



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

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



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

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD LYON 1

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA READAPTATION

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

Docteur Xavier PERROT

« *Mon corps ? Je veux pas y penser...* »

Entre violence et lâcher-prise, la lutte d'une adolescente anorexique pour
réinscrire son corps dans la réalité

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

Par : Angélique RIGBY

Juin 2020

N° 1586

Directrice du Département Psychomotricité

Mme Tiphaine VONSENSEY

1. UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1

Président
Pr. FLEURY Frédéric

Vice-président CFVU
Pr. CHEVALIER Philippe

Président du Conseil Académique
Pr. BEN HADID Hamda

Vice-président CS
M. VALLEE Fabrice

Vice-président CA
Pr. REVEL Didier

Directeur Général des Services
M. VERHAEGHE Damien

1.1 Secteur Santé :

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

U.F.R d'Odontologie
Directrice **Pr. SEUX Dominique**

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

Institut des Sciences Pharmaceutiques et
Biologiques
Directrice **Pr. VINCIGUERRA Christine**

Comité de Coordination des Etudes
Médicales (C.C.E.M.)
Président **Pr. COCHAT Pierre**

Institut des Sciences et Techniques de la
Réadaptation (I.S.T.R.)
Directeur **Dr. PERROT Xavier**

Département de Formation et Centre de
Recherche en Biologie Humaine
Directrice **Pr. SCHOTT Anne-Marie**

1.2 Secteur Sciences et Technologies :

U.F.R. Faculté des Sciences et
Technologies
Directeur **M. DE MARCHI Fabien**

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

U.F.R. Faculté des Sciences
Administrateur provisoire
M. ANDRIOLETTI Bruno

Observatoire Astronomique de Lyon
Directeur **Mme DANIEL Isabelle**

U.F.R. Biosciences
Administratrice provisoire
Mme GIESELER Kathrin

Ecole Supérieure du Professorat et de
l'Education (E.S.P.E.)
Administrateur provisoire
M. Pierre CHAREYRON

U.F.R. de Sciences et Techniques des
Activités Physiques et Sportives
(S.T.A.P.S.)
Directeur **M. VANPOULLE Yannick**

POLYTECH LYON
Directeur **M. PERRIN Emmanuel**

Institut Universitaire de Technologie de
Lyon 1 (I.U.T.LYON 1)
Directeur **M. VITON Christophe**

2. INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA RÉADAPTATION

Directeur ISTR : **Dr Xavier PERROT**

DÉPARTEMENT PSYCHOMOTRICITÉ

Directrice du département
Mme Tiphaine VONSENSEY
Psychomotricienne, cadre de santé

Coordinateurs pédagogiques
M. Bastien MORIN
Psychomotricien

M. Raphaël VONSENSEY
Psychomotricien

Mme Aurore JUILLARD
Psychomotricienne

Responsable des stages
Mme Christiane TANCRAÏ
Psychomotricienne

Secrétariat de scolarité
Mme Fawzia RAMDANI

*« This it my body
And I live in it.
It's changed a lot since it was new.
It's done stuff it wasn't built to do.
I often try to fill it up with wine.
And the weirdest thing about it is
I spend so much time hating it
But it never says a bad word about me.
This is my body and it's fine.
It's where I spend the vast majority of my time.
It's not perfect, but it's mine... »*

*« Ceci est mon corps
Et je vis dedans,
Il a beaucoup changé depuis le début.
Il a fait des choses qu'il n'a pas été conçu pour faire.
J'essaie souvent de le remplir avec du vin
Et la chose la plus étrange à ce sujet est
Que je passe tellement de temps à le haïr
Alors qu'il ne m'a jamais rien fait de méchant.
Ceci est mon corps et il est satisfaisant.
C'est là que je passe la grande majorité de mon temps.
Il n'est pas parfait mais il est à moi... »*

« Not Perfect » – chanson de Tim Machin

Remerciements

En premier lieu je tiens à remercier ma maîtresse de mémoire Lucie pour sa patience et le temps qu'elle m'a accordé. Elle a su me guider avec beaucoup de justesse dans ma réflexion tout en me faisant comprendre que j'étais capable d'y arriver.

Je remercie l'ensemble de mes maîtres de stages qui m'ont, chacun à leur manière, permis d'étoffer ma position de soignante :

Marine, Domy et Sophie, les premières à m'avoir accordé leur confiance en m'accueillant avec beaucoup de bienveillance dans leur jolie MAM.

Annick pour m'avoir accompagné et fait découvrir la richesse et toute la complexité de la psychomotricité auprès des adolescents.

Denis pour l'intérêt et la pédagogie avec lesquelles il m'a transmis son savoir, me poussant, semaine après semaine à approfondir ma réflexion.

Sabine pour m'avoir fait découvrir une façon bien singulière d'appréhender la psychomotricité.

Je pense aussi à tous les enseignants qui ont su élargir ma curiosité pour la psychomotricité, tout en me faisant évoluer et grandir tant professionnellement que personnellement au cours de ces trois années d'étude.

Je pense très fort à toutes les personnes que j'ai rencontrées au cours de cette formation, avec qui j'ai pu partager beaucoup de moments riches en émotions.

Je remercie tous les relecteurs pour leur patience, leurs encouragements et leurs bons conseils : Maman, Constance, Claire, Guy, sans oublier Marie qui m'a soutenue jusqu'au bout.

Enfin, je garde une pensée toute particulière pour l'ensemble des patients que j'ai eu le plaisir de rencontrer, qui m'ont tant apporté et permis de me construire en tant que psychomotricienne.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
PARTIE THÉORIQUE	3
1. LE CORPS AU CENTRE DE NOMBREUSES TERMINOLOGIES.....	3
1.1. Le schéma corporel	3
1.2. L'image du corps	4
1.3. La conscience corporelle.....	5
2. DE LA PERCEPTION AUX REPRÉSENTATIONS : L'ÉMERGENCE DE LA CONSCIENCE DE SOI	6
2.1. Le travail de la subjectivation	7
2.1.1. La subjectivité	7
2.1.2. L'intersubjectivité	7
2.1.3. La comodalisation des flux.....	8
2.2. « Habiter son organisme » : une approche sensori-motrice.....	9
2.2.1. Les flux sensoriels	9
2.2.2. Les réaction tonico-posturales	10
2.2.3. L'équilibre sensori-tonique	11
2.3. Le mouvement comme instaurateur psychique	12
2.3.1. De la motricité réflexe à la motricité volontaire	12
2.3.2. Le geste, organisateur de la pensée et support de l'expressivité	14
2.4. Un corps perçu, un corps représenté	15
2.4.1. La sensorialité	15
2.4.2. Des processus complexes	15
2.4.3. Sensation et émotion.....	16
2.4.4. Sensation, perception et représentation	16
3. L'ANOREXIE, UNE PATHOLOGIE CARACTÉRISTIQUE D'UN TROUBLE DE LA CONSCIENCE CORPORELLE	18
3.1. Définition et critères de diagnostics de l'anorexie.....	18
3.1.1. Selon le DSM V	18
3.1.2. La triades des 3A.....	19

3.1.3.	La perception corporelle au centre de l'anorexie.....	19
3.2.	Angoisse et dysmorphophobie	20
3.3.	Une lutte contre l'angoisse	20
3.3.1.	Des stratégies de maîtrise : la restriction et la sélectivité.....	21
3.3.2.	L'hyperactivité.....	22
3.4.	Une perception du corps qui fait défaut	22
3.4.1.	Une rupture avec les sensations.....	22
3.4.2.	Une rupture avec les émotions	23
3.4.3.	Un langage peu affectivé.....	24
3.4.4.	L'hypertonie	25
4.	CONCLUSION : CONSCIENCE CORPORELLE ET ANOREXIE, UNE RENCONTRE QUI NE VA PAS DE SOI	25

PARTIE CLINIQUE **27**

1.	LA MAISON DES ADOLESCENTS	27
2.	MÉLISSA : UNE HISTOIRE DE VIE CENTRÉE AUTOUR DE LA MALADIE	28
2.1.	Présentation de Mélissa	28
2.2.	L'histoire familiale	29
2.3.	L'avancée dans la maladie et le parcours de soins	30
3.	LA PRISE EN CHARGE EN PSYCHOMOTRICITÉ	31
3.1.	Les observations psychomotrices	31
3.2.	Un corps qui s'efface pour laisser place à l'intellectualisation.....	33
3.3.	Projet psychomoteur.....	35
4.	LE CYCLE DE RELAXATION : UN CHEMINEMENT DIFFICILE	36
4.1.	Des séances ritualisées.....	36
4.2.	Les pressions profondes	37
4.3.	La couverture lestée	38
4.4.	Le bilan du cycle de relaxation	40
4.4.1.	Des séances qui ne font pas trace.....	40
4.4.2.	Vers une remise en question du projet psychomoteur	41
5.	LE MOUVEMENT COMME SUPPORT À LA CONSCIENCE CORPORELLE	42
5.1.	Les objectifs	42
5.2.	L'éveil corporel.....	43

5.2.1.	La mise en évidence des structures du corps	43
5.2.2.	La marche pour s'ancrer	44
5.3.	Le mouvement dansé pour lâcher-prise.....	45
5.3.1.	Le jeu du miroir.....	45
5.3.2.	De l'expression corporelle à la représentation des ressentis.....	46
6.	CONCLUSION : LA CONSCIENCE CORPORELLE ENTRE RELAXATION ET MOUVEMENT	47
	PARTIE THÉORICO-CLINIQUE	49
1.	PISTES DE RÉFLEXIONS SUR UNE APPROCHE PSYCHOCORPORELLE.....	49
1.1.	Les médiations corporelles pour soutenir le « corps-conscience ».....	49
1.2.	Le choix de la médiation.....	50
2.	L'EXPÉRIENCE D'UN CORPS EXISTANT	51
2.1.	De l'immobilité au mouvement, une représentation qui se stabilise.....	51
2.2.	La fonction tonique	53
2.3.	Du poids aux appuis	54
2.4.	Posture et structure du corps	56
3.	LE CORPS EN RELATION	58
3.1.	Étayage du psychomotricien	58
3.1.1.	L'alliance thérapeutique	58
3.1.2.	L'engagement psychocorporel du soignant	59
3.2.	Un corps incarné.....	61
3.2.1.	Le travail de l'éprouvé	61
3.2.2.	De l'expressivité à l'identité	62
3.2.3.	Des mots qui touchent.....	63
4.	CONCLUSION : UNE PERSPECTIVE D'ÉVOLUTION ?	64
	CONCLUSION.....	65
	BIBLIOGRAPHIE	

INTRODUCTION

Dès le début de ma formation, le corps a été au centre de mes questionnements. À partir de mes premiers cours pratiques, j'ai appris à (re)découvrir mon propre corps et j'ai appréhendé les différents enjeux qui s'y articulent. Le corps est omniprésent, il est au centre de nos connaissances, c'est grâce à lui que nous interagissons avec notre environnement. Il reflète nos états émotionnels et garde la trace de chacune de nos histoires et de nos expériences personnelles.

J'ai aussi appris à percevoir le corps comme principal outil du psychomotricien et mes questionnements m'ont suivie et guidée dans chacun de mes stages. J'ai découvert le corps sous de multiples facettes, à commencer par le bébé qui apprend à découvrir ce corps encore trop étranger pour lui. J'ai été interrogée par l'enfant autiste dont les stéréotypies et les mutilations semblent être, parfois, le seul moyen de stabiliser une perception morcelée de lui-même. J'ai aussi été surprise par le corps du patient polyhandicapé qui m'a mis face à une certaine violence, ou encore étonnée par les répercussions corporelles des pathologies psychiatriques. Enfin j'ai été touchée par le combat de ces adolescents qui luttent pour comprendre leurs corps bouleversés par les changements pubertaires. Dans chacune de ces situations, le corps est omniprésent et chaque patient que j'ai eu la chance de rencontrer m'a fait découvrir à sa manière, une nouvelle façon de penser le corps.

De toutes les cliniques que j'ai découvertes jusque-là, c'est le rapport que les adolescents entretiennent avec leur corps qui m'a longuement interrogée. L'adolescence est une période que chacun traverse à sa manière et où les changements pubertaires bouleversent les représentations du corps. Quand l'adolescent est sujet à des fragilités psychiques, c'est ce même corps qui est au centre de tant de problématiques et de souffrances. Il est mis au-devant de la scène, rejeté, oublié, caché, sur-sexualisé, mutilé... Investir ce corps changeant n'est pas toujours une mince affaire.

« Ça me fait bizarre de penser à mon corps, moi d'habitude je ne veux pas y penser, je le mets loin » (Mélissa 17 ans).

« Ils ont voulu que je gère seule mes émotions ? J'ai géré seule » (Marwa 18 ans, en montrant ses scarifications).

« *Je ne me regarde pas beaucoup dans le miroir, je ne sais pas vraiment à quoi je ressemble* » (Julia, 16 ans).

Beaucoup de ces phrases touchantes ont raisonné quelques temps dans mon esprit à la suite de la rencontre avec certaines patientes. Ces quelques mots reflètent tant de vulnérabilités et témoignent de tant de violences tournées vers leur propre corps. Je me suis alors demandé, comment, en tant que stagiaire psychomotricienne, pouvais-je intervenir sur ce corps source d'autant de souffrance ? L'approche corporelle spécifique à la psychomotricité ne serait-elle pas parfois aussi synonyme de violence ? Où se situerait alors la limite entre le soin et la violence ?

Dans ce mémoire, c'est en me penchant plus précisément sur le cas de l'anorexie mentale d'une jeune fille, que j'appellerai Mélissa, que j'aimerais orienter plus précisément mes questionnements sur le corps. En effet, l'anorexie est une pathologie où le corps est le lieu d'expression des souffrances. Il devient la scène d'un conflit intrapsychique. Ces jeunes filles s'appliquent à mettre le plus de distance possible avec leur corps qui devient un étranger. Parfois la douleur devient alors le seul lien qui les rattache à lui. La rencontre avec Mélissa, sa résistance aux soins et les difficultés que j'ai rencontrées pendant ce suivi m'ont amenée à me questionner : *Comment la guider pour passer d'un corps rejeté à un corps éprouvé ? Et quand la conscience corporelle fait défaut, quelle approche proposer pour que cette jeune fille puisse réinscrire son corps dans la réalité et se le réapproprier ?*

Dans une première partie, je reviendrai sur quelques fondements de la conscience corporelle, en réexpliquant quelques étapes clés du développement du tout-petit. Je proposerai ensuite une lecture psychomotrice des manifestations de l'anorexie mentale en lien avec un défaut de conscience corporelle. Dans une seconde partie j'apporterai une vision clinique, en évoquant la prise en charge de Mélissa qui s'est d'abord articulée autour de la relaxation, avant que le mouvement-dansé ne prenne le relai. Pour terminer, dans une dernière partie, je viendrai questionner différentes facettes de l'approche psychomotrice utilisée avec cette patiente pour l'aider à renouer avec son corps.

PARTIE THÉORIQUE

1. Le corps au centre de nombreuses terminologies

Dans son article « L'enfant et son corps » (1970), Ajuriaguerra, un des pères fondateurs de la psychomotricité, a très bien mis en évidence la grande diversité des théorisations prenant le corps comme point référence : « *image du corps* », « *schéma corporel* », « *conscience corporelle* », « *représentation du corps* », « *somatognosie* »... Bien que ces terminologies puissent être considérées comme équivalentes, elles ne s'adressent pas systématiquement à des phénomènes similaires. Ainsi, sorties de leurs contextes et de leurs cadres théoriques, ces terminologies peuvent être à l'origine de certaines confusions. Avant d'aller plus loin, il me semble donc important de clarifier certains termes.

1.1. Le schéma corporel

Pour commencer, le schéma corporel est également une notion qui connaît différentes appellations, faisant chacune appel à des caractéristiques qui leurs sont propres. Tout d'abord, en 1911 les deux neurologues Head et Holmes proposent le terme de « schéma postural » (cité par Meurin, 2018). Cette terminologie fait référence aux mécanismes physiologiques intervenant dans la prise de conscience des postures et des mouvements. Cette prise de conscience vient de la possibilité que nous avons de faire correspondre les sensations de mouvement entre elles. Cette conscience posturale n'est pas en permanence au centre de notre attention, mais des schémas sont enregistrés, nous permettant d'y comparer les changements posturaux.

Pour Ajuriaguerra, le schéma corporel s'étaye à partir de l'intégration des éprouvés sensoriels, proprioceptifs et vestibulaires. Ainsi en 1970, il propose cette définition :

Édifié sur les impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification. (cité par Golse, 2016).

À cela, il ajoute « *c'est un corps rendu présent au monde par la perception, c'est un corps de chair vécu, et non pas seulement imaginé ou représenté de façon symbolique ou conceptuelle* » (*ibid.*). Pour lui le schéma corporel est constamment en remaniement sous l'influence des expériences corporelles marquées par les modalités sensorielles, motrices ou encore émotionnelles.

1.2. L'image du corps

En 1968, le psychiatre et psychanalyste Paul Schilder, pour qui le point de vue neurologique du schéma corporel ne paraît pas suffisant, propose la notion d'image du corps. Elle correspond à « *l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit la façon dont notre corps nous apparaît à nous-mêmes* » (Schilder & Gantheret, 1968/2009, p. 35). Dans cette définition, le psychiatre lie, dans une pensée commune, les sensations aux représentations psychiques. En effet, il explique que l'image du corps est à la fois consciente et inconsciente. Elle s'appuie sur des connaissances physiologiques tout en faisant référence à la notion de libido.

La définition de la pédiatre et psychanalyste Françoise Dolto est un peu plus approfondie. En effet, selon elle « *l'image du corps est à chaque moment mémoire inconsciente de tout le vécu relationnel, et, en même temps, elle est actuelle, vivante, en situation dynamique, à la fois narcissique et interrelationnelle* » (cité par Sarrola, 2009, p. 207). Elle ajoute que « *l'image du corps est la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles, interhumaines, répétitivement vécues à travers les sensations érogènes électives, archaïques ou actuelles. Elle peut être considérée comme l'incarnation symbolique inconsciente du sujet désirant [...]* » (cité par Delassus, 2010, p. 193). Selon Dolto, nous pouvons entrer en communication avec autrui grâce à notre image du corps croisée à notre schéma corporel.

Ainsi, alors que le schéma corporel s'appuie sur des mécanismes physiologiques, l'image du corps renvoie à une construction mentale en lien avec des perceptions affectives et cognitives. Elle se comprend dans sa dimension affective, relationnelle. À la fois consciente et inconsciente, elle diffère selon les individus suivant les personnalités et l'environnement socio-culturel. C'est donc une idée subjective qu'une personne se fait de son apparence physique et d'elle-même.

Enfin, le psychomotricien Éric Pireyre (2015) distingue l'image du corps et la prise de conscience du corps. En effet, pour lui, la prise de conscience du corps est un moyen

d'accéder à certaines composantes de l'image du corps par le biais de la sensibilité somato-viscérale, c'est-à-dire par l'organisation physiologique de la sensorialité.

Dans la partie suivante nous allons essayer de comprendre ce qu'est la conscience corporelle et comment cette notion s'articule au schéma corporel et à l'image du corps.

1.3. La conscience corporelle

Par conscience corporelle je fais allusion à la connaissance et à la représentation du corps dans sa globalité. Dans « La clinique de l'image du corps » (2015), Pireyre explique, comme nous l'avons vu, que la prise de conscience du corps s'appuie sur l'équipement sensoriel. Il considère que « *prendre conscience de son corps, c'est pour le système nerveux central, recenser et analyser des afférences sensorielles de la périphérie ou de l'intérieur du corps et y consacrer une certaine quantité d'énergie attentionnelle* » (p. 207). Ainsi prendre conscience de son corps implique de renouer avec la réalité du corps vécu.

Benoît Lesage, docteur en médecine, plus connu pour ses apports en danse thérapie, s'est également penché sur le concept de conscience du corps. Sa définition complète celle de Pireyre. En effet, pour lui, la conscience corporelle implique « *la conscience d'une présence modifiée, un changement de point de vue sur soi et du point de vue lui-même* » (2015, p. 230). Ainsi, se concentrer sur une partie de son corps et s'appliquer à discerner les différentes modalités perceptives est une façon d'intégrer les sensations. La conscience que l'on a de cette partie du corps va alors se modifier et le corps devenir plus sensible. Lesage préfère ainsi parler de « *corps-conscience* », qui pour lui, illustre mieux l'expérience que celui de conscience corporelle.

