HAL open science

Être-au-monde et habiter son corps : ce que la corporéité nous apprend des troubles psychiques

Lili Roux

▶ To cite this version:

Lili Roux. Être-au-monde et habiter son corps : ce que la corporéité nous apprend des troubles psychiques. Médecine humaine et pathologie. 2023. ⟨dumas-04244769⟩

HAL Id: dumas-04244769

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04244769v1

Submitted on 16 Oct 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Autorisation HAL

HAL Authorization

Institut de Formation en Psychomotricité
de la Pitié Salpêtrière
Faculté de Médecine Sorbonne Université
91, Bd de l'Hôpital
75013 Paris

Être-au-monde et habiter son corps

Ce que la corporéité nous apprend des troubles psychiques

Mémoire présenté par Lili Roux

en vue de l'obtention du Diplôme d'État de Psychomotricité

Référente de mémoire :

Françoise Giromini

Session Juin 2023

REMERCIEMENTS

Je remercie Françoise Giromini d'avoir permis à ce mémoire de voir le jour et d'avoir enrichi ma réflexion par sa vision de l'humain-patient.

Je remercie Mélisande Le Corre, pour son accompagnement à la fois riche, rigoureux et généreux. Merci de m'avoir fait découvrir sa psychomotricité passionnante et de m'avoir accompagnée vers la mienne.

Je tiens à remercier Marlyse Peltier, Alexandre Constant, Anne Vachez-Gatecel et Marion Anquetil, que j'ai eu le plaisir de rencontrer et qui, d'une manière ou d'une autre, ont influencé l'élaboration de ce mémoire.

Merci à Monsieur Ca et l'ensemble des patients dont j'ai croisé la route pour cette précieuse expérience humaine.

Je remercie enfin mes proches pour leur présence et leur tendresse. Mes parents, Charlotte, mon frère, mes amies Sassia et Mila, merci d'*être au monde*.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION……..8

PARTIE CLINIQUE : MONSIEUR CA……...10

1) Contexte de la rencontre : la structure et ma place de stagiaire.....10
2) Rencontre avec Monsieur Ca……13

PREMIÈRE PARTIE THÉORIQUE : TONICITÉ, POSTURATION, SPATIALITÉ....21

I/ TONUS ET TONICITÉ…….....21
1) Le tonus…….....21
a) Qu'est-ce que le tonus ?…….....21
b) Corps et émotions……..22
c) Le dialogue tonico-émotionnel……..23
2) La tonicité……25
a) Qu'est-ce que la tonicité ?…….....25
b) La tonicité comme sentiment de Soi…….....25
c) La tonicité, canal de l'expressivité et de la communication.....27
II/ POSTURATION……..30
1) Qu'est-ce que la posture ?…….....30
2) Les plans de l'espace……31
3) La posture est un dialogue avec le monde....…….....32
4) Le chez-soi postural…….....34
5) Le principe des chaînes musculaires de Godelieve Struyf-Denis.....34
III/ CORPORÉITÉ DE MONSIEUR CA : TONICITÉ, POSTURATION, SPATIALITÉ.....39
1) Tonicité : être dur…….....39
2) La mise au silence du mouvement……40
3) Posturation : la fermeture au monde……41

DEUXIÈME PARTIE THÉORIQUE : ENVELOPPES PSYCHOCORPORELLES.....43

I/ LE CONCEPT D'ENVELOPPE PSYCHOCORPORELLE…….....43
1) À la genèse du concept d'enveloppe psychocorporelle : l'enveloppe psychique.....43
2) Le rôle de la sensorialité dans la constitution des enveloppes.....46
II/ LE MOI-PEAU ……....49
1) Le cutané et le tactile…….....49
2) Le Moi…….....52
3) Constitution et fonctions du Moi-peau…….53
III/ ENVELOPPES PARTICULIÈRES……55
1) Enveloppe musculaire…….....56
2) Enveloppe de souffrance…….....57
3) Impact de la rue sur l'enveloppe……...59
IV/ ENVELOPPES PSYCHOCORPORELLES DE MONSIEUR CA.....60
1) Une enveloppe poreuse et effractée…….....61
2) L'enveloppe tonique…….....63
3) L'enveloppe de souffrance…….....64
4) Une enveloppe à raccommoder : le vêtement.....65
5) En conclusion, le travail avorté de l'enveloppe en psychomotricité.....66

TROISIÈME PARTIE THÉORIQUE : APPROCHE PHÉNOMÉNOLOGIQUE DE LA CORPORÉITÉ…….....68

0. Qu'est-ce que la phénoménologie ? …….....68
I/ GRANDS CONCEPTS DE LA DASEINSANALYSE…….....70
1) Corporéité……70
a) Le corps-porteur et le corps-en-apparition.....70
b) L'unité du Sentir et du Se Mouvoir comme mode premier d'être-au-monde.....71
c) La stance, noyau de l'existence……..73
2) Spatialité : le corps à l'espace…….....74
3) Temporalité : temps vécu et mnésique du corps……...77
4) Contact avec le monde et avec autrui……....79
5) La douleur : apport anthropologique de Buytendijk…….....81

II/ QUELLE APPLICATION DE LA PHÉNOMÉNOLOGIE EN CLINIQUE ?.....83
III/ L'ÊTRE-AU-MONDE DE MONSIEUR CA.....85
1) Un Soi-monde impuissant dans une *Stimmung* agressive.....85
2) Direction des sens : la Stance s'oppose à la Chute.....87

CONCLUSION.....88

POST-FACE : ÉPILOGUE DE MA RENCONTRE AVEC MONSIEUR CA.....90

BIBLIOGRAPHIE……91

ANNEXE……..96

Baby you understand me now
If sometimes you see that I'm mad
Don't you know, no one alive can always be an angel
When everything goes wrong, you see some bad
But I'm just a soul whose intentions are good
Oh Lord, please don't let me be misunderstood

Nina Simone

INTRODUCTION

Comment perçoit-il l'environnement ? Que ressent-il dans son corps ? Comment vit-il le monde ?
Tels sont les questionnements qui m'ont habitée lors de mon entrée dans le milieu hospitalier, en tant que stagiaire psychomotricienne. Je me trouvais face à des patients polyhandicapés ou schizophrènes, dont le rapport au monde me paraissait si éloigné du mien. La question du vécu me semblait alors fondamentale : il me paraissait indispensable de comprendre comment ils se vivaient et vivaient le monde pour pouvoir les soigner.

Mais comment accéder au vécu d'autrui ? Par définition, celui-ci nous est inaccessible. Il existe pourtant une discipline, nommée phénoménologie, qui a pour ambition de décrire l'expérience subjective d'autrui. Pour ce faire, on envisage l'humain sous le prisme de son rapport au monde : comment reçoit-il le monde et s'y donne-t-il en retour ? Cette articulation se nomme l'*être-au-monde.*
Psychomotricité et phénoménologie se rejoignent autour de la notion de corporéité. Par corporéité, nous entendons la façon dont un individu habite son corps. Elle est toujours sous l'influence de dynamiques psychiques, émotionnelles et relationnelles. Dans ma rencontre avec les patients, c'est cette manière d'être son corps que j'ai interrogée pour tenter de comprendre quel était leur vécu du monde.

Dans ce mémoire, nous établirons des ponts entre psychomotricité et phénoménologie en nous demandant : en quoi notre corporéité est-elle révélatrice de notre être-au-monde ?

Ce questionnement s'articulera autour de la rencontre avec un patient, Mr Ca. Tout au long de ce mémoire, nous analyserons la corporéité de Mr Ca en nous demandant ce qu'elle révèle de son rapport au monde. Une première partie clinique présentera le patient et la structure dans laquelle a eu lieu notre rencontre. À partir de la réflexion clinique, nous dégagerons plusieurs pensées théoriques. Nous proposerons trois manières d'aborder la corporéité de Mr Ca : approches d'orientations psychocorporelle, psychanalytique et phénoménologique. Chacune relève d'un champ théorique d'orientation différente, mais toutes se rejoignent autour de la psychomotricité. Dans la première partie théorique, nous verrons quelles sont les dynamiques psychoaffectives sous-jacentes à la tonicité, à la posturation et la spatialité. Dans la deuxième

partie, nous nous pencherons sur le concept des enveloppes psychocorporelles et la manière dont le corps tend à les reformer lorsque celles-ci se trouvent défaillantes. Enfin, nous examinerons dans une troisième partie comment l'ambiance interne d'un individu se traduit par sa corporéité et son rapport à spatialité, à la temporalité et à l'altérité tout en influençant la manière dont il se donne au monde.

PARTIE CLINIQUE :

MONSIEUR CA

1) Contexte de la rencontre : la structure et ma place de stagiaire

C'est dans le cadre d'un stage en Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA) que je rencontre Mr Ca[1]. Il s'agit d'une structure internalisée de psychiatrie carcérale, c'est-à-dire un lieu de soins psychiatriques pour des personnes incarcérées.

L'UHSA est un bâtiment séparé appartenant à un grand groupe hospitalier. Les patients y sont transférés depuis la prison lorsqu'ils nécessitent une prise en charge psychiatrique complète. Certains y restent quelques semaines avant de retourner en détention, d'autres y sont pris en charge plusieurs mois voire plusieurs années, bien que stabilisés. Les patients sortent soit sur avis médical pour retourner en détention, soit parce qu'ils atteignent la fin de leur peine.

Le fonctionnement de l'UHSA rassemble les conditions pénitentiaires et hospitalières. Certaines particularités dans son règlement la différencient de la prison. Les différences notables sont récapitulées dans le tableau suivant. Notons que les conditions de vie ne sont pas tout à fait les mêmes dans les différents lieux de détention et varient selon le règlement intérieur de chaque établissement. Ce tableau ne se veut ni exhaustif ni absolu, il rapporte une généralité issue des propos de différents patients.

[1] Mr Ca est l'acronyme que nous utiliserons dans le mémoire pour désigner le patient.

	UHSA	Détention
Promenade	Accès libre entre 9h et 13h et entre 15h et 19h	2h par jour
Chambre / Cellule	Individuelle	Partagée avec un voire deux codétenu(s)
Hygiène	Douche personnelle et propreté des locaux	Accès restreint aux douches et locaux vétustes
Sphère sociale	Échanges interpersonnels favorisés (entre patients et avec l'équipe soignante)	Échanges interpersonnels restreints, souvent violents et intéressés
Loisirs	Restriction horaire sur la télévision (éteinte à partir de 23h), pas d'accès aux téléphones personnels et produits illicites, peu d'aménagements pour une pratique sportive	Pas de restriction horaire sur la télévision, accès aux téléphones et produits illicites plus facile (bien qu'interdit), accès à une salle de sport dans certaines prisons
Sécurité	Meilleure garantie de sécurité	Dangerosité, menaces, violence

Certains patients préfèrent vivre en détention car ils y bénéficient d'une plus ample liberté dans la gestion de leur journée. Ils mangent, dorment et regardent la télévision quand ils le souhaitent. Ils peuvent faire leur propre cuisine et parfois fumer du cannabis. Et, tacitement, ils n'ont pas à se soigner ni à prendre de traitement. L'anosognosie est en effet fréquente et conduit les patients à ne pas donner de sens aux soins qui leurs sont imposés. D'autres se plaisent à l'UHSA car ils peuvent y entretenir des contacts bienveillants et se sentir en sécurité, ou encore pour des raisons d'hygiène ou le fait d'être en chambre individuelle.
Certains patients se présentent en tant que 'détenus' tandis que d'autres se considèrent comme 'patients'. De même, certains parlent de leur chambre comme d'une 'cellule' là où d'autres la qualifient de 'chambre'. L'équipe soignante met un point d'honneur à les considérer, et à ce qu'ils se considèrent, comme patients avant que d'être détenus.

L'UHSA est divisée en trois unités, accueillant chacune une quinzaine de patients. Ils y sont répartis selon leur état sur le plan psychiatrique. Les unités 1 et 2 accueillent les nouveaux arrivants et les patients en état aigu. Les patients stabilisés dont la prise en charge s'inscrit sur le long cours sont dirigés vers la troisième unité.

Chaque unité est une aile qui comporte les chambres des patients, une salle commune, un réfectoire, une cour de promenade et différents bureaux (infirmiers, médecins, psychologues,

assistantes sociales). Dans la salle commune, on trouve des fauteuils, des canapés et des tables, une télévision avec une playstation, des jeux de société (rarement investis par les patients), un poste de radio et un babyfoot. Elle donne libre accès à la cour de promenade et au réfectoire. Les patients y sont regroupés durant la journée avec plusieurs membres de l'équipe soignante. Ils sont en chambre fermée la nuit et deux heures dans l'après-midi, temps sur lequel ont lieu les réunions cliniques, les transferts et le déjeuner des équipes.
Il arrive que des patients restent en chambre durant la journée au lieu d'aller en salle commune : soit parce qu'ils le souhaitent, soit sur décision médicale d'isolement thérapeutique ou d'apaisement, ou encore en cas de sous-effectif du personnel.

Régie par les règles pénitentiaires, la circulation est restreinte à l'UHSA. Au sein de l'unité, les portes sont gardées fermées à clé par l'équipe soignante. Au-delà, le personnel pénitentiaire contrôle l'accès entre chaque pièce et chaque couloir de la structure, impactant la mobilité générale. Les patients ne peuvent pas se déplacer hors de l'unité sans être accompagnés d'un soignant ou d'un membre de l'équipe pénitentiaire.

La salle de psychomotricité et l'atelier d'ergothérapie forment le pôle « Activités thérapeutiques », situé hors des trois unités. Pour nous y rendre, nous devons aller chercher les patients dans leurs unités et passer avec eux les différentes portes surveillées par l'équipe pénitentiaire. En sortant de séance, les patients passent par un détecteur à métaux avant de pouvoir retourner dans les unités.

Les séances ont lieu dans cette grande pièce qui marque de prime abord (du premier souvenir que j'en ai, ainsi que des réactions des patients) par son aspect calme, chaleureux et exotique. Des guirlandes lumineuses attirent l'œil, un diffuseur d'huiles essentielles émet une odeur reconnaissable qui devient vite familière et les posters au mur affichent des paysages. Parfois, une musique de fond et une lumière tamisée viennent renforcer le calme de l'atmosphère.

Je suis présente dans la structure un jour et demi par semaine. Une autre stagiaire vient la demi-journée (le jeudi matin), durant laquelle nous animons ensemble un groupe. La journée entière (le vendredi) est consacrée aux séances individuelles.
Le psychiatre pose les indications en psychomotricité. Lorsque nous rencontrons un patient, nous procédons à son évaluation psychomotrice à l'issue de laquelle nous mettons en place le projet thérapeutique et les modalités de la prise en charge (en groupe et/ou en individuel ainsi

que la fréquence). Bien entendu, le déroulé tel que je le présente ici n'est pas toujours aussi lisse. Il est souvent soumis aux aléas humains et institutionnels. Mr Ca par exemple n'a pas été accessible à l'évaluation psychomotrice, et nous avons amorcé un suivi sans évaluation.
Les prises en charges individuelles ont lieu en présence de la psychomotricienne. Lors de la rencontre, nous déterminons laquelle de nous deux sera la « thérapeute principale » du patient, c'est-à-dire celle qui imagine le projet thérapeutique et guide les séances. La seconde est alors plus effacée, elle est en posture d'observation lorsqu'elle n'est pas intégrée à la séance sous forme de participation active. Avec Mr Ca, nous mènerons toutes deux les séances.

2) Rencontre avec Mr Ca

Mr Ca est récemment arrivé dans l'institution lorsque le psychiatre pose pour lui l'indication en psychomotricité. Je ne le connais pas mais l'ai déjà croisé dans son unité, il m'avait interpelée par son attitude présente mais fermée avec ses cheveux couvrant son regard. La prescription du médecin indique « évaluation diagnostique : trouble schizo-affectif ou bipolaire ? ».

Je le rencontre une première fois dans l'unité pour le prévenir de l'indication en psychomotricité et fixer un rendez-vous. Lorsque je vais à sa rencontre, il est inclus dans un petit groupe de patients qui bavardent entre eux et écoutent de la musique sur le poste radio, mais ne semble pas participer aux échanges. Alors que je me présente, il questionne ce qu'est la psychomotricité mais me regarde à peine, me parle sans orienter ni son corps ni son facies dans ma direction. Il accepte facilement le rendez-vous que je lui propose dans la journée.

Mr Ca est un homme de vingt-trois ans, de taille moyenne, de morphologie fine et tonique. Ses cheveux bouclés lui barrent le regard quand ils ne sont pas coiffés en tresses collées. Sa démarche est décidée et sagittale avec un rebond important. Son expressivité corporelle est pauvre mais engage la gestuelle des membres supérieurs pour accompagner son discours, avec un axe peu mobile et un faible investissement de l'espace.
Il se présente globalement en fermeture corporelle ; de typologie musculaire à dominance antéro-latérale[2], avec un port de tête bas et un regard orienté vers le sol. Son corps se rassemble

[2] Selon la typologie des chaînes musculaires élaborée par Godelieve Struyf-Denis. La chaîne antéro-latérale est indentifiable par le raccourcissement des muscles adducteurs et rotateurs internes. Elle se caractérise par une posture en fermeture au niveau des ceintures et en rotation médiane des membres. Le concept des chaines musculaires sera approfondi plus loin.

autour de l'axe et semble se densifier. Sa posture convoque une rotation interne des membres supérieurs. Sa ceinture scapulaire est en restriction frontale, comme si ses deux épaules tentaient de se rejoindre par l'avant.

Malgré une présentation corporelle en fermeture, c'est avec surprise qu'en séance nous découvrons sur le plan relationnel un jeune homme qui s'ouvre et parle volontiers. Il s'engage dans un discours prolixe tournant autour de son histoire. Nous apprenons alors son lourd parcours de vie qu'il énonce sans s'arrêter, comme s'il essayait de s'en vider. Sa mère, qui était atteinte de bipolarité, s'est suicidée avec la pompe à insuline du patient (qui souffre de diabète). Il dit porter une grande responsabilité dans ce suicide « à cause des conneries » qu'il a faites, « lui menant la vie dure ». La mère occupe beaucoup de place dans le discours et il parle d'elle au présent. À l'âge de cinq ans, il a été placé de familles d'accueil en familles d'accueil. Il garde un souvenir distant vis-à-vis de ces familles, desquelles il raconte s'être tenu à l'écart. Il a ensuite vécu quelques années en Martinique avec son père durant son adolescence, avant de vivre à la rue en métropole. C'est la deuxième fois que Mr Ca se trouve en détention, cette fois-ci pour un vol commis alors qu'il vivait à la rue. Un jour, il laissera entendre à demi-mot qu'il a été abusé sexuellement par son père. Il révèle un parcours de vie carencé et traumatique.
En creux, la question de l'identité se dégage. Le patient témoigne d'une quête identitaire, à l'origine d'un vécu de souffrance, qui s'observe dans l'identification fréquente et indistincte à la mère et aux origines créoles.

Le discours est difficilement canalisable et suit un fil tumultueux : un sujet en amène un autre, le patient enchaîne les paroles sans nous inclure dans un réel échange. Il nous met, la psychomotricienne et moi-même, en position d'écoutantes et non pas d'interlocutrices. Il soutient notre regard presque sans ciller. Quand il s'adresse à moi, j'ai la représentation qu'un couloir se crée entre son visage et le mien, un tube soutenu par son regard et sa parole, dans lequel il fait couler cette même parole. Lors de ces instants durant lesquels il s'enfonce dans son discours, son regard paraît vide, désincarné.

Il s'organise dans le plan sagittal, que ce soit dans l'échange verbal ou dans sa motricité.
Nous avons peu l'occasion d'observer Mr Ca en mouvement, la sphère corporelle étant largement mise à distance. Cette observation se résume principalement aux déplacements entre la salle de psychomotricité et l'unité. Sur ce chemin, il est généralement devant et c'est lui qui ouvre et nous tient les lourdes portes. Ce schème, qui devrait de manière optimale convoquer

une rotation au niveau cervical ou axial pour accompagner la main qui retient la porte, est réalisé par le patient avec peu de variation de plans. Tout son corps reste orienté vers l'avant tandis que seul son bras reste en arrière, maintenant la porte de manière peu efficace.
De même, lors de nos échanges au bureau, quelque chose de sagittal se dégage. Nous sommes trois, chacun assis à un côté de la table. Mr Ca n'inclut pas la dimension de transversalité que requerrait un échange à plusieurs, supposant la fluidité de s'orienter tour à tour vers l'un ou l'autre de ses interlocuteurs. Au contraire, son visage se tourne vers la personne à qui il s'adresse qu'il fixe droit dans les yeux de manière continue, sans intégrer la troisième personne par son attitude corporelle.

> On observe chez le patient une certaine difficulté à accéder à une position intermédiaire, que ce soit au niveau corporel (avec l'investissement quasi exclusif du plan sagittal), au niveau relationnel (difficultés à respecter les tours de parole), ou dans le discours prolixe dont le fil est parfois confus.

Lorsqu'il est questionné sur son rapport au corps, le patient décrit des blessures ou des douleurs. La violence occupe une grande place. « J'ai mal au côtes, c'est à cause d'un pneumothorax que j'ai développé suite à un coup de couteau ». « J'ai des problèmes d'équilibre, c'est à cause d'un trou que j'ai dans la dent. Je ne veux pas le soigner car je préfère garder mes douleurs, elles me rendent plus fort. »
Il décrit son corps dans sa dimension fonctionnelle, assurant que malgré son jeune âge il observe une altération de ses capacités due à divers problèmes de santé. À une question axée sur un ressenti corporel, il commence généralement par nommer une sensation désagréable avant d'orienter son discours vers quelque chose de général, fonctionnel, voire savant. « J'ai mal aux genoux quand je reste trop longtemps en position de flexion, après ça craque, et j'ai mal quand je marche. Vous savez, il y a un liquide normalement dans l'articulation, je crois que je n'en ai pas assez. Ou alors c'est à cause de la croissance, car les hommes font leur croissance jusqu'à vingt-cinq ans. ».

De son passé à la rue, il garde certaines particularités sensorielles telles qu'une affinité pour le dur. Il n'aime pas les matelas mous et dit être plus à l'aise pour dormir sur une surface dure. Il a d'ailleurs demandé à changer le matelas de sa chambre pour un matelas plus dur en arrivant à l'UHSA. Nous le voyons parfois endormi sur des tables dans l'unité.

Au-delà des blessures, son corps se vit principalement au travers du diabète. Mr Ca a été diagnostiqué diabétique à six ans. La première fois qu'il évoque sa maladie, il la personnifie en parlant d'elle comme « une personne, constamment derrière lui, qui le suivra toute sa vie ». Son diabète a d'ailleurs été diagnostiqué le jour de la Sainte Natacha[3], fête de sa mère. Au début du suivi, la confusion entre les deux maladies (diabète et bipolarité[4]) est observable dans le discours. Mr Ca évoque brièvement sa bipolarité mais n'en parle que peu, tandis que le diabète est très présent. Celui-ci occulte la bipolarité : il perçoit ses phases d'hyper et d'hypoglycémie comme la cause de ses changements d'humeur.

Il décrit souvent ses sensations corporelles au travers des phases de son taux de glycémie.

« - Comment ça va dans le corps aujourd'hui ?

- Aujourd'hui je ressens mes jambes cotonneuses et une faiblesse musculaire, c'est parce que je suis en hypoglycémie. »

> Mr Ca décrit un corps sensoriel qui ne semble se vivre qu'au travers de la douleur. L'appréhension d'une telle corporéité est probablement la résultante des expériences d'abus sexuel, d'agression et de vécu à la rue, mais également du diabète, qui ont mis le corps en jeu en lui portant atteinte. Nous pouvons aussi interroger le ressenti corporel des émotions liées aux expériences répétitives de séparation. Les émotions se vivant par le corps, l'expérience d'un deuil peut avoir un retentissement corporel douloureux. Ce rapport à la souffrance est recherché par le patient, comme en témoignent ses propos « Je ne veux pas me soigner car je préfère garder mes douleurs, elles me rendent plus fort. ».

Lorsque nous l'interrogeons sur son rapport au corps, Mr Ca évoque deux complexes. Le premier est le fait de n'être pas assez musclé, il se trouve trop mince et mime des épaules, une charpente qu'il souhaiterait plus large. Le second est sa couleur de peau : « Je suis créole mais je suis blanc ». Il aimerait avoir la peau plus foncée, à l'image de ses origines créoles auxquelles il est attaché.

---

[3] Le prénom a été modifié.

[4] N. B. : Le diagnostic de bipolarité a été posé en début de suivi. Au fur et à mesure de l'hospitalisation, ce diagnostic s'est affiné et penchait plutôt vers un trouble de la personnalité borderline, partageant au demeurant certains traits avec la bipolarité. Pour diverses raisons, et en premier lieu car Mr Ca avait mis un sens au diagnostic de bipolarité duquel il s'était saisi, celui-ci n'a pas été remis en question. La mention de « bipolarité » dans cet écrit fait donc référence aux propos du patient.

Les rares moments durant lesquels le patient témoigne d'un investissement corporel sont lorsqu'il dit faire du sport dans sa chambre dans le but « de se maintenir en forme » ou de « se préparer pour la sortie ». À compter du moment où il reçoit sa date de sortie, prévue plus de deux mois plus tard, il entame un travail de « préparation physique » qui consiste à marcher dans l'unité et faire des pompes. Mr Ca veut préparer son corps, comme s'il voulait être au maximum de ses capacités pour être prêt à affronter le monde extérieur.

