



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

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/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

La carapace tonique à l'épreuve de la relation
L'ajustement du psychomotricien face à l'hypertonie des patientes anorexiques

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

Par : Louise-Blanche AUBRY BLU

Mai 2023 (Session 1)

N°1749

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

La carapace tonique à l'épreuve de la relation
L'ajustement du psychomotricien face à l'hypertonie des patientes anorexiques

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

Par : Louise-Blanche AUBRY BLU

Mai 2023 (Session 1)

N°1749

Directrice du Département Psychomotricité

Mme Tiphaine VONSENSEY

Université Claude Bernard Lyon 1

Président
Pr. Frédéric FLEURY

Président du Conseil Académique
Pr. Hamda BEN HADID

Vice-président CA
Pr. Didier REVEL

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

Vice-président Santé
Pr. Jérôme HONNORAT

Directeur Général des Services
M. Pierre ROLLAND

Secteur Santé

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

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

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

U.F.R. d'Odontologie
Directrice **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**

Secteur Sciences et Technologies

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

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

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

Département Informatique
Administrateur provisoire
Mr Behzad SHARIAT

Département Mécanique
Administrateur provisoire
Mr Marc BUFFAT

POLYTECH LYON
Directeur **Mr Emmanuel PERRIN**

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 Christophe VITON**

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

Observatoire de Lyon
Directrice **Mme Isabelle DANIEL**

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

Gestion de scolarité
Mme Alice GENOT

Coordinatrice des stages
Mme Christiane TANCRAÏ
Psychomotricienne

Mme Marion MOUNIB
Psychomotricienne

SOMMAIRE

LEXIQUE	
INTRODUCTION.....	1
THÉORIE	
1. L'ANOREXIE MENTALE	3
1.1. Définition et critères diagnostiques	3
1.2. Épidémiologie de l'anorexie mentale.....	4
1.3. Le contexte socio-culturel d'évolution de l'anorexie.....	4
1.4. L'anorexie, pathologie marquée par la rigidité.....	6
1.4.1. Une rigidité mentale.....	6
1.4.2. Une rigidité corporelle.....	8
1.5. Un profil psychomoteur particulier	9
2. INTEGRATION TONIQUE ET IMPACT SUR LE DEVELOPPEMENT PSYCHIQUE DE L'ENFANT	10
2.1. Définitions.....	11
2.2. Intégration tonique et développement psychique de l'enfant.....	12
2.2.1. Les poussées toniques de la vie intra-utérine à la naissance.....	12
2.2.2. Période du sixième mois.....	13
2.2.3. Tonus et relation	14
2.3. L'impact de la fonction maternelle dans le développement tonico-psychique.....	15
2.3.1. L'environnement maternel, un environnement sécurisant et facilitant	15
2.3.2. La mère, agent d'intégration psychique et corporelle	16
2.3.3. Accordage et ajustement.....	17
3. L'HYPERTONICITE.....	18
3.1. Définition de l'hypertonie	18
3.2. De l'enveloppe psychique à l'enveloppe tonique	19
3.3. Quand l'enveloppe psychique est défaillante.....	20
3.4. Conséquences de l'hypertonie	22
3.4.1. Obstacle à l'intégration sensorielle et émotionnelle	22
3.4.2. Obstacle à la relation.....	22
4. CONCLUSION	23
CLINIQUE.....	
1. PRESENTATION DE LA STRUCTURE	24
1.1. Le service intra-hospitalier.....	24

1.2.	<i>Les contrats de soin.....</i>	25
1.3.	<i>Suivis psychomoteurs.....</i>	26
2.	GABRIELLE.....	27
2.1.	<i>L'histoire de vie de Gabrielle.....</i>	27
2.1.1.	Parcours de vie.....	27
2.1.2.	Parcours de soin.....	28
2.2.	<i>Profil psychomoteur de Gabrielle.....</i>	29
2.3.	<i>Évolution de Gabrielle dans le groupe.....</i>	30
2.3.1.	Première rencontre.....	30
2.3.2.	Deuxième séance, le corps mis à rude épreuve.....	32
2.3.3.	Troisième séance, quand le mouvement se libère.....	34
2.3.4.	Quatrième séance, le renfermement face à la violence extérieure.....	35
2.3.5.	Dernière séance, quand la relation à l'autre est support d'une relation à soi.....	35
3.	LILI.....	38
3.1.	<i>L'histoire de vie de Lili.....</i>	38
3.1.1.	Parcours de vie.....	38
3.1.2.	Parcours de soin.....	39
3.2.	<i>Profil psychomoteur de Lili.....</i>	40
3.2.1.	Première rencontre.....	40
3.2.2.	Une hypertonicité envahissante.....	40
3.2.3.	Bilan psychomoteur de Lili.....	41
3.2.4.	Se décaler de l'encontre pour se rencontrer.....	43
3.3.	<i>Suivi psychomoteur.....</i>	43
3.3.1.	Rigidité de l'investissement spatial.....	44
3.3.2.	Rigidité de l'investissement du corps, une motricité symétrique.....	44
3.3.3.	Un dialogue tonico-émotionnel mis à rude épreuve.....	45
3.3.4.	La relaxation, contenir ou découvrir ?.....	47
4.	CONCLUSION.....	48
THÉORICO - CLINIQUE.....		
1.	L'HYPERTONICITE DANS L'ANOREXIE MENTALE.....	49
1.1.	<i>L'hypertonicité comme un symptôme et une réponse à la défaillance du Moi ?.....</i>	49
1.1.1.	L'hypertonicité comme symptôme d'une base narcissique psycho-corporelle fragilisée.....	49
1.1.2.	L'hypertonicité comme réponse au vécu désorganisateur d'un manque de sécurité interne ?.....	51
1.1.3.	L'hyperactivité, un autre moyen de lutte face au manque de sentiment de sécurité interne ?.....	52
1.2.	<i>Une carapace musculaire imperméable aux échanges dedans/dehors.....</i>	53
1.2.1.	Mise à distance de la réalité sensorielle du corps.....	53
1.2.2.	Quand l'hypertonicité détériore la modalité relationnelle au monde extérieur.....	54
2.	AJUSTEMENT DE SA POSTURE SOIGNANTE AUPRES DES PATIENTES ANOREXIQUES.....	56

2.1.	<i>Postures internes et externes</i>	56
2.1.1.	L'évolution de mon cadre interne	56
2.1.2.	Fonction maternante de la posture professionnelle du psychomotricien.....	58
2.1.3.	Le cadre thérapeutique comme métaphore paternelle.....	62
2.1.4.	L'institution, figure paternelle ?	63
2.2.	<i>Techniques et savoir faire</i>	65
2.3.	<i>Modalités d'intervention</i>	68
2.4.	<i>Positionnement, habitation corporelle et relationnelle</i>	69
CONCLUSION		71
BIBLIOGRAPHIE		
ANNEXE		

LEXIQUE

- APA : Activité Physique Adaptée
- CAMSP : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
- DSM-V: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5e edition
- HAP : Hyper Activité Physique
- IMC : Indice de masse corporelle
- PPAP : Pratique Problématique de l'Activité Physique
- SES : Sciences Économiques et Sociales
- TCA : Troubles des Conduites Alimentaires
- TOC : Troubles Obsessionnels Compulsifs
- TSA : Troubles du Spectre Autistique

INTRODUCTION

En début de troisième année, lorsque je choisis mes stages, je décide rapidement de me tourner vers la clinique des Troubles des Conduites Alimentaires (TCA), dans un attrait particulier pour un travail autour de l'image du corps. Exceptée la notion de dysmorphophobie, je connais peu de choses sur cette clinique particulière et je suis curieuse d'en savoir davantage.

De l'autre côté, je décide dans mon autre stage de m'orienter vers la clinique du tout-petit, en Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP). Les mois passent et vient le temps de choisir le stage et le patient de mon mémoire. Mais le choix est difficile car les deux cliniques sont passionnantes et que mon cœur ne cesse de pencher pour l'une puis pour l'autre.

Puis, en janvier, je passe en autonomie dans le service intra-hospitalier et prends en charge seule des groupes et des suivis individuels auprès de patientes anorexiques. Et je réalise alors les nombreux parallèles à faire entre le rôle de l'environnement maternel dans le développement de l'enfant et le rôle du psychomotricien dans le suivi des patientes anorexiques. Je décide donc d'axer mon mémoire sur ce sujet, créant ainsi un espace commun aux deux cliniques qui me passionnent.

Au fil des semaines et des mois, je suis marquée par l'hypertonicité des patientes, semblant prendre toute la place dans leur organisation psychomotrice. L'image du corps me semble alors venir en second plan, comme bloquée par la carapace tonique que les patientes mettent en place. De plus, dans un dialogue tonico-émotionnel constant, je me sens prise par des mouvements contre-transférentiels forts, qui me poussent à réajuster ma posture soignante. Ainsi, en apprendre davantage sur toute la particularité du profil psychomoteur des patientes anorexiques et du travail thérapeutique que je peux leur proposer, m'a permis d'orienter la rédaction de mon mémoire autour du sujet suivant :

En quoi l'ajustement d'un travail psychomoteur autour de l'hypertonicité des patientes anorexiques peut permettre une modulation de leur modalité relationnelle, aux autres et à leur propre corps ?

Pour tenter d'éclaircir cette problématique, je commencerai par une partie théorique, centrée sur la compréhension de l'anorexie mentale et de l'hypertonicité, par le prisme du développement psychomoteur du tout-petit. Par la suite, j'exposerai deux études de cas sur Gabrielle et Lili, deux patientes anorexiques que je rencontre respectivement en groupe de mouvement dansé et en individuel. Enfin, je développerai ma réflexion sur les fonctions de l'hypertonicité chez la patiente souffrant d'anorexie mentale, ainsi que sur l'ajustement de ma posture soignante dans ce cadre particulier, au sein d'une partie théorico-clinique.

THÉORIE

1. L'anorexie mentale

1.1. Définition et critères diagnostiques

L'anorexie mentale est un Trouble des Conduites Alimentaires (TCA). Selon le « Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders », soit le DSM-V (Crocq & Guelfi, 2015, pp.441-442), le diagnostic repose sur les critères suivants : restriction des apports alimentaires qui amène à un poids significativement bas, peur excessive de prendre du poids et perception altérée du poids et de la forme de son corps, associée à une faible estime de soi. Ce dernier critère correspond à la dysmorphophobie, trouble sévère de l'image du corps. L'absence de règles depuis au moins trois mois, qu'on désigne sous le terme d'aménorrhée, est un indicateur important en clinique. Il n'apparaît plus parmi les critères diagnostiques de la maladie depuis la cinquième édition du DSM, compte tenu de l'utilisation fréquente d'une contraception œstroprogestative chez les jeunes adolescentes, dissimulant l'aménorrhée.

Sur le plan clinique, l'anorexie peut s'observer par une « absence de fatigue, voire une euphorie et un sentiment de toute-puissance » (Amad et al., 2016, p.304), des restrictions alimentaires, quantitative et qualitative, et des stratégies de contrôle du poids comme des vomissements, prise de laxatifs, etc.

Il existe deux types d'anorexie. L'anorexie mentale restrictive concerne la perte de poids obtenue durant les trois derniers mois par régime, jeûne, restriction alimentaire et/ou exercice physique. Quant à l'anorexie mentale de type boulimique, cela implique des crises d'hyperphagie récurrentes et/ou des comportements compensatoires comme des vomissements provoqués, des médicaments et des laxatifs. Les crises d'hyperphagie correspondent au fait de manger sans pouvoir s'arrêter, avec une sensation de perte de contrôle.

La sévérité du trouble chez l'adulte est déterminée à partir de l'Indice de Masse Corporelle (IMC), calculé par le rapport du poids sur taille en m². Ainsi le trouble est considéré comme léger à partir d'un IMC à 17, moyen à 16, grave à 15 et extrême pour un IMC en dessous de 15.

1.2. Épidémiologie de l'anorexie mentale

Selon le ministère des affaires sociales et de la santé (2017, p.1), les TCA toucheraient environ 600 000 adolescents et jeunes adultes en France. En ce qui concerne l'anorexie mentale, elle concernerait entre 0,9 et 1,5 % des femmes et 0,2 à 0,3 % des hommes (Ameli, 2023).

Selon le DSM-V, on note une prédominance féminine de 90% (Crocq & Guelfi, 2015, p.444). C'est pour cette raison que je parlerai des patientes au féminin. On note une apparition de la maladie prévalente à l'adolescence ou en début d'âge adulte, entre 15 et 25 ans. Il est intéressant de relier cette information avec la vision de l'adolescence selon Potel, psychomotricienne : “le corps, les émotions sont des repères dans le fonctionnement psychique. Or l'adolescent, lui, a des repères chancelants, en constant remaniement” (2006, p.127). C'est donc une période particulièrement vulnérable et sensible à l'apparition de TCA.

1.3. Le contexte socio-culturel d'évolution de l'anorexie

Les TCA sont d'origine multifactorielle, il ne s'agit donc pas ici de réduire la pathologie psychiatrique et la souffrance des patientes à des questions d'influence sociale. Cependant, le rapport au corps et aux émotions est indéniablement façonné par le contexte socio-culturel de notre époque. Cela se confirme par la prévalence de l'anorexie dans certains milieux comme ceux du mannequinat, du sport de haut niveau ou encore de la danse, où les notions de maîtrise, de performance et de rigueur corporelle sont centrales. L'apparition des réseaux sociaux au XXI^e siècle et l'évolution du statut de la femme dans cette nouvelle époque sont donc à questionner dans les liens potentiels avec l'expression du symptôme alimentaire.

Premièrement, la question esthétique omniprésente sur les réseaux d'aujourd'hui, entre challenges prônant la minceur et filtres sur les photos, porte une incidence considérable sur l'image de soi et les exigences corporelles que les adolescentes ressentent. Aloïse, dont le prénom a été modifié, 17 ans, nous parle d'un challenge Tik Tok, application mobile de partage de vidéos, où il faut faire deux fois le tour de sa taille avec

des écouteurs filaires pour montrer la minceur de sa silhouette : *“j’ai commencé à regarder ces vidéos puis je me suis rendu compte que c’était malsain alors j’ai fermé l’application”*. Aujourd’hui plus que jamais, l’idéal d’extrême minceur et l’injonction à la santé physique et au sport renforce le contrôle des corps et peut nourrir des complexes profonds, jusqu’à la détestation de soi.

De plus, il est prouvé statistiquement que l’anorexie mentale est une pathologie à prévalence féminine. Il est donc intéressant de se questionner sur la place des femmes dans notre société actuelle et comment cela est vécu par les patientes au quotidien. Entre figure maternelle aimante et femme séductrice, entre femme ambitieuse mais modeste, les femmes sont dans l’injonction constante d’une réussite sociale, familiale, financière, amoureuse, sexuelle, culturelle et personnelle. Ainsi, les thèses féministes démontrent un parallèle évident entre l’évolution de la place de la femme dans la société et la multiplication des cas des TCA. Placées dans une “sexualisation constante de leur corps » (FPS, 2020, p.9), les femmes sont tendanciellement plus touchées par l’anorexie, entraînées par la société à entretenir une haine de leur corps et un contrôle de l’alimentation.

De plus, appartenir au genre féminin représente aujourd’hui une exposition constante au risque de violences sexistes et sexuelles. En effet, selon l’Institut National de Santé du Québec, neuf victimes de violences sexuelles sur dix sont des femmes (Gagné & Lachapelle, 2022). Ainsi, les travaux de Salmona, psychiatre et présidente de l’association Mémoire traumatique et victimologie, démontrent que les TCA peuvent être l’expression d’un stress post-traumatique. Selon une étude de l’IVSEA, “36% des répondant.es [victimes de violences sexuelles] déclarent avoir souffert de troubles alimentaires anorexiques” (Association Mémoire Traumatique et Victimologie, 2015). Les TCA peuvent alors être interprétés comme une stratégie de survie face à un stress post-traumatique, particulièrement en ce qui concerne les maltraitances physiques et verbales, ainsi que les violences sexuelles.

Ainsi, être une femme dans ce contexte socio-culturel, c’est être exposée à l’hypersexualisation de son corps dès le plus jeune âge, à l’idéalisations de la maigreur et aux vécus d’harcèlement voire de violence. Pour les patientes souffrant de TCA, on peut

donc retrouver une véritable souffrance dans le fait d'appartenir au genre féminin. Ainsi, Laura, 19 ans, dessine sa silhouette au sol et se représente sans aucune courbe. Quand je la questionne à ce sujet, elle me dit *“les courbes c'est être une femme, être une femme ça attire le regard. Moi, je ne veux pas qu'on me regarde”*.

Pour finir, il est important de relever que l'anorexie mentale masculine est une réalité, malheureusement fortement sous-diagnostiquée. Le tabou autour des troubles psychiques ainsi que la survalorisation du sport et de l'attention à son corps chez les hommes peuvent être des explications à ce phénomène. Je ne m'attarderai pas sur ce sujet car je n'ai pas rencontré d'hommes souffrant de TCA lors de mon stage.

1.4. L'anorexie, pathologie marquée par la rigidité

Je vais maintenant m'atteler à la description d'un certain nombre de signes cliniques concernant l'anorexie, détaillés sous le prisme de la rigidité mentale et corporelle, très prégnante chez les patientes. Cette description ne se veut pas, ni se peut, exhaustive mais se destine à éclairer certaines notions que je considère déterminantes pour la compréhension et l'approche thérapeutique des patientes que je rencontre.

1.4.1. Une rigidité mentale

La patiente anorexique présente des distorsions cognitives telles que « l'absence de conscience du trouble (insight) » (Amad et al., 2016, p.304), une préoccupation excessive centrée sur l'alimentation et sur les conduites d'évitement associées, ainsi que des croyances erronées sur ce sujet et une altération de la flexibilité mentale. Les troubles psychopathologiques associés sont nombreux : troubles anxieux, bipolaires, dépressifs, addictifs, borderline/état-limite, Trouble Obsessionnel Compulsif (TOC), Trouble du Spectre Autistique (TSA), etc. On observe aussi fréquemment un désintérêt pour la sexualité génitale, lié à un refus ou une absence des modifications corporelles liées à l'adolescence, qui pourra se répercuter sur la suite de leur vie par un refus de leur féminité, un refus d'être mère, etc.

De plus, l'anorexie mentale est souvent caractérisée par un besoin de maîtrise important sur le corps et son environnement. Les patientes cherchent ainsi à contrôler tout ce qui les entoure : leurs relations, leur alimentation, leur emploi du temps et jusqu'à leurs performances scolaires ou professionnelles. On retrouve un surinvestissement intellectuel, traduit régulièrement par une hyperactivité scolaire, souvent au détriment des domaines émotionnels et affectifs. C'est dans ce contexte que l'alexithymie représente une des caractéristiques psychiques principales de l'anorexie mentale. Sifneos, psychiatre spécialisé dans l'alexithymie, cité par Jouanne, la définit par :

Une vie fantasmatique pauvre avec comme résultat une forme de pensée utilitaire, une tendance à utiliser l'action pour éviter les conflits et les situations stressantes, une restriction marquée dans l'expression des émotions et particulièrement une difficulté à trouver les mots pour décrire ses sentiments (Jouanne, 2006).

Ainsi, les patientes ont tendance à éprouver des difficultés à verbaliser leurs émotions et ressentis corporels, ainsi qu'à faire le lien entre les deux. Il est intéressant de lier cette notion à ce qu'explique Robert-Ouvray sur le développement du tout-petit : « Pouvoir mettre soi-même des mots sur ce que l'on ressent et trouver des correspondances entre ce que l'on éprouve et ce qu'en dit l'autre sont deux générateurs de détente et d'appétit vital » (2007, p.26). Le lien entre l'alexithymie et les TCA apparaît ici comme dépassant les notions d'émotions et faisant référence à des enjeux plus grands de relation à l'autre et d'investissement corporel.

Ainsi, cette rigidité mentale s'exprime également dans le mode relationnel des patientes anorexiques. En effet, le rapport à l'autre est très ambivalent, entre peur du regard de l'autre et « sur-préoccupation » pour une amie ou un membre de la famille. Dans un besoin d'hyper-contrôle et avec une gestion des émotions complexe, les patientes présentent souvent des difficultés à être en lien, à maintenir des relations amicales ou amoureuses, impactées par leur mal-être profond. A l'inverse, elles peuvent parfois développer des attachements très forts et s'inscrire dans des relations particulièrement fusionnelles avec leurs proches, dans une dépendance qui questionne.

Ce besoin de contrôle s'exprime aussi dans leur attitude face aux soins qui leurs sont proposés. En effet, elles peuvent rapidement être dans le refus des soins, associé à un

refus de reconnaître la gravité de leur état, tout comme le refus de s'alimenter. Lévy, psychanalyste, choisit de comprendre ce refus « comme l'expression d'une impasse psychique et en même temps comme rien de moins qu'une affirmation de leur être » (Lévy, 2013).

La psychopathologie de l'anorexie est enfin caractérisée par un phénomène de clivage. Premièrement, un clivage entre le corps et l'esprit, comme une mise à distance de leurs ressentis corporels, dans le vécu et la verbalisation de celui-ci. D'un autre côté, elles présentent souvent un surinvestissement intellectuel. On peut également observer cette dynamique dans la manière ambivalente dont les patientes vont considérer les différents soignants d'une équipe, comme bons ou mauvais objets, entre rejet et séduction. Ainsi, pour Valérie, 35 ans, une infirmière va représenter la « super copine », toujours présente et attentionnée alors que la psychologue sera « toujours méchante, à m'accuser en permanence. »

1.4.2. Une rigidité corporelle

Cette rigidité mentale n'est pas sans rappeler l'importante rigidité corporelle des patientes anorexiques, qui présentent un tonus très élevé. Leur tonus s'inscrit ainsi dans le concept du tonus pneumatique de Bullinger : « Pour compenser le manque de tenue du buste, on peut observer une conduite qui consiste à bloquer la respiration. » (2006). En effet, les patientes anorexiques semblent être en apnée quasi-constante, présentant une hypertonie particulièrement élevée des membres inférieurs et supérieurs. Leur colonne est rigide également mais peut rester très courbée. Je développerai davantage la question tonique dans une partie ultérieure dédiée exclusivement à ce sujet.

