

”Mon corps c’est moi”: intérêts d’une approche psychomotrice auprès d’adolescents psychotiques en hôpital de jour

Élodie Yubero

▶ **To cite this version:**

Élodie Yubero. ”Mon corps c’est moi”: intérêts d’une approche psychomotrice auprès d’adolescents psychotiques en hôpital de jour. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-00868531

HAL Id: dumas-00868531

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00868531

Submitted on 1 Oct 2013

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

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

UNIVERSITE BORDEAUX SEGALEN

INSTITUT DE FORMATION EN PSYCHOMOTRICITE DE BORDEAUX

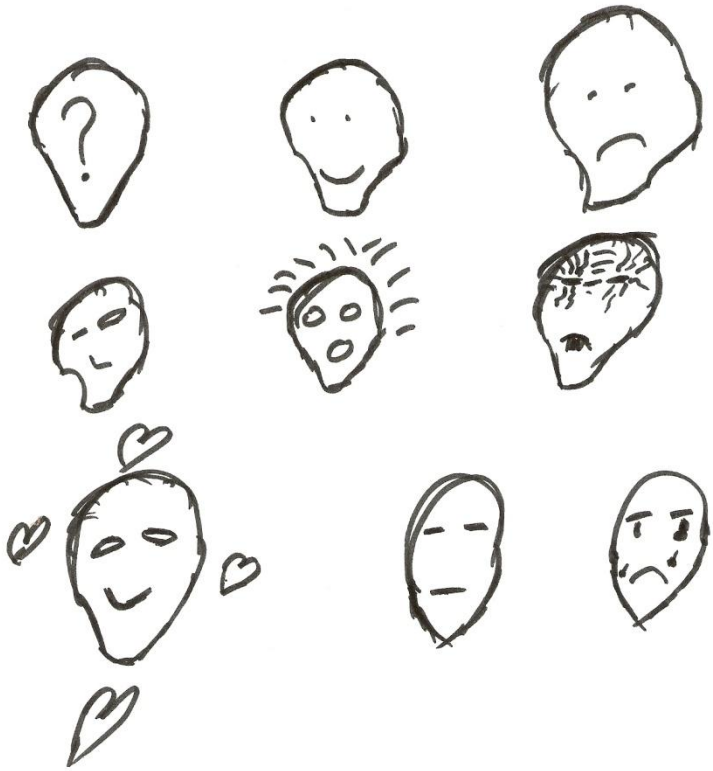
Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'État de Psychomotricien

---

« *Mon corps c'est moi* »

Intérêts d'une approche psychomotrice auprès d'adolescents psychotiques en hôpital de jour

---



YUBERO Elodie
Née le 26 octobre 1990, à Blaye (33)
Juin 2013

Je souhaite remercier sincèrement …

L'équipe de l'hôpital de jour et les adolescents pour leur accueil, la confiance qu'ils m'ont accordée, et sans qui ce projet n'aurait pas pu aboutir.

Mes maîtres de stages, pour le partage de leurs savoirs et de leur expérience durant ces trois dernières années, et notamment
Amel Bengrine-Joret pour son écoute, son soutien et ses précieux conseils.

Tous ceux qui ont consacré de leur temps pour la lecture, et la relecture, de cet écrit.

Ma famille et mes amis pour leur soutien et leurs encouragements.

Mes camarades, et surtout les FR (qui se reconnaitront)
sans qui cette formation n'aurait pas été si *rigolote*.

