existence d'une deuxième division du système parasympathique, le nerf vague ventral, qui commande les comportements d'engagement social et grâce auquel nous avons plus largement accès à nos ressources cognitives et émotionnelles. C'est donc parce qu'elle avait la possibilité de réagir, de s'exprimer et surtout c'est parce que l'engagement relationnel dans le jeu, le regard, les gestes a persisté qu'elle a pu se maintenir dans sa fenêtre de tolérance. L'activation du nerf vague ventral a pu contre balancer l'activation du système nerveux sympathique.

Qu'en est-il de la « sortie par le bas » que Mme A a vécu lors de la dernière séance ? Cette fois-ci, il y a eu figement. Elle n'avait plus accès à ses émotions, ni à ses capacités cognitives supérieures et la pression tonique était très forte. Il faut prendre en compte que si le nerf dorsal est activé, le nerf ventral ne peut prendre le relais qu'en passant par le système sympathique. En lui demandant de bouger ses extrémités, j'ai fait appel à son système nerveux sympathique. Elle a pu abrégir par des tremblements et l'expression de sa détresse. S'en est suivi un moment d'apaisement et de présence à soi étayé par l'enveloppement du drap. Le « mode ventral » était de retour. Je retiens cependant que Mme A a fait une belle « sortie par le bas » qui aurait pu être un énième traumatisme, si je n'avais pas réagi pour étayer le relais des systèmes au sein de son système nerveux autonome.

C'est donc une subtile course au relais au sein du système nerveux autonome qui a permis à Mme A d'avoir la possibilité de naviguer dans sa fenêtre de tolérance.

Chapitre II : Habiter son corps par le contraste des limites

L'accompagnement psychomoteur auprès de Mme A m'a beaucoup questionné sur les raisons de mes propositions et de ma posture soignante. Ma posture soignante de psychomotricienne fait que chaque suivi est unique et qu'une médiation ne sera pas utilisée pour les mêmes raisons en fonction du patient. Pourquoi lui ai-je proposé ces expérimentations en particulier ? De quoi elles ont fait médiation ? Du fait qu'elle ait été une de mes premières patientes au sein de l'unité, mais aussi parce que la clinique du psychotraumatisme est prégnante dans ce qu'elle amène de mortifère et de paradoxale, il a été difficile pour moi de dérouler le fil de ma pensée clinique. J'en fais une tentative ici.

Nous l'avons vu, le dedans de soi et l'extérieur de soi n'est pas démarqué par une limite imperméable et immuable. L'organisme est doté de façon innée d'une capacité d'échange entre le dehors et le dedans, ce qui en fait le moteur de sa structuration. J'ai proposé à Mme A quelques expérimentations qui, en prenant du recul, me semblent être allées d'un mouvement dirigé vers l'extérieur pour aller vers un mouvement d'intériorisation. Ceci a été étayé par la mobilisation et la prise de conscience en premier lieu des structures plus internes du corps pour aller vers les structures les plus externes du corps.

1. Contraster les limites du dedans pour investir l'espace externe

1.1. L'axialité, appel à la structure

J'ai abordé la mise en lien avec le corps en tout premier lieu par l'expérimentation de différentes postures : posture face et contre le sol dans l'enroulement puis déploiement, posture debout avec une rotation en spirale des ceintures autour de l'axe, recherche de l'organisation posturo-motrice pour aller vers un geste poussé contre le mur. Ce sont des expérimentations que Mme A a pris plaisir à faire. Elle avait généralement les yeux fermés, la mâchoire détendue et la bouche entrouverte, semblait présente à son corps. Le travail ici pour Mme A était de pouvoir faire la connexion entre ses segments, entre la partie droite/gauche et haut/bas de son corps, et que cette connexion permette un placement puis une action dirigée dans l'espace. La connexion est en premier lieu effectuée grâce au squelette. Il est la structure, associée à la structure myofasciale, qui permet le geste et l'organisation

posturo-motrice. C'est « la structure porteuse qui définit l'espace du corps et permet d'assumer les directions à l'extérieur. » (Lesage, 2012)

Habituellement, Mme A s'agrippe à ses muscles de sorte qu'ils lui confèrent une pseudo-sécurité. Dans ces exercices de recherche posturale, elle a pu mobiliser sa structure à travers l'axialité. Comme le souligne Gerda Alexander, citée par Lesage (2012), le relâchement musculaire est anxiogène pour les personnes qui revêtent une carapace tonique. Alors, mobiliser sa structure a peut-être permis de lui conférer solidité et sécurité intérieure sans brusquer sa carapace. Suite à la répétition des mouvements précédemment cités, j'ai observé le corps de Mme A se mobiliser, d'étendre, se détendre, s'équilibrer pour trouver le juste mouvement. Plus elle investit la structure de son corps, plus elle peut lâcher sa carapace tonique. Ensemble, nous avons eu recours « au corps en mouvement comme élément mobilisateur et structurant. » (Peccia-Galletto, 2010). Un premier pas vers le fait d'habiter son corps ?

Les expérimentations ont été accompagnées systématiquement de pauses lors desquelles nous observions chacune la résonance du mouvement dans notre corps. Mme A a pu pendant ces instants accéder à une forme de conscience corporelle par la résonance de son axialité précédemment mobilisée. Cela a peut-être participé à la perception de la densification de son système osseux. Surtout, cela a été un moyen de ramener la question du corps au temps présent, élément important dans le TSPT pour contre balancer l'effet de reviviscence.

1.2. Les muscles, appel à la densité

Mobiliser sa tension musculaire est habituel pour Mme A. Le tonus a une propriété contenante et donc garantie chez elle le sentiment de sécurité grâce au fait de sentir son corps uni. C'est un fonctionnement, nous l'avons vu, qui est surtout efficace pour empêcher tout risque de mouvement entre l'intérieur et l'extérieur. Le recrutement tonique qu'elle adopte malgré elle n'a pas vocation d'échange, de communication avec l'extérieur. En revanche, l'expérimentation du repousser avec le ballon lui a demandé de recruter son tonus dans l'objectif, après avoir choisi le schème posturo-moteur adapté, de faire appel à la densité musculaire nécessaire au geste. Ça a été une manière de sentir ses muscles, sa densité corporelle et sa force dans l'agir. L'engagement moteur que le geste du repousser demande a permis à Mme A d'expérimenter la fonction tonique sur un autre versant : celui du tonus d'action impliqué dans la motricité volontaire. Autre qu'un mouvement dénué d'intentionnalité, le fait de devoir faire appel à ses muscles pour me repousser d'un cercle, symbole de son cercle kinesthésique, lui a conféré une véritable présence « car, mouvement devenu geste, il exprime le désir du sujet selon des caractéristiques totalement personnelles. » (Pireyre, 2021) C'est une fois que Mme A ait trouvé l'équilibre entre schème posturo-moteur, tonus, axialité qu'il a été possible pour elle

d'investir son corps et trouver le moyen de gagner. J'ai observé Mme A étirer son axe vers le haut, adopter un regard présent, diriger son geste dans l'espace tridimensionnel. L'espace avant était principalement investi mais cette fois-ci sur un versant de confrontation, d'action, et non de protection. Alors, cela serait par le fait d'être passée d'un mouvement à un geste qu'il a été possible de faire appel à sa subjectivité. Je prends en compte le fait que cela a probablement été possible grâce à l'apport du « jouer ». Je questionne cette hypothèse dans une partie suivante.

