

*Intégration motrice
et développement psychique*

DDB desclée
de brouwer

DDB desclée
de
brouwer



Suzanne B. Robert-Ouvray

Intégration motrice et développement psychique

Une théorie de la psychomotricité

Suzanne B. Robert-Ouvray

Intégration motrice
et développement psychique

Suzanne B. Robert-Ouvray

Intégration motrice
et
développement psychique

Une théorie de la psychomotricité

Deuxième édition révisée

DESCLÉE DE BROUWER

© Desclée De Brouwer, 2002 / 2004
Pour cette édition © Desclée de Brouwer, 2007
10 rue Mercœur, 75011 Paris
ISBN 978-2-220-05920-4

ISBN pdf 97822220086361

www.artege.fr

Sommaire

Avertissement à la deuxième édition	11
Avant-propos	17

I. L'ORGANISATION MOTRICE

1. La motricité organisée	25
L'histoire de notre motricité	25
La genèse des idées	26
Notre corps sous tension dans l'espace	29
Les homologues psychomotrices	35
2. La psychomotricité narcissique du nourrisson	41
Le projet psychomoteur	41
Le tonus et ses afférences	42
Les poussées toniques	44
L'enroulement fondamental et la préoccupation de soi	45
La coordination motrice	47
Le mouvement d'axialité	49
L'étape du sixième mois	52

II. L'INTÉGRATION PSYCHOMOTRICE

3. Les hiatus psychomoteurs	61
L'expérience préliminaire	61
Patrick	65
Les lombalgies névrotiques	68
La somatisation motrice	70
Lydia	73
4. Le système d'intégration	77
Les états toniques primaires	77
Le rythme intégratif	86
L'intégration du corps organisé	89

5. L'analyse sensorielle	93
Le dialogue tonique comme instrument de réponse intégrative ..	93
Le travail perceptif du Moi	97
La géométrie corporelle	100
L'imaginaire corporel	103
Jay	106
Conclusion	109

III. LE HOLDING PSYCHOMOTEUR

6. La mère, agent d'intégration	115
L'autre, auteur du manque	115
Les niveaux intégrés de la mère	117
7. Les signaux moteurs	121
Les dualités relationnelles	121
Le holding moteur	123
De la pulsion propriotactile à la communication	130
La ritualisation des signaux moteurs	133
8. L'ajustement tonico-affectif mère-enfant	137
Les exigences rituelles	137
Les effets de l'ajustement tonico-affectif	141
Les articulations corporelles et le langage	145
Le jeu des contraires et l'espace de la symbolisation	147

IV. HYPERTONICITÉ ET HYPOTONICITÉ

9. L'hypertonie et la projection	155
La fonction d'autoconservation	155
La fonction de pare-excitation	158
La fonction d'appétence	159
La fonction normative	160
La fonction de communication	161
La fonction d'enveloppe tonique	164

10. L'hypotonie axiale et l'introjection	167
L'activité-passivité	168
De la mère-rachidienne au père-rachis	169
La création du père	172
11. La paroi tonique	177
L'installation de la paroi tonique	178
La peur comme agent de rupture du rythme intégrateur	179
Les conséquences psychomotrices	181
Hypertonie, persécution et envie	193
Le syndrome hyperkinétique	195
12. Chloé, l'enfant pseudopode	199

V. LA PATHOLOGIE DE L'ÉTAYAGE

13. L'étayage	221
Définition	221
L'échec de l'étayage : l'autisme	223
14. La sidération hypertonique de la psychose	227
La bipolarité inopérante	227
L'identité mise en échec	229
L'analyse sensorielle squelettique	231
La coordination motrice chaotique	233
L'absence de l'échange symbolique	234
15. L'enfant du clivage	237
Le tout ou rien	238
Le surinvestissement des limites	240
L'idéalisation et la dévalorisation	241
L'analyse sensorielle narcissique	242
Le piétinement symbolique	244
16. Avantages et inconvénients de la théorie de l'étayage psychomoteur	249
Les avantages	249