Leur rigidité corporelle se traduit également par l'hyperactivité physique (HAP), aussi désignée sous le nom de Pratique Problématique de l'Activité Physique (PPAP), signe clinique récurrent dans l'anorexie. La PPAP se définit comme étant « la pratique d'une AP [Activité Physique] pendant son temps libre qui peut être excessive, compulsive et incontrôlable » (Kern et al., 2017, p.2). Elle peut être associée à une nécessité de persévérer malgré des dommages physiques et psychiques, comme l'épuisement. Ce symptôme est souvent mis en lien avec une volonté de maîtrise corporelle, une fuite de ses

ressentis émotionnels, ainsi qu'une recherche d'extrêmes corporels. Gaucher Hamoudi, psychomotricienne spécialisée dans les TCA nous dit : « Dans l'hyperactivité, le patient bouge pour ne pas penser et pour ne pas éprouver » (Gaucher Hamoudi et al., 2011, p.72).

1.5. Un profil psychomoteur particulier

Malgré une présumée obsession pour son corps et l'image qu'elle renvoie, la patiente anorexique fait tout ce qui est en son pouvoir pour mettre son corps à distance. Et c'est bien dans cette optique d'aider la patiente à se remettre en lien avec son corps que la psychomotricité commence tout juste à faire sa place dans les structures accueillant les TCA. En effet, le profil psychomoteur de la patiente anorexique est caractérisé par des conduites d'évitement et de fuite. Elles évitent le toucher, celui de l'autre mais également le leur, se douchant, par exemple, avec un gant plutôt que de provoquer un contact direct peau-à-peau. Elles évitent le regard de l'autre mais peuvent également éviter le leur, par un évitement du miroir, ou à l'inverse, le surinvestir. Par ailleurs, elles peuvent fuir l'éprouvé et les ressentis corporels dans l'hyperactivité physique et l'installation d'une carapace tonique. Pour résumer, les patientes anorexiques semblent « éviter » leur corps comme entité maltraitante et maltraitée.

Leur rigidité psychocorporelle s'exprime dans de nombreuses fonctions psychomotrices telles que le temps, où la structuration très rigide et souvent très remplie de l'emploi du temps ne laisse aucune place à l'imprévu ou à la surprise ; le tonus, l'investissement de l'espace ; l'équilibre ; les coordinations, où l'on observe peu ou pas de croisement de l'axe ; et enfin l'image du corps.

En effet, il est intéressant d'observer la particularité du rapport au corps chez les patientes anorexiques, entre schéma corporel et image du corps. En effet, les écrits et les bilans réalisés démontrent que le schéma corporel des patientes, défini par Potel (2021) comme la « connaissance objective du corps dans sa réalité » (p.150), est souvent parfaitement intégré, dans une vision très somatognosique du terme. Ainsi, « le patient semble connaître et maîtriser son corps instrumental, avec très fréquemment un schéma corporel bien structuré » (Gaucher Hamoudi et al., 2011, p.71). Cependant, lorsqu'on s'intéresse à l'image du corps comme « synthèse vivante de nos expériences

émotionnelles» et « incarnation symbolique inconsciente du sujet désirant » (Dolto, 1992, p.22), on remarque que le corps affectivé et relationnel de la patiente anorexique est mis à mal. Impactée par la dysmorphophobie, l'image du corps est altérée, traversée par un désinvestissement libidinal puissant et une distanciation avec la réalité de la maigreur. Les patientes se perçoivent avec un IMC fortement supérieur au leur, ce qui altère également leur perception de leur corps dans l'espace. Elles présentent, par exemple, une forte appréhension de ne pas passer dans l'encadrement de la porte. Dans cette dynamique de dévalorisation, les patientes anorexiques présentent régulièrement une profonde mésestime de soi, étayée par des propos et des attitudes autocentrées dépréciatives.

Par ailleurs, la sensorialité est une donnée très impactée par l'anorexie. En effet, le professeur Rigaud nous explique qu'au-delà d'un appareil sensoriel ne présentant aucune altération, il semblerait que "les anomalies se situent dans l'intégration des ressentis" (2019). Ainsi, on observe dans l'anorexie une perception sensorielle très amoindrie, comme si chaque sens était, une fois encore, mis à distance. On peut s'attarder quelques instants sur le sens de la proprioception, semblant complètement aboli chez les patientes anorexiques. En effet, elles ne paraissent plus ressentir l'intérieur de leur corps et les informations envoyées par leurs muscles sur leur corps dans l'espace.

Cette description du profil psychomoteur anorexique n'est, encore une fois, pas exhaustive. Elle a seulement pour fonction d'élaborer une première représentation globale d'une patiente souffrant d'anorexie mentale. Cette théorie sera, par la suite, étayée par les observations psychomotrices que j'ai pu réaliser sur mes deux études de cas.

2. Intégration tonique et impact sur le développement psychique de l'enfant

Je choisis ici de développer la notion du tonus car je vais par la suite m'intéresser particulièrement à l'hypertonie des patientes anorexiques que je rencontre. Je vais donc commencer par le commencement : qu'est-ce que le tonus, comment se développe-t-il, quel impact porte-t-il sur le développement psychique et sur la mise en relation avec l'environnement extérieur ? Quel rôle joue l'environnement maternel sur ce

développement tonique et relationnel ? Puis dans un deuxième temps, j'orienterai ma partie théorique sur la notion d'hypertonie, explorant ses potentielles origines et conséquences.

2.1. Définitions

Selon le dictionnaire Larousse, le tonus, du grec *tonos* (tension) est un “état de tension permanente dans lequel se trouvent normalement les muscles du squelette” (Larousse, 2023). En psychomotricité, on distingue trois tonus.

Le *tonus de fond* correspond à la tension permanente et involontaire des muscles quand ils ne sont pas en action. Il est observé en bilan lors d'épreuves d'extensibilité et de ballant. Si le tonus de fond est trop élevé ou trop bas, cela peut être un signe de trouble neurologique ou tonico-émotionnel. En effet, Ajuriaguerra nous parle du tonus de fond comme étant “en perpétuelle réaction, constamment induit par notre contact avec autrui et sa présence.” (1956, p.16)

Le *tonus postural* permet de maintenir son attitude et sa station debout, grâce à la coordination des muscles antérieurs et postérieurs ainsi que de la pesanteur. Il est observé en bilan avec des épreuves de résistance à la poussée notamment. La mise en place du tonus postural est directement corrélée avec la construction de l'axe corporel. Ce dernier permet de libérer les membres supérieurs pour développer la motricité fine mais également d'entrer en communication et en relation avec notre environnement. Si la construction du tonus postural n'est pas harmonieuse, le buste, et donc l'axe, se maintiendra par un « tonus pneumatique » (Bullinger, 2006, p.133).

Le *tonus d'action* correspond à la tension qui habite les muscles dans l'action. Il permet de programmer, orienter et accompagner le mouvement dans son exécution. Les variations du tonus d'action permettent d'impacter la force, la qualité et la vitesse du mouvement. C'est par ce tonus que l'enfant va pouvoir vivre des expériences sensori-motrices qui, par leur répétition, vont élaborer une conscience corporelle plus précise, à l'origine du schéma corporel et de l'image du corps.

Les trois tonus sont en interaction permanente et permettent à chaque individu de se présenter au monde, dans un corps habité, conscientisé et en relation. Il peut ainsi investir son mouvement, son espace et interagir avec autrui. Les compétences psychomotrices se développent en fonction de la maturation tonique.

Il est intéressant de distinguer le tonus de la tonicité, ce que Robert-Ouvray (2010) explique :

À partir de ses composantes physiologiques (le tonus), mécaniques (la structure de tension) et psychologiques (l'émotion et l'affect), la *tonicité* se définit comme l'ensemble vibratoire corporel qui met le sujet en rapport avec son espace interne et avec l'espace externe. (p.43)

Ainsi, la tonicité correspond à la façon dont chaque humain communique et interagit à travers le recrutement et les variations de son tonus. C'est un ajustement constant de l'agencement des trois tonus dans le contexte de son environnement et des interactions qui s'y jouent.

2.2. Intégration tonique et développement psychique de l'enfant

2.2.1. Les poussées toniques de la vie intra-utérine à la naissance

Avant la 30^e semaine de sa vie intra-utérine, l'enfant est soumis aux mouvements de la mère, hypotonique dans son ventre. Puis ses jambes et ses hanches vont commencer à se fléchir et une légère poussée tonique va émerger, lui permettant de bouger ses membres inférieurs. C'est la période des premiers coups de pieds que la mère va sentir. À sept mois et deux semaines de vie intra-utérine, le tonus va monter jusqu'aux membres supérieurs, ce qui va lui permettre de s'enrouler et de mettre la main à la bouche. Ainsi, "la poussée tonique s'est faite du bas vers le haut" (Robert-Ouvray, 2010, p.44). À la naissance, l'organisation posturale du bébé est caractérisée par une hypertonie segmentaire et une hypotonie axiale. Une poussée tonique inverse va s'opérer, ses bras pourront se déplier avant ses jambes. L'intégration du schéma corporel se déroulera dans le sens céphalo-caudal de cette "descente tonique" (Robert-Ouvray, 2010, p.45).

2.2.2. Période du sixième mois

Durant le sixième mois de vie extra-utérine, le bébé va opérer une *synthèse tonique*. Cela correspond à l'équilibration du tonus entre l'hypertonie segmentaire et l'hypotonie axiale de naissance qui, associée à un rassemblement de son corps, va permettre d'apaiser les angoisses de morcellement en donnant au bébé une première sensation de corps unifié. Il pourra par la suite partir à l'aventure et entrer en relation avec l'autre. C'est la construction et l'intégration "d'une base narcissique sécurisante : pour aller vers le dehors, l'enfant doit être sécurisé dedans" (Robert-Ouvray, 2007, p.74).

C'est à partir de cette base de sécurité interne que l'enfant va pouvoir survivre aux attaques externes et internes (faim, absence, mort d'un proche, etc). C'est également à partir de cette base que va pouvoir se construire le Moi, défini par Robert-Ouvray (2007) comme une « création individuelle qui donne à chacun une identité unique » (p.82). Elle dit plus loin qu'il « assure la fonction de régulation et d'intégration des processus psychiques contradictoires, c'est-à-dire les désirs et les interdits » (p.83). Cette base va se construire selon trois grands mouvements : *l'enroulement*, *l'axialité* et la *coordination psychocorporelle*.

Le premier correspond à l'attention que l'enfant va pouvoir porter à son Moi à travers un regroupement et un rassemblement de son corps. Sa posture va amener l'enfant à se définir comme repère dans cet environnement en mouvement et il y retournera tout au long de sa vie, comme une position de retour à soi, tournée vers le centre du corps, qui recentre et réconforte.

Dans le même temps, l'axe corporel va voir le jour, permettant d'installer les repères spatiaux autour d'un centre fixe : la droite, la gauche, le bas et le haut. L'axialité corporelle va permettre de "fonder la loi corporelle" (Robert-Ouvray, 2010, p.76) et de poser les bases de l'intégration du schéma corporel et de la coordination des deux hémicorps. Ainsi, l'enfant investit sa colonne vertébrale dans un mouvement d'intégration de son « axe psychique ». Cela va lui permettre de s'ériger et se repérer, se retrouvant ainsi face à l'autre. Il affirme ainsi son Moi, qu'il découvre dans le regard de sa mère. C'est ici qu'on identifie également l'ébauche de l'image du corps.

Enfin, s'active le travail de coordination psychocorporelle. C'est par ce processus que s'établissent des liens entre les sensations, les expériences tonico-affectives et les

représentations de ces dernières, coordonnées en un tout cohérent. Ce sont les bases à partir desquelles pourra s'ériger le travail de symbolisation. C'est à travers ce travail de synthèse et d'interaction entre les différents ressentis que va pouvoir s'ancrer le *sentiment de continuité d'existence*, réfléchi par Winnicott et expliqué par Houzel comme la base de la « construction progressive,[...], d'un monde psychique stable et cohérent » (2016). Il est assuré et développé par le *holding* et le *handling*, caractéristiques des soins maternels précoces, concepts sur lesquels je reviendrai plus tard.

Cette période des six mois est donc absolument essentielle dans le développement du tout petit, sur un plan tonique, affectif, psychique, relationnel et moteur : « l'identité psychomotrice du bébé s'assure lentement » (Robert-Ouvray, 2007, p.78). En effectuant cette synthèse tonique, l'enfant entame l'élaboration d'un Moi, protecteur et organisateur. Il voit émerger une base de sécurité psycho corporelle interne qui va par la suite soutenir l'affirmation de soi ainsi que l'interaction avec l'autre comme être différencié qui ne désorganise pas sa propre unité corporelle.

2.2.3. *Tonus et relation*

Ainsi, l'intégration tonico-motrice est intimement liée au développement d'un appareil psychique stable et fonctionnel. Cela met en évidence le lien fort entre tonus et relation, entre tonus et communication : « le tonus musculaire est le principal agent de la communication émotionnelle » (Robert-Ouvray, 2007, p.44).

Chez le bébé, n'ayant pas encore acquis le langage verbal, son tonus est la seule manière de communiquer ses états corporels et affectifs. Derrière le tonus, j'entends ici toutes les manifestations tonico-émotionnelles telles que les cris, les pleurs, etc. Ainsi, peu importe la manière d'exprimer ses besoins et ses affects, l'enfant présentera toujours une variation de son tonus. Dans une attention entièrement dédiée à son enfant, la mère perçoit le tonus de son enfant et l'interprète. Elle y répond également, avec son propre tonus. Ainsi, face à son bébé qui pleure et qui se crispe, la mère va le prendre dans ses bras et va s'ancrer dans le sol, le berçant de droite à gauche. Ici, elle utilise instinctivement son tonus pour inviter son bébé à se relâcher, à s'apaiser. C'est dans ces échanges que Wallon introduit la notion de *dialogue tonique*, qu'Ajuriaguerra développe dans un deuxième temps par le terme de *dialogue tonico-émotionnel*. Il fait alors référence à cet ajustement

tonique entre deux personnes, auquel il rajoute la notion d'émotions, d'affects qui circulent entre elles, entre le bébé et la mère. Ainsi, Marcelli et Bachollet nous expliquent la vision d'Ajuriaguerra sur ce concept comme le « reflet des états émotionnels des deux partenaires avec la possibilité d'une transmission de l'un à l'autre » (2010).

Mais cette notion de communication par le tonus s'étend bien plus loin que l'interaction mère-enfant. En effet, nous utilisons tous les jours notre tonus pour nous exprimer et percevoir des informations de l'autre. Nous crispions nos épaules quand nous sommes stressés, nous respirons amplement lorsque nous sommes détendus, nous apprenons beaucoup de quelqu'un lorsque nous lui serrons la main, etc. Lorsque nous sommes stressés ou gênés, nous pouvons jouer avec nos mains ou agiter nos jambes. Ces dernières attitudes correspondent à des réactions de prestance, « décrite par Wallon comme une attitude forcée, une sorte de dénégation motrice de ce malaise relationnel » (Guilleminot & Crombez, 1989).

Ainsi, notre identité s'exprime par le tonus que l'on vit, le tonus que l'on donne à voir, celui qui nous habite. Comme le dit Robert-Ouvray : « Depuis la naissance jusqu'à la fin de notre vie, la tonicité est notre baromètre et notre carte d'identité psychocorporelle » (2007, p.45).

Et c'est ici que se joue pour moi la notion de tonicité. Une tonicité en relation, une tonicité qui parle de nous et qui parle pour nous : « Par la tonicité, nous donnons à sentir, nous sentons ce que nous donnons, et nous entrons en résonance, en empathie, ou au contraire nous nous coupons de la relation, selon que nous nous accordons ou désaccordons » (Lesage, 2021).

La tonicité, dans son développement sain, a donc une fonction d'information, de compréhension et de communication.

2.3. L'impact de la fonction maternelle dans le développement tonico-psychique

2.3.1. L'environnement maternel, un environnement sécurisant et facilitant

Dans cette démarche d'élaboration du lien entre la maturation tonique du tout-petit et son développement psychique, l'impact de la présence maternelle paraît fondamental.

Lorsque je parle de la mère, je décris ici la ou les personnes ayant une fonction maternante auprès du bébé, je parle donc d'environnement maternel.

La mère va ainsi accompagner le développement de son enfant via le *holding* et le *handling*, concepts de Winnicott. Cité par Boukobza (2003), il définit le *holding* comme « l'ensemble des soins de la mère donnés à l'enfant pour répondre à ses besoins physiologiques spécifiés selon ses propres sensibilités tactiles, auditives, visuelles, sa sensibilité à la chute et qui s'adaptent aux changements physiques et psychologiques de l'enfant ». Le *holding*, correspond donc à la façon de soutenir et de porter l'enfant, physiquement mais aussi psychiquement. Par cette fonction, la mère accompagne et s'adapte à l'enfant, lui apportant une sécurité interne et une satisfaction de ses besoins physiologiques. À cela se rajoute la notion de *handling* : « manière dont il [l'enfant] est traité, manipulé » (Winnicott, 1971, p.204), qui s'exprime dans les soins quotidiens que la mère procure à son enfant. Ainsi, dans l'attention, teintée d'affection, que la mère porte à son enfant dans les caresses et les soins, elle lui assure un sentiment de contenance et d'apaisement.

Grâce à ces notions fondamentales qui procurent un environnement sécurisant et « facilitant » (Winnicott, 1992, p.29), la mère pare les angoisses internes très intenses du nourrisson. Ces angoisses, que Winnicott apparente à de la « détresse [...] de même nature que celle qui sous-tend la panique » (1992, p.60), n'envahissent pas le bébé du moment que l'environnement maternel est présent, dans un soutien psychique et physique du bébé. Avec un « *holding* suffisamment bon » (Winnicott, 1992, p.117), le Moi individuel du bébé se construit progressivement, au rythme des interactions précoces.

2.3.2. La mère, agent d'intégration psychique et corporelle

Par ailleurs, la mère présente une fonction d'intégration et d'unification des vécus psychiques et corporels de son enfant. En effet, par ses mots, « elle participe au rassemblement du corps et au rassemblement psychique de son enfant, ainsi qu'à son insertion dans la communauté sociale » (Robert-Ouvray, 2010, p.117). Par la relation intime qu'elle partage avec son enfant, par le *holding* et le *handling*, elle va percevoir et interpréter des ressentis corporels et émotionnels pour lui. Ainsi, quand le bébé pleure, elle pose des mots dessus « tu es en colère, peut-être que tu as faim ? Peut-être que tu as mal

quelque part ? ». Elle verbalise alors les vécus de son enfant qui, bien plus tard, aura les clés pour réaliser cette réflexion et verbalisation par lui-même.

Dans cette réflexion sur la fonction de la mère dans l'investissement et la compréhension des vécus qui traversent l'enfant, on retrouve la *fonction alpha* de Bion, expliquée par Benyamin (2013) comme une transformation des « éléments bêta en contenu psychique », pour leur donner « des formes et des représentations. Les éléments pulsionnels sont ainsi rendus pensables, assimilables et verbalisables ». Ainsi, la mère pense les vécus de son enfant pour lui, installant les bases de symbolisation de son futur appareil psychique. Cela permet à l'enfant de se sentir unifié par les différentes sensations qu'il ressent et qui sont intégrées par la mère. Winnicott conclut donc : « nous disons que le soutien du moi de la mère facilite l'organisation du moi du bébé. » (1992, p.29).

2.3.3. *Accordage et ajustement*

Dans ces concepts de *holding*, *handling* et *fonction alpha*, nous retrouvons l'importance de la régularité et la constance des interactions entre la mère et son bébé. En effet, c'est dans la répétition des expériences que l'enfant va progressivement intégrer ses ressentis émotionnels et corporels et qu'il va pouvoir mettre du sens dessus. Stern va alors apporter la notion d'*accordage affectif* comme « l'exécution de comportements qui expriment la propriété émotionnelle d'un état affectif partagé sans imiter le comportement expressif exact de l'état interne » (Stern, 2009).

La dernière partie de cette phrase est importante car elle précise bien la différence entre simple reflet de l'état tonico-affectif de l'enfant et adaptation à ce dernier. Pour reprendre l'exemple du portage, si la mère se mettait à crier, à pleurer et à se frustrer, elle n'arriverait pas à l'apaiser. Elle n'est donc pas en miroir avec l'enfant mais en décalage, sur une modalité émotionnelle différente. Cela peut se traduire par des attitudes inattendues et décalées (faire des grimaces par exemple) lorsque l'enfant est contrarié. À l'inverse, la mère peut introduire des moments d'excitation lorsque l'enfant est calme, comme le jeu de la petite bête qui monte. Cette notion de décalage est fondamentale pour que l'enfant puisse se développer individuellement, se différencier progressivement de la figure maternelle et aller explorer l'environnement seul. Dans cette future exploration, il aura

cependant intégré la présence contenante et rassurante de la mère, ce qui lui permettra d'évoluer dans l'espace en toute sécurité.

Il me semblait important ici de souligner la place fondamentale de l'apport maternel dans le développement tonique, émotionnel et relationnel du tout-petit. En effet, nous verrons plus tard comme les fonctions maternelles peuvent être remises au travail pour le soignant et la patiente, particulièrement quand le soin s'oriente sur des problématiques toniques. Nous allons maintenant nous pencher davantage sur la nature de ces problématiques.

3. L'hypertonie

3.1. Définition de l'hypertonie

Je précise dès à présent que je ne traiterai pas de l'hypertonie d'un point de vue neurologique, se définissant souvent par un retard de maturation ou une déficience du système extra-pyramidal ou pyramidal. Nous allons ici nous tourner vers la notion d'hypertonie.

L'hypertonie se traduit d'abord par une hypertonie, que je définis comme une augmentation considérable du tonus musculaire. Mais ce qui en fait une hypertonie, c'est son origine, dans la mesure où il s'inscrit dans une réaction tonico-émotionnelle à son environnement, à l'autre, à la situation. Il est donc possible que certaines de mes citations utilisent le terme d'hypertonie pour illustrer un de mes points sur l'hypertonie. Ayant trouvé peu d'écrits sur cette notion dans l'anorexie, je vais m'appuyer sur des écrits psychomoteurs concernant l'hypertonie du bébé, de l'enfant, du polyhandicapé. Je ferai le lien avec l'anorexie mentale en partie théorico-clinique.