Nous pouvons remarquer que l'attention est étroitement reliée au processus de prise de conscience du corps. C'est pour cette raison que Bernard Rimé et Claire Le Bon (1984), deux professeurs de psychologie, réfléchissent à la place de l'attention dans le concept de l'état de conscience de soi. Ils reprennent les travaux faits en 1980 par le professeur Buss, qui fait une distinction entre les aspects privés et les aspects publics de cet état. Les aspects privés sont les paramètres ne pouvant être perçus directement que par l'individu lui-même (les sensations, les modifications corporelles internes, mais aussi les états émotionnels, les pensées, les souvenirs). En opposition, les aspects publics sont les données pouvant être perçues par autrui (apparence, comportement, caractéristiques physiques). Les aspects privés et publics de la conscience de soi sont

donc un ensemble d'informations dont le sujet peut disposer à propos de lui-même. Les auteurs ajoutent que « *ces informations-là lui sont plus immédiatement accessibles lorsqu'il est conscient de lui-même, c'est-à-dire lorsque son attention est portée sur sa propre personne plutôt que focalisée sur des éléments du monde extérieur* ». Ils font alors le lien avec les travaux de Mead, pour qui un individu ne peut porter son attention en même temps sur lui-même et sur l'extérieur. Ainsi « *dans l'état de conscience de soi, la conscience du monde extérieur s'estomperait temporairement* » (*ibid.*).

Pour conclure sur cette partie, la conscience corporelle fait donc appel à la dimension physiologique du schéma corporel pour parvenir à construire une représentation du corps. Elle se base sur les aspects sensoriels pour orienter l'attention sur certaines sensations. Mais elle est également influencée par la représentation subjective impliquée dans l'image du corps.

Il est intéressant de constater que de nombreux troubles peuvent altérer la conscience corporelle et s'accompagnent d'un détachement ou d'un désinvestissement du corps. C'est le cas des asomatognosies où des parties du corps ne sont pas reconnues en raison de troubles neurologiques. Le trouble du spectre autistique est également une pathologie souvent associée à un défaut de conscience corporelle. De la même manière, dans certains troubles psychiatriques tel que la schizophrénie, il n'est pas rare de voir apparaître des hallucinations corporelles en lien avec le désordre psychique. Le corps semble alors mal organisé et certaines zones corporelles sont mal perçues. À partir de ces constatations nous pouvons nous demander comment émerge la conscience corporelle et sur quoi s'appuie-t-elle ? Pour répondre à cette question, il semble pertinent de revenir sur quelques fondements du développement du tout-petit. Nous verrons que c'est à partir de ses interactions avec son environnement qu'il se structure psychologiquement et corporellement. Ainsi, comment la conscience de soi se construit-elle à partir des expériences perceptives du corps ?

2. De la perception aux représentations : l'émergence de la conscience de soi

Dans cette partie, nous allons voir que la prise de conscience du corps et la prise de conscience de soi sont étroitement intriquées. En effet, c'est au travers de la découverte et de l'émergence de la conscience corporelle que la personne peut se

reconnaître en tant que sujet. Le processus de prise de conscience de soi est complexe et repose sur de nombreux facteurs, cependant il serait bien trop long d'aborder l'ensemble de ces mécanismes. Il aurait, par exemple, été très intéressant d'aborder la dimension relationnelle qui étaye le développement de l'enfant par le biais de l'accordage affectif entre le bébé et ses figures d'attachements. Cependant ici j'ai fait le choix de me consacrer aux aspects perceptifs et sensoriels découlant des interactions entre le tout-petit et son environnement.

2.1. Le travail de la subjectivation

2.1.1. La subjectivité

La conscience de soi est loin d'être innée et le bébé naît avec une conscience très partielle de lui-même. Selon le professeur de psychologie Philippe Rochat (2003), c'est seulement dans la deuxième année de vie que la conscience de soi émerge et cette étape est marquée par la reconnaissance dans le miroir. Le psychologue André Bullinger (2007) considère le développement de l'enfant comme un processus qui s'étaye sur les interactions entre l'organisme et le milieu, dans ses composantes physiques, biologiques et sociales. L'équipement neuro-physio-psychologique avec lequel le tout petit naît rend possible ces interactions. Toutefois, le bébé n'est pas tout de suite apte à mettre du sens sur les expériences qu'il vit et ses perceptions sont désorganisées. Il apprend progressivement à organiser ses expériences sensori-motrices et à élaborer sa pensée. Ainsi, Golse et Alvarez (2013) expliquent que la vie psychique s'ancre dans le vécu corporel à partir des expériences sensori-motrices et tonico-émotionnelles. Le corps est donc au centre de ce processus de subjectivation, qui va permettre à l'enfant de « *se ressentir comme un sujet, de devenir une personne à part entière en intégrant, de manière stable l'autre et soi* » (Golse, 2015, p.66). Golse différencie la subjectivité et l'intersubjectivité. En effet, pour lui, l'intersubjectivité se situe dans un registre interpersonnel et permet la découverte de l'autre.

2.1.2. L'intersubjectivité

De plus, Golse (2012) soulève que le bébé accède à l'intersubjectivité grâce à un processus d'alternance entre des moments d'intersubjectivité primaire, qui existent d'emblée chez le nourrisson mais sont très furtifs, et des moments d'indifférenciation. L'état d'indifférenciation se caractérise par le fait que le bébé ne distingue pas de différence entre soi et l'autre. Pour le psychiatre Meltzer (1980, cité par Golse, 2012),

c'est la polysensorialité qui permet cette alternance. Il illustre ses propos par l'exemple de la tétée, où, pour le bébé, les différentes perceptions sensitivo-sensorielles provenant de la mère se rejoignent. L'odeur, la vision, la chaleur, le goût du lait ou encore les différentes informations tactiles ne sont alors plus clivées, c'est-à-dire séparées. Au contraire le bébé parvient à les corréliser entre elles, tout en identifiant une source commune à ces sensations. Meltzer parle de mantèlement des sensations, c'est une phase qui permet de prendre conscience qu'un autre que lui existe. Ainsi, au fur et à mesure des tétées, le tout-petit oscille entre des états de démantèlement et de mantèlement. Le bébé va progressivement trouver un équilibre entre ces deux phénomènes en intégrant l'état de mantèlement de façon permanente et ainsi accéder à une intersubjectivité stable. Cet état d'alternance se stabilise progressivement et Alvarez et Golse (2013) précisent que c'est à partir de l'âge de vingt mois que ce processus aboutit au sentiment d'existence, soit l'âge de l'apparition de la parole.

Ainsi, le bébé parvient progressivement à identifier les sensations provenant de son corps et celles issues d'un objet extérieur. Il commence alors à intégrer la notion de corps propre et c'est à partir de là, que la conscience corporelle commence à émerger. Ici, il faut repérer l'évolution parallèle entre la subjectivité et la conscience du corps. Cela fait référence à Freud qui affirme que « *le moi est avant tout corporel* » (cité par Maiello, 2011). Autrement dit les sensations corporelles permettent l'émergence du moi. Nous pouvons donc dire que les sensations sont en partie à l'origine de la subjectivité, qui est un processus à la fois psychique et corporel.

2.1.3. La comodalisation des flux

Les théories cognitives parlent plutôt de comodalisation des flux sensoriels et de son importance dans l'acquisition d'une intersubjectivité. Les différents flux sensoriels venant d'un certain objet doivent s'articuler pour que l'objet soit ressenti comme extérieur à soi. Cette perception de l'objet extérieur suggère alors implicitement de percevoir le soi comme sujet. (Golse, 2012). On observe une complémentarité entre le mantèlement des sensations de la psychanalyse et la comodalisation des flux sensoriels des cognitivistes. Dans les deux cas, les théories mettent en évidence le rôle de la polysensorialité dans l'acquisition d'une intersubjectivité.

Le psychologue André Bullinger, avec ses travaux sur la sensori-motricité, s'est longuement penché sur les interactions entre le bébé et son environnement. Il a

particulièrement étudié les effets des flux sensoriels sur l'organisme, qui permettent à l'enfant de faire de l'organisme, son corps.

2.2. « Habiter son organisme » : une approche sensori-motrice

André Bullinger (2007) reprend les travaux de Piaget qui utilise le premier le terme « sensori-moteur ». Il explique que « *cette période sensorimotrice se caractérise par le fait que les matériaux principaux qui alimentent l'activité psychique sont de nature sensorielle et motrice et que ces matériaux sont des objets de connaissance* » (p. 70). Ces objets de connaissance vont permettre au tout-petit d'élaborer des représentations stables de son organisme, des objets et de l'environnement. À cette définition, il ajoute que dans la suite du développement, la capacité de traiter des signaux sensori-moteurs ne disparaît pas mais évolue. Ainsi, les objets de connaissance se transforment en moyens de connaissance. Avec l'approche sensori-motrice, André Bullinger s'intéresse aux interactions entre l'organisme et le milieu pour expliquer que c'est au travers de ses interactions que le bébé construit ses représentations. Il faut noter que l'organisme est considéré comme un objet du milieu et Bullinger le définit comme étant la réalité matérielle de notre être. De ce fait, parler de corps suppose qu'il y ait une élaboration d'une représentation de l'organisme. Le développement est donc marqué par un long processus par lequel le bébé va apprendre à habiter son corps et à se le représenter. L'ensemble de cette partie concernant le développement sensori-moteur repose sur l'ouvrage « Le développement sensori-moteur et ses avatars » de Bullinger (2007).

2.2.1. Les flux sensoriels

Les flux sensoriels sont à la base des théorisations de Bullinger. Ce dernier les définit comme étant « *une source qui émet de manière continue et orientée un agent susceptible d'irriter une surface, le capteur* » (p. 25). On distingue des flux de natures différentes ayant chacun une fonction spécifique sur l'organisme :

- Les flux gravitaires, par le biais du système vestibulaire et de la masse corporelle permettent de rendre compte de la posture. La mise en forme du corps en est dépendante.
- Les flux tactiles concernent l'ensemble de l'enveloppe corporelle et permettent de situer le corps dans l'espace.

- Les flux olfactifs, en s'associant à la gustation, sont liés à la satisfaction orale.
- Les flux auditifs ont un rôle important dans la fonction d'alerte et permettent au bébé d'orienter son corps vers le stimulus.
- Les flux visuels interviennent dans la régulation tonico-posturale du tout-petit, dans l'orientation du corps et dans sa mise en forme.

Ces flux agissent sur un certain nombre de récepteurs situés dans le corps qui transmettent les informations au système nerveux central. Une fois arrivées jusqu'au cortex cérébral, ces informations donnent lieu à des sensations qui, une fois perçues par le bébé, sont suivies de toute une chaîne de réactions tonico-posturales.

2.2.2. Les réaction tonico-posturales

Les modulations toniques et posturales dues à la perception des flux se caractérisent par deux phases. Tout d'abord, la fonction d'alerte induit un recrutement tonique global et l'enfant se fige dans une posture symétrique. Dans un second temps vient la fonction d'orientation, qui a pour but d'orienter vers ou de détourner l'organisme de la source du flux.

Lorsqu'une sensation est produite par une stimulation continue, elle se stabilise et devient alors sujette à une habituation. C'est-à-dire qu'après plusieurs répétitions, les réactions toniques et posturales en réponse à un flux diminuent. En revanche, il est possible de modifier les signaux reçus par la surface sensible en faisant moduler le flux sensoriel ou en changeant l'orientation du capteur. C'est le cas de la situation dite active, où le capteur est en mouvement et où l'organisme est averti des déplacements grâce aux récepteurs de la sensibilité profonde. Ces derniers ont accès aux signaux correspondants à l'état de tension des muscles, ainsi qu'à la position angulaire et à la vitesse de déplacement des articulations. De cette manière, le mouvement des segments corporels stimule la sensibilité profonde et une covariation se crée entre les sensations de la sensibilité profonde et superficielle. Si les modifications des signaux qui en découlent sont suffisamment marquées alors le système sensori-moteur les détecte, permettant l'élaboration de représentations sensori-motrices. Ainsi, Bullinger parle de proto-représentations qui ne peuvent exister que lorsque les segments corporels se déplacent. Il ajoute également que la répétition des gestes permet « *de susciter 'ici et maintenant' un*

ensemble de sensations qui permettent de constituer, pendant l'acte lui-même, une première configuration sensori-tonique qui est une première représentation de l'organisme en action » (p. 32).

2.2.3. L'équilibre sensori-tonique

Nous avons donc vu le rôle essentiel du mouvement dans la construction des premières représentations. Ce n'est que lorsque les coordinations se mettent en place que le tout-petit peut parvenir à se représenter de manière plus complète son corps, les objets et l'espace. Il est toutefois important de noter que cette expérimentation du corps ne peut se faire que si le bébé parvient à ajuster son tonus de manière stable. En effet, selon Bullinger, *« c'est l'équilibre sensori-tonique qui, s'il est adéquat, est le garant des interactions optimales d'un individu avec son environnement » (p. 37).* Le maintien de l'équilibre dépend de trois vecteurs : les milieux physiques, biologiques et humains. Si l'équilibre n'est pas stable, alors le bébé peut faire face à un environnement sur-stimulant ou sous-stimulant, qu'il va en partie essayer de compenser.

Pour cela, il dispose de quatre modes de régulation tonique. Le premier est un mode de régulation en « tout ou rien » qui s'appuie sur les états de vigilance. Le deuxième système est lié au contrôle des flux sensoriels et se caractérise par les phases d'alerte et d'orientation. L'interaction avec le milieu humain est le troisième mode de régulation tonique. C'est un moyen externe de régulation qui permet de métaboliser les tensions du bébé en lien avec un excès de stimulations. En s'appuyant sur le milieu humain, le bébé peut progressivement réguler ses états toniques et assimiler les différents signaux permettant une mise en forme du corps, c'est-à-dire la perception de son corps. Enfin, le dernier mode de régulation tonique, qui arrive plus tardivement, correspond aux représentations. Elles donnent au bébé des moyens de régulation plus larges, lui permettant de recevoir les flux sensoriels sans se laisser désorganiser.

Ces représentations sont rattachées aux objets de connaissance qui se caractérisent par trois niveaux. Le premier niveau de connaissance correspond aux interactions entre l'organisme et l'environnement. Ce sont les régularités de ses interactions qui alimentent l'activité psychique. Vient ensuite le deuxième niveau, où l'objet de connaissance est le geste qui est permis par les coordinations sensori-motrices. Ces coordinations sont possibles quand l'action est engagée. Lorsque les représentations deviennent indépendantes de l'action, nous pouvons parler de troisième niveau. Dès lors,

des représentations stables s'organisent et c'est l'effet spatial du geste qui est considéré comme étant un objet de connaissance.

Pour résumer, selon André Bullinger, habiter son corps nécessite de maîtriser les sensations corporelles. L'enfant se développe en partie parce qu'il agit. En effet, au moment où les premières représentations s'élaborent, l'instrumentation se met en place. Le bébé apprend alors à s'approprier les conduites et les savoirs de son milieu. Le geste est un support à la représentation, il est donc essentiel que le bébé se mette en mouvement et parvienne à maîtriser progressivement son corps. Le mouvement est donc un facteur essentiel du processus de subjectivation et de prise de conscience corporelle. C'est ce que nous allons étudier dans la partie suivante.

2.3. Le mouvement comme instaurateur psychique

Les psychomotriciennes Suzanne Robert-Ouvray et Agnès Servant-Laval proposent une définition du mouvement comme étant « *la modification du rapport des segments corporels entre eux, amenant soit un simple changement de posture, soit un déplacement de l'ensemble du corps dans l'espace* » (cité par Jaquet et al., 2014, p. 79-80). Il est important de différencier le mouvement du geste. En effet, le geste est un mouvement du corps qui vise à faire ou à exprimer quelque chose et qui reflète un état psychologique. « *Le geste est un mouvement affecté. Affecté d'une intentionnalité, consciente ou inconsciente, volontaire ou non* » (Pireyre, 2015, p. 107).

2.3.1. De la motricité réflexe à la motricité volontaire

Le bébé naît avec une motricité réflexe et involontaire. En lien avec la maturation neurologique, les réflexes archaïques disparaissent progressivement pour laisser place à une motricité plus volontaire. Le tout-petit va ainsi apprendre une série de gestes qui vont se complexifier et donner des structures psychomotrices organisées dans le but d'une action. Albert Coeman et Marie Raulier H de Frahan expliquent que ces gestes organisés partent initialement d'un geste hasardeux. Ce même geste va se répéter plusieurs fois avant de devenir conscient et utilisé intentionnellement. « *Le bébé a besoin de répéter de nombreuses fois la même structure de coordination avant que celle-ci soit installée et opératoire* » (Coeman & Raulier H de Frahan, 2012, p. 21).

Piaget (cité par Thomas & Michel, 1994), lui, parle de réactions circulaires primaires, secondaires et tertiaires, intervenant pendant les différents stades de la période sensori-motrice. Le premier stade est marqué par une adaptation à l'environnement par

des réflexes innés. Vers l'âge de deux mois, à partir de son expérience, le bébé commence à adapter ses schèmes d'action sensori-motrices en fonction des réponses environnementales. Il se plaît à répéter les mêmes actions appelées « *réactions circulaires primaires* ». Ces actions sont réalisées uniquement de manière égocentrique, sans grande conscience du milieu extérieur. C'est le deuxième niveau. À l'inverse, « *les réactions circulaires secondaires* » impliquent une certaine prise de conscience de l'environnement. Elles sont caractéristiques du troisième stade où l'enfant peut effectuer un geste de façon intentionnelle. Au quatrième stade, il développe la permanence de l'objet et commence à comprendre les relations de cause à effet, ce qui lui permet de prévoir et d'adapter ses actes dans l'optique d'obtenir un résultat précis. Vers douze mois, l'enfant peut effectuer des répétitions d'actions, mais cette fois-ci, différentes de l'action originale. C'est cela que Piaget appelle « *les réactions circulaires tertiaires* ».

L'exploration et l'apprentissage sont guidés par les sensations liées au mouvement en cours d'exécution. En effet « *la perception est formée sur la base du mouvement aussi sûrement que le mouvement est initié et guidé par la perception* » (Coeman & Raulier H de Frahan, 2012, p. 21). Cependant, il ne faut pas oublier le rôle fondamental du tonus dans le développement de la motricité volontaire. En effet, le bébé naît avec une hypotonie axiale et une hypertonie segmentaire. Suzanne Robert-Ouvray (2004) explique que progressivement le tonus s'harmonise selon les lois céphalo-caudale et proximo-distale, ce qui permet au tout-petit de partir à la découverte de son corps. Ainsi lorsque les coordinations se développent, le bébé peut commencer à rassembler les parties fragmentées du Moi pour découvrir un corps unifié, support de l'organisation psychique. André Lapierre et Bernard Aucouturier (1984) ajoutent que pour le bébé, apprendre à découvrir son corps c'est aussi réaliser que ce dernier est un moyen d'action et un intermédiaire entre lui et le monde. Ils mettent ainsi en avant le rôle primordial du mouvement dans la découverte de soi et du monde.

Chez le bébé le mouvement est donc motivé par l'exploration et la découverte de son corps et de l'environnement, mais cela reste valable à tout âge de la vie. En effet, « *c'est dans une dialectique permanente entre le corps et le monde que se construisent, à travers le mouvement, à la fois le corps et le monde* » (Lapierre & Aucouturier, 1984, p. 58). C'est par le biais de la richesse de nos sens que nous explorons l'espace extérieur, à condition que ce milieu soit suffisamment attrayant.

2.3.2. Le geste, organisateur de la pensée et support de l'expressivité

Lesage évoque la façon dont le geste est un organisateur de la pensée et non pas seulement un traducteur, en plus d'être un moyen de découverte. Il illustre ses propos par les gestes qui accompagnent un discours, qui d'après lui sont un « *médium qui permet à la pensée de s'élaborer et de s'actualiser* » (Lesage, 2015, p. 213). Lesage appuie sa réflexion notamment sur les travaux de Rudolph Arnheim qui expose que la pensée s'étaye à partir des trajets moteurs qui la génèrent et qui la portent.

J'aimerais ajouter que le tonus est à la base du mouvement. Il est la toile de fond indispensable aux activités motrices. Il soutient la posture, permet la mobilisation et l'ajustement corporel et influence la qualité du geste. C'est sur la base du tonus de fond que se construit la gestualité. Il détermine l'expressivité du mouvement par ses liens étroits avec la dimension émotionnelle. Le tonus d'action intervient dans la réalisation d'un mouvement. Par sa qualité expressive il reflète le vécu psychique et émotionnel de chacun (Pireyre, 2015).

Pour Ajuriaguerra, « *les modifications toniques accompagnent normalement non seulement chaque affect, mais aussi chaque fait de conscience. Chaque affect produit une certaine variation tonique dans l'ensemble de la musculature* » (cité par Pireyre, 2015, p. 105). Ces deux formes toniques sont donc très personnalisées et reflètent la subjectivité de chaque individu. L'émotion joue un rôle très important dans les modulations toniques et c'est sur cette base qu'Ajuriaguerra élabore le concept de dialogue tonique. C'est une forme de communication entre la mère et son bébé qui repose en grande partie sur le tonus. Il faut aussi ajouter que ce dialogue est possible à distance. C'est pourquoi lorsque nous percevons des variations toniques chez autrui, notre corps va lui-même réagir toniquement en réponse, permettant une communication très subtile et la plupart du temps inconsciente.

Pour conclure cette partie, nous avons pu voir que le mouvement est une base essentielle au processus de conscience corporelle et de subjectivation. La perception joue un rôle capital dans sa programmation et son exécution, autrement dit, le mouvement ne pourrait exister sans perception et inversement. Benoît Lesage et d'autres auteurs ont également mis en évidence que le mouvement est un support à l'élaboration psychique. Ainsi, nous pouvons nous demander, comment, à partir des perceptions, les représentations se forment-elles et quels mécanismes sont en jeu dans ce processus ?