Sommaire

❖ **AVANT PROPOS** ---- **1**

❖ **INTRODUCTION** ---- **2**

I) PRESENTATION DU LIEU DE STAGE ---- **4**

A) FONCTIONNEMENT DE L'HOPITAL DE JOUR ---- 4
B) PLACE DE LA PSYCHOMOTRICITE ---- 6
C) CONTEXTE DE MON STAGE ---- 7

II) L'ADOLESCENCE ---- **9**

A) DEFINITION ET GENERALITES ---- 9
B) DIFFERENTS MODELES DE COMPREHENSION ---- 10
C) L'ADOLESCENT ET SON CORPS ---- 16
D) LE NORMAL ET LE PATHOLOGIQUE ---- 18

III) LA PSYCHOSE A L'ADOLESCENCE ---- **19**

A) LA PSYCHOSE ---- 19
B) PARTICULARITES DE LA PSYCHOSE A L'ADOLESCENCE ---- 26
C) DIFFICULTES DIAGNOSTIQUES ---- 29
D) MODES D'APPARITION ET PRONOSTIC ---- 31
E) VECU CORPOREL DE L'ADOLESCENT PSYCHOTIQUE ---- 32

IV) HYPOTHESES ---- **40**

V) MISE EN PLACE D'UN GROUPE THERAPEUTIQUE : « L'ATELIER CORPOREL » ---- **41**

A) DU PROJET A LA REALISATION ---- 41
B) SUPPORTS THEORIQUES ---- 42
C) LE CADRE ---- 52

IV) RENCONTRE ET REFLEXIONS AUTOUR DE L'ATELIER CORPOREL : ---- **62**

A) ERIC A « CORPS DEFENDANT » ---- 62
B) REFLEXIONS ET QUESTIONNEMENTS ---- 74

❖ **CONCLUSION** ---- **77**

❖ **BIBLIOGRAPHIE** ---- **78**

TABLE DES MATIERES ---- **81**

❖ Avant propos

« Que la « Super-Machine » tourne bien ou qu'elle se détraque, je suis touché.
De mon corps je ne peux pas dire " *Il est à moi* ". Mieux vaut dire " *Il est moi* ".
Ce serait parfois tentant d'en sortir, de m'en délivrer, de vivre comme un esprit...
Mais, ce qui est certain, c'est qu'alors je vivrais dans le rêve,
j'habiterais le pays des chimères...

Mon corps n'est pas un outil que j'utilise au besoin et que je range quand je le veux :
c'est ma main qui empoigne, mais c'est tout moi qui prends...
Ce sont mes yeux qui fixent, mais c'est tout moi qui regarde.
Rien ne se passe en moi qui ne passe par mon corps. […]

Tout se tient.
Quand j'échafaude un projet, quand j'imagine une chose à réaliser, le corps semble être absent.
Mais dès que je veux vivre ce projet, le mettre à exécution,
le corps entre en ligne de compte, conditionne mes ambitions, retient mes désirs. […]

Comment expliquer à un autre mon projet, comment exprimer ce que je veux sans un geste,
un petit quelque chose dans le regard, un sourire, un froncement de sourcil ?
Comment dire vraiment sans une attitude corporelle ?
Comment être là sans mon corps ?

C'est une évidence : je suis TOUT.
C'est-à-dire que tout ce qui me fait s'enchaîne, s'emboîte,
et je ne peux pas dire " *Je suis un corps* " ou " *Je suis un esprit, une âme* ".
Je suis. Voilà tout.

Et mon mode d'existence est corporel. Je ne peux pas me penser sans mon corps
et personne ne pense à moi sans se représenter mon allure, mon visage, mon corps quoi!

L'homme est son corps. […]
L'homme ne connaît d'existence que corporelle.
Mon corps est le témoin de ma vie.
Mon corps, c'est ma présence au monde.
Mon corps, c'est moi ! »

Mon corps, c'est moi ! [1]

[1] Auteur inconnu, www.sur-la-toile.com

❖ Introduction

Mon mémoire se base sur l'expérience de mon stage de 3ème année de psychomotricité réalisé au sein d'un hôpital de jour. Celui-ci accueille des adolescents présentant des troubles graves de la personnalité (psychotique et névrotique).