Robert-Ouvray définit l'hypertonie comme « pathogène que dans la mesure où elle ne peut pas se coupler et s'intégrer rythmiquement avec l'hypotonie de détente » (2010, p.178). Ainsi, une hypertonie réactionnelle dans certains contextes ne serait pas pathologique mais une manière personnelle de réagir aux situations de l'environnement. C'est dans la permanence et l'intensité de cet état que s'inscrit l'hypertonie telle que j'en parle. C'est dans l'absence de modulation tonique qu'existe l'hypertonie des patientes

anorexiques. Hors, comme le dit Lesage, « la modulation tonique est un des fondements de l'expressivité du corps » (2021).

Se pose alors la question de ce que l'hypertonie provoque comme conséquences dans le corps, la psyché et le lien entre les deux. Mais réfléchissons d'abord aux origines de l'hypertonie.

3.2. De l'enveloppe psychique à l'enveloppe tonique

On peut trouver plusieurs explications à l'origine de l'hypertonie : des troubles de la relation précoce, une compensation face à une vulnérabilité psychique ou des explications spécifiques à des pathologies particulières.

Dans le cas de mon mémoire et des patientes anorexiques sur lesquelles je cible mon observation, j'orienterai ma théorie sur l'explication de l'hypertonie comme une réponse à une instabilité psychique. Dans cette démarche, il faut tout d'abord retracer la notion d'enveloppe psychique.

Pour s'en faire une première représentation, je reprendrai la définition d'enveloppe psychique, développée par Houzel, psychanalyste, étayée par les travaux de Freud, Klein et Bick. Il la définit alors comme une enveloppe jouant le rôle de délimitation entre l'environnement externe et interne, « tout en assurant des communications entre ces deux mondes, donc en faisant preuve d'une certaine perméabilité » (Houzel, 2005, p.38). Dans une démarche très approfondie, il centre cependant ses propos sur une enveloppe purement psychique, n'explorant pas davantage les parallèles avec les enveloppes corporelles.

Or, dès 1923, Freud explique comment le Moi se structure par les expériences corporelles et motrices de l'individu : « Le Moi est avant tout corporel » (cité par Dejours, 2009).

Puis, en 1985, Anzieu conceptualise l'instauration du Moi-Peau répondant « au besoin d'une enveloppe narcissique et assur[ant] à l'appareil psychique la certitude et la constance d'un bien-être de base » (Anzieu, 1985, p.61). Il explique ainsi comment le Moi-Peau instaure et définit les limites du psychisme et du corps, faisant le lien entre la peau comme enveloppe du corps et le Moi comme enveloppe du psychisme. Il détaille huit fonctions du Moi-Peau. Je les décrirai brièvement.

La *fonction de maintenance*, tout d'abord, introduite par le *holding* de la mère dans les premiers liens avec son enfant, remplit le rôle de maintenir le psychisme du sujet, dans un corps et un appareil psychique unifié et intégré. La *fonction de contenance* ensuite, introduite par le *handling*, donne au Moi-Peau le rôle de contenir les pulsions dans l'appareil psychique, tout comme la peau contient et relie les différents éléments de notre corps. La *fonction de pare-excitation* du Moi-Peau s'inscrit dans la continuité de l'étayage maternel, lorsque le sujet acquiert une autonomie d'auto-régulation face à l'excitation qu'il peut ressentir. Anzieu continue avec la *fonction d'individuation*, qui permet à l'individu de sentir exister en tant qu'être unique dans la réalité qui l'entoure. Puis vient la *fonction d'intersensorialité* du Moi-Peau, qui correspond à la notion d'enveloppe tactile venant organiser toutes les perceptions sensorielles d'un individu. Une défaillance de cette fonction s'exprimerait par des angoisses de morcellement. Le Moi-Peau remplit également la *fonction de surface de soutien de l'excitation sexuelle*, « selon laquelle la sexualité se résume aux plaisirs du contact peau contre peau » (Anzieu, 1985, p.127), permettant au sujet de vivre dans un corps libidinalisé. Vient ensuite la *fonction de recharge libidinale*, qui permet au sujet de maintenir une tension pulsionnelle interne suffisante et répartie pour penser. La *fonction d'inscription de traces sensorielles* est la huitième fonction du Moi-Peau, s'exprimant par toutes les traces que le sujet peut laisser sur son corps et qui l'inscrivent dans l'appartenance à un groupe social mais également dans l'élaboration de son individualité, telles que les tatouages, le maquillage, les scarifications et les vêtements.

Avec cette théorie, Anzieu élabore sur la double notion d'enveloppe, autant tonique que psychique et démontre comment ces enveloppes sont intimement liées et chargées d'histoire. Ainsi, il compare et entremêle la notion d'une peau psychique et d'une peau physique, comme double enveloppe à l'être humain dans la complexité intriquée de sa psyché et de son corps. Mais si ces deux enveloppes fonctionnent simultanément et en interdépendance, cela m'amène à me questionner sur ce qui se passe lorsque l'une des deux présente des failles, des fragilités.

3.3. Quand l'enveloppe psychique est défaillante

Bick, la première, se questionne sur les moyens de défense qu'empruntent les patients souffrant de troubles de l'enveloppe psychique. Elle identifie que ces moyens sont à

l'origine d'une « défaillance d'introjection à la fonction contenant » (citée par Houzel, 2005). Ainsi, ses patients n'auraient pas, ou plus, la capacité à intérioriser et intégrer la sécurité interne apportée par la contenance de l'environnement maternel. En réponse à cette défaillance, Bick observe et conceptualise la notion de « seconde peau [qui] est de type « carapace musculaire », dans laquelle la musculature sert de contenant substitutif » (citée par Houzel, 2005, p.114). L'hypertonie serait donc un moyen de défense, où l'enveloppe tonique viendrait compenser les failles de l'enveloppe psychique.

Par ailleurs, Robert-Ouvray nous parle de « paroi tonique, c'est-à-dire une tonicité en hyperstasie, accompagnée de sensations douloureuses multiples, d'affects négatifs et de pré représentations d'un objet torturant et d'un soi dévalorisé » (2010, p.179). Ainsi, elle considère que lorsque l'enveloppe psychique de l'enfant se fragilise, par attitudes dystimulantes de l'environnement maternel par exemple, l'enveloppe tonique adaptée du tout-petit se transforme en paroi tonique, comme moyen de protection d'un psychisme affaibli. Chez les patientes anorexiques, l'appareil psychique est impacté par la pathologie et fréquemment par les vécus traumatiques. Face à ces attaques, l'hypertonie pourrait donc correspondre à cette paroi tonique que nous décrit Robert-Ouvray.

Enfin, la défaillance d'enveloppe psychique peut également s'exprimer par une (ré)apparition des angoisses archaïques, décrites plus haut par Winnicott. Face à cette hypothèse, Munoz, psychomotricien auprès de polyhandicapés, développe une théorie sur la notion d'*auto-agrippements*. Malgré des cliniques différentes, ses écrits ont un écho particulièrement juste avec la clinique de l'anorexie. Il explique ainsi que face à des vécus désorganisateurs tels que l'émergence des angoisses, le patient va mettre en place des moyens de défense, de lutte, qu'on pourrait évoquer en termes de « tentatives d'agrippement. Le sujet polyhandicapé chercherait à s'agripper, à s'agripper pour survivre, à s'agripper à son propre corps [...] » (Munoz, 2015). Il explique comment la mise en place de ces défenses est cependant contre-productive, laissant le sujet complètement dépendant à cet agrippement, investissant l'entièreté de sa motricité dans ce dernier. Ce concept prend son origine dans les écrits de Bick, qui se réfère à la seconde peau comme une « sorte d'auto-agrippement à une fonction physique ou psychique de l'individu lui-même » (citée par Houzel, 2005, p.21).

Ces notions ne sont pas sans évoquer le tonus pneumatique de Bullinger, que les patientes anorexiques présentent souvent.

Ainsi, de nombreux auteurs se rejoignent sur l'hypothèse de l'hypertonie comme un moyen de lutte, un moyen de défense, un moyen de protection face à l'instabilité d'une enveloppe psychique, à la fragilité de l'appareil psychique du sujet.

Mais si la première fonction de l'hypertonie est de protéger l'appareil psychique, quelles en sont les conséquences ?

3.4. Conséquences de l'hypertonie

3.4.1. Obstacle à l'intégration sensorielle et émotionnelle

Pour reprendre la fonction d'intersensorialité du Moi-Peau d'Anzieu, l'hypertonie peut se comprendre comme obstacle à l'intégration sensorielle. En effet, dans une défaillance du Moi-Peau, cette fonction se trouve impactée, les sens n'étant plus perçus de la même manière, n'étant plus *mis en sens*.

Robert-Ouvray rejoint cette hypothèse en parlant de la dégradation de l'analyse sensorielle dans l'hypertonie : « L'hypertonie anesthésie, donc s'oppose à la pénétration des informations sensorielles et à la dynamique dedans-dehors [...]. La rupture du processus intégrateur entraîne la rupture de la chaîne du sens et la réduction du jeu des contraires qui génère la symbolisation et le langage » (2010, p.191). Ainsi, on voit comment l'hypertonie empêche les informations sensorielles de pénétrer puis d'être intégrées dans le corps des patients. De plus, on observe ici le lien direct entre l'hypertonie, l'intégration sensorielle et l'alexithymie. En effet, l'impact de cette anesthésie sensorielle sur la symbolisation et le langage rejoint les difficultés des patientes anorexiques à percevoir et intégrer des afférences sensorielles mais également à pouvoir mettre des mots sur ce qu'elles vivent, sensoriellement et émotionnellement.

3.4.2. Obstacle à la relation

Il est intéressant de retracer l'étiologie principale de l'hypertonie chez le tout petit, souvent « constatée comme une forme de matérialisation corporelle des distorsions relationnelles précoces ». (W. Pireyre, 2021, p.92). Cela nous interpelle sur les enjeux relationnels qui existent autour de l'hypertonie d'une patiente. En effet, si l'on reprend

le concept du Moi-Peau, il est défini comme instaurateur des limites corporelles et psychiques, à l'origine de l'individualité, faisant objet de transition et de protection entre le dedans et le dehors.

C'est donc assez naturellement qu'on peut comprendre la carapace tonique, suppléante d'une défaillance d'enveloppe psychique, comme agente de rupture avec l'environnement. Ainsi, dans une fonction de protection du monde extérieur et de mise à distance des attaques externes, l'hypertonie aurait comme conséquence une forme de rejet de l'autre. Robert-Ouvray (2010) nous dit alors :

Si la paroi tonique protège l'enfant du dehors et interdit les échanges du dehors vers le dedans, elle coupe également les émissions pulsionnelles. Elle met ainsi l'enfant à distance d'autrui, en même temps qu'elle empêche l'extériorisation des pulsions. (p.191)

Je choisis cette citation comme simple introduction d'un sujet que je développerai davantage en parties clinique et théorico-clinique : l'impact de l'hypertonie sur la modalité relationnelle.

4. Conclusion

Ainsi, un premier regard théorique a été posé sur l'anorexie mentale, ses particularités sémiologiques et ses problématiques toniques.

Je propose maintenant un deuxième regard, clinique, qui a l'intention d'éclairer plus précisément la modalité tonico-émotionnelle et relationnelle des patientes anorexiques. Dans cette partie clinique, je vais également introduire une réflexion sur ma posture soignante, aux échos de posture maternelle, traversée par des mouvements contre-transférentiels forts.

C'est dans la partie théorico-clinique que je viendrai étayer cette réflexion par la théorie amenée jusqu'à présent, ainsi que d'autres apports théoriques sur la posture spécifique du psychomotricien. Je ne déroule pas ici de partie purement théorique sur cette dernière notion car elle prend, pour moi, tout son sens lorsqu'elle est liée à la clinique de mes séances.

CLINIQUE

Dans un premier temps, je décrirai le détail de l'institution dans laquelle je réalise mon stage et rencontre mes patientes. Puis je détaillerai le cas de deux patientes anorexiques, Gabrielle et Lili (les prénoms ont été modifiés pour respecter l'anonymat), que je rencontre respectivement en groupe de mouvement dansé et en suivi individuel.

1. Présentation de la structure

J'effectue mon stage dans une structure composée d'une unité TCA et d'une unité de psychiatrie générale. L'unité TCA propose donc des soins pour les patientes atteintes de Troubles des Conduites Alimentaires, composée de trois sous-structures : l'hôpital de jour, le service d'hospitalisation complète et le service d'hospitalisation de nuit. Je parlerai au féminin des patientes car je n'ai rencontré aucun homme sur l'entièreté de mon stage et la totalité des patientes dans le service intra-hospitalier sont des femmes. Le bâtiment est entouré d'un parc, lui-même délimité par des grillages et des portes électroniquement fermées. Je commence mon stage en octobre 2022 auprès de ma tutrice de stage, en hôpital de jour. À partir de janvier 2023, je passe en service intra-hospitalier pour diriger des groupes et des suivis individuels. Je croise ma tutrice de stage entre les séances pour en discuter. C'est donc ce service intra-hospitalier, dans lequel j'ai rencontré les deux patientes évoquées, que je vous décris ci-dessous.

1.1. Le service intra-hospitalier

Le service intra-hospitalier spécialisé TCA comporte deux unités pouvant accueillir une soixantaine de patientes au total. Il est séparé de l'hôpital de jour par des portes verrouillées électroniquement. Les chambres des patientes peuvent être simples ou doubles et s'ouvrent à l'aide de badges de l'équipe ou de bracelets individuels des patientes. L'équipe est composée de psychiatres, médecins, psychologues, infirmiers, aides-soignantes et une enseignante APA (Activités Physiques Adaptées). Il n'y a pas de poste de psychomotricien en intra-hospitalier à ce jour.

Le soin de cette structure s'inscrit dans les courants cognitivo-comportementaux et psychothérapiques, avec une prévalence de groupes psychothérapeutiques et d'entretiens individuels.

1.2. Les contrats de soin

Dans ce service, le soin est scindé entre quatre grandes étapes correspondantes aux quatre contrats en vigueur, connus et signés par la patiente. Dans une volonté de confrontation avec la réalité de leur pathologie, les contrats déterminent les conditions plus ou moins strictes d'hospitalisation des patientes. Allant de 1 à 4, il est choisi en fonction de l'état de la patiente, notamment son IMC, des recommandations du psychiatre et d'une discussion avec la patiente. Ainsi, les contrats sont souvent imposés à la patiente mais toujours précédés d'un entretien psychiatrique, parfois en présence de la famille. Ces contrats existent dans le but de cadrer les patientes et de les confronter à la gravité de leur situation. Ces contrats ne représentent pas une évolution chronologique et invariable : si les patientes perdent du poids ou présentent une baisse de l'humeur, elles peuvent repasser à un contrat inférieur. Dans aucun des contrats, le poids des patientes ne leur est communiqué. Je vais maintenant décrire le détail de chaque contrat.

Le contrat 1 est le plus cadré et strict, il correspond aux patientes qui sont dans un état critique majeur, souvent en début d'hospitalisation. Les repas sont accompagnés par un membre de l'équipe, en chambre ou en salle à manger. Les repas sont limités en temps, entre une demi-heure et trois quarts d'heure. Les rations sont progressives, cela commence par une demi-portion, puis trois quarts puis une portion complète. Les activités récréatives sont possibles en chambre la semaine et en groupe le weekend. Seule la visite des parents est autorisée, le weekend. Le téléphone des patientes leur est retiré.

Le contrat 2 permet des activités dans le service ou dans le parc de 9h30 à 11h15 et de 13h45 à 18h. En dehors de ses horaires, des temps de repos sont imposés en chambre. Les patientes peuvent écrire et recevoir deux lettres par semaine mais le courrier est lu par l'équipe. Les sorties sont interdites et le téléphone est autorisé deux fois par semaine. La visite des parents, des frères, des sœurs et des partenaires est autorisée le weekend. L'accès au parc n'est pas autorisé tant que l'IMC de la patiente n'est pas supérieur à 15.

Le contrat 3 correspond à une certaine autonomie dans le bâtiment, tant que l'IMC

de la patiente est supérieur à 15. Le téléphone est autorisé et les patientes peuvent recevoir de la visite deux fois par semaine. Le courrier est libre et les sorties à l'extérieur ne sont toujours pas permises.

Le contrat 4, représentatif d'une certaine amélioration de la patiente, d'un point de vue physique et psychique, a une visée d'ouverture vers l'extérieur et de préparation à la sortie. Le téléphone, les visites et le courrier sont autorisés de « façon raisonnable », aucune nourriture ne peut être apportée au sein de l'établissement. Les patientes peuvent avoir des permissions de sorties jusqu'à trois après-midis par semaine.

Je décrirai le détail des contrats de mes patientes ultérieurement.

1.3. Suivis psychomoteurs

Dans le cadre de mon stage, je propose trois modalités de suivi : un groupe de mouvement dansé, un groupe de relaxation et des suivis individuels. Ces derniers commencent par un bilan, duquel découlent des objectifs discutés avec la patiente, souvent tournés autour de l'investissement de leur corps dans l'espace, d'une reconnexion à leurs sensations corporelles et d'un relâchement tonique.

Je détaillerai ici le groupe thérapeutique de mouvement dansé, cadre dans lequel je rencontre Gabrielle. C'est un groupe que j'ai construit et que je dirige seule. Ce sont des groupes de six patientes, dont la composition reste identique et fermée sur cinq séances, tous les lundis matin. Dans ce groupe, je propose un réveil musculaire à l'aide de percussions osseuses et d'un échauffement corporel ; des propositions dansées en groupe, sous forme de jeux et d'improvisation semi-guidée ; un temps d'improvisation ; un retour au calme allongées et un retour verbalisé des ressentis en groupe. Les patientes que je rencontre dans ce groupe sont indiquées par le psychiatre et les médecins. Le groupe se déroule dans une salle, dédiée le reste de la semaine à des activités ouvertes, caractérisée par un mur en arc de cercle, parée de grandes fenêtres donnant sur le parc. Des boîtes de puzzle et des canapés sont poussés dans un coin de la pièce, laissant un espace large pour danser.

2. Gabrielle

2.1. *L'histoire de vie de Gabrielle*

Toutes les informations concernant son parcours de soin et de vie proviennent de son dossier informatique et plus précisément des transmissions sur les entretiens individuels qu'elle a eu avec son psychiatre, son médecin et sa psychologue.

2.1.1. *Parcours de vie*

Gabrielle est née en août 2006, elle a donc 16 ans. Les vécus traumatiques que je vais détailler sont des éléments qui sont apparus au cours de son suivi à l'hôpital, après de nombreux entretiens psychothérapeutiques. Elle raconte avoir subi de la violence verbale et physique venant de son père, se faisant secouer ou pousser contre un mur. Cela s'est déroulé durant ses années de collège et sa mère était au courant. Après cela, les relations avec son père sont décrites comme conflictuelles, avec beaucoup d'opposition de la part de Gabrielle. Il est raconté que les violences ont cessé quand les TCA sont apparus et que son père est maintenant comme un « papa poule », selon ses mots. Elle a également vécu des attouchements sexuels avec pénétration digitale de la part de son cousin germain depuis ses 12 ans de manière régulière, qui persistaient encore avant son hospitalisation. Ses attouchements ont été effectués sous la menace et le chantage. Après beaucoup d'entretiens et un travail d'éducation sur les notions de viol et de consentement, Gabrielle l'a annoncé à ses parents et a envoyé une lettre à son cousin pour que cela cesse, il a reconnu les faits. Elle a encore de grandes difficultés à nommer ces événements comme des viols et exprime beaucoup de culpabilité sur l'effet que cela produit sur sa famille et sur son cousin. Elle a également partagé du contenu audiovisuel d'elle dénudée sur un site pédopornographique à 13 ans. Elle raconte avoir été manipulée par des adultes pour les poster. Elle se décrit à l'école primaire comme un « garçon manqué », portant des joggings et se rasant la tête. Lors de l'entrée au collège, elle décide « d'adopter une attitude plus féminine » car elle sent qu'elle sera plus acceptée ainsi. Avant l'hospitalisation, elle vivait chez ses parents avec qui les relations sont compliquées, sa mère étant maire d'une commune, ce qui la rend

peu disponible pour Gabrielle et sa grande sœur. Malgré des liens complexes, Gabrielle supporte peu la séparation avec ses parents et peut verbaliser qu'elle a « l'impression de n'être capable de rien sans eux ». Elle est en première Sciences Économiques et Sociales (SES) avec option théâtre et géo politique et souhaite faire Science Po en sortant du lycée pour faire du droit et de la politique. Elle est actuellement scolarisée à temps partiel au sein de l'institution. Elle présente une hyperactivité scolaire, elle est par exemple déçue lorsqu'elle apprend avoir une moyenne de 15/20 en « ayant travaillé comme une malade ».