> La recherche de développement musculaire et d'amélioration des capacités physiques résonne avec ce que le patient témoigne de sa représentation de son corps, décrivant un corps trop fin qu'il voudrait plus massif. Comme s'il cherchait à développer un corps-armure, capable de le protéger des dangers du monde extérieur. À sa sortie de détention, la perspective de retourner à la rue est envisagée. Qui n'a pas de domicile est constamment exposé aux potentielles altercations, au froid, au bruit. Le corps devient la première et seule interface entre soi et le monde, la seule maison. Il est donc primordial de le préparer, ce corps.

Assez tôt, il apparaît que la corporéité est largement mise à distance. Mr Ca parle de son corps mais ne l'investit pas. Il occupe l'espace de la séance par la parole. Il est souvent difficile de canaliser son discours qui semble se déverser. Nous ne pouvons pas procéder selon le déroulé habituel en commençant par une évaluation psychomotrice avant d'établir un suivi, le patient n'étant pas accessible à un travail corporel. Il nous apparaît que la voie d'accès au corps chez Mr Ca passe par le verbal et l'intellect. Par ailleurs, il n'accepte au début de venir en séance qu'à la condition d'écouter de la musique. C'est donc à partir de là que se construit la rencontre. Il faut y aller pas à pas.

Lorsque pour la première fois je fais une proposition engageant le corps a minima, sa réaction témoigne de ses réticences. Cela fait alors plusieurs séances que nous procédons selon la même configuration : tous trois assis autour du bureau, un temps d'échange précède un temps d'écoute musicale. Le patient choisit deux ou trois morceaux que nous écoutons. Puis, à partir de la musique, il fait des liens avec ce qu'il a envie de partager : le plus souvent des propos concernant son histoire, sa famille, ses projets de vie. Il s'agit d'un travail principalement verbal dans lequel le corps n'est que peu sollicité. Pour initier un début d'investissement corporel, mon idée est de commencer par s'écarter de l'espace du bureau pour aller vers l'espace des tapis durant le temps d'écoute musicale.

Lorsque j'annonce à Mr Ca « Aujourd'hui je vous propose que l'on s'installe différemment, allons sur les tapis », sa réaction est troublée. Il a d'abord un soubresaut de surprise, un éclair d'angoisse traverse ses yeux, il se tend et refuse immédiatement, indiquant préférer rester sur une chaise. La psychomotricienne et moi-même nous installons sur les coussins. Nous voyant nous installer dans cet espace, il finit par se rapprocher de nous en se positionnant dans un espace intermédiaire. Il s'installe à mi-distance entre le bureau et les tapis, contre le mur ; refusant de s'installer au sol, il reste dans une position mi-accroupie mi-agenouillée. Il ne dépose rien, ses seuls appuis au sol étant la pointe de ses pieds. Sa posture est peu économique et demande un recrutement tonique important. Elle évoque celle des athlètes au départ d'une course, comme s'il se tenait prêt à courir au moindre moment, prêt à fuir. Même lorsqu'il se relève, il semble qu'il cherche à éviter le contact avec le sol. Au lieu de repasser par le plancher pour avoir des appuis stables pour se relever, il se relève directement, se trouve en déséquilibre et vacille. Il s'aide d'un contact au sol avec la main, qui lui aussi se limite au bout des doigts, comme s'il cherchait à ce que le moins de superficie possible de son corps ne touche le sol.

La réticence à un travail corporel est probablement la conséquence d'une corporéité vécue sur un versant douloureux.
Lorsque Mr Ca est assis au bureau, il est peu question de son corps. Le bureau est associé à l'échange verbal, sphère intellectuelle dans laquelle il est à l'aise. Cet espace est codifié quant à la manière de s'assoir ; il existe un consensus, des codes sur la façon dont on s'assied sur une chaise face à un bureau. Cela laisse peu de place à l'investissement du corps, qui devient secondaire. Ma proposition de changer d'espace pour aller vers les tapis implique le passage de cet espace porteur d'une symbolique intellectuelle à un espace porteur d'une autre symbolique, plus en lien avec le corps. Cela demande pour le patient d'intégrer une nouvelle manière de s'assoir, puisqu'il n'y a pas de chaise dans l'aire des tapis mais des coussins et des poufs. N'ayant pas de codes prédéfinis, cet espace laisse libre cours au patient quant à sa manière de se positionner : sur un pouf, sur un coussin ou sur le tapis ? Assis ou allongé ? Contre le mur ou au milieu ? Le corps prend peu à peu une place plus centrale.

Les poufs et les coussins appellent à la détente, au relâchement tonique et au confort. Ces modalités sont à l'opposé de la façon dont Mr Ca semble vivre son corps. Elles invitent à l'investissement d'un corps sur le versant du plaisir, à l'opposé du corps-souffrance dont il témoigne.

De plus, s'installer dans l'aire des tapis implique de se positionner au sol ou proche du sol. Le sol est sans doute chargé d'une symbolique particulière pour le patient qui a vécu à la rue. Cela peut expliquer ses réticences à s'installer dans un espace bas. Il refusera de s'y installer durant de nombreuses séances, tout comme il mettra du temps avant de pouvoir pénétrer dans l'espace tapis plutôt que de rester à sa périphérie, un peu en dehors.

La semaine suivante, nous proposons la même configuration à Mr Ca qui témoigne à nouveau d'une forte réaction tonico-émotionnelle au moment de se diriger vers les tapis. Un moment de flottement s'installe tandis que la psychomotricienne met la musique et que j'enlève mes chaussures, durant lequel il déambule autour des tapis d'un air mal à l'aise sans oser s'y installer. Il exprime de manière peu audible « Je sais pas où me mettre », signant une réaction de contenance. Alors que j'installe un pouf avec l'intention de m'y assoir, le patient me devance en me disant « Merci » et s'y installe. Le pouf est positionné en retrait, pas tout à fait *dans* l'espace tapis. La psychomotricienne et moi-même nous installons dans les coussins. Le patient est assis face à nous, les deux pieds parallèles posés au sol. Il semble alors déposer quelque chose. La matière molle et malléable du pouf convoque un certain relâchement tonique et une posture en enroulement axial avec rétroversion du bassin. Durant l'écoute musicale, il ferme les yeux, baisse la tête et semble se recentrer.

À cet instant, la configuration des positions que nous avons respectivement choisies nous placent, la psychomotricienne et moi-même, dans un espace bas et Mr Ca dans un espace intermédiaire. Il est situé plus haut que nous. Spatialement, on peut supposer que cette disposition est à l'opposé de celle qu'il a connue à la rue.

Nous conserverons cette disposition durant tout le suivi.

Enfin, il convient d'ajouter deux éléments cliniques qui étayeront notre raisonnement théorique.

La relation à la mère décrite par le patient semble vécue sur le registre de l'indifférenciation. Elle était atteinte de la même pathologie que celle initialement diagnostiquée au patient, la bipolarité, et il parle souvent de sa propre maladie au travers de celle de sa mère. Il peut parler d'elle en disant « on m'a arraché à elle alors qu'*elle* avait besoin de moi », laissant supposer qu'il veut signifier qu'on l'a arraché à sa mère alors qu'*il* avait besoin d'elle. Comme si les identités étaient interchangeables. Il décrit sa mère comme « sa première femme, sa première

copine » avant de lister ses autres femmes, c'est-à-dire ses amoureuses. Il dit porter à ses amoureuses le même amour que celui qu'il porte à sa mère.

> La façon dont le patient décrit la relation à sa mère laisse penser qu'il existe une confusion, voire une fusion avec celle-ci. Comme si les identités de chacun et leurs limites n'étaient pas totalement intégrées, et qu'elles étaient ainsi interchangeables. Cela laisse supposer qu'il existe une porosité dans les limites de chacun. La mère est omniprésente et il l'identifie tour à tour à lui-même ou à ses amoureuses.

Alors que le patient se déverse par la sphère verbale (nous pourrions utiliser l'image qu'il « coule de paroles »), son corps apparaît comme un bloc serré, dur et distant. Un corps intouchable et inapprochable. Un corps défendu. Le tonus n'a pas été examiné par le toucher[5], mais on observe visuellement au niveau de l'axe une hypertonie superficielle qui semble parer une hypotonie de fond. L'hypertonie semble se diffuser jusque dans les membres. En position assise sur une chaise, Mr Ca donne l'impression de se tirer tout en étant avachi. Le port de tête est bas et en translation avant, l'axe tend vers l'enroulement, la ceinture scapulaire est en rotation interne sur elle-même. Pour autant, rien ne semble relâché et le patient conserve une allure hypertonique. Cela donne l'impression que quelque chose au fond de lui tend à un retour vers le sol, à l'affaissement, tandis qu'une enveloppe musculaire superficielle essaye de le maintenir vers le haut en luttant contre la gravité. On pourrait presque voir ces deux forces lutter.

> Le patient présente un corps hypertonique et condensé qui semble vouloir se sur-contenir. C'est un corps défendu qui essaie tant bien que mal de contenir ses contenus, par l'hypertonie et le non-investissement de la sphère expressive. La carence au niveau corporel de ce qui sort de soi est alors compensée au niveau verbal par un surinvestissement de la parole, d'où l'impression de « déversement ».

[5] En raison de la présentation défensive du patient, le bilan psychomoteur n'a pas été proposé.

PREMIÈRE PARTIE THÉORIQUE :

TONICITÉ, POSTURATION, SPATIALITÉ

I/ TONUS ET TONICITÉ

1) Le tonus

Le tonus est un élément clé dans l'approche du corps. Il se trouve à la croisée des domaines physiologique et psychologique. Étant la toile de fond du mouvement et des émotions, c'est tout naturellement qu'il occupe une place élémentaire dans la vision psychomotrice de l'humain. Nous allons ici traiter l'idée, bien connue du psychomotricien, qui place le tonus au centre des sphères émotionnelles et relationnelles.

a) Qu'est-ce que le tonus ?

Le tonus correspond à l'état de tension permanent des muscles. « Cette tension est active et involontaire et variable dans son intensité, selon les diverses actions syncinétiques ou réflexes qui la renforcent ou l'inhibent » (Pavot-Lemoine, 2022, Chapitre IV). Il apparaît comme la base indispensable à toute activité motrice, depuis l'immobilité jusqu'aux mouvements les plus complexes. On distingue classiquement trois niveaux toniques : le tonus de fond, le tonus postural et le tonus d'action. Chacun répond à des besoins différents et graduels d'engagement du corps dans la motricité. Le tonus de fond, ou tonus basal[6] est l'état de tension minimal et permanent du muscle. Il ne disparaît jamais, même lors du sommeil. C'est cet état tonique qui constitue le lieu d'inscription des émotions. Le tonus postural est l'activité tonique qui permet

[6] Ou encore « tonus passif » ou « tonus permanent ».

le maintien de la posture, répondant au besoin d'équilibration et de maintien antigravitaire. Le tonus d'action, quant à lui, correspond à l'activation des muscles dans le mouvement, depuis la préparation du mouvement jusqu'à son accomplissement.

Au niveau neurophysiologique, la fonction tonique est la résultante d'interactions fines et complexes entre les systèmes musculaire et tissulaire et le système nerveux. Ces interactions ont pour but la régulation tonique, c'est-à-dire la bonne adaptation du tonus à l'environnement et/ou à l'action. Les fuseaux neuromusculaires sont les structures qui ont pour fonction de régler la longueur et la tension du muscle. La modulation du tonus passe par le réglage de ces fuseaux. Ils reçoivent diverses influences du cerveau et du système nerveux, parmi lesquelles on peut citer les flux sensoriels, la commande motrice, mais également les émotions.

En se reportant à une « qualité de référence » du tonus, c'est-à-dire un niveau de contraction adapté à la situation ou à la tâche à accomplir, on parle d'*hyper*-tonie ou d'*hypo*-tonie selon que le muscle est « trop » ou « pas assez » contracté. On parle de trouble de la régulation tonique lorsque l'adaptation du tonus dans ses différentes fonctions est non efficiente.

b) Corps et émotions

Aujourd'hui encore, il est difficile de comprendre ce que les émotions sont réellement et la manière dont elles sont produites. Ce que nous savons, c'est qu'elles sont en lien avec le psychisme et s'inscrivent au niveau corporel. Robert Dantzer souligne la diversité de leur expression : « Nous savons qu'il s'agit de processus mentaux complexes comprenant plusieurs composantes, une expérience subjective, ... une expression communicative, ... et des modifications physiologiques. » (2002, p. 3).

Le mot « émotion » trouve ses racines dans le mot latin *emovere* qui signifie « mettre en mouvement ». En effet, l'émotion met le corps en mouvement en entraînant diverses modifications physiologiques : rougissement, sudation, modification du rythme cardiaque, variations toniques, etc. Ces signes dépendent de l'activité des zones thalamiques et sont sous l'influence des systèmes sympathique et parasympathique. Ils s'accompagnent « d'un état de conscience complexe, généralement brusque et momentané » (Claudon & Weber, 2009, paragr. 4). L'émotion est envisagée comme une réponse globale de l'organisme, s'inscrivant à divers niveaux corporels.

Le mot « émeute », par ailleurs, dérive du terme « émotion » et désigne l'agitation d'un corps collectif pouvant dégénérer en troubles.
On retrouve ainsi l'idée de l'émotion comme d'un *mouvement* s'inscrivant dans le corps. Ce mouvement du corps prend place notamment au sein du tonus. L'activation des systèmes sympathique et parasympathique modifie la contraction musculaire au travers de l'état de vigilance.

La controverse entre la théorie du psychologue William James et celle du physiologue Walter Cannon propose deux manières d'envisager le lien entre cerveau et sensations émotionnelles.
Pour Cannon, les émotions sont perçues par le cortex cérébral, puis transmises au thalamus, siège de l'expression émotionnelle. C'est ensuite l'interprétation cognitive qui permet de différencier les émotions et de les vivre sous forme de sensations. Selon lui, le cerveau est le point de départ de l'émotion.
Pour James cependant, l'expérience émotionnelle concerne avant tout des sensations périphériques vécues dans le corps, c'est-à-dire des modifications et des réactions physiologiques. Ces sensations sont ensuite analysées par le cerveau qui les interprète comme une émotion. Le point de départ de l'émotion serait donc sensoriel.
Cette controverse peut être schématisée en une phrase : selon Cannon, on pleure car on est triste, tandis que selon James on est triste parce qu'on pleure.

c) Le dialogue tonico-émotionnel

En 1942, Henri Wallon éclaire plus spécifiquement les liens entre tonus et émotion. Selon lui, « les émotions sont une formation d'origine posturale et elles ont pour étoffe le tonus musculaire » (1942/1970 p.174). Il étudie le couple quiétude/déplaisir et observe ses manifestations au niveau tonique. La quiétude s'accompagne de la détente musculaire tandis que le déplaisir se lit dans le recrutement tonique. Ces liens s'observent particulièrement chez le bébé qui ne dispose pas d'autre moyen pour exprimer ses tensions internes. Ainsi, l'inconfort de la faim ou de la fatigue s'accompagne d'une augmentation du tonus, depuis la périphérie des membres jusqu'à la grimace inscrite au niveau du visage. A l'inverse, l'apaisement d'un bébé rassasié ou reposé se manifeste par sa détente musculaire. Le tonus soutient en permanence le système émotionnel, il est la chair de l'émotion.

Wallon développe la notion de « dialogue tonique », qui engage un jeu d'ajustement tonique entre deux partenaires, notamment le bébé et sa figure d'attachement. Ce dialogue infra-verbal désigne la capacité de s'accorder l'un à l'autre au niveau du tonus. Cette notion se rapproche de celle de *holding* et de *handling* décrite par Winnicott, insistant sur les fonctions physiques autant que psychiques du portage.

Plus tard, Julian De Ajuriaguerra soulève à nouveau l'importance du lien entre tonus et émotion : « Les relations entre tonus et émotions sont indissociables, le corps parle face à une situation. » (cité dans Guillemard, 2009, p. 7). Il affine la théorie de Wallon et élabore la notion de « dialogue tonico-émotionnel », défini comme « le reflet des états émotionnels des deux partenaires avec la possibilité d'une transmission de l'un à l'autre » par le biais du tonus (Bachollet & Marcelli, 2010, paragr. 1). Il s'agit de la transmission d'un état émotionnel de tonus à tonus. Ajuriaguerra souligne la réciprocité de cet échange, il s'agit d'un échange bilatéral au sein duquel la figure d'attachement joue un rôle au même titre que le bébé.

Constituant le lit des interactions précoces, le dialogue tonico-émotionnel est fondamental dans la construction psychoaffective de l'enfant. Ce dialogue entre parent et enfant participe à la régulation du bébé qui n'est pas encore capable de s'autoréguler. Lorsque celui-ci se trouve dans un état de tension qui se manifeste par une hypertonie et des pleurs, la figure d'attachement va l'aider à s'apaiser en se montrant contenante et calme, en le berçant et en lui parlant doucement. L'état de détente tonique du parent est alors transmis à l'enfant : c'est le jeu du dialogue tonico-émotionnel. On peut également observer les effets de cet échange dans un contact corporel avec quelqu'un de tendu ou stressé, qui nous transmet alors une certaine tension par le biais du tonus.
Si des écueils dans la communication primaire s'inscrivent dans le temps, ils peuvent influencer le devenir affectif et/ou tonique de l'enfant. Lorsque la relation précoce n'est pas suffisamment nourrie, l'individu pourra présenter des difficultés à s'auto-réguler toniquement comme émotionnellement : on parle de trouble de la régulation tonico-émotionnelle.

Ainsi, l'émotion s'inscrit dans le corps à différents niveaux, et vient se loger particulièrement au sein du tonus. Ce dernier est le témoin et la toile de fond de nos émotions. Ces liens sont intéressants pour le psychomotricien qui travaille en contact étroit avec le tonus de son patient. Le tonus nous renseigne sur l'état émotionnel d'un individu et ses capacités à se réguler. On

peut alors agir sur la gestion des émotions par le biais de la régulation tonique, de même qu'un apaisement mental et émotionnel entraîne une diminution de la contraction musculaire.

Nous voyons ainsi comment tonus et émotion sont étroitement liés, l'un s'imbriquant à l'autre, et comment leur équilibration est nécessaire à la bonne évolution d'un individu. Nous nous intéresserons désormais plus spécifiquement à la manière dont ce tonus est investi chez un individu et à ses différentes fonctions.

2) La tonicité

a) Qu'est-ce que la tonicité ?

On parle de tonicité pour évoquer la façon dont le tonus est géré et investi. La notion de tonicité comprend une idée de *manière de* du tonus dans ses fonctions relationnelles et perceptives, au-delà de son aspect neurophysiologique.

> La tonicité est le jeu adaptatif qui sous-tend notre façon d'être là, d'entrer en matière selon un nuancier subtil, qui actualise, communique et nous donne à percevoir nos états psychiques ainsi que ceux d'autrui. 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 nous désaccordons. (Lesage, 2021, p. 119)

Nous retiendrons de cette définition trois fonctions principales de la tonicité, qui s'étayent les unes sur les autres : le sentiment de Soi, la fonction de perception, la fonction de relation. Enfin, l'ensemble de cette organisation tonique, avec toutes les nuances qu'elle comprend, participe à composer la *manière d'être là* d'un individu, ou en d'autres termes : son être-au-monde.

b) La tonicité comme sentiment de Soi

Le tonus permet de se ressentir et de ressentir.

La somesthésie, c'est-à-dire la sensibilité du corps, est le principal système sensoriel de l'organisme humain. Elle englobe un ensemble de sensations (pression, chaleur, douleur...) qui proviennent de différentes régions du corps. Plusieurs sensibilités participent à la somesthésie : la sensibilité extéroceptive (ou cutanée), la sensibilité proprioceptive et la sensibilité

intéroceptive. C'est ce système sensoriel qui permet de sentir son propre corps. Elle a un rôle fondamental dans la survie d'un organisme humain, mais également dans sa perception de lui-même, puisqu'elle tapisse la sensibilité « d'être là ».
La proprioception s'établit à différents niveaux : au niveau musculaire, au niveau fascial et au niveau vasculaire. Les fascias et les muscles sont le lieu d'inscription de la tonicité[7] : la contraction d'un muscle se conduit jusque dans les fascias qui l'entourent.
Ainsi, une grande partie de la sensibilité proprioceptive s'inscrit dans la tonicité. Celle-ci établit une sorte d'état de base constituant un arrière fond des éprouvés corporels, une sensibilité de Soi toujours présente qui rend possible l'émergence d'autres sensations.

Dans ses travaux sur le sentiment de Soi, le neuroscientifique António Damásio distingue les trois étapes de la construction du support biologique du Moi. Celles-ci s'organisent en trois couches qui s'étayent conjointement. La couche basale est le proto-Soi[8] : c'est l'information la plus élémentaire de Soi. Elle permet l'émergence d'un sentiment d'arrière-plan sur lequel s'insère le vécu. Ce vécu primaire se caractérise par la détection des informations et des changements physiques internes qui affectent l'homéostasie. S'en dégage une « émotion d'arrière-plan » : bien en deçà des six émotions primaires (peur, joie, dégoût, colère, tristesse, surprise), les émotions d'arrière-plan forment notre « état d'être » bon ou mauvais. On parle donc d'un état pré-conscient qui forme une sorte de base de notre sentiment d'être au monde. Bien qu'il n'affleure pas à la conscience, notre arrière-fond singulier est toujours teinté d'une certaine coloration, positive ou négative, en lien avec notre homéostasie. Celle-ci influence la manière dont nous recevons le monde et nous y donnons en retour.

La tonicité est non seulement le lieu d'inscription de l'émotion d'arrière-plan, mais elle nous permet également de percevoir la qualité de cet état. Une impression d'inconfort ou d'aisance, une ambiance chaleureuse ou inhospitalière, une situation qui se crispe... L'ambiance du monde ou d'une chose résonne jusque dans notre tonus. Celui-ci offre un vécu corporel permettant de donner sens à ces atmosphères. Benoît Lesage (2021, pp. 120-121) s'appuie sur l'étymologie pour éclairer les liens entre tonicité et sentiment d'arrière-plan. Les mots et expressions dérivant

[7] Au sens strict, les tissus fasciaux ne constituent pas le muscle, et longtemps ils ont été considérés comme des tissus de « remplissage » ; mais on sait aujourd'hui qu'ils participent à la fonction musculaire, et que certains sont contractiles au même titre que les muscles. On leur reconnait leur rôle dans la sensorialité et la conduction de l'information. On peut donc considérer que les fascias font partie de la tonicité. Le muscle en lui-même serait récepteur d'environ 20% de l'information sensitive (Lesage, 2021, p. 131). Pour le reste, la majeure partie des fibres sensitives se trouve dans les tissus fasciaux.
[8] Les autres couches sont le Soi-central et le Soi-autobiographique.

de *ten*, la racine de tension, sont nombreux : attendre, tenir, maintenir, attention, prétendre, entente, détente... Ces expressions font toutes référence à une certaine qualité de tension. C'est grâce à notre tonicité que nous pouvons appréhender ces formules, les vivre et les comprendre. Nous faisons ici référence à un ressenti plus ou moins indicible, présent à un niveau très bas de la conscience, mais qui détermine fondamentalement notre vécu primaire du monde et de nous-même.

La qualité du sentiment de Soi peut varier selon la répartition du tonus dans le corps. On l'observe par exemple avec la subjectivité acquise chez le bébé à mesure que l'axe commence à être tenu. Cette tonification de la musculature centrale et profonde permet l'émergence d'un espace à soi, et offre un vécu sensori-tonique de stabilité et de confiance. À l'inverse, la tonicité périphérique et superficielle, plus centripète, est en lien avec un vécu d'aller-vers, d'action, voire de défense. On observe très bien l'activation de ces différents niveaux de la musculature en fonction de l'état émotionnel chez le bébé. Ce dernier recrute la tonicité périphérique dans des états d'excitation, qu'elle soit sur un versant de plaisir ou de déplaisir, et au contraire se réfugie dans une musculature plus profonde et centrale lors qu'il est apaisé et en confiance.

Le tonus est donc le lieu d'inscription de la somesthésie, cette sensibilité qui nous permet de nous ressentir nous-même. Il soutient un sentiment d'arrière-fond sur lequel s'inscrit le vécu d'être dans le monde. Ce sentiment n'est pas neutre mais porteur d'une coloration qui permet de percevoir la nuance des ambiances des choses, des autres, du monde. Par la qualité de sa contraction, la tonicité détermine l'ambiance interne d'un sujet, son « émotion d'arrière-fond ».

c) La tonicité, canal de l'expressivité et de la relation

Nous connaissons les liens entre tonus et qualité de mouvement. Un mouvement efficient nécessite un niveau tonique adapté. Sans régulation tonique, la mélodie gestuelle est impactée, les praxies, les coordinations, les équilibres sont affectés.

La capacité à moduler sa tonicité permet l'accès à diverses qualités de mouvement. Le danseur, chorégraphe et théoricien de la danse Rudolph Laban a étudié en profondeur le mouvement et établi une classification de ses diverses qualités dans un système qu'il nomme

l'Effort. Il découpe le mouvement en quatre facteurs : le Temps, l'Espace, le Poids et le Flux[9]. Chaque facteur a des intensités différentes et présente une polarité. Ainsi, le facteur Temps comporte un pôle « soutenu » et un pôle « soudain ». L'Espace possède un pôle « direct/focal » et un pôle « indirect/multifocal ». Le Poids comporte un pôle « fort » et un pôle « léger ». Enfin, le Flux présente un pôle « libre » et un pôle « condensé ».
Ces deux derniers facteurs du mouvement nous intéressent particulièrement car ils sous-tendent directement une certaine gestion de la tonicité. Ils concernent l'écoulement du mouvement et sa force. Angela Loureiro définit le Poids comme « l'attitude face à l'utilisation du poids du corps, en dialogue permanent avec la gravité et destinée à produire un type d'impact sur l'environnement. » (2013). Cette utilisation du poids implique une utilisation corrélée du tonus. « Donner du poids au geste, l'alléger, appuyer son propos se jouent au travers de modulations de la tension musculaire » (Lesage, 2021, p.122). On associera donc à un mouvement de Poids léger une hypotonie ou une maîtrise tonique tandis que le Poids fort va de pair avec un relâchement tonique ou une hypertonie appuyée. De même, le Flux, qui concerne la façon dont le mouvement s'écoule dans le corps et le débit d'énergie, est modulé par la tonicité qui lui confère son aspect plus ou moins retenu. Le Flux condensé, associé au contrôle et à la rétention, implique plutôt une hypertonie. Son pôle opposé, le Flux libre, est associé à l'abandon face au mouvement qui progresse selon ses propres lois. Aucune tonicité n'est volontairement activée pour retenir le mouvement et on peut observer une alternance entre contraction et décontraction musculaire.