Le choix de l'établissement, et surtout de cette population, était l'occasion pour moi d'approfondir mes connaissances concernant la psychose et les adolescents. J'ai réalisé en 2ème année un stage court au sein d'un centre de crise pour adolescents. Cette expérience a été l'occasion de me confronter à mes appréhensions et aux représentations que je pouvais m'en faire (agressivité, violence, étrangeté, etc.). Après cette première expérience, j'ai naturellement choisi d'effectuer un stage plus long et une réflexion plus approfondie auprès de cette population.

L'idée de ce mémoire est le fruit d'une réflexion nourrie de ma démarche et donc de ma formation. Elle tient compte de mes observations cliniques sur mon lieu de stage, ainsi que de mes recherches personnelles.

L'adolescence est le temps du passage entre l'enfance et l'âge adulte. C'est bien sûr une période de bouleversements, tant sur le plan physique que psychologique. Les transformations amenées par la puberté vont faire émerger des questionnements d'ordre identitaire, notamment d'identité sexuelle. Ces changements sont aussi source de déséquilibres qui peuvent être un facteur de vulnérabilité supplémentaire aux troubles tels que la psychose.

La majorité des adolescents suivis à l'hôpital de jour présentent des psychoses « décompensées » non déficitaires – c'est-à-dire sans retard mental associé. Cette pathologie complexe à définir présente un tableau clinique assez sévère. Pourtant, lors de mes premières rencontres avec ces adolescents, il m'était bien difficile de percevoir les signes de la maladie. Il y avait bien des regards évitants, des comportements décalés voire bizarres, mais pas de signes flagrants ou bruyants auxquels je m'attendais.

Ce n'est qu'après plusieurs rencontres sous formes d'entretiens individuels que j'ai commencé à percevoir plus en détails les signes de la psychose (angoisse, discordance, troubles de la communication, etc.) et à me questionner concernant les enjeux psychocorporels. Comment ces adolescents investissent-ils leur corps ? Comment se le représentent-ils ? Souvent leur discours est dénué d'affect, et lorsque les émotions ou les sensations sont évoquées, elles sont comme désincarnées.

Un adolescent m'a dit lors d'un entretien *« Je ne sens pas mon corps »*. Dans ce contexte, il apparaît que l'élaboration mentale et la représentation sont entravées, certaines angoisses peuvent accompagner ce processus pathologique. Dès lors, nous pouvons nous questionner : Ces adolescents vivent-il leur corps de manière unifiée ? Quel rapport à autrui entretiennent-ils ?

La dynamique psychomotrice[2] du sujet ainsi que le rapport à l'autre sont donc remis en question dans la psychose. En effet, le corps est vecteur de relation. C'est par lui et autour de lui, dans le verbal comme le non verbal, que les relations sociales s'établissent.

Il se pose alors la question de savoir ce que peut apporter la pratique psychomotrice à ces adolescents psychotiques compte tenu de leur vécu corporel teinté d'angoisse.

La psychomotricité, prenant le corps comme support, peut-elle atténuer les angoisses chez ces adolescents psychotiques ? Peut-elle leur permettre d'expérimenter un autre rapport au corps ?

Tout d'abord, je commencerai par présenter l'hôpital de jour dans lequel j'effectue mon stage. Je tenterai ensuite de définir les concepts d'adolescence et de psychose en utilisant différents modèles de compréhension. J'essaierai aussi de comprendre les problématiques liées aux adolescents psychotiques, notamment en ce qui concerne leur vécu corporel. Puis, je développerai mes hypothèses de travail en lien avec les questionnements soulevés par la rencontre avec cette population. Enfin, je présenterai le projet d'atelier psychomoteur tel que je l'ai envisagé cette année, ainsi que mes rencontres avec deux adolescents y participant.

[2] Au sens du lien entre corps et psychisme.