2.1.2. Parcours de soin

Le parcours médical de Gabrielle avant l'apparition de ses troubles se caractérise par de l'épilepsie durant l'enfance et de l'énurésie jusqu'à ses 14 ans. Sa grand-mère maternelle présente des antécédents de toxicomanie et d'anorexie et sa mère souffre de boulimie. Gabrielle présente des TOC qui augmenteront lors de son hospitalisation et qui seront à l'origine de plusieurs crises d'angoisses importantes. Pour retracer l'évolution de ses TCA, cela commence par des compulsions alimentaires pendant sa classe de troisième, que Gabrielle relie avec les moqueries grossophobes qu'elle subit au collège. Dans le même temps, elle commence à se scarifier et prend dix kilos en quelques mois. Elle rencontre ensuite un garçon et dans une envie de séduction, elle tombe dans le « cycle infernal » de régimes, crises boulimiques, purges et vomissements. La relation avec ce garçon ne durera pas. Enfin, en avril 2022, les crises boulimiques cessent et elle développe donc une anorexie mentale restrictive (qualitative et quantitative) sans crise. Durant l'été 2022, ses angoisses l'envahissent et son humeur est de plus en plus basse. Elle s'isole socialement et développe une dysmorphophobie importante, terrorisée à l'idée de prendre du poids. Quand elle passe sous la barre des 50 kilos, elle décide de prendre les devants et demande à être hospitalisée avec le soutien de ses parents. Elle rentre en service intra-hospitalier début novembre 2022, avec un IMC à 15,8, elle pèse 42 kilos pour 1m63. Il ressort de son entretien d'entrée une humeur très basse, des idées suicidaires avec scénario et des troubles du sommeil importants. Lors de cette entrée, le psychiatre diagnostique un trouble de l'anxiété généralisée, confirmée par les symptômes qu'elle présentera tout au long de son hospitalisation. Les objectifs de soin à la clinique sont la stabilisation du comportement alimentaire ainsi que de son état anxieux et thymique, une reprise pondérale

progressive, une psychothérapie individuelle sur l'estime et l'affirmation de soi, ainsi qu'un travail de gestion émotionnelle et de réflexion sur son histoire personnelle. Elle a un suivi psychiatrique, infirmier et participe à un groupe de stretching avec l'enseignante APA. Son évolution dans le service sera caractérisée par de grandes avancées sur l'acceptation de ses vécus traumatiques et des fluctuations d'humeur, pouvant aller de la tentative de suicide et scarifications sur le ventre à des élans d'optimisme et d'enthousiasme sur son futur. Lorsque je la rencontre, Gabrielle vient de vivre le retour de ses règles, après un an d'aménorrhée. Ce sont des menstruations très douloureuses et sources d'un grand dégoût pour elle, jusqu'à la faire vomir plusieurs fois. Elle a expressément demandé une pilule contraceptive pour faire cesser les menstruations et ainsi « pouvoir reprendre le contrôle de son corps », selon ses mots. Cela lui a été refusé pour l'instant. Enfin, elle présente une hyperactivité physique conséquente, à base d'une à trente sessions de sport par jour dans sa chambre. Elle est maintenant en contrat 3 et peut verbaliser qu'elle ne se sent pas du tout prête à sortir et qu'elle préférerait retourner en contrat 2, plus cadré. Elle est actuellement sous anti-dépresseur. Elle est indiquée dans mon groupe par le psychiatre qui me dit qu'elle « n'arrive pas à se poser dans sa chambre » et qu'elle présente « une forte hypertonie ».

2.2. Profil psychomoteur de Gabrielle

Je n'ai pas eu l'occasion de rencontrer Gabrielle en individuel et de faire passer un bilan. Je vais donc vous décrire son profil psychomoteur en me basant sur mes observations en groupe et à l'aide du dossier. Quand je la rencontre, Gabrielle présente un IMC de 18,97, elle pèse 50 kilos pour 1m63. Elle est blonde, les cheveux lisses et mi-longs et les yeux foncés. Gabrielle porte constamment des vêtements larges, ce qui rend sa silhouette difficile à percevoir de l'extérieur. Au niveau de son image de corps, le dossier indique qu'elle ne croit pas à la dysmorphophobie, ni que ça existe, ni qu'elle est concernée. Lors de la première séance de groupe, elle pourra m'indiquer qu'elle se sent énorme et ridicule, termes qui reflètent l'importance de sa dysmorphophobie et mésestime de soi. Elle est obnubilée par son ventre et se regarde beaucoup dans le miroir. Elle fait également beaucoup de *bodychecking*, qui consiste à vérifier de manière obsessionnelle et répétée les dimensions de son corps en se mesurant ou en s'observant dans le miroir. Dans

ses entretiens psychothérapeutiques, elle peut verbaliser qu'elle ne vit que « par et pour le regard des autres ». Son schéma corporel est par ailleurs acquis, elle est en capacité de passer sur les parties de son corps que je nomme lorsqu'elle a les yeux fermés. Elle n'investit que très peu l'espace, se positionnant toujours dans le coin de la salle, contre un mur et très recroquevillée sur elle-même. Ses mouvements ont peu d'amplitude et sont majoritairement très opératoires, uniquement destinés à réaliser une action précise, sans expressivité corporelle. Enfin, Gabrielle est caractérisée par une rigidité physique, présentant une hypertonie des membres inférieurs et supérieurs ainsi qu'une amimie prononcée. Sa motricité est freinée par son hypertonie, elle est donc peu ancrée dans le sol, ce qui peut provoquer des pertes d'équilibre faciles lors de mouvements dansés. Elle présente également une rigidité psychique : elle a besoin de tout planifier et ne supporte pas l'imprévu, elle souffre d'alexithymie et de TOC et se montre peu en lien avec les autres patientes du service. Je détaillerai le reste du profil psychomoteur de Gabrielle dans la description de ma première rencontre avec elle.

2.3. Évolution de Gabrielle dans le groupe

2.3.1. Première rencontre

Les patientes étant très ponctuelles pour la plupart, la majorité du groupe est déjà présente et assise en cercle vers 10h02. Elles sont discrètes et le silence est donc complet, ce qui me laisse de l'espace sonore pour entendre Gabrielle arriver, le pas lent. Je la vois passer le cadre de la porte, la capuche de son pull remontée sur sa tête et le pantalon de la même couleur beige, qui ne me paraît pas très adapté pour danser et bouger, la matière étant rigide et paraissant très serré par une ceinture au niveau de la taille. Elle murmure un bonjour que je distingue à peine et je lui propose d'enlever ses chaussures et de prendre un tapis pour nous rejoindre dans le cercle. La crispation de ses épaules et sa respiration bloquée m'évoquent un tonus pneumatique. Elle ne se baisse pas pour enlever ses chaussures mais le fait avec ses pieds, debout, les jambes et les genoux bloqués, comme s'il était impossible pour elle de déverrouiller ses articulations. Cela se confirme lorsqu'elle se baisse pour ramasser son tapis car elle ne plie pas les genoux et bascule juste son buste vers l'avant, les bras tendus. Elle me semble alors complètement envahie par ce

blocage tonique et respiratoire, qui m'évoque l'image d'un robot. L'aminie de son visage et la faiblesse de sa voix ne font que renforcer cette modalité d'être au monde, que je perçois comme opératoire. Après avoir posé un premier regard sur l'ensemble des patientes de ce groupe, je pressens rapidement que Gabrielle va avoir de grandes difficultés à lâcher prise dans son corps et investir les propositions de mes séances.

Vient le temps de l'échauffement où il faut parcourir son corps en faisant des percussions osseuses. Gabrielle ne tape que sur ses bras, ne passe ni sur son torse, son ventre, son dos, son bassin ou ses hanches. Elle met très peu de force dans ses doigts et je me demande si elle veut éviter de ressentir les sensations que les vibrations pourraient lui procurer. Cette manière de tapoter très légèrement sur son corps sera constante sur l'entièreté des séances. J'invite le groupe à se concentrer sur ses sensations et à respirer. Gabrielle garde un tonus pneumatique, les jambes tendues et le regard dans le vide. Faisant l'exercice avec les patientes, je descends sur mes jambes et j'aperçois du coin de l'œil Gabrielle qui descend simultanément sur ses cuisses, puis au même rythme que moi sur ses tibias et sur ses pieds. J'ai alors l'impression d'être en miroir avec elle et que chaque mouvement que j'effectue est immédiatement reproduit chez elle. Je propose ensuite un échauffement où l'on se concentre sur les articulations (cou, épaules, coudes, poignets, bassin, genoux, chevilles). Lorsque je propose de faire des tours avec la tête dans un sens puis dans l'autre pour mobiliser les cervicales, Gabrielle a les mains dans la poche avant de son pull. Je suggère alors pour tout le groupe de bien lâcher les mains le long du corps. Je répéterai cette consigne plusieurs fois pendant l'échauffement, Gabrielle ne tenant pas plus de vingt secondes sans mettre les mains dans son dos, dans ses poches ou accrochées sur le devant de son corps. Cela m'évoque un agrippement tonique et je me demande à quel point les consignes que je donne représentent déjà un effort conséquent pour elle. La suite de la séance se poursuit et je perçois très peu de choses de Gabrielle, étant toujours très passive et discrète lors des tours de parole ou dans l'investissement du geste dans les différents exercices.

En début de séance, j'avais précisé que si certaines de mes propositions représentaient un effort trop important, elles avaient la possibilité de ne pas le faire et de rester sur le côté, afin de s'écouter et de respecter leurs propres limites. Au moment de l'improvisation semi-guidée, je lance la musique et au bout de dix secondes, Gabrielle ne bouge plus, comme paralysée. Elle reste dans le groupe spatialement, elle n'est ni à

l'extérieur du groupe, ni dedans. Elle me paraît alors complètement perdue, le regard dans le vide, qui m'évoque une déconnexion avec la réalité du moment.

N'ayant rien verbalisé en groupe, je l'invite à venir me voir à la fin de la séance pour qu'on en discute en tête-à-tête. Elle me dit alors que c'était une séance très difficile pour elle car elle se sentait « énorme et ridicule à se dandiner ». Elle peut me dire que le début de la séance était plus simple pour elle mais quand je la questionne sur les raisons, elle ne sait dire pourquoi. Je suggère que c'est peut-être dû au fait qu'elle devait simplement reproduire mes mouvements sans avoir à improviser les siens. Son visage s'ouvre alors et elle me dit que c'était sûrement pour ça. Je me questionne alors sur l'authenticité de ses réponses. A-t-elle simplement répondu ce qu'elle pensait que j'avais besoin d'entendre ? Ai-je pris trop de place en faisant des suggestions dirigées ? Ou est-ce que ma proposition a réellement fait écho pour elle ? Elle rajoute que l'échauffement ne demandait pas de faire des grands mouvements dans l'espace, ce qui la rassure beaucoup. Je lui demande si elle souhaite revenir au groupe et elle me répond que « si c'est dur, c'est qu'il faut que je le travaille ». Nous nous arrêtons donc sur cette phrase et nous disons au revoir. Cette première rencontre m'impacte considérablement. En effet, je suis frappée par le blocage tonique impressionnant de tout son corps ainsi que l'impact de sa dysmorphophobie sur l'investissement de son geste et de son corps dans l'espace. L'intensité de ses difficultés contraste avec le reste des patientes et m'interpelle quant à la pertinence de ce groupe pour elle. Je me demande alors si je vais réellement la revoir aux prochaines séances.

2.3.2. Deuxième séance, le corps mis à rude épreuve

La semaine suivante, je lis dans les transmissions qu'elle a parlé à son médecin du groupe : « je suis coincée comme un bâton, je suis un boudin qui bouge ». Je suis touchée par la violence de ses mots et me questionne sur la portée de sa mésestime sur l'investissement de son corps mais également sur l'investissement de mes propositions, du sens qu'elle met dessus. C'est avec ces pensées que j'entame la deuxième séance du groupe.

Elle arrive en avance pour la deuxième séance mais reste toujours très fermée corporellement et verbalement, elle ne communique avec aucune des autres patientes en attendant le début du groupe. Dans cette séance, je propose un temps de conscience

corporelle centrée sur la marche et la variation des états toniques. Ainsi, je propose dans un premier temps de marcher dans la pièce et d'être à l'écoute de ses ressentis corporels. Je suggère de porter une attention sur chaque partie du corps qui est mise en jeu par le mouvement de la marche. Gabrielle marche toujours de manière très rigide, les mains agrippées entre elles, les bras tendus vers le bas. Elle marche assez vite et son regard est dirigé vers le sol. Elle me renvoie une impression de fuite, comme si mes mots ne faisaient pas sens et qu'elle cherchait à éviter la conscientisation de son corps, l'écoute de ses sensations. Je me demande si elle m'écoute réellement. Puis je propose au groupe de faire varier leurs états toniques en marchant, à l'aide de représentations imaginées : marcher comme un robot, comme une poupée de chiffon, comme si l'on avait un sac à dos très lourd, etc. Gabrielle semble toujours en apnée et ne parvient pas à relâcher quand la consigne le demande. Mais lorsque je propose de passer de « tout dur » à « tout mou », Gabrielle me regarde et m'imité, elle lâche alors les bras et la tête pendant quelques instants. Suite à cette interaction de regards et la discussion de la séance précédente, je me questionne sur l'importance et les apports de l'imitation avec elle et décide d'orienter ma posture et ma réflexion autour de cette notion.

La séance se poursuit par un exercice où le groupe est séparé en deux lignes. Chaque ligne doit avancer ensemble, au même rythme et traverser la salle. Les patientes sont séparées par l'espace d'une personne. Entre chaque traversée, Gabrielle colle son dos au mur, elle paraît comme attirée par celui-ci, incapable de rester plus de quelques secondes debout sans s'adosser. Elle ne détend pas son corps pour autant quand son dos touche le mur. Je questionne alors ce besoin d'appui dans le dos, que je n'avais pas observé auparavant. Le fait-elle car elle en a davantage l'opportunité que lorsque nous sommes assises en cercle ? L'exercice lui demande-t-elle trop d'efforts ? Pourrait-elle donc être à la recherche d'un appui sécurisant ? Je repense à sa dysmorphophobie et le fait qu'elle pense prendre trop de place, a-t-elle l'impression de déborder de la ligne ? Ou est-elle envahie par la proximité des filles de sa ligne ? Je m'interroge sur les différents moyens de protection qu'emploie Gabrielle face à la difficulté : agrippements des mains, appui-dos, rigidité de l'axe et verrouillage des articulations... Comment les a-t-elle développés et que représentent-ils du vécu de Gabrielle dans ce groupe ?

L'improvisation de fin de séance reste très difficile, Gabrielle paraît paralysée mais reste dans le groupe. Elle bouge uniquement ses mains et me renvoie l'impression qu'elle

donnerait tout pour que ça s'arrête.

2.3.3. *Troisième séance, quand le mouvement se libère*

À la troisième séance, lorsque le temps d'improvisation arrive, je décide de danser avec le groupe et je précise que si le mouvement libre et sans consigne est trop compliqué, elles peuvent me regarder et m'imiter, ou simplement s'inspirer des mouvements que je fais et qui leur plaisent. J'espère ainsi donner un support supplémentaire sur lequel s'appuyer pour celles qui éprouvent de la difficulté à improviser. Dans les premières 30 secondes, je vois Gabrielle m'imiter mais elle paraît très gênée des regards que l'on peut échanger. Ainsi, dès qu'elle croise mon regard, elle arrête de faire des mouvements qui ressemblent aux miens et paraît se désorganiser dans son corps, sans savoir quoi faire. Ses mouvements deviennent flous, moins coordonnés et son axe devient à nouveau très rigide. Je décide donc de ne plus la regarder frontalement pour la laisser explorer son mouvement dansé de manière plus sereine. La musique avance et au bout de deux minutes, je dirige de nouveau mon regard vers elle. Je suis alors très surprise de la voir danser avec ses propres mouvements, qui ne ressemblent à aucun des autres patientes et d'observer pour la première fois une certaine régulation tonique dans ses mouvements. Le geste reste très contrôlé mais elle peut s'ancrer dans le sol et son regard suit ses propres mouvements. Elle passe au sol, fait des tours et bouge les bras de manière fluide. Lors de la verbalisation en groupe, elle pourra dire qu'elle a pris plus de plaisir que les autres fois. Quand je l'interroge sur les raisons potentielles, elle me dit que les exercices précédents étant davantage dansés, par rapport aux premières séances qui s'apparentaient plus à de la mise en mouvement corporelle, elle a pu trouver plus d'inspiration et se « sentait plus dans le bain du mouvement dansé ». Je remarque que Gabrielle est beaucoup plus ouverte dans sa posture, ses épaules sont plus en arrière et son regard me paraît plus vivant. Lorsque le groupe se termine et que les patientes remettent leurs chaussures, Gabrielle va parler à une des patientes de la séance. C'est la première fois que je ne la vois pas directement se diriger vers sa chambre. J'observe alors l'impact du lâcher prise corporel sur l'ouverture relationnelle de Gabrielle. Quel a été le déclencheur de cette transformation ? Ma posture et mes hypothèses concernant son besoin d'un support visuel externe pour engager son corps dans le mouvement ? Les exercices proposés lors de cette séance ? La confiance que

Gabrielle développe dans le groupe, en moi, en elle ?

2.3.4. Quatrième séance, le renfermement face à la violence extérieure

À la quatrième séance, Gabrielle ne viendra pas. J'apprends dans son dossier qu'elle a eu un weekend compliqué. La visite de ses parents ne s'est pas bien passée et elle s'est scarifiée plusieurs fois. Je passe la voir dans l'après-midi pour qu'on en discute. Quand elle me voit dans l'embrasure de la porte, elle ne paraît pas surprise de me voir et pourtant, elle me dit qu'elle vient de se rendre compte qu'il y avait groupe ce matin, qu'elle avait complètement oublié. Elle s'excuse à maintes reprises et me dit qu'elle avait la tête ailleurs. Je la rassure et lui donne rendez-vous la semaine prochaine, pour notre dernière séance. Je décris cette interaction ici car je la trouve intéressante dans les informations qu'elle m'a données sur les moyens de défense de Gabrielle. En effet, toute notre discussion se réalise au pas de sa porte de chambre. Alors que nous parlons cinq minutes, tout son corps reste dissimulé derrière sa porte, je n'aperçois que sa tête, collée à la porte, presque comme si elle se forçait à ne pas refermer la porte immédiatement. Elle ne me regarde pas dans les yeux et présente à nouveau cette carapace tonique des premières séances. Je me demande comment cette hypertonie peut avoir une fonction de protection pour Gabrielle, d'enveloppe rassurante et contenant quand l'extérieur est trop violent pour elle. Dans ce moment, elle me semble complètement à distance de la relation et je me sens moi-même mise à distance, spatialement et psychologiquement. La carapace tonique de Gabrielle porterait-elle ici une fonction de contenance et de maintenance, face aux agressions psychiques extérieures ? Je questionne alors la fonction de ses scarifications, faisant intrusion sur sa peau physique et l'écho qu'elle peut prendre dans sa peau psychique, fragilisée à ce moment-là.

2.3.5. Dernière séance, quand la relation à l'autre est support d'une relation à soi

Lors de la cinquième et dernière séance, je vois Gabrielle arriver en débardeur très court, qui s'arrête au-dessus du nombril et en jogging beige. Je suis surprise de cette apparence car c'est la première fois que je peux réellement distinguer la silhouette de Gabrielle. Je m'interroge alors sur la raison de ce soudain decouverte, qui contraste

d'autant plus avec les évènements négatifs de la semaine précédente. Lors du début de séance, Gabrielle est assise en tailleur et elle n'est plus recroquevillée en boule. Elle sourit, paraît plus attentive aux paroles des autres patientes et aux miennes, je croise plusieurs fois son regard assumé, adressé.

Cette dernière séance porte sur le mouvement dansé comme support de la relation, avec un temps d'improvisation dansée plus important. Ayant pu observer une progression globale dans le groupe concernant l'inquiétude du regard de l'autre, je suis partagée entre appréhension et curiosité concernant la consigne que je vais donner. Je leur propose de se mettre par deux et chacune son tour, de guider le mouvement en miroir avec sa partenaire. J'aperçois du coin de l'œil Gabrielle se mettre en duo avec une des patientes qui a le plus d'expérience en danse, que j'appellerai Clara. Je me demande alors comment cette mise en relation frontale, en confrontation directe avec le regard de l'autre, va être vécue par Gabrielle. Je me demande également comment Clara et Gabrielle, ayant des manières de s'engager dans le mouvement très différentes, vont s'approprier les mouvements dansés de l'autre. Je lance la musique et c'est Clara qui commence à guider. Elles s'échangent des regards et rient doucement quand il est difficile pour l'autre de suivre. Les échanges sont adaptés et elles paraissent sincèrement prendre du plaisir dans cet exercice. Face aux mouvements fluides et harmonieux de Clara, Gabrielle s'applique très minutieusement à reproduire le trajet exact de son corps. De l'extérieur, cela donne un rendu lisse et synchronisé. Gabrielle contrôle chacun de ses gestes et présente une motricité très contractée et contrôlée. Elle me renvoie une impression d'élève, qui fait tout pour « réussir l'exercice ». Vient le tour de Gabrielle, qui commence par des mouvements assez rigides, plus soudains et fermes que ceux de Clara. Me revient alors cette image robotique, que je percevais dans les premières séances... Au bout de quelques temps, Clara s'adresse à Gabrielle et lui dit « respire ! ». Et je me demande alors si Gabrielle ne renvoie pas à Clara ce que j'ai perçu en début de groupe avec elle. Une jeune fille presque robotique, dans l'hyper-contrôle de son corps, avec un tonus pneumatique si important qu'il donne l'impression qu'elle est en apnée constante. Mais à la différence du début de groupe, ici, Gabrielle paraît réceptive à l'interaction. Elle semble entendre ce que dit Clara, prend une grande inspiration, sourit et s'engage alors dans une motricité différente, plus souple, plus incohérente, moins contrôlée. Clara a donc plus du mal à suivre mais elles s'en amusent et rient. Je me demande alors ce qui a permis à Gabrielle d'entendre ce que disait Clara. Et

comment ses paroles ont permis à Gabrielle un relâchement tonique, un lâcher-prise de son hypertonicité.

Vient le temps d'improvisation, où je reste encore une fois surprise de l'évolution de l'investissement de son corps dans l'espace ainsi que de son expressivité corporelle, ne craignant pas d'explorer tous les niveaux de l'espace et toutes les qualités de mouvement. Lorsqu'il faut s'allonger par terre pour la fin de séance, Gabrielle se met sur le ventre, une jambe pliée. C'est la première fois que je ne la vois pas en boule très contractée, et je réalise alors la portée du relâchement tonique exploré dans l'improvisation dansée, qui se prolonge au temps de relaxation.

Pour le temps de verbalisation de dernière séance, je propose à chacune de faire un bilan sur son évolution dans le groupe, les points positifs et négatifs. Gabrielle peut verbaliser que le début du groupe était pour elle très difficile mais que progressivement, elle a pu se détacher de l'angoisse liée au regard de l'autre et son propre regard. Je la questionne sur les raisons, qu'elle lie à la confiance qu'elle a développé dans le groupe ainsi que son amélioration thymique liée aux autres suivis pluridisciplinaires. Gabrielle prend la parole spontanément sur cette dernière verbalisation, elle rebondit sur ce que les autres patientes expriment, elle est en lien.