Les inconvénients	251
Conséquences pratiques d'une théorie de l'étagage	251
Conclusions	257
Glossaire	261
Bibliographie	265

AVERTISSEMENT À LA DEUXIÈME ÉDITION

La bipolarité psychocorporelle innée

Je voudrais dans cet avertissement faire quelques rectifications et éclaircir certains concepts. Dans la première édition d'*Intégration motrice et développement psychique*, j'ai employé le terme de clivage pour qualifier l'état tonique du bébé au début de sa vie. J'ai ainsi introduit à tort l'idée d'une séparation complète entre deux formes neurophysiologiques gérant l'organisme du bébé à la naissance : l'hypertonie périphérique et l'hypotonie axiale.

Les réflexions et les avis de certains de mes collègues, ainsi que l'avancement de ma pensée, m'amènent à ne plus utiliser le terme de clivage dans le sens de la normalité mais à le réserver pour décrire des fonctionnements pathologiques. L'état psychocorporel normal d'un bébé est un état dynamique bipolaire qui parcourt toute une gamme de tensions et de détente entre deux extrêmes.

Ce que j'ai avancé pour décrire les états psychocorporels du bébé, c'est que l'immaturation neuromotrice précoce entraîne des états de crispation et de tétanie musculaires ainsi que des états de détente et d'hypotonie intenses qui sont les supports physiologiques d'états d'angoisses mortifères et d'états de plaisir et de béatitude. Ces vécus corporels extrêmes sont des limites subjectives et dépendent à la fois du matériel héréditaire du bébé

et de la qualité des réponses de l'environnement aux diverses situations. Normalement, ces polarités psychocorporelles perdent de leur intensité avec la maturation du système nerveux central qui tend à une diminution de l'hypertonie périphérique et à une augmentation de l'hypotonie axiale. Progressivement, le tonus des différents muscles du corps s'équilibre et accompagne le jeu musculaire entre agonistes et antagonistes. C'est autour du sixième mois que se produit cette première forme d'ambivalence tonique qui soutient l'ambivalence affective du bébé. En même temps que l'enfant accède à la préhension des objets, ce qui suppose un tonus axial suffisant, il accède à la notion d'un Moi global et d'un objet global.

Nous ne connaissons plus jamais ces sensations extrêmes de tension et de détente qui ont marqué les débuts de notre vie, mais nous pouvons en garder certains reliquats sensoriels, affectifs et représentatifs : « J'ai dormi comme un bébé. » « J'ai failli exploser de rage. » Cependant, dans certaines souffrances psychocorporelles comme la spasmophilie, les personnes peuvent vivre des tétanies musculaires accompagnées d'angoisses de mort.

Si les bébés entrent dans des états de rage, de détresse et dans des états de détentes et de bonheurs profonds qui sont les extrêmes vitaux, ils ressentent également tous les états intermédiaires qui relient ces deux polarités psychocorporelles. L'entourage joue un rôle fondamental d'aide à la baisse tonique du bébé par des actions de satisfaction des besoins, et d'aide à l'éveil tonique de l'enfant par des conduites d'accompagnement. Il participe ainsi à l'action maturative du système nerveux central qui tend à équilibrer l'univers physiologique du petit humain. C'est dans une alternance rythmée entre satisfactions et frustrations inévitables que l'enfant cadre et construit son espace psychique. La relation d'amour qui accompagne cette dialectique est garante d'une intégration psychocorporelle satisfaisante.

L'intégration des extrêmes est donc fondamentale pour assurer des limites aux espaces corporel et psychique de l'enfant.

D'autre part, la bipolarité innée est un moyen mis à la disposition de l'enfant pour différencier, dès le début de sa vie, ce qui est bon et agréable pour lui de ce qui est mauvais et désagréable pour lui. C'est un élément qui permet au Moi de prendre forme et de se construire. L'angoisse et l'extase sont donc des