I) Présentation du lieu de stage

A) Fonctionnement de l'hôpital de jour

L'hôpital de jour est un établissement sanitaire. Il accueille des adolescents, garçons et filles, de 12 à 18 ans (dérogations possibles jusqu'à 21 ans), présentant des troubles graves de la personnalité : psychoses et névroses graves, non déficitaires. Leurs troubles psychiatriques ne permettent pas le maintien dans le milieu scolaire, mais restent compatibles avec un maintien dans le milieu familial.

L'établissement accueille 35 adolescents hospitalisés de jour du lundi au vendredi, où ils sont scolarisés. Il existe la possibilité de proposer une hospitalisation de nuit durant une ou plusieurs soirées par semaine dans deux appartements d'une capacité de 12 places maximum.

- L'équipe :

Elle se compose :

_ d'un médecin directeur (chef de service médical)
_ d'un chef de service éducatif,
_ d'un cadre administratif,
_ de médecins psychiatres,
_ de psychologues,
_ d'un psychomotricien,
_ d'infirmiers,
_ d'éducateurs spécialisés,
_ de professeurs de l'éducation nationale,
_ d'enseignants hors contrat,
_ de secrétaires,
_ d'un cuisinier,
_ d'agents d'entretien .
_ de surveillants de nuit.

Chaque semaine se tiennent deux réunions. Les réunions de synthèse où l'équipe est présente au complet, et les réunions institutionnelles où les professeurs, le cuisinier, les agents d'entretien et les surveillants de nuit ne sont pas présents.

- L'admission :

Les admissions comme les sorties peuvent survenir à tout moment tout au long de l'année sur indication médicale. Elles se font après un entretien avec un médecin psychiatre de l'hôpital et une période d'observation de 15 jours.

Les adolescents admis à l'hôpital de jour : ont déjà présenté des décompensations psychotiques aigues avec hospitalisation en milieu psychiatrique ; présentent depuis un certain temps des manifestations névrotiques ou psychotiques reconnues par l'entourage scolaire et familial ; ont déjà été pris en charge en institutions spécialisées pour des troubles psychiatriques de l'enfance dont l'évolution justifie la poursuite du traitement en hôpital de jour.

- La prise en charge :

Cette prise en charge est adaptée à chaque adolescent selon un projet de soin individualisé. Elle peut se modifier à tout moment en tenant compte des évolutions de chacun. Elle comporte :

_ la scolarité (de la 6ème à la terminale) assurée au sein de l'établissement ;

_ les ateliers : collage, couture, création d'objets, dessin et peinture, écriture, lecture, journal, écoute musicale, groupe d'expression, terre, vie sociale et professionnelle, vidéo, conte, et enfin ludothèque ;

_ les sports : piscine, gymnastique, multisports ;

_ les groupes de paroles : soignants/adolescents ;

_ le psychodrame analytique (animé par une psychologue et le psychomotricien);

_ la psychomotricité.

Dès l'admission, et pour chaque adolescent, sont définis un éducateur, un infirmier et un médecin psychiatre référents. Tous les mois, un entretien entre les référents, l'adolescent, et sa famille, est organisé.

- Les objectifs :

L'objectif de l'hôpital de jour est d'offrir un lieu de passage et de soins entre l'enfance et l'âge adulte. Cela se traduit par un accompagnement thérapeutique adapté aux adolescents et à leur maladie.

Le cadre thérapeutique est clairement défini, et permet à chaque adolescent de découvrir ou de retrouver des capacités à penser et à communiquer, qui sont empêchées par la pathologie.

Pendant leur séjour, certains adolescents peuvent faire des essais professionnels (stage) ou des apprentissages, souvent par le biais d'entreprises spécialisées.

- La sortie :

Les adolescents sortant de l'hôpital de jour peuvent se diriger vers plusieurs voies : la reprise du cursus scolaire ou universitaire, une formation professionnelle, l'admission au Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel pour la poursuite des soins en dehors des temps scolaires, ou l'orientation vers des structures de soins pour adultes.