2.4. Un corps perçu, un corps représenté

2.4.1. La sensorialité

Nos systèmes sensoriels et moteurs permettent la perception du monde. Le neurologue Damasio explique que nos représentations reposent sur « *des signaux sensoriels spécialisés, et des signaux provenant de l'ajustement du corps, lesquels sont nécessaires pour qu'il y ai perception* » (cité par Infurchia, 2014, p. 101). D'un point de vue physiologique, Jaquet et al. (2014) expliquent que les récepteurs sensoriels sont des organes d'interface qui réceptionnent les énergies pour les traduire en influx nerveux circulant dans notre système nerveux. La grande variété de récepteurs existants dans le corps humain est à l'origine des différents sens comme la vue, l'odorat, le goût, le toucher et l'ouïe. Nous pouvons aussi citer le système vestibulaire, les nocicepteurs, les organes sensoriels musculosquelettiques et d'autres types de récepteurs sensoriels dispersés sur nos organes internes.

2.4.2. Des processus complexes

Il est important de souligner que tous ces récepteurs ne relaient pas les informations telles quelles. En effet, un processus d'adaptation, appelé l'inhibition latérale, permet d'éviter qu'un surplus d'informations soit envoyé au système nerveux. Les informations sont donc triées et sélectionnées, permettant de supprimer les informations parasites, dans le but de rendre les messages nerveux les plus pertinents possible. Les informations sensorielles sont d'abord triées et sélectionnées indépendamment, mais les différents sens s'influencent les uns les autres. Certains sens se retrouvent privilégiés par rapport aux autres. « *L'information relative à l'environnement et à notre corps est donc modelée de façon parfaitement inconsciente tout au long de son parcours dans le système nerveux* » (Jaquet et al., 2014, p. 18). Ainsi, alors que la plupart des informations reçues par le système nerveux sont inconscientes, seulement une faible proportion d'informations atteignent le champs de la conscience. Ce sont ces informations qui permettent d'appréhender le milieu et de prendre connaissance de notre corps. Cette sélection sensorielle explique la façon dont nous avons de percevoir, tant notre corps que notre environnement, de manière subjective. De plus, l'expérience, propre à chaque individu, façonne le traitement de l'information sensorielle. C'est pour cette raison que bien que l'équipement sensoriel soit partagé par une même espèce, les expériences et les perceptions qui en découlent peuvent être différentes.

La psychologue Claudia Infurchia souligne le rôle de l'attention dans le processus de perception (2014). En effet, elle explique que Damasio distingue l'attention de niveau faible, présente en permanence pendant les états d'éveils, de l'attention de niveau élevé. Cette dernière est une attention soutenue portée sur des informations précises. C'est notamment grâce l'attention que l'enfant peut assembler et coordonner les différentes perceptions sensorielles. Le pédopsychiatre Daniel Marcelli explique donc que sans cela « *les pensées sont démantelées, réduites à une qualité perceptive monosensorielle à partir de laquelle il est impossible de former des pensée* » (cité par Infurchia, 2014, p. 182). Cela met en lumière l'influence de l'attention sur la perception et de ce fait son influence sur l'élaboration des représentations.

2.4.3. Sensation et émotion

Si nous nous penchons du côté de la neurologie, le système nerveux construit des représentations à partir de tous les événements internes ou externes arrivant au corps. Damasio parle de cartes neuronales, c'est-à-dire « *d'encartages de tous les états du corps dans les régions sensorielles du cerveau conçues pour recevoir les signaux du corps* » (cité par Pireyre, 2015, p. 203). Toutes les informations provenant de l'intérieur, de la périphérie ou de l'extérieur du corps sont à l'origine d'un nombre incalculable de circuits neuronaux, permettant au cerveau de garder une trace de ces expériences. Lorsqu'une situation est cartographiée par le cerveau, tous les éléments en lien avec l'événement sont aussi enregistrés, de manière à conserver une trace la plus détaillée possible. C'est le cas des différents objets présents dans l'environnement mais aussi des émotions associées au contexte. De plus, les liens entre les différents circuits neuronaux permettent de relier entre eux les détails d'un même événement, ce qui explique qu'un souvenir peut être à l'origine de la réactivation d'une sensation, d'une émotion ou d'un souvenir plus ancien et *vice-versa*.

2.4.4. Sensation, perception et représentation

Avant de terminer cette partie, j'aimerais préciser que la perception n'est pas synonyme de sensation. Selon Pireyre (2015), la sensation se manifeste quand le corps est affecté, mais encore faut-il réussir à en déterminer la cause. Ainsi, alors que la sensation est un processus qui suit l'activation d'un récepteur sensoriel, la perception nécessite un traitement cognitivo-affectif de la sensation. Ce dernier est un processus actif qui implique un travail d'élaboration et fait appel à une part de jugement propre à la personne. C'est donc pour cette raison que nous ne percevons pas notre corps tel qu'il

est réellement et que deux personnes ne peuvent avoir exactement la même perception d'un objet.

Piaget complète cela en expliquant que l'enfant ne peut pas avoir une image objective de la réalité, car cette image est déformée par les mécanismes perceptifs, eux-mêmes influencés par les expériences passées et par le niveau de maturation interne du sujet (cité par Thomas & Michel, 1994).

Les psychanalystes expliquent quant à eux que nous ne pouvons pas être objectifs quant à la réalité de notre corps. En effet, la dimension affective est impliquée, de fait : nous voyons notre corps tel que nous le souhaitons ou le craignons. Ainsi, l'image que nous nous en faisons est souvent exagérée et nous nous faisons une fausse idée de nos ressentis internes. Nous pouvons également mentionner l'influence d'autrui dans notre façon de percevoir notre corps. Cela fait écho aux théories de Winnicott (cité par Glas, 2008) qui aborde la possibilité de bébé de se reconnaître dans le visage de sa mère, qui reflète les premiers états internes de son enfant. Le psychanalyste Jérôme Glas, lui, parle d'une réflexivité qui se porte sur « *le rapport du sujet à lui-même* » (*ibid.*). Ainsi, un individu peut percevoir et interpréter l'image que l'autre lui renvoie à travers son regard.

Pour résumer, l'inhibition latérale est un premier processus qui trie les informations sensorielles dans le but de rendre le plus optimal possible les messages nerveux et le traitement des informations. Cela a pour conséquence que seul un petit nombre de sensations est accessible au champ de la conscience. Dans un second temps, les sensations ne peuvent-être perçues objectivement, car elles sont influencées par le filtre de nos expériences et de nos émotions. La perception de notre corps est donc biaisée. C'est cela qui fait toute la différence entre la notion de schéma corporel qui est globalement le même pour tous, et l'image du corps, spécifique à chaque individu en fonction de ses expériences.

Cependant, dans certaines pathologies, l'écart entre la réalité du corps et sa représentation est trop importante. L'anorexie mentale est une de ces affections psychiatriques qui altère remarquablement la représentation du corps. Cela est à l'origine des nombreuses angoisses qui poussent ces personnes à se couper de leurs perceptions. Dans cette troisième partie, nous allons donc nous pencher sur l'altération de la conscience du corps dans cette pathologie et sur ses conséquences.

3. L'anorexie, une pathologie caractéristique d'un trouble de la conscience corporelle

L'anorexie mentale est une pathologie appartenant aux Troubles du Comportement Alimentaire (TCA). La prévalence est féminine et l'âge d'apparition le plus fréquent de la maladie se situe entre 15 et 17 ans. Durant la période de l'adolescence, il est loin d'être inhabituel de voir apparaître des conduites alimentaires déviantes. Cependant ces dernières restent à des intensités modérées et ne conduisent pas systématiquement à un trouble alimentaire, même si dans certains cas ces conduites en sont bien la porte d'entrée (Chabrol, 2011).

3.1. Définition et critères de diagnostic de l'anorexie

L'anorexie est une pathologie qui peut se manifester sous différentes formes. On distingue l'anorexie de type accès hyperphagique de l'anorexie de type restrictive. La première se caractérise par des phases compulsives d'absorption de grandes quantités de nourriture, suivies par des comportements compensatoires inappropriés. Afin de cibler au mieux mon sujet en fonction de la clinique que j'aborderai dans la seconde partie de ce mémoire, je centrerai mes propos uniquement sur l'anorexie mentale de type restrictive chez la femme. C'est donc le régime, le jeûne et l'exercice physique excessif qui sont à l'origine de la perte de poids.

3.1.1. Selon le DSM V

C'est le terme latin « *anorexia* » qui donne naissance au mot « anorexie », signifiant « sans appétit ». L'anorexie se définit par une conduite de restriction alimentaire volontaire qui affecte l'alimentation de manière qualitative et quantitative.

Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux ou DSM-V (Crocq et al., 2016, p. 154-155) propose trois critères de diagnostic :

A : Une restriction des apports énergétiques par rapport aux besoins conduisant à un poids significativement bas [...]. »

B : Peur intense de prendre du poids et de devenir gros, ou comportement persistant interférant avec la prise de poids, alors que le poids est significativement bas.

C : Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou manque de reconnaissance de la gravité de la maigreur actuelle. »

La norme l'Indice de Masse corporelle (IMC) se situe entre 18 et 25kg/m². La degré de sévérité de l'anorexie est donc calculé à partir de l'IMC. À savoir :

- Leger : IMC supérieur à 17 kg/m²
- Moyen : IMC entre 16 et 16,99 kg/m²
- Grave : IMC entre 15 et 15,99 kg/m²
- Extrême : IMC inférieur à 15 kg/m²

3.1.2. La triades des 3A

L'anorexie mentale est souvent caractérisée par la « triade des 3A » : Anorexie, Amaigrissement et Aménorrhée. Henry Chabrol (2011) explique que l'anorexie mentale associe des comportements de restriction importante, un fort amaigrissement ou une absence de prise de poids liés à des perturbations de l'image du corps et à une peur de prendre du poids. Enfin, l'arrêt des menstruations est également considéré comme un symptôme principal. Il peut précéder ou suivre l'amaigrissement, toutefois ce signe dépend de l'âge de l'apparition de l'anorexie. Il existe également des cas d'anorexie mentale où les jeunes filles présentent tous les critères de diagnostic excepté l'aménorrhée. C'est pourquoi l'aménorrhée ne fait plus partie des critères.

3.1.3. La perception corporelle au centre de l'anorexie

Dans ces critères diagnostics une perturbation de l'image du corps et du schéma corporel est à repérer. En effet, la peur de grossir met en évidence une distorsion de l'image du corps. Le corps est une préoccupation cruciale du sujet anorexique et devient le lieu de manifestation des problématiques et des désordres intra-psychiques. Précédemment nous avons évoqué le rôle prépondérant des sensations et des perceptions dans la conscience du corps. Pour les psychomotriciens il est donc naturel de se demander : quel impact ont les troubles de la perception et la distorsion de l'image du corps sur le processus de prise de conscience corporelle ?

Dans les parties suivantes, en m'appuyant sur les recherches de différents théoriciens, je vais tenter d'éclairer ces questions afin de mettre en avant les enjeux thérapeutiques impliqués dans la prise en charge psychomotrice de l'anorexie mentale.

3.2. Angoisse et dysmorphophobie

La dysmorphophobie est un des symptômes qui accompagnent le diagnostic de l'anorexie mentale, que l'on peut relier aux critères B et C du DSM V. Littéralement, on peut traduire la dysmorphophobie par une peur de la difformité ou de la laideur. La psychologue Caline Majdaline explique que la dysmorphophobie est avant tout « *un trouble du schéma corporel spécifique, où l'image du corps est négative et non conforme à l'apparence physique objective, impliquant des tentatives de restauration, à travers différents mécanismes de coping similaires au TOC* » (2017, p. 16).

Dans l'anorexie les obsessions sur les imperfections corporelles sont très envahissantes et source d'anxiété. La peur est une grande source de détresse, elle est irrationnelle et se rattache à une sensation de difformité. L'insatisfaction corporelle peut motiver des stratégies destinées à améliorer ou à faire disparaître un défaut corporel supposé. Ainsi, alors que certaines patientes sont à la recherche d'une réassurance en passant un certain temps à scruter et à vérifier leur apparence dans les miroirs, d'autres au contraire vont adopter des comportements d'évitement. Ces mécanismes ont un impact significatif sur la vie du sujet.

En effet, les jeunes filles anorexiques sont envahies par de nombreuses angoisses. On constate par exemple des préoccupations démesurées et autocentrées sur certaines parties du corps et principalement celles qui sont en lien avec la féminité comme les cuisses, le ventre ou la poitrine. De plus, en lien avec ses effets possiblement produits sur le corps, la nourriture ingérée et les calories qui lui sont associées prennent beaucoup d'importance et la vie quotidienne s'organise autour de ces préoccupations.

3.3. Une lutte contre l'angoisse

L'angoisse est donc un élément central dans l'anorexie. Les jeunes filles en sont envahies et peuvent se sentir persécutées par ce corps qui change et leur échappe. Nous allons voir à présent qu'elles utilisent différentes stratégies pour lutter contre ces angoisses. Le besoin frénétique de maîtrise de leur propre corps et de leur entourage est entre autres des moyens de lutter contre ces pensées intolérables. Elles peuvent également se réfugier dans l'hyperactivité physique et intellectuelle.

3.3.1. Des stratégie de maitrise : la restriction et la sélectivité

Une des stratégies principales que les patientes anorexiques mettent en place pour palier l'insatisfaction corporelle et l'angoisse liée au poids concerne évidemment l'alimentation. Le psychiatre Henry Chabrol (2011) s'est penché sur l'apparition de l'anorexie mentale à l'adolescence. Il explique que la restriction débute généralement par un simple régime, en réponse à une insatisfaction corporelle. L'adolescente peut se sentir encouragée par son entourage ou par la société qui valorisent la perte de poids. Le régime peut alors évoluer vers l'anorexie par une volonté de perdre encore plus de poids et de se sentir d'autant plus valorisée. « *Cette évolution peut aussi être liée au vécu affectif de la faim qui s'accompagne chez certaines adolescentes de sentiments ou de sensations positives : état d'excitation, d'euphorie, de légère dépersonnalisation plaisante où le corps paraît léger, évanescent, des sensations plus vives, plus fortes...* » (ibid. p. 222). Il ajoute que l'anorexie, au sens strict de « perte d'appétit » ne vient que plus tard. Les patientes souffrent d'abord intensément de la faim, les poussant à adopter des comportements alimentaires ritualisés pour tenter de la contrôler. Réussir à dompter cette sensation est pour elles un triomphe qui s'accompagne d'un sentiment de toute puissance, de fierté et de supériorité. Ainsi pour elles, céder à la tentation de la nourriture engendre beaucoup de culpabilité : « *Pour les patients manger c'est sale, c'est avouer une faiblesse, c'est être incapable de résister à la tentation* » (Gaucher-Hamoudi et al., 2011, p. 13).

Les personnes anorexiques peuvent également développer des aversions et des craintes irrationnelles pour certains aliments. Cela peut d'ailleurs évoquer l'orthorexie qui est une obsession de manger des aliments dits « sains » et « purs ». Les psychiatres la définissent par son caractère compulsif, effréné et démesuré. Les produits considérés comme étant nuisibles sont ainsi catégoriquement rejetés, ce qui peut parfois réduire drastiquement la diversité et la quantité des apports alimentaires, pouvant alors faire basculer la personne dans l'anorexie si des angoisses corporelles y sont associées (Kaluaratchige, 2013).

La restriction alimentaire ne suffit parfois pas, et les adolescentes se lancent alors dans des activités physiques en excès pour perdre ce poids qu'elles considèrent avoir encore en trop, ou pour compenser les calories ingérées malgré alimentation déjà très peu énergétique.

3.3.2. L'hyperactivité

L'hyperactivité apparaît donc souvent en complément de la restriction alimentaire. L'hyperactivité physique se définit par « *une activité physique excessive, répétitive et sans vrai plaisir, c'est-à-dire motivée par la volonté de dépenser des calories et d'obtenir un sentiment d'autosatisfaction plutôt que par une recherche de bien-être* » (Moscone et al., 2014).

L'activité physique, pour certaines patientes anorexiques, devient une habitude. Le psychiatre Maurice Corcos parle de comportement addictif (2006). Les patientes s'astreignent à effectuer des activités physiques de plus en plus longues et il peut alors devenir très difficile et culpabilisant pour ces jeunes filles d'être momentanément inactives. Le psychiatre Brusset parle également de processus addictif en évoquant l'implication de la libération d'endorphines qui permet de considérer l'hyperactivité comme « *une toxicomanie endogène* » (Brusset, 2009, p. 162). Cela expliquerait le besoin frénétique de se mettre en action.

Corcos estime que cette hyperactivité part initialement d'une satisfaction autoérotique, mais quand elle est effectuée trop intensivement, elle peut témoigner de l'expression d'une agressivité contre soi. La douleur serait alors un moyen de se sentir exister. Cette hyperactivité semble également permettre de ne pas penser. En effet, « *le surinvestissement des sensations peut être interprété comme un contre-investissement visant à freiner le travail psychique d'intériorisation [...]* » (Corcos, 2006). Ces filles se lancent alors dans des performances physiques où la fatigue ne semble pas être réellement ressentie. Nous pouvons aussi comprendre cette hyperactivité comme un moyen de passer outre certaines sensations en en provoquant d'autres, comme la douleur ou l'épuisement

3.4. Une perception du corps qui fait défaut

3.4.1. Une rupture avec les sensations

L'adolescence est une période de grands remaniements psychocorporels qui demandent une adaptation psychique afin de trouver un certain équilibre et accepter ce corps qui évolue. Cependant, comme nous avons pu le voir, le corps de la jeune fille anorexique est mis à mal et maltraité. Il est bouleversé par les peurs et les obsessions. Le désinvestissement corporel est très présent chez ces adolescentes pour qui le corps est insupportable. En reprenant les travaux de Brusset, la psychomotricienne Maryse Ravel

Sarrola (2009) explique que filtrer ses sensations, ses perceptions et ses éprouvés, signe un refus d'accepter son corps et d'assimiler les changements. En faisant cela, l'adolescent s'empêche l'accès aux moyens psychiques d'élaborer et de penser le corps. « *Pour tenter de survivre à leur impact, la psyché peut se couper de ces expériences traumatiques. [...] Le sujet tente de survivre à ces expériences traumatiques affectives, émotionnelles, et sensori-motrices en retirant sa subjectivité de l'expérience vécue* » (Calza & Contant, 2012, p. 79).

Comme nous avons pu le voir précédemment, les patientes anorexiques se rattachent à certaines sensations pour en exclure d'autres. En effet, Gaucher-Hamoudi et al. (2011), soulèvent que la douleur garde une place importante dans lien que les anorexiques ont avec leur corps. C'est au travers de la douleur qui les contient, que les jeunes filles semblent pouvoir garder le contrôle. Corcos (2006), lui, explique que la faim est une douleur viscérale immédiatement disponible. Cette sensation prend de plus en plus d'importance au fur et à mesure que le clivage entre l'appareil psychique et le corps s'installe. La faim et la douleur favorisent un sentiment de continuité de soi permettant de lutter contre un sentiment de ne plus exister et d'éviter de faire face aux émotions. De plus, le discours de certaines de ces patientes laisse penser qu'elles ne considèrent pas leur corps comme faisant partie d'elles et qu'elles se réduisent fantasmatiquement à l'état d'esprit.

Nous pouvons donc dire que les patientes anorexiques semblent avoir de grandes difficultés à utiliser les informations kinesthésiques, proprioceptives et visuelles afin de prendre conscience de l'ensemble de leur corps et de sa position, ce qui crée une perturbation du schéma corporel. « *Le corps devient étranger. Les patients perdent leur familiarité que l'on a avec son corps, avec ses besoins : ils ne savent plus s'ils ont faim, froid, s'ils sont fatigués : ils ne le reconnaissent plus.* » (Gaucher-Hamoudi et al., 2011, p. 17). Ce défaut de perception des stimuli internes et externes du corps vient, d'une part, éclairer la persistance d'une mauvaise appréciation de leur silhouette malgré la perte de poids, et expliquer d'autre part comment ces jeunes peuvent pousser leur corps à l'extrême dans des activités physiques, sans sembler ressentir ni la fatigue, ni la douleur.

3.4.2. Une rupture avec les émotions

La psychiatre et psychanalyste Hilde Bruch a pu, elle aussi, mettre en évidence les troubles de l'appréhension du corps chez des patientes anorexiques. Selon elle, les troubles apparents relèvent d'un mauvais entrecroisement entre le schéma corporel et

l'image du corps. Elle relie également ce défaut d'interprétation des besoins et des perceptions corporelles aux difficultés que ces patientes ont à repérer leurs états émotionnels (Sarrola, 2009).