De plus, cette dernière séance a été un espace de spontanéité et de verbalisation des ressentis de Gabrielle. En effet, j'ai pu l'entendre plusieurs fois évoquer des sensations corporelles : « j'ai chaud », « j'ai soif », « je sue ». Ces descriptions sensorielles sont nouvelles et inattendues pour moi, et je me questionne alors sur les intrications intimes entre régulation tonique, lâcher prise corporel, conscientisation de ses sensations corporelles et ouverture relationnelle. Comme évoqué dans son bilan, Gabrielle présente une rigidité physique et psychique. Il m'a fallu ces cinq séances pour réaliser à quel point ces deux notions sont entremêlées et comment travailler sur l'une permet de délier des aspects de l'autre. Je réfléchis alors à la manière dont le groupe a permis à Gabrielle, non seulement de s'ouvrir aux autres, mais également de s'ouvrir à son corps et à ce qu'il lui faisait vivre.

J'ai choisi de parler de Gabrielle car l'impact de son hypertonicité et de sa dysmorphophobie sur son investissement corporel et relationnel m'a touchée. Son cas m'a fait réfléchir sur le positionnement à adopter dans de telles circonstances, entre implication

psychocorporelle et empathique du psychomotricien et volonté de cohérence avec le cadre institutionnel et la rigueur de l'équipe soignante. Elle m'a poussée à remettre en question mon cadre thérapeutique, les propositions de mes séances et ma posture professionnelle. La rencontrant dans le cadre de mes premiers pas en tant que future psychomotricienne « seule », sans l'accompagnement de ma tutrice de stage, Gabrielle m'a aidée à avancer sur le chemin de construction de mon identité professionnelle.

Je développerai plus en détail les liens théorico-cliniques que j'établis concernant cette patiente, sa modalité d'être au monde ainsi que l'ajustement de ma posture auprès d'elle dans une troisième partie théorico-clinique.

3. Lili

Je choisis de présenter cette deuxième étude de cas, non pas chronologiquement, mais par de grands axes d'observation psychomotrice. En effet, n'ayant rencontré Lili que trois fois (le bilan puis deux séances), en individuel, la temporalité et la modalité de rencontre sont complètement différentes de celle de Gabrielle. Il m'a paru donc plus naturel de décrire dans un premier temps l'anamnèse puis le profil psychomoteur de Lili, basés sur son dossier, la première rencontre et le bilan. Dans un deuxième temps, j'organiserai mes propos par grandes thématiques sur l'organisation psychomotrice de Lili, étayée par mes observations lors des deux séances suivantes.

3.1. L'histoire de vie de Lili

Les informations concernant son parcours de soin et de vie proviennent de son dossier informatique ainsi que des échanges que nous avons eus dans le cadre du bilan et des séances individuelles.

3.1.1. Parcours de vie

Lili est née en août 2001, elle a donc 21 ans. Avant son hospitalisation, elle vivait chez ses parents, avec qui elle décrit partager une relation fusionnelle, la séparation est donc très dure à vivre pour Lili. Dans une transmission d'entretien familial, le psychiatre

de Lili décrit son père comme « peu expressif, explosif, gentil et généreux » et sa mère comme « exigeante, hyperactive et qui communique bien ». Elle a un grand frère et une grande sœur, avec qui elle entretient de bonnes relations. De ses six ans à ses seize ans, Lili a pratiqué de la danse, modern-jazz et contemporaine, qu'elle a progressivement délaissée, du fait de sa maladie et de la première année de médecine. Elle est actuellement en troisième année de médecine, qu'elle a redoublé l'année dernière et qu'elle ne se voit pas valider cette année. Elle envisage une réorientation vers une licence de biologie ou une école d'ingénieur. Elle s'était initialement orientée dans le domaine de la santé car elle souhaitait aider les autres et se rendre utile. Elle dit apprécier la lecture, les voyages, la randonnée et les jeux de société mais éprouve des difficultés à ne rien faire, en lien avec son hyperactivité physique.

3.1.2. Parcours de soin

Lili présente un diagnostic d'anorexie mentale restrictive avec crises purgatives, qu'elle développe à l'âge de 13 ans et demi, suite à du harcèlement scolaire en classe de quatrième. Cela commence par une restriction alimentaire quantitative, qui évoluera par la suite en restriction mixte, qualitative et quantitative. Ces cycles menstruels cessent en 2015 et n'ont pas repris depuis. Elle présente des troubles de vascularisation et des TOC, exprimés par la répétition prononcée de lavages de mains. Ces derniers ont été considérablement freinés lors de son hospitalisation, par la fermeture de la salle de bain pour éviter les vomissements, ce qui a généré beaucoup de frustration et des comportements d'auto-agressivité sur les cuisses et le ventre. Elle est hospitalisée début janvier 2023, c'est sa première hospitalisation dans cette structure, après deux hospitalisations dans une institution différente. Son entrée est marquée par une humeur basse et un déni massif de ses troubles, particulièrement sur les crises, la restriction et l'hyperactivité physique. Elle présente alors un IMC à 11,63, pesant 29,4 kilos pour 1m59. Les objectifs de sa prise en charge dans le service sont la stabilisation de son comportement alimentaire, une reprise pondérale, un travail sur l'affirmation de soi et un abaissement de l'hyperactivité physique. Elle a un suivi psychiatrique, psychologique, infirmier et participe à un groupe APA. Son évolution dans le service sera marquée par une hyperactivité physique en stagnation, Lili restant debout plus de dix heures par jour dans sa

chambre. Ainsi, j'entends rapidement les soignants dire « se battre » pour qu'il y ait des temps dans la journée où elle puisse s'asseoir. L'équipe remarque et valorise ses efforts importants au niveau de l'alimentation mais Lili reste très peu critique de son état et de son hyperactivité. Elle est maintenant en contrat 3, qu'elle attendait avec impatience depuis quelques semaines et prend des anxiolytiques et des antipsychotiques. Elle les supporte bien, même si elle se plaint de la quantité trop faible d'anxiolytiques autour des repas, qu'elle appréhende beaucoup.

Lorsque je la rencontre, elle présente un IMC à 13,89, soit 35 kg pour 1m59.

3.2. Profil psychomoteur de Lili

3.2.1. Première rencontre

Après une réunion de début de journée, le psychiatre m'indique Lili en suivi individuel, ciblant comme problématique principale son hyperactivité physique et son incapacité à se poser. Je vais donc toquer à la porte de sa chambre pour lui proposer un rendez-vous de bilan. Lili paraît très surprise de découvrir une nouvelle personne quand elle ouvre la porte. Elle a les cheveux bruns ondulés, s'arrêtant à la hauteur des épaules. Elle porte des vêtements serrés, ce qui laisse paraître sa maigreur importante. Son visage est creusé et ses yeux sont couleur noisette, accentués par des cernes importants. J'avais lu dans son dossier que nous avions le même âge et je suis donc très surprise de son apparence, qui me donne l'impression de rencontrer une adolescente de 16 ans. Je me présente et lui explique la raison de ma venue. Lili semble déstabilisée par ma présence, qu'elle n'avait pas prévue. Elle se balance sur ses deux pieds et toutes ses articulations semblent verrouillées, cela me renvoie l'image d'un pantin. Elle note le rendez-vous dans son agenda : nous nous retrouverons à 11h05, après mon groupe de danse, dans la même salle.

3.2.2. Une hypertonicité envahissante

La semaine suivante, je laisse les patientes du groupe sortir vers 10h55 et j'aperçois Lili, déjà présente sur le pas de la porte, debout en train de lire un livre. Elle m'apparaît

comme décalée de son environnement, plantée au milieu de la pièce, sans s'adosser contre un mur ou une porte. Je l'informe que je viendrai la chercher dans dix minutes, après avoir pris mes notes.

Puis elle rentre dans la salle et je lui propose de prendre un tapis et de venir s'installer face à moi, à la distance qui lui convient. Lili va alors positionner son tapis à plus de trois mètres de moi, installant une distance physique, que je perçois également comme une mise à distance relationnelle. Nous commençons par échanger autour de son histoire de vie et de soin. Lili répond à toutes les questions volontairement mais les réponses sont toujours très courtes. Elle ne me regarde presque pas et joue avec ses mains continuellement, elle les frotte, les masse très fort, les gratte, etc. Je remarque alors qu'elles sont très abîmées, la peau sèche et d'une couleur presque violette. J'apprendrai par la suite que cela est dû à des lavages très fréquents et un refus de mettre de la crème. Elle présente un tonus de fond très élevé, Lili a constamment le dos courbé et contracté. Tout comme Gabrielle, elle présente un tonus pneumatique, j'ai parfois du mal à savoir si elle respire ou si elle bloque sa respiration. Son tonus d'action est difficilement régulable et son tonus postural est faible, lié au faible ancrage de son corps dans le sol.

Percevant son hypertonie générale et ses réactions de prestance, je me surprends à vouloir sauter des questions pour faire passer ce moment qu'elle me fait vivre presque comme un interrogatoire. Je m'astreins cependant à garder un rythme qui est le mien, plus posé. Ce dialogue tonico-émotionnel qui se produit est difficile à vivre pour moi, ressentant très intensément la tension et l'hypertonicité de Lili. Je me questionne alors sur la difficulté que Lili semble présenter pour répondre à mes questions, surtout celles concernant ses ressentis corporels : comment se passe la douche ? Comment vit-elle le toucher ? Comment vit-elle son corps ? Dans ses réponses très brèves, j'entends qu'elle ne prête aucune attention à ses sensations et que mes questions la déstabilisent.

3.2.3. Bilan psychomoteur de Lili

Concernant son image du corps, Lili se perçoit comme « grosse et moche ». Elle présente une dysmorphophobie particulièrement centrée sur son ventre. Ainsi, sur l'épreuve des silhouettes (annexe I), elle situe son apparence correspond à la silhouette 5 pour son corps mais précise que si l'on parle de son ventre, elle correspond à la silhouette

9. La silhouette 5 correspondant à un IMC de 20,40 et Lili présente, le jour du bilan, un IMC à 13,89. Lili est dans une extrême idéalisation de la minceur et souhaiterait ressembler à la silhouette 1 « dans la vraie vie ». Elle fait beaucoup de *bodychecking* et ne peut pas supporter de mettre de la crème sur son corps. Elle se dit ambivalente quant à sa relation au toucher. Elle peut l'apprécier quand cela vient de ses parents ou d'une professionnelle qui la masse et en qui elle a confiance. Lors des mobilisations passives que je lui propose, Lili peut supporter mon toucher mais j'observe malgré tout une augmentation de son tonus pneumatique. Associée à sa dysmorphophobie, Lili présente une forte mésestime de soi, se trouvant « nulle et inintéressante ». Elle se dit mal à l'aise dans ses relations, souvent dans l'appréhension du regard de l'autre.

Par ailleurs, Lili a un schéma corporel acquis, elle réussit sans difficulté les épreuves de nomination et désignation, sur soi et sur autrui, ainsi que les épreuves de reproduction de postures, en miroir et en vérité.

Lili se repère dans le temps et dans l'espace. Elle peut se sentir en sécurité dans sa chambre, à l'hôpital ou chez elle. Elle se sent vite angoissée dans la foule. Elle éprouve beaucoup d'angoisses quant à son futur et n'arrive pas à se projeter. Elle craint toujours d'être en retard donc se retrouve toujours en avance. Cette angoisse permanente autour de l'heure se retrouvera en séance avec moi, à l'image d'une certaine rigidité mentale.

Je lui propose ensuite de réaliser un « périmètre de sécurité » au sol. Ainsi, je m'approche d'elle sous différents angles, en face, sur les côtés, derrière elle, et elle doit m'arrêter chaque fois qu'elle sent que j'entre dans son espace intime. Je trace alors une limite à la craie puis nous relions ces limites pour former un cercle. Lors de cet exercice, Lili m'arrête très rapidement pour tracer les traits. Cela représente un espace de sécurité considérablement important dans lequel elle se sent à l'aise. Je me demande alors comment vont se dérouler les séances et comment vais-je trouver l'équilibre entre le respect de ses limites et l'objectif thérapeutique d'ouverture relationnelle. Après lui avoir expliqué ce que je pouvais proposer en psychomotricité, je lui demande ce que pourraient être ses attentes dans ce suivi individuel. Elle me répond qu'elle souhaiterait se reconnecter à son corps, s'y sentir plus à l'aise et l'accepter davantage. Je me demande à ce moment-là ce qui relève de l'authenticité et ce qui relève de la volonté de dire « ce qu'il faut ».

3.2.4. Se décaler de l'encontre pour se rencontrer

Lorsque je propose de passer aux épreuves qui requièrent de se mettre en mouvement dans l'espace, je sens Lili tétanisée. Je me sens alors obligée de me lever avec elle pour l'encourager à bouger et je lui explique la première épreuve. Je désigne des meubles auxquels j'attribue des chiffres, je donne ensuite ces chiffres dans le désordre. Lili doit alors les toucher du doigt, en suivant l'ordre énoncé. Elle montre un tonus très élevé lors de cette épreuve, elle court presque entre chaque meuble alors que j'ai bien précisé que ce n'était pas une épreuve de rapidité. Je suis vite envahie par la pression que Lili se met et je dois encore une fois penser à m'ancrer dans le sol et abaisser mon tonus. Prise par son angoisse de performance et dans l'envie d'installer une alliance thérapeutique basée sur la confiance et le plaisir, je propose alors de faire les épreuves avec Lili. Ainsi, je propose qu'elle commence à faire les épreuves, puis ce sera à mon tour. Cette alternance entre observatrice et observée paraît apaiser Lili. En effet, elle semble plus enthousiaste de réaliser les épreuves, les trouve « rigolotes » et a l'air de prendre du plaisir quand elle voit que je ne réussis pas tout. En la sortant ici de son statut de patiente observée, comme la petite fille surveillée par ses parents, ou l'élève évaluée par son professeur, Lili est plus ouverte, plus accessible. La parole peut venir plus naturellement et j'observe moins de réactions de prudence. Je décide de garder en tête ce moyen d'accessibilité à la carapace tonique et relationnelle que Lili met en place spontanément.

3.3. Suivi psychomoteur

Je décide d'orienter le suivi psychomoteur autour du mouvement dansé, dans l'idée de ressentir et conscientiser le mouvement de son corps, voire prendre du plaisir dans ce mouvement. Puis je propose un deuxième temps de relaxation au sol, où j'exerce des pressions profondes à l'aide d'un ballon sur le tour de son corps. Les objectifs sont de reprendre conscience de ses ressentis et de ses limites corporelles, ainsi que de réduire la dysmorphophobie.

3.3.1. Rigidité de l'investissement spatial

Lors de la première séance, je propose l'exercice, déjà proposé en groupe, des articulations à Lili, dans l'idée de décomposer le mouvement et de porter son attention sur ses ressentis corporels. Pour se faire, je lui dis qu'elle peut s'installer où elle veut dans la pièce, dans l'orientation qui lui convient et qu'elle peut fermer les yeux. Lili se positionne au centre de la pièce, elle est de profil par rapport à moi pendant cet exercice. Puis vient le temps d'improvisation dansée, où je suggère à Lili d'aller explorer l'espace et les différents niveaux de la pièce. Je remarque qu'en évoluant dans l'espace, qu'elle va explorer sans trop de difficultés, Lili se retrouve régulièrement derrière moi et que je dois souvent me tourner pour l'observer. Cherche-t-elle à se protéger de mon regard ? Cherche-t-elle plutôt à me maintenir dans son champ visuel ? Je constate aussi qu'elle effectue souvent des retours à son emplacement de départ, se repositionnant dans l'orientation initiale. Lors de la fin de la musique, alors qu'elle se situe à un autre endroit de la pièce et que je lui propose de terminer son mouvement, Lili se précipite à nouveau au centre de la pièce. Je me questionne sur la fonction de cet endroit pour Lili, est-il rassurant ? Familier ? De manière plus large, je me questionne sur le manque de flexibilité mentale de Lili qui se reflète dans son investissement de l'espace. Je repense aussi à sa manière d'attendre devant ma porte, au milieu du couloir. Pourquoi se situer au centre de la pièce, toujours à distance des murs ? Est-ce que cela permet d'empêcher tout relâchement tonique, dans l'obligation de devoir tenir par l'hypertonie ? Est-ce pour éviter tout contact physique avec sa peau ? Éviter au maximum les afférences sensorielles, proprioceptives et tactiles ?

3.3.2. Rigidité de l'investissement du corps, une motricité symétrique

Lors de ce premier temps d'improvisation dansée, je suis curieuse d'observer son engagement corporel dans une pratique qui lui est familière. En effet, elle me dit avoir fait presque dix ans de danse contemporaine. Ayant moi-même pratiqué cette danse très longtemps, j'ai conscience de tout ce que cela demande dans le domaine moteur : être ancrée dans le sol, faire baisser son centre de gravité, aller explorer différents états toniques et déverrouiller ses articulations. N'observant aucune de ces caractéristiques dans

la motricité de Lili, je suis curieuse d'observer son engagement corporel dans cette pratique.

Suite au bilan, à son angoisse de performance et son besoin d'étayage corporel, je décide de danser avec elle dans cette première séance. Je remarque qu'elle peut sans difficulté danser sur la musique proposée, elle n'est pas « paralysée » et son registre gestuel est varié. Cependant, je finis par remarquer que sa motricité est très symétrique. En effet, chaque mouvement se fait à l'aide des deux bras ou des deux jambes, synchronisés ou en miroir. Je n'observe aucun croisement de l'axe ou d'asymétrie dans le mouvement. Elle danse uniquement debout, ne va pas explorer le sol ou le niveau intermédiaire, même lorsque j'y vais moi-même. Sa colonne est très peu en mouvement, elle reste très droite et rigide, je n'observe aucune torsion ou variation des courbures. Je suis alors surprise du contraste entre la variété des mouvements proposés et la restriction de l'espace dans lequel ils évoluent, dans un plan frontal et sagittal. Je repense alors à mes cours sur le développement du tout-petit et sur l'impact direct d'une symétrie motrice excessive sur les interactions. En effet, le manque de positions asymétriques n'engage pas l'enfant dans l'exploration de sa motricité, en relation avec l'autre. Ici, les mouvements symétriques de Lili m'évoquent toute la rigidité, corporelle et psychique, qu'elle présente. C'est à cet instant que je prends conscience de la place que prend son manque de flexibilité dans le corps de Lili. J'émetts l'hypothèse qu'elle n'a pas toujours dansé comme ça mais que la pathologie a su trouver un moyen de s'exprimer dans l'engagement moteur et relationnel de Lili.

3.3.3. Un dialogue tonico-émotionnel mis à rude épreuve

Lors de la deuxième séance, je propose de danser à deux, en partageant dans nos paumes de mains deux bâtons qu'il ne faut pas faire tomber. Chacune notre tour, nous prenons le rôle de guide puis de guidée, dans une adaptation tonique réciproque. Je pense cet exercice dans une optique de modulation et de régulation du tonus de Lili ainsi que dans l'envie de provoquer de l'asymétrie dans sa motricité, lorsque je guide.

Jusqu'à présent, j'ai l'impression que je subis, plus que je ne vis, le dialogue tonico-émotionnel que je partage avec Lili. En effet, je suis constamment dans la constatation que mon tonus est plus élevé auprès d'elle. Je vis ce dialogue comme à sens unique, où les

modulations toniques que je peux investir, comme prendre de grandes respirations, abaisser mon centre de gravité ou m'ancrer davantage ne font pas trace chez Lili. Je vais constater l'étendue de cette fermeture tonique et relationnelle lors de cet échange dansé.

Je lui propose qu'elle commence à guider. Très vite, je me surprends à guider malgré moi, Lili ne provoque presque aucun mouvement. J'ai l'impression que je m'adapte pour deux, comme si je devais constamment rattraper le bâton qui semble glisser entre ses doigts. Je suis surprise du contraste entre l'hypertonie générale de Lili et le tonus très faible qu'elle investit dans les bâtons lors de cet exercice. Je me questionne alors : si son hypertonie permet de mettre à distance ses ressentis et l'autre, peut-être qu'ici, cette carapace tonique ne peut pas exister, car elle permettrait un échange relationnel ? En effet, je vis ce manque de tonicité comme un retrait tonique, un désinvestissement corporel, comme s'il fallait que je ne puisse rien ressentir d'elle.

Vient mon tour de guider et Lili suit bien mes mouvements. Elle met plus de force dans ses mains pour me suivre et je sens qu'elle se redynamise. Je me demande alors s'il faut qu'elle suive, qu'elle soit passive dans la relation pour se mettre en mouvement. Prendre l'initiative dans une action et diriger un échange ne semblent pas accessibles. Percevant qu'elle peut me suivre dans l'espace, je décide d'impulser des mouvements d'asymétrie, comme reculer le bras gauche tout en avançant le bras droit. Même si je sens que Lili souhaite me suivre, ce que je propose paraît, encore une fois, inaccessible. Lorsque je veux faire reculer son bras vers l'arrière, je sens une résistance pour la première fois. Il faudra donc vouloir provoquer un décalage, une asymétrie, pour que Lili entre en opposition dans le mouvement. Il faudra que ma proposition « attaque » sa motricité symétrique pour qu'elle la refuse, qu'elle sorte de sa passivité. Cela renforce alors mon hypothèse sur la fonction de protection et de défense que prennent l'hypertonie et la motricité symétrique de Lili. Je me demande alors dans quelle mesure faut-il chercher à trouver « une faille » dans cette carapace tonique, pour entrer en relation avec elle ? En effet, on apprend rapidement que lorsqu'un patient présente des moyens de défense psychique comme le déni, le clivage ou le refoulement, il ne faut pas les attaquer frontalement. Cela lui permet de se protéger et de survivre dans un moment critique de sa vie. Et si le moyen de défense de Lili se traduit dans l'hypertonie, quelles sont les limites à ne pas franchir pour qu'elle reste en sécurité ?

Une approche latérale, asymétrique donc, dans ma posture et mes propositions me semble donc importante pour ne pas attaquer frontalement la carapace tonico-émotionnelle de Lili. Cela rejoint mes observations et hypothèses réalisées lors du bilan, où je lui propose de réaliser les épreuves ensemble. L'ouverture relationnelle permise par la modulation de son hypertonicité me semble donc atteignable mais délicate.