B) Place de la psychomotricité

Il me paraît important de décrire la place de la psychomotricité telle qu'elle est envisagée au sein de l'hôpital de jour afin de situer le contexte dans lequel se déroule mon stage.

Tout d'abord, la décision de prise en charge psychomotrice est prise par le médecin psychiatre, mais peut aussi être amenée par un membre de l'équipe ou par le psychomotricien lui-même. Il arrive aussi que la proposition émane directement de l'adolescent. L'évaluation se fait par observation clinique après plusieurs entretiens. Ensuite, le choix est donné à l'adolescent d'accepter ou de refuser la proposition de suivi en psychomotricité.

Aussi, la psychomotricité est décrite dans le projet d'établissement comme « *une pratique qui évoque le corps dans ses aspects moteurs, sensoriels, expressifs, afin d'établir une intégration réciproque du corps et de la psyché selon le modèle de développement où l'élaboration psychique s'appuie sur les données sensorielles*. »[3]

[3] Projet d'établissement

La psychomotricité est envisagée comme une thérapie mettant l'accent sur la relation qui s'instaure entre le patient et le soignant. La spécificité de cette approche est d'être une « *co-création* » où chaque partenaire est engagé dans sa corporéité.

Au cours de la thérapie, il s'agit de « *respecter le processus de l'adolescence en tant que période charnière sur le plan identitaire, lieu de tous les possibles en ce qui concerne l'avènement du sujet adulte.* »[4]

« *Les troubles graves de la personnalité (psychoses et névroses) sont envisagés comme étant la conséquence d'une altération des relations précoces* »[5]. Ceux-ci pouvant provoquer des troubles psychomoteurs ou de « *l'image du corps comme contenant (moi-corporel), inapte à assurer la symbolisation en quoi le sujet se représente corporellement lui-même (être dans sa peau)* »[6].

L'intervention du psychomotricien au niveau du corps, et plus particulièrement, la place du toucher renvoie à « *des éprouvés non élaborés dans la psychose et dont le patient peut faire l'expérience dans un cadre adéquat où les résidus de l'enfance sont pris en compte*. »[7]

La psychomotricité fait donc partie intégrante de la thérapeutique proposée au sein de l'hôpital, elle est l'occasion pour l'adolescent de se questionner sur lui-même ou sur la souffrance inscrite dans son corps.

C) Contexte de mon stage

Je vais évoquer ici de ma place de stagiaire au sein de l'établissement tout au long de l'année auprès du psychomotricien, de l'équipe et des adolescents.

En débutant le stage je ne m'attendais pas à un tel fonctionnement. En effet, mon maitre de stage m'a indiqué que je ne pourrai pas participer à ses séances de psychomotricité (pour ne pas perturber l'analyse transférentielle qui s'y joue), tout comme il ne participera pas aux miennes, par souci de conserver une distance lors de ses retours.

[4] Projet d'établissement
[5] Ibid.
[6] Ibid.
[7] Ibid.

J'ai donc très rapidement été amenée à rencontrer des adolescents, lors de temps informels, mais aussi seule en salle de psychomotricité, ce qui m'a poussé à me questionner concernant ma pratique, mes rencontres avec les adolescents, et le sens à donner à cela. Cette situation m'a laissé quelque peu désemparée au départ, car je n'avais pas l'habitude de tant d'indépendance, d'autant que le fonctionnement de l'hôpital de jour ne m'était pas encore familier.

Je pense avoir finalement pu mettre à profit la grande autonomie que m'offrait ce stage afin de me sentir plus active et de pouvoir faire des choix. En effet, parmi ces rencontres, j'ai choisi de suivre un adolescent (T.) que je rencontre en séances individuelles toutes les semaines à heure fixe. Ces rencontres m'ont également permis de me familiariser avec ce public d'adolescents, de m'interroger face à leur pathologie, mais aussi sur ce que la psychomotricité peut leur apporter. Les observations cliniques recueillies m'ont alors amenée à imaginer la mise en place d'un atelier de psychomotricité pour un petit groupe d'adolescents.