On observe ici les liens entre tonus et expressivité du corps. Pour illustrer la manière dont la tonicité impacte la qualité du mouvement, un exemple clinique me vient.

> Mr Ha est un patient que je rencontre à l'UHSA. Il est atteint de schizophrénie avec un délire à thématique mystique fortement ancré. Son délire concerne les énergies, la télépathie et la temporalité (passé, présent et futur), et il le met souvent en lien avec le bouddhisme. Il a une certaine pratique des gymnastiques asiatiques de type yoga et taï-chi et de la méditation. Dans le mouvement dansé, le patient investit constamment les mêmes types de mouvements (à thématique de yoga) et n'en nuance pas les qualités. On observe un certain manque de créativité et des difficultés d'accès à la modulation de l'expressivité dans le geste. Il n'accède pas à l'exagération, que ce soit dans un pôle ou dans l'autre, et conserve un mouvement monotone. En parallèle, on observe une

[9] Les majuscules signalent la référence aux facteurs conceptualisés par Laban.

> hypertonie d'action qui impacte particulièrement l'investissement du Poids léger et fort et du Flux libre. Ces deux facteurs lui sont presque impossibles à engager. Le travail amorcé en psychomotricité est donc un travail d'expressivité corporelle visant à investir différentes qualités de mouvement.

Étudiant les liens entre corps et psychisme, la psychomotricité nous apprend que ce que l'on observe par et dans le corps est soutenu au niveau psycho-relationnel, et vice versa. Ainsi, on peut supposer qu'un patient qui a difficilement accès à différentes manières de se mouvoir et reste « bloqué » dans une unique qualité de mouvement retrouvera des difficultés similaires, aussi bien dans son fonctionnement psychique que dans sa façon d'entrer en relation. C'est le cas de Mr Ha, dont le délire construit et fortement ancré vient couvrir une certaine pauvreté et une rigidité psychique.

> Immigré irakien en Europe depuis six ans, il vivait à la rue après avoir perdu son emploi. Sa famille est en Irak et il ne semble pas avoir de relations en occident. Il ne noue pas de lien avec les autres patients de l'UHSA, desquels il se tient poliment à distance. Mr Ha affiche constamment un sourire figé et se montre poli, compliant. Ainsi, de même qu'il présente des difficultés à moduler les qualités de son mouvement, il ne module pas plus sa présentation relationnelle et sa manière de penser les choses ; pourrait-on dire : sa manière d'être-au-monde.

C'est ici que se trouve l'un des rôles du thérapeute : accompagner le patient vers une certaine fluidité, signe d'un fonctionnement psychique plutôt sain. Le psychomotricien peut soutenir ce travail au niveau corporel en invitant le patient à vivre sa corporéité sur de nouvelles tonalités.

> À propos du travail d'expressivité corporelle, Lesage dit : Le patient y découvre et éprouve une capacité de modulation, il sort d'une monotonie en réponse à une provocation, tout au moins une convocation du thérapeute. Après tout, la plupart de nos patients se sont enkystés dans un arrangement pathologique, exactement comme quelqu'un qui a mal à l'épaule réorganise sa posture et ses gestes pour éviter toute sollicitation douloureuse. ... Le patient qui devient acteur de son tonus et de sa posture, qui découvre qu'il peut les gérer, ce que cela modifie dans sa relation, qui s'éprouve alors comme modulable, devient alors expressif. (2015, p.40)

Ainsi, la façon dont nous recrutons et modulons notre tonus conditionne notre expressivité. Une expressivité corporelle variée – ou du moins, ayant accès à la variation – nécessite une tonicité ajustée, modulable, puisque le tonus est le soubassement du mouvement.

L'expressivité renvoie à ce qui sort de soi, à une dynamique d'aller vers. Son préfixe *ex* indique d'ailleurs l'idée d'un mouvement centrifuge. Elle a donc un rôle clé dans la communication et dans la relation à l'autre. Le rôle du tonus dans la relation a été largement décrit par Wallon puis par Ajuriaguerra avec la notion de dialogue tonico-émotionnel, que nous avons détaillée précédemment.

La modulation de la tonicité induit la modulation de la relation. La manière dont nous investissons notre tonus nous permet de nous ouvrir à la relation, avec le versant hypotonique qui accepte la sensation et invite au contact, ou au contraire à nous en couper, avec le versant hypertonique qui réduit la sensation et fait obstacle à la rencontre.

L'empreinte relationnelle de la répartition tonique s'observe dans la posture, forme tonique qui détermine notre ouverture à la relation.

II/ POSTURATION

1) Qu'est-ce que la posture ?

Anatomiquement, on définit la posture comme le processus de maintien des segments du corps dans l'espace. C'est une position que l'individu conserve durant un laps de temps suffisamment long pour que le corps adopte une certaine immobilité. Elle constitue une pause, un temps d'arrêt dans le mouvement.

Le terme de posture renvoie également à une dimension sociale : elle est ce que l'on donne à voir de soi. Que l'on soit dans la posture du thérapeute ou du stagiaire, ou dans une posture professionnelle par exemple. De là dérive l'expression « être en bonne ou en mauvaise posture ». Ce terme a plusieurs connotations qui, loin d'être antinomiques, se complètent pour éclairer une fois de plus les liens entre corps, psychisme et relation au monde.

Lesage met en lumière la dimension psycho-relationnelle de la posture : « Posture sociale, posture corporelle, la polysémie du terme souligne l'intrication entre une tenue corporelle et une qualité de présence, fondées sur l'apparence qu'on se donne et qu'on donne à voir. » (2021, p. 72). La posture est la forme du corps, celle que l'on adapte pour entrer en relation avec autrui, pour entrer en dialogue avec les personnes, les choses, le monde. Elle est donc à la fois point d'appui du mouvement et forme du corps, et engage une fonction relationnelle.

La posture concerne le flux de forme et de tension dans le corps : elle implique le tonus et s'ancre dans une dimension spatiale et une dimension temporelle.
Elle est liée à la tonicité car la forme du corps est modelée selon la répartition du tonus. C'est celui-ci qui détermine l'adoption d'une posture, par l'allongement ou le raccourcissement de certains muscles. On peut d'ailleurs parler de *Gestalt tonique* (de l'allemand « Gestalt » signifiant « forme »). Il existe une inclusion réciproque entre tonus et posture. « En outre, chacun occupe une place fondamentale dans l'exécution du geste. D'un point de vue développemental, l'évolution du tonus sous-tend celle de la posture et de l'activité motrice. » (Jover, 2000, paragr. 9).
La posture est indissociable de la temporalité. Elle constitue l'avant et l'après du mouvement. Comme le souligne Wallon, elle prépare au mouvement :

> Il en prépare la suite, le tient en puissance. ... La vitesse, la vigueur du geste à faire sont à ce moment-là en puissance dans les muscles durcis et bandés comme des ressorts ; sa forme est déjà dessinée par la répartition du tonus dans l'appareil musculaire. (1942/1970).

La posture s'inscrit dans une séquence, elle est donc sous-tendue par une dimension temporelle. Sa temporalité est également soutenue par sa qualité d'arrêt, de pause dans le temps.
Enfin, posturation et spatialité sont intimement liées : la posture est la fixation des différentes parties du corps dans les directions de l'espace. Cet espace peut être l'espace environnant (Où mon corps se situe-t-il ?) et l'espace du corps propre (Comment mon corps se situe-t-il ? Quelle répartition tonique ?).

2) Les plans de l'espace

L'espace investi par le corps peut être structuré en plans. On en décrit trois : le plan sagittal, le plan frontal, et le plan horizontal. Chaque plan sous-tend une connotation psychoaffective relative aux types de mouvements qu'il permet.

Le plan sagittal traverse le corps d'avant en arrière. Il différencie la droite de la gauche. Dans l'espace du corps, il permet les mouvements de flexion/extension et d'antépulsion/rétropulsion. Dans l'espace général, il permet les mouvements d'avancer et de reculer. Il sous-tend les connotations psychoaffectives d'aller-vers et de retrait.

Le plan frontal traverse le corps de droite à gauche, il distingue l'avant de l'arrière. Dans l'espace corporel, il permet les mouvements d'inclinaison latérale, d'abduction/adduction et de déploiement des membres du thorax dans la largeur et la verticalité. Dans l'espace général, il permet les déploiements de côté (les pas-chassés par exemple). On lui associe les connotations psychoaffectives de symétrie et d'asymétrie.
Enfin, le plan axial, ou plan horizontal, distingue le haut du bas à chaque étage du corps. Il permet les mouvements de rotation ainsi que ceux d'ouverture et de fermeture des membres. Il renvoie aux connotations psychoaaffectives de la relation au travers de l'élargissement/resserrement et l'ouverture/fermeture du corps.

Le mouvement humain s'articule dans ces trois plans. C'est leur équilibration qui confère au mouvement sa qualité harmonieuse et efficace dans la tâche à accomplir. Cependant, on retrouve chez certains sujets un déficit ou une dominance de l'investissement de l'un ou plusieurs plans, précisément chez Mr Ca avec la dominance du plan sagittal. Celle-ci peut-être une conséquence du développement psychomoteur : l'enfant investit les trois plans lorsqu'il explore ses premiers schèmes de mouvements. Si certains schèmes ne sont pas investis ou acquis, une empreinte restera inscrite dans la motricité du sujet. Par exemple, le retournement du décubitus dorsal au décubitus ventral inscrit dans la mémoire neuromotrice l'investissement du plan axial. Si ce schème est peu investi par l'enfant, on pourra plus tard retrouver un déficit de l'investissement du plan axial. Cela pourra par exemple s'illustrer par une absence de dissociation des ceintures dans le mouvement spontané.

En outre, lorsqu'on la relie à sa connotation psychoaffective, la dominance d'un plan nous donne des indices sur des soubassements psychiques et relationnels présents chez le sujet. Son corps s'engage-t-il plutôt dans un mouvement sagittal vers l'avant, symbolique de l'aller-vers ? Ou bien dans un mouvement orienté vers l'extérieur dans le plan axial, symbolisant une ouverture à la relation ? Certains plans sont même typiques d'un fonctionnement psychomoteur. Dans les troubles du spectre autistique par exemple, on retrouve fréquemment une dominance de l'investissement du plan frontal, allant de pair avec une vision périphérique.

3) La posture est un dialogue avec le monde

La posture est un dialogue avec le monde, elle apparait comme une réponse à l'environnement. Elle est aussi la première chose que l'on donne à voir de soi.

La forme du corps diffère selon le type d'action qu'un individu s'apprête ou vient d'effectuer, puisqu'elle prépare et termine le mouvement. Selon le mouvement qui va être engagé, le recrutement tonique s'inscrit plus ou moins dans les différents muscles, et module donc la forme du corps. Par exemple, le gardien de but qui se prépare à arrêter un penalty se trouve dans un recrutement tonique d'hypervigilance et de préparation au mouvement, avec une posture en flexion de hanches, l'axe orienté vers l'avant, les bras écartés prêts à réceptionner la balle, les genoux en flexion et les pieds toniques au sol, prêts à bondir.

La posture dépend également de l'environnement dans lequel l'individu se trouve et de son vécu émotionnel dans une situation particulière. Certains contextes requièrent une posturation ajustée. On ne s'installe pas de la même manière dans un canapé lors d'un rendez-vous professionnel que dans le canapé familial du salon. Aussi, les émotions se vivent par le tonus et se manifestent corporellement par des changements dans la forme du corps. Elles induisent des variations toniques, ou à l'inverse, si l'on se réfère à la controverse James/Cannon, ce sont les variations toniques qui induisent des émotions et donc un changement de posture. Pour reprendre l'exemple du gardien de but, une fois le match fini et la pression redescendue, le goal retrouvera un niveau tonique abaissé tandis qu'il sirotera un verre avec ses coéquipiers. Il est probable que ce contexte convivial convoque chez lui une posture qui tende vers l'enroulement.

De même, dans les rames de métro bondées il est fréquent d'adopter une posture en fermeture, avec rotation interne des membres et abaissement de la tête et du regard. Si l'on retrouvait les mêmes personnes qui emplissent cette rame de métro dans un contexte différent, lors d'une réunion professionnelle par exemple, les postures seraient a priori en ouverture, avec rotation externe des membres, redressement de l'axe et ouverture du regard.

Ces exemples illustrent comment l'intrication du contexte environnemental et émotionnel et de la tâche motrice influence la posture. Cette dernière est une forme du corps qui se module constamment selon des influences endogènes et exogènes.

La posture participe à la communication non verbale. Elle traduit quelque chose de l'état interne d'un individu. Elle est un « discours qui parle de soi, parfois malgré soi. ... Lorsque nous énonçons quelque chose, notre mimique, notre posture, nos gestes ajoutent une sorte de sous-titrage qui indique sur quel ton il faut recevoir ce qui est dit – plaisanterie, menace, allusion... » (Lesage, 2021, p. 74). La posture, sous influence directe de notre affectivité, de notre état présent, mais également issue de notre construction, dévoile quelque chose de notre état interne.

4) Le chez-soi postural

Chaque individu présente une tendance posturale, une affinité pour une certaine organisation tonique de son propre corps. Henri Hécaen parle de « position standard préprogrammée » (1983, p. 103), pour définir la posture de base de chacun, posture qui réapparaît rapidement sitôt que le corps n'est plus engagé dans le mouvement. « Chassez le naturel, il revient au galop ! ». Tout comme on reconnait un individu à sa démarche, on peut identifier quelqu'un de loin par une certaine attitude qui lui est propre. Cette forme confère à chacun sa singularité, sa façon corporelle d'être lui-même. Lesage parle de « chez-soi postural, de mode postural d'être soi » (2021, p.84).
La posture de référence est donc la résultante d'un *habitus postural,* posture acquise par l'investissement répété d'un certain type de postures et de mouvements.

L'habitus postural est une construction issue de notre histoire. Il est influencé par des aspects structurels et fonctionnels. Parmi les aspects structurels, on note l'anatomie et les capacités-neuromotrices. Les aspects fonctionnels concernent le développement sensori-moteur et les facteurs psycho-émotionnels. Notons qu'il ne s'agit pas d'une donnée immobile mais bien d'une forme qui évolue au cours de la vie.

Dans l'approche que nous avons d'un patient, il est pertinent de nous intéresser à sa posture de référence. Celle-ci nous renseigne sur sa manière d'habiter son corps, aujourd'hui mais aussi par le passé. Elle nous donne des indices sur son développement sensori-moteur et son état tonico-émotionnel du moment. Mais surtout, elle nous renseigne sur sa manière de se présenter au monde et d'entrer en relation avec l'environnement.

5) Le principe des chaînes musculaires de Godelieve Struyf-Denis

Comment aborder et interpréter la posture de nos patients ? Struyf-Denis nous en propose une lecture éclairante.

Un muscle ne travaille jamais seul, il est toujours en collaboration avec d'autres muscles. Localement, il s'associe à des muscles que l'on nomme agonistes ou antagonistes selon qu'ils concourent à la réalisation du mouvement ou s'y opposent. Plus largement, il s'inscrit dans un enchaînement en succession de muscles qui participe à la mise en place de coordinations et de schèmes moteurs. C'est cet enchaînement que l'on nomme « chaîne musculaire ».

Struyf-Denis a été portraitiste avant de devenir ostéopathe. Elle a tiré de son activité de portraitiste une fine analyse des morphologies, qu'elle conceptualise plus tard sous la forme de six chaînes musculaires.

Elle définit ainsi six chaînes musculaires qui sont réparties dans l'ensemble du corps. Ces chaînes unifient toutes les parties du corps de la tête aux mains et aux pieds. Chacune est engagée lors de l'exécution d'un type de mouvement ou d'action. Les six chaînes musculaires sont présentes chez chaque individu mais ne sont que rarement parfaitement harmonieuses. Il existe souvent une dominance de l'une ou plusieurs d'entre elles, selon le type d'action ou de mouvement que l'individu a favorisé. Lorsqu'une chaîne a été plus activée, le tonus des muscles qui la composent est plus élevé et la musculature a tendance, avec le temps, à se raccourcir. C'est cette répartition de la tonicité qui va donner sa forme au corps.

Struyf-Denis met en lien la dominance des chaînes musculaires avec un style psycho-comportemental. En effet, comme chacune correspond à un type d'action, l'expression marquée de l'une ou l'autre indique le recours fréquent à un type de mouvement-réponse à l'environnement.

> La posture est un geste adaptatif et une mémoire de nos façons de répondre à l'environnement ou de le solliciter. ... Chaque réponse creuse son sillon et facilite une réponse ultérieure de même type. Ainsi se cristallisent dans des formes tonico-posturales des habitudes d'engagement corporel qui, lorsqu'elles finissent par s'imposer comme une habitude, limitent notre disponibilité et notre adéquation. (Lesage, 2021, p. 100).

Si dans le dialogue avec l'environnement l'individu présente des réponses variées, les chaînes seront plutôt équilibrées. À l'inverse, la dominance marquée d'une chaîne indique la cristallisation d'un type de comportement. « Ces dominances représentent alors la marque spécifique de l'expression, au niveau du corps, de la structure psychique de l'individu et de ses tendances comportementales. » (Servant, 2019, p. 35).

Quelles sont ces chaînes ?

La chaîne antéro-médiane (« AM ») est présente sur le plan antérieur et médian du tronc et se prolonge dans les membres. La tension est prédominante dans les muscles antérieurs : pharynx et muscles de la déglutition, deltoïde antérieur, grand droit, adducteurs (pour n'en citer que les principaux), ce qui confère au corps une affinité d'appui sur l'espace postérieur. Elle se caractérise par une posture en enroulement avec flexion des genoux, rétroversion du bassin et appuis sur les talons. C'est cette chaîne qui est engagée chez le bébé lors du portage. On lui associe les aspects psycho-comportementaux de sensibilité, de recentrage et d'ancrage.

La chaîne postéro-médiane (« PM ») se situe frontalement à l'opposé de la chaîne AM. Elle est présente sur le plan postérieur et médian du tronc et se prolonge dans les membres. La tension est présente dans les muscles postérieurs : semi-épineux, paravertébraux, grand fessier, ischio-jambiers externes, ce qui donne lieu à une affinité d'appui sur le plan antérieur. Elle induit une posture en redressement avec extension dorsolombaire, antéversion du bassin et appui sur l'avant-pied. C'est la chaîne recrutée lors des activités exploratoires, notamment chez l'enfant. On lui associe les aspects psycho-comportementaux de dynamisme, d'affirmation et de direction.

La chaîne postéro-antérieure (« PA ») se situe en profondeur du tronc. Elle s'active, entre autres, par le long du cou, les intercostaux externes, le diaphragme, le transverse de l'abdomen. Elle se caractérise par une posture en allongement vertical de l'axe, ce qui confère au corps une forme de rectitude et tend à effacer les courbures de la colonne. C'est la chaîne qui est recrutée lors de l'inspiration. Elle renvoie aux aspects psycho-comportementaux d'axialité, de disponibilité et de spiritualité.

En collaboration directe avec la chaîne PA pour la respiration, la chaîne antéro-postérieure (« AP ») s'active lors de l'expiration. Elle se situe elle aussi en profondeur du tronc. Elle est constituée des scalènes, du diaphragme, du psoas, du carré des lombes, du droit antérieur. Elle induit le repousser, avec une affinité pour l'appui au sol et une posture en accentuation des courbures de la colonne. C'est la chaîne dite de « rebond », recrutée dans le jeu. C'est également celle qui harmonise les autres chaînes dans leurs contraires (AM-PM ; AL-PL). On lui associe les aspects psycho-comportementaux de rythmicité, de jeu et d'expressivité.

Les deux dernières chaînes sont des chaînes horizontales, présentes et actives principalement dans les membres là où les chaînes verticales (citées précédemment) s'organisent surtout au niveau du tronc.

La chaîne antéro-latérale (« AL ») se situe en partie antérieure et latérale des membres. Elle s'active par les muscles adducteurs et les rotateurs internes. Elle se caractérise par une posture en fermeture au niveau des ceintures et en rotation médiale des membres. C'est la chaîne de reploiement, que nous recrutons lorsque nous voulons limiter les échanges, cultiver notre espace interne ou nous protéger. C'est celle-ci que nous privilégions dans le métro, par exemple. Elle renvoie aux aspects psycho-comportementaux de repli sur soi, de réserve et d'introversion.

Enfin, s'opposant à la chaîne AL, la chaîne postéro-latérale (« PL ») se situe en partie postérieure et latérale des membres. Elle est constituée des muscles abducteurs et rotateurs externes. Elle induit une posture en ouverture au niveau des ceintures et en rotation latérale des membres. C'est la chaîne de déploiement, symbolisée par la posture de Superman. On lui associe les aspects psycho-comportementaux d'aller-vers, de sociabilité et d'extraversion.

Chaque corps humain dispose de ces six chaînes, qu'il recrute préférentiellement selon la situation dans laquelle il se trouve. Ainsi, si l'on veut s'engager dans une action, atteindre un objectif, se montrer sûr de soi voire imposant, c'est le redressement que nous engageons, avec la chaîne PM. À l'inverse, si nous voulons nous recentrer, nous récupérer et nous rendre disponible à la sensorialité, c'est l'enroulement que nous allons favoriser avec la chaîne AM. Nous recrutons notre chaîne de déploiement, PL, lorsque nous nous rendons disponible à l'espace et à la relation, lors d'une réunion professionnelle ou d'une fête par exemple, tandis que nous tendons vers le reploiement avec la chaîne AL lorsque nous voulons limiter les échanges ou nous préserver. Enfin, la chaîne d'extension PA est particulièrement mise à

l'œuvre dans les pratiques d'écoute manuelle ou transcendantes (shiatsu, méditation, prière...) tandis que la chaîne d'appui AP est plutôt recrutée dans les situations de jeu, de rythme et dans les ambiances ludiques, comme la danse africaine ou les arts du cirque.

On peut également lire ces types de réponse à une situation d'un point de vue spatial. Chaque chaîne entraîne le corps vers une direction de l'espace. La chaîne d'enroulement AM replie le corps vers l'arrière, tandis que la chaîne de déploiement PM entraîne le corps vers l'avant. Le couple AM-PM s'inscrit dans le plan sagittal, celui de l'aller-vers et du repli sur soi. La chaîne d'extension verticale PA tend vers le haut, tandis que la chaîne de rebond AP, qui repousse le sol, s'inscrit vers le bas. Le couple PA-AP engage le corps dans le plan frontal. Enfin, la chaîne de reploiement AL replie le corps vers l'espace médian et son opposé PL l'ouvre vers l'extérieur. Ce couple permet les mouvements de rotation des membres qui s'engagent dans le plan axial, celui de l'ouverture ou de la fermeture à la relation.

Il est rare que la dominance d'une chaîne donne une typologie pure. On retrouve souvent l'association de plusieurs chaînes dominantes, qui se compensent ou se renforcent mutuellement. Une chaîne verticale est souvent combinée à une chaîne horizontale par exemple, mais on peut également trouver d'autres affinités selon les étages du corps. « Ces associations donnent toutes les nuances et variétés d'organisations toniques, de morphologies, de postures et de typologies de mouvement, autant qu'il peut y avoir d'orientations psychiques susceptibles de déterminer ces dominances. » (Servant, 2019, p. 37)

Leur lecture en clinique est intéressante. Elle témoigne du dialogue du corps avec son environnement, dans le passé et au présent. Pour reprendre l'image de Lesage, cette lecture permet d'observer le sillon creusé par un type de réponses qui s'inscrivent dans une mémoire tonico-posturale, empreinte corporelle d'un soubassement psychoaffectif.

III/ CORPORÉITÉ DE MONSIEUR CA : TONICITÉ, POSTURATION, SPATIALITÉ

Nous avons dégagé certains aspects théoriques de la tonicité et de la posturation. Nous avons montré comment ces éléments de la corporéité sont fortement sous-tendus par des dynamiques psycho-émotionnelles et relationnelles. C'est ainsi que la corporéité témoigne de notre rapport au monde. Nous interrogerons désormais les aspects de tonicité, de spatialité et de posturation chez Mr Ca. Nous nous demanderons ce que l'observation de ces éléments nous apprend sur la manière dont il vit le monde et s'y donne en retour.

1) Tonicité : être dur

L'observation visuelle laisse présumer que Mr Ca présente une hypertonie superficielle de l'axe parant une hypotonie de fond. L'hypertonie semble se diffuser jusque dans les membres. Cela donne l'impression qu'une partie de lui, intime et profonde, tend à un retour au sol, tandis qu'un élan inverse et superficiel viendrait le maintenir vers le haut.