3.3.4. La relaxation, contenir ou découvrir ?

Dans le deuxième temps de séance, je propose une relaxation allongée au sol. Je parle d'abord sans toucher Lili, elle écoute simplement le son de ma voix qui verbalise un scan corporel. Quand elle s'installe, elle ne prend ni couverture, ni oreiller et se place encore une fois en plein centre de la pièce. Lorsque je parle, Lili se réinstalle beaucoup et bouge continuellement les pieds. Elle semble se forcer à prendre de grandes inspirations qui ne passent que par la poitrine, malgré mes suggestions d'entreprendre une respiration ventrale. Puis je viens passer un ballon mou sur le tour de son corps, la matière enveloppant le corps de Lili. Elle arrête de bouger, sa respiration reste thoracique. Je ne sais pas si elle se détend progressivement ou si elle se sent paralysée par notre proximité corporelle. Je penche pour la deuxième hypothèse lorsque je finis de passer le ballon sur son pied et que je me réinstalle. Au moment où j'ai fini de m'asseoir, soit cinq secondes après avoir passé le ballon, elle ouvre les yeux, s'étire et se relève. Je lui demande comment elle a vécu cette relaxation et je découvre alors la pauvreté d'élaboration verbale que présente Lili : « c'était bien », « je me suis détendue ». Elle peut malgré tout reconnaître qu'elle appréhendait beaucoup le ballon mais qu'elle était finalement agréablement surprise de l'effet « détendant » qu'il a procuré.

Le manque d'élaboration verbale ainsi que de registre sémantique sur les sensations corporelles me déstabilise. Comme pour l'entretien du bilan ou d'autres instants de la séance, je me sens prise d'une envie irrépressible de la soutenir avec beaucoup de suggestions, dans une tentative de guidance, de support à la symbolisation de ses perceptions sensorielles : c'était agréable ? Désagréable ? Neutre ? C'était différent des autres fois ? Pourquoi ? C'était stressant ? C'était reposant ?

Dois-je proposer davantage de suggestions ? À l'inverse, dois-je me positionner « en creux » et investir le silence, lui laissant ainsi la place de trouver ses mots ?

Dans l'évolution du suivi avec Lili, l'alliance thérapeutique se renforce, me donnant accès à plus de ressentis authentiques de sa part. Elle commence à se saisir de mes mouvements dans la danse avec les bâtons, que nous poursuivons à chaque séance. L'accès à un état corporel de détente reste compliqué mais la reconnexion avec ses sensations se développe. Par exemple, elle peut maintenant verbaliser les sensations désagréables de la texture de ses vêtements sur sa peau.

4. Conclusion

J'ai choisi de parler de Gabrielle et Lili car leurs suivis ont plusieurs points communs. Premièrement, elles présentent toutes les deux une carapace tonique et relationnelle, mise à l'épreuve en psychomotricité. Ainsi, les modulations toniques que j'ai pu observer chez elles ont su m'interpeler autour de la portée de leur hypertonicité sur leurs modalités d'être, au monde et à leur corps. De plus, j'ai été particulièrement impactée par leurs suivis, prise dans un dialogue tonico-émotionnel chargé de tensions et de fragilité.

C'est dans l'ajustement constant de ma posture soignante que leurs suivis ont évolué, cherchant un équilibre entre posture contenant, presque maternante et mise à l'épreuve de cette carapace tonico-émotionnelle. À travers le mouvement dansé, la relaxation et l'ajustement relationnel qui sont travaillés, j'ai pu apercevoir progressivement des patientes plus authentiques, plus en lien avec moi, avec les autres et avec leur propre corps.

Cette posture s'inscrit cependant dans un équilibre très instable, traversé par la rigidité du cadre institutionnel, les mouvements contre-transférentiels que je vis, l'instabilité tonico-émotionnelle des patientes et mon identité professionnelle en construction.

C'est donc autour de la posture soignante et de l'hypertonicité que je vais développer ma partie théorico-clinique, dans une volonté d'éclaircir ma problématique :

En quoi l'ajustement d'un travail psychomoteur autour de l'hypertonicité des patientes anorexiques peut permettre une modulation de leur modalité relationnelle, aux autres et à leur propre corps ?

THÉORICO - CLINIQUE

1. L'hypertonie dans l'anorexie mentale

1.1. L'hypertonie comme un symptôme et une réponse à la défaillance du Moi ?

1.1.1. L'hypertonie comme symptôme d'une base narcissique psycho-corporelle fragilisée

Reprenons le cas de Gabrielle et Lili pour comprendre le lien entre la carapace tonique caractéristique de l'anorexie mentale et la potentielle fragilité du Moi de ces patientes. Pour cela, je reprends les trois fondations de la construction de la base narcissique psycho-corporelle de Robert-Ouvray, utilisant ainsi ce prisme théorique comme moyen de compréhension de l'organisation psychique interne de Gabrielle et Lili.

Premièrement, la notion *d'enroulement*, position si particulière à laquelle chaque adulte revient dans des moments de sa vie. Je pense à Gabrielle qui se positionne automatiquement en boule très enroulée à chaque fin de séance. Dans les dernières séances, j'étais surprise de ce retour à l'enroulement et l'hypertonie de cette position, en décalage avec la régulation tonique dont elle pouvait faire preuve dans les temps dansés. Je me demande maintenant si ce n'était pas la trace d'un besoin vital de retour à soi, de protéger la fragilité de son Moi, mis à l'épreuve dans ce groupe. Ainsi, comme le bébé, Gabrielle investit de manière conséquente cette position. C'est cette position qui permet à l'enfant de survivre et de se protéger face aux attaques externes. Face à quoi Gabrielle ressent-elle le besoin de se protéger ? Comment a-t-elle pu vivre ce relâchement tonique dans le mouvement dansé ? Je fais alors l'hypothèse d'un vécu de vulnérabilité, qu'elle chercherait à compenser dans cette position d'enroulement.

Reprenons la deuxième notion *d'axialité*, comme fondatrice de l'organisation de l'espace et de la représentation de son corps dans celui-ci. On y retrouve la notion de la coordination des hémicorps, de laquelle découle la dissociation de ces derniers. Je repense à l'axialité de Lili et l'absence flagrante de dissociation entre les deux hémicorps, dans une symétrie excessive de son corps. De plus, la rigidité de sa colonne me questionne sur la

souplesse de l'organisation de son espace ainsi que de l'investissement de ce dernier. Par ailleurs, l'axialité compose l'ébauche de l'image du corps, fortement mise à mal chez Gabrielle et Lili, par la dysmorphophobie qu'elles présentent. Ainsi, l'axialité, comme moyen de s'ériger en tant qu'individu représenté et situé dans l'espace et le temps, semble fortement troublée dans l'anorexie mentale.

Enfin, la notion de *coordination psycho-corporelle* semble impactée chez ces patientes. Par une alexithymie prononcée et une difficulté à écouter leurs ressentis corporels puis à les mettre en sens, les liens entre leurs vécus et ce qu'elles en comprennent semblent fragilisés, voire inexistants. Cela questionne grandement sur la fragilité de leur sécurité interne et de leur *sentiment de continuité d'existence*. Je peux l'observer avec l'insécurité corporelle de Gabrielle et Lili, traduite par leur hypertonicité et leur recroquevillement. Je le vois également dans l'insécurité psychique qu'elles présentent, traduite par le doute que Gabrielle porte sur ses capacités ou l'attitude de bonne élève que Lili me montre en bilan.

De manière plus générale, cela interpelle sur le Moi des patientes anorexiques, soutenu normalement par leur base narcissique psycho-corporelle. Reprenons alors les mots de Robert-Ouvray concernant l'instance du Moi :

Son apparition progressive permet à l'enfant de se différencier par rapport à lui-même : ses niveaux d'organisation prennent leur identité. Une sensation ne sera plus amalgamée à un affect même si elle lui reste liée. L'enfant se définit par rapport au monde et à la matière et il se reconnaît par rapport à sa mère [...]. Le bébé acquiert alors son identité d'être humain. (2007, p.83).

Il est intéressant de relever la notion de manque de liaison entre sensation et affect, qui n'est pas sans évoquer l'alexithymie et le manque d'élaboration verbale des patientes. La fragilité du Moi comme agent d'individuation et de différenciation peut également se comprendre dans le contexte relationnel de l'anorexie mentale, comme Lili qui s'inscrit dans une passivité importante. Lorsqu'elle me demande de tout choisir, que tout lui est égal, la notion d'individuation par l'affirmation de son Moi paraît floue.

Mais si cette hypertonicité est effectivement symptomatique d'une organisation psychique fragilisée, comment vivre dans cette désorganisation interne, provoquée par la défaillance de leur Moi ? Comment survivre à cette insécurité interne constante ?

1.1.2. L'hypertonicité comme réponse au vécu désorganisateur d'un manque de sécurité interne ?

C'est ici que fait sens pour moi la notion d'*auto-agrippement* comme moyen de lutte face à des vécus corporels désorganisateurs. Chez Gabrielle, lorsque se déroulent les premiers temps d'improvisation dansée, je perçois son hypertonicité comme un agrippement à soi, à la rigidité de son corps pour ne pas s'effondrer. Dans cette proposition de variations toniques, je sens que Gabrielle n'a accès qu'aux deux extrêmes de sa tonicité. Inscrite dans une bipolarité tonique, elle ne peut que s'effondrer ou tenir de toutes ses forces. Je rejoins ici les termes employés par Munoz, où Gabrielle s'agrippe pour survivre (2015). Le même sentiment me traverse lorsque Gabrielle se déplace dans la pièce, gardant les mains jointes ou dans ses poches, ne pouvant les relâcher que quelques instants. Je reprends alors la notion de Moi-Peau, comme limite entre le dedans et le dehors. Si l'enveloppe psychique ne permet plus cette barrière protectrice, Gabrielle combat-elle ce sentiment de vulnérabilité par augmentation de sa peau physique ? Et par cela, j'entends l'augmentation de son tonus, prenant appui sur la crispation de ses mains. De la même manière, quand je passe le ballon pour la première fois sur la jambe de Lili, je la sens se tendre entièrement. En amenant l'hypothèse d'un vécu d'intrusion et d'insécurité pour Lili, la réponse physiologique et tonico-émotionnelle qui surgit se traduit par cette « carapace musculaire » (Bick citée par Houzel, 2005, p.114), substitutive à un sentiment intégré de sécurité interne.

Il me paraît donc sensé d'utiliser ce terme de « carapace » comme un bouclier, qui permet certes de se protéger des attaques extérieures, comme le regard de l'autre ou la peur du jugement, mais également des attaques intérieures telles que la dysmorphophobie ou la profonde mésestime de soi. L'insécurité profonde qui habite et envahit les patientes anorexiques prend ici trop de place pour ne pas vouloir y échapper, s'en protéger, en construisant une armure dure et solide, une hypertonicité à toute épreuve.

1.1.3. L'hyperactivité, un autre moyen de lutte face au manque de sentiment de sécurité interne ?

L'hypertonie des patientes anorexiques semble donc être simultanément un symptôme et une réponse à une fragilité psychique interne. Mais ce n'est pas le seul moyen de lutte face à cette vulnérabilité narcissique psycho-corporelle. En effet, il me paraît ici important d'établir un lien entre hyperactivité physique et manque de sécurité interne. Je prends ici une explication de Robert Ouvray (2007), qui saura faire écho avec mes hypothèses :

Nous rencontrons beaucoup d'adultes, qui ont été des bébés hypertoniques et qui pratiquent beaucoup de sport : ils cherchent à travers leurs activités sportives, la maîtrise corporelle et psychique qui leur a tant fait défaut au moment de l'intégration primaire psychocorporelle. (p.191)

Que de résonances avec l'HAP des patientes anorexiques : le besoin de maîtrise, de contrôle face à une base narcissique psycho-corporelle ébranlée, un Moi-Peau intrusé, ne pouvant plus assurer sa fonction de contenance. Si l'on reprend le cas de Lili, sa rigidité psycho corporelle associée à la stagnation de son évolution pondérale et son hyperactivité physique, traduisent bien un besoin de contrôle, un besoin de stabilité à travers le figement de sa situation symptomatique, le figement de son corps. Comme le dit Robert-Ouvray (2010), l'hypertonie et la PPAP deviennent un moyen de se sentir exister, de vivre à travers des sensations dures, d'aller sentir les limites de son corps pour le ressentir. Face au vide interne, vécu comme dépourvu de sensations et d'émotions, l'hyperactivité pourrait aussi être un moyen de vouloir combler ce dernier. Ainsi, comme le dit Potel (2015), « parfois c'est la suractivité qui, dans une apparente vitalité, trompe le vide et repousse la mort » (p.118).

Mais se pose alors la question de la cause ou de la conséquence. Car si l'hyperactivité physique peut être un moyen de combler le manque d'émotion et de sensation ressenties, n'en est-elle pas également une fuite ? Ainsi, « ce mouvement permanent empêche la moindre représentation de sa vie affective et pulsionnelle » (Calza

& Contant, 2012, p.192). Ce ne serait alors pas qu'une réponse au manque d'affects mais également un moyen d'y échapper, de mettre à distance son corps et son vécu. Encore une fois, cela fait écho au cas de Lili, qui semble lutter pour ne pas relâcher lors de la relaxation, comme si elle ne voulait pas laisser à son corps la possibilité de ressentir des sensations.

L'hyperactivité serait alors un cercle vicieux, cherchant à remplir un vide interne en chassant tout ce qui pourrait le combler, comme des afférences sensorielles pour redélimiter l'image du corps ou des interactions avec d'autres personnes, pour s'ancrer davantage dans la réalité. Ainsi, Calza et Contant (2012) nous disent :

Si les besoins du moi ne sont pas satisfaits, la pulsion se fait besoin somatique (anorexie, boulimie, addictions) au lieu de se faire désir. Dans ce contexte pathologique, « le manque », devient un vide psychique corporel que le sujet va chercher à contrôler et à combler répétitivement et inlassablement dans une tentative de symbolisation qui échoue. (p.110)

1.2. Une carapace musculaire imperméable aux échanges dedans/dehors

1.2.1. Mise à distance de la réalité sensorielle du corps

Dans une volonté d'échapper à cet émoussement émotionnel et sensoriel, la patiente anorexique semble alors s'enfermer dans un cercle vicieux de mouvement permanent, l'éloignant chaque jour un peu plus de sensations ancrées dans la réalité. Lorsque je propose la relaxation à Lili, elle accepte de se prêter au jeu mais elle me dit « savoir d'avance » qu'elle n'appréciera pas le ballon sur son corps. La surprise qu'elle exprime face aux sensations agréables qu'elle ressent illustre bien comme la pathologie l'éloigne de ses ressentis corporels. Je fais l'hypothèse que son HAP excessive s'inscrit dans cette mise à distance sensorielle de ses ressentis corporels.

Dans cette même fonction, je pense que son hypertonicité la « protège » de tout ressenti corporel. En effet, c'est par la pression du ballon que le corps de Lili peut progressivement se relâcher. Elle peut d'ailleurs me dire qu'elle apprécie le ballon car, « à ce moment-là, c'est facile de se concentrer sur ses sensations, vu qu'il y en a ». Cela

illustre bien le manque de connexion à ses ressentis corporels au quotidien, comme si elle ne ressentait rien, le reste du temps. Il me semble alors que sa carapace tonique a également cette fonction de mise à distance de la réception et de l'intégration des afférences sensorielles de son quotidien. Le lien avec sa dysmorphophobie très importante m'apparaît alors. Comment se représenter son corps dans l'espace si elle ne semble plus intégrer les informations tactiles, proprioceptives et visuelles ? Lili me dit être obsédée par son image dans le miroir, réalisant beaucoup de *bodychecking*. Comment est-il possible de se regarder chaque jour plusieurs heures dans le miroir et présenter une dysmorphophobie si importante ? L'explication pourrait donc se situer dans le manque d'intégration sensorielle du corps de Lili. Ainsi, la relation avec son corps est comme coupée, déconnectée. Pour reprendre la fonction d'intersensorialité du Moi-Peau, que j'ai établi précédemment comme étant troublé par l'anorexie mentale, elle semble ici impactée profondément. L'enveloppe tactile étant désorganisée par un tonus trop important, les informations sensorielles ne s'organisent ni ne se répartissent de manière cohérente, laissant un corps en manque de repères et Lili en manque crucial de représentation de son propre corps. La nécessité de redonner des repères premièrement physiques, en insistant sur les limites corporelles, puis psychiques, en travaillant à recréer un sentiment de sécurité interne plus stable, paraît alors essentiel dans un travail de psychomotricité auprès de patientes anorexiques. C'est par ce prisme de compréhension que le travail de relaxation avec le passage du ballon sur le tour de son corps m'a paru judicieux.

1.2.2. Quand l'hypertonie détériore la modalité relationnelle au monde extérieur

Mais si la relation à son propre corps est altérée, qu'en est-il de la relation à l'autre ? J'ai pu développer dans la partie théorique sur le profil psychomoteur que la patiente anorexique présentait une modalité relationnelle particulière, entre rejet et fusion, dans une attitude souvent peu confiante et affirmée. J'ai également pu expliquer le lien entre tonus et relation. Se pose alors la question du lien entre leur hypertonie et la manière d'être au monde des patientes anorexiques.

Pour reprendre les mots de Robert-Ouvray que j'avais citée plus haut, elle nous explique comme la paroi tonique sert en premier lieu de protection contre les attaques

extérieures mais a pour conséquence l'empêchement du mouvement inverse, un mouvement de l'intérieur vers l'extérieur. Reprenons alors la notion d'enveloppe psychique, amenée par Houzel, qui parle d'une enveloppe « faisant preuve d'une certaine perméabilité » (2005, p.38), permettant les mouvements en dedans et en dehors. Ici, la carapace tonique de Gabrielle et de Lili, dans une volonté de surprotection, interdit tout échange, négatif ou positif. C'est par ce prisme de lecture que je comprends la modalité relationnelle particulière des patientes anorexiques. Ainsi, j'ai pu comprendre l'hypertonie très importante de Gabrielle dans les premières séances comme une manière de se protéger face au vécu désorganisateur et angoissant de se confronter à une pratique corporelle, de se confronter au regard des autres et au sien. Malheureusement, cela l'a également empêché de pouvoir partager ses sentiments de difficulté avec le reste du groupe, de pouvoir mettre des mots sur ce qu'elle ressentait ou simplement de s'autoriser à être à l'écoute de ces fameux ressentis. Au fur et à mesure des séances, son « assouplissement » tonique s'est accompagné d'un « assouplissement relationnel » : une ouverture de Gabrielle au reste du groupe, dans ses mots et dans sa posture. Ainsi, la carapace musculaire des patientes, établie en réponse à un besoin de contenance, un besoin de sécurité interne, n'est qu'une réponse de façade, une réponse qui pose d'autres problèmes. Car c'est dans la relation que la sécurité interne se construit, c'est dans les échanges primaires que le Moi s'affirme et que l'individu s'érige, c'est dans l'échange avec le monde extérieur que la réalité de son corps s'ancre en chacun. Cela questionne sur l'enfance de Gabrielle et Lili, et des patientes anorexiques en général : la nature des liens précoces avec leurs parents, la qualité du *holding* et *handling* de l'environnement parental, l'évolution des relations familiales et son impact sur la pathologie. Je n'ai malheureusement pas eu accès à ces informations dans mes suivis mais je pense que c'est un aspect anamnestique primordial à développer dans mes futurs bilans, pour une meilleure compréhension globale des patientes.

C'est sur le caractère délicat de l'ajustement relationnel et professionnel que je vais poursuivre cette partie théorico-clinique, dans une tentative de meilleure compréhension des enjeux relationnels à l'œuvre dans la relation thérapeutique psychomotricienne/patiente anorexique. C'est en réfléchissant sur ma posture que je pourrais également approfondir davantage sur le travail de la reconstruction du sentiment de sécurité interne, défaillant voire inexistant chez la patiente anorexique.

2. Ajustement de sa posture soignante auprès des patientes anorexiques

Dans le cadre de mon stage en autonomie, sans ma tutrice de stage au sein des séances, j'ai rapidement dû me questionner sur la posture à adopter et les différentes conséquences que cela portait sur le soin des patientes anorexiques. Il me paraît donc important de faire un point théorique, entremêlé de clinique, sur les différentes fonctions de la posture soignante ainsi que du cadre thérapeutique dans le contexte d'un suivi psychomoteur.

Reprenons tout d'abord une définition de la posture thérapeutique du psychomotricien, selon Fabien Joly : « ensemble spécifique de postures internes comme externes, de techniques et de savoir-faire, de modalités d'interventions, de positionnement et d'habitation corporelle et relationnelle » (Joly, 2014, p.234). Je vais donc utiliser cette citation comme guide d'exploration de ma posture professionnelle dans le cadre de mon stage auprès de patientes anorexiques.

2.1. Postures internes et externes

2.1.1. L'évolution de mon cadre interne

Parlons tout d'abord de mon cadre interne et de l'impact qu'il peut porter sur ma posture professionnelle et le soin que je propose. Lorsque je rencontre pour la première fois des patientes souffrant d'anorexie mentale, je suis frappée par la pauvreté de leur expression corporelle et verbale. Je suis dans ma troisième année de formation, qui m'apprend la spécificité du métier de psychomotricienne ainsi que les outils à ma disposition, tels que la lecture du corps, comme objet de communication et d'expression de son état interne. En effet, j'apprends à observer « l'ensemble tonique » de mes patients, comme Robert-Ouvray (2007) le définit :

L'ensemble tonique qui se dégage d'une personne et que nous appréhendons par le sens tactile ou visuel ne nous indique pas exactement qui est l'autre, mais nous

pouvons situer cette personne dans notre monde sensoriel, affectif et représentatif. La tonicité est un élément identifiant. (p.47).

Au début de mon stage, je suis alors fortement surprise par ce manque de repères dans l'observation psychomotrice des patientes anorexiques, ne pouvant les situer dans mon « monde sensoriel, affectif et représentatif ». Joly nous dit que « c'est par le corps que nous pensons, que c'est par le corps que nous nous reconnaissons ; qu'il s'agit là de notre carte d'identité la plus intime et la plus fondamentalement incarnée » (2014, p.225). En octobre, j'avais comme la sensation de ne pas avoir accès à cette « carte d'identité ». Comme si j'avais la photo de leur état tonico-affectif à un instant T mais que cette photo n'évoluait jamais, que je ne percevais d'elles qu'une facette, figée. En effet, je ne percevais de leurs corps que tension et blocage, ne détectant que très peu de variations m'informant de leurs états affectifs actuels.