En effet, on repère dans de nombreux cas d'anorexie mentale une alexithymie associée. L'alexithymie se caractérise par quatre dimensions : « *une difficultés à identifier ses émotions et les distinguer des sensations physiques* », « *une difficulté à pouvoir exprimer ses émotions à autrui* », « *une limitation de la vie imaginaire* » et « *un style cognitif tourné vers l'extérieur et le factuel* » (Rommel & Nandrino, 2015, p. 120). La difficulté à identifier les émotions est liée à un défaut de conscience intéroceptive, c'est-à-dire à la capacité de percevoir les modifications physiologiques internes dues à un état émotionnel. D'autres études ont également mis en avant un déficit de la conscience émotionnelle de certaines patientes anorexiques, avec pour caractéristique un défaut de représentation de son propre éprouvé émotionnel et de celui d'autrui.

En plus d'avoir du mal à percevoir leurs émotions, les jeunes filles anorexiques peinent à trouver des stratégies de régulation émotionnelle adaptées. Ainsi l'évitement semble être une stratégie au cœur de cette pathologie. C'est donc par le biais de la restriction alimentaire, l'hyperactivité physique et intellectuelle ou encore par l'attention excessive portée à l'apparence et au poids que ces patientes tentent de mettre à distance la charge émotionnelle. Maurice Corcos (2006) ajoute effectivement que le surinvestissement de l'alimentation et du corps rend ces jeunes filles très peu disponibles aux relations affectives.

Avec cette rupture émotionnelle, on retrouve donc des jeunes filles avec une mimogestualité très pauvre, chez qui le corps est désincarné et la motricité en relation est désinvestie. De manière assez logique, la difficulté à identifier les émotions entraîne des difficultés à les verbaliser et le langage devient dénué d'émotion.

3.4.3. Un langage peu affectivé

Le « langage qui touche » ou « langage incarné » sont des expressions utilisées par la psychanalyste Danièle Quinodoz pour désigner « *un langage qui ne se borne pas à transmettre verbalement des pensées, mais aussi des sentiments et des sensations qui accompagnent ces sentiments* » (Quinodoz, 2002, p. 43). Elle énonce que c'est à partir des actes corporels et de la sensorialité que le langage incarné se construit. Cela pourrait expliquer ce langage dénué d'émotions caractéristiques des patientes anorexiques et de leur incapacité à exprimer leurs ressentis. L'altération de la représentation corporelle et de

la perception des sensations les empêche d'être des supports adaptés à l'élaboration de ces « mots qui touchent ». Cette approche de l'absence d'affect dans le langage nous montre encore une fois que le corps est au centre des représentations et supporte l'expressivité. Cela m'amène à parler dans une dernière sous-partie la dimension tonique dans cette l'anorexie mentale.

3.4.4. L'hypertonie

En effet, dans une précédente partie sur « le geste comme support de l'expressivité », nous avons repris les apports d'Ajuriaguerra concernant le tonus et son lien étroit avec les éprouvés. Il est intéressant de mettre en évidence que l'hypertonie est une caractéristique que l'on peut retrouver chez de nombreuses patientes anorexiques. Cette hypertonie permanente peut être liée à la notion de « *seconde peau musculaire* » d'Ester Bick (cité par Ciccone, 2001). Cette seconde peau d'origine musculaire viendrait renforcer la première enveloppe dont les fonctions de contenance et de pare-excitation sont défaillantes, afin de protéger l'individu des agressions dues aux stimuli extérieurs. Cette carapace, parfois presque douloureuse, peut expliquer la filtration des sensations et donc les difficultés des patientes à les utiliser pour prendre conscience de l'ensemble de leur corps.

Ainsi, étant donné que les émotions s'inscrivent et s'expriment via les modulations tonique, l'hypertonie freine les variations émotionnelles. Cela explique les difficultés que ces patientes ont à repérer leurs états émotionnels et à les réguler.

4. Conclusion : conscience corporelle et anorexie, une rencontre qui ne va pas de soi

Pour résumer, la conscience corporelle émerge parallèlement au processus de subjectivation du bébé en s'appuyant sur les interactions entre l'organisme et l'environnement. Ce sont donc les différentes sensations corporelles qui soutiennent la conscience du corps et le mouvement a une place primordiale dans ce processus. En effet, étant très intriqué aux perceptions, il est le support de l'élaboration de la pensée et des représentations.

L'anorexie est cependant une pathologie où la perception du corps est mise à mal, ayant pour conséquence un trouble de l'image du corps. Les représentations corporelles

de la jeune fille anorexique sont étroitement reliées à l'anxiété. Pour cela, se couper de ses sensations ou alors en rechercher des différentes constituent ainsi des façons de réguler les états émotionnels.

Nous pouvons ajouter que le processus de perception est très subjectif et dépend de l'expérience, des affects et de l'état psychique du sujet. C'est ce qui différencie les concepts d'image du corps et de schéma corporel. Nous ne pouvons pas réellement percevoir notre corps de manière objective et c'est ce qui est en jeu dans l'anorexie où la représentation du corps est marquée par la dysmorphophobie.

Les interrelations corps-psyché de cette pathologie justifient donc bien l'intérêt de l'approche de la thérapie psychomotrice. Et ce, d'autant plus pendant la période de l'adolescence où le corps étaye la construction de l'identité. Le trouble de l'image du corps est majeur dans l'anorexie et le défaut des perceptions rend très difficile le maintien d'une conscience corporelle adaptée. Ce trouble de l'appréciation du corps complique cependant fortement le soin auprès des jeunes filles anorexiques. En effet, comment les convaincre de reprendre du poids, si de leur côté elles sont persuadées d'être trop grosses ? Mais surtout comment les emmener à se recentrer sur leur corps pour se le réapproprier quand celui-ci est volontairement mis à distance ?

Autant de questionnements qui découlent, notamment, de ma rencontre avec Mélissa, une adolescente de 17 ans souffrant d'anorexie mentale.

PARTIE CLINIQUE

1. La Maison des Adolescents

La Maison Des Adolescents (MDA) est une structure qui accueille les jeunes de 13 à 21 ans. La structure appartient au centre hospitalier du département et se divise en trois pôles : le lieu d'accueil et d'écoute, la consultation et l'hôpital de jour. L'équipe est constituée de psychiatres, de psychologues, d'infirmiers, d'aides médico-psychologiques, d'un pédiatre, d'éducateurs spécialisés, de deux psychomotriciennes, d'une art thérapeute et d'enseignants. La psychomotricienne qui m'a accompagnée tout au long de mon stage exerce sur le lieu de la consultation où les adolescents viennent ponctuellement dans la semaine, uniquement le temps de leurs rendez-vous.

Les prises en charge en psychomotricité se font parallèlement à un suivi psychologique. Les jeunes sont incités à être acteurs de leurs soins, c'est donc à eux d'initier un début ou une fin de prise en charge et ils participent avec la psychomotricienne à l'élaboration du projet de soin. À la suite d'une prescription médicale, la psychomotricienne reçoit les jeunes pour un premier entretien. La première partie de l'entretien se déroule en présence des parents, puis dans un second temps l'adolescent est reçu seul.

En début de prise en charge, la psychomotricienne fait le choix de ne pas faire passer de bilan psychomoteur. À la place, elle propose trois séances de rencontres avec le patient où elle présente différentes mises en situation corporelles. Durant ces trois entrevues, le patient peut découvrir ce qu'est la psychomotricité tandis que la soignante, quant à elle, peut avoir un aperçu des objectifs psychomoteurs et des axes qu'il serait intéressant de travailler. Cette première rencontre permet à la psychomotricienne d'évaluer le rapport de l'adolescent à son corps. Comment en parle-t-il ? Qu'est-ce que ses façons de bouger et d'évoluer dans l'espace reflètent de ses états psychiques ? Quelle perception a-t-il de son corps ? Est-ce un corps accepté ou rejeté ? À la suite de ces trois rencontres, la psychomotricienne et le patient décident ensemble si un suivi est envisageable.

Avant de continuer sur la présentation de Mélissa et de ses soins, il me semble important de préciser le contexte dans lequel je la rencontre. Nous recevons Mélissa pour des séances individuelles de quarante-cinq minutes dans une grande salle de psychomotricité. Je commence donc mon stage en octobre. Ma maître de stage et moi-même, convenons préalablement que je passerai le premier trimestre en place d'observatrice. C'est à partir du mois de décembre que je prendrai une place active dans les séances en coanimation avec elle. Ce stage devait initialement se dérouler jusqu'au mois de Juin, mais en raison d'un contexte sanitaire particulier, la structure a provisoirement fermé ses portes en mars, mettant en suspend de nombreuses prises en charge dont celle de Mélissa.

2. Mélissa : Une histoire de vie centrée autour de la maladie

2.1. Présentation de Mélissa

Lorsque je rencontre Mélissa, en octobre 2019, je n'ai aucune indication ni sur elle ni sur la raison de sa présence à la MDA. Au cours de cette première séance, mes observations, comme la maigreur de son corps ou les sujets qu'elle aborde, me poussent à penser que cette adolescente a une anorexie mentale et que son travail en psychomotricité se justifie par le trouble de la représentation qu'elle a d'elle-même. Ce n'est qu'après cette première rencontre que je découvre le dossier de Mélissa, me permettant de valider mes hypothèses.

Mélissa est une jeune fille de 17 ans qui souffre d'anorexie mentale de type restrictif depuis ses 13 ans. Lors de cette première rencontre, je suis rapidement interpellée par sa maigreur. J'apprends plus tard qu'elle pèse en effet 38 kilogrammes pour 1 mètre 57, soit un IMC de 15 qui la situe dans un stade de dénutrition. Quand elle entre dans la salle de psychomotricité, elle s'avance timidement vers moi pour me serrer la main. Je me présente rapidement, sa poignée de main est assez tonique mais très furtive, son regard est fuyant et elle ne dit pas un mot sur ma présence. Face à cette réserve qu'elle laisse transparaître, je ressens un certain mal-être et une gêne qui me font sentir comme une intruse dans cette prise en charge. Elle s'installe ensuite au bureau, en face de la psychomotricienne tandis que je me mets à ma place d'observatrice, légèrement en retrait.

Mélissa est brune, avec des cheveux lisses qui lui tombent juste en dessous des épaules. Son visage est longiligne et ses épais sourcils font ressortir ses grands yeux sombres, bordés de long cils. Il est évident qu'elle prête une attention toute particulière à son apparence. Je constaterai ultérieurement qu'elle porte presque systématiquement des pantalons noirs et serrés. Ses tenues moulantes font ressortir sa maigreur apparente, mais semblent également contenir son corps, comme une seconde peau qui viendrait renforcer une première enveloppe défaillante. De plus, Mélissa se maquille beaucoup. Elle admet elle-même passer beaucoup de temps, le matin comme le soir, à prendre soin de son visage avec de nombreux rituels de beauté. Son épaisse couche de fond de teint et ses yeux assombris me donnent l'impression d'un masque de cire qui ne laisse transparaître que très peu d'émotions. Que cherche-t-elle à dissimuler derrière ce maquillage ? Des imperfections ? Des émotions ? Ou au contraire, est-il un moyen pour Mélissa de transformer et de revaloriser l'image qu'elle veut montrer aux autres ?

2.2. L'histoire familiale

Les informations qui vont suivre sont tirées de l'épais dossier de Mélissa, qui est suivie à la maison pour adolescents depuis janvier 2017, soit depuis presque trois ans.

Melissa vit avec ses deux parents et sa sœur de deux ans son aînée, mais elle parle peu de sa famille lors de ses séances. Son dossier indique qu'elle est assez proche de sa mère, mais son père est décrit comme distant et renfermé. « *Je lui reproche de ne pas avoir construit de relation avec moi, ou du moins d'avoir été trop strict pour que cela ait été possible. Maintenant c'est trop tard* » pourra-t-elle dire. Sa relation avec sa sœur, également sujette à des fragilités psychologiques, semble très conflictuelle. Il est indiqué que la restriction alimentaire de Mélissa a grandement compliqué les relations familiales. À la lecture du dossier, je comprends également que les femmes de la famille entretiennent un rapport très particulier avec la nourriture. La grand-mère paternelle de Mélissa, qui est décédée au début de l'année 2020, était aussi atteinte d'anorexie mentale depuis de nombreuses années. Sa mère et sa sœur sont en surcharge pondérale et une boulimie est suspectée. Cela a un effet très gênant pour Mélissa qui se retrouve dégoûtée par leurs corpulences. Cela à tel point qu'elle est incapable de manger en même temps que sa famille : « *À la maison il y a plein de gâteaux tout le temps, et je peux plus manger avec eux, leurs bruits de bouches me dégoutent. Je préfère manger seule* » nous dit-elle. Elle se rend compte de l'incompréhension de ses proches face à son comportement alimentaire, la rendant à la fois très triste et en colère.

Mélissa ne parle jamais de sujets personnels comme ses hobbies ou ses amis. Elle peut nous dire que ses angoisses et ses pensées obsédantes prennent tellement de place dans son esprit, qu'elle ne peut plus être disponible aux autres. Elle aborde ses difficultés à s'ouvrir à son entourage et nous informe qu'elle a dû, du fait de ses difficultés relationnelles, arrêter des activités qui lui tenaient à cœur comme la danse ou le théâtre.

2.3. L'avancée dans la maladie et le parcours de soins

Mélissa entre dans l'anorexie à l'âge de treize ans. Sous l'influence des médias et des réseaux sociaux, elle a commencé à sélectionner des aliments sains et biologiques au sein de régimes de plus en plus drastiques. Chaque semaine la diversité alimentaire de Mélissa s'amointrit : « *À force de sélectionner il n'y avait plus rien* » rapporte la jeune fille durant son entretien d'entrée dans l'établissement. C'est au bout d'un an que les réalités de la maladie et ses conséquences semblent s'imposer à Mélissa et à son entourage. La famille cherche alors du soutien à la MDA pour les accompagner dans cette situation difficile. C'est donc à l'âge de 14 ans que Mélissa commence les soins. Son IMC est alors de 14, elle pèse 34 kilogrammes pour 1 mètre 56. Très peu de temps après, Mélissa est hospitalisée dans un service pédiatrique durant deux semaines à la suite d'une trop grande perte de poids.

À la MDA, elle a des rendez-vous chez le pédiatre et la psychiatre une à deux fois par mois. Elle voit la psychomotricienne de la structure toutes les semaines et parallèlement elle a un suivi psychologique hebdomadaire en libéral. La jeune fille est également suivie par un centre référent pour les TCA depuis ses quatorze ans, où elle a des rendez-vous une à deux fois par an pour suivre l'évolution de sa maladie. Je n'ai cependant que très peu d'informations sur ce suivi et le travail qui y est fait.

Le dossier médical de la jeune fille est très long, mais aussi très redondant. Il met en évidence le cercle vicieux dans lequel Mélissa est entrée. En effet, elle dit avoir conscience que son poids est trop bas et elle se trouve maigre. Mais les périodes où son poids remonte sont systématiquement suivies par des effondrements thymiques et des crises d'angoisses. Dès lors, elle met en œuvre des dispositions pour perdre ce poids qui l'inquiète. Ses rendez-vous médicaux mettent en évidence de nombreuses oscillations de poids entre 37 et 40 kilogrammes parallèlement à des fluctuations thymiques. À la suite d'une période d'aménorrhée de plusieurs mois, ses règles sont revenues mais ses cycles sont très irréguliers. Depuis mon arrivée en octobre, l'état de Mélissa se dégrade, elle perd du poids, se sent de plus en plus douloureuse et fatiguée. Elle a notamment une

ostéoporose avérée, mais ne prend pas ses médicaments car elle refuse d'ingérer des choses en dehors des heures de repas.

3. La prise en charge en psychomotricité

3.1. Les observations psychomotrices

Comme j'ai déjà pu l'expliquer précédemment, la psychomotricienne n'a pas fait passer de bilan psychomoteur à Mélissa lors de son arrivée. Étant donné que les séances auxquelles j'ai assisté étaient, pour la plupart, centrées autour de la relaxation, il m'est assez difficile de détailler l'ensemble des items psychomoteurs de façon précise. En m'appuyant sur mes observations, je vais toutefois essayer de proposer une description psychomotrice globale de Mélissa, tout en ciblant plus précisément le rapport qu'elle entretient avec son corps.

Mélissa semble exercer un contrôle permanent sur son corps, sur sa façon de bouger et sur ses postures. Son tonus de fond est constamment élevé, elle est très raide et sa posture varie peu. Lorsque je l'observe, elle me donne l'impression d'être compressée dans un corps trop étroit pour elle. Sa respiration est très faible, elle présente un tonus pneumatique assez important qui fige le haut de son corps. Ses postures semblent très bien étudiées pour que ses cuisses ne se touchent pas entre elles ou ne s'étalent pas sur un support. En effet, c'est un contact qu'elle refuse catégoriquement car la vision de la circonférence de ses cuisses qui augmente est insupportable. Debout, Mélissa est donc très cambrée, ses jambes prennent une forme légèrement arquée avec des genoux en varum. C'est-à-dire que même si ses pieds se touchent, elle exerce une pression presque constante vers l'extérieur afin d'éloigner ses genoux l'un de l'autre et d'augmenter ainsi l'écart déjà très présent entre ses cuisses. De la même manière, assise sur une chaise, elle ne colle jamais ses jambes entre elles. Pour cela, elle reste sur la pointe des pieds, elle garde une main entre ses deux cuisses ou bien les croise d'une manière à les laisser suffisamment écartées.

Son équilibre et ses coordinations globales sont efficaces. Cependant son attention étant accaparée par ses jambes, Mélissa peut être en difficultés lors de certaines mises en situations d'équilibre. Je pense notamment à une séance où nous devons tenir assises en équilibre sur un gros ballon, sans toucher le sol. Sa rigidité tonique était telle que son adaptation tonico-posturale était difficile. En effet, au lieu

d'utiliser ses bras pour compenser le déséquilibre, elle gardait ses mains appuyées sur le ballon de part et d'autre de son bassin afin de minimiser la surface d'appui de l'arrière de ses cuisses.

De la même manière, ses préoccupations excessives sur certaines parties de son corps et son contrôle postural lui font perdre beaucoup de naturel et de spontanéité dans sa manière de se mouvoir. Sa motricité m'apparaît ainsi comme étant mécanique et dénuée d'émotion. Son expressivité mimo-gestuelle est en effet très pauvre et ses gestes n'accompagnent que très peu sa parole. Ses mimiques sont figées, mais son regard quant à lui est très investi. Elle soutient intensément notre regard pendant les échanges.

Je peux repérer un trouble de l'image du corps avec notamment une dysmorphophobie. Au début du suivi en psychomotricité, le dessin que Mélissa a fait d'elle-même met en avant ce défaut de perception de son corps. En effet, elle dessine sa silhouette de profil, en petit au centre de la feuille. Sa tête est grande mais son corps est simplement représenté par deux traits verticaux, écartés de moins d'un centimètre. Aucun détail ne figure sur ce dessin, pas de cheveux, de bras ou de pied. Elle ne dessine pas non plus les traits du visage, ni les vêtements. Ce dessin me donne l'impression qu'elle ne se représente que par sa tête et ses pensées, mais que son corps est presque inexistant pour elle. Mes différentes observations m'indiquent également que certaines parties de son corps sont surinvesties tandis que d'autres semblent complètement oubliées. Il lui arrive par exemple de venir en séance avec des jupes assez courtes, sans aucune conscience que ses positions laissent entrevoir ses sous-vêtements. Cela me questionne d'ailleurs beaucoup sur la façon dont elle considère la notion d'intimité.

Je ne dispose que de peu d'observations concernant les aspects spatio-temporels, mais il est clair que Mélissa a besoin de repères temporels stables. Son emploi du temps est très fourni et ritualisé. Elle semble pouvoir se laisser très vite déstabiliser par des imprévus, comme le changement d'heure d'une prise en charge. De plus, ses journées sont centrées autour des heures de repas qui doivent être suffisamment éloignées. En effet la jeune fille dit être obligée d'attendre que son estomac soit entièrement vide avant de pouvoir de nouveau manger autre chose. Elle nous explique également qu'espacer les repas lui permet de ressentir la faim et ainsi de s'assurer que son envie de manger n'est pas juste de la gourmandise.

Ces différentes observations convergent vers de grandes difficultés essentiellement en lien avec son image du corps. Ces difficultés dans la relation avec son

corps sont très visibles par la façon dont elle en parle mais également par son absence d'évocation de celui-ci.

3.2. Un corps qui s'efface pour laisser place à l'intellectualisation

Dès la première séance, je suis rapidement surprise par la logorrhée de Mélissa qui aborde les sujets de discussion les uns après les autres avant même que la psychomotricienne ne lui pose la moindre question. C'est une jeune fille en prise à de nombreuses angoisses centrées entre autres autour de son apparence, de son poids, de la nourriture, de la propreté ou de ses cours. Chaque sujet laisse entrevoir un besoin important de contrôle. Son emploi du temps est strictement planifié et ne lui laisse aucun temps libre. Cela semble être sa manière de maîtriser la dimension temporelle. Son besoin de contrôle s'illustre également par des Troubles Obsessionnels Compulsifs (TOC). Elle est traversée par de nombreuses idées angoissantes desquelles découlent des rituels de ménage et de vérification qui paraissent être un moyen de s'en défendre.