Le tonus alimente le sentiment de Soi. Il forme un arrière-fond sur lequel s'inscrivent les éprouvés corporels et émotionnels. La qualité de ce sentiment varie selon l'état tonique et sa répartition dans le corps.
L'hypotonie offre une sensation de détente, avec tout un panel de nuances allant du mou à l'élastique, mais elle apporte également un vécu sensoriel discret, en comparaison de l'hypertonie qui impose sa sensation. Ces deux qualités de tension se côtoient chez Mr Ca au niveau axial. Nous connaissons en psychomotricité le lien fondamental entre tonicité de l'axe et Soi primordial. Ainsi, l'hypotonie axiale de fond amènerait un vécu sensori-tonique plutôt effacé qui signerait une fragilité du sentiment de Soi. L'hypertonie viendrait alors compenser cette défaillance en offrant une sensation plus marquée. Se pose déjà la question de la qualité des enveloppes psychocoporelles, que nous développerons dans la partie suivante.

Par la qualité de sa tension, le tonus confère une tonalité à notre arrière-fond, que Damasio nomme « émotions d'arrière-plan ». Celles-ci déterminent l'ambiance interne d'un sujet. Quelle est la tonalité de l'ambiance interne de Mr Ca ? L'hypertonie offre une sensation de dureté. Elle alimente un sentiment d'arrière-fond de l'ordre de la solidité, de la résistance. Mr Ca a sûrement

eu besoin de cet état de dureté pour répondre à des expériences de violence qui ont placé son corps dans l'agression, souvent contre son gré.
L'hypertonie permet également de réduire la sensation. Un corps qui se vit dans la douleur cherche à se protéger de ses sensations. La tension musculaire apparaît alors comme une défense face à une sensorialité agressive, en tendant vers l'insensibilité. Le discours de Mr Ca abonde d'ailleurs dans ce sens : il exprime un jour ne plus ressentir la douleur tant il y est habitué.

Le paradoxe entre les deux états d'hypertonie et d'hypotonie est l'expression corporelle d'une bivalence s'inscrivant plus largement dans l'être-au-monde de Mr Ca. On retrouve dans son discours des traces de cette polarité : il dit souvent une chose puis son contraire, se contredit, affiche des opinions marquées mais qui ne semblent pas franchement ancrées. Il semble voguer entre deux extrêmes sans arriver à se poser dans le juste milieu. Soit il s'ouvre et se déverse, soit il se ferme et ne parle pas. Il dit ne pas avoir de « connaissance » : soit il a des amis, soit il a des ennemis. Il oscille entre fusion et rejet. L'hypotonie invite à la relation et l'hypertonie la refuse. Le diabète impose ses phases d'hyper ou d'hypoglycémie. La nuance ne semble pas exister.

2) La mise au silence du mouvement

La corporéité de Mr Ca se caractérise notamment par un non-investissement du mouvement. L'expressivité du corps est seulement engagée par le biais des membres supérieurs pour accompagner le discours. Le mouvement centrifuge de Soi par le corps est mis au silence, alors compensé par la sphère verbale. Ce refus, ou plutôt cette incapacité à investir le corps, est hautement significative. Comment investir un corps-douleur ? Le corps-douleur, on veut l'oublier, on veut qu'il se taise, alors on le réduit au silence.
Plus largement, elle s'inscrit dans un mécanisme défensif de fermeture à l'autre. C'est l'expressivité qui permet de se montrer et de se donner à voir à l'autre. Sa mise à distance signe ainsi le refus de ce qui sort de Soi. Cette thématique est récurrente chez Mr Ca, qui exprime ne pas vouloir se dévoiler car il ne fait pas confiance aux gens, craignant que les gens ne « se servent » de ce qu'il pourrait révéler de lui-même. Il évoque par ailleurs les bienfaits du cadre thérapeutique, qui lui permet de pouvoir s'exprimer.

Le mouvement de Mr Ca, aussi restreint soit-il, se distingue par l'absence d'investissement du plan axial et la dominance du plan sagittal. Le patient se déplace « en bloc », sa démarche est déterminée et son pas est pressé, ses schèmes sont marqués par une absence de rotation de l'axe et des membres. Paradoxalement, le plan axial est particulièrement investi dans la posture au niveau des membres, nous y reviendrons.
Le non-engagement du mouvement dans le plan axial, plan de la relation, souligne une fermeture totale à l'autre lorsque le corps est mobilité. Le pas pressé et décidé de Mr Ca trace une ligne droite qui cherche à se soustraire à la relation à autrui. La direction sagittale souligne alors la détermination et l'empressement d'abréger ce temps durant lequel le corps est en mouvement.

3) Posturation : la fermeture au monde

La dominance de la chaîne AL est frappante chez le patient au début de la prise en charge. Assis au bureau, sa ceinture scapulaire est en fermeture et ses membres supérieurs sont en rotation interne. Cette chaîne est celle qui nous permet de nous couper du monde et de la relation, de nous mettre en retrait, voire de nous protéger. Spatialement, elle invite le corps vers l'espace médian, interne. Cette posturation tend vers un repli sur soi-même, et Mr Ca témoigne de ne pouvoir compter sur personne d'autre que lui-même. Pourquoi m'ouvrir au monde, pourquoi orienter mon corps vers les autres, si de toutes façons je n'ai que moi-même ?
La chaîne AL s'inscrit dans le plan horizontal, celui de l'ouverture et la fermeture à la relation. Cette forme de corps soutient chez le patient un dialogue avec le monde qui tente de s'en couper, de s'en protéger. Comme si tout l'environnement pouvait en permanence l'agresser et qu'il fallait s'en abriter.

Au fur et à mesure que la prise en charge évolue, la chaîne AL se fait de moins en moins marquée et laisse apparaître la dominance d'une seconde chaîne : la chaîne AM. Mr Ca gagne en confiance et commence à investir l'espace de la salle. J'observe alors cette chaîne lors de minimes mobilisations du corps. Il initie dans la salle de psychomotricité de simples déplacements qui constituent au demeurant une évolution dans la prise en charge. Cette chaîne AM, qui semble se dévoiler lorsqu'il se sent plus en sécurité, signe un dialogue avec le monde en ouvrant le champ de la sensibilité, de l'émotivité et de l'ancrage. Spatialement, elle inscrit le corps dans le plan sagittal, qui sous-tend les dynamiques d'aller-vers et de retrait. Ces

dynamiques sont particulièrement à l'œuvre chez le patient qui témoigne de difficultés dans son rapport à l'autre, oscillant entre un versant fusionnel et un versant hermétique à la relation.

Enfin, cette posturation en enroulement engage le corps vers l'espace arrière. Celui-ci symbolise notamment le passé. Le lien entre posture et passé est intéressant chez Mr Ca qui porte en lui sa lourde histoire et dont le rapport au passé occupe une grande place. Cette posture renvoie également au lien précoce avec la mère puisqu'elle est la chaîne musculaire recrutée lors du portage. Dans la partie suivante, nous verrons comment, notamment, la dominance de la chaîne AM marque la porosité des enveloppes psychocorporelles.

DEUXIÈME PARTIE THÉORIQUE :

ENVELOPPES PSYCHOCORPORELLES

I/ LE CONCEPT D'ENVELOPPE PSYCHOCORPORELLE

À cheval entre le soma et la psyché, le concept d'enveloppe psychocorporelle intéresse la psychomotricité. Cette enveloppe est à la fois physique (la peau surtout, mais aussi la chair, les muscles et les sensations) et psychique (propre à chacun, notre perception de nous comme étant quelqu'un). Cette notion occupe un rôle important dans la construction d'un individu, notamment par le biais de sa fonction contenante. Dans un premier temps, nous étudierons les concepts d'enveloppe et de fonction contenante et leur importance dans la construction d'un sujet, puis nous nous pencherons sur une modélisation des enveloppes psychocorporelles : celle du Moi-peau. Nous examinerons ensuite comment des enveloppes de substitution viennent parfois compenser une enveloppe primaire défaillante. Enfin, nous verrons comment elles s'observent chez Mr Ca.

1) À la genèse du concept d'enveloppe psychocorporelle : l'enveloppe psychique

L'enveloppe désigne ce qui entoure quelque chose. Au sens anatomique, elle constitue une membrane qui entoure un organe ou un organisme. Au sens littéraire, l'enveloppe est l'apparence extérieure d'une chose. Ces définitions mettent en lumière les aspects de contenant et de limite de l'enveloppe : celle-ci contient un contenu et constitue une limite entre ce contenu

et l'extérieur. Elle est à la genèse du développement de tout embryon : qu'il s'agisse de l'œuf duquel sort le poussin, du bourgeon duquel éclot la fleur ou de l'utérus maternel qui abrite le fœtus. Avant d'être indépendant, tout organisme est contenu dans une enveloppe.

Les notions d'enveloppe et de contenance sont proches. Elles sont tour à tour évoquées et théorisées par divers psychanalystes.

Tout d'abord par Sigmund Freud, au début du XXe siècle. Il introduit une conceptualisation topographique de l'appareil psychique qui évoque déjà celui-ci comme un contenant, une vésicule. En 1923, dans son œuvre « Le Moi et le Ça », il établit la seconde topique composée du Moi, du Ça et du Surmoi. Le Moi tel que décrit dans cette œuvre est conçu plus ou moins comme une enveloppe – idée reprise plus tard par Didier Anzieu dans la théorie du Moi-peau. À la suite des travaux de Freud, Paul Federn étudie les frontières du Moi, et plus particulièrement le sentiment de ces frontières. Selon lui, « l'être humain a le sentiment inconscient d'une frontière entre le Moi psychique et le Moi corporel ... et entre le Moi et le Surmoi. » (Anzieu, 1985/1995, p. 115). Ces deux théories posent ainsi les jalons du Moi dans sa fonction de contenance et de limites. Celui-ci constitue les prémices des enveloppes psychiques.

En 1968, Esther Bick développe le concept de « peau psychique », en métaphorisant l'idée d'enveloppe que représente la peau au niveau corporel, cette fois-ci au service du psychisme. Selon elle, les parties de la personnalité de l'enfant sont ressenties comme n'étant pas liées entre elles et c'est la peau psychique qui va assurer la fonction de les maintenir ensemble. Cette fonction est mise en place une fois que l'enfant a procédé à l'introjection d'un objet contenant, c'est-à-dire lorsqu'il en a intériorisé les qualités au « dedans » de lui, ceci sur un mode fantasmatique. Selon Bick, l'objet optimal serait « le mamelon-dans-la-bouche joint à la façon qu'a la mère de tenir et de parler et à son odeur familière » (Bick, 1980/2002, p. 288). L'objet contenant serait alors éprouvé à la manière d'une peau. Bick souligne déjà le rôle de la sensorialité en faisant référence à la mélodie de la voix de la mère, à son odeur et au tactile dans le portage.

Au même moment, Wilfred Bion schématise la relation mère[10]-bébé comme contenant-contenu. Tout petit, le bébé vit toutes sortes de sensations de faim, de fatigue, d'excitation qu'il n'a pas la capacité de penser, c'est-à-dire auxquelles il ne peut pas accorder de sens. Ces ressentis violents, éléments bruts non assimilés par le psychisme constituent ce que Bion nomme les « éléments β ». C'est alors la mère qui va accueillir en elle, dans son propre psychisme, ces éléments et leur donner sens, avant de les retourner à l'enfant par le biais de sa capacité de rêverie. Une fois que ces ressentis bruts ont été mis en sens, ils deviennent des « éléments α », c'est-à-dire des impressions sensorielles assimilées par la psyché. La mère assure donc un rôle de réception et de transformation des éléments β du tout petit. Au début de sa vie, le bébé a besoin de la fonction contenante assurée par le psychisme maternel pour contenir et transformer ses ressentis bruts. Petit à petit, il va introjecter la fonction contenante pour constituer son propre appareil à penser et son enveloppe psychique.

La notion d'enveloppe, de contenant ou encore de fonction contenante est ainsi élaborée par différents théoriciens de la psychanalyse. Bien qu'un lien naissant avec la corporéité commence à être reconnu, notamment chez Bick avec l'analogie de la peau et le lien à la sensorialité, ces théories mettent l'accent sur l'aspect psychique. Nous verrons plus loin, avec le Moi-peau, un modèle de l'enveloppe qui combine les aspects corporel et psychique. Ces théories se recoupent et observent à la fois certaines singularités, mais elles ont toutes en commun de décrire l'importance de l'enveloppe dans la construction psychique du sujet.
En effet, c'est l'enveloppe qui permet l'intégration des limites en établissant la différenciation entre le Soi et le non-Soi. À la naissance, l'enfant présente déjà une ébauche du Moi, appelée Soi, établie à partir des expériences sensorielles faites pendant la vie intra-utérine. Mais il s'agit du sentiment d'un Soi infini. Le nouveau-né n'a pas conscience des limites de son être, il forme un tout avec l'environnement. C'est l'intégration de ces limites (aussi bien corporelles que psychiques) et l'introjection de la fonction contenante qui vont permettre au bébé de se ressentir comme un être différencié, subjectivé, avec un Moi fermé et contenant.

L'intégration des enveloppes relève d'une certaine spatialité. On sait que la subjectivité émerge chez le bébé en même temps que se tonifie son axe corporel. Anzieu évoque comment

[10] Le terme de « mère » fait référence à toute personne qui s'occupe de l'enfant et assure pour celui-ci la « fonction maternante ». Nous emploierons tour à tour les termes « mère », « parent » ou « donneur de soins » pour désigner la personne qui occupe ce rôle.

la sécurité narcissique de base s'établit avec l'acquisition d'une certaine verticalité et horizontalité psychocorporelle : la verticalité correspondant à « l'adossement à un axe vertical porteur et solide » et l'horizontalité à la contenance qui « constitue un plan horizontal délimité, assure la résidence de l'esprit dans le corps, celle du corps dans l'espace et l'habitation du Soi par le Moi » (1985/1995, p. 261). Le Moi émerge donc en même temps que s'intègre une certaine bidimensionnalité. Plus tard, on reconnait l'acquisition de la tridimensionnalité (notamment sur le plan graphique) comme un signe d'intégration des notions dedans/dehors et Soi/non Soi.

2) Le rôle de la sensorialité dans la constitution des enveloppes

Nous avons passé en revue différentes modélisations du concept d'enveloppe psychique dans la psychanalyse. Son intérêt, du point de vue de la psychomotricité, est qu'elle s'étaye en partie sur la sensorialité du corps, ce qui lui confère alors le statut « d'enveloppe psychocorporelle ».

Freud faisait déjà le lien entre le corps et le Moi, résumé en un mot : *körperliches Ich* (« Moi-corporel »). La note ajoutée à la traduction anglaise de 1927 de *Le Moi et le Ça*, avec l'autorisation de Freud, énonçait : « le Moi est finalement dérivé des sensations corporelles » (cité dans Le Poulichet, 2014).
Plus précisément, c'est grâce aux sensations que nous pouvons ressentir et délimiter notre corps. Elles permettent d'intégrer les limites entre le dedans et le dehors ainsi que la fonction d'échange de l'enveloppe. Les flux sensoriels exogènes s'opposent aux flux sensoriels internes et nous permettent d'intégrer les limites entre ce qui est soi et ce qui ne l'est pas. André Bullinger souligne cette fonction : « Habiter son corps suppose que l'on maîtrise les sensations qui arrivent aux frontières de l'organisme. Savoir cela c'est, à travers les sensations, délimiter une zone habitable. » (2017, p. 152).

Bullinger développe notamment la constitution du sentiment de Moi d'un point de vue sensori-moteur. Il fait la distinction entre corps et organisme, ce dernier étant l'ensemble des fonctions biologiques tandis que le corps est la représentation psychique de cet organisme, construite au travers des interactions sensori-motrices avec l'environnement. C'est en partie la perception de ses propres actions et sensations qui permet d'établir les limites de son corps et

d'en avoir une représentation psychique. La sensorialité a un rôle de support de la vie psychique, dans les premiers temps de la vie (Marion, 2020).

Anzieu s'est attaché à démontrer le rôle des sensations dans la constitution des enveloppes psychocorporelles, qui s'étayent sur l'expérience physique du corps vécu. Le plus souvent, les stimuli sensoriels, associés entre eux, permettent de différencier le dedans du dehors. Une fois assimilés par la psyché, ils donnent à vivre un corps perçu et représenté. Parfois, un sens en particulier est mis en exergue et vient faire enveloppe, renforçant un sentiment d'unité psychocorporelle défaillant. Anzieu s'est particulièrement attardé sur l'importance du tactile, tout en passant en revue l'existence de l'enveloppe sonore, des enveloppes olfactives et gustatives et de l'enveloppe thermique.
Sylvie Le Poulichet (2014) développe la notion d'enveloppes sensorielles paradoxales : chez l'adolescent en phase d'entrée dans la psychose ou d'état limite, le sentiment de Moi mis à mal tend à se reformer au travers d'enveloppes sensorielles qui permettent de sentir et/ou de re-figurer un Moi-corps.

Le toucher est sans doute le sens le plus important dans la constitution des enveloppes psychocorporelles, puisque ces dernières se forment tout particulièrement à partir du tactile. Ce sens, contrairement aux autres, est situé sur tout le corps à travers la peau, là où les autres sens primaires se concentrent sur le visage. Il permet donc la perception du corps dans sa globalité. Il offre un ressenti des limites corporelles, via la peau, lesquelles seront peu à peu introjectées par le psychisme afin de constituer l'enveloppe psychocorporelle.

Le rôle du sonore est spécifiquement à l'œuvre dans les interactions précoces entre enfant et donneur de soins. Celui-ci adopte une prosodie particulière, appelée mamanais, accompagnant les soins qu'il prodigue à l'enfant, le tout formant ce que Winnicott définit comme le handling. Le mamanais se caractérise par le son harmonieux voire musical de la voix du donneur de soins. Dès trois jours de vie, le bébé identifie la voix de ses parents avant même de distinguer leur visage. Lorsque le bébé crie, le parent identifie ce cri et y répond avec sa prosodie apaisante et harmonieuse. Cette boucle sonore entre enfant et donneur de soin participe à la fonction contenante telle qu'élaborée par Bion et à la dyade mère-bébé décrite par Berry Brazelton[11]. Elle constitue ce qu'Anzieu nomme « le miroir sonore » (1985/1995).

[11] Cette notion sera décrite plus loin.

Par ailleurs, le babillage est l'une des premières expériences sensori-motrices du bébé. Lorsque celui-ci associe sensations internes d'émission et sensations externes de réception du son, cette expérience commence à être investie comme un jeu. Le bébé comprend que c'est lui qui a la capacité de produire le son et le sentiment d'agentivité émerge à mesure que se renforce le sentiment de Moi.

Dans le champ littéraire, Marcel Proust souligne la force de la mémoire gustative en racontant comment celle-ci lui permet de se reconnecter à un certain archaïsme. En savourant une madeleine trempée dans le thé chaud, il se replonge instantanément dans les souvenirs et les sensations de son enfance. En effet, l'olfaction et la gustation entrent en jeu durant les interactions précoces. L'odeur maternelle constitue le support des premiers liens affectifs. La gustation relie le bébé à sa mère par la sphère orale via la tétée, moment privilégié de maintenance et de contenance. Plus tard, l'oralité sera la première sphère investie de manière instrumentale par le bébé, concourant à son développement sensori-moteur de la même manière que les jeux de babillages.
Selon Anzieu, en amont d'un sentiment de Moi préexiste un sentiment de Soi, c'est-à-dire le sentiment d'être là, sans l'intégration des limites de l'être. Le Soi correspondrait à l'enveloppe olfactive et sonore et dériverait de ces deux sensorialités. C'est ensuite le tactile qui vient étayer le sentiment de limites.

Quant au rôle de la vision dans la constitution des enveloppes, il a été notamment appuyé par Geneviève Haag. Dans le portage à l'occidentale, il y a interpénétration des regards : le bébé regarde la mère qui lui renvoie son regard et vice-versa. Cette dyade forme une boucle pour l'enfant qui est soutenu par l'arrière (avec le contact peau-dos) et par l'avant (avec le regard). Cette expérience participe à faire sentir au bébé une première peau tant corporelle que psychique.

Enfin, la proprioception, considérée comme le sixième sens de l'être humain, soutient également la formation de l'enveloppe psychocorporelle. Tout comme le tactile, la proprioception apporte des sensations provenant de l'ensemble du corps.
Nous avons évoqué dans la première partie de ce mémoire comment le sentiment de Soi décrit par Damasio se forme à partir de la sensibilité profonde du corps. Dans des cas où la fonction contenante n'aurait pas été assez bien introjectée, entrainant la formation d'enveloppes psychocoporelles défaillantes, l'hypertonie apparaît comme moyen de se ressentir pour assurer

la continuité du sentiment d'existence. Bick développe la notion de « seconde peau musculaire » en mettant l'accent sur la fonction de pare-excitation de cette hypertonie.
Pour compléter cette approche, nous pouvons aussi évoquer l'exemple de la stimulation vestibulaire investie par les balancements chez certains patients TSA, qui peut se lire comme une manière de rassurer le fait d'être là au travers des sensations corporelles.

II/ LE MOI-PEAU

Le Moi-peau, concept que l'on doit au psychanalyste Didier Anzieu, apparaît sous la forme d'une première ébauche dans un article datant de 1974. Cet article paru dans la *Nouvelle Revue de Psychanalyse* sur le thème « Le dehors et le dedans » définit le Moi-peau ainsi : « Une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi à partir de son expérience de la surface du corps. ». Autrement dit, Anzieu insuffle l'idée du Moi comme une représentation de soi-même s'étayant sur la sensorialité tactile, vécue au travers de la peau.
En 1985 paraît une première édition du livre *Le Moi-peau,* dans lequel cette théorie est reprise et approfondie.

1) Le cutané et le tactile

La peau est l'organe le plus étendu et le plus lourd de l'être humain, sa surface est en moyenne de 2 m^2 chez l'adulte. Elle comprend plusieurs couches superposées les unes sur les autres : l'épiderme (en superficie), le derme (la couche intermédiaire) et l'hypoderme (en profondeur). « La peau (surface du corps) et le cerveau (surface du système nerveux) dérivent de la même structure embryonnaire, l'ectoderme. » (Anzieu, 1985/1995, p. 119).
La peau assure pour l'organisme différentes fonctions. Elle est le lieu d'inscription de la sensorialité tactile et permet le captage de diverses sensations de pression, de thermie, de douleur, d'étirement... Selon Anzieu, elle percevrait même certaines informations spatio-temporelles. Elle permet le maintien des tissus et des organes autour du squelette, ce que l'on peut déjà lire comme une forme de contenance, au sens anatomique. C'est elle qui assure la première protection contre les agressions extérieures, par sa couche externe et ses productions

de sébum et de kératine. Enfin, la peau participe à la régulation métabolique, jouant un rôle dans la respiration, la circulation sanguine ou encore la digestion.

Au niveau psychophysiologique, cet organe est doté de facultés transversales.

La peau, par sa capacité à garder une marque, est le témoin de nos états. Nombre d'affections psychosomatiques ou à facteurs psychogènes s'inscrivent au niveau cutané : eczéma, psoriasis, acné... « La peau soustrait l'équilibre de notre milieu interne aux perturbations exogènes mais dans sa forme, sa texture, sa coloration, ses cicatrices, elle conserve des marques de ces perturbations. » (Anzieu, 1985/1995, p. 39). C'est aussi sur elle que s'inscrit la ride, sillon formé par l'expression du corps au fil de l'âge. Dans le roman *Peau de chagrin* d'Honoré de Balzac, la peau de Raphaël, talisman maudit, se rétrécit à chaque vœu exaucé ; la peau ici est le premier lieu où s'inscrit la trace de la réalisation de ses souhaits les plus chers.

La peau constitue aussi un entre-deux, une interface. Surface d'échange entre l'interne et l'externe, elle comporte des qualités paradoxales : perméabilité et imperméabilité ; régénération et dessèchement permanent ; solidité et fragilité. « Elle traduit par sa minceur, sa vulnérabilité, notre détresse originaire, plus grande que celle de toutes les autres espèces, et en même temps notre souplesse adaptative et évolutive. Elle a ... un statut d'intermédiaire, d'entre-deux, de transitionnalité. » (Anzieu, 1985/1995, p. 39).

Le toucher est le premier sens à se développer durant la vie intra-utérine. Les premiers récepteurs sensoriels apparaissent à la cinquième semaine de gestation. Ce sens a la particularité d'être un sens à double direction : lorsque j'ai un contact avec quelque chose, je suis touché en même temps que je touche.

Quelques données neurophysiologiques s'imposent sur ce sens extrêmement fin et riche.

Les récepteurs sensoriels présents dans la peau sont nombreux et chacun responsables de la détection d'un aspect particulier du toucher. On trouve au sein de la peau différents types de terminaisons nerveuses dont chacune est spécialisée dans la transduction d'une certaine information : chaleur, froid, douleur, vibration, pression, texture, toucher fin... C'est la densité de ces terminaisons nerveuses répartie selon les parties du corps qui détermine la finesse de la discrimination : comme le bout de nos doigts est doté de plus de récepteurs que le dos, un toucher digital est plus précis et permet de repérer davantage d'informations qu'un toucher dorsal.

Aussi, les afférences sensitives ont deux destinations au sein du cerveau. Une partie d'entre elles va dans le cortex somato-sensoriel. Celui-ci analyse factuellement le toucher, il en permet la discrimination (quelle partie du corps, de quelle manière, avec quelle intensité). L'autre partie des fibres nerveuses remonte jusqu'au cortex insulaire postérieur, qui traite l'aspect émotionnel du toucher en lui associant une coloration, une tonalité affective. Le toucher est donc étroitement lié à l'émotion, comme en témoignent les expressions « être touché », « être frappé par quelque chose », ou encore « manquer de tact ».