Au sein de l'équipe, j'ai petit à petit compris l'importance de l'échange avec les autres professionnels, tant pour le recueil des informations auxquelles je n'avais pas accès durant mes jours sans stages, que pour les transmissions concernant mes prises en charge. Ces échanges ont également été l'occasion pour moi de répondre aux questionnements de l'équipe concernant les spécificités du métier de psychomotricien. Je pense que c'est cette communication avec les professionnels qui est au centre de l'intégration dans l'équipe.

Avec les adolescents, mon interrogation de départ portait sur notre faible écart d'âge (les plus âgés ayant parfois jusqu'à 20 ans) et son incidence dans les rapports avec eux. Au début du stage, j'ai en effet été confrontée à des adolescents testant les limites, notamment avec des questions concernant ma vie privée, ou des remarques un peu trop familières.

Cependant, par la suite, j'ai pu constater que ce faible écart ne posait pas de problème, ni pour les adolescents, ni pour moi. Je pense même, d'après le retour des adolescents, qu'il est peut être plus facile pour eux de se confier ou d'être à l'aise avec quelqu'un de plus proche.

C'est donc en étant claire avec eux, avec moi-même (en étant consciente de mes propres limites), ainsi qu'en sachant poser des limites quand cela a été nécessaire, que j'ai pu être considérée par les adolescents comme un membre de l'équipe.

II) L'adolescence

A) Définition et généralités

« *L'adolescence est une période de la vie entre l'enfance et l'âge adulte, durant laquelle se produit la puberté* »[1]. La puberté est caractérisée par le développement des caractères sexuels et par une accélération de la croissance staturale, en conduisant à l'acquisition des fonctions de reproduction. Les changements ne sont pas uniquement d'ordre physique. Ils sont aussi psychiques.

L'étymologie du mot « adolescence » vient du mot latin « *adolescere* » qui signifie « grandir vers ». Cela montre le caractère dynamique de cette période, avec entre autre l'apparition du processus pubertaire.

L'adolescent va devoir effectuer un travail psychique intense afin d'intégrer toutes les transformations issues de cette période. A. Braconnier et D. Marcelli[2] distinguent trois phases dans ce travail psychique :

_ L'attente ou phase de la puberté **:** elle correspond à l'étape de la préadolescence (vers 12-13 ans), elle est marquée par le début de la puberté. A cette étape, la grande majorité des enfants sont renseignés de l'arrivée de l'adolescence, et des transformations qui en découlent.

_ Le changement : il est en premier lieu physique, avec des modifications corporelles brusques. Il y a ensuite un changement psychologique, avec, pour le jeune, le besoin de rompre avec son enfance, de se détacher de ses idéaux, de ses modèles d'identification. Il va aussi ressentir le besoin de s'éloigner de ses parents de manière symbolique. L'adolescent va donc rechercher de nouvelles sources d'intérêt et de plaisir, de préférence à l'extérieur du cercle familial (c'est l'apparition du phénomène de groupe).

[1] Définition de l'adolescence selon www.larousse.fr
[2] A. BRACONNIER et D. MARCELLI « *L 'Adolescence aux mille visages* », 1998

_ La découverte : il s'agit de la découverte de soi-même. L'adolescent doit se forger son propre idéal qui n'est plus celui de son enfance ni celui de ses parents. Il va explorer ses nouveaux attributs, ses nouvelles potentialités, et devra faire des choix à travers ses attentes, ses ambitions mais aussi ses compétences.

Cette période s'échelonne en moyenne entre 11 et 18 ans. Elle est en général plus précoce chez la fille. Cependant, la fin de l'adolescence peut être discutée en fonction de différents facteurs :

_ La génétique : qui est à l'origine de disparités interindividuelles sur le plan de la puberté.