La relaxation, médiée par une succession de contraction/décontraction musculaire, qui a suivi l'expérimentation du repousser a été autrement intéressante. « Le principe de base de la relaxation est le même qui commande l'approche psychomotrice du sujet : une attitude tonique en résonance de et avec l'affectif. » (Juillard, 2022) Sachant à quel point il est difficile pour Mme A de contacter ses émotions, je comprends alors que de l'allonger pour entrer en résonance avec sa tonicité et donc ses affects n'était pas opportun à ce moment-là. Peut-être était-ce trop tôt dans son évolution, dans un contexte qui ne favorisait pas le lâcher prise et la contenance. J'ai eu moi-même des difficultés à faire redescendre mon propre tonus suite à l'expérimentation. De fait, le précieux dialogue tonico-émotionnel en jeu dans la relaxation était fortement coloré par la précédente expérimentation. La relaxation tonique n'est pas tant la recherche d'une détente que d'une éducation à la régulation et modulation tonique. Mme A a pu expérimenter le contraste entre contraction/détente, ce qui est une première chose. Seulement, passer d'un dialogue dans la confrontation à un dialogue dans l'alliance n'est pas chose aisée et cela s'est ressenti dans la difficulté pour Mme A à rester statique sur la durée pour permettre l'accueil de ses ressentis. C'est un vécu paradoxal que je lui ai amené là : de passer d'un pouvoir d'agir à une posture statique, comme à l'arrêt, a peut-être fait écho à un vécu mortifère. En prenant du recul, je réalise que le cadre eut été trop confrontant, pas assez étayant pour permettre à Mme A « d'investir son corps et d'accéder par une attention particulière à son état tonique global à une mise en lien de son affect et de ses émotions. » (Juillard, 2022)

2. Dans l'entre-deux, notion d'interface

2.1. Du pousser vers le repousser

D'expérimenter d'abord le pousser puis le repousser n'a pas mobilisé les mêmes choses dans la corporéité de Mme A. Dans le pousser, on cherche par notre simple posture, force et axialité à déplacer l'objet. Le poids de l'objet n'a pas d'autre incidence que de nous demander plus ou moins de force pour arriver à nos fins. Il implique un fort recrutement tonique. Le repousser quant à lui, implique une rencontre, un écho entre nous et l'objet. L'objet fait fonction d'appui. Il envoie une force et une

densité sur lesquelles on peut s'appuyer pour repousser. C'est en utilisant l'appui que nous offre l'objet en l'associant à notre ancrage dans le sol et aux schèmes posturo-moteurs qu'il est possible de repousser un objet en dehors du périmètre souhaité. Le geste du repousser permet d'écarter l'objet de soi et dans un sens de se différencier de lui. Dans le repousser il y a aussi la notion d'impact. Lorsqu'on repousse dans le corps-à-corps, l'impact est brut. On se confronte de façon directe à la première limite du corps physique qui est la peau. J'ai d'abord proposé à Mme A de repousser en corps à corps, ce qui a déclenché une réaction physiologique au stress assez importante. Puis la même proposition a été effectuée avec un objet médiateur qui est le gros ballon. Elle trouve plus rapidement et plus facilement le geste du repousser grâce au gros ballon. En effet, le gros ballon est un objet qui permet d'accueillir la force de l'autre, de se laisser marquer, déformer pour ensuite renvoyer la force sans qu'il y ait de contact physique directe. En somme, il a permis de pallier les difficultés de Mme A à se laisser marquer par l'autre.

Cela me fait penser au mouvement d'impression/expression que nous avons vu difficile pour Mme A. En ce sens, le fait de devoir recevoir l'impression de l'objet à repousser implique une certaine conscience de son corps dans l'espace. La fonction proprioceptive y participe. Giromini (2012) la voit comme un flux sensoriel continu qui recueille les données du corps propre et qui n'appartient qu'à soi. C'est pour elle « l'ancrage organique de notre identité » (Giromini & Albaret, 2012, p. 163) Lesage définit la proprioception comme « l'intégration de l'ensemble des perceptions de posture ou mouvement du corps, ce qui englobe notamment la somesthésie et la kinesthésie, c'est-à-dire tout ce qui est capté par les récepteurs logés dans les muscles, les articulations, ainsi que celles de l'appareil vestibulaire qui confèrent le sens de la position relative des parties du corps entre elles et absolue dans l'espace. » (Lesage, 2012, p. 22) L'expérience du repousser, mis en jeu dans un climat de pression, a été un moyen pour Mme A d'entrer en contact avec ses sensations proprioceptives et d'apporter une réponse adaptée. Elle s'est trouvée à l'interface entre la conscience de son corps dans toutes ses dimensions et la présence impactante de son propre corps. La sensibilité proprioceptive semble l'avoir étayée dans cet exercice d'ajustement posturo-moteur pour avoir une action sur son environnement. Aussi, Bessel Van der Kolk (2018) voit la conscience des sensations internes du corps, dont la proprioception fait partie, comme quelque chose qui permet d'avoir du contrôle sur sa vie. Que Mme A ait pu dépasser l'état de stress et en triompher grâce à l'appui proprioceptif me fait penser à la notion d'agentivité. Elle a pu, grâce au repousser étayé par le jeu dans la relation, être actrice dans l'engagement moteur et avoir un pouvoir d'agir sur un environnement stressant. C'est une expérience sensori-motrice qui me semble importante dans la consolidation des représentations corporelles, pour une personne qui s'est probablement vue subir sans pouvoir agir.