Ce sentiment de sidération, associé à une sensation d'impuissance, a été particulier appréhender. Mais avec le travail que j'ai pu proposer dans mes séances, j'ai doucement pu entrevoir la multitude de facettes de mes patientes : la Gabrielle qui se sentait énorme et ridicule, la Gabrielle qui a pu se lâcher une demi-seconde lors du temps d'improvisation, la Gabrielle qui se scarifie et se renferme lorsqu'elle vit un conflit, la Gabrielle qui a chaud parce qu'elle a pu lâcher prise dans l'improvisation, la Gabrielle qui s'ouvre au reste du groupe et partage ses ressentis, etc. C'est en découvrant progressivement toutes ces patientes que j'ai pu affiner mon regard psychomoteur sur les micro-variations tonico-émotionnelles que je percevais d'elles, sortant ainsi de cet état de sidération. Cette évolution, couplée à ma prise de confiance progressive en tant que stagiaire de troisième année de plus en plus autonome, m'a permis de me sentir plus sereine de l'intérieur et d'accompagner de manière plus adéquate et précise mes patientes à l'extérieur.

C'est par l'analyse progressive de mon vécu, ainsi qu'avec le temps qui passe que mon cadre interne s'installe. Mais ce cadre est sans cesse remodelé, au rythme du transfert et du contre-transfert des relations thérapeutiques que j'établis avec mes patientes. Je parle ici du contre-transfert comme regroupant des mouvements affectifs et psychiques que le thérapeute ressent de son patient, en potentiel écho à sa propre histoire de vie. Mais je veux développer davantage la notion de *contre-transfert corporel*, plus spécifique aux métiers du soin à approche corporelle, que Potel définit comme « le retour des affects originaires

transférés sur sa personne, [qui] produit en lui des émotions, des sentiments, dont une part lui appartient « en propre » et dont l'autre part revient au patient » (2015, p.115). Ce *contre-transfert corporel* trouve ses échos dans la dynamique du dialogue tonico-émotionnel, où les deux personnes ressentent et projettent des émotions et des expressions toniques de leurs états, réciproquement. Lorsque je me tends progressivement face à Lili et son tonus pneumatique, un peu de son hypertonicité se transfère dans mon corps. Mais parce que je parle ici d'hypertonicité, ce n'est pas uniquement dans mes muscles que je ressens de la tension. Je me sens moins posée, moins disponible, davantage dans la précipitation et la volonté de bien faire, à défaut de bien écouter et de « bien soigner ».

Mon cadre interne se retrouve donc constamment à l'épreuve des mouvements contre-transférentiels que je ressens, dans une nécessité permanente d'analyse et de réflexion. C'est avec une vigilance à mes ressentis internes en séance, ainsi qu'une réflexion régulière dans l'après coup, que ma posture interne se solidifie, se délimite et me permet d'être au plus juste, pour préciser par la suite ma posture externe. Ainsi, « l'analyse de son contre-transfert [...] permet de penser non seulement son implication et son positionnement corporel mais également ses effets sur le patient » (Potel, 2015, p.123).

2.1.2. Fonction maternante de la posture professionnelle du psychomotricien

J'ai pris le temps de développer dans ma partie théorique le rôle fondamental de l'environnement maternel dans le développement tonique et psychique du tout petit. C'est donc naturellement que je vais maintenant explorer les parallèles entre l'environnement maternel de l'enfant et ma posture professionnelle auprès de patientes présentant une défaillance psychique et tonique.

Premièrement, je retrouve cet écho maternel dans le *holding* que l'on peut apporter aux patientes. En effet, à travers notre écoute, notre attention et l'adaptation de nos propositions aux besoins des patientes, nous soignants, nous inscrivons dans une dynamique de soutien psychique et physique. Ainsi, lorsque j'écoute Lili en début de séance sur sa semaine, que je réagis en empathie à ses difficultés, que je lui propose une relaxation pour apaiser ses tensions, je retrouve dans ma posture une écoute presque maternelle. Pour reprendre les mots de Winnicott (1992) :

On peut utiliser la notion de *holding* pour décrire les soins donnés au nourrisson à conditions d'élargir le sens de ce terme à mesure que le bébé grandit et que son univers devient plus complexe. Il est même intéressant d'employer ce terme pour parler de la fonction de la cellule familiale et, à un niveau plus élaboré, pour décrire le travail clinique pratiqué par le soignant. (p.93)

De plus, cette notion d'implication maternelle se retrouve particulièrement dans l'accompagnement à l'écoute de ses ressentis corporels et à l'élaboration de son vécu corporel. Ainsi, quand j'interroge Gabrielle et Lili sur ce qu'elles ont vécu et que les mots leur manquent, toutes mes suggestions verbales s'inscrivent dans une volonté d'accompagnement à la symbolisation, pour l'instant inaccessible pour elles. Lorsque je demande à Lili : « c'était plutôt agréable ou désagréable ? » ou plus tard que je lui demande si c'était différent par rapport aux fois précédentes, je lui prête mon appareil à penser, comme un psychomotricien « prête en quelque sorte son appareil perceptif, sa sensibilité, sa sensori-motricité, sa corporéité, pour accueillir, résonner aux sensations » (Potel, 2015, p.122). Cela fait écho à la *fonction alpha* de Bion, où la mère met en mots ce que le bébé ne peut pas encore verbaliser et conscientiser lui-même. Il est alors intéressant de retrouver les écrits de Bick sur la carapace musculaire, qu'elle relie à un « échec plus ou moins grave de la fonction alpha parentale, l'enfant ne se sent[ant] pas contenu, il recourt alors à une sensation quelconque pour retrouver la stabilité perdue » (citée par Houzel, 2005, p.21). On pourrait alors faire le lien entre l'hypertonie des patientes anorexiques et le besoin inconscient d'investir, pour elles, cette *fonction alpha*, en soutien à leur processus de symbolisation.

On peut donc faire un parallèle entre la posture du psychomotricien envers sa patiente et la posture de la mère envers son enfant. Ici, la fonction maternante du soignant vient étayer les sensations corporelles et psychologiques de la patiente, qui n'est pas en capacité d'élaborer par elle-même. Dans la dernière séance de groupe, lorsque Gabrielle peut exprimer qu'elle a chaud, qu'elle a soif, on observe significativement l'évolution de ses capacités de symbolisation, sans avoir besoin de mon aide pour l'aiguiller sur les ressentis corporels qu'elle pourrait vivre. Ainsi, Robert-Ouvray nous dit : « c'est avec un travail psychothérapeutique d'élaboration, de mises en sens et en paroles qu'il sera possible de retrouver l'association première entre tensions corporelles et tensions

psychiques” (2007, p.29). C’est dans cette posture que le travail de reconstruction de sentiment de sécurité interne a également toute sa place, l’environnement maternel étant le premier à exercer ce rôle de contenance et de soutien à l’élaboration d’une sécurité interne.

Mais qu’en est-il des risques de cette fonction maternante pour les patientes ? En effet, par des exemples cliniques, j’ai pu élaborer des hypothèses sur les impacts positifs d’une posture maternante sur les processus de symbolisation et de régulation tonique ainsi que sur la modalité relationnelle des patientes, plus ouvertes et adaptées après plusieurs séances.

Mais la posture maternante, par son propre écho sémantique, renvoie à la notion de régression, de retour en arrière. En effet, il est intéressant de se questionner sur les attitudes passives et enfantines de Lili, et le rôle que ma posture maternante a pu jouer dans tout ça. Lorsque j’amène de nombreuses suggestions verbales pour étayer ses ressentis corporels, où se trouve la limite ? Comment ne pas l’enfermer ainsi dans un cercle vicieux de passivité et de régression ? Lorsqu’elle arrive en retard et craint que je la gronde : quelle place prend la pathologie, avec sa modalité relationnelle et sa rigidité mentale particulières ? Mais surtout, quel rôle l’équipe soignante et moi-même jouons-nous dans cette attitude régressive ? Comment une personne de 21 ans se retrouve-t-elle dans des états pareils par peur d’être en retard ? Et comment ne pas me remettre en question sur ce que je représente pour elle à cet instant, qui provoquerait cette attitude ? Cela pose deux questions : la notion de régression et la notion de transfert.

Premièrement, la notion de régression, fortement ambivalente. Elle est négative si elle correspond à une notion de retour en arrière pur et simple, comme un abandon de l’âge adulte, un désinvestissement du soin et de l’envie d’aller mieux. Mais elle peut être intéressante si elle est perçue comme un passage à l’acte d’un besoin de régression inconscient. En effet, dans un refus de grandir corporellement et psychiquement, souvent dans une fusion avec leurs parents, les patientes anorexiques pourraient alors profiter de cette relation thérapeutique aux allures de relation parent/enfant pour se laisser aller à la régression rassurante, contenant. Peut-être trouvent-elles alors un endroit de confort dans ce quotidien de souffrance et de dureté. Je retrouve des similarités d’expérience dans les mots de Winnicott :

J'ai constaté que la patiente avait éprouvé le besoin de passer par des phases de régression vers un état de dépendance dans le transfert. Ces phases lui donnent l'expérience d'une adaptation totale au besoin qui, en fait, est basé sur la capacité de l'analyste (la mère) de s'identifier au patient (son bébé). » (1971, p. 245)

Ainsi, l'attitude régressive de Lili interroge certes, mais peut également être analysée du point de vue du lâcher prise et de la confiance qu'elle développe en l'équipe soignante, voire comme un processus nécessaire pour entrer en relation avec nous.

Ensuite, la notion de transfert. En effet, proposer des attitudes maternantes dans une relation thérapeutique auprès de patientes fragiles psychiquement et narcissiquement, c'est prendre le risque de fusion, phénomène fréquent dans l'anorexie mentale. Ainsi, cela peut amener un processus de clivage dans l'équipe, où la patiente ne « peut pas supporter » un professionnel et en « adorer » un autre.

Et c'est ici que se joue la notion de « parentalité soignante » de Ciccone (2012). Il parle alors d'une posture professionnelle, incarnant les fonctions parentales primaires, nécessaires au bon développement de l'enfant. Et c'est bien le terme de « parentalité » qui a toute son importance ici. En effet, il l'intitule ainsi car elle « combine des aspects maternels et paternels qui constituent ce que j'appelle la biparentalité psychique » (2012).

Pour mieux comprendre, l'importance de la complémentarité des deux figures parentales, il faut revenir brièvement au développement du bébé. Ainsi, en grandissant, l'enfant va progressivement avoir besoin d'un espace qui lui est propre, pour qu'il s'individue et s'émancipe de sa mère, en être différencié. Comme le souligne Winnicott, « il serait regrettable qu'un petit humain continue à faire l'expérience de l'omnipotence alors que son appareil psychique est devenu capable d'affronter les frustrations et les défaillances relatives de l'environnement. » (1992, p.25). C'est ainsi que Potel nous dit qu'il va falloir faire « oublier cet état maternel [à l'enfant], afin qu'[il] puisse occuper son corps et le faire advenir sien » (2021, p.84).

Revenons alors à notre espace de soin. Passé un premier temps d'accompagnement maternant, où j'aide les patientes à trouver les mots pour symboliser par exemple, il va falloir les aider à s'individualiser dans la relation thérapeutique. Ainsi, dans une volonté d'éviter les phénomènes de fusion et de clivage mais également dans une dynamique de

progression, il devient indispensable d'instaurer des espaces psychiques et matériels de différenciation et de séparation entre la patiente et son thérapeute.

Je vais donc essayer d'éclairer dans quelle mesure c'est également par l'incarnation de la figure paternelle que j'ai trouvé progressivement un équilibre plus ajusté dans ma posture professionnelle.

2.1.3. Le cadre thérapeutique comme métaphore paternelle

Je me permets d'insister encore une fois sur l'aspect symbolique et psychologique du terme paternel. En effet, je choisis ce terme comme représentant des caractéristiques à l'œuvre chez le tiers paternel, qui peut être incarné par le père, la mère ou toute autre figure importante pour l'enfant dans son développement. Ici, j'en parle comme l'incarnation d'une « troisième dimension qui fait sortir l'enfant du face-à-face avec la mère et de la relation binaire » (Robert-Ouvray, 2007, p.69).

Dans le cadre du soin psychomoteur que je propose, la fonction paternelle est d'abord incarnée par mon cadre thérapeutique, qui passe notamment par le vouvoiement. Dès le début de mon stage, ma tutrice et mes collègues m'ont imposé l'obligation de vouvoyer les patientes, dans une démarche d'évitement de fusion, de clivage entre les différents soignants. L'équipe a insisté en raison de ma position de stagiaire et de mon jeune âge mais chaque soignant de l'institution répond à la même règle, sans exception. Et très rapidement, j'ai compris la fonction de cette règle. Le « vous » installe une distance immatérielle, une frontière à ne pas franchir. Il incarne alors cette fonction paternelle, qui installe une distance entre la patiente et le thérapeute, comme entre l'enfant et sa mère.

Par ailleurs, le cadre spatio-temporel strict endosse également ce rôle paternel. Ainsi, le fait de se retrouver toujours à la même heure, au même endroit, le même jour, installe un contexte fixe et non malléable, auquel les patientes doivent s'astreindre. Ne pas pouvoir venir me voir à n'importe quelle heure de la journée pour me demander un moment de relaxation ou de danse avec moi permet de concrétiser la relation strictement thérapeutique que je partage avec mes patientes.

Enfin, la fonction paternelle s'exprime par les consignes que j'impose. Ainsi, lorsque je propose les temps d'improvisation dansée dans le groupe, j'incarne les deux figures parentales. La figure maternelle peut se retrouver dans la proposition de faire à son

rythme, de ne pas s'imposer ce qui est trop dur, de pouvoir se reposer sur l'imitation de mes mouvements, etc. Mais la figure paternelle existe dans la mesure où je demande malgré tout chaque semaine à ce que tout le monde essaie. Ainsi, si j'avais dit à Gabrielle dès le début qu'elle pouvait ne pas faire les improvisations, rester assise et attendre la fin du groupe, j'ai peu de doutes sur le fait qu'elle s'en serait saisie. Mais par mes consignes et ma posture, Gabrielle a semblé comprendre qu'il fallait qu'elle essaye, qu'elle n'abandonne pas et que chaque semaine, elle fournisse un effort pour sortir de sa zone de confort.

Pour conclure, « notre cadre est un cadre matriciel qui va inclure la bipolarité maternelle et paternelle, alternativement ou simultanément » (Potel, 2015, p.73).

2.1.4. *L'institution, figure paternelle ?*

Ainsi, ma posture et mon cadre s'inscrivent dans une bipolarité parentale, dans une *parentalité soignante*, en constant remaniement. Il est alors intéressant de se pencher sur la fonction de l'institution dans le suivi de ces patientes anorexiques.

Par la dureté des contrats, des règles et des positionnements soignants, l'organisation du service s'inscrit dans une démarche que je comprends comme une sévérité nécessaire au mieux-être des patientes. J'aimerais alors réfléchir un instant sur les fonctions des contrats thérapeutiques, composés de règles à ne pas transgresser, sous peine de sanctions.

Premièrement, le contrat protège. Il protège les patientes d'abord, il permet d'éviter les mises en danger immédiates mais également de les confronter à la grave réalité de leurs corps. Il protège également les soignants, qui dans une réponse uniforme et fixe, ne sont pas exposés aux potentielles manipulations ou attaques des patientes. Enfin, il protège le fonctionnement de l'institution. Ainsi, par la mise en place de règles stables, les patientes et les soignants trouvent un moyen de vivre ensemble, de trouver un équilibre entre les besoins primaires des patientes et leurs besoins subjectifs.

Dans un second temps, le contrat contient. Encadrées par ces règles strictes, les patientes n'ont « qu'à » suivre les consignes, dans une démarche très opératoire et scolaire qui correspond à leur personnalité dans un contexte d'hospitalisation. Je repense à

Gabrielle qui ne voulait pas passer en contrat 3 car elle disait avoir besoin de cadre et craignait de « déraper », avec moins de surveillance et d'encadrement.

Enfin, le contrat frustre. Par ses consignes rigides, les patientes sont dans l'obligation de vivre des moments de frustration, sans pouvoir marcher dans le parc, avoir son téléphone, communiquer avec leurs proches, etc. Il provoque une actualisation de la réalité, une confrontation directe et frontale à leurs troubles. Dans cette dynamique dure mais nécessaire, je retrouve des échos à une fonction paternelle. Sortir les patientes de leur zone de confort, souvent en fusion avec leurs parents, leurs amis, leurs partenaires, les installe dans un lieu de différenciation, un lieu d'individuation, nécessaire à leur évolution.

De plus, l'attitude générale des équipes face aux patientes et à ce qui leur arrive peut être très sévère, dans la punition et les réprimandes. Ainsi, l'institution et ses contrats s'inscrivent, eux aussi, dans une dynamique ambivalente, entre la contenance du contrat et la sévérité face à la transgression de celui-ci.

C'est là que se pose la question de ma posture dans ce contexte. En effet, je me suis vite retrouvée confrontée à la question suivante : comment assumer ma posture soignante quand elle entre en contradiction avec celle de l'institution ? Une fois, Lili arrive joyeuse en séance car elle vient d'apprendre qu'elle a perdu du poids. Elle me dit alors : « je sais que je ne devrais pas le vivre comme ça et vous le dire mais je me sens beaucoup mieux depuis que j'ai appris que j'avais perdu du poids ». Je sais qu'elle s'est déjà fait réprimander par les infirmières et que l'entretien qui est prévu l'après-midi avec son psychiatre va correspondre à cette attitude : lui reprocher de ne pas prendre conscience de la gravité de ces troubles. Dans une volonté d'uniformité et d'homogénéité de l'équipe, je me retrouve alors dans une position délicate. Dans mon cadre interne et dans le processus d'élaboration de mon identité professionnelle, je souhaite ici me placer en position d'écoute, d'accueil de l'authenticité de ce qu'elle exprime. Dans le processus d'élaboration de mon identité professionnelle, je souhaite ici me placer en position d'écoute et d'accueil de l'authenticité de ce qu'elle exprime. Cependant, il m'est difficile d'adopter une posture qui pourrait être perçue comme en contresens avec le reste de l'équipe, renforçant ainsi les phénomènes de clivage des patientes. L'ajustement de ma posture soignante, divisée entre la mise en place de l'alliance thérapeutique avec ma patiente et mon positionnement dans l'équipe, est donc un processus en remaniement constant. L'ajustement de ma posture

soignante, divisée entre la mise en place de l'alliance thérapeutique avec ma patiente et mon positionnement dans l'équipe, est donc un processus en remaniement constant.

Ainsi, ma posture professionnelle biparentale doit trouver une manière de s'inscrire dans la dynamique biparentale différente qu'est celle de l'institution.

2.2. Techniques et savoir faire

Venons-en maintenant aux techniques et savoir-faire spécifiques du psychomotricien. Contrairement aux autres professions du service intra-hospitalier, je me retrouve dans une difficulté qui est propre à notre métier, que Potel met en mots de cette manière :

Nous ne pouvons pas ignorer la difficulté réelle d'investir une position « intermédiaire » entre corps et psyché. Position originale dans une culture occidentale où la conception de l'individu a toujours eu tendance à cliver le fonctionnement somatique et celui de l'esprit. (2021, p.106)

Ainsi, penser ma posture de future psychomotricienne dans cette position « intermédiaire » est délicat. En effet, cela m'invite à porter attention aux mots et à l'état affectif de ma patiente, tout en lui proposant de se concentrer sur son corps, à le mettre en mouvement.

Dans le cas de cette pathologie particulière, je décèle rapidement l'importance majeure de mon implication corporelle. Ainsi, que ce soit pour le groupe danse ou le suivi individuel avec Lili, je décide assez vite que je danserai avec mes patientes. Cet engagement corporel se veut alors authentique, pour inviter les patientes à se trouver elles-mêmes dans la réalité de leur corps. C'est donc un travail précis, engageant mon corps chargé d'une histoire personnelle et de mes affects propres, dans la relation thérapeutique. Ainsi, lorsque je danse dans le temps d'improvisation, je danse avec mon passé de danseuse contemporaine, avec ce que représente la danse pour moi, ce que représente les musiques pour moi, etc. Je partage donc un bout de mon histoire, dont le dosage est délicat mais peut se révéler très intéressant. Ainsi, Moyano nous dit :

D'autant plus que le professionnel, informé de ce partage comme support possible du développement des fonctions instrumentales, s'impliquera dans une motricité authentique, cette dernière pouvant être « capturée » pour être intégrée par un système sensoriel et représentatif en latence d'agencement, celui du patient. (Moyano, 2014, pp.293-294)

On pourrait alors faire le parallèle avec la notion de *fonction alpha*, mais déplacée sur le versant corporel. Au lieu de prêter ma pensée et mes mots pour mettre en sens les ressentis des patientes, ici je « prête » mon corps et ma motricité, comme soutien à leur motricité. Ainsi, lorsque je propose aux patientes du groupe de m'imiter lors de l'improvisation si elles n'ont pas d'inspiration, je leur propose un soutien externe à leur expressivité corporelle. La même chose se produit avec Lili lorsque nous dansons avec des bâtons. Dans l'incitation à des mouvements asymétriques à travers mon tonus, je lui propose un autre registre moteur et tonique sur lequel elle peut s'appuyer pour évoluer dans l'espace.