_ La législation : qui fixe actuellement en France la majorité légale, ou l'âge adulte, de manière arbitraire à 18 ans. « A cet âge, chacun est capable d'exercer les droits dont il a la jouissance »[3]

_ L'entrée dans le monde du travail : qui peut aussi être considérée comme limite pour l'âge adulte. Dans le contexte socio-économique actuel, on assiste à un recul de cet âge.

_ Le départ de la cellule familiale : l'âge de ce départ tend aussi à reculer et montre que les jeunes quittent de plus en plus tard le domicile familial.

B) Différents modèles de compréhension

On trouve deux grandes conceptions de cette période de l'adolescence, se rapportant à différents courants théoriques. Certains parlent de crise d'adolescence en mettent l'accent sur l'aspect structural de cette période, d'autres de processus d'adolescence insistant sur l'aspect développemental. J'ai choisi de ne pas exposer ces deux conceptions car elles ne me semblent pas essentielles à la compréhension de mon développement.

Toutefois, je vais tenter ici de décrire l'adolescence selon différents modèles de compréhension afin d'en avoir une vision globale et complexe.

[3] Art. 414 du Code Civil

1. Modèle physiologique

Le modèle physiologique tient compte de la crise pubertaire, des remaniements somatiques qui s'en suivent, de la maturité génitale et des tensions qui en résultent.

o *La puberté*

Les différents stades de développement pubertaires sont coté de 1 (stade pré pubertaire) à 5 (stade adulte) selon la classification de Tanner. Celle-ci prend en compte le développement de la pilosité pubienne, ainsi que celui des seins chez la fille, et des testicules chez le garçon. La maturation pubertaire est contrôlée de manière hormonale, les principales hormones sexuelles sont la testostérone chez le garçon, et les œstrogènes et la progestérone chez la fille.

La puberté s'accompagne de la maturation des caractères sexuels primaires (présents dès la naissance), puis secondaires, consécutifs à l'activité des hormones sexuelles. On trouve donc : le développement des organes génitaux, l'apparition de la pilosité, la croissance osseuse et l'augmentation du volume musculaire. Chez le garçon, on repère plus spécifiquement la mue de la voix (qui est également présente chez la fille mais de manière moins marquée), l'élargissement des épaules et la pilosité faciale. Chez la fille, on voit le développement des glandes mammaires et l'élargissement des hanches.

o *Le bouleversement hormonal*

Les hormones sexuelles vont être à l'origine de la maturité génitale. En effet, chez la fille, l'apparition des premiers cycles menstruels témoigne de la production des ovules nécessaires à la fonction de reproduction. Chez le garçon, la testostérone va être à l'origine de la production des spermatozoïdes.

Ces hormones vont aussi entrainer pour la majorité des adolescents une surproduction de sébum et l'apparition de l'acné, qui est souvent mal vécue (cf. II.c. l'adolescent et son corps).

o *La poussée de croissance*

La croissance osseuse peut être très rapide lors de l'adolescence. Elle est de l'ordre d'une dizaine de centimètres par an. La croissance musculaire est moins rapide ce qui entraine une diminution de la force et de la précision dans les mouvements.

2. Modèle sociologique

Le modèle sociologique met en valeur le rôle important joué par l'environnement dans l'évolution de l'adolescent.

Historiquement, on peut penser que l'adolescence telle que nous la connaissons aujourd'hui est un phénomène récent. En effet, l'enfant passait plus directement à l'âge adulte il y a quelques siècles. « *D'enfant il devenait tout de suite un petit homme, habillé comme les hommes ou comme les femmes, mêlé à eux, sans autre distinction que la taille* »[4].

L'adolescence n'est pas universelle. En effet, elle varie beaucoup selon les sociétés par sa durée (elle peut être conditionnée par des rites de passages très brefs) et par ses types de socialisation (au domicile familial ou à l'extérieur de celui-ci). Il y a donc un facteur culturel et sociétal.