2.2. Créer un espace relationnel commun

On sent chez Mme A que la distance qu'elle s'applique à mettre entre elle et l'autre se répercute sur son utilisation de l'espace proxémique. Du fait qu'elle soit vite en alerte, elle s'attache à être à une distance suffisamment grande pour fuir : une distance sociale voire publique telle que les définit Hall (1966/2014). Il a été possible, en proposant des espaces contenant tels que l'espace hospitalier faisant fonction de soin et d'accueil, l'espace des séances de psychomotricité qui impliquent un vécu commun, l'espace de la relation suffisamment sécurisé pour qu'une rencontre soit possible. Le sentiment de contenance qu'exprime Mme A au contact de l'espace hospitalier me fait penser à la fonction de holding précédemment citée. Mme A trouve la contenance qui lui manque dans l'espace extérieur et se sent suffisamment portée psychiquement et physiquement pour avoir un mouvement d'investissement du lieu et des relations. La rythmicité du soin a également son importance dans la création d'un espace relationnel commun. L'hospitalisation complète implique des soins réguliers assurés par l'ensemble de l'équipe soignante. Cela me fait penser à la fonction de handling qui assure un échange émotionnel et affectif pendant les soins et ce de manière continue et ajustée.

L'espace des séances de psychomotricité a donné naissance à un espace relationnel entre nous. Cet espace a été étayé par la contenance de la salle de psychomotricité, la rythmicité des séances, et a été nourri par la corporéité de chacune. Par exemple, pendant les premières propositions, nous étions dans une forme d'accordage tonique et rythmique. J'étais garante du rythme des propositions tout en le modulant en fonction du propre rythme de Mme A. Quant à elle, elle a dû se laisser imprégner par ce cadre tout en gardant un rythme propre. Je rapproche cet espace relationnel créé au travers des séances de psychomotricité d'une fonction d'aire transitionnelle défini par Winnicott (1971/2002) comme étant un espace transitionnel qui se situe entre la réalité extérieure et la réalité interne. Il est vu comme un espace paradoxal parce qu'il n'est ni dehors ni dedans. C'est donc au sein des séances qui contiennent l'espace transitionnel qu'il a été possible pour Mme A de rejouer des situations, des postures, des vécus symbolisant les empreintes du traumatisme. "Nous supposons ici que l'acceptation de la réalité est une tâche inachevée, qu'aucun être humain n'est affranchi de la tension que suscite la mise en rapport de la réalité intérieure et de la réalité extérieure ; nous supposons aussi que cette tension peut être relâchée grâce à l'existence d'une aire intermédiaire d'expérience qui n'est pas contestée (les arts, la religion, etc.)." (Winnicott et al., 1971/2002)

L'aire transitionnelle a aussi été support du « jouer » au sens Winnicottien. Ce dernier statue le fait que c'est à l'intérieur du jeu relationnel que les choses prennent sens. Le mode de rencontre dans lequel le thérapeute et le patient jouent à se rejoindre, se perdre, se retrouver permet de faire apparaître une certaine vérité du patient. Selon Winnicott, si le jeu n'est pas possible il est du travail du thérapeute d'« amener le patient d'un état où il n'est pas capable de jouer à un état où il est capable

de le faire. » (Winnicott et al., 1971/2002) Pour Mme A, le jeu était empêché par le fait qu'elle ait pu sentir son intégrité menacée. Alors, par l'aspect grotesque de mes mimiques et mes onomatopées, j'ai amené du jeu pour permettre de passer de la contrainte de répétition au plaisir moteur de pouvoir repousser et gagner. Nous avons joué autour de la limite de l'espace personnel matérialisé par des cordes. Nous avons joué à nous défier. Nous avons joué à nous repousser, à marquer nos différences et notre subjectivité. Mme A a pu vivre ce jeu dans son corps, elle a pu l'incarner. « Il faut donner une chance à l'expérience informelle, aux pulsions créatives, motrices et sensorielles de se manifester ; elles sont la trame du jeu. C'est sur la base du jeu que s'édifie toute l'existence expérientielle de l'homme. » (Winnicott et al., 1971/2002)

2.3. Interface dans l'enveloppement

La peau est à l'interface entre l'intérieur et l'extérieur. Nous avons vu que le Moi-peau (Anzieu et al., 1985/2023) faisait fonction d'interface dans les interactions parents/enfant, un Moi-peau collé dans la fusion au départ pour que progressivement l'enfant intériorise son propre Moi-peau. Nous avons vu que la fonction d'interface de l'enveloppe de Mme A était troublée. Le caractère « à fleur de peau » tout en étant « bunker » de son enveloppe est flagrant. De part une hyposensibilité de ses thermorécepteurs, jusqu'à l'hypersensibilité à certains stimulus, la peau de Mme A ne fait pas fonction d'interface mais plutôt de surface verrouillée de tous mouvements dedans/dehors. Si on pense la maladie auto-immune qu'elle a contractée, c'est une non reconnaissance du soi qui porte atteinte à la fonction barrière de la peau ; la communication entre le milieu intérieur et extérieur s'en trouve affectée. Lorsque je propose un enveloppement à Mme A, le contact de la sensation d'une peau contenant et maintenant a été possible grâce au contraste des sensations : limites entre l'intérieur et l'extérieur, entre l'intérieur et la peau, entre la peau et le drap, entre le draps et l'extérieur. J'ai énuméré toutes les couches qui sont chacune interfaces, limites, entre un soi plus ou moins interne et un soi plus ou moins externe, et limite entre le soi et le non soi. En ramenant à la sensibilité intéroceptive, sensations de l'intérieur du corps qui nourrissent le sentiment de soi, puis extéroceptive, sensation de la peau qui participe au sentiment d'unité, Mme A semble avoir pris conscience du caractère interfaciale de son corps ce qui, selon ses dires, a pu rétablir un sentiment de sécurité.

Chapitre III : L'empathie tonique comme phare dans le vécu mortifère

Nous l'avons vu à maintes reprises, l'individualité dépend de la limite. « La vie se déroule à l'intérieur d'une limite qui définit un corps. La vie et le désir de vivre existent à l'intérieur d'une limite, le mur sélectivement perméable qui sépare l'environnement interne de l'environnement externe. L'idée d'organisme tourne autour de l'existence de cette limite. » (Damasio et al., 2002, p. 180) Je pense donc que ce que j'ai reçu de Mme A, la sensation d'un vécu mortifère, les angoisses massives, le caractère figé de la relation dans les moments de dissociation parle, dans le contre-transfert, de ce défaut de sentiment d'individualité. Le désir n'est plus présent chez Mme A et l'amène jusqu'à penser au suicide. D'accueillir cela, de me laisser impacter par cet arrêt du mouvement interne a été engageant mais nécessaire. Nous allons voir en quoi.