Elle aborde lors de la première séance le sujet de la nourriture, qui tient une part très importante de son quotidien. Dans son discours, elle sous-entend que son régime alimentaire est devenu très correct ces derniers temps et qu'elle mange les quantités dont elle a besoin. Cependant lorsque nous lui demandons plus de précisions, nous nous rendons compte qu'elle ne mange que des légumes cuits à l'eau ou à la vapeur, sans aucune matière grasse ajoutée. Elle ne pourra pas nous dire quelle quantité de nourriture elle met généralement dans son assiette hormis : « *je sais pas trop, une quantité normale quoi* ». Il est également impensable pour elle de manger de la nourriture qu'elle ne cuisine pas elle-même. En effet, elle dit ne pas faire confiance aux autres et avoir peur de manger des aliments « mauvais » pour son corps. Son aversion pour certains aliments et sa conviction qu'ils auraient une action néfaste sur son corps laissent d'ailleurs penser à de l'orthorexie. Cette aversion prend beaucoup d'ampleur et a d'importantes répercussions sur la santé de Mélissa. En effet, elle peut aller jusqu'à s'affamer plusieurs jours durant des sorties scolaires où il lui est impossible de manger les plats proposés par le lycée. À partir de ce qu'elle est capable de nous dire, il est évident que Mélissa garde un contrôle strict et permanent sur la nourriture.

L'ensemble de ces angoisses centrées autour de son corps est à l'origine d'un investissement corporel sur un mode défensif. En effet, dans sa façon d'en parler je comprends qu'elle fait une distinction entre son cerveau, sa tête, ses pensées et le reste

de son corps. Elle semble refuser de penser son corps et se coupe alors de nombreuses sensations. De plus son hypertonie est très importante et Mélissa est constamment en hyperactivité ce qui pourrait-être un moyen de fuir certaines de ses sensations. Elle peut elle-même dire qu'elle est atteinte de dysmorphie car sa vision de son corps peut varier en fonction des moments de la journée. Ainsi, elle dit se percevoir maigre, voire même trop maigre suivant les jours, mais elle reste terrifiée à l'idée que son corps puisse grossir et prendre des formes. Ses angoisses sont essentiellement centrées autour de la zone des cuisses, qui ne « *doivent pas se toucher* », « *elles ne doivent pas déborder non plus* » nous dit-elle.

Toutes ces observations me laissent à penser que Mélissa souffre d'un trouble de l'image du corps. Ce qui semble être le plus compliqué pour elle est que malgré tous ses efforts, elle se rend compte qu'elle n'arrive pas à contrôler ses variations de poids. Son corps la rappelle à la réalité, en se manifestant par des douleurs et de la fatigue qu'elle ne peut pas ignorer, ainsi que par des variations pondérales. Elle semble réaliser qu'elle n'a pas entièrement la main sur son corps, qu'il lui échappe et qu'il ne répond pas de la manière dont elle le voudrait. Ces modifications corporelles qu'elle ne peut pas contrôler semblent être vécues comme traumatiques. Elle nous explique, par exemple, avoir déjà fait une crise de tétanie à la suite d'une séance chez le coiffeur. La vision de ses cheveux beaucoup plus courts que prévu était insupportable et s'habituer à cette nouvelle coiffure lui a pris plusieurs semaines. Elle nous parle également de sa terreur à l'idée que sa peau soit infectée par des choses extérieures, que ses cheveux et ses cils tombent. « *Si ça arrivait je pourrais en mourir* ». Il semble que c'est pour lutter contre ces idées et ces angoisses que Mélissa met en place des stratégies d'évitement et des comportements ritualisés. En effet la jeune fille peut parler elle-même de « *pulsions qu'elle doit assouvir* ». Il est tout de même intéressant de souligner que Mélissa dit avoir conscience de l'absurdité de ses idées, sans pouvoir arrêter d'y penser pour autant. Elle explique que la fuite est le seul moyen qu'elle aurait trouvé pour lutter contre ces idées.

Il est aussi intéressant d'ajouter que Mélissa a un discours très rationnel et qu'elle ne cesse de se justifier. Toutefois, la jeune fille se contredit régulièrement et se perd dans ses explications. Cela me donne l'impression d'un discours pré-construit qui ne lui appartiendrait pas. Pendant qu'elle parle, j'ai l'impression d'être absorbée par ce qu'elle dit, presque incapable de penser par moi-même ou de prendre des notes. Je me questionne alors sur cette logorrhée qui me semble être un moyen assez efficace pour contrôler et pour orienter la discussion sur des sujets qu'elle connaît et qui ne sont pas trop déstabilisants pour elle. En effet, quand la psychomotricienne parvient enfin à

orienter différemment la discussion, Mélissa est perdue. Elle cherche ses mots, se justifie, s'embrouille ou se contredit. Il est par ailleurs souvent très difficile de mettre un terme au temps de parole pour entamer le travail corporel et la discussion s'éternise. Il est assez troublant de constater que le discours de Mélissa témoigne de beaucoup de détresse et de peur, néanmoins elle n'en parle qu'avec très peu d'émotions. Chaque semaine, elle reprend les mêmes sujets de manière presque automatique. Comme un rituel ou un point de repère, elle nous confie ses doutes et ses peurs face à l'inquiétante étrangeté que représente son corps.

3.3. Projet psychomoteur

À mon arrivée, le projet psychomoteur vise à travailler autour de la conscience corporelle afin que cette jeune patiente puisse investir son corps, qu'elle prenne conscience de ses sensations et qu'elle apprenne à les écouter et à les identifier. Cela passe par le biais de la relaxation et du massage/toucher afin que Mélissa puisse accueillir ses sensations corporelles avec plus de bienveillance.

Avec Mélissa, une séance de psychomotricité se déroule en trois temps. Il y a d'abord un temps de discussion au bureau d'une quinzaine de minutes, suivi d'une vingtaine de minutes de travail corporel. La séance se clôture par un dernier temps de parole pour aborder les ressentis et impressions de l'adolescente découlant du travail corporel.

Pendant ces séances de relaxations qui s'étendent d'octobre à décembre, je suis en position d'observatrice. Mélissa fait très peu attention à moi, elle me regarde peu et ne me parle pas. Nous nous serrons la main et échangeons quelques mots en début de séance puis les échanges s'arrêtent là. À la fin de certaines séances, Mélissa part rapidement de la salle en oubliant probablement volontairement, de me dire au revoir.

Durant ma formation de psychomotricité, il m'a été donné de découvrir la relaxation. J'ai pu faire l'expérience des effets parfois difficiles mais bénéfiques de cette médiation et l'influence qu'elle pouvait avoir sur la perception de mon corps. En me basant sur ces expériences, la relaxation m'a d'abord semblée tout à fait opportune pour soutenir Mélissa dans sa problématique. Au cours de l'année je découvre cependant les limites de cette médiation, pourtant si utilisée par les psychomotriciens. La relaxation semble glisser sur Mélissa sans qu'elle puisse s'en saisir. Au contraire, ce travail de conscience corporelle semble lui faire violence et se ponctue par une recrudescence de

ses angoisses. Dans la partie qui suit, je vais illustrer par quelques vignettes cliniques ce travail de relaxation qui a été très difficile pour Mélissa.

4. Le cycle de relaxation : un cheminement difficile

4.1. Des séances ritualisées

Au cours des trois ans de suivi le projet psychomoteur de Mélissa a évolué et différentes approches corporelles ont été utilisées par la psychomotricienne. Parmi elles, la relaxation a gardé une place centrale dans la prise en charge.

Ma maître de stage s'inspire de différentes méthodes de relaxations actives ou passives. Lors des séances, elle laisse le choix à Mélissa de s'installer où elle le veut et de la manière qui lui est le plus confortable. Mélissa prend un tapis, qu'elle met généralement au centre de la pièce et s'allonge en décubitus dorsal. Elle prend également un gros coussin pour sa tête et place un petit coussin sous ses talons, pour surélever ses jambes afin que ces dernières ne soient pas en contact avec le tapis. Elle couvre ensuite son corps du cou jusqu'aux pieds avec une épaisse couverture. Ses mains sont posées sur son ventre. De ma place d'observatrice je ne peux voir que sa tête et les légers mouvements saccadés de sa respiration. Sous cette grosse couverture son corps est très peu accessible, dissimulé avec une certaine pudeur du regard de la psychomotricienne et du mien. Cette jeune fille allongée et emmitouflée me renvoie à un sentiment de vulnérabilité et de fragilité.

Même si les méthodes de relaxation changent d'une séance à l'autre, certains signes et comportements mis en avant par Mélissa sont récurrents. Sa respiration, thoracique, est très frêle, irrégulière et peut, par moments, rester en suspens. Elle se plaint régulièrement de ses yeux qui pleurent à cause de son maquillage ou de poussières. Elle les rouvre alors pendant la séance et les essuie délicatement à plusieurs reprises. La jeune fille éprouve de grandes difficultés à se relâcher et son tonus reste très élevé. Des paratonies sont mises en évidence pendant les mobilisations passives. Je devine également sous la couverture des mouvements au niveau de ses jambes. Elle peut aussi, par moment, prendre appui sur ses talons et contracter l'ensemble de son corps afin de surélever légèrement son bassin. Elle explique que cela lui permet de diminuer le contact de l'arrière de ses jambes sur le tapis. À la suite des séances, Mélissa

exprime très peu ses ressentis et ses émotions, en revanche elle s'attarde sur des détails plus factuels, comme des bruits de portes ou de pas dans le couloir.

J'ai choisi de décrire deux séances afin d'illustrer le suivi de Mélissa et le vécu qui en découle. Elles sont, en effet, assez représentatives des difficultés éprouvées par Mélissa dans l'ensemble de son suivi en relaxation. La première se déroule en octobre, la semaine suivant mon arrivée. La deuxième, qui se passe en décembre, est l'une des dernières avant que nous songions à un remaniement de projet.

4.2. Les pressions profondes

Durant cette deuxième séance à laquelle j'assiste, Mélissa se place de la même manière que d'habitude. La psychomotricienne lui explique préalablement qu'elle va effectuer au niveau des jambes et des pieds des pressions progressives avec les mains. C'est une séance interactive où Mélissa est invitée à s'exprimer sur les différences de perception et de sensation entre les pressions.

La psychomotricienne s'assoit auprès d'elle et commence les pressions par les pieds en proposant trois niveaux de pression : léger, moyen et fort. Mélissa peine à expliquer quelles différences elle perçoit entre les différents touchers. Elle ne peut pas non plus dire quelle type de pression elle préfère, ni à quel endroit. Elle ne témoigne d'aucune sensation agréable, mais ne dit pas non plus que les pressions sont désagréables. De ma place d'observatrice, je ne vois pas de signe de détente musculaire. Mélissa s'agite un peu, elle remet du mouvement au niveau des pieds. Ma maître de stage me confirmera par la suite que le tonus de Mélissa est resté très élevé tout au long de la séance.

Lorsque la psychomotricienne effectue les pressions au niveau des genoux, une réaction corporelle intéressante se manifeste chez la jeune fille : ses sourcils se crispent et un sourire gêné apparaît. La psychomotricienne décrit objectivement cette manifestation physique, puis invite Mélissa à expliquer les représentations qui lui sont venues à ce moment-là. L'adolescente est incapable de dire ce que lui évoque ces pressions au niveau des genoux. La psychomotricienne recommence la pression au même endroit et la même réaction s'ensuit. Avec hésitation, Mélissa peut finalement dire timidement et d'une voix fébrile : « *J'ai l'impression que vous allez me faire du mal, que vous allez m'écrabouiller le genou* ».

Je reste stupéfaite face à ces mots lourds de sens, qui mettent en évidence un vécu qui me semble violent. Ces quelques mots donnent une indication précieuse sur la manière dont Mélissa peut percevoir son corps. Celui-ci serait-il si fragile pour elle qu'il pourrait se briser, s'effondrer aussi facilement ?

4.3. La couverture lestée

La deuxième séance que je vais aborder se déroule plus tard dans l'année, au mois de décembre. C'est une séance utilisant une couverture lestée afin de travailler sur la notion de poids et de lourdeur. Je suis d'abord déconcertée par ce choix car la lourdeur a justement un aspect très angoissant pour Mélissa. Je me demande alors si cela ne risque pas d'augmenter ses moyens de défense contre l'angoisse et par conséquent de l'inciter à renforcer son hypertonie ? Toutefois, d'après mes observations, Mélissa semble constamment vouloir se créer une seconde peau, entre autres à travers ses vêtements serrés et son tonus musculaire très important. Sous cet angle la couverture lestée pourrait alors présenter un aspect contenant recherché par Mélissa et lui permettre, peut-être, d'appréhender différemment ses limites corporelles et ainsi de se détendre.

Avant de commencer, ma maîtresse de stage m'explique qu'elle a déjà utilisé la couverture lestée plus tôt dans le suivi. Cette séance n'avait pas plu à Mélissa qui s'était alors sentie très lourde, très oppressée. Mélissa dit se rappeler sans grande certitude de ce qui avait été fait durant cette séance, mais elle ne garde aucun souvenir de son vécu corporel.

Ce jour-là, avant que Mélissa ne s'installe, la psychomotricienne lui propose de ne pas mettre de coussin sous ses jambes. Puis, en la guidant par la voix, elle lui fait faire un « body-scan ». Elle énumère ainsi les différentes parties du corps, des pieds à la tête, pour orienter l'attention de Mélissa afin qu'elle reste à l'écoute de ses sensations. Elle finit ce temps par un recentrage autour de la respiration pour favoriser la détente. Dans un second temps, la psychomotricienne dépose la couverture lestée qui couvre le corps de l'adolescente du haut du thorax jusqu'aux chevilles. Elle continue ses inductions pour aiguiller l'attention de la jeune fille dans sa recherche de sensations et de représentations. Elle lui explique que l'objectif n'est pas de se détendre, car elle a conscience que c'est une situation difficile. Néanmoins, elle suggère à Mélissa d'observer ses sensations et de les accueillir avec bienveillance.

Assez rapidement, Mélissa indique que sa posture est désagréable en raison du contact trop important de ses jambes avec la couverture et le tapis, du fait de l'absence

de l'habituel coussin sous ses jambes. Elle n'ose pas pour autant changer de position et garde les yeux fermés. Elle paraît comme paralysée. Quand elle parle, la voix de Mélissa me semble encore une fois très timide et fragile. À cet instant, en observant la scène, je retiens mon souffle. C'est comme si j'étais moi-même écrasée par cette couverture qui me paraît si lourde quand elle est posée sur le corps amaigri de Mélissa. Cette situation semble faire violence à Mélissa qui commence à être submergée par une montée d'angoisse. Elle est en grande difficulté pour identifier ce qui se passe en elle, mais elle peut nous parler d'une émotion désagréable et oppressante qui monte. Je réalise assez vite que cette situation me fait tout autant violence.

La psychomotricienne continue d'accompagner Mélissa à la recherche des émotions et des sensations, alors que la couverture est toujours posée sur elle. Je suis très surprise de constater que malgré la difficulté de cette expérience, celle-ci lui permet de faire un lien avec un souvenir plus ancien. Ainsi, en parlant de ses jambes, Mélissa peut nous dire : « *Je sens qu'elles sont étalées, et j'ai peur qu'elles restent bloquées avec cette forme-là. Je sais que ce n'est pas vrai, mais j'ai quand même peur.* » C'est à ce moment qu'elle évoque une représentation plus ancienne où cette même sensation était présente. Elle se souvient avoir passé beaucoup de temps aux toilettes durant son hospitalisation en service pédiatrique et avoir observé horrifiée la forme de ses cuisses étalées sur la cuvette des toilettes. Elle ressentait alors une grande peur à l'idée que ces dernières ne restent bloquées à jamais ainsi, ce qui la poussait, une fois sortie des toilettes, à vérifier à plusieurs reprises devant le miroir si ses cuisses s'étaient ou non élargies.

En fin de séance, la psychomotricienne propose à Mélissa de garder pour elle les éventuels retours sur cette expérience, afin que cela puisse être abordé au début de la séance suivante, pour que sa réflexion ait le temps de cheminer. De cette manière nous pourrions voir la trace que ce travail a inscrit dans son corps, sans toutefois s'attarder sur des détails superflus auxquels Mélissa a tendance à se raccrocher. Cependant la semaine suivante Mélissa n'en dira rien et elle nous expliquera ne pas se rappeler ce qu'elle a vécu hormis que « *c'était désagréable* ».

Cet extrait de séance nous montre que malgré ses grandes difficultés, Mélissa parvient à se servir de certains vécus corporels pour les mettre en lien avec des représentations plus anciennes. Il reste cependant très compliqué pour elle de faire des liens d'une séance à l'autre et c'est cela qui rend le travail de relaxation si difficile à mettre

en place, nous amenant progressivement à aborder la question d'un remaniement de projet psychomoteur.

4.4. Le bilan du cycle de relaxation

4.4.1. Des séances qui ne font pas trace

Ces deux vignettes cliniques illustrent plutôt bien la résistance à laquelle nous nous confrontons chez Mélissa. Malgré sa volonté d'engager ce travail psychomoteur, il lui est difficile de faire céder ses défenses psychiques afin de renouer un lien avec son corps. Son cheminement dans ce travail corporel se trouve entravé par sa persistance à vouloir se distancer de son corps. « *Ça me fait bizarre de penser à mon corps, d'habitude je le mets loin. Je n'ai pas envie d'y penser* » peut-elle dire à la suite d'une séance. Ces propos montrent l'ampleur de son rejet et expliquent clairement ses difficultés à conscientiser ses sensations et à les traduire en mots. Ses vécus corporels ne semblent pas pouvoir s'ancrer, ou du moins elle ne paraît pas encore réellement capable de pouvoir y accéder.

Pendant cette période de trois mois au cours de laquelle nous faisons de la relaxation, je ne perçois pas non plus de réel changement dans les capacités de lâcher-prise de Mélissa. Son hypertonie reste encore omniprésente et les moments de détente musculaire sont très fugaces. Au cours de ce cycle de relaxation, Mélissa a pu nous dire avec beaucoup de justesse : « *Je me sentais plutôt bien, parce que justement j'étais contractée* », « *ça me demande beaucoup d'effort pour me détendre, c'est paradoxal non ?* » ou encore « *je n'arrive pas, je ne peux pas lâcher ce qui me tient* ».

Cette dernière phrase lourde de sens a résonné dans mon esprit quelques temps après la séance. Qu'entend-elle par « *ce qui me tient* » ? Au premier abord, je comprends que la jeune fille parle de ses muscles, constamment contractés, qui lui permettent de se maintenir afin que son corps ne s'effondre pas. À cette première écoute, les mêmes questions reviennent au sujet de sa perception de sa structure corporelle et de ce qui la compose : os, muscles, peau. Est-ce que ces structures sont assez solides ? Sont-elles assez hermétiques pour ne pas laisser des éléments s'infiltrer dans son corps, ou inversement en sortir ? Le double sens de cette phrase peut aussi nous permettre de s'interroger sous un autre angle. En effet, Mélissa ne pourrait-elle pas aussi faire allusion à son trouble alimentaire et à ses stratégies mises en place pour faire face aux angoisses qui l'envahissent ? Quoi qu'il en soit, la jeune fille exprime ici très bien qu'elle n'est pas encore prête à abandonner son mode de fonctionnement. C'est comme si sa façon

d'appréhender son corps était son seul point de repère pour se sécuriser et se sentir existée. Changer cela représenterait-il un risque de s'effondrer tant corporellement que psychiquement ?

4.4.2. Vers une remise en question du projet psychomoteur

Le suivi en psychomotricité de Mélissa s'allonge de semaine en semaine et je commence à être déconcertée par son évolution qui est assez pauvre. Dans son dossier, au fur et à mesure des mois, les mêmes mots reviennent, les mêmes angoisses, les mêmes interrogations. Elle évoque toujours ses tourments autour de son poids qui monte et qui descend. Elle nous parle de son « *tyran intérieur* » qui la pousse à faire des heures d'activité et de ménage. Habiter son corps paraît encore si loin pour elle, ce dernier ne reste toujours qu'un objet à dompter et à maîtriser.

En décembre, mes interrogations sont de plus en plus nombreuses. Pourquoi Mélissa décide-t-elle de venir en psychomotricité ? Quels bénéfices tire-t-elle de ces séances qui semblent lui faire violence ? Que comprend-elle du travail corporel que nous faisons ? Face à tant de résistances, dans quelle mesure est-il possible de guider cette patiente vers l'émergence d'un corps éprouvé ? Je fais part de mes questionnements et de mes doutes à ma maître de stage. Nous parlons alors longuement du suivi de Mélissa et des évolutions possibles. Nous décidons de lui en parler et elle ne saura d'ailleurs pas réellement donner son avis. Elle nous dira seulement qu'elle a envie de continuer le travail en psychomotricité.

Nous arrivons finalement à la conclusion que le travail de relaxation a fait ses preuves pendant un certain temps, mais qu'actuellement nous arrivons à la limite de cette médiation. Avec l'accord de Mélissa, nous décidons donc de mettre momentanément de côté la relaxation afin de nous tourner vers des séances plus dynamiques. Ce projet consiste à proposer à Mélissa d'autres outils corporels et à voir s'il lui est plus facile de s'en saisir. La psychomotricienne me laisse alors l'opportunité, à partir de janvier, d'entrer en coanimation et de proposer un projet qui me semble adapté.