Le toucher est le sens le plus important pour le développement de l'humain, selon le professeur de neurosciences David J. Linden (2016). Un individu qui naît aveugle ou sourd peut développer des capacités psychocognitives et organiques adaptées. En revanche, la privation du toucher persistante au-delà de l'âge de deux ans a un impact considérable et irréversible sur le développement. Linden appuie son propos sur les observations faites sur les enfants des orphelinats de Ceausescu. Ces enfants, privés de l'expérience précoce d'être touchés, développent des troubles sur le plan neuropsychologique (retard cognitif, troubles de l'attachement, mouvements compulsifs de bercements à visée auto-apaisante) et sur le plan organique (retard de croissance, problèmes de développement des systèmes immunitaire et gastro-intestinal). René Spitz nomme ce phénomène « syndrome de l'hospitalisme », c'est-à-dire « la carence de soins, qui caractérise l'état psychique de ces enfants qui se sont construits en l'absence de soins humanisants, [sans jamais être touchés], et qui, sans en mourir, deviennent carencés dans leur corps comme dans leur psyché. » (Potel, 2021, p. 144).
Un autre exemple, celui d'Helen Keller, suffit à démontrer que le sens du toucher peut se substituer aux autres. Cette femme née sourde, aveugle et muette au XIXe siècle a pu développer grâce à l'accompagnement de son éducatrice, Anne Sullivan, des capacités de communication par le tact (détection de la langue des signes et apprentissage du Braille). C'est grâce au toucher qu'elle a pu sortir d'un isolement psychique et d'un monde privé de sens, devenant plus tard écrivaine, conférencière et militante politique.

Le toucher a donc une importance cruciale dans notre développement psychocorporel. Il nous permet de sentir et de nous ressentir, de nous adapter, et sous-tend une profonde dimension affective. Il nous confère notre spécificité humaine, comme le souligne Linden : « Touch is the

most important sense we have. Without it, we cannot entirely feel pleasure or pain - we are less than human. »[12] (2015).

Enfin, à propos du toucher, je citerai cette phrase d'Anzieu qui décrit le toucher comme soutenant l'arrière-fond psychique, parallèle proche de celui que nous avons étudié précédemment entre le sentiment d'arrière-fond de Damasio et le tonus.

> Le tactile possède une caractéristique distinctive qui le met non seulement à l'origine du psychisme mais qui lui permet de fournir à celui-ci en permanence quelque chose qu'on peut aussi bien appeler le fond mental, la toile de fond sur laquelle les contenus psychiques s'inscrivent ... . (1985/1995, pp 106-107)

2) Le Moi

Freud établit la seconde topique comme un système séparé en trois parties, appelées instances, qui sont le Moi (*das Ich*), le Ça (*das Es*) et le Surmoi (*das Über-Ich*). Le Moi est la partie de la personnalité la plus consciente, toujours en contact avec la réalité extérieure. Il est soumis au principe de réalité et a un rôle de médiateur et de régulateur entre le Ça et le Surmoi. Le Ça correspond au pôle pulsionnel de la personnalité. Il est régi par le principe de plaisir et est inconscient. Le Surmoi est l'instance morale issue des interdits parentaux. Son rôle est de censurer et maintenir le refoulement dans le Ça. Il est à la fois conscient et inconscient.
Le Moi est donc la partie de notre personnalité la plus visible, la plus consciente et la plus modérée. Il est l'essence de qui nous sommes. « Être un Moi, c'est se sentir unique. » (Anzieu, 1985/1995, p. 84).

Selon Freud, le Moi a des limites et il englobe le Surmoi et une partie du Ça. Freud représente d'ailleurs la seconde topique dans un schéma laissant apparaître le Moi comme un espace circulaire semi-fermé à l'intérieur duquel se trouvent le Ça, le Surmoi et le refoulé[13]. Le Moi délimite l'appareil psychique. En plus d'être le premier à décrire le Moi comme un contenant, Freud évoque déjà en 1923 le lien entre le Moi et la peau (nommée dans son texte « surface du corps ») :

[12] « Le toucher est sens le plus important que nous possédons. Sans lui, nous ne pouvons complètement ressentir le plaisir ou la douleur – nous sommes moins que des humains. »

[13] Voir annexe.

> Autrement dit, le Moi dérive en dernier ressort des sensations corporelles, principalement de celles qui ont leur source dans la surface du corps. On peut le considérer comme la projection mentale de la surface du corps, en plus de le considérer ... comme la superficie de l'appareil psychique. (Freud, 1923/1981)

« Toute activité psychique s'étaye sur une fonction biologique. » (Anzieu, 1985/1995 p. 61). L'analogie entre Moi et peau va plus loin que le simple lien d'étayage. Non seulement la perception du Moi dérive des sensations de toucher, qui permettent de discriminer la surface de la peau et par extension la surface du Moi, mais il existe en outre un réel rapprochement entre leur fonctions respectives, sur lesquelles nous reviendrons. Enfin, un parallèle peut être établi entre topographies psychique et corporelle : de même que le corps possède un squelette, une chair et une peau, le Moi possède un noyau (le Soi), un espace psychique (sa « chair ») et une enveloppe.

Le Moi, qui, rappelons les mots de Freud en 1923, « est avant tout un Moi corporel », s'établit donc à partir de l'expérience de la surface de la peau et constitue une enveloppe pour les contenus psychiques. Tout cela nous mène, enfin, au travail d'Anzieu : le Moi-peau.

3) Constitution et fonctions du Moi-peau

Freud initie donc l'idée, reprise par Anzieu, selon laquelle le Moi non seulement s'étaye sur la peau mais comporte également des caractéristiques communes avec celle-ci. Le Moi comme la peau forme une limite entre l'interne et l'externe : il contient, il protège, il entoure. Le Moi-peau forge la représentation du Moi, c'est-à-dire la conscience d'être un sujet, constituée à partir des expériences tactiles de la peau.

Le Moi-peau s'établit à partir des expériences précoces de toucher, vécues par l'enfant lors des soins prodigués par le parent.
Enfant et parent forment une dyade, décrite par le pédiatre Berry Brazelton. Le bébé sollicite son environnement en manifestant ses besoins, ce que Brazelton qualifie « d'enveloppe de contrôle ». L'environnement répond aux sollicitations du bébé par des réactions adaptées, ce qui constitue une « enveloppe de maternage ». La réponse aux besoins de l'enfant permet une première émergence du Moi, puisque le bébé commence à être considéré comme un sujet et

prend conscience qu'il a une influence sur son entourage, qu'il est entendu. Ce système de double feed-back constitue une première enveloppe qui englobe l'enfant et son entourage.

Parmi les réponses aux sollicitations de l'enfant, on note les contacts physiques (le toucher) et particulièrement le peau à peau. L'enfant appréhende à partir de la sensation de sa peau touchée une première représentation de celle-ci, mais elle est non distincte. C'est une peau commune qu'il partage avec sa mère. Ce stade de fusion narcissique primaire va peu à peu être remplacé par des fonctionnements de plus en plus séparés des partenaires. Comme l'explique Anzieu, ceci requiert « l'effacement de cette peau commune et la reconnaissance que chacun a sa propre peau et son propre Moi, ce qui ne s'effectue pas sans résistance ni sans douleur » (cité dans Pacoret, paragr. 8).

Peu à peu, le fantasme de la peau commune commence à être dépassé. La peau psychique se divise alors en deux couches : l'une interne et l'autre externe. Le feuillet externe est le plus durci et le plus rigide. Il est tourné vers le monde extérieur et fait écran aux stimulations qui en proviennent : il assure la fonction de pare-excitation. Le feuillet interne est plus souple, plus mince et plus sensible. Tourné vers l'intérieur, il se dédie à la réception sensorielle et à l'inscription des traces. Le Moi-peau est donc envisagé comme une interface entre le monde intérieur et le monde extérieur. Le double feuillet se forme notamment à partir de la double sensation tactile (la peau touche en même temps qu'elle est touchée, induisant des afférences internes et externes). Le dédoublement tactile prépare au dédoublement du Moi-peau.

Il existe un parallèle entre les fonctions de la peau et les fonctions du Moi, détaillées sous la forme de huit fonctions, liste qu'Anzieu précise non exhaustive.

1. Fonction de maintenance : de même que la peau maintient l'organisme autour du squelette, le Moi-peau assure la maintenance du système psychique. Cette fonction est permise par l'intériorisation du holding, permettant le maintien de l'axe par souvenir de l'appui sur le corps maternel.
2. Fonction de contenance : la peau enveloppe tout le corps et en contient les organes, de même que le Moi vise à recouvrir tout l'appareil psychique et à en contenir les pulsions. Cette fonction émerge grâce à l'introjection du handling.
3. Fonction de pare-excitation : la couche superficielle de l'épiderme protège la peau des agressions extérieures de type agressions physiques, radiations ou excès de stimulations.

Le feuillet externe du Moi-peau protège l'appareil psychique des excès de stimulations provenant du monde extérieur.

4. Fonction d'individuation du Soi : elle se caractérise par le sentiment d'être un être unique. La peau présente des traits singuliers chez chacun (par son grain, sa couleur, sa texture, son odeur). Quant au Moi-peau, il permet le sentiment d'individualité et de frontières du Soi.
5. Fonction d'intersensorialité : c'est sur l'étendue de la peau que s'insèrent les organes sensoriels. Le Moi-peau joue le rôle d'une « surface psychique qui relie entre elles les sensations de diverses natures et qui les fait ressortir comme figures sur ce fond originaire qu'est l'enveloppe tactile ». (Anzieu, 1985/1995, p. 127). Cette fonction permet l'intégration des diverses sources sensorielles.
6. Fonction de soutien à l'excitation sexuelle : Le Moi-peau « capte sur toute sa surface l'investissement libidinal », de la même manière que la peau déclenche l'excitation lors des rapports sexuels, et qu'ainsi elle constitue le support de l'investissement libidinal primaire par la mère.
7. Fonction de recharge libidinale : la peau est la surface de stimulation perpétuelle du tonus sous excitation externe. À son tour, le Moi-peau maintient la tension énergétique interne de la psyché.
8. Fonction d'inscription des traces : sur la peau s'inscrivent les marques des stimulations endogènes (rougeurs, maladies cutanées psychogènes) et exogènes (recueil des sensations). Le Moi-peau assure la fonction d'inscription de ces traces sensorielles tactiles.

III/ ENVELOPPES PARTICULIÈRES

Les fonctions psychocorporelles de la peau sont résumées par Catherine Potel comme « une enveloppe qui contient, limite, protège et sécurise » (Potel, 2021, p. 146). C'est dans la relation au corps du parent et au travers du toucher que se constitue cette enveloppe. Mais il arrive parfois que cette enveloppe se construise mal et soit défaillante.

Le nourrisson vit dans son corps toutes sortes de sensations, plus ou moins agréables, auxquelles il n'arrive pas encore à donner de sens. Une partie de ces éprouvés est nommée

« angoisses archaïques ». À la naissance, le nouveau-né passe du cocon utérin chaud, contenant, dans lequel il ne subit pas la gravité et dont le cordon ombilical assure les besoins physiologiques, à un nouveau milieu dont les propriétés sont éminemment différentes. Désormais, il est confronté à des sensations de chaud/froid, de gravité, de faim. Ces nouveaux éprouvés corporels sont de l'ordre de l'irreprésentable, ils sont des éléments β à la source d'une *terreur sans nom*. L'enfant éprouve alors une sensation « d'interruption de l'être » (Paturet & Zerillo, 2011, pp. 4-5). Plusieurs types d'angoisses archaïques sont distinguées : les angoisses d'effondrement, les angoisses de chute, les angoisses de liquéfaction, les angoisses de morcellement et les angoisses de vidage ou d'intrusion. Elles dérivent toutes de sensations corporelles vécues au début de la vie.

Initialement, c'est le parent, par ses soins et par sa contenance, qui permet d'apaiser ces angoisses. Peu à peu, c'est la constitution pour l'enfant d'une enveloppe qui contient, limite, protège et sécurise, qui permet de calmer ces éprouvés terrorisants. Mais dans certains cas où l'enveloppe serait défaillante, elle ne remplit pas suffisamment ses fonctions et ne permet pas d'apaiser convenablement les angoisses archaïques, qui, non surmontées, impactent de manière plus ou moins pathologique le vécu corporel et l'image du corps.
De manière réciproque, « ces éprouvés à répétition peuvent à la longue venir effracter, empêcher la construction d'une enveloppe solide et fiable et sa représentation ultérieure » (Potel, 2021, p. 146). L'enveloppe devient alors défaillante, « trouée », « trop dure » ou encore « trop lâche ». Le corps tend à la reformer de différentes manières, le plus souvent à travers la sensorialité. Nous allons mettre en avant des cas d'enveloppes particulières, choisis parce qu'ils sont précisément en lien avec la problématique de Mr Ca.

1) Enveloppe musculaire

Selon Bick, si la fonction contenante n'est pas introjectée, la non-intégration des limites persiste chez l'enfant. Celle-ci laisse place à une recherche frénétique d'unification, qui sera palliée par la formation d'une « seconde peau musculaire ». Cette seconde peau, ce Moi-muscle, viendrait faire l'effet d'une « prothèse substitutive » (Anzieu, 1985/1995, p. 219) pour une première peau qui ne fonctionnerait pas bien. La contenance est donc assurée par la sensation tonique pour pallier la défaillance au niveau psychique.

Tout le monde possède une seconde peau musculaire. Dans le Moi-peau, le feuillet externe fait office de pare-excitation passif. Parfois, ce dernier a besoin d'être suppléé par une fonction pare-excitante active. Celle-ci est alors assurée par l'enveloppe musculaire, et peut également être soutenue par les couches de vêtement. Dans certains cas pathologiques, le Moi-muscle est surdéveloppé et « vient compenser une grave insuffisance du Moi-peau et colmater les failles, fissures et trous de la première peau contenante. » (Anzieu, 1985/1995, p. 221).

La formation de l'enveloppe musculaire est favorisée par des premiers soins trop intenses, ou au contraire trop faibles. Dans le premier cas, des soins « intenses, incohérents, brusques » et un contact hypertonique ont pour conséquence que le bébé « cherche plus à s'en protéger quantitativement qu'à les filtrer qualitativement » (Anzieu, 1985/1995, p. 222), et développe une hypertonie pour assurer la fonction de pare-excitation. Dans le second cas, des soins de type « hypotoniques » assurés par « une mère déprimée, repliée sur elle-même » (Anzieu, 1985/1995, p. 222), soutiennent des incitations exogènes trop faibles, auquel cas l'enveloppe hypertonique se forme pour rechercher des stimulations.

2) Enveloppe de souffrance

Certains patients, à l'instar de Mr Ca, semblent ne vivre leur corps qu'au travers d'expériences de douleur.

Micheline Enriquez développe la notion « d'enveloppe de souffrance ». Celle-ci apparaît pour pallier les conséquences de deux types d'expériences archaïques.
La première serait l'incapacité à s'identifier au travers de la mère à des expériences de plaisir. L'affect dominant deviendrait alors la souffrance, principale modalité d'existence du sujet.
La seconde est une insuffisance de la peau commune. Lorsque celle-ci n'a pas été convenablement investie ou intériorisée, l'enveloppe psychocorporelle est défaillante dans sa fonction contenante et de limite. Ainsi, d'une part le corps devient impossible à investir et se vit comme « en suspens de propriétaire » (Enriquez, 1984, p. 179). Ces enveloppes se caractérisent typiquement par une porosité, signe d'une recherche identificatoire incessante. D'autre part, le Moi dont la fonction contenante est mal intégrée se vit comme sous influence « d'une excitation pulsionnelle diffuse, permanente, éparse, non localisable, non identifiable, non apaisable » (Anzieu, 1985/1995, p.265) dont la topographie s'apparenterait à un noyau

pulsionnel sans écorce, sans limite, sans contenant. Le sujet s'enveloppe alors dans la souffrance comme une écorce substitutive.

Le patient qui vit des expériences répétitives de douleur, au travers d'un corps décrit comme non investi et non approprié, pourra passer d'un *corps en souffrance* à un *corps de souffrance* en s'appropriant ses douleurs « avec avidité » comme siennes (Anzieu, 1985/1995, p. 233). Le corps de souffrance se caractérise alors par une « aptitude excessive à la mise en acte, à la figuration et à l'incarnation de la souffrance » (Anzieu, 1985/1995, p. 233), qui permet de vivre cette expérience en son nom propre.

Potel propose une autre théorisation de la recherche de souffrance, également en lien avec l'enveloppe psychocorporelle. Alors que pour Enriquez ce rapport à la douleur trouve sa source à un niveau très archaïque, selon Potel il se forme à partir d'expériences plus tardives chez l'enfant.

> Chez celui-ci, l'intégration des limites passe par les expériences d'agressivité et de douleur, noyau par lequel l'enfant peut faire l'expérience symbolique de la fragilité mais aussi de la solidité et de la permanence puisqu'on peut reconstruire. ... Toutes les expériences de douleur mettent un frein au débordement d'activité et apprennent à l'enfant à faire attention à lui. (2021, p. 147)

Si l'enfant expérimente trop ou insuffisamment ces expériences (par surprotection, ou au contraire par laxisme parental, ou quelque autre raison), il ne peut construire ses capacités d'autofreinage et d'autoprotection. Il va alors chercher l'intériorisation de son enveloppe psychocorporelle en se mettant en risque.

Selon Anzieu, auprès d'un sujet présentant un corps en souffrance, « qui envahit tout l'espace et n'a pas de propriétaire », c'est « au psychanalyste, si possible, de donner vie [à ce corps] et de le rendre au patient. » (Anzieu, 1995, p. 232). Je rebondis sur ces propos pour appuyer un travail que la psychomotricité peut tout particulièrement étayer : se réapproprier son corps, permettre son investissement sur un versant autre que celui de la souffrance.

3) Impact de la rue sur l'enveloppe

La peau constitue l'enveloppe primaire, mais elle peut être complétée dans sa fonction contenante par d'autres enveloppes : le vêtement, l'habitat, l'entourage. Dans le cas de la précarité extrême, lorsque l'on vit à la rue, le corps constitue non seulement la première enveloppe, mais aussi la dernière. Et elle est mise à mal.

Dans la rue, les notions de dedans et de dehors sont malmenées : on est souvent dehors, exposé, sans toujours disposer de la possibilité de se réfugier dans un intérieur, un chez-soi. Selon Béranger Poirier, l'absence de l'espace propre de l'ordre du logement bouscule les limites qui donnent sens aux différents espaces proxémiques : la sphère intime, la sphère personnelle, la sphère sociale et la sphère publique. « L'intime se retrouve dans l'espace publique, les limites sont abolies et la relation à l'autre sous forme de regard, de geste ou de mot menace l'intégrité » (Poirier, 2016, p. 57). La pénétration du territoire vital bouscule l'enveloppe. « L'insécurité menace l'intime obligeant le sujet à des adaptations psychocorporelles dans un processus inverse de développement. Ses enveloppes se retranchent et se resserrent face à l'agression. » (Constant, 2015, La précarité).

L'exposition perpétuelle aux stimuli sensoriels, de bruit, d'humidité, de froid, de vent, le regard des passants, sans retrait possible, vient faire effraction dans l'intégrité de l'enveloppe. Celle-ci se retrouve agressée, trouée, entaillée, à l'image d'une peau abîmée par la rue, présentant des lésions, des entailles, des cicatrices.

En réaction, le sujet peut développer d'autres enveloppes. Il peut par exemple avoir recours à l'enveloppe tonique ou à celle de souffrance, évoquées plus haut, ou bien investir la sphère sensorielle. Lors de son accompagnement de personnes en situation de grande précarité, Poirier observe comment différents sens viennent renforcer la fonction contenante.

Dans le centre d'accueil de jour où il est stagiaire, il décrit que nombreuses sont les personnes qui s'enferment dans un cocon sonore en écoutant de la musique au casque. Cette enveloppe sonore permettrait de se couper, l'espace d'un instant, du bruit environnant.

De même, l'incurie permet la formation d'une enveloppe olfactive. Elle contient et fait enveloppe tout en poussant l'autre à rester à distance. « Alors que des douches sont disponibles dans le centre d'accueil de jour, certains renoncent à en prendre. Comme [s'ils] ne voulaient pas se séparer de leur odeur. Cette dernière est en effet une partie de l'identité. » (Poirier, 2016, pp. 60-61).

En outre, la superposition de plusieurs couches de vêtements, récurrente dans la clinique de la grande précarité, épaissit un peu plus l'enveloppe tactile. Elle permet de mieux se ressentir sur le plan proprioceptif, amplifiant les sensations de poids, de chaleur, de texture, et impactant la fluidité du mouvement.

Enfin, selon Poirier on retrouve fréquemment chez les sujets vivant à la rue une posture à dominance AM[14], chaîne de l'enroulement qui renvoie aux expériences archaïques de soins maternels, de portage et d'enveloppement. L'expression marquée de cette chaîne musculaire tenterait de compenser une enveloppe psychocorporelle mise à mal, en un retour archaïque aux postures adoptées par le corps pendant la constitution primaire de celle-ci.

IV/ LES ENVELOPPES PSYCHOCORPORELLES DE MONSIEUR CA

Stabat Mater dolorosa
iuxta crucem lacrimosa,
dum pendebat Filius

Cuius animam gementem,
contristatam et dolentem
pertransivit gladius ...

Quae maerebat et dolebat,
pia Mater, dum videbat
nati [vulnerati][15]

Debout, la Mère des douleurs,
près de la croix était en larmes,
quand Son Fils pendait au bois

Dans son âme qui gémissait,
toute brisée et endolorie,
le glaive la transperça

Dans le chagrin qui la poignait,
cette tendre Mère pleurait
son enfant n'était que blessures

Après quelques séances avec Mr Ca, j'ai commencé à me sentir comme « envahie » par lui, jusque dans ma sphère personnelle. Nos séances résonnaient en moi et m'impactaient émotionnellement. Il se glissait dans mes pensées et me suivait hors de l'UHSA. Je nous trouvais des points communs et m'identifiais à lui. Des pensées me traversaient alors l'esprit telles que « je le soigne / je me soigne ». Comme si quelque chose entre nos deux enveloppes s'était ouvert, laissant place à une confusion des identités. Comme si nos limites respectives s'étaient assouplies.

[14] Antéro-médiane. Se reporter à la première partie théorique, II/ 5) Le principe des chaînes musculaires de Godelieve Struyf-Denis.
[15] Extrait du Stabat Mater, hymne religieux du Moyen Âge.

La place de ces dernières lignes dans cet écrit peut être questionnée. Elles parlent de ma propre porosité à un instant donné, et mes états psychiques ne font pas l'objet de ce mémoire. Si j'ai décidé de faire figurer cet élément, c'est parce qu'à mon sens, ne pas le mentionner aurait été omettre un élément clé de la clinique. C'est à partir de ce vécu que j'ai commencé à interroger la problématique des enveloppes chez Mr Ca. À la manière du psychanalyste qui analyse son contre-transfert[16], je me suis demandée si cet éprouvé ne répondait pas à quelque chose que le patient renvoyait. Ce vécu parlait de moi, mais aussi de lui. Ma propre porosité avait rencontré la sienne.

1) Une enveloppe poreuse et effractée

Bien que Mr Ca n'en ait jamais fait directement mention, on peut supposer que ses interactions précoces aient été dysharmonieuses. Il décrit ses deux parents comme instables. Sa mère est « considérée comme folle par l'entourage » et son père est « nerveux et impulsif ». Anzieu décrit les conséquences sur le Moi-peau de soins « intenses, incohérents, brusques » procurés par « une mère hypertonique » (1985/1995, p. 221). Cette description correspond à la représentation que je me fais de la mère de Mr Ca, d'après ce qu'il raconte d'elle.
Il a été placé en famille d'accueil à cinq ans, entraînant probablement une interruption dans la continuité des soins.

Une carence du toucher durant la petite enfance empêche la constitution de la peau commune, pouvant conduire plus tard à une recherche identificatoire perpétuelle. Celle-ci rejoint la défaillance de la fonction d'individuation du Soi du Moi-peau. Chez le patient, cette défaillance s'observe dans sa quête identitaire. Il cherche à s'identifier tour à tour à son père et sa mère, mettant en avant les traits qu'il a en commun avec eux. Cette identification prend parfois la forme d'une confusion des rôles : lorsqu'il parle de sa mère, on dirait qu'il parle de lui ; lorsqu'il parle de ses amoureuses, on dirait qu'il parle de sa mère. Les positions s'intervertissent. Il cherche également à s'identifier avec fierté à ses origines créoles. Il a pourtant vécu la majorité de sa vie en métropole, n'a passé que trois années en Martinique durant son adolescence, mais s'attache particulièrement à cette partie de son identité. Il regrette

[16] Ce terme est controversé au service la thérapie psychomotrice. Le psychomotricien peut-il parler de transfert et de contre-transfert à propos de sa relation avec un patient ? Si l'on considère que ce terme est réservé à la cure psychanalytique, il reste évident que patient comme psychomotricien sont tous deux traversés par des affects dans leur relation thérapeutique, qui méritent d'être interrogés.

d'être « trop blanc pour un créole ». Si cette part de lui avait été visible, identifiable de l'extérieur et au premier coup d'œil, elle lui aurait légitimé son identité qui souffre d'un manque d'appropriation.

Les expériences d'agressivité et d'abus sexuel ont pu faire effraction dans son enveloppe, en pénétrant dans son intime. Elles l'ont placé dans une position d'objet, en violant les limites de son intime et son intégrité. Il n'a pas été reconnu comme un sujet, comme un Moi. Son corps devient alors un objet dont il est dépossédé, d'où le désinvestissement de la corporéité.