1. Empathie tonique, s'ajuster dans le dialogue tonico-émotionnel

Nous l'avons vu le dialogue tonico-émotionnel est un processus systématiquement en jeu dans les interactions. Il participe à la transmission des émotions par le biais de la tonicité. C'est donc un processus qui a également été présent entre moi et Mme A, très prégnant dans les moments où l'angoisse était majorée chez elle. Je pouvais alors ressentir dans mon corps un état de tension qui n'avait peut-être pas lieu d'être si je me basais sur mon état émotionnel propre. Cependant, ceci est à nuancer. Je prends ici en compte la présence du contre transfert m'appartenant qui semble avoir fait parler mes propres angoisses d'être dans une situation me paraissant urgente ou dangereuse. Dans les moments les plus exposants, Mme A était en prise avec sa problématique et « quand [le] partenaire est entravé lui-même par des émotions en relation avec sa propre problématique, et qu'il n'arrive pas à en dégager un sens, cela peut entraîner des discordances dans la relation. » (Bachollet & Marcelli, 2011) J'ai ressenti ces discordances et je pense qu'elles ont été majorées par l'emprise de mes propres problématiques. C'est un réel travail de pouvoir garder une posture soignante dans ces moments-là ! Je pense qu'au-delà l'importance du dialogue tonico-émotionnel dans l'abandon du solipsisme, c'est important de pouvoir s'ajuster dans ce dialogue.

Je pense qu'une forme d'empathie tonique a été à l'œuvre pour m'étayer dans cet ajustement. Rappelons que l'empathie est considérée par Rogers (1959) comme la capacité à « percevoir le cadre de référence interne d'autrui aussi précisément que possible avec les composants émotionnels et les significations qui lui appartiennent, comme si l'on était cette personne, mais sans jamais perdre de vue

la condition du “comme si “ ». (Le Corre et al., 2022, p. 214) C’est là où beaucoup de choses se sont jouées pour moi. J’ai pu parfois tomber du côté de l’identification à la patiente et perdre de vue le “comme si“. Le contre-transfert était alors en jeu. Il m’a été indispensable de d’abord revenir du côté du “comme si“ avant de pouvoir en faire quelque chose. L’empathie tonique selon Ajuriaguerra est la capacité d’être « à l’écoute du corps de l’autre dans son propre corps. » (Defiolles-Peltier, 2010, p. 182) C’est donc lorsque j’ai pu identifier certains de mes ressentis comme ne m’appartenant pas que j’ai pu m’ajuster en conséquence. Être dans l’empathie tonique me demande de pouvoir trier ce qui m’appartient ou non et d’adopter une forme de subjectivité tout en accueillant les traces laissées par la patiente. Cela me demande de « créer un espace intérieur délimité, mais suffisamment souple pour percevoir l’autre sans être envahi par sa souffrance. » (Le Corre et al., 2022, p. 214) En passant par la validation des émotions de Mme A, le respect de la distance de son espace personnel, l’ajustement de mon propre tonus, de ma posture ou de ma prosodie, il a été possible de favoriser la mouvance du dialogue tonique dans une atmosphère sécurisée.

Revenons sur la dissociation massive qu’a vécue ma patiente au cours de la dernière séance. Mme A s’est littéralement figée. La dissociation a envahi l’entièreté de sa corporéité et son emprise devenait exponentielle. Le dialogue tonique en jeu a fait que j’ai moi-même été embarquée dans cette sensation corporelle d’arrêt sur image. L’espace et le temps se sont comme arrêtés. C’est parce que j’ai pu me dégager de ce vécu comme n’étant pas le mien, tout en le contactant, que j’ai été à même de réagir toniquement et verbalement pour étayer le mouvement. C’est par l’empathie tonique qu’il m’a été possible d’aller là où se trouvait ma patiente tout en gardant un amarrage solide pour ne pas suivre le naufrage.

Cette expérience avec Mme A m’a fait comprendre à quel point le dialogue tonico-émotionnel ne se suffisait pas à lui-même. C’est par l’ajustement, permis par l’empathie tonique, dans le dialogue tonico-émotionnel que la posture soignante se définit. Aussi, cela m’a amenée à considérer l’importance de ne pas lutter contre le dialogue tonico-émotionnel, mais plutôt de l’accueillir pour pouvoir en faire quelque chose par la suite.

2. Toucher à distance

Lorsque je rencontre Mme A, je comprends que la mise en relation va être un enjeu important dans la compréhension de sa problématique psychomotrice. Le fait d’être touchée, au sens propre comme figuré, m’est apparu comme une réelle difficulté pour elle. Defiolles-Peltier compare l’empathie tonique à une forme de toucher : « On pourrait décrire cela de façon métaphorique comme un effleurement de l’autre jusqu’à ce que cet effleurement devienne, si le patient l’accepte, un toucher » (Defiolles-Peltier, 2010, p. 182) Je trouve cette métaphore très juste concernant le suivi de

Mme A car je vois une progression dans notre relation. C'est comme si j'avais dû d'abord l'apprivoiser, marquer le lien à distance avant de pouvoir ne serait-ce même que penser à proposer un toucher au sens propre. Comme le dit Touchard (2020) : « Support de la rencontre, la bonne distance relationnelle permet au patient de vivre l'expérience renouvelée d'un espace de soin pacifié, sécurisé. Se positionner ni trop loin, ni trop proche, pour ne susciter ni sentiment d'abandon ni angoisse d'intrusion. » (Le Corre et al., 2022, p. 212) De par l'ajustement de mon tonus, ma voix, ma proxémie, j'ai transmis une impression comme une trace de l'extérieur, un premier contact s'approchant d'un effleurement. De là, une relation sécurisante a pu se tisser avec Mme A, ce qui a permis que je sois accueillie dans son intimité affective par la suite.

A la fin du suivi, pensant que le toucher pouvait faire suite à l'effleurement, j'ai proposé un toucher avec balle. La réaction de Mme A fut sans équivoque : elle m'a rappelé, par la dissociation traumatique massive provoquée, que je devais attendre qu'elle vienne à moi pour être touchée, et non l'inverse. Elle n'était pas prête à cela. Heureusement, j'ai pu utiliser l'accroche relationnelle précédemment établi pour lui permettre d'apaiser la dissociation. Aussi, l'enveloppement a été un bon moyen de médier ce toucher : de par le contact physique du drap associé à mon induction verbale, il a été possible pour elle de transformer un vécu corporel de figement, de rupture dans sa subjectivité en un sentiment de soi unifié et délimité grâce à un toucher à distance.