5. Le mouvement comme support à la conscience corporelle

5.1. Les objectifs

Au cours des premiers mois de relaxation, j'ai pu constater que l'immobilité était quelque chose de très angoissant pour Mélissa. J'ai donc décidé d'aller vers ce à quoi Mélissa tend dans son quotidien, c'est-à-dire vers la recherche de mouvement. En effet, la jeune fille est presque continuellement en action, que ce soit pour faire le ménage chez elle, ou pendant de longues sessions de marche à l'extérieur. Parallèlement à l'évolution de son anorexie, l'hyperactivité, assez caractéristique de la maladie, s'est installée. C'est-à-dire qu'elle a adopté une façon de bouger sans aucun plaisir, uniquement dans le but de perdre du poids.

Étant donné que la détente est encore impossible chez Mélissa, l'engagement corporel peut-être un moyen de venir moduler ses fonctions toniques tout en lui faisant ressentir ces variations. En utilisant le mouvement, l'objectif est de réinscrire le corps de Mélissa dans l'ici et maintenant pour qu'elle puisse remettre plus de liens entre ses perceptions et ses représentations. Ce remaniement de projet part de l'hypothèse que la mise en mouvement peut être une façon pour la jeune fille d'explorer et de redécouvrir son corps, pour ensuite pouvoir l'éprouver et l'habiter.

Ces nouveaux objectifs restent finalement très en accord avec les objectifs initiaux. C'est principalement la façon d'y répondre qui évolue. Ainsi, c'est au travers du corps en mouvement et donc d'une approche sensori-motrice que nous voulons proposer à Mélissa de travailler autour de sa conscience corporelle. De plus, il faut noter que la jeune fille a déjà fait plusieurs années de danse. L'expression corporelle soutenue par le mouvement dansé lui est donc familière. Cette approche corporelle pourrait donc être un moyen de renouer avec certains vécus corporels familiers, lui permettant de relier son corps au plaisir de danser.

C'est donc à partir de janvier 2020 que la prise en charge s'oriente sur cet axe de travail. Malheureusement, à partir de février, le suivi de Mélissa devient discontinu. En raison d'un concours de circonstances, les absences de Mélissa, celles de la psychomotricienne ou de moi-même s'enchaîneront. Cela nécessite de déplacer les séances de Mélissa, qu'elle annulera au dernier moment. Puis, pour des raisons sanitaires, la structure est obligée de fermer momentanément à partir du mois de mars.

Ce nouveau projet n'a donc pas réellement pu aboutir, du moins pas avant la fin de mon stage. Cependant quatre séances ont tout de même pu se faire, et le début de ce travail n'en reste pas moins intéressant.

Ayant conscience que ce remaniement de projet signe un changement de repères pour Mélissa, j'ai l'idée de proposer des différents temps ritualisés dans ce nouveau travail d'expression corporelle. La psychomotricienne et moi-même participons également à ces différentes mises en situation. Dans les parties qui suivent, je vais proposer une description des différents temps qui ont rythmé les quelques séances que nous avons pu mettre en place.

5.2. L'éveil corporel

5.2.1. La mise en évidence des structures du corps

Je commence chaque séance par un moment d'éveil corporel qui se déroule en trois temps pour mettre en avant les différentes structures du corps : les os, les articulations, les muscles et la peau. Le premier temps consiste à mobiliser les différentes articulations du corps en commençant par les doigts pour redescendre vers le bas du corps et mobiliser en dernier la tête. Le second temps est un temps de tapotement de l'ensemble du corps. Avec la pulpe des doigts, je propose de tapoter d'abord la tête puis les différentes parties du corps en redescendant vers les pieds. Le dernier temps consiste à épousseter l'ensemble de son corps de manière dynamique. Tout en participant moi-même à ces propositions, j'oriente l'attention de Mélissa en nommant les différentes parties touchées pour l'amener à construire des représentations mentales associées à la sensation corporelle produite.

Je remarque que Mélissa s'applique à suivre l'ensemble de mes mouvements. Elle pose un regard intense sur moi et ne semble pas pouvoir se passer du contrôle visuel. Ses différents mouvements sont très raides, mais tout à fait corrects. En revanche elle se retrouve en grande difficulté quand il est question de faire de petites percussions au niveau du cuir chevelu et du visage. Excepté pour ses soins ritualisés avec ses produits très spécifiques, il lui est impossible de toucher ces parties de son corps. En effet, elle a peur que des bactéries ne viennent abimer sa peau. Cette peur peut-elle signifier une angoisse d'intrusion en lien avec une enveloppe défaillante dont les fonctions de contenance et pare-excitation feraient défaut ?

5.2.2. La marche pour s'ancrer

Lors de la deuxième partie de cet éveil corporel, je demande à Mélissa de marcher dans la salle de manière spontanée. J'oriente alors son attention sur différents éléments impliqués dans la marche : les appuis, les différentes parties du corps mobilisées, le ballant de ses bras, l'amplitude des pas, leur vitesse ou encore la position du regard. Je constate que Mélissa se déplace dans la salle de manière assez rapide en faisant de petits pas. Encore une fois, son corps reste très raide et le ballant de ses bras est faible.

Dans un second temps, je propose des mises en situation qui modifient la façon de marcher et modulent ainsi les composantes sensorielles impliquées dans la marche. Pour cela, en décrivant différents décors imaginaires, je propose de faire comme si nous marchions sur différents types de sols : sol glissant, très chaud, gluant... Mélissa se prête au jeu, mais dans beaucoup de ces situations, son attention semble s'orienter presque exclusivement sur la partie inférieure de son corps. Ainsi, pour imiter un funambule, la jeune fille place avec beaucoup de précision ses pieds pour suivre une ligne au sol, mais ses bras restent tendus le long de son corps. Je constate cela dans d'autres situations. Lorsqu'elle doit par exemple mimer de marcher sur une planète où la pesanteur est très importante, seules ses jambes semblent lourdes. Elle oublie de mettre ses bras en mouvement, de ce fait le haut de son corps semble totalement désinvesti.

Ce temps de séance me laisse penser que l'imaginaire et la créativité de Mélissa sont assez pauvres. En effet, elle nous imite beaucoup en s'appuyant sur les propositions et mises en mouvement que nous faisons avec la psychomotricienne. Elle me confirme cela en expliquant qu'elle a du mal à mimer les situations moins concrètes, qui ne font pas écho à des situations qu'elle a déjà pu vivre. Je finis également ce temps en lui laissant la possibilité de faire une proposition dont elle a envie. La première séance, Mélissa me regarde alors avec un air désespéré en étant incapable d'imaginer une façon de marcher. Les séances suivantes il est encore très difficile de laisser libre court à son imagination, mais Mélissa peut quand même s'appuyer sur des propositions faites dans des séances précédentes.

À mon sens, l'ensemble de cet éveil corporel a pour objectif d'orienter l'attention de Mélissa sur son propre corps pour la rendre disponible à elle-même. À la suite de cet éveil, les séances s'articulent ensuite autour de mouvements dansés pendant une vingtaine de minutes.

5.3. Le mouvement dansé pour lâcher-prise

5.3.1. Le jeu du miroir

Cette expérimentation du corps en mouvement est une situation de guidant-guidé en miroir sur un fond musical. Chacune à notre tour, nous proposons aux deux autres une série de mouvements et de postures à reproduire en miroir.

Positionnées face à face et écartées d'un à deux mètres, nous formons un triangle au sol. Ce positionnement dans l'espace permet à chacune de trouver sa place, sans pour autant se retrouver face à deux autres regards. Le fait d'être trois, avec des personnalités et des âges différents, apporte une variété dans la façon d'évoluer dans l'espace. Les mouvements peuvent être plus ou moins dansés, rattachés ou non à des affects.

De mon côté, j'essaie de guider Mélissa vers une expérimentation de son corps dans des mouvements d'enroulement et d'ouverture, tout en accentuant mes gestes pour explorer toute l'amplitude possible. Nous visitons à la fois des mouvements centrés autour de l'axe corporel et des mouvements d'ouverture vers l'extérieur. Cette situation est également un moyen d'explorer certaines postures intermédiaires pour aller au sol ou se relever. La musique est un support intéressant qui sert de point de repère sur lequel le mouvement peut s'appuyer. Elle influence également notre façon de bouger et par conséquent notre façon de ressentir.

Encore une fois, lorsqu'elle nous suit, Mélissa garde un contrôle visuel important sur nos mouvements. Je ressens chez elle une envie de bien faire et ses gestes sont très bien maîtrisés. Elle reproduit d'ailleurs de façon relativement fidèle chacun de nos mouvements. Cela met en avant qu'à cet instant, la représentation de son schéma corporel est relativement convenable. Sa façon de reproduire les gestes reste désaffectivée et automatique. Cependant, il faut tout de même relever que sa réalisation motrice témoigne de l'attention fine qu'elle peut porter à la fois sur nos corps et surtout sur le sien.

Mélissa me surprend beaucoup lorsque c'est à son tour de guider. En effet, au vu de ses difficultés à faire preuve de créativité dans la mise en situation précédente, je m'attendais à ce qu'elle reste bloquée par nos regards. Elle se met pourtant en mouvement sans trop de peine. Je peux sentir que ce sont des mouvements assez simples, qu'elle a pu apprendre précédemment, peut-être lorsqu'elle faisait de la danse.

Encore une fois, elle s'inspire aussi beaucoup des propositions de la psychomotricienne et des miennes. Durant les premières séances, ses mouvements sont figés, très recentrés autour de son corps, peu ou pas habités par l'émotion. Mais au bout de quelques séances, je ressens que Mélissa se laisse aller dans un certain lâcher-prise et qu'elle semble un peu plus à l'aise. Elle s'engage corporellement avec plus d'assurance et je peux percevoir une recherche d'esthétique dans ses propositions. Ses mouvements harmonieux et symétriques font transparaître une certaine douceur et de la fragilité. Progressivement elle s'ouvre un peu plus dans l'espace en étendant les bras ou en faisant quelques pas sur le côté. Elle nous emmène même au sol de façon spontanée.

En à peine quelques séances, il est possible de voir que sa motricité s'est déployée. Mélissa laisse apparaître une expression du visage plus tranquille et peut presque laisser penser qu'elle y prend un certain plaisir. Ainsi, au vu de l'intérêt qu'elle nous montre pour le mouvement dansé, il me semblait intéressant de continuer sur cette piste, ce qui nous conduit à la dernière proposition que je décris dans la partie suivante.

5.3.2. De l'expression corporelle à la représentation des ressentis

Avant de terminer cette étude de cas, il me semble important d'expliquer cet axe de travail commencé avant que la prise en charge soit suspendue. Pour continuer sur le mouvement dansé, avec la psychomotricienne nous avons eu l'idée de coconstruire une chorégraphie commune. C'est ce que nous avons appelé le « squiggle corporel », en référence au célèbre jeu du squiggle inventé par Winnicott. Ainsi, nous proposons chacune notre tour un mouvement à inclure dans cette chorégraphie pour obtenir à la fin un enchaînement d'environ quarante secondes.

Une fois cette chorégraphie mise en place, nous l'avons répétée plusieurs fois afin de l'apprendre et de la retenir du mieux possible, tout en faisant varier les vitesses d'exécution. Dans un second temps, chacune à notre manière nous avons laissé une trace graphique de cette chorégraphie. La consigne laissait une grande liberté sur la façon de retranscrire. Ainsi, Mélissa opte pour la description avec des mots, de mon côté je choisis de la schématiser tandis que la psychomotricienne mélange les dessins et les mots. Cette proposition vise à mener Mélissa vers une certaine représentation de son corps en élaborant ses sensations corporelles à partir de la trace graphique. Il est intéressant de souligner que Mélissa a pu retranscrire en mots avec une certaine exactitude cette chorégraphie alors qu'elle a pourtant tant de mal à verbaliser ce qu'elle ressent.

Pour la suite, nous avons prévu de reprendre cette chorégraphie, en faisant moduler l'intentionnalité des réalisations : la vitesse, la douceur, le poids, l'émotion... Puis à partir de ces reproductions, l'objectif aurait été de pouvoir s'exprimer sur les différences de vécus corporels. Malheureusement c'est à ce moment que le suivi de Mélissa s'est momentanément arrêté.

6. Conclusion : la conscience corporelle entre relaxation et mouvement

Pour conclure sur ces différentes vignettes cliniques, il est notable que même si ce nouveau projet psychomoteur n'a pas pu se prolonger, il annonce des potentialités intéressantes pour la suite du suivi de Mélissa. En effet, au moment où nous nous sentions arrivée dans une impasse clinique, passer de l'immobilité de la relaxation à un engagement corporel plus dynamique, a pu relancer le suivi sur d'autres pistes de réflexion.

D'après moi il ne faut pas négliger l'importance du cycle de relaxation qui reste une base essentielle sur lequel se fondent les aptitudes de conscience corporelle de Mélissa. Malgré les résistances auxquelles nous nous sommes confrontées, la relaxation a pu permettre de développer ses capacités à se recentrer sur son corps et sur ses sensations. Cela facilite et renforce très certainement le cheminement de Mélissa dans l'exploration de son corps en mouvement.

Ces quatre séances articulées sur une approche plus sensori-motrice m'ont permis de porter un nouveau regard sur Mélissa. En effet, dans le mouvement elle semble pouvoir dévoiler certaines possibilités de lâcher prise. Mélissa n'a pas vraiment montré davantage de facilité pour se recentrer sur ses perceptions corporelles, cependant elle a pu se laisser guider dans une découverte de nouvelles perspectives d'expressions motrices. La maîtrise laisse alors un peu plus de place à la dimension du plaisir et de la créativité. Ces différentes observations et hypothèses cliniques me conduisent à m'interroger. Comment le mouvement, par sa dimension sensorimotrice, peut être une approche psychocorporelle plus adaptée pour guider Mélissa vers la prise de conscience de son corps ?

Ainsi, dans la dernière partie de ce mémoire, en m'appuyant sur les outils théoriques exposés précédemment, je proposerai certaines pistes de réflexion pour comprendre en quoi le mouvement permet à Mélissa de renouer plus facilement le lien avec son corps.

PARTIE THÉORICO-CLINIQUE

1. Pistes de réflexions sur une approche psychocorporelle

Le conflit corps-psyché est si présent dans la problématique anorexique qu'il justifie entièrement l'approche psychomotrice pour intervenir sur cette dialectique entre le sujet et son corps. Comme j'ai pu le soulever en introduction, le corps est le premier outil du psychomotricien et les perspectives de travail liées aux approches psychocorporelles sont très riches. Je proposerai donc quelques pistes de réflexion sur les champs d'action possibles de ces médiations, qui permettent au psychomotricien de travailler autour de la conscience corporelle afin de soutenir une réappropriation du corps. J'ai fait le choix de mettre certains éléments en lumière, qui m'ont paru intéressants dans la prise en charge de Mélissa, cependant cette liste est loin d'être exhaustive et tout axe de travail est bien-sûr spécifique à chaque patient.

1.1. Les médiations corporelles pour soutenir le « corps-conscience »

Par médiations psychocorporelles, j'entends l'intermédiaire qui propose un espace de partage entre deux personnes. En l'occurrence, ici c'est un intermédiaire qui soutient la relation entre le psychomotricien et le patient, permettant de mobiliser un travail tant psychique que corporel. La psychomotricienne Catherine Potel propose d'ailleurs trois objectifs propres aux médiations qui sont : « *proposer un lieu d'expériences, de sensations et de perceptions* », « *favoriser le jeu du corps porteur d'une expression spécifique, dans un étayage relationnel structurant* » et enfin « *aider à la transformation des éprouvés en représentations* » (Potel, 2019, p. 403).

Les expériences perceptives sont à la base de la conscience corporelle, or nous avons justement mis en avant le désordre perceptif lié à l'anorexie. Dans le cas de Mélissa, qui peine à se servir des différentes informations sensorielles, l'enjeu du travail psychomoteur va être d'enrichir son champ perceptif pour réorganiser ses représentations. En réinscrivant son corps dans une réalité sensori-motrice, la jeune fille aura peut-être la possibilité d'intérioriser une représentation plus stable de son corps.

Que ce soit par la relaxation ou par le mouvement dansé, ce travail s'appuie donc sur les expériences corporelles dans leurs dimensions sensorielles, motrices et émotionnelles. Le rôle du psychomotricien va être de guider l'attention du patient sur différentes parties du corps et sur les sensations, afin de faciliter la prise de conscience corporelle. Pour rejoindre le raisonnement de Benoît Lesage que nous avons abordé, ces médiations sont des outils à l'origine d'un changement de point de vue sur soi, permettant l'émergence du « *corps-conscience* ». Nous pouvons également ajouter que ce travail vise à décentrer l'attention du monde extérieur pour se rendre momentanément disponible à soi-même.

Les médiations corporelles s'adressent donc aux interactions entre le corps et l'environnement pour soutenir l'émergence de représentations corporelles. C'est un travail très riche, toutefois en approchant la dimension corporelle, le patient peut voir des vécus ou des émotions difficiles réémerger. Chaque médiation se caractérise donc autant par ses qualités que par ses limites. Il est donc important que le psychomotricien puisse adapter au mieux l'approche qu'il utilise pour aller à la rencontre d'un patient et de sa problématique.

1.2. Le choix de la médiation

Le corps est donc un élément central dans les médiations psychomotrices. Cependant, comme l'illustre la prise en charge de Mélissa, travailler sur ce corps en souffrance peut aller à l'encontre des mouvements psychiques du patient qui cherche au contraire à délaisser son corps. Cela fait toute la complexité de la prise en charge, car le soignant, et finalement le patient lui-même, sont confrontés à des résistances pouvant très vite conduire le soin dans une impasse. À mon sens, il est important de suivre le rythme du patient, c'est avant tout lui qui guide le psychomotricien dans sa réflexion sur l'orientation du soin. Dans le cas de l'anorexie, le corps est utilisé comme moyen d'expression d'une certaine souffrance, d'où l'importance de prendre en considération ces symptômes et d'amener le patient à trouver d'autres moyens de se sentir exister.

C'est cette impasse que nous avons rencontrée avec la psychomotricienne dans la prise en charge de Mélissa. Dans les éléments cliniques que j'ai apportés précédemment, le remaniement du projet est le pivot de mes questionnements, réflexions et hypothèses. « *Il est intéressant de repérer comment plusieurs médiations peuvent-être simultanément ou successivement utilisées au gré des besoins exprimés/ressentis par le patient* » (Gaucher-Hamoudi et al., 2011, p. 83). Cette citation prend tout son sens quand nous

observons la tournure qu'a pris le suivi de Mélissa. La jeune fille ne l'a pas exprimé ainsi, mais nos différentes observations nous ont laissé penser qu'à ce moment du suivi, nous arrivions à la limite de ce que la relaxation pouvait lui apporter. Ensemble, nous avons alors cheminé vers l'utilisation du mouvement dansé dans l'espoir de contourner certains blocages auxquels nous nous confrontons en utilisant cette première médiation. Cette réflexion repose sur nos observations et nos hypothèses, mais est également guidée par une certaine intuition professionnelle induite par l'état psychique de Mélissa, dont les besoins sont en pleine évolution.

Dans le cas de Mélissa, après les quelques séances utilisant le mouvement dansé, nous avons constaté qu'une approche plus dynamique a semblé relancer le soin. Au vu de cela, nous allons donc maintenant nous pencher sur les éléments propres au mouvement dansé qui ont pu soutenir cette patiente dans l'exploration de son corps.

2. L'expérience d'un corps existant

Les propositions visant à améliorer la conscience de soi sont riches. Elles peuvent par exemple s'appuyer sur l'expérimentation des appuis, des sensations ou encore des différents espaces du corps. L'exploration du mouvement est un champ de découverte large et de multiples paramètres entrent en jeu comme le tonus, la proprioception, l'expressivité, la direction du mouvement, sa vitesse, les appuis, le poids etc. Il est possible toutefois de repérer différents facteurs qui permettent d'aller vers un corps éprouvé, propice à la construction de la conscience corporelle.

2.1. De l'immobilité au mouvement, une représentation qui se stabilise

À partir des travaux de Bullinger sur le développement sensorimoteur de l'enfant, nous avons pu comprendre l'importance des flux sensoriels dans la construction d'une représentation du corps. Le théoricien explique ainsi qu'habiter son corps nécessite de pouvoir maîtriser ses sensations. Or chez Mélissa, pour qui la perception du corps est défaillante, nous pouvons supposer que les représentations sont très peu stables. De ce fait, ce sont notamment les sensations comme la douleur, la faim, ou celles liées à son hyperactivité qui pourraient maintenir ce sentiment d'existence. Cela dit, les représentations qu'elle se crée restent très fragiles. Ainsi, en parlant de son incapacité à

reconnaitre la différences entre les sensations de satiété et de faim, Mélissa nous dit « *j'ai peur qu'un jour je ne ressente plus la faim* ». C'est dans ce sens, nous l'avons vu, que Maurice Corcos explique que la douleur et la faim sont des sensations immédiatement disponibles et que leur importance grandit au fur et à mesure que le clivage entre le corps et l'appareil psychique se renforce. Nous pouvons donc avancer que la disparition de la sensation de faim s'accompagne d'une détérioration du sentiment de continuité de soi.