Je voudrais alors explorer les notions de *relation d'implication* et de *miroir structurant* de Moyano. En effet, il définit la *relation d'implication* comme une relation où le thérapeute réalise qu'il est en miroir avec son patient. Je pense alors à mes observations de Gabrielle lors de l'échauffement, où elle passait sur les parties de son corps, de manière simultanée avec mes mouvements. Moyano propose alors d'entrevoir cette action comme un levier thérapeutique :

Mais dans cette emprise, le psychomotricien est actif-passif, c'est-à-dire actif dans les interactions sachant qu'il est, de toute façon et qu'il le veuille ou non, considéré comme un double, position dans laquelle il doit s'abandonner. Dans un second temps, ce double va apporter à l'enfant le plus important, le plus structurant : de la différence et de la nouveauté. Le psychomotricien devra déployer tout son art pour que d'une position de miroir il reflète l'autre non plus comme il est mais comme il va pouvoir bientôt devenir. (Moyano, 2014, p.291)

Ainsi, je réalise dans mes séances que cette notion de miroir est une piste à explorer. Je propose donc cette modalité d'imitation dans l'improvisation dansée, qui

semble provoquer une différence de motricité et de tonicité chez Gabrielle. En effet, Jeannerod et Fournieret (1998) nous disent : « observer l'action d'un autre ne consiste pas seulement à analyser une forme visuelle : c'est déjà construire une image de soi en train d'exécuter la même action » (p.79). J'émetts alors l'hypothèse que les premières séances ont été pour Gabrielle un temps d'intégration de ce que pouvait être son corps dans le mouvement dansé, en se basant sur ce qu'elle observait de moi. Au fur et à mesure de l'avancée du groupe, de sa prise de confiance en elle, en moi et en la bienveillance des autres patientes, Gabrielle a pu mettre en action la représentation de son corps en mouvement, qu'elle semblait élaborer dans les premières séances. La même chose se produit avec Lili et les bâtons : en proposant des mouvements asymétriques, elle les reproduit quand c'est à elle de guider, se reposant sur une modulation tonico-motrice différente proposée en miroir. Ainsi, « tout comme la mère prête son corps en réponse aux besoins du bébé, le thérapeute va occuper la fonction de miroir, d'échoïsation ou de double » (Potel, 2015, p.123).

Cette notion de décalage dans une relation en miroir me fait revenir à *l'accordage affectif* de Stern. En effet, dans l'empathie que j'éprouve envers ces patientes et l'attention que je porte à leur place, pendant un temps, à leurs vécus corporels et psychiques, j'investis la fonction maternante de ma posture professionnelle. Dans le groupe, lors des premières séances, je sens les patientes paralysées à la simple idée de se mettre en mouvement, face aux regards des autres. Dans un ajustement qui se veut le plus authentique envers mes patientes, j'essaie de « détendre l'atmosphère » : je fais des blagues, je parle avec un langage familier, qui me permet de créer un décalage destiné à les sortir d'un mouvement d'angoisse. Ainsi, je profite de toute l'attention que les patientes me portent, comme un surinvestissement d'une personne repère lorsque l'environnement est trop désorganisant, pour provoquer une « fausse note », qui les installe malgré elles dans une dynamique différente.

C'est en passant par le corps, le mien et celui des patientes, qu'un travail plus interne se construit alors. L'image du corps se redéfinit petit à petit par les expériences motrices, le lâcher prise et la confiance en soi se construisent dans les temps d'improvisation dansée, le corps se relâche progressivement lors des temps de relaxation, etc. Ainsi, le travail psychomoteur auprès des patientes anorexiques se centre sur l'offre

d'un espace sécuritaire et contenant, où les patientes peuvent expérimenter leur corps et leur tonicité plus librement. En acceptant de moduler leur hypertonicité, elles (re)découvrent une motricité en relation plus sereine et à leur rythme, (re)développent un sentiment de sécurité interne.

Ainsi, « le corps est un passage obligé dans la construction et dans la vie psychique du sujet » (Robert-Ouvray, 2007, p.28).

2.3. Modalités d'intervention

Comme j'ai pu le mentionner précédemment, le cadre thérapeutique que j'instaure a son importance. Par la fonction paternelle d'abord, incarnée notamment par le vouvoiement et le cadre spatio-temporel stable, instaurant les conditions strictement thérapeutiques de notre relation.

Mais la notion de régularité du cadre a également son intérêt. Reprenons premièrement une définition précise du cadre thérapeutique par Potel, qui le définit par « ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée. Définir ce qui nous fait travailler et ce qui anime une pensée clinique, fera partie de notre cadre » (2021, p.357)

Ici, l'action thérapeutique est contenue dans un temps : le temps de mon stage, précisé aux patientes, le jour du suivi, l'heure du suivi, identique chaque semaine. Elle est contenue dans un lieu : la même salle, avec le même matériel. Enfin, l'action thérapeutique est contenue dans une pensée. En effet, mon cadre est pensé à chaque instant, ce que j'essaie de retranscrire ici.

Mais il est également pensé dans la régularité du contenu du groupe et des suivis individuels. Reprenons le cadre du groupe. Cela commence toujours par un temps, durant lequel nous sommes assises en cercle sur les tapis, où je peux donner des informations techniques et laisser la parole aux patientes pour des remarques ou interrogations. Puis viennent le temps d'échauffement, avec la même musique à chaque séance ; le temps des propositions dansées ; le temps d'improvisation ; le temps de retour au calme et le temps de verbalisation. Ainsi, les consignes et leur régularité ont une fonction de contenance, de stabilité.

Il est intéressant de prendre du recul sur la manière dont j'ai construit ce groupe et l'attention inconsciente que j'ai portée au besoin de contenance des patientes, en instaurant

des règles fixes et des repères stables. Cela rejoint les propos de Bick qui souligne que « l'aspect contenant de la situation analytique réside tout particulièrement dans le cadre », en insistant sur « l'extrême rigueur nécessaire [...] pour les patients narcissiques qui souffrent de défaillance d'introjection de la fonction contenant » (citée par Houzel, 2005, p.125). Ainsi, je comprends par ses mots comme mon besoin prégnant de construire un groupe contenant a vu le jour par le contre-transfert fort que j'ai ressenti des patientes et de leur fragilité narcissique.

C'est donc par la régularité spatio-temporelle et la stabilité instaurée par des règles et des temps fixes au sein du groupe que les patientes ont progressivement pu prendre confiance au sein de mon cadre thérapeutique, animé par ma posture, le contenant et le contenu du groupe. Petit à petit, elles ont pu investir les consignes et leur corps jusqu'à pouvoir l'écouter et verbaliser leurs ressentis.

Ainsi, dans une fonction presque maternelle, le cadre assure un espace contenant et soutenant, qui comme la mère, accompagne l'exploration motrice et relationnelle de son environnement et soutient ainsi l'émergence de la symbolisation, ici redécouverte par les patientes.

2.4. Positionnement, habitation corporelle et relationnelle

Nous arrivons donc à la dernière partie de la citation de Joly, qui me servira de conclusion à ces réflexions théorico-cliniques sur la posture soignante.

Ainsi, c'est en prenant du recul sur mon cadre interne, sur les attitudes que j'ai envers mes patientes, sur la spécificité de mon futur métier, sur le cadre thérapeutique que j'instaure et ses raisons, que je peux prendre position. Je décide alors de mon positionnement en tant que future psychomotricienne auprès de patientes anorexiques, dans une institution qui incarne ses propres positionnements sur le sujet.

Et ce positionnement s'accompagne ensuite d'une habitation de ce dernier. Dans mon corps premièrement : comment je me positionne, comment je m'implique corporellement, qu'est-ce que je donne à voir et à partager avec les patientes, quels intérêts sers-je en me positionnant ainsi ? Puis dans ma modalité relationnelle avec elles : comment accueillir, comment accompagner, comment soutenir, comment s'effacer quand nécessaire, comment investir la fonction maternelle et paternelle, simultanément ou successivement ?

C'est dans une réflexion globale et complète, guidée par les mots de Joly, que je pose un regard et des mots sur ma posture professionnelle dans ce cadre particulier de stage de troisième année en psychomotricité auprès de patientes anorexiques, qui par ailleurs ont un âge similaire au mien. C'est une réflexion qui m'a paru fondamentale à développer, en parallèle d'un besoin fort de compréhension et d'ajustement de cette posture au sein de ma clinique. Le regard théorique et clinique que j'ai pu apporter sur l'hypertonie des patientes m'a confirmé ce besoin d'approfondissement théorico-clinique sur ma posture, la solidifiant ainsi davantage, étayée par des auteurs et autrices qui m'ont beaucoup parlé.

Tout ce travail n'est pour autant pas la conclusion finale et définitive d'une réflexion personnelle sur ma posture professionnelle. A l'inverse, ce n'est que le commencement d'une remise en question qui, j'espère, me suivra tout au long de ma future carrière professionnelle.

Ainsi, je finirai cette partie théorico-clinique en citant Potel :

L'élaboration – qui s'impose au thérapeute pour comprendre ce qu'il agit, ce qu'il éprouve, ce qui le met en un certain état émotionnel (au-delà de ses propres humeurs et états d'âme) dans sa relation au patient – n'est pas la garantie d'une clairvoyance et d'une transparence totale sur ce qui se passe en lui. Il existera toujours des points aveugles dans le domaine si sensible de la relation à un autre, et c'est un vœu pieu que d'imaginer l'être humain en capacité de « pleine conscience » » (2015, p.122).

CONCLUSION

C'est ainsi que se conclut mon mémoire, trace d'une réflexion continue tout au long de mon stage de troisième année. En effet, ce stage est venu chercher en moi des réponses à des questions qui ne s'étaient jamais posées, ou du moins que je n'avais pas pu entendre auparavant. Le travail psychomoteur auprès de patientes souffrant d'anorexie mentale, dans un contexte de fin de formation, m'a fait grandir, humainement et professionnellement. Au sein de ma troisième année, ce fut un des espaces déterminants pour la construction de mon identité professionnelle, prise entre mon histoire personnelle, ma formation et la réalité du terrain explorée en stage.

Ainsi, dans un ajustement précis et continu de sa posture professionnelle, le psychomotricien introduit une approche différente auprès de la population souffrant de TCA, dans la mise en lien entre tonus et émotions, entre corps et relation, entre insécurité interne et sentiment d'identité.

Encore peu reconnue dans les services TCA, cette profession tend à se faire connaître davantage, de par le regard spécifique et l'expertise psychomotrice sur les notions de tonicité, d'image du corps et d'un corps en relation, avec soi et les autres.

La réflexion et les tentatives de compréhension de cette carapace tonique m'ont amenée à l'expliquer d'un point de vue d'expression symptomatique d'une base narcissique psycho corporelle défaillante, ainsi que d'un point de vue de fonction de protection de leur intégrité, psychique et physique. Dans la fragilité de son enveloppe psychique, la patiente anorexique aurait un besoin fondamental de retour à soi, de protection face à un environnement extérieur et intérieur insécurisant.

Pour poursuivre le travail engagé, il serait alors intéressant d'aller explorer la cause de cette défaillance d'enveloppe psychique, de ce manque de sécurité interne. J'avais mentionné plus haut l'intérêt de regarder d'un peu plus près les enfances des patientes. En effet, on peut questionner leur développement psychomoteur, en lien avec la qualité de leur environnement parental. Ainsi, il serait intéressant de se pencher sur la construction

primaire de leur base narcissique psycho corporelle, en lien avec leur contexte tonico-affectif.

Par ailleurs, en partant du postulat que le sentiment de sécurité interne s'est construit « correctement », on pourrait alors formuler l'hypothèse d'une « détérioration » de celui-ci, suite à une attaque extérieure. La prévalence de vécus de violences physiques et sexuelles auprès des patientes souffrant de TCA interpelle alors. En effet, c'est un sujet qui demande à être étudié, dans le lien entre vécu traumatique physique et manque de sécurité interne, qui provoquerait alors la mise en place d'une carapace tonique. On pourrait, par exemple, formuler cette hypothèse pour le cas de Gabrielle, ayant un passé de violences sexuelles, dans un vécu fréquent d'intrusion et de transgression de ses limites physiques et psychiques. Pourrait-il être une des causes à l'origine de son insécurité interne et externe ? De son besoin de carapace tonique ?

Ainsi, dans mes débuts en tant que psychomotricienne, j'espère pouvoir continuer mon travail auprès de patientes souffrant de TCA, continuant ainsi à observer, interagir et proposer d'autres pistes de compréhension psychomotrice à cette pathologie.

BIBLIOGRAPHIE

- Ajuriaguerra, J. de. (1956). Intégration de la motilité. *Enfance*, 9(2), 15-18.
<https://doi.org/10.3406/enfan.1956.1511>
- Amad, A., Camus, V., Geoffroy, P. A., Thomas, P., & Cottencin, O. (2016). *Référentiel de psychiatrie et addictologie; psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie*. Presses universitaires François-Rabelais.
https://www.cunea.fr/sites/default/files/ref_psy_add_def_2021.pdf
- Ameli, A. maladie. (2023, janvier 17). *Anorexie mentale: Définition et causes*. ameli.fr.
<https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/anorexie-mentale/definition-frequence-causes>
- Anzieu, D. (1985). *Le Moi-peau* (Dunod). http://psycha.ru/fr/anzieu/1985/moi_peau19.html
- Association Mémoire Traumatique et Victimologie. (2015). *Impact des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte*.
<https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/campagne2015/2015-Rapport-enquete-AMTV.pdf>
- Benjamin, M. (2013). La fonction de l'analyste en séance. In *Le travail du préconscient à l'épreuve de l'adolescence* (p. 349-378). Presses Universitaires de France.
<https://www.cairn.info/le-travail-du-preconscient-a-l-epreuve-de--9782130617341-p-349.htm>
- Boukoba, C. (2003). La clinique du holding Illustration de D.W. Winnicott. *Le Coq-héron*, 173(2), 64-71. <https://doi.org/10.3917/cohe.173.0064>
- Bullinger, A. (2006). Approche sensorimotrice des troubles envahissants du développement. *Contraste*, 25, 125-139. <https://www.cairn.info/revue-contraste-2006-2-page-125.htm>
- Calza, A., & Contant, M. (2012). *Corps, sensorialité et pathologies de la symbolisation* (Elsevier Masson).

- Ciccone, A. (2012). Contenance, enveloppe psychique et parentalité interne soignante. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 2(2), 397-433. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/jpe.004.0397>
- Crocq, M.-A., & Guelfi, J.-D. (2015). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e éd). Elsevier Masson.
- Dejours, C. (2009). Corps et psychanalyse. *L'information psychiatrique*, 85(3), 227-234. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8503.0227>
- Dolto, F. (1992). *L'image inconsciente du corps* (Seuil).
- FPS. (2020). *Analyse : Les troubles du comportement alimentaire : Un enjeu féministe ?* <https://www.soralia.be/wp-content/uploads/2020/09/Analyse-TCA-EC.pdf>
- Gagné, D., & Lachapelle, M. (2022, mai 12). *Statistiques sur les agressions sexuelles*. Institut National de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/agression-sexuelle/statistiques>
- Gaucher Hamoudi, O., Carrot, G., & Faury, T. (2011). *Anorexie, boulimie et psychomotricité* (Heures de France).
- Guilleminot, D., & Crombez, Y. (1989). 1. Sémiologie élémentaire de l'inhibition. In *L'Enfant inhibé* (p. 14-61). Presses Universitaires de France; Cairn.info. <https://www.cairn.info/l-enfant-inhibe--9782130425427-p-14.htm>
- Houzel, D. (2005). *Le concept d'enveloppe psychique* (In Press).
- Houzel, D. (2016). Le sentiment de continuité d'existence. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 6(1), 115-130. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/jpe.011.0115>
- Jeannerod, M., & Fournieret, P. (1998). Chapitre II. Être agent ou être agi De l'intention à l'intersubjectivité. In *Subjectivité et conscience d'agir dans la psychose* (p. 75-98). Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.grivo.1998.01.0075>
- Joly, F. (2014). Psychomotricité et médiations corporelles thérapeutiques. In *Où en est la psychomotricité ? Etat des lieux et perspectives, pour une approche psychodynamique* (IN PRESS).

- Jouanne, C. (2006). L'alexithymie : Entre déficit émotionnel et processus adaptatif. *Psychotropes*, 12(3-4), 193-209. <https://doi.org/10.3917/psyt.123.0193>
- Kern, L., Kotbagi, G., & Romo, L. (2017). La pratique problématique de l'activité physique. *Pratiques en nutrition*, 13(52), 24-26. <https://doi.org/10.1016/j.pranut.2017.09.006>
- Larousse. (s. d.). Définitions : Tonus. In *Dictionnaire de français Larousse*. Consulté 6 février 2023, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/tonus/78433>
- Lesage, B. (2021). Tonicité : Modulation, accordage, expressivité et rencontre. In *Un corps à construire* (p. 119-174). Érès. <https://www.cairn.info/un-corps-a-construire--9782749269771-p-119.htm>
- Lévy, J.-M. (2013). 3. Repérage des enjeux psychiques dans l'anorexie. In *Anorexies et boulimies à l'adolescence: Vol. 4e éd.* (p. 39-50). Doin; Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/jle.alvin.2013.01.0039>
- Marcelli, D., & Bachollet, M.-S. (2010). Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements. *Enfances & Psy*, 49(4), 14-19. <https://doi.org/10.3917/ep.049.0014>
- Ministère des affaires sociales et de la santé. (2017). *Instruction n°DGOS/R4/2017/30 relative à la mise en œuvre d'une enquête nationale sur le déploiement de la prise en charge des activités de soins, d'enseignement et de recherche sur les troubles du comportement alimentaire (TCA) dans les établissements de santé*. https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2017/17-02/ste_20170002_0000_0047.pdf
- Moyano, O. (2014). Du corps au psychisme : La relation d'implication, un miroir structurant. In *Où en est la psychomotricité ? Etat des lieux et perspectives, pour une approche psychodynamique* (IN PRESS).
- Munoz, G. (2015). *Le polyhandicap : Une problématique psychomotrice existentielle (ou l'épineuse question du « T'as mal où »). Thérapie psychomotrice et recherches*(176).
- Potel, C. (2006). *Corps brûlant, corps adolescent Des thérapies à médiations corporelles pour les adolescents ?* (érès).

Potel, C. (2015). *Du contre-transfert corporel* (érès).

Potel, C. (2021). *Être psychomotricien* (érès).

Rigaud, Pr. D. (2019, septembre). *La sensorialité et TCA*. www.anorexie-et-boulimie.fr.
<https://www.anorexie-et-boulimie.fr/articles-989-la-sensorialite-et-tca.htm>

Robert Ouvray, S. (2010). *Intégration motrice et développement psychique* (Desclée de Brouwer).
Desclée de Brouwer.

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

Stern, D. (2009). *Le monde interpersonnel du nourrisson* (Presses Universitaires de France).

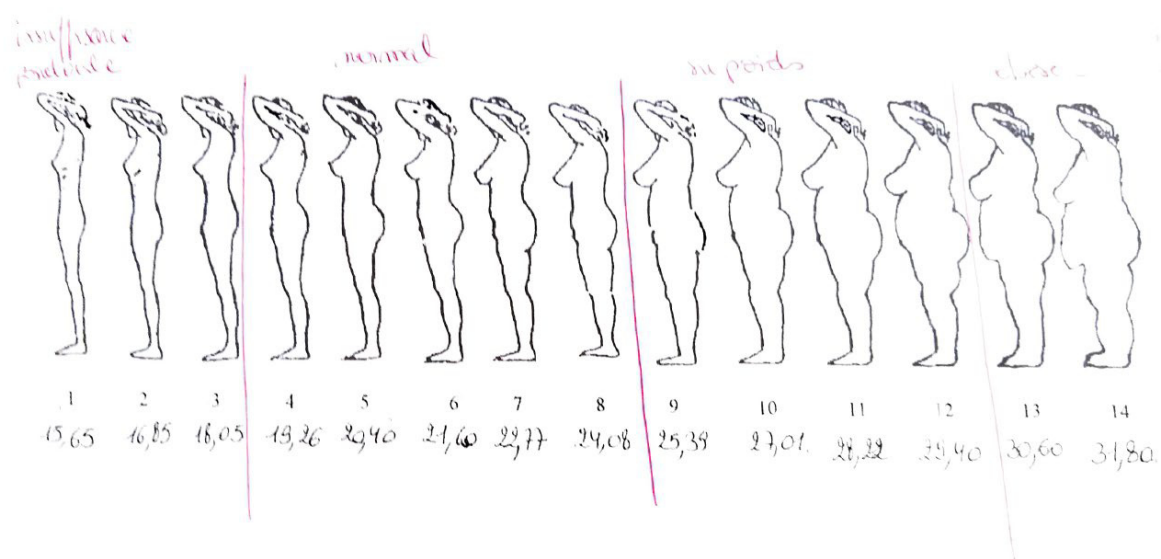
W. Pireyre, E. (2021). *Clinique de l'image du corps (Du vécu au concept)* (Dunod).

Winnicott, D. W. (1971). *Jeu et réalité* (Gallimard).

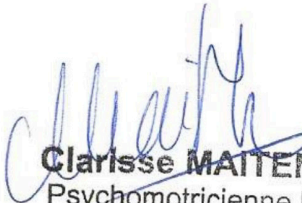
Winnicott, D. W. (1992). *Le bébé et sa mère* (Payot).

ANNEXE

Annexe I : épreuve des silhouettes



Vu par la maîtresse de mémoire,
Clarisse Maitenaz
À Lyon,
Le 8 mai 2023



Clarisse MAITENAZ
Psychomotricienne D.E.
6 allée du Parc 69003 LYON
Tél. : 06.64.69.12.11

Auteur : Louise-Blanche AUBRY BLU

Titre :

La carapace tonique à l'épreuve de la relation

L'ajustement du psychomotricien face à l'hypertonicité des patientes anorexiques

Mots – clés :

Anorexie mentale – Hypertonicité – Posture soignante – Modalité relationnelle

Anorexia nervosa – Hypertonicity - Professionnal Healthcare Approach - Interaction

Résumé :

Gabrielle, 16 ans, que je rencontre en groupe de mouvement dansé et Lili, 21 ans, que je rencontre en suivi individuel sont des patientes souffrant d'anorexie mentale, hospitalisées dans l'institution où j'effectue mon stage. Rapidement, je suis interpellée par leur hypertonicité et leur modalité relationnelle particulière, à leur propre corps et aux autres. Ainsi, je propose une réflexion sur le travail psychomoteur auprès de cette population, notamment sur l'équilibre délicat de l'ajustement de sa posture professionnelle, entre fonction maternelle et paternelle.

During my internship, I met a 16-year-old patient in a dance group, named Gabrielle. I also met Lili who is 21 years old for an individual therapy. They are both hospitalized for anorexia nervosa.

At once, I noticed their special way to interact with others and with their own body as well as their hypertonicity. Therefore, I am going to develop my observations and thinking about psychomotor therapy with anorexic patients, especially about the delicate professional posture to adopt with them.