3. Ma fonction de transformation

Bion (1965) amène un modèle intéressant concernant le processus de mentalisation du monde. Il part du principe qu'il y a des éléments-alpha appréhendables par la pensée et les éléments bêta non-appréhendables qui concernent des impressions de sens. Ces derniers sont source de souffrance et de destruction de la psyché. Je reconnais bien là les angoisses massives de ma patiente. Les éléments bêta ont un caractère irréprésentable, indigeste, ils vont alors être projetés sur autrui. C'est ce qu'on appelle l'identification projective. La fonction alpha chez Bion (1965) est une fonction de transformation. Elle permet de passer d'un élément bêta à un élément alpha. Cela équivaut à passer de l'expérience sensorielle et émotionnelle brute à la forme mentale de cette expérience. C'est ce processus qui permet d'accéder à la représentation. Cette fonction n'est pas innée : c'est par le fait que le parent donne du sens aux éprouvés du jeune enfant que ce dernier va pouvoir s'approprier la fonction de transformation et y faire appel de lui-même. Bion (1965) défend l'idée qu'un appareil psychique ne fonctionne jamais tout seul, quand bien même la fonction de transformation est devenue acquise, la présence de l'autre est indispensable au processus de symbolisation. Si je regarde le suivi

effectué avec Mme A au travers de ce modèle, ma posture à fait office de fonction de transformation, comme auprès d'un jeune enfant, à plusieurs reprises.

Lorsque Mme A était envahie par ses émotions, j'ai pu verbaliser le fait que je la ressentais très émue et impactée. Cela a pu avoir comme conséquence le fait qu'elle éprouve pleinement son émotion, qu'elle l'exprime, et que sa carapace tonique s'assouplisse un peu. Mme A pouvait par la suite dire quelque chose de son émotion, que ça soit pour évoquer un souvenir en lien avec celle-ci ou pour exprimer sa difficulté à la ressentir. J'ai pu aussi réagir corporellement à son besoin, comme lorsqu'il a fallu trouver l'ajustement tonique et la distance relationnelle nécessaire pour offrir un cadre contenant et sécurisant. Ça a été une façon d'accueillir les éléments bruts de sa corporéité, que cela soit dans la discontinuité, la rupture, la sidération, et d'en proposer une lecture puis une réponse transformée. Cela me rappelle son vécu infantile : puisque l'expression bruyante de ses affects a été sanctionnée, ceux-ci n'ont pas pu être transformés, ce qui l'a probablement empêché de construire une représentation de ses affects.

A l'issue de nos séances, Mme A semble s'être représenté la colère dirigée contre des membres de sa famille, la tristesse liée à la perte, la peur lors du figement. La transformation de ses affects lui a permis de mettre en sens ses réactions toniques et émotionnelles, en lien avec ses souvenirs. Comme l'indique Daudin & Defontaine (2015), la prise en charge psychomotrice dans les TSPT « s'agit d'abord de restaurer un sentiment de cohérence, d'unité interne par rapport à la menace de désorganisation. » Finalement, mon travail a consisté à proposer, par la fonction de transformation, un début de mise en sens, une mise en lien des sensations, du vécu corporel et émotionnel de ma patiente.

Conclusion de la discussion

Ma posture de psychomotricienne auprès de Mme A s'est inscrite dans « un travail de rassemblement, de rétablissement des limites psychiques et physiques du patient, et ce afin qu'il puisse retrouver son corps et son identité. » (Daudin & Defontaine, 2015) Tout en accueillant sa psychomotricité fracturée, je me suis placée comme facilitatrice des mouvements d'impression et d'expression. C'est par la transformation des affects bruts, l'ajustement dans la distance relationnelle, l'empathie tonique que les limites du corps propre de Mme A ont pu être étayés. La carapace tonique s'est trouvée assouplie suite à la mobilisation de sa structure axiale, au contact de sa densité et de sa sensibilité proprioceptive. Faire appel aux fondamentaux qui structurent les limites psychocorporelles du sujet a été bénéfique pour Mme A. J'ai pu percevoir, de façon furtive et passagère, son corps se délester ponctuellement du poids de l'empreinte traumatique et dévoiler sa subjectivité par un corps habité. Le travail en psychomotricité, associé à la contenance du cadre hospitalier et des soins infirmiers et psychothérapeutiques, ont été un point de départ à l'éprouvé de la continuité psychocorporelle de Mme A. Á la fin de son séjour, sa subjectivité était davantage accessible par une voix plus assurée et une prosodie plus riche, sa tonicité était moins défensive et sa gestuelle et ses mimiques plus spontanées. Je pourrais dire que la dissociation a quelque peu laissé place à un corps psychique, physique, affectif plus unifié. Cependant, « la limite n'a rien de net ni de définitif, elle est, tout au moins à notre échelle d'organisme complexe, un processus fluctuant, une frange d'incertitude en quelque sorte, que nous modulons sans cesse au gré des interactions, des jeux relationnels. » (Lesage, 2012) C'est peut-être tout l'enjeu chez Mme A : rendre des limites clivées plus souples et perméables par le fait d'habiter son corps.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Le choc traumatique fait vivre une menace d'anéantissement du soi. La corporéité de Mme A s'en est trouvée marquée, d'une empreinte profonde, jusqu'au niveau structurel, et lui fait sentir que « sans peau ni muscles, on est fragile intérieurement ». Son organisme a développé des mécanismes de protection, de survie, de défense pour pallier ce sentiment de menace. Il semble hyperactif à tout ce qui peut amener un sentiment d'intrusion. La limite entre le soi et le non soi est brouillée, à tel point que la dissociation du corps affectif et du corps physique est nécessaire pour vivre avec l'empreinte du traumatisme.

J'ai été imprégnée de cette dissociation, ne serait-ce que par le fait d'être empêchée de penser le suivi de Mme A. Mes premiers jets d'écrits de ce mémoire étaient hachés, discontinus, incomplets. C'est comme si je percevais ma patiente par petits bouts, sans pouvoir mettre un sens sur sa psychomotricité dans sa globalité. La psychomotricienne est pour moi celle qui fait interface entre le vécu propre des patients et le milieu écologique. Elle facilite l'échange entre le dedans et le dehors. Pour cela, il faut qu'elle puisse, pour elle-même, être attentive à la continuité de ses propres échanges internes. Nous pouvons vite nous retrouver les deux pieds dans l'eau trouble de nos croyances limitantes, nos contre-transferts, nos mécanismes de défenses. La rencontre avec Mme A, comme celle d'autres patients, m'a mis face à cette réalité. L'exercice du mémoire m'a permis d'y travailler et, pour moi comme pour Mme A a participé au fait de « reprendre progressivement possession du texte de son histoire. » (Defiolles-Peltier, 2010)

De travailler en psychomotricité avec une personne vivant un trouble de stress post-traumatique m'a ouvert à la question de la pertinence du suivi psychomoteur pour ce type de patient. N'est-ce pas trop risqué de proposer une approche corporelle à une personne pour qui la question du corps peut majorer l'état dissociatif ? Comment parler à un corps terrorisé à l'idée même d'être en lien ? C'est dans l'approvisionnement de la corporéité de Mme A que j'ai pu sentir et comprendre les faux pas, les ouvertures et effleurements possibles, les impossibles. Je le vois comme un espace d'accordage et d'ajustement qui, quand l'approvisionnement abouti à une ouverture, permet la transcendance de la condition du sujet psychotraumatisé. La question n'est pas tant de remettre en question la pertinence des soins psychomoteurs dans le trouble de stress post traumatique, mais bien plutôt la façon dont ils sont menés et balisés pour amener la personne à une ouverture fluide et progressive, à soi et aux autres.

RÉFÉRENCES

Ajuriaguerra, J. de, Joly, F., & Labes, G. (2019). *Entre inné et acquis, le bébé et le développement précoce*. VG éditions.

Anzieu, D., Kaës, R., & Séchaud, É. (2023). *Le Moi-peau* (Nouvelle éd.). Dunod; (Œuvre originale publiée en 1985).

Bachollet, M.-S., & Marcelli, D. (2011). Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements : *Enfances & Psy*, n° 49(4), 14-19. <https://doi.org/10.3917/ep.049.0014>

Calenda. (2020). *Limits and practices of art - materialities and objects, processes and reception* *Limites et pratiques de l'art : Matérialités et objets, processus et réception* [Text/html]. <https://doi.org/10.58079/15NM>

Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. (s. d.). Consulté 22 avril 2024, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/>

Crocq, M.-A., & Guelfi, J.-D. (2015). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e éd). Elsevier Masson.

Damasio, A. R., Larssonneur, C., & Tiercelin, C. (2002). *Le sentiment même de soi : Corps, émotions, conscience*. O. Jacob.

Daudin, M., & Defontaine, D. (2015). Blessure psychique et vécu corporel : Prise en charge conjointe psychiatre-psychomotricien. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 173(10), 868-871. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2015.10.004>

Defiolles-Peltier, V. (2010). *Les vérités du corps dans les psychoses aiguës* (2ème éd). Grego.

Defiolles-Peltier, V. (2019). Vous nous faites ressentir notre corps. *Santé Mentale*, 242, 64-68.

Defiolles-Peltier, V. (2023). Agitation : Toucher à distance pour apaiser. *Santé Mentale*, 274, 32-41.

Giromini, F., & Albaret, J.-M. (2012). *Manuel d'enseignement en psychomotricité. Tome 1 : Concepts fondamentaux*. De Boeck Supérieur; Cairn.info. <https://www.cairn.info/manuel-d-enseignement-en-psychomotricite--9782353271290.htm>

Hall, E. T., & Petita, A. (2014). *La dimension cachée*. Ed. du Seuil; (Œuvre originale publiée en 1966).

Josse, É. (2023). *Le traumatisme psychique chez l'adulte* (3e éd., révisée et augmentée). De Boeck supérieur.

Jover, M. (2020). Perspectives actuelles sur le développement du tonus et de la posture. 2020.

Juillard, A. (2022). « Tonus, quand tu nous lies »: *Thérapie Psychomotrice et Recherches*, N° 186(2), 196-205. <https://doi.org/10.3917/tpr.186.0196>

Kédia, M., & Sabouraud-Séguin, A. (2020). *Psychotraumatologie* (3e éd). Dunod.

Le Corre, M., Bacrie, S., & Hélias-Péan, A. (2022). *Psychomotricité en psychiatrie adulte*. De Boeck supérieur.

Lesage, B. (2012). *Jalons pour une pratique psychocorporelle : Structure, étayage, mouvement et relation*. Éd. Érés.

Lesage, B. (2021). *Un corps à construire : Tonus, posture, spatialité, temporalité*. Éditions Érés.

Peccia-Galletto, C. (2010). Le traumatisme psychocorporel : Traces et empreintes contrastées: *Enfances & Psy*, n° 45(4), 140-149. <https://doi.org/10.3917/ep.045.0140>

Pireyre, É. W. (2021). *Clinique de l'image du corps : Du vécu au concept* (3e éd). Dunod.

Robert-Ouvray, S. B. (s. d.). Robert-Ouvray. *Suzanne Robert-Ouvray*. Consulté 5 mai 2024, à l'adresse <https://www.suzanne-robertouvray.fr/>

Robert-Ouvray, S. B. (2007). *L'enfant tonique et sa mère* (Nouvelle éd.). Desclée de Brouwer.

Salmona, M. (2018). La mémoire traumatique : Violences sexuelles et psycho-trauma: *Les Cahiers de la Justice*, N° 1(1), 69-87. <https://doi.org/10.3917/cdlj.1801.0069>

Scialom, P. (2016). *ESPT et indications psychomotricite*. <https://associationpp.fr/>

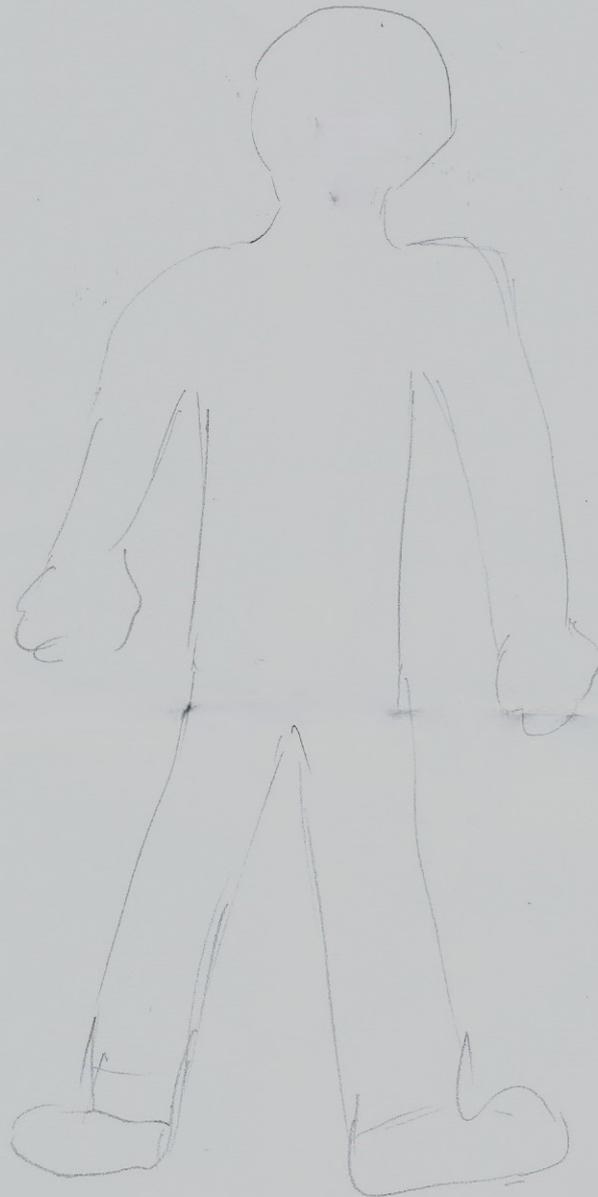
Silva, L. D. D., Beloucif, A., & Akian, M. (2019). *Psychomotricité et psychotraumatisme groupe de lecture et d'analyse n°1*.

Van der Kolk, B. A., & Weill, A. (2018). *Le corps n'oublie rien : Le cerveau, l'esprit et le corps dans la guérison du traumatisme*. Albin Michel.

Winnicott, D. W., Monod, C., & Pontalis, J.-B. (2002). *Jeu et réalité : L'espace potentiel*. Gallimard; (Œuvre originale publiée en 1971)

Winnicott, D. W., *La mère suffisamment bonne*. (2015). Payot ; (Œuvre originale publiée en 1953)

ANNEXE 1



Dessin du corps de 17[~] A . Fait le 20/11/23

ANNEXE 2

INDICATION SEANCE DE PSYCHOMOTRICITE

- Pour les patients qui présentent un ralentissement psychomoteur ;
- Pour les patients qui présentent une hypertonicité posturale et/ou une hypotonie gestuelle ;
- Pour les patients adoptant des postures fermées (épaules en dedans, mains et pieds rassemblés au centre, regard peu mobile) et donc un défaut d'investissement de l'environnement extérieur et de la relation ;
- Pour les patients qui présentent un appauvrissement des sensations ou qui expriment des sensations négatives corporelles, souvent accompagné d'anhédonie ;
- Pour les patients dont l'image du corps est atteinte, se traduisant en partie par une dévalorisation de soi et du monde ;
- Pour les patients dont le système émotionnel est perturbé (diminution des expressions faciales et gestuelles spontanées, discordance psychomotrice).

ANNEXE 3

Bilan adulte en psychiatrie

Age : Structure familiale : Métier/cursus professionnel :

Attitude G : Catégorie/qualité de présence - apparence

Parcours médical :

Demande/attente :

QUESTION AUTOUR DU CORPS : Moyen de réassurance face angoisses/difficultés petite enfance ?
(Verbaux ou corporels)

Pratique de sports/hobbies/loisirs ?

Puberté : quel vécu, quelles infos

Quel enfant étiez-vous ? (votre description, celle des parents)

IMAGE DU CORPS

Dessin du corps

Quelles sont les parties du corps qu'on ne voit pas, qui sont à l'intérieur du corps, dedans ?

Quelles sont les parties du corps qu'on peut voir de l'extérieur ?

Quelles sont les parties du corps qui bougent, qui peuvent se plier et se déplier ?

On peut faire quoi avec son corps ?

Qu'est-ce qui est fragile dans le corps (Pourquoi ?)

Qu'est-ce qui est solide dans le corps, (Pourquoi ?)

Qu'aimez-vous dans le corps ? Est-ce qu'il y a des endroits du corps que vous préférez ?

Que n'aimez-vous pas comme parties du corps ?

Où est la pensée selon vous ? (si "dans le corps", Où exactement ?)

Pouvez-vous vous regarder dans un miroir ?

Acceptez-vous d'être photographié ou filmé ?

Pouvez-vous regarder des photos ou des films sur lesquels vous figurez ?

Pouvez-vous prendre la parole devant les autres ?

SCHEMA CORPOREL

Somatognosie auto/exocentré, nommer + montrer

Narines

Sourcils

Hanche

Pommettes

Tempes

Avant-bras

Schéma postural/Proprioception : - mobiliser une main les yeux fermés qu'il doit venir toucher avec l'autre

- Imitation des postures

Auto + exo

Schéma dynamique Test Berges et Head œil/main/oreille :

Sur demande : Main gauche sur Œil G

Main gauche sur Oreille D

Main droite sur oreille droite

Main droite sur œil gauche

Par imitation : Main droite sur oreille droite

Main gauche sur œil gauche

Main droite sur œil droit

Main gauche sur oreille gauche

Main droite sur œil gauche

Main gauche sur oreille droite

Main droite sur oreille gauche

Main gauche sur œil droit

Praxies bucco-faciales – à quelle émotion vous font penser ces mimiques ?

Lever les sourcils

Fermer les yeux à demi

Gonfler les joues

Lever le menton

EQUILIBRE/COORDINATIONS

Equilibre Dynamique

° Marche spontanée

° Marche sur une ligne (6 pas – 2 essais)

En avant (mains sur les hanches, le talon touche la pointe)

En arrière (pointe contre talon)

Equilibre statique

Pieds joints (>12s) + avec poussée

Sur un pied (>10s)

Sur pointe de pied (>10s)

Epreuve frappé mains/pieds

MD – MG – MG

MG – MD – MD

PD – PG – PG

PG – PD – PD

MD – PG – PG

MG – PD – PD

ACCORDAGE RYTHMIQUE + INVESTISSEMENT SPATIAL

Epreuve de tempo spontané (21 frappes)

Rythme marché (synchro > 15s)

Cadence 90

Cadence 60

Cadence 120

TONUS

Tonus de soutien : test de la poussée

Tonus de fond : ballant + épreuve de Bucher

Tonus d'action : niveau d'engagement moteur

ANNEXE 4

Document à destination de tout professionnels travaillant en psychiatrie adulte

Psychomotricité en Psychiatrie adulte

Le métier de psychomotricien en psychiatrie a pour objet de prendre en compte le vécu corporel du patient et d'en faire un appui pour le travail thérapeutique, dans une clinique où le corps est, de façon massive, siège de la souffrance.

Les psychomotriciens sont **auxiliaires de médecine**. Ils participent à l'évaluation diagnostique, à l'orientation thérapeutique des patients et assurent des prises en soin à médiation corporelle complémentaires de la chimiothérapie. Ils s'appuient à la fois sur des connaissances provenant des sciences humaines (psychologie, phénoménologie) et médicales (neurosciences, anatomie, physiologie, développement psychomoteur) pour, dans la relation avec le patient, **travailler le lien dans le couple corps-psyché**. En milieu psychiatrique, ce lien est plus que jamais mis à mal. Le psychomotricien a les compétences pour **reconnaitre l'expression psychomotrice de la souffrance et de l'instabilité émotionnelle*** à travers la mise en mouvement et la mise en relation. Le projet thérapeutique psychomoteur en psychiatrie adulte s'oriente vers le travail de l'unité psychocorporelle du patient et de la régulation tonico-émotionnelle, le réinvestissement positif du corps propre, la contenance et la structuration du psychisme par le corps.

**Exemple de signes de désordres psychomoteurs repérés lors du bilan : impulsivité latente, agressivité contenu, trouble de la représentation corporelle, désorientation spatio-temporelle, trouble du tonus, de l'équilibre, troubles sensoriels.*

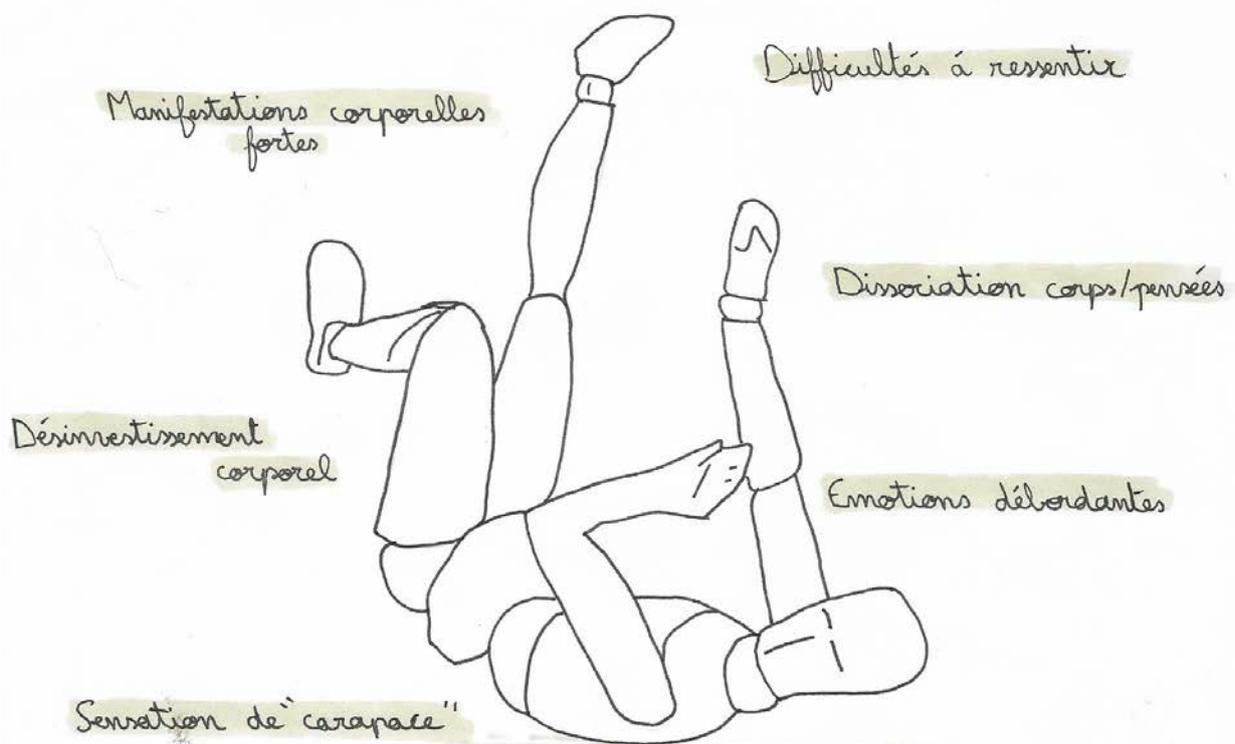
- ❖ Spécificité du travail auprès de patients en état de crise aiguë (ou phase d'acmé de maladies chroniques type schizophrénie) : L'expression corporelle de la souffrance psychique est d'autant plus manifeste lors d'une décompensation ou d'un état aigu. Il peut être intéressant, lorsque cela est possible, d'accompagner les personnes dans ce vécu en psychomotricité. L'objectif du soin psychomoteur ici est de participer à l'apaisement et à la régulation des symptômes (tels que le sentiment de déstructuration psychocorporelle, le vécu d'angoisses archaïques, le défaut d'intégration sensorielle), de réduire l'intensité et la durée de la crise, de mettre l'alliance thérapeutique au service du lien patient-institution.
- ❖ Spécificité du travail auprès des patients en voie de stabilisation ou stabilisés : Le suivi en psychomotricité pour ces patients permet de travailler plus en profondeur la structuration psychocorporelle, de leur permettre gagner en autonomie dans la régulation tonico-émotionnelle et le soutien du psychisme par le corps, de prévenir les rechutes grâce à une meilleure connaissance de leur fonctionnement propre.

Jeanne Grignon – grignon.jeanne@mailfence.com - 0782571340

ANNEXE 5

PSYCHOMOTRICITÉ

en psychiatrie



LE CORPS EST BIEN SOUVENT LE SIÈGE DE SOUFFRANCES PSYCHIQUES

La psychomotricité permet de restaurer le lien entre le corps et la pensée, apporte des clefs de compréhension et de soutien à son propre fonctionnement, permet de délier les tensions internes.

Prises en charges en psychomotricité proposées par Jeanne Grignon, présente les lundis.

Auteur : Jeanne GRIGNON

Titre : « *Nous sommes peu de choses intérieurement, c'est fragile sans peau et muscles* »

Le soin psychomoteur en psychiatrie adulte :
Autour des limites psychocorporelles d'une patiente en état de stress post
traumatique

Mots - clés : Psychomotricité - Trouble de stress post-traumatique – dissociation – limites psychocorporelles - investissement tonico-émotionnel

Keywords : Psychomotricity - PTSD – dissociation – bodymind boundaries – tonico-emotional engagement

Résumé :

Le psychotraumatisme est connu depuis l'antiquité mais étudié depuis quelques années. Les conséquences du traumatisme sont visibles sur la psychomotricité du sujet et peuvent être envahissants. La menace d'anéantissement touche aux limites psychocorporelles de la personne et impacte sa façon d'être au monde. Comment aller à la rencontre d'un corps terrorisé à l'idée même d'être en lien ? Le soin psychomoteur œuvre pour permettre à la personne de se rassembler, se réunifier et délimiter sa subjectivité dans un corps habité.

Abstract :

Psychotrauma has been known since antiquity, but has only been studied in recent years. Consequences of trauma are visible in the subject's psychomotricity, and can be intrusive. The threat of annihilation touches the person's bodymind boundaries and impacts their existential relationship with the world. How can we reach out to a body gripped by the terror of connection itself ? Psychomotor care endeavors to facilitate integration, reunion, and the delineation of subjectivity in an inhabited body.