L'aspect sensoriel mérite donc d'être approfondi pour que Mélissa ait la possibilité de s'appuyer sur ses sensations pour parvenir à se créer une image du corps plus adaptée. Ainsi, il est question que Mélissa réapprenne à se servir des différents flux sensoriels, mais aussi qu'elle s'applique à les articuler entre eux. De cette manière, elle pourrait passer d'une perception clivée à un mantèlement des sensations, pour reprendre l'expression de Meltzer. Elle pourrait donc percevoir son corps comme une unité à part entière, alimentant ainsi un sentiment de continuité d'existence.

De plus, alors que Bullinger explique que les premières représentations de l'organisme sont uniquement accessibles à travers l'action, nous avons également démontré comment le mouvement permet d'organiser la pensée. Le mouvement et la perception ne vont pas l'un sans l'autre et s'enrichissent mutuellement. De ce fait, il est également possible de supposer que pour Mélissa le mouvement presque permanent est porteur de sa représentation du corps. De la sorte, si son mouvement cesse, c'est toute sa représentation d'elle-même qui pourrait s'écrouler. En continuant sur ces suppositions, c'est exactement à cet endroit que la relaxation montrerait certaines limites.

En effet, lorsque j'observe Mélissa s'installer pendant ses séances de relaxation, je constate que le moment est long avant qu'elle ne s'allonge enfin. Rester immobile semble difficile et la jeune fille remet de temps à autre du mouvement dans ses jambes ou dans ses mains. Est-ce une façon de retrouver des sensations connues afin de maintenir une image du corps stable ? La relaxation est une excellente médiation pour se recentrer sur les ressentis tant internes qu'externes. Toutefois, la variété des sensations corporelles n'est pas aussi riche que celles impliquée dans le mouvement. Nous pouvons par ailleurs établir un lien entre l'immobilité de certains types de relaxation et le phénomène d'habituation de l'organisme aux flux sensoriels. L'absence de mouvement empêcherait ainsi la construction de représentations sensori-motrices du fait des covariations entre les sensibilités profondes et superficielles. Cela pourrait expliquer les difficultés de Mélissa à investir cette médiation et la résistance dont elle fait preuve en lien avec un vécu très angoissant découlant de cette baisse des informations sensorielles internes.

De ce point de vue, enrichir le vécu corporel en passant par des expérimentations sensorimotrices me paraît important pour que Mélissa puisse intérioriser des représentations solides de son corps. Il s'agit donc ici de revisiter certains fondements de la structure corporelle pour que la jeune fille puisse se créer des repères sur lesquels s'appuyer, autres que les sensations de faim, de douleur ou celles apportées par l'hyperactivité. Mais cela nécessite aussi d'être capable de s'approprier ces expériences corporelles et les reconnaître comme étant des expériences de soi. Or l'hypertonie de Mélissa reste conséquente. Dans la partie suivante nous allons voir que cette tension presque permanente nuit en partie à la perception des sensations.

2.2. La fonction tonique

Différents théoriciens comme Esther Bick ont expliqué l'hypertonie comme une alternative pour combler une défaillance d'enveloppe, c'est là tout le concept de « seconde peau psychique ». Quelques éléments cliniques me laissent penser que Mélissa met en place cette seconde enveloppe pour combler certaines fonctions qui feraient défaut. Je fais notamment allusion à son incapacité à se toucher le visage, qui met alors en avant des angoisses d'intrusion : une certaine porosité de sa peau pourrait laisser passer des éléments néfastes à l'intérieur de son corps.

Nous pouvons aussi émettre l'hypothèse d'une fonction de maintenance défaillante. Ainsi, l'hypertonie de Mélissa viendrait soutenir l'axe corporel et la structure osseuse. Elle exprime d'ailleurs cela très bien à sa manière quand elle nous confie après une séance de relaxation : « *Je n'arrive pas à lâcher ce qui me tient* ». Par ces mots, elle peut nous laisser entrevoir son besoin de créer une tension musculaire pour se protéger du risque d'effondrement corporel et psychique.

Cette enveloppe musculaire a donc une fonction très importante pour Mélissa. Cependant, si nous reprenons les travaux de Bullinger, l'équilibre sensori-tonique serait le garant des interactions entre l'organisme et l'environnement. Nous pouvons dire que l'hypertonie de la jeune fille a pour conséquence d'altérer son système perceptif en filtrant un certain nombre de sensations. Il est donc important de faire éprouver à Mélissa différentes variations toniques pour lui permettre de rétablir un certain équilibre sur lequel de meilleures représentations pourront se construire. D'autant plus qu'il ne faut pas oublier que selon Bullinger, les représentations sont un des moyens de régulation tonique qui permettent d'appréhender les stimulations sensorielles sans se laisser désorganiser.

En prenant en compte le manque de sécurité interne de Mélissa, il est tout à fait compréhensible que le travail de détente puisse être redoutable. En effet, elle ne possède pas d'appui interne suffisamment solide pour pouvoir se passer de sa carapace tonique sans se laisser désorganiser par ses angoisses d'effondrement. Cependant dans le mouvement dansé, il est tout à fait possible d'approcher le tonus d'une manière différente. En effet, la prise de conscience du tonus quand le corps est en mouvement peut se retrouver dans les modulations toniques qui varient suivant l'intensité, la vitesse ou l'amplitude du mouvement. Inviter les patients à ressentir ces modulations toniques peut-être un façon de leur montrer qu'un certain lâcher-prise est possible. Ainsi, tout en restant élevées, les variations du tonus peuvent progressivement emmener Mélissa à se sentir plus en sécurité pour pouvoir progressivement relâcher sa fonction tonique.

Il est également intéressant de mettre en parallèle les modulations toniques dues à la relaxation et celles propres au mouvement. En effet, contrairement à la dimension passive de la relaxation, dans le mouvement, c'est le patient qui est acteur des variations toniques. Ainsi, le patient est amené à repérer ces modifications à partir d'un mouvement qu'il planifie et exécute lui-même. Or chez des patients tels que Mélissa pour qui la maîtrise du corps est essentielle, se sentir acteur de ses propres sensations peut faire une grande différence. Nous pouvons également nous demander si ce sentiment d'être actrice peut également remobiliser l'implication de la jeune fille dans son soin. Ainsi, en étant active corporellement, pourrait-elle se sentir davantage agent de sa propre séance ?

Ainsi, pour que Mélissa tende vers plus de lâcher prise et se prenne au jeu de l'exploration corporelle, il est nécessaire qu'elle puisse avant tout faire l'expérience d'un corps suffisamment solide capable de la soutenir en l'absence de ses tensions musculaires. À l'image du bébé qui se crée des appuis internes suffisamment solides pour se développer, proposer à Mélissa de redécouvrir sa structure corporelle semble un axe de travail intéressant pour lui permettre de renforcer sa solidité interne. Cela peut par exemple commencer par une exploration des appuis.

2.3. Du poids aux appuis

Depuis sa mise au monde, le bébé est soumis au principe de gravité et les moindres de ses mouvements, gestes ou postures s'organisent selon elle. Ainsi Benoit Lesage énonce que « *c'est à partir du sol que le corps peut se mettre en forme, se déployer et trouver ses directions* » (2015, p. 43). Nous pouvons donc affirmer que dans

la construction et la structuration psychocorporelles, les appuis, intriqués à la notion de poids, sont un soubassement essentiel pour garantir un sentiment de sécurité de base.

Dans le cas de Mélissa et de son rapport problématique avec le poids, nous pouvons imaginer qu'il lui est difficile de percevoir des appuis stables. Ainsi lorsqu'elle marche, son pas paraît si léger qu'elle me donne l'impression d'effleurer à peine le sol. Elle nous parle également de l'effroi qu'elle ressent quand elle constate que le chiffre affiché sur la balance a augmenté. Elle veut voir ce chiffre le plus petit possible à l'image d'un corps effacé et inexistant. Cependant, éprouver ses appuis c'est accepter d'éprouver son poids, qu'on l'on peut confier au sol. Il faut aussi noter que la rigidité tonique altère cette appréhension du poids, rendant la perception des appuis d'autant plus difficile.

L'enjeu des différents temps de marche spontanée proposés en début de séance est de guider Mélissa vers une mise en évidence de ses appuis au sol. Je décide donc de proposer systématiquement ce temps d'expérimentation de façon à pouvoir aborder la dimension des appuis et de l'ancrage de manière plus consciente. J'essaie alors d'orienter son attention sur les divers sensations induites par les différentes démarches. Dès la deuxième semaine, je suis assez surprise lorsque que Mélissa nous explique que depuis la séance précédente, elle a l'impression de sentir un peu plus le dessous de ses pieds quand elle marche et que cela lui fait une « *drôle de sensation* ». Elle parle d'ailleurs de sensation un peu désagréable car elle a l'impression que cette zone est devenue plus sensible. Bien qu'elle n'aborde plus ce phénomène lors des séances suivantes, il est intéressant de noter que cette zone corporelle et ses appuis plantaires lui sont apparus de manière plus consciente, entraînant chez elle certains questionnements.

Les mouvements dansés me paraissent donc un excellent intermédiaire pour travailler de façon indirecte les appuis au sol et donc l'ancrage. La recherche d'appuis stables est nécessaire pour évoluer dans l'espace et les transferts de poids sont nombreux. Les appuis évoluent en fonction de l'orientation des fragments corporels, ils sont alors parfois plus prononcés, parfois moins. Prendre appuis sur le sol, le repousser, glisser, sauter, il existe une richesse de mouvements permettant de jouer avec les appuis corporels.

La prise de conscience des appuis peut permettre de renforcer le sentiment d'ancrage et donc de ressentir son corps comme étant plus solide et fiable. C'est ainsi que nous voyons Mélissa progresser doucement vers une motricité plus libérée. Sa gestualité s'ouvre un peu plus et se risque progressivement à « lâcher ce qui la tient ». De mouvements très autocentrés initiaux, elle se risque par moment à modifier ses appuis au

sol en faisant des pas sur le côté. Il est également intéressant de constater qu'en allant au sol, Mélissa bouleverse complètement ses appuis et explore de nouveaux points de contact. C'est ainsi que la motricité de Mélissa semble se déployer, ses recrutements toniques deviennent plus adaptés. La différence reste très subtile mais Mélissa donne l'impression d'aller vers un certain lâcher prise visible autant dans son corps que dans la créativité dont elle commence à faire preuve.

En parlant de prise de conscience des appuis et d'ancrage au sol pour faire l'expérience d'un corps solide, il me semble difficile de ne pas faire allusion à la posture. En effet, un travail autour des appuis influence forcément la posture et la conscience du corps.

2.4. Posture et structure du corps

Là où la rigidité de Mélissa est entre autres un moyen de maintenir une certaine cohésion de l'ensemble de son corps, il me semble important qu'elle puisse expérimenter cette unicité corporelle de manière plus adaptée. Pour cela il me semble essentiel de lui donner à éprouver les différentes parties et structures de son corps.

Le mouvement dansé fait appel à différentes postures. Ainsi, en plus d'un travail d'ancrage et d'appuis, c'est l'ensemble du corps qui est engagé, permettant ainsi de définir les différents espaces corporels. Le squelette représente la charpente du corps, c'est un élément solide qui permet la perception d'un soi unifié. La mise en mouvement du corps permet de jouer avec les différentes articulations et donc de les mettre à la lumière de l'attention. Il est d'ailleurs intéressant de soulever le rôle du système articulaire qui relie les différentes parties du corps entre elles. Ainsi pour Mélissa, qui a peur que son genou ne puisse s'écrabouiller sous les pressions profondes réalisées par la psychomotricienne, le mouvement peut-être une façon d'explorer cette structure de manière différente afin d'en éprouver sa fiabilité. Il est également à noter que le système articulaire est riche en capteurs proprioceptifs, ce qui a pour effet d'enrichir le sens de la position relative aux parties du corps entre elles et à la position dans l'espace. Les informations sensorielles fournies permettent ainsi de développer la conscience corporelle.

Un réel travail est également effectué autour de l'axe corporel. Si l'on considère l'architecture du corps, c'est autour de l'axe corporel que les mouvements s'organisent. Lesage précise que « *pour entrer en relation, communiquer, s'exprimer, accueillir ou aller vers, il faut construire un axe tonique, sorte d'ancrage central qui conditionne la*

disponibilité périphérique » (2009, p. 20). Cependant pour Mélissa, cet ancrage central ne paraît pas suffisamment stable pour lui permettre de s'ouvrir vers l'extérieur. Elle développe de fait le besoin de se tenir par d'autres moyens, dont son enveloppe tonique. Il est donc important que la thérapie psychomotrice conduise à un réinvestissement de l'axe corporel pour que Mélissa puisse tendre vers une meilleure conscience d'elle-même, alimentant de la sorte un processus d'individuation.

La mobilisation des fonctions posturales peut renforcer la conscience de l'axe corporel. Je pense par exemple aux différentes positions proposées pendant le mouvement dansé, qui permettent de revisiter la symétrie du corps, ou des mouvements d'extension et d'enroulement. Pour Mélissa qui est constamment très raide et droite, explorer lentement les mouvements d'enroulement est loin d'être naturel. Prendre le temps de ressentir les différentes articulations qui composent la colonne vertébrale, c'est mettre en avant cet axe qui compose le corps et sa solidité, sur lequel il est possible de prendre appui.

Pouvoir éprouver son corps demande une certaine connaissance de ce dernier. L'exploration posturale permet une intégration sensitivo-sensorielle qui s'articule à une élaboration motrice. Les représentations sont alors mises au travail et le corps se met en forme. Ainsi, le jeu d'imitation en miroir que nous proposons à Mélissa fait appel à l'intégration de base du schéma corporel. Ce travail en miroir implique donc une représentation du corps basée uniquement sur les ressentis internes et non plus sur l'aspect visuel. Mélissa s'appuie sur notre propre engagement corporel pour reproduire ses mouvements mais n'a en aucun cas la possibilité d'avoir un contrôle visuel sur son propre corps. La qualité de ses imitations met d'ailleurs en évidence que malgré son image du corps défectueuse, Mélissa garde une bonne connaissance de son corps et un schéma corporel de qualité.

Sous-tendues par le tonus, la gestualité et les postures reflètent l'état psychique de chaque individu. Se saisir des positions signifie trouver sa place dans le monde, dans son corps mais c'est aussi accéder à un corps en relation. Ce travail mis en place avec Mélissa s'inscrit dans un réel travail relationnel qui s'appuie sur le dialogue tonico-émotionnel. La pratique psychocorporelle amène donc le patient à s'éprouver comme étant un sujet incarné, ce qui n'est pas toujours chose facile. C'est cette dimension du corps-relationnel et du corps éprouvé que je vais aborder dans cette dernière partie.

3. Le corps en relation

3.1. Étayage du psychomotricien

3.1.1. L'alliance thérapeutique

Je n'ai pas encore réellement abordé la dimension relationnelle du travail psychomoteur, mais celle-ci a une importance qu'il ne faut pas négliger. Cela est d'autant plus vrai dans la pathologie anorexique où les liens sont mis à mal et les relations difficiles ou négligées. La construction d'un lien thérapeutique entre le patient et le psychomotricien est à mon sens une base essentielle sur laquelle s'établit le travail psychomoteur. Cela permet au patient de s'investir en toute sécurité, en s'appuyant sur le cadre tenu par le soignant. Par ses qualités d'écoute, le psychomotricien doit être dans la capacité de réceptionner les éprouvés et les souffrances que les patients déposent pendant le soin.

Le début de mon stage signe l'arrivée d'une tierce personne dans la relation construite depuis maintenant plusieurs années entre Mélissa et la psychomotricienne. Ce changement ne m'a pas semblé sans effet pour la jeune fille, qui, de ses regards furtifs et réguliers, semblait me garder sous une surveillance constante. Lors de la première séance de relaxation à laquelle j'assiste, Mélissa décide d'installer son tapis dans le coin de la salle le plus à distance de ma position. Je me questionne alors sur l'impact de mon regard sur la jeune fille. Ne suis-je pas trop intrusive ? En écho à la fonction réflexive du regard abordé par le psychanalyste Glas, que nous avons précédemment évoqué, est-ce que mon regard ne ferait pas violence à Mélissa ? La question de l'image que le patient peut percevoir à travers le regard du soignant est intéressante, d'autant plus que Mélissa est très sensible au regard des autres et à l'image qu'elle renvoie.

Progressivement, de semaines en semaines, cette hypervigilance s'apaise et Mélissa semble retrouver ses repères en s'habituant à ma présence. Ainsi, au bout de quelques séances elle se réinstalle comme à son habitude au centre de la pièce pour faire la séance de relaxation. C'est aussi à partir de ce moment que je commence à avoir la sensation de devenir invisible pour la patiente. Elle me regarde de moins en moins et nos échanges se résument seulement à notre poignée de main en début de séance.

De ce fait, de ma place d'observatrice, il m'est d'abord très difficile de construire une relation avec la jeune fille. À partir du mois de janvier, avec le changement du projet

thérapeutique de Mélissa, et avec l'évolution de ma place dans la séance, une autre dynamique relationnelle rythme les séances. En effet, lors des séances de relaxation Mélissa se retrouvait au centre de deux regards, dont le mien qui lui était encore inconnu. En opposition à cela, la configuration des nouvelles séances fait que nous nous retrouvons toutes les trois dans un engagement corporel commun. De cette manière, le regard de l'autre peut être moins persécuteur pour Mélissa qui peut en plus s'appuyer sur nos propositions corporelles. J'ajoute que l'enjeu relationnel impliqué dans les situations en miroir est très intéressant, car ce jeu de guidant-guidé fait appel à la notion de maîtrise. Suivant les rôles de chacune, Mélissa a la possibilité de garder le contrôle de la situation en nous proposant les mouvements qu'elle souhaite. Cependant, cela lui demande également de pouvoir se laisser guider par l'autre, ce qu'elle fait finalement sans trop de difficulté.

Après de nombreuses séances de relaxation, cachée sous sa couverture, Mélissa se retrouve à mettre son corps en avant à travers le mouvement dansé. Du fait de ses qualités expressives et relationnelles liées au tonus, le mouvement relève d'une certaine intimité qui se dévoile. Alors que j'avais pensé Mélissa plus en difficulté dans cette situation, elle semble prendre assez vite ses repères, lui permettant de s'extraire de nos regards et de s'ouvrir à la proposition de mouvement dansé. Cette nouvelle configuration met en avant l'importance de l'engagement corporel du psychomotricien dans l'accompagnement du patient pendant les séances.

3.1.2. L'engagement psychocorporel du soignant

Le positionnement du soignant a entièrement sa place dans une réflexion sur la prise en charge psychomotrice. En effet, c'est par son engagement, tant psychique que corporel, qu'il peut guider le patient vers une élaboration de ses éprouvés. Le psychomotricien a pour rôle d'accueillir les vécus, de les transformer et pour cela un ajustement est essentiel. Pour Mélissa qui peine à mettre en mots ses pensées et ses éprouvés, il est d'autant plus important que le psychomotricien reste attentif aux différentes manifestations psychocorporelles du patient pour s'ajuster au plus près de ses besoins.

De ce fait, par les mots posés, son intention et sa mise en action, le soignant peut mettre du sens sur les ressentis du patient. C'est le cas de la psychomotricienne qui accompagne Mélissa dans la métabolisation de ses sensations en décrivant de manière objective les manifestations physiques qu'elle observe. Par ses mots, elle insuffle ce

qu'elle perçoit de Mélissa, lui offrant alors un support que la jeune fille peut utiliser pour élaborer des représentations. C'est de cette manière qu'à partir des sensations provoquées par la couverture lestée, Mélissa semble pouvoir se servir des inductions de la soignante pour lier ses sensations aux souvenirs de son hospitalisation et à sa peur liée à ses cuisses « élargies ».

Travaillant avec son corps, le psychomotricien est constamment dans un engagement corporel qui l'inscrit dans une expérience partagée avec le patient. Dès lors que nous nous sommes mises en mouvement dans les séances, il m'a semblé évident que les engagements corporels de la psychomotricienne et de moi-même ont été un soutien important à l'exploration motrice de Mélissa. Par son contrôle visuel très important, elle a pu s'approprier nos propositions. En s'appuyant sur nos mouvements, elle a pu se laisser aller à son propre engagement corporel et par la même occasion elle a pu s'ouvrir à différentes possibilités perceptives. De cette manière, alors que Mélissa paraissait incapable de faire appel à son imagination pour faire des propositions, sa créativité lui a progressivement permis de se mettre en mouvement avec un peu plus d'aisance.

De plus, l'imitation est au cœur de la situation en miroir. Imiter ou se faire imiter, dans ces deux rôles, la représentation que Mélissa se fait de son corps se construit à partir de nos propres corps. Cela demande à Mélissa de pouvoir accepter le regard que nous posons sur son corps, mais c'est aussi accepter l'image de son propre corps que nous lui renvoyons en l'imitant. Dans les premiers temps, Mélissa semble d'abord dans un collage par rapport à nos propositions et à nos attentes. Nous pouvons supposer que cela lui sert de repère dans cette situation où la consigne reste très ouverte. Ce n'est que dans un second temps que Mélissa a pu se saisir de l'exercice pour nous faire des propositions un peu plus différentes des nôtres.