On peut mettre en évidence un paradoxe à l'adolescence, qui est la volonté de s'individualiser, tout en ayant le souci d'appartenir à un groupe. Ou comment être unique et en même temps comme tout le monde.

L'appartenance au groupe permet à l'adolescent de se séparer petit à petit du cercle familial. Trouver sa place dans un groupe c'est aussi projeter de trouver sa place dans la société. Selon D. Marcelli, le groupe est pour l'adolescent un moyen grâce auquel « *il tente de trouver une identification (idéalisation d'un membre du groupe, d'une idéologie), une protection (tant envers les adultes qu'envers lui-même), une exaltation (puissance et force de la bande contrairement à la faiblesse de l'individu), un rôle social (dynamique interne à la bande avec les divers rôles qui s'y jouent : meneurs, soumis, exclus, hôtes, ennemis…* »[5].

« *L'un des enjeux de l'adolescence est le passage réussi de l'insertion dans la famille vers une insertion dans la société* »[6], on sait cependant que pour des raisons socio-économiques la séparation avec la famille est de plus en plus difficile. La durée des études qui s'allonge retarde aussi cette séparation.

---

[4] P. ARIES in *« Adolescence et psychopathologie* » D.MARCELLI
[5] D. MARCELLI al « *Adolescence et psychopathologie* », p14
[6] F. RICHARD « *Les troubles psychiques à l'adolescence* », p13

3. Modèle psychanalytique

o *Les conflits psychiques*

L'adolescence peut se définir ici comme *« le travail psychique rendu nécessaire par les transformations physiologiques et le bouleversement pulsionnel de la puberté »*[7].

Avec l'arrivée de la puberté et la capacité de reproduction, il y a une explosion libidinale, c'est-à-dire une augmentation d'énergie pulsionnelle. Cette énergie va conduire l'adolescent vers la recherche d'une décharge pulsionnelle, se traduisant souvent par la sublimation. Cette période voit aussi se rejouer des conflits antérieurs comme le complexe d'Œdipe[8] et la position dépressive[9]. Cependant, ils prendront des formes différentes de celles de l'enfance. En effet, face à ses pulsions, l'adolescent va devoir rejeter ses parents dont la présence renvoie au conflit Œdipien et à la menace d'un inceste désormais réalisable. L'adolescent rejettera également les bases identificatoires de son enfance, c'est-à-dire les *imagos parentales*.

Un autre mouvement psychique se met en place à cette période, c'est de parvenir au détachement de l'autorité parentale et des « objets infantiles ». Cela peut se rapprocher d'un processus de deuil. En effet, le travail psychique de l'adolescence, comme celui du deuil, consiste en une perte d'objet (au sens psychanalytique). Un adolescent « normal » va donc vivre des moments de dépression dépendants du contexte développemental dans lequel il se trouve.

La période de l'adolescence est à l'origine d'enjeux narcissique et identitaire importants. Ils renvoient à la qualité des premières relations de soins. « *Plus ces relations précoces ont été satisfaisantes, ont permis un investissement du soi en continuité et équilibré […] plus le sentiment d'identité sera stable et assuré* »[10].

---

[7] F. RICHARD « *Les troubles psychiques à l'adolescence* », p21

[8] Il a lieu entre 3 et 5 ans. Pour les psychanalystes freudiens, il joue un rôle d'organisateur dans la structuration de la personnalité. Deux pôles vont se mettre en place pour l'enfant : l'identification sexuée (reconnaissance de son sexe, masculin ou féminin) et l'investissement relationnel (différent du sexe : le garçon va investir sa mère, la fille son père).

[9] Cf. Position schizo-paranoïde p 22-23. Elle se caractérise par la diminution du clivage entre bon et mauvais objet, par la mère qui devient objet total, et par l'angoisse dépressive qui porte sur *« le danger fantasmatique de