Par ailleurs, Mr Ca témoigne d'une recherche et d'une sensibilité particulière pour la contenance, ce qui appuie l'hypothèse d'une fonction contenante défaillante.
Il évoque à plusieurs reprises comment résonne en lui la contenance de l'institution. Elle lui permet de se sentir en sécurité et de s'ouvrir à la relation. En effet, durant les premiers temps de son hospitalisation, le patient occupait une attitude très fermée, depuis sa posture corporelle et ses cheveux lui barrant le regard à sa manière de se couper de la relation, en restant sur ses gardes. Cette attitude a peu à peu laissé place à une posture plus détendue et plus ouverte, parfois franchement chaleureuse.
Il y a un diffuseur d'huiles essentielles dans la salle de psychomotricité, que nous prenons bien soin d'allumer lors des séances avec Mr Ca. Il se montre réceptif aux odeurs et fait souvent un commentaire à leur propos lorsqu'il entre dans la salle. Il les relie à des souvenirs, certaines lui rappellent les produits que son père utilise contre les moustiques à la Martinique, et il dit les apprécier. Ici, l'odeur vient d'une part réveiller une mémoire sensorielle et d'autre part créer une enveloppe olfactive contenante et continuelle à laquelle le patient se montre sensible.
Enfin, au niveau postural, la dominance des chaînes musculaires AL-AM[17] chez Mr Ca va dans le sens d'un retour à soi, un retour au noyau. Je cite mes propos précédents à propos de la chaîne AM : « chaîne de l'enroulement qui renvoie aux expériences archaïques de soins maternels, de portage et d'enveloppement. L'expression marquée de cette chaîne musculaire tenterait de compenser une enveloppe psychocorporelle mise à mal, en un retour archaïque aux postures adoptées par le corps pendant la constitution primaire de celle-ci. ». Chez le patient, la dominance de cette chaîne musculaire viendrait colmater la carence des premiers soins et l'effraction de son enveloppe psychocorporelle.

[17] Antéro-latérale et antéro-médiane. Se reporter à la première partie théorique, II/ 5) Le principe des chaînes musculaires de Godelieve Struyf-Denis.

On peut donc supposer que l'enveloppe psychique de Mr Ca est poreuse et effractée. Elle a été carencée par des soins primaires probablement insécurisants et mise à mal par des expériences traumatiques d'abus, de violence et de précarité. La défaillance de cette enveloppe tend à être compensée, au niveau psychocorporel, par la formation d'enveloppes secondaires : l'enveloppe tonique et l'enveloppe de souffrance. Nous verrons également comment Mr Ca raccommode ses enveloppes par le soin apporté aux vêtements.

2) L'enveloppe tonique

L'observation visuelle laisse présumer que Mr Ca présente une hypertonie superficielle de l'axe parant une hypotonie de fond. Dans la première partie du mémoire, nous avons évoqué d'un point de vue psychophysiologique comment l'hypertonie viendrait compenser la fragilité du sentiment de Soi, conséquence d'un vécu sensori-tonique trop effacé[18]. L'hypertonie permettrait alors de se ressentir et donc de se percevoir. Nous pouvons tirer les conclusions presque similaires en analysant les choses sous le prisme des enveloppes. Nous avons vu que la recherche perpétuelle d'identification témoigne d'une défaillance de l'individuation du Soi, quatrième fonction du Moi-peau. L'hypertonie, en renforçant la sensation des limites du corps, viendrait alimenter le sentiment de frontières du Moi. La seconde peau musculaire se forme alors pour unifier un Moi en manque de contenance.

Pour Anzieu et Bick, le Moi-muscle répond à une défaillance de la fonction de pare-excitation par renforcement du feuillet externe, celui « côté mère »[19]. Si chez le patient les soins parentaux primaires ont été carencés et/ou tumultueux au point de conduire à un placement en famille d'accueil, ils expliquent la rigidification du feuillet externe dans l'hypertonie.
L'enveloppe musculaire, favorisée par des expériences d'agressivité, assure une fonction de protection. Mr Ca se met en quête de développer sa musculature dès lors qu'il apprend la date de sa sortie. Alors qu'il pense devoir retourner à la rue, il veut « préparer son corps au monde extérieur ». En anticipant la dissolution de la fonction contenante assurée par l'institution, il cherche à redoubler son enveloppe musculaire. Celle-ci assure ici une fonction de protection et de pare-excitation des éventuelles violences, agressions et flux sensoriels envahissants de la rue.

[18] Première partie théorique, III/ 1) Tonicité : être dur.
[19] L'intériorisation du double feuillet succède à l'étape de la peau commune. Celle-ci se dédouble et forme le feuillet externe (introjection de la peau de la mère) et le feuillet interne (côté Moi).

Enfin, la paroi tonique empêche les échanges entre le dedans et le dehors. D'une part, elle coupe des stimuli provenant de l'extérieur en renforçant la fonction pare-excitante et en réduisant la sensation. D'autre part, elle entrave l'expression des contenus internes, ce qui s'observe chez Mr Ca par une expressivité restreinte.

Parallèlement, l'hypotonie axiale de Mr Ca, présumée par l'observation de sa posture en enroulement, alimente l'hypothèse d'un Moi fragile. Tonicité de l'axe et sentiment de Moi sont étroitement liés : l'enfant tient son axe à mesure qu'il intègre sa subjectivité. De même, c'est la tonification axiale qui permet de libérer les membres pour s'engager dans des activités. Ces expériences sensori-motrices permettent de faire émerger le sentiment d'agentivité, qui renforce l'identité de sujet. On peut alors se questionner quant à la qualité de ces expériences précoces chez Mr Ca. L'hypotonie axiale qui perdure chez l'adulte dans la continuité de cet état précoce tend à placer le sujet dans une certaine passivité : l'individu n'a acquis ni la force ni le statut nécessaires pour être sujet de son propre corps. Par conséquent, il ne peut se présenter dans une posture d'agentivité sur le monde. Peut-être est-ce la raison pour laquelle Mr Ca se montre si réduit dans son mouvement.

3) L'enveloppe de souffrance

Pour ce qui est de l'enveloppe de souffrance, je citerai les mots d'Anzieu et Enriquez, décrivant les corps en souffrance de certains patients. Ces quelques lignes m'ont frappée tant elles me semblent parler directement de Mr Ca.

« *Son corps est un corps " en souffrance, inapte au plaisir et à l'activité représentative, désaffecté, inhabité ..."* (Enriquez, 1884). *D'où le flottement incessant de ses processus identificatoires* » (Anzieu, 1985/1995, p. 232). On retrouve chez Mr Ca une enveloppe poreuse en quête d'identification et un corps qui semble ne jamais être vécu sur le versant du plaisir.
« *Le corps est désaffecté, réduit à un fonctionnement mécanique qui se suffit à lui-même, sans apporter de satisfaction*. » (Anzieu, 1985/1995, p. 233). Mr Ca décrit un corps fonctionnel, à propos duquel il adopte un discours savant, nommant les muscles et les articulations, se narguant d'en connaître le fonctionnement. Ce corps ne prend vie que dans la douleur ou dans le discours, mais refuse toujours d'être investi.

Anzieu continue : « *L'autre est pourvoyeur de pouvoir et d'abus, jamais de plaisir* » (1985/1995, p. 233). Mr Ca adopte un rapport à l'autre sur le ton de la méfiance, décrivant un autre indéfini comme « profiteur et malveillant ». L'autre est celui qui l'a abusé, celui qui l'a agressé, celui qui lui voudrait du mal. Cela plonge le patient dans une profonde solitude : à l'extérieur, il n'a personne. Il est fâché avec sa famille, qui le sait en détention mais ne prend pas de ses nouvelles, et ne semble pas avoir d'amis.
« *Conséquence : le fonctionnement corporel n'est pas approprié comme sien, c'est-à-dire comme objet possible de reconnaissance et de jouissance* » : Anzieu fait à nouveau référence au manque du sentiment de frontières et au corps qui n'a pas accès au plaisir, « *il ne peut y avoir qu'une plainte*. » (1985/1995, p. 233).

Le corps de Mr Ca est un corps qui s'enveloppe dans la souffrance faute d'avoir la possibilité de vivre des expériences de plaisir. C'est un corps désinvesti, désapproprié, qui se vit dans son aspect rigoureusement fonctionnel ou bien dans la douleur. C'est aussi un corps défendu, qu'on ne peut approcher, qu'on ne peut toucher, un corps porteur de traumatismes.

4) Une enveloppe à raccommoder : le vêtement

Les propos qui suivent m'ont été partagés par l'ergothérapeute de Mr Ca. Ils relatent le suivi en ergothérapie, qui a duré quatre mois.

Durant les premiers temps de son arrivée, le patient refuse catégoriquement le suivi en ergothérapie prescrit par le psychiatre, jusqu'au jour où il le sollicite avec une requête bien spécifique : il veut raccommoder ses vêtements. Mr Ca possède peu de vêtements et porte souvent les mêmes. Ils sont toujours propres et soignés malgré quelques trous discrets.
Durant les séances, l'ergothérapeute décrit le patient comme attentif, autonome et minutieux de bien faire. Il s'empare de l'ère de travail et fait de cette activité *son* affaire. Il n'aime pas qu'elle intervienne sur son habit, qu'elle le touche, l'utilise pour lui montrer telle ou telle technique. Elle doit parfois utiliser un tissu différent pour lui faire une démonstration. Mr Ca se montre réticent lorsqu'elle approche son vêtement, comme si elle venait pénétrer sa sphère intime. Il raconte l'histoire en lien avec son habit, évoque des souvenirs. Ceux-ci sont souvent liés à quelqu'un qui le lui aurait donné lorsqu'il était à la rue. Comme si, en faisant durer son habit, il voulait prendre soin du lien avec ces personnes.

Les vêtements de Mr Ca sont souvent serrés et recouvrent le maximum de peau. La fermeture éclair de son gilet est remontée jusqu'au cou. Un jour, il demande à ajouter un col à son pull pour entourer le cou. La sensation du vêtement serré renforce la sensation de la peau contenue. Être bien serré pour bien se ressentir, un peu à la manière de l'hypertonie. Ses vêtements couvrent le maximum de surface de sa peau, tout en s'y ajustant au plus près, comme s'ils venaient la doubler, la suppléer. Suppléer une peau défaillante dans sa fonction d'enveloppe.

La préoccupation autour de la réparation du vêtement est ici vue comme symbolique. Le vêtement est la dernière possession de celui qui n'a plus de maison. Il est, avec le corps, la dernière enveloppe. D'où la réticence du patient lorsque l'ergothérapeute s'approche trop près de son habit : il protège son enveloppe. Par ailleurs, l'ergothérapeute observe souvent des préoccupations en lien avec l'habit chez les patients en situation de précarité à l'extérieur. Vêtement, symbolique de l'enveloppe. Chez Mr Ca, la volonté de raccommoder le vêtement se voit d'une part comme une manière de faire durer son dernier bien et le lien avec les personnes associées, d'autre part comme une manière de réparer une enveloppe abîmée.

5) En conclusion, le travail avorté de l'enveloppe en psychomotricité

Dans sa pratique, le psychomotricien dispose de divers outils pour mener un travail autour de l'enveloppe psychocorporelle. Le plus indiqué est le toucher thérapeutique, puisque l'enveloppe dérive principalement de ce sens.

Or, le corps de Mr Ca est tellement défendu qu'il est impensable, durant les premiers temps de la prise en charge, de proposer quoique ce soit de l'ordre du toucher. Il est même difficile de proposer quelque chose incluant le corps. Mais peu à peu, le corps devient de plus en plus accessible, peut-être à mesure que le patient se laisse gagner par la contenance de l'unité hospitalière. Malheureusement, au moment où le toucher thérapeutique commence à être envisageable, la date de sortie tombe. Celle-ci est prévue quelques semaines plus tard, entrecoupées de nos congés hivernaux. Le travail de contenance par le toucher thérapeutique, renvoyant à des expériences archaïques, amène dans un premier temps le patient vers une certaine régression. Il nécessite d'être mené sur un temps suffisamment long et d'être particulièrement bien encadré. C'est pourquoi, faute de temps, nous avons préféré ne pas nous engager dans ce type de travail, ne souhaitant pas amener le patient dans une régression que nous ne pourrions suffisamment bien accompagner.

Pour autant, une réelle évolution a été observée au cours de l'hospitalisation. Au niveau corporel, le corps semblait moins hypertonique et l'expressivité était plus investie à la fin du suivi. La chaîne AL, celle de la fermeture à la relation, était moins marquée. Dans le discours, l'identification frénétique aux parents ou aux origines était plus apaisée. La confusion entre les rôles s'observait moins, et le « Je » semblait plus incarné. Au même moment, un sourire se redessinait sur le visage du patient.

J'émets l'hypothèse que cette évolution a été soutenue par un réel travail de contenance au niveau institutionnel. Mr Ca disait lui-même se sentir en sécurité et pouvoir enfin s'ouvrir. Au début de la prise en charge, j'avais le sentiment qu'il « se déversait ». Comme si un défaut de contenance avait pour conséquence que ses contenus s'épandaient de lui comme des flots. Cette impression m'avait quittée à la fin du suivi, et ses propos me semblaient alors émerger de manière *contenue.* Quelque chose de l'ordre de la contenance avait été gagné.

TROISIÈME PARTIE THÉORIQUE :

APPROCHE PHÉNOMÉNOLOGIQUE DE LA CORPORÉITÉ

Nous ne comprenons rien à la folie aussi longtemps que nous nous comportons à l'égard du fou à titre de sujets désimpliqués *ou, ce qui revient au même, aussi longtemps que nous posons le fou devant à titre de pur et simple* objet *... ; nous ne pouvons comprendre la folie que sur le fond de notre destinée humaine commune ... ou, ce qui revient au même, que si nous voyons également dans le fou notre prochain, celui qui est* homme-avec-nous. (Binswanger, 1957, p. 13).

0. Qu'est-ce que la phénoménologie ?

Ce courant philosophique naît simultanément en Suisse, en Allemagne et en France dans les années 1920. Sa spécificité est de penser les choses sous l'angle du vécu subjectif. Elle étudie les phénomènes, c'est-à-dire les événements du monde, tels qu'ils apparaissent à la conscience. À la différence des approches scientifiques contemporaines et majoritaires, elle ne cherche pas à déterminer le caractère objectif d'une chose mais bien la manière dont celle-ci est vécue par le sujet. Elle n'a pas pour but d'objectiver les connaissances, au contraire, elle veut saisir toute la coloration, toute la texture et la tonalité des phénomènes qui transitent par la conscience.
Pour être à même d'approcher le vécu subjectif, il faut procéder à ce qu'Edmond Husserl, fondateur de la phénoménologie, nomme l'*épochè*. S'inspirant du doute de Descartes, l'épochè consiste en la suspension de tous nos savoirs sur le monde. C'est en mettant de côté ces connaissances que l'on peut s'approcher au mieux de l'expérience vécue d'autrui, libérée de toute présupposition.

Initialement inscrite dans le champ de la philosophie, cette discipline s'est par la suite développée du côté de la psychopathologie lorsque des psychiatres s'y sont penchés. L'intérêt

de la phénoménologie au regard de la clinique est qu'elle offre un angle nouveau et tout à fait éclairant sur le monde tel qu'il est vécu par le patient. Ces théories ont notamment montré leur intérêt dans la description des états psychotiques. Ce courant de psychiatrie phénoménologique, nommé Daseinsanalyse (de l'allemand *Dasein*, « être là ») ou analyse existentielle, devient une forme de psychothérapie, un modèle pour penser le patient en tant qu'*être-au-monde*. Elle s'inspire et s'approche de la psychanalyse mais s'en distingue par son ambition : la Daseinsanalyse procède à une explicitation des contenus de la conscience, elle s'intéresse au « comment » des choses (comment elles apparaissent, de quelle manière elles sont vécues), tandis que la psychanalyse vise le « pourquoi » en s'inscrivant dans une démarche de causalité.

La conscience est « l'être à la chose par l'intermédiaire du corps ». Par cette formule, Maurice Merleau-Ponty (cité dans Dastur, 1993) met en lumière la place du corps dans la phénoménologie. Celle-ci s'intéresse à la manière dont le monde apparait à la conscience, et les phénoménologues ont eu à cœur de spécifier que cette opération de synthèse du monde passe par l'expérience corporelle.

Selon Martin Heidegger[20] c'est parce que j'ai la possibilité, par mon corps, de me mouvoir et de ressentir que j'accède à une expérience de conscience. L'expérience corporelle est envisagée comme la proto-expérience de Soi. On ne peut cependant pas disjoindre ces deux états de l'être (corps et conscience), nous rappelle Françoise Dastur (1993, p.17) : « II n'est pas possible de rapporter certains mouvements à la mécanique corporelle et d'autres à la conscience. Cela serait supposer une juxtaposition du corps à la conscience, une extériorité et non pas une intimité entre eux. ». Les phénoménologues proposent donc les termes de *Dasein* (Heidegger) ou d'*existence* (Merleau-Ponty) pour unir les processus physiques et psychiques en une seule vision de l'individu.

Le Dasein en relation avec l'environnement est proposé sous le terme d'*être-au-monde* : c'est la façon d'être à la fois comme corps et comme esprit, qui permet de vivre à travers son corps sensible, et de se joindre par lui à un milieu défini pour s'y engager continuellement.

Ainsi, la Daseinsanalyse peut se définir comme l'analyse de l'être-au-monde d'un individu. Pour ce faire, elle interroge les notions de corporéité, de spatialité, de temporalité et d'altérité.

[20] Martin Heiddeger (1889 – 1976), élève d'Husserl, est une figure de la phénoménologie. C'est à partir de ses travaux qu'a été fondée la Daseinsanalyse.

Psychomotricité et phénoménologie ont en commun d'aborder une vision moniste de l'être : s'opposant au dualisme qui remonte à Descartes, corps et psyché sont envisagés comme une unité. Ajuriaguerra s'est inspiré de la pensée phénoménologique, et celle-ci constitue une des influences majeures de la psychomotricité, bien qu'aujourd'hui peu exploitée en raison des limites de son application clinique.

Nous allons ici exposer différentes notions abordées par la phénoménologie, sous les quatre angles que sont la corporéité, la spatialité, la temporalité et l'altérité. Loin de vouloir en proposer une description exhaustive, nous en verrons certains concepts qui nous permettront par la suite de proposer une analyse existentielle de Mr Ca. Nous étudierons également une approche anthropo-phénoménologique du corps douloureux. Ensuite, nous nous demanderons quelle peut être l'application de la phénoménologie en clinique. Enfin, nous reviendrons sur la clinique en questionnant l'être-au-monde de Mr Ca.

I/ GRANDS CONCEPTS DE LA DASEINSANALYSE

1) Corporéité

a) Le corps-porteur et le corps-en-apparition

Le psychiatre allemand Jürg Zutt, qui a notamment alimenté ses travaux d'une dimension anthropologique, distingue deux niveaux de la corporéité : le corps-porteur et le corps-en-apparition.

Le corps-porteur est « le corps en tant que charge et support constant de la vie humaine » (Aurières, 2011, p. 201). Il s'inscrit fondamentalement dans le vécu de la pesanteur. C'est au sein de lui que s'installent les « sentiments vitaux » (Scheler, 1979). Le corps-porteur réalise une dialectique entre support (de la vie affective) et charge (sous influence de la pesanteur). Son vécu est caractérisé par une tonalité affective primaire, par les sensations globales d'être en forme ou d'être fatigué, d'être « bien » ou « mal ». Il relève directement du *Sentir*. Il est porteur d'une *Stimmung* (« humeur »), de l'ambiance globale de son Soi-monde. Cette tonalité

globale rappelle les émotions d'arrière-fond telles que nous les avons vues avec Damasio[21]. Le corps-porteur est la dimension fondamentale de l'être-au-monde en ce sens qu'il permet le vécu primaire « d'être là », « d'être » tout court. C'est ce Sentir global qui me place dans une disposition ou une indisposition vis-à-vis du monde, et influence ainsi mon corps-en-apparition, celui de la relation.

Le corps-en-apparition se joue dans l'espace de la rencontre avec autrui. De la même manière que le corps-porteur soutient la tonalité générale de mon être, le corps-en-apparition donne un style à ma présence aux yeux de l'autre. Il témoigne du « comment » je me présente (Aurières, 2011). Zutt pose que « le corps-en-apparition nous montre l'orientation de la corporéité vers le monde, son ouverture au monde » (Aurières, 2011, p. 200). Il relève du *Se Mouvoir* et se caractérise classiquement par une poignée de main, par la qualité d'un regard... C'est par le mouvement que mon corps se déploie ou non dans le monde et aux yeux du monde. Le corps-en-apparition témoigne de l'ouverture au monde permise par le corps porteur, mais il peut également dissimuler l'ambiance de son soi-monde aux yeux d'autrui. L'intersubjectivité est avant tout intercorporéité. Aurières souligne que ce corps possède une double dimension : il apparaît à autrui tout en m'apparaissant à moi-même.

b) L'unité du Sentir et du Se Mouvoir comme mode premier d'être-au-monde

Le mouvement d'être-au-monde est un dialogue entre l'interne (Moi) et l'externe (le monde). Erwin Straus[22] souligne la place que prend le corps dans ce dialogue : « Le corps est le médiateur entre le Je et le monde, il n'appartient pleinement ni à l'intérieur ni à l'extérieur. » (cité dans Aurières, 2011). Pour lui, la modalité primaire de ce dialogue est l'unité Sentir/Se Mouvoir, qui est en communication directe avec le Je et avec le monde.

En amont de l'intrication Sentir/Se Mouvoir, le philosophe tchèque Jan Patočka, s'inspirant des théories de Straus, avance l'idée que la structure fondamentale de l'existence serait la possibilité de se mouvoir. Pour lui, c'est parce que « je peux » me mouvoir que « je suis ». C'est une caractéristique originaire, existentiale de l'être, « de sorte que ce n'est pas parce que l'existant, *le Dasein*, a un corps qu'il est capable de se mouvoir ; c'est au contraire parce que

[21] Première partie théorique, I/ 2) b) La tonicité comme sentiment de Soi.
[22] Straus (1891- 1975) est un neuropsychiatre allemand qui a participé à fonder le mouvement phénoménologique, notamment avec son œuvre *Du Sens des Sens*.

l'existence est essentiellement mouvement qu'il peut s'incarner » (Aurières, 2011, p. 196). D'où, peut-être, la volonté qu'ont les psychomotriciens travaillant auprès de personnes en situation de déficit moteur extrême (polyhandicap, gériatrie...) à mettre leurs patients en mouvement.

Il réside donc dans la philosophie de Patočka une première vision ontologique de l'être comme possibilité de se mouvoir.

De son côté, Straus replace l'importance du Sentir comme mode originaire de présence au monde. « Dans le Sentir, le "Je'' et le "monde'' se déploient simultanément pour le sujet sentant ; dans le Sentir, le sujet sentant s'éprouve soi-même et le monde, soi dans le monde, soi avec le monde. » (cité dans Aurières, 2011, p. 201). Le Sentir est le mode selon lequel nous recevons le monde. Il témoigne de notre affectivité, et est en lien étroit avec le corps-porteur.

Straus distingue deux modes de Sentir : le pathique et le gnosique. Il définit le pathique comme « ce qui appartient à l'état du vécu le plus originaire. ... Il est lui-même la communication immédiatement présente, intuitive, sensible, encore pré-conceptuelle que nous avons avec les phénomènes. » (Aurières, 2011, p. 202). Il précède toute interprétation mentale, il relève du Sentir pur, du « comment », de ce qui nous pénètre, ce qui prend possession en nous, nous affecte et résonne chez nous en une certaine tonalité, pré-existante à toute mentalisation. Dès lors que nous l'analysons, le pathique devient gnosique. Il correspond alors au « quoi » du Sentir, après qu'il a fait l'objet d'un processus de mentalisation.

Le Sentir, et particulièrement le pathique, est donc une caractéristique inhérente de l'être-au-monde, comme le souligne Aurières : « Quelles que soient leur modalité sensorielle et leur ancrage corporel, l'expérience sensible vise notre être entier en communication et en contact avec le monde. » (2011, p. 201).

Strauss met enfin l'accent sur l'indissociabilité du Sentir et Se Mouvoir. Pour lui comme pour Patočka, la muabilité est essentielle à l'existence. Elle est même pré-existante au Sentir car c'est elle qui le permet. C'est le fait de pouvoir se mouvoir dans le monde qui rend possible l'expérience sensible. Le fait d'être attiré ou repoussé par une chose du monde n'est possible que pour un être qui a la possibilité de s'orienter, de s'approcher ou de s'éloigner de cette chose. De manière réciproque, le Sentir induit le mouvement. C'est parce que, par le pathique, je ressens les choses teintées en « bon » ou en « mauvais », que je vais m'y diriger ou m'en éloigner. Le sujet s'oriente « vers le (son) monde » par le Sentir (Aurières, 2011, p. 202). Sentir et Se Mouvoir s'entremêlent pour former une unité originaire de l'être-au-monde.

c) La stance, noyau de l'existence

À la suite des travaux de Straus sur le Sentir et le Se Mouvoir, qui ne sont pas sans évoquer ceux de Bullinger sur la sensori-motricité, nous allons aborder la notion de *stance,* qui ici encore trouve son reflet en psychomotricité sous le terme « d'axe corporel ».

La stance désigne la capacité à « tenir », à résister face aux événements du monde. Elle nous permet d'y évoluer sans être ni écrasé ni subjugué par ce qu'il nous donne à voir.
Elle renvoie à la verticalité propre à l'existant. Ce « tenir » face à la vie se traduit corporellement par la tenue de l'axe corporel et la station debout propre à l'Homme.

Au cours de son développement psychomoteur, l'enfant se dirige tout entier vers la station debout. Le nouveau-né est soumis à une pesanteur dont il ne peut se libérer, contraint à exister dans le plan horizontal. C'est peu à peu par le repousser, rendu possible par la maturation neuromotrice, qu'il commencera à s'émanciper du plan horizontal pour gagner une certaine verticalité. « L'enfant va impérieusement chercher à s'élever » (Siard-Nay, 2011, p. 191), comme si la direction verticale était sa vocation posturale, sa destinée d'exi-*stant*. Autour de six mois, l'enfant acquiert la station assise, résultante de la tenue de l'axe corporel. Au même moment, il commence à assimiler les notions de subjectivité et d'intersubjectivité, il se perçoit lui-même comme un être à part entière. La stance renvoie ainsi à un Soi primordial. À mesure que l'enfant « se tient » lui-même, il gagne en motricité : l'appui sur son axe, tuteur corporel, lui permet de libérer ses membres supérieurs pour s'engager dans des actions de préhension et d'utilisation des objets. Ses déplacements locomoteurs se font également plus riches. La stance permet alors un pouvoir-se-mouvoir fondamental au Dasein.

La stance résulte de la juste proportion entre les deux plans horizontal et vertical. C'est sur le plan horizontal que le bébé repousse pour s'ériger, et que tout au long de la vie il s'assure d'avoir des appuis stables. Le redressement est quant à lui souligné par le plan vertical, direction vers laquelle l'Homme semble inlassablement s'orienter... Nous en reparlerons plus loin avec le concept de direction des sens de Ludwig Binswanger.

Étant le noyau du Soi primordial, la stance ouvre le travail de contenance. Elle permet de se percevoir comme un être distinct du reste du monde, d'intégrer son *ipséité*[23], elle sous-tend la notion de limites. Au cours du développement posturo-psychomoteur, l'enfant passe d'un corps-porté, encore soumis à une gravité écrasante, à un corps-porteur qui se porte tout seul. L'acquisition de sa propre stance permet alors une première séparation avec autrui, une distance. Elle est même nécessaire pour entrer en relation avec lui. L'ex-istence renvoie à une tenue hors de Soi, souligne Loïc Siard-Nay (2011, p. 192) : « Il s'agit de sentir une tenue suffisante de son soi-monde pour entrer en relation avec autrui sans être déstabilisé voire même de ''tenir à l'autre''». La stance se situe donc entre le corps-porteur (que Siard-Nay nomme « soi-monde »), et le corps en apparition, comme en témoignent parfois les réactions de pré-stance qui tentent de masquer, aux yeux de l'autre, un vécu interne inconfortable.

Straus établit une relation entre l'intégration des frontières de mon être, en lien avec la capacité de stance, et la qualité de mon mouvement. Selon lui, le mouvement gracieux est celui qui a intégré sa propre limitation tandis que le mouvement maladroit, ne sachant où s'arrêter, ne s'immobilise que lorsqu'il rencontre une résistance extérieure. Il propose ainsi une explicitation à la désorganisation motrice fréquemment observée dans la schizophrénie, trouble qui s'accompagne souvent de l'altération du sentiment de frontières de Soi. (Aurières, 2011, pp. 200-201). Sur le même ton, Charbonneau pose que c'est la dislocation du Soi et de l'unité synchronique de l'expérience dans la psychose qui conduit au désordre psychomoteur : perte de l'intégration sensori-motrice du mouvement, désorganisation du schéma corporel, perte des rapports proxémiques, et de la mélodie gestuelle (2022, p. 55).

Ainsi, l'intégration du Je s'incarne en une tenue corporelle primaire qui permet de « tenir » face aux pressions du monde. La stance est le pont entre tenue de l'axe corporel et tenue du Moi. Cette tenue, acquise par le repousser durant le développement psychomoteur, permet plus tard la fluidité gestuelle et l'intégration de mon identité propre, autrement dit mon ipséité.

2) Spatialité : le corps à l'espace

Selon Merleau-Ponty, le corps n'est pas *dans* l'espace mais il est *à* l'espace. Être à l'espace signifie que l'intérieur de mon corps va aller se déployer et se nouer avec le dehors.

[23] L'ipséité désigne la conscience de Moi comme étant unique, absolument distinct d'un autre et continuel dans le temps.

Binswanger[24] illustre cela en s'intéressant à l'espace vécu. L'espace de l'existant est un espace subjectif, porté par l'affectivité et la temporalité, à l'opposé d'une vision euclidienne de l'espace.

L'espace, découpé en directions, est porteur de symboliques. Binswanger les nomme « direction des sens ». Ici, le mot « sens » est polysémique : il renvoie à l'orientation spatiale ainsi qu'à sa signification. La signification du sens spatial est alors élargie à l'existence du Dasein : de quelle manière habite-t-il l'espace de sa vie ? Par exemple, plutôt vers l'avant (le futur) ou vers l'arrière (le passé) ? Jeanine Chamond en expose les différentes orientations :

> Notre corps est ... animé de directions de sens comme [la chute et l'élévation], l'inspir et le respir, le prendre en soi et le rejeter hors de soi, le rapprochement et l'éloignement, l'aller et le venir, le s'ouvrir et le se fermer, l'inhibition et l'exhibition, le propre et l'impropre, l'en-deçà et l'au-delà de soi, etc. (2011, p. 216).

Ces directions se retrouvent à plusieurs niveaux de l'existence. Nous pouvons établir une relation entre investissement spatial par le corps (dans le mouvement comme dans la posture) et « direction face à la vie ». On parle ainsi d'*habiter* l'espace. Binswanger parle « d'espace thymique » pour évoquer cet espace en lien avec la tonalité d'ensemble de l'existant.

Les directions des sens propres à l'existence humaine sont le haut et l'avant. « Nous autres Hommes, et certains primates, avons déjà inscrit dans notre rapport à l'espace la position haut-devant : elle signifie notre appréhension primaire du monde » (Charbonneau, 2022, p. 56).
Pour Binswanger, l'aspiration légitime du Dasein est de prendre de la hauteur : nous l'observons par la stance, qui s'inscrit vers le haut tout en conférant à l'individu son statut de sujet. Nous l'observons chez le jeune enfant qui semble préprogrammé à s'élever. Foucault (2001) indique qu'il faut « rejoindre la dimension verticale pour saisir l'existence se faisant dans cette forme de présence absolument originaire où se définit le Dasein ». Cette élévation du corps dans l'espace dure jusqu'à un certain point ; les sujets vieillissants perdent un peu dans la hauteur et semblent alors changer de direction, leur corps s'oriente vers le bas.
La direction vers l'avant, quant à elle, correspond à l'appel du futur vers lequel nous nous tournons.

[24] Ludwig Binswanger (1881 – 1966), fondateur de la Daseinsanalyse avec Medard Boss, est le premier psychiatre à avoir appliqué la phénoménologie à la clinique.

Chaque direction est couplée à son opposée. Ces polarités, que Binswanger nomme « tenseurs de l'existence », doivent être équilibrées dans l'espace vécu. Le Dasein doit assurer son équilibre sur le fil du tenseur pour avoir une existence harmonieuse. Dans la pathologie, le sujet abandonne la tridimensionnalité de l'espace au profit d'une direction prédominante : on parle alors d'un *topos*, c'est-à-dire la restriction de notre habitation à une seule direction. Dans chacun de ses cas cliniques, Binswanger retrouve un déséquilibre de la direction des sens, qui se traduit par une unique polarité enkystée ou par l'alternance entre deux pôles excessifs sans moyen de trouver un juste milieu (Chamond, 2011).

Charbonneau (2022) décrit les principaux topos que l'on peut retrouver dans la pathologie :
Il y a « *perte dans le haut* » lorsque le sujet s'égare dans les hauteurs de son existence en s'affranchissant de ses assises horizontales. On y associe une forme d'orgueil et de présomption.
« L'*être en devant de Soi* » est typique des états maniaques qui ne semblent vivre que dans le futur (spatialement comme temporellement). « C'est le devancement de Soi, jamais habité, sitôt abandonné » (2022, p.56). Charbonneau précise que dans ces états, c'est la toute-puissance, le vécu du tout-possible qui semble faire s'évaporer tout obstacle futur ou toute dimension de gravité.
À l'inverse, dans « *l'être en arrière de Soi* » le sujet, coincé dans le passé, vit le futur comme un non-possible. Les sujets décrivent un vécu de temps qui ne semble plus s'écouler. Cet état est typique de la mélancolie. Il s'accompagne d'une perte de la hauteur, en lien avec l'estime de soi, qui alimente le vécu de non-possible.
« L'*être-en-deçà-de-soi* » est typiquement le topos de l'inhibition. « Ce rester en deçà de soi est s'empêcher de se libérer d'une contrainte » (2022, p. 57). À contrario, « l'*être-au-deça-de-*soi » se caractérise par une extraversion telle qu'on peut la retrouver dans les états histrioniques.
La *chute* est une direction des sens notable qui se couple à l'ascension originaire au Dasein. Au sens physique comme existentiel, elle correspond à la perte des assises et s'inscrit vers le bas. Elle signe « l'abaissement, la déstabilisation, la descente, l'effondrement » (Chamond, 2011, p. 216).

L'espace du Dasein désigne autant l'espace de la vie que l'investissement spatial du corps. Quelles sont les correspondances entre ces deux niveaux ? Chamond indique que cet « espace vécu, concret, quotidien, qui précède l'espace objectif, ... s'ouvre depuis le corps vivant et se déploie dans son mouvement. » (2011, p. 215). Au niveau corporel, on imagine facilement

qu'un topos inscrira sa direction dans les schèmes de mouvement ou dans la posture. Rappelons l'association, faite en première partie[25], entre typologie posturale et direction spatiale. Les six directions de l'espace sont retrouvées dans les chaînes musculaires décrites par Struyf-Denis, chacune soutenant un type de mouvement dans un plan de l'espace.
On imagine l'*être en devant de soi* aller de pair avec un mouvement dans le plan sagittal, happé vers l'avant. On lui associera plutôt une posture postéro-médiane, le corps entier arc-bouté vers l'avant, la colonne vertébrale en accentuation de la lordose. Le mélancolique, en « *arrière de lui* », présente une affinité pour le passé, pour l'espace arrière. On l'imagine plutôt se présenter en posture antéro-médiane. La *direction haute* est typique de la posture postéro-antérieure, en érection de la colonne vertébrale. On peut retrouver cette perte posturale dans le haut chez certains autistes que l'on voit marcher sur la pointe des pieds, cette même posture figée dans la verticalité chez certains patients paranoïaques (Charbonneau, 2022, p. 55). L'orientation vers le Soi-monde retrouvée dans l'*être-en-deçà-de-soi* et l'inhibition alimente une hypokinésie et une posture en antéro-latéral, avec un faible investissement de l'espace. À l'inverse, l'extraversion de l'*être-au-deça-de-soi* s'apparente plutôt à un mouvement centrifuge qui s'incarne par la typologie postéro-latérale.

Il apparaît alors que le travail thérapeutique peut consister en une rééquilibration des polarités de sens. L'espace vécu « s'ouvrant depuis le corps », comme l'indique Chamond, la psychomotricité peut clairement trouver son utilité par l'investissement de nouvelles directions des sens par l'expérience corporelle.

3) Temporalité : temps vécu et mnésique du corps

La phénoménologie s'intéresse au temps vécu par l'individu.
Charbonneau définit la temporalité comme « la capacité d'un existant à faire expérience, en s'instituant dans une relation vivante entre un passé et un futur, sans être totalement absorbé ni par le présent (en un seul moment), ni par le passé, ni par le futur » (cité dans Barbier, 2013, p. 20). Faire cela permet de constituer l'unité diachronique de l'existence, c'est-à-dire d'établir notre continuité dans le temps.

Une distinction est faite entre deux ordres du temps vécu : le *transpossible* et le *transpassible.*

[25] Première partie théorique, II/ 5) Le principe des chaînes musculaires de Godelieve Struyf-Denis.

Le temps vécu comme passible, le transpassible, concerne le sentiment d'écoulement du temps. Il dépend de la nature de nos affects, de notre éprouvé du monde, d'autrui et de Soi.
Le temps vécu comme possible, le transpossible, correspond à la manière dont le sujet s'y projette. Il concerne le proto-vécu de possible, dont la polarité est le tout-possible maniaque et l'impossible mélancolique.
« Être, c'est pouvoir se projeter et se réaliser dans l'expérience du temps » écrit Charbonneau (2008, paragr. 25). Le Dasein se caractérise par l'ouverture au monde dans laquelle se définit un certain nombre de possibles. Nous sommes dans le domaine de la temporalité comme transpossible. L'être-au-monde prend la forme d'une structure de projet, c'est-à-dire le vécu d'un monde dans lequel je peux me projeter et me réaliser. La structure même du sujet (son contact avec le monde, l'ambiance de son Soi-monde) détermine ce projet-au-monde.
Lorsqu'il y a altération de l'unité diachronique de l'expérience, le sujet ne peut plus se projeter ni se réaliser dans la temporalité, ou il le fait de manière irrationnelle.

Le temps s'inscrit corporellement. Chez le tout petit, ce sont les expériences corporelles de rythmicité des cycles (alternance entre veille et sommeil, faim et satiété, présence et absence de la mère...) qui permettent d'appréhender la notion de temporalité. On parle alors de mnésique corporelle.
Dans la mémoire de chacun, les expériences sensibles et de muabilité laissent une trace teintée d'affect : c'est la notion d'*historialité* avancée par Straus. Cette « affectivité primordiale » (Aurières, 2011, p.202) constitue mon *horizon*[26]. Chaque expérience sensori-motrice s'inscrit dans un ensemble plus large de traces affectivo-mnésiques qui détermine la manière dont je reçois le monde et m'y donne en retour. Cette mémoire corporelle est constitutive de mon identité, nous précise Charbonneau : « Notre personnalité est une succession d'histoires qui s'ouvrent, s'accomplissent, se ferment et se délaissent » (cité dans Barbier, 2013, p. 21). Selon Aurières, c'est l'historialité qui est à l'origine de perturbations psychomotrices.

La notion d'*évènement* peut faire effraction dans l'historialité.
Un évènement est un fait qui survient et bouleverse totalement mon interprétation du monde. Ce fait est tellement sidérable qu'il n'est pas compréhensible à la lumière de mon horizon actuel, ce qui entraîne un effondrement de mes assises interprétatives. La structure du projet

[26] L'horizon est une notion élaborée par Husserl. Elle constitue l'arrière-fond d'un objet, c'est-à-dire l'ensemble de connaissances, croyances et représentations que j'en ai, de sorte que lorsque cet objet m'apparaît il n'est jamais neutre mais déjà porteur d'une signification, liée entre autres à mon historialité.

s'en trouve bouleversée. L'évènement va inverser le rapport à la temporalité : au lieu de vivre le monde comme transpossible, le sujet se retrouve plongé dans un monde écrasant. Il passe de sujet constituant à sujet réceptif.
Cette perspective donne une explicitation phénoménologique au phénomène de psychotraumatisme : l'évènement (le traumatisme) devient la structure du sujet et redéfinit son rapport au monde. Le travail thérapeutique consiste à reformer l'horizon en assurant la continuité d'une historialité au-delà du traumatisme, non plus uniquement constituée par celui-ci.

4) Contact avec le monde et avec autrui

En Daseinsanalayse, le monde n'est pas seulement objectif et matériel, il est avant tout monde habité. On s'intéresse à la manière dont il est vécu, c'est-à-dire au rapport que le Dasein adopte avec lui. Cela consiste en la qualité d'un contact élémentaire : « ce rapport d'appartenance qui nous lie, en confiance, ou pas, avec l'ensemble, avec les autres, avec chacun et même à soi-même. » (Charbonneau, 2022, p. 59). Un sujet adopte avec le monde un contact immédiat, pré-réfléchi, qui devient pour lui une ambiance. C'est ainsi qu'il vit le monde qui l'entoure, en le constituant comme une ambiance qui lui est propre. C'est ce contact qui permet d'appréhender les caractères de prévisibilité, de normalité, d'unité et de confiance de l'expérience, pour rendre possible un « *laisser être* non problématique » (Charbonneau, 2022, p. 59). Il dépend de l'affectivité et trouve ses fondements dans la sensorialité archaïque, nous apprend Charbonneau (2022, p. 59), c'est-à-dire dans l'historialité. En lien avec la *Stimmung*, l'humeur globale de mon être qui détermine mon ouverture au monde, le contact élémentaire se niche dans le corps-porteur.

Les psychiatres phénoménologues se sont particulièrement penchés sur l'altération du contact élémentaire avec le monde dans la psychose. En 1927, Eugène Minkowski décrit comment, dans la schizophrénie, la perte d'ancrage immédiat et confiant avec le monde ambiant plonge le sujet dans un environnement dont le sens des choses n'est plus limpide. Il nomme cela « la perte du contact vital avec la réalité ». En découle le symptôme du rationalisme morbide comme une tentative de renouer un contact de confiance avec le monde.
Plus tard, en 1971, Wolfgang Blankenburg décrit « la perte de l'évidence naturelle ». Il y a, normalement, un certain rapport d'évidence avec le monde, de « ce qui va de soi » (Charbonneau, 2022, p. 59). Ce rapport d'évidence peut être rompu dans certaines formes de

psychoses. « Survient alors la perte de toute présomptivité (le fait de présumer) de l'expérience : rien ne peut s'enchaîner, rien ne peut avoir affaire avec quelque chose » (Charbonneau, 2022, p. 59). L'unité de l'expérience est disloquée, elle perd de son sens.

Sans être forcément de l'ordre de la perte de sens comme nous venons de le voir avec les théories de Minkowski et Blankenburg, le rapport au monde est singulier pour chacun et teinté d'une affectivité qui lui est propre, de son ambiance personnelle. Il est intéressant, face à un patient, de se pencher sur son ambiance en se posant la question « quel est son contact avec le monde ? ». S'agit-il d'un contact de tout-possible sur-confiant comme on peut le retrouver dans les états maniaques ? Ou d'un contact méfiant et sur la réserve, comme chez Mr Ca ? De quelque nature qu'elles soient, ces singularités de « comment le monde m'apparaît » déterminent la manière d'être-au-monde du sujet.

Autrui étant une partie intégrante du monde, il fait également l'objet de ce contact immédiat.

Husserl et Merleau-Ponty ont travaillé la question de l'intersubjectivité, qu'ils considèrent avant tout comme intercorporéité. « Ce que je perçois d'abord, écrit Merleau-Ponty, c'est une autre "sensibilité" et, à partir de là seulement, un autre homme et une autre pensée » (Lorelle, 2015, paragr. 2). Husserl souligne l'importance du corps-en-apparition dans l'intercorporéité : « Les contenus déterminés de la sphère psychique supérieure … nous sont suggérés, indiqués, eux aussi, par le corps et par le comportement de l'organisme dans le monde extérieur » (cité dans Lorelle, 2015, paragr. 2).

Comment l'intercorporéité se constitue-t-elle ?
Nous avons évoqué précédemment l'importance du « je peux » (pouvoir-se-mouvoir) dans la constitution de Soi. Dans le « je peux », je pense le mouvement et le réalise. L'association de ces deux phénomènes me permet d'intégrer le fait que c'est moi qui bouge, que c'est mon corps, que c'est ma conscience. Husserl pose qu'en parallèle, l'altérité est intégrée par le « je ne peux pas ». Face à un autre corps, je peux préparer en pensée le mouvement qu'il ferait, mais je ne peux pas l'effectuer. Je ne peux pas non plus en ressentir les effets sensori-moteurs. Je peux penser le mouvement d'autrui, mais, ne pouvant le réaliser, je comprends qu'il n'est pas moi. C'est cette expérience du « je ne peux pas » qui me permet d'intégrer la séparation avec l'autre.

Cette séparation première permet plus tard de me rapprocher de l'expérience d'autrui en projetant mes vécus par analogie sur les siens. Comme je n'ai pas accès à ses vécus corporels, j'imagine à partir de ma propre expérience corporelle ce qu'il vit. « La perception d'autrui est médiatisée par ma perception interne et l'inter-corporéité désigne ici la simple relation externe de mon corps à un corps étranger ». (Lorelle, 2015, paragr. 3). L'analogie de mon expérience à celle de l'autre nécessite au préalable une certaine appréhension maîtrisée de mon propre corps, ce qui fait dire à Charbonneau qu'il faut « que notre Soi fasse corps » (2022, p. 58) pour accéder à l'intersubjectivité. « Être à Soi pleinement comme corps » (2022, p.58) est une construction qui passe avant tout par les expériences sensori-motrices décrites précédemment et que la psychomotricité connait bien.

5) La douleur : apport anthropologique de Buytendijk

À cheval entre phénoménologie et anthropologie, la théorie de Frederik Buytendjik[27] sur la douleur ouvre une nouvelle compréhension de cette expérience corporelle chez l'humain.

Le Dasein se caractérise, entre autres, par l'ensemble de réactions et réponses qu'il adopte face au monde qu'il habite. Buytendijk pose que dans l'expérience répétitive de la douleur, ce rapport de réponse au monde est biaisé de telle sorte que l'individu est placé dans une posture de soumission face à la douleur et a le sentiment de perdre son agentivité : « cette structure peut être si impérieuse et contraignante … que l'on a l'impression que l'organisme ne répond pas à une signification, mais que la cause physique d'une réaction est l'excitation ou un état corporel. » (Buytendijk, 1956, p. 289). Le sujet perd de sa liberté en se retrouvant soumis à agir à cause de la douleur.

L'une des conséquences du corps douloureux est la non-reconnaissance de celui-ci comme sien :

> Dans la douleur, … je suis en face d'une partie de mon corps, par exemple ma main, non pas comme observateur, mais rejeté et sans défense à l'égard de la région douloureuse. Ma main me fait mal, elle me possède, m'accable, s'impose à moi (Buytendijk, 1956, p. 290).

[27] Frederik Buytendijk (1887-1974) est un biologiste, anthropologue, physiologiste et psychologue néerlandais qui a notamment alimenté certains travaux phénoménologiques.

La douleur possède le corps jusqu'à ce qu'il devienne étranger. Ce qui fait dire à Buytendijk que la douleur peut radicalement changer un Homme : « L'homme qui souffre *a* un autre corps et il *est* un autre homme » (1956, p. 287).
Apparaissent alors en réaction des tentatives de regagner un pouvoir d'agir sur ce corps qui nous possède et nous échappe. Buytendijk donne l'exemple du patient qui s'agrippe au fauteuil chez le dentiste, comme une manière de se réapproprier son corps par la force. « Que se passe-t-il alors ? Une partie du corps passe à une situation dominante » (1956, p. 290) par l'agrippement, l'usage de la force et de la contraction musculaire. L'hypertonie apparait comme un moyen de reprendre le contrôle sur le corps en tentant de surcroît de réduire la douleur.

La douleur place ainsi le sujet dans une posture de soumission, elle le possède, le déplume de son pouvoir d'agir sur et par son propre corps. Buytendijk, à propos d'un patient qui souffre de problèmes cardiaques, dira que la dépendance de l'expérience douloureuse par rapport à mon être « me conduit à une liaison qui se caractérise par le fait que le cœur malade *m'a* au même titre que *je l'ai* » (Buytendijk, 1956, p. 294). De même, la douleur peut devenir si intense qu'elle redéfinit un sujet. « Cette interdépendance peut devenir si étroite et si solide que [la douleur] devient le centre même [du monde du sujet], et en fin de compte le représente pratiquement, sans qu'il y reste de l'espace pour d'autres contenus » (Buytendijk, 1956, p.294).

Le rapport constant à la douleur entraine un ajustement de l'organisme qui se traduit sur le mode de la défense. En excès, cette dernière devient une des modalités d'existence du sujet, sa manière d'être-au-monde. Son ambiance globale devient douleur et défense.
L'ajustement défensif a des conséquences psychosomatiques qui peuvent se retrouver à différents niveaux de l'organisme. Buytendjik va jusqu'à poser l'hypothèse que l'ajustement organique face à l'expérience douloureuse, en transformant le fonctionnement interne, contribue à « faire » la maladie, qu'il l'alimente, voire la crée. C'est un raisonnement intéressant dans le cas de Mr Ca. Il soulève la question du sens que pourrait porter le diabète, sous l'angle de la psychosomatique. Cette maladie, avec la notion de polarité qu'elle sous-tend, comporte de nombreuses caractéristiques curieusement proches des mécanismes bivalents du patient et de la bipolarité de la mère.

Enfin, Buytendijk aborde la conscience corporelle de la douleur, qui ne laisse aucun répit au sujet qui en fait l'expérience. « L'expérience vécue amène les membres touchés au premier plan de la conscience en tant que qualité constante, alors qu'ils se fondent auparavant dans l'arrière-

fond de notre schéma d'action. » (Auersperg, cité dans Buytendijk, 1956, pp. 295-296). Le corps est porté à l'attention du sujet qui y est livré sans défense. Il s'agit d'un corps omniprésent mais possédé et adverse, un corps qui fait mal. D'où la fréquente observation, chez les patients douloureux de même que chez Mr Ca, d'un rapport au corps omniprésent mais sous-investi, délaissé.

Ainsi, Buytendijk décrit comment l'expérience de la douleur conduit l'individu à devenir intrus de sa propre existence, dont « il est chassé par une puissance négative qui s'est emparée de lui » (Le Breton, 2016) et qui est d'autant plus destructive qu'il est condamné à la subir sans pouvoir agir dessus.

II/ QUELLE APPLICATION DE LA PHÉNOMÉNOLOGIE EN CLINIQUE ?

Pour Carla Taglialatela (2022, pp. 61-64) l'approche phénoménologique en clinique vise avant tout à explorer le *Lebenswelt* du patient, c'est-à-dire son monde vécu. Pour ce faire, l'ambition est d'accéder à la richesse de l'expérience subjective perceptive, en deçà de ce qui est restitué verbalement. L'expérience primaire est celle du corps, et, pour reprendre la formule d'Husserl déjà évoquée, « les contenus déterminés de la sphère psychique supérieure … nous sont suggérés, indiqués, eux aussi, par le corps et par le comportement de l'organisme dans le monde extérieur » (cité dans Lorelle, 2015, paragr. 2). C'est le corps qui ouvre la relation à l'espace, au temps, à l'Autre, et qui permet le Sentir et le Se Mouvoir. Toute la difficulté réside dans le fait que l'expérience vécue n'est pas partageable telle quelle. Il faut donc prêter attention à son expression dans le corps et le discours.

Pour permettre cela, la première étape est de procéder à l'épochè, ce concept philosophique fondamental en phénoménologie qui consiste en la suspension de nos savoirs sur le monde. C'est en mettant de côté toute forme de pré-supposé, notamment sur les pathologies qui nous poussent à envisager l'individu sous des traits de caractère figés et symptomatiques, que l'on peut « laisser "venir'' l'autre, ... le laisser "se manifester'' » (Taglialatela, 2022, p. 62). « Il va de soi qu'il s'agit d'une suspension », qui requiert un certain effort de la part du thérapeute, « et non pas d'une élimination », nous précise Taglialatela.

Ayant fait cela, le thérapeute peut s'attacher à considérer le *Lebenswelt* du patient. Le monde vécu est « cet horizon dans lequel se déroule notre existence selon une évidence immédiate » (Taglialatela, 2022, p. 63). Il correspond à l'arrière-fond de notre vie, dans lequel notre être-au-monde se déploie. Pour accéder au monde vécu du patient, il faut considérer les dimensions fondamentales de la phénoménologie, c'est-à-dire « l'expérience du corps vécu, de l'espace vécu, du temps vécu et de l'altérité ainsi que leurs modifications » (Taglialatela, 2022, p. 63). Le clinicien doit se demander « "Comment le patient que j'ai en face de moi vit le temps ? Comment vit-il l'espace ? Comment vit-il le corps et l'autre ?" » (Taglialatela, 2022, p. 63). Il s'agit d'explorer le rapport du patient à ces quatre sphères, dont nous avons tenté de dessiner les grandes lignes. La phénoménologie nous permet de comprendre qui est le patient au travers de comment il vit le monde.

L'être-au-monde s'articule en deux faces. L'une relève de ce qui se vit à l'intérieur : comment le monde est perçu, reçu et synthétisé. Elle est du domaine de Sentir. La seconde, plus externe, concerne ce qui apparaît : comment je me donne au monde, comment j'agis dedans. Elle est du domaine du Se Mouvoir. Ces deux faces sont intimement liées : la première détermine la seconde tout comme la seconde influence la première. Le discours du sujet nous renseigne sur son vécu, sur la face interne de son être-au-monde. Mais pour le psychomotricien, l'élément capital pour accéder au vécu du patient reste le corps. C'est le corps qui révèle ce que le discours ne dévoile pas toujours. Plus précisément, c'est la façon dont un sujet *habite son corps* (par sa tonicité, son mouvement, son rapport à la spatialité, sa posturation, etc.) qui nous renseigne précieusement sur son être-au-monde. Le « comment habite-t-il son corps » se situe à cet endroit précis de l'être-au-monde : entre l'interne et l'externe. Il relève de l'externe car c'est quelque chose qui se donne à voir. Il relève aussi de l'interne car il est en contact immédiat avec l'ambiance du sujet, au plus proche de son Soi-monde. À partir de ce qui se donne à voir par la corporéité, on peut donc imaginer le vécu d'un sujet.

En résumé, chaque Dasein vit le monde selon une ambiance qui lui est propre. Celle-ci prend corps dans son corps-porteur, dans son Soi-monde, et détermine la manière dont il se donne au monde. C'est le mouvement d'être-au-monde. Le Sentir et le Se Mouvoir occupent une place primordiale dans ce mouvement : ils permettent de recevoir le monde et de s'y donner en retour, signant une caractéristique existentiale de l'être. Les expériences sensori-motrices participent à l'intégration d'un Soi unique et limité, traduite par la capacité de Stance.

L'ambiance singulière de chacun signe et est alimentée par son rapport à la temporalité, à la spatialité et à l'altérité, dont nous avons éclairé certaines altérations. Sous l'angle de la phénoménologie, la psychopathologie peut donc être envisagée comme une particularité marquée de l'être-au-monde. Pour le psychomotricien, cette vision a l'avantage de redonner au corps une place centrale dans la vision de l'individu et de son trouble.

La phénoménologie nous enseigne ainsi que corps et conscience sont intimement liés. À vrai dire, cette phrase n'est pas tout à fait exacte puisqu'elle suppose encore leur division, distinction néanmoins si ancrée que nous peinons à ne pas la faire perdurer dès lors que nous tentons de traiter le sujet. C'est pourquoi les termes « existant » et « Dasein » nous sont précieux : ils sous-tendent l'union de ces deux niveaux de l'être.

III/ L'ÊTRE-AU-MONDE DE MONSIEUR CA

Au regard des notions phénoménologiques que nous venons d'aborder, l'intérêt est désormais de comprendre qui est Mr Ca en se demandant comment il vit le monde, le reçoit et s'y donne en retour. Autrement dit, nous interrogerons son être-au-monde.

1) Un Soi-monde impuissant dans une *Stimmung*[28] agressive

L'historialité de Mr Ca est pavée d'*événements*, de traumatismes. Au sens phénoménologique, nous avons vu que l'événement a plusieurs impacts sur le sujet : il renverse son rapport au monde en le plaçant dans une posture de réceptivité, incapable d'édifier un monde qui rende possible ce fait sidérable. En bouleversant le rapport au monde, l'événement vient constituer l'horizon du sujet : le monde n'est désormais vécu que sous le prisme de l'événement en question. Chez Mr Ca, ces traumatismes, en plus des nombreuses expériences sensorielles qu'il relate, ont mis en jeu le corps dans un Sentir douloureux, brusqué, agressé. Ces qualités deviennent alors sa modalité d'existence. La douleur selon Buytendijk opère par ailleurs un mécanisme plus ou moins similaire à l'événement : elle place le sujet dans une

[28] Humeur, ambiance

posture de réceptivité, d'impuissance, voire de soumission. Le patient se voit alors dépossédé de sa capacité à donner sens au monde et d'agir dessus : il ne peut plus constituer le monde, il le vit depuis une forme de passivité impuissante.

Le Sentir se loge dans le corps-porteur et détermine l'ambiance globale d'un sujet, son horizon et son contact avec le monde. Chez le patient, le Sentir agressé se retrouve dans le vécu de douleur. Ainsi se présente son Soi-monde : le corps-porteur est douloureux, agressé et impuissant. Mr Ca vit dans un monde qui l'agresse, et sur lequel, de surcroît, il ne peut agir. En découle un rapport au monde et à l'autre de l'ordre de la méfiance et de la défense.

Comment se donne-t-il à ce monde agressif ?
Du côté de l'agir, l'être-au-monde de Mr Ca est caractérisé par l'inhibition du Se Mouvoir. Celle-ci revêt plusieurs explications.

En premier lieu, elle signe la mise au silence du corps-en-apparition, ce corps que l'on donne à voir à l'autre. Le corps-en-apparition dépend de l'ouverture au monde permise par la Stimmung du sujet. La méfiance du patient se traduit par une fermeture au monde et à l'autre. Le non-investissement du Se Mouvoir apparaît alors comme un moyen de se protéger d'un autre potentiellement agressif et mal intentionné. Il en témoigne lorsqu'il dit ne pas vouloir se dévoiler, craignant que les gens ne « se servent » de ce qu'il pourrait révéler de lui-même.

De plus, comme nous l'avons vu avec Patočka, le Se Mouvoir est le produit d'un pouvoir-se-mouvoir ontologique à l'existant. Il est le mode qui nous permet d'agir sur le monde et relève d'un *pouvoir*, d'une *possibilité* existentiale. Or Mr Ca s'est retrouvé démuni de son *pouvoir,* cette capacité ayant été mise à mal par son historialité écrasante. Dès lors, comment agir dans un monde sur lequel il n'a pas de prise ?

Enfin, l'intrication du Sentir et du Se Mouvoir établie par Straus permet de mettre en lien la manière de recevoir le monde et de s'y donner en retour. Le Sentir détermine l'ouverture au monde qui s'illustre par le Se Mouvoir, et circulairement, le Se Mouvoir permet la muabilité nécessaire à l'expérience sensitive. Sentir et Se Mouvoir forment une boucle qui s'auto-alimente. Ainsi, dans un sens comme dans l'autre, la restriction du Se Mouvoir chez Mr Ca peut se lire comme un moyen de réduire le Sentir, ce Sentir douloureux, ou comme une conséquence de celui-ci. L'appauvrissement du Se Mouvoir apparait dans un ensemble plus large de

mécanismes de compensation de l'expérience douloureuse : le patient développe une hypertonie superficielle, sorte de carapace tonique, et réduit son corps au silence en restreignant le Se Mouvoir. Malgré tout, le rapport à la douleur semble être recherché par Mr Ca qui dit vouloir « garder ses douleurs », peut-être car justement, elles sont sa modalité d'existence, sa direction des sens...

2) Direction des sens : la Stance s'oppose à la Chute

On observe dans la posture de Mr Ca deux forces qui semblent s'opposer. L'une s'inscrit dans une hypotonie axiale de fond qui entraîne son corps vers le bas. La seconde, appuyée par une hypertonie superficielle, semble lutter contre la première en tentant de maintenir le corps vers le haut, dans l'espace social et relationnel. Ces deux forces semblent être l'inscription posturale des directions des sens de Mr Ca : la Stance s'oppose à la Chute. La Chute relève de l'effondrement, elle s'accompagne du « dessaisissement d'un pouvoir ou d'une force » face à la vie et de la « privation d'un accord avec le monde » (Chamond, 2011, p. 216). On retrouve ici l'inscription posturale du rapport impuissant du patient au monde. La Stance est son pôle opposé sur le tenseur de l'existence. Elle est cette faculté à tenir malgré tout face aux événements de la vie. Nul doute que cette capacité a été fragilisée par l'historialité de Mr Ca. La précarité de la Stance s'observe corporellement par un axe tenu mais mal tenu, enroulé sur lui-même. Elle fait aussi lien avec la porosité des enveloppes psychocorporelles et du sentiment de Soi, que nous avons largement décrite en deuxième partie de ce mémoire.

On pourrait présenter les choses ainsi : la lourde historialité de Mr Ca l'inscrit dans la Chute, et son combat pour y faire face s'observe par la Stance. Ces deux forces opposées apparaissent comme le tenseur de son existence. La bivalence présente chez le patient à de nombreux niveaux s'observe une fois de plus. L'enjeu existentiel de Mr Ca est de trouver une harmonie entre ces deux pôles : tomber ou tenir, être en souffrance ou ne pas être en souffrance.

CONCLUSION

Au seuil de la rédaction de ce mémoire, comme lors de mes premières expériences dans la pratique de la psychomotricité, la question du vécu me paraissait centrale dans l'approche des patients. Il me semblait devoir comprendre ce qu'ils vivaient pour pouvoir les soigner. À présent, je réalise à quel point le vécu d'autrui reste énigmatique et fondamentalement inaccessible. Cette face interne de l'être-au-monde relève de ce qui est intime, de ce qui ne se voit pas, de ce qui se cache. En revanche, nous sommes témoins de l'expression du vécu, qui se donne notamment par la corporéité.

Aux côtés de Mr Ca, nous avons tissé ce mémoire en partant de l'expression de sa corporéité pour tenter de comprendre son vécu.

Au plus proche de soi, nous avons commencé par étudier en quoi les aspects anatomo-physiologiques que sont la tonicité, la posturation et le mouvement imprègnent notre manière d'être. La tonicité est en lien direct avec les émotions et le sentiment de Soi. La posturation est issue de notre dialogue avec le monde, modelée par le type de comportements que nous favorisons. Elle est l'expression directe de notre manière de nous donner au monde, à l'instar du mouvement. Celui-ci signe différentes façons d'être selon qu'il soit investi ou non, selon sa qualité tonique et expressive et selon l'espace dans lequel il s'inscrit. La spatialité, quant à elle, est teintée de connotations psychoaffectives. L'observation de ces aspects nous a permis de mettre en évidence chez Mr Ca une recherche de solidité s'accompagnant d'une fermeture au monde et à l'Autre.

À la frontière entre soi et le monde, l'expression de la corporéité de Mr Ca nous a permis d'aborder la question des enveloppes psychocorporelles. Leur déhiscence tend à se compenser au niveau corporel, car ainsi que l'énonçait Freud : « Le Moi est avant tout un Moi corporel ». Chez Mr Ca, le rapport à la souffrance, la sensorialité et l'hypertonie sont autant de moyens de restructurer son enveloppe psychocorporelle.

Enfin, en établissant une continuité entre notre façon d'habiter notre corps et notre manière d'*exister,* nous avons tenté d'éclairer la manière dont Mr Ca a construit son être-au-monde. Celui-ci s'articule en deux faces entrelacées, l'une qui reçoit et l'autre qui se donne. Chez Mr

Ca, le Sentir douloureux, agressé et impuissant alimente une expression au monde méfiante et sur la réserve.
Avec la notion de Stance, nous avons fait des ponts entre tonicité, posturation, enveloppes psychocorporelles et faculté à « tenir face à la vie ». Nous avons vu comment la manière d'investir l'espace corporel peut s'élargir à la façon d'habiter l'espace de la vie. Nous avons fini par proposer une vision globale de la bivalence retrouvée chez le patient à de nombreux niveaux - tonique, postural, relationnel, somatique et psychique. Elle se révèle dans l'être-au-monde de Mr Ca sous la forme d'une double direction des sens. Sous l'angle de la phénoménologie, les troubles psychiques sont avant tout envisagés comme des particularités marquées de l'être-au-monde.

À l'image des racines de la psychomotricité, ce mémoire a développé une approche transmodale de Mr Ca. Nous avons tenté de montrer que les trois aspects théoriques que nous avons abordés sont complémentaires, et que c'est cette complémentarité qui nous a permis de proposer une réflexion clinique ouverte en regardant le patient sous différents angles. In fine, c'est bien la diversité des courants sur lesquels elle repose qui forge la complexité et la richesse de la psychomotricité.

POSTFACE

ÉPILOGUE DE MA RENCONTRE AVEC MONSIEUR CA

J'ai rencontré Mr Ca au début de l'automne alors qu'il venait d'arriver à l'UHSA. Il est parti à la fin de l'hiver suivant, après quelques mois d'hospitalisation car il avait fini sa peine judiciaire. À sa sortie, il se dirigeait vers un appartement trouvé par l'assistante sociale qui le suivait. Il était stabilisé sur le plan psychiatrique, avait la ferme intention de trouver un travail et « d'arrêter les conneries ». Il disait rêver d'une vie simple et de fonder une famille.

BIBLIOGRAPHIE

ANZIEU, D. (1985), *Le Moi-peau*. Dunod, 1995.

AURIÈRES, M. (2011), Regards croisés entre phénoménologie et psychomotricité. *Évolutions psychomotrices, 23*(19), pp. 194-208.

BACHOLLET, M-S., MARCELLI, D. (2010). Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements. *Enfances & psy*, (49), Erès.

BARBIER, N. (2013). *« Écoutez parler mon corps », approche phénoménologique en psychomotricité.* [Mémoire de psychomotricité, non publié]. ISRP de Paris.

BICK, E. (1980). L'expérience de la peau dans les relations d'objets précoces. Dans Meltzer, D. *Exploration dans le monde de l'autisme,* pp. 287-295. Payot, 2002.

BION, W. (1962*) Aux sources de l'expérience*. PUF.

BINSWANGER, L. (1957). *Der Mensch in der Psychiatrie* [L'Homme en psychiatrie], Pfullingen, GüntherNeske.

BULLINGER, A. (2017). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars, un parcours de recherche,* (éd. 2e). Erès.

BUYTENDJIK, F. (1956). Le sens de la douleur. *Revue d'histoire et de philosophie religieuse, 36*(4)*,* pp. 282-297. https://www.persee.fr/doc/rhpr_0035-2403_1956_num_36_4_3471

CHARBONNEAU, G. (2008). La psychose, accident phénoménologique. Dans L*es lettres de la spf,* (20), pp. 33-23. https://www.cairn.info/revue-les-lettres-de-la-spf-2008-2-page-33.htm

CHARBONNEAU, G. (2022). La psychopathologie phénoménologique et la psychomotricité : le corps phénoménologique. Dans M. Le Corre, S. Bacrie & A. Hélias-Péan (dirs.). *Psychomotricité en psychiatrie adulte,* pp. 50-61. Deboeck.

CHAMOND, J. (2011). Les directions de sens. *Évolutions psychomotrices, 23*(19), pp. 214-218.

CLAUDON, P., WEBER, M. (2009). L'émotion. *Devenir, I* (21), pp. 61-29. https://www.cairn.info/revue-devenir-2009-1-page-61.htm

CONSTANT, A. (2015). La précarité. Dans F. Giromini, J.M. Albaret & P. Scialom (dirs.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité – Tome 3 : Clinique et thérapeutique.* Deboeck.

DAMASIO, A. (2002). *Le sentiment même de Soi – Corps, émotion, conscience*. Odile Jacobe.

DANTZER, R. (2002). *Les émotions*, Presses Universitaires de France.

DASTUR, F. (1993). Le fondement corporel de la subjectivité dans l'œuvre de Merleau-Ponty - la problématique du corps propre. *Evolutions psychomotrices*, (19), pp. 15-20.

DE BENEDICTIS, J. (XIIIè s.). *Stabat Mater* [La mère se tenait debout]. Wikipédia. https://fr.wikipedia.org/wiki/Stabat_Mater

FOUCAULT, M. (2001). *L'Herméneutique du sujet*. Gallimard.

FREUD, S. (1923). Le Moi et le Ça. Dans *Essais de Psychanalyse*. Payot, 1981.

FREUD, S. (1933). Seconde topique [Schéma]. Dans *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse*. Gallimard, 1989.

ENRIQUEZ, M. (1984). *Aux carrefours de la haine.* EPI éditions.

Enveloppe (s. d.). Larousse. Consulté le 18 février 2023. https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/enveloppe/30124

GUILLEMARD, M. (2009). *Un corps qui nous parle d'émotions.* [Mémoire de psychomotricité, ISRP de Paris]. ISRP. http://extranet.isrp.fr/memoires/pdf/09-045-Un-corps-qui-nous-parle-d--emotions.pdf

HÉCAEN, H., LANTERI-LAURA, G. (1983). *Les fonctions du cerveau*. Masson.

JOVER, M. (2000). Perspectives actuelles sur le développement du tonus et de la posture. Dans J, Rivière. *Le développement psychomoteur du jeune enfant - idées neuves et approches actuelles,* Solal, pp. 17-52.

LABAN, R. (1994). *La maîtrise du mouvement*. Acte Sud.

LE POULICHET, S. (2014). *Création d'enveloppes sensorielles paradoxales et théories fantastiques de l'adolescent*. HAL. https://hal.science/hal-01431739/document

LE BRETON, A. (2016). Anthropologie de l'expérience de la douleur chronique. *Anthropologie et société, 40*(3), pp.123-136. https://id.erudit.org/iderudit/1038637ar

LESAGE, B. (2015). Expressivité tonicoposturale et gestuelle. Dans F. Giromini, J-M. Albaret, P. Scialom, *Manuel d'enseignement de psychomotricité, Tome 2 : Méthodes et techniques,* Deboeck.

LESAGE, B. (2021). *Un corps à construire.* Erès.

LINDEN, D. (2015). *Touch*. Penguin Books Ltd.

LINDEN, D. (2016, 9 avril). *The Science of Touching and Feeling* [La science du toucher et du sentir]. [Conférence]. TEDx Talks, Chapel Hill. https://www.youtube.com/watch?v=lW8pJ7E9taQ

LORELLE, P. (2015). L'intercorporéité au-delà du « je peux » : Husserl, Merleau-Ponty et Levinas. *Alter, 23,* pp. 245-260. http://journals.openedition.org/alter/392

LOUREIRO, A. (2013). *Effort : l'alternance dynamique*. Ressouvenances.

MARION, L. (2020). *La psychomotricité : une réponse singulière au défaut d'enveloppe psycho-corporelle.* [Mémoire de psychomotricité, IFP de Bordeaux]. Dumas. https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02900368/document

PACORET, J. (s. d.). Le Moi-peau de Didier Anzieu. *Joël Pacoret*. Consulté le 21 février 2023. https://joel-pacoret.fr/concept/moi-peau/moi-peau-resume-joel-pacoret/

PATURET, J-B., ZERILLO, S. (2011). Souffrance psychique et malaise ontologique : Freud – Winnicott. *Sciences croisées* (7-8), pp. 4-5.

PAVOT-LEMOINE, C. (2022). Chapitre VI. Les grandes fonctions appliquées à la sémiologie psychomotrice, Dans F. Giromini, C. Pavot-Lemoine, S. Robert-Ouvray, & A. Vachez-Gatecel (dirs.) *La Psychomotricité* (p. 75-111). Presses Universitaires de France.

POIRIER, B. (2016). *La rue, y vivre ou en sortir : exister et à quel prix ?* [Mémoire de psychomotricité, IFP de la Pitié Salpêtrière]. Dumas. https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01360188

POTEL, C. (2021). *Être psychomotricien*. Érès.

PROUST, M. (1913). *À la recherche du temps perdu, tome 1 : Du côté de chez Swann*. Gallimard, 1992.

SERVANT, A. (2019). *Les chaînes musculaires*. [Support de cours Anatomie Fonctionnelle, non plublié]. Sorbonne Médecine Université.

SCHELER, M. (1979). *La Situation de l'homme dans le monde*. Aubier.

SIARD-NAY, L. (2011). La stance et le développement postural entre corps porteur et corps en apparition. *Évolutions psychomotrices, 23*(19), pp. 189-193.

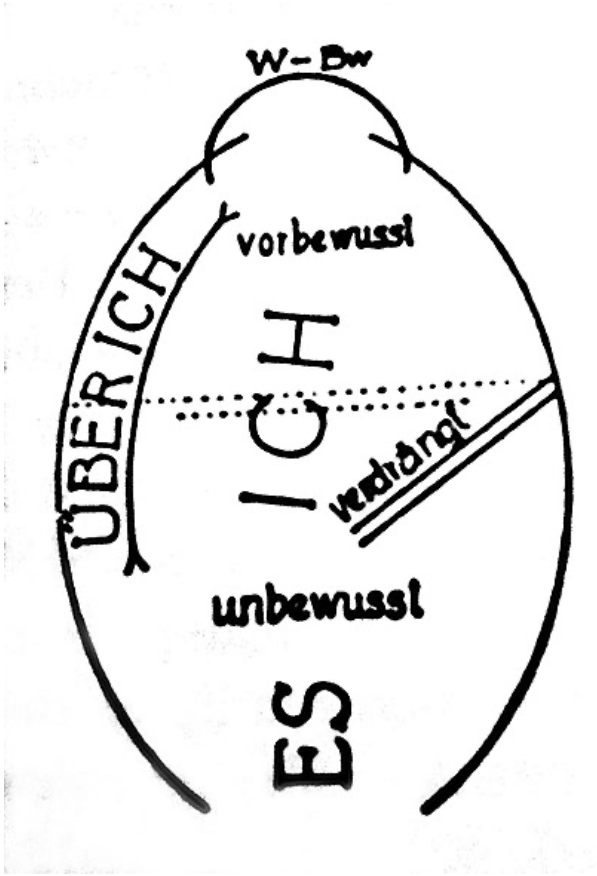
TAGLIALATELA, C. (2022). Phénoménologie et clinique : un regard sur « l'humain-patient ». Dans M. Le Corre, S. Bacrie & A. Hélias-Péan (dirs.). *Psychomotricité en psychiatrie adulte,* pp. 61-64. Deboeck.

WALLON, H. (1942). *De l'acte à la pensée*. Flammarion, 1970.

WINNICOTT, D. (1966). *La mère suffisamment bonne*. Payot, 2006.

ANNEXE

Schéma de la seconde topique réalisé par Freud en 1933.



Ich : Moi

Es : Ça

Über Ich : Surmoi

W – Bw : « Wahrnehmung – Bewusstein » : Perception - conscience

Verbewusst : préconscient

Unbewusst : inconscient

Verdrängt : refoulé

RÉSUMÉ

La corporéité est notre mode premier d'être-au-monde. Notre relation au monde, à autrui et à soi se traduit par notre manière d'habiter notre corps. À partir de l'étude clinique d'un patient rencontré lors de séances de psychomotricité en psychiatrie carcérale, ce mémoire propose des ponts entre les multiples facettes de notre corporéité – telles que la tonicité, la posturation, le mouvement, la spatialité et la relation affective au corps – et les soubassements psychoaffectifs qui soutiennent notre manière d'être-au-monde. Dans la pratique clinique, une telle approche psychomotrice et phénoménologique permet de mettre en lumière le vécu des patients et propose des pistes de soin par l'investissement de la corporéité sur de nouvelles tonalités.

Mots-clés : corporéité, posturation, psychomotricité, phénoménologie, psychopathologie.

ABSTRACT

Corporality is our primary mode of being-in-the-world. Our relationship to the world, to others and to ourselves is reflected in the way we inhabit our bodies. Based on the clinical study of a patient encountered during psycho-corporal therapy sessions in prison psychiatry, this thesis proposes bridges between the multiple facets of our corporeity – such as tonicity, posture, movement, spatiality and the affective relationship to the body – and the psychoaffective foundations that support our way of being-in-the-world. In clinical practice, such a psychomotor and phenomenological approach allows us to shed light on the patients' experiences and suggests ways of caring for them by investing their corporeality in new tonalities.

Keywords : corporeality, posture, psycho-corporal therapy, phenomenology, psychopathology.