Notre positionnement est donc un support qui permet à Mélissa de tendre vers plus de liberté individuelle et de subjectivité. De cette manière, elle semble tendre vers une exploration différente de son corps qui commence à pouvoir s'ouvrir aux éprouvés et à l'expressivité.

3.2. Un corps incarné

3.2.1. Le travail de l'éprouvé

L'éprouvé est au cœur du travail de conscience corporelle. Cela implique une présence à soi, or c'est justement ce qui fait défaut chez Mélissa. Pour la psychomotricienne Anne Marie Latour, « *éprouver suppose de s'apercevoir de ce qui est senti sensoriellement et émotionnellement* » (2016). Autrement dit, éprouver est une création du psychisme qui fait appel à des apprentissages archaïques dus aux premières expériences sensori-motrices. Cela s'appuie notamment sur les facultés des circuits nerveux du cerveau et sur les cartes neuronales abordées par Damasio. Le corps présente une grande faculté de mémoire corporelle. C'est de cette façon qu'une expérience motrice ou sensorielle est capable de réactiver d'autres sensations, éprouvés ou souvenirs qui seraient liés. C'est un support très intéressant à exploiter dans les thérapies psychomotrices. En effet, avec un travail sensori-moteur, la patiente peut s'ouvrir à différents états émotionnels, qu'il est alors possible d'aborder pour y mettre du sens.

Cependant, pour pouvoir éprouver il faut d'abord être dans la capacité de percevoir et d'identifier les sensations. C'est ainsi qu'un défaut de conscience intéroceptive est, en partie, à l'origine de l'alexithymie. C'est une grande difficulté que nous rencontrons dans la prise en charge de Mélissa. Conscientiser ses éprouvés s'avère très compliqué pour la jeune fille, qui a du mal à identifier et donc à exprimer ses émotions. Elle se rattache de façon très caractéristique à des éléments factuels et elle se centre sur des préoccupations très concrètes qui l'empêchent finalement d'élaborer les émotions qui s'y relient.

Travailler sur l'expérience corporelle dans ses dimensions motrices, sensorielles et émotionnelles peut être une façon de permettre à la jeune fille d'élargir son champ perceptif et d'acquérir de cette manière de meilleurs outils pour faire face à ses éprouvés, pour les identifier et pour les réguler. Cela reste cependant à l'état d'hypothèse car cet axe de travail n'a pas pu être exploré avec Mélissa en raison de l'arrêt imprévu de la prise en charge. Toutefois, les séances de relaxation ont mis en avant ses difficultés à explorer et à poser des mots sur ses ressentis, nous pouvons donc penser que ce n'est que dans un second temps qu'il aurait été possible de tendre vers ce travail de conscience émotionnelle. En effet, les difficultés perceptives et attentionnelles de la jeune fille sont telles que dans un premier temps, aller à la découverte des réalités anatomo-

fonctionnelles de son corps est une étape à ne pas négliger avant d'explorer le champ des affects.

3.2.2. De l'expressivité à l'identité

Nous avons pu appréhender le mouvement comme organisateur de la pensée. De cette manière, le travail de conscience corporelle quand le corps est en mouvement peut revisiter les fondements de l'identité et de l'expressivité. En effet, le corps possède des qualités expressives très riches qui sont notamment transmises par la gestualité et les postures. Cependant la conception du corps chez la jeune fille anorexique semble occulter toute la dimension expressive. Nous l'avons vu avec l'hyperactivité physique où le corps est utilisé à des fins purement fonctionnelles. Il est poussé au-delà de ses limites avec pour objectif de perdre des calories. C'est ainsi que Mélissa nous dit préférer fuir les sensations, les postures désagréables et les idées angoissantes en se mettant en action. Elle nous parle alors des heures de ménage qu'elle fait chez elle pour occuper son temps libre. Elle réduit son corps à la dimension fonctionnelle dénuée de plaisir qu'elle ne peut jamais s'autoriser. Les difficultés expressives sont majorées avec l'hypertonie de Mélissa, qui altère ses possibilités motrices et sa gestualité spontanée, à l'origine d'une forte pauvreté mimo-gestuelle. Nous observons alors un corps bloqué dans des postures et incapable de s'ouvrir sur l'extérieur.

En travaillant la gestualité, l'objectif d'une approche psychocorporelle est de faire ressentir à Mélissa les nuances gestuelles et les différents éprouvés qui en découlent. Ainsi, dans le « squiggle corporel », à partir d'une chorégraphie initiale, une infinité de possibilités de réalisation sont possibles. L'intentionnalité nuance le mouvement, tout comme chaque expérience corporelle module les éprouvés. De plus, quand l'attention portée au corps change, les expériences peuvent être sensiblement différentes.

Ainsi, dans un travail psychocorporel, enrichir le répertoire gestuel mais également la qualité du mouvement peut permettre au patient de découvrir une palette expressive plus riche permettant une nouvelle perception de soi. C'est ainsi qu'après quelques semaines, la répétition des mouvements dansés en miroir permet à Mélissa d'évoluer dans l'espace avec un peu plus de douceur et de légèreté. Son tonus de fond devient plus adapté permettant un meilleur ajustement postural et une expressivité gestuelle plus nuancée. De cette manière, la jeune fille se réapproprie progressivement son corps en mouvement, ce qui lui permet d'affirmer par la même occasion son identité, avec des gestes qui deviennent plus personnalisés, reflétant sa subjectivité. Elle se détache ainsi,

comme nous l'avons vu, de nos propositions en faisant preuve de plus de spontanéité et de créativité. Par cette adaptation tonico-posturale Mélissa découvre de nouvelles modalités expressives qui lui semblaient durement accessibles. Nous pouvons ainsi espérer, qu'en approfondissant ce travail, la jeune fille pourra s'ouvrir à de nouvelles manières d'éprouver et de s'exprimer.

Ainsi, l'approche psychocorporelle peut aider Mélissa à prendre conscience de la valeur langagière que peut prendre son corps. Mais c'est également à partir de l'expérience de soi et de l'expérience corporelle que la jeune fille peut aller vers un langage un peu plus incarné.

3.2.3. Des mots qui touchent

Pour reprendre le concept de Quinodoz, les « *mots qui touchent* » s'élaborent à partir des actes corporels et de la sensorialité. Remettre son corps en mouvement peut permettre de renouer avec certaines perceptions et émotions sur lequel le langage peut s'appuyer. Le temps de verbalisation et de mise en mots me paraît important pour pouvoir prendre le temps d'ancrer l'expérience corporelle. Cela peut aussi permettre de diversifier les éprouvés en prenant de la distance par rapport aux préoccupations anxieuses très envahissantes. Pour Mélissa, cela annonce un long travail qui vise à aller progressivement vers une authenticité des éprouvés.

Quand la verbalisation directe est difficile, comme le montre Mélissa, il est possible de trouver des intermédiaires. C'est ainsi que nous proposons à la jeune fille de retranscrire la chorégraphie du « *squiggle corporel* », afin qu'elle puisse solliciter les représentations corporelles engagées dans le mouvement. La consigne étant libre, Mélissa a pu choisir la manière qui lui était la plus adaptée pour représenter cette chorégraphie. Les représentations de son corps étant peut-être encore trop fragiles, elle décide de mettre le dessin de côté. Cependant il est intéressant de constater qu'elle retranscrit en mots cette chorégraphie, là où il lui est encore difficile de se saisir du langage verbal pour exprimer ses sensations.

Pour conclure, la mise en mot reste très difficile pour Mélissa, mais nous pouvons avancer que, progressivement, en s'appuyant sur ses expériences sensori-motrices son langage pourrait devenir plus incarné et donc transmettre plus d'émotions. De plus, apprendre à repérer, identifier et mettre du sens sur les émotions pourraient permettre à Mélissa d'assouplir ses stratégies de régulation émotionnelle inadaptées pour pouvoir en adopter d'autres, moins coûteuses et plus stables. C'est également une manière de

pouvoir placer son corps à une place différente dans le discours afin de pouvoir en parler avec plus de bienveillance et ainsi de revaloriser son image du corps.

4. Conclusion : une perspective d'évolution ?

À ce niveau de la prise en charge, aborder le soin de Mélissa par une approche corporelle plus dynamique semble être une bonne piste de travail psychomoteur. En effet, en s'appuyant sur le cadre et sur les engagements corporels de la psychomotricienne et de moi-même, Mélissa a pu s'investir avec un peu plus de facilité dans le mouvement dansé.

Nous avons pu mettre en avant les liens de réciprocité entre la conscience corporelle et la sécurité interne. En effet, pour que Mélissa puisse prendre conscience de son corps, elle doit pouvoir se sentir suffisamment en confiance pour parvenir à s'ouvrir à ses sensations. Cela dit, les représentations du corps stables, propices à un sentiment de continuité d'existence et de solidité interne, se construisent à partir de la conscience du corps et la conscience de soi. Ainsi, l'intérêt d'une approche sensori-motrice est de pouvoir accéder à certains soubassements de la construction psychocorporelle comme les appuis, l'axe, le tonus, la gestualité et la posture.

Le parcours pour en arriver à une véritable unité psychocorporelle risque encore d'être long pour Mélissa. Mais cette mise en mouvement ouvre vers une nouvelle exploration de son corps, teintée de lâcher-prise et de plaisir. La psychomotricité peut permettre à Mélissa d'acquérir des outils plus adaptés pour apprendre à appréhender ses éprouvés et à y mettre du sens. Nous pouvons supposer que la prise de conscience corporelle peut être un processus qui va s'installer progressivement, permettant à la jeune fille de réinvestir son corps. De plus, en renforçant son sentiment de continuité d'existence, il est possible de penser que la relaxation pourrait être une médiation de nouveau envisageable par la suite pour renforcer ce travail de conscience corporelle.

CONCLUSION

La clinique psychomotrice auprès d'adolescents m'a mise face à toute la complexité que représente le corps. En raison du lien fondateur entre le corps et la psyché, approcher le corps, c'est toucher au fondement de l'identité de la personne et faire face à ses difficultés psychiques. C'est ainsi que la prise en charge de Mélissa m'a d'abord mise en grande difficulté. Face à toute la souffrance que représente son corps, comment justifier l'approche psychomotrice ?

Cette longue prise en charge m'a appris que, malgré la violence qu'elle peut provoquer, l'approche corporelle n'en reste pas moins intéressante pour le patient. Le symptôme est un signe à prendre en compte et les défenses sont à respecter. C'est ce que, par sa difficulté à lâcher-prise, Mélissa est venue nous dire. Au fil de la présentation de cette patiente, j'ai tenté de rendre compte du cheminement de son projet de soin pour la guider vers un réinvestissement de son corps si rejeté.

Le psychomotricien dispose d'innombrables ressources pour pouvoir conduire un patient vers une autre façon de penser son corps. Face à mon incompréhension et à mes questionnements sur la manière dont Mélissa appréhende son corps, j'ai ressenti le besoin de revenir aux bases du développement de la représentation du corps. En reprenant ce processus sous l'angle de la sensori-motricité, c'est-à-dire de l'interaction entre le corps et l'environnement, j'ai pu essayer de d'apporter quelques points de compréhension sur sa façon de percevoir son corps. C'est à partir de ces éléments qu'un nouveau projet de soin a vu le jour. Ainsi, là où la relaxation semblait conduire à une impasse, réexplorer les soubassements de la construction psychocorporelle par le corps en mouvement a semblé être plus adapté à Mélissa. La redécouverte du corps par le biais de la sensori-motricité ouvre au champ de la perception et des émotions, permettant à la conscience du corps de se développer. L'évolution de Mélissa se fait très timide mais la jeune fille nous a montré de bonnes perspectives pour la suite du suivi. Malgré toutes ses difficultés et le poids que représente son corps, elle semble pouvoir aller vers plus de lâcher-prise, permettant une meilleure réappropriation de son corps.

Le cheminement de ce mémoire a fait évoluer ma réflexion sur la prise en charge de Mélissa. Mais plus largement, c'est l'ensemble de mon expérience, tant

professionnelle que personnelle, qui s'en retrouve grandie. L'engagement psychocorporel du psychomotricien est central et nous nous appuyons sur ce que nous ressentons et éprouvons pour construire une relation solide avec le patient. Le psychomotricien se doit d'avoir des outils de lecture fine du corps du patient et cela passe avant tout par la connaissance de son propre corps. Il doit pouvoir se sentir suffisamment à l'aise et en confiance avec les outils qu'il utilise afin de pouvoir offrir au patient un cadre suffisamment contenant pour lui permettre de s'engager dans un travail psychomoteur en toute sécurité.

J'aimerais mettre un point final à ce mémoire en affirmant qu'il est donc important, en tant que soignant, de pouvoir consolider et de faire évoluer sa pratique. C'est ainsi que mes trois années d'études et l'achèvement de ce mémoire marquent les bases de ma future pratique de jeune professionnelle, qui je l'espère n'aura de cesse d'évoluer, de s'enrichir et de se solidifier au gré mes découvertes et de mes rencontres.

BIBLIOGRAPHIE

- Alvarez, L., & Golse, B. (2013). Les compétences du bébé. In *La psychiatrie du bébé* (p. 19-34). Presses Universitaires de France.
- Brusset, B. (2009). Chapitre 6—Anorexie mentale et addiction. In *Psychopathologie de l'anorexie mentale* (p. 167-196). Dunod.
- Bullinger, A. (2007). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*. ERES.
<https://doi.org/10.3917/eres.bulli.2007.01>
- Calza, A., & Contant, M. (2012). *Corps, sensorialité et pathologies de la symbolisation : Clinique des phénomènes addictifs dans l'anorexie et dans l'hyperactivité*. Elsevier Masson.
- Chabrol, H. (2011). Anorexie, boulimie, troubles du comportement alimentaire subcliniques. In *Traité de psychopathologie clinique et thérapeutique de l'adolescent* (p. 213-279). Dunod.
- Ciccone, A. (2001). Enveloppe psychique et fonction contenante : Modèles et pratiques. *Cahiers de psychologie clinique*, 17(2), 81-102.
- Coeman, A., & Raulier H de Frahan, M. (2012). L'importance du mouvement juste. In *De la naissance à la marche : Le développement psychomoteur de l'enfant tel que présenté dans les formations pour les psychomotriciens et le personnel de la petite enfance* (p. 19-26). ASBL Étoile d'herbe.
- Corcos, M. (2006). L'anorexie mentale. *Le Journal des psychologues*, 234(1), 58-62.

- Crocq, M.-A., Guelfi, J. D., Boyer, P., Pull, C.-B., & Pull-Erpelding, M.-C. (Éds.). (2016). *Mini DSM-5® : Critères diagnostiques*. Elsevier Masson SAS.
- De Ajuriaguerra, J. (1970). L'enfant et son corps. *La psychomotricité*, 197-215.
- Delassus, J.-M. (2010). Chapitre 22—L'image inconsciente du corps. In *Le corps du désir* (p. 201-210). Dunod.
- Gaucher-Hamoudi, O., Carrot, G., & Faury, T. (2011). *Anorexie, boulimie et psychomotricité*. HdF, Heures de France.
- Glas, J. (2008). Narcissisme originaire et organisation spéculaire. *Revue française de psychanalyse*, 72(4), 1081-1098.
- Golse, B. (2012). Entre neurosciences et psychanalyse. *Adolescence*, 80(2), 269-285.
- Golse, B. (2015). Sensorialité, enveloppes et signifiants primordiaux. In M. Emmanuelli & F. Nayrou, *La pensée* (p. 65-80). Presses Universitaires de France.
- Golse, B. (2016). Des sens au sens. *Spirale*, 80(4), 185-196.
- Infurchia, C. (2014). 4. Entre perception et conscience : Les sensations/l'émotin, les émotions/le sentiment, l'empathie, l'attention, l'espace et le temps. In *La mémoire entre neurosciences et psychanalyse* (p. 101-199). ERES.
- Jaquet, C., Neveu, P., Pireyre, É. W., & Scialom, F. de S. M. et P. (2014). *Les liens corps esprit*. Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.pirey.2014.01>
- Kaluaratchige, E. (2013). « Orthorexie » : Un questionnaire psychopathologique. *Topique*, 123(2), 175-188.
- Lapierre, A., & Aucouturier, B. (1984). *La symbolique du mouvement : Psychomotricité et éducation*. Epi.

- Latour, A.-M. (2016). Quelques enjeux du travail de l'éprouvé. *Les cahiers de Corps et Psyché*, (8), 4-9.
- Lesage, B. (2009). La création du corps. In *La danse dans le processus thérapeutique Fondements, outils et clinique en danse-thérapie* (p. 13-30). ERES
- Lesage, B. (2015). *Jalons pour une pratique psychocorporelle : Structures, étayage, mouvement et relation*. ERES.
- Maiello, S. (2011). Le corps inhabité de l'enfant autiste. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 1(2), 109-139.
- Majdalani, C. (2017). Chapitre 1. Comprendre l'ODC. In *Traiter la dysmorphophobie : L'obsession de l'apparence* (p. 14-41). Dunod.
- Meurin, B. (2018). De l'image du corps de Paul Schilder aux représentations corporelles d'André Bullinger. In *ABSM, La construction de représentations corporelles du bébé : En hommage à André Bullinger* (p. 41-60). ERES
- Moscone, A.-L., Leconte, P., & Scanff, C. L. (2014). L'anorexie et l'activité physique, une relation ambiguë. *Movement Sport Sciences*, 84(2), 51-59.
- Pireyre, É. W. (2015). *Clinique de l'image du corps : Du vécu au concept*. Dunod.
<https://doi.org/10.3917/dunod.pirey.2015.01>
- Potel, C. (2019). 21. Médiations thérapeutiques et symbolisations en psychomotricité. In *Etre psychomotricien* (p. 400-415). ERES.
- Quinodoz, D. (2002). 3. Un langage qui touche. In *Des mots qui touchent Une psychanalyste apprend à parler* (p. 43-59). Presse Universitaire de France.

- Rimé, B., & Le Bon, C. (1984). Le concept de conscience de soi et ses opérationnalisations. *L'Année psychologique*, 84(4), 535-553.
<https://doi.org/10.3406/psy.1984.29051>
- Robert-Ouvray, S. B. (2004). *Intégration motrice et développement psychique : Théorie de la psychomotricité*. Desclée de Brouwer.
- Rochat, P. (2003). Conscience de soi et des autres au début de la vie. *Enfance*, 55(1), 39-47.
- Rommel, D., & Nandrino, J.-L. (2015). Chapitre 4. Processus émotionnel et trouble de la régulation émotionnelle dans l'anorexie mentale. In *L'anorexie mentale* (p. 117-151). Dunod.
- Sarrola, M. R. (2009). À la recherche du corps perdu ou l'abord corporel de l'anorexie mentale. In T. Vincent, *Soigner les anorexies grave : La jeune fille et la mort* (p. 203-231). ERES
- Schilder, P., & Gantheret, F. (2009). *L'image du corps : Étude des forces constructives de la psyché*. Gallimard; (Ouvre originale en 1968).
- Thomas, R. M., & Michel, C. (1994b). 10. La théorie du développement cognitif de Piaget. In *Théories du développement de l'enfant : Études comparatives* (p. 265-316). De Boeck Supérieur.

Vu par la maître de mémoire,
Lucie THOMAS psychomotricienne D.E.

Le 14 mai 2020, à LYON

A handwritten signature in black ink, consisting of a long horizontal stroke that curves upwards at the right end, and a vertical stroke that crosses it near the right end.

Auteur : Angélique RIGBY

Titre : « *Mon corps ? Je veux pas y penser...* »

Entre angoisse et lâcher-prise, la lutte d'une jeune fille anorexique pour réinscrire son corps dans la réalité

Mots - clés : anorexie – conscience corporelle – relaxation - mouvement – sensori-motricité
–anorexia – body consciousness – relaxation – movement – sensory-motor

Résumé :

Dans certaines pathologies comme l'anorexie où le corps est le théâtre des souffrances psychiques, soutenir la dialectique corps-psyché semble essentiel, mais n'en reste pas moins très compliqué. Mélissa est une adolescente anorexique pour qui le corps est synonyme d'angoisse. La guider vers une prise de conscience de son corps s'avère être un véritable défi. Entre la relaxation qui fait violence et le mouvement dansé qui permet un peu plus de lâcher prise, cette patiente m'emmène à me questionner comment, par leur aspect sensori-moteur, les médiations psychocorporelles peuvent aider cette jeune fille à réinscrire son corps dans une réalité perceptive, motrice et relationnelle propice à une (re)découverte de celui-ci.

In some diseases, such as anorexia, where the body is the place of psychic suffering, maintaining the link between the body and the mind appears essential but in fact it is very difficult. Mélissa is an anorexic teenager for whom the body is synonymous with anxiety. Leading her to become aware of her body is a real challenge. Between relaxation which can be felt as violent and the movement of dance, which helps let go, this patient makes me asks myself : how can the psycho-corporal mediations, by their sensory-motor aspect, help this young girl re-register her body in a perceptual reality, on both a motor and relational level, which in turn will be conducive to her (re)discovering her body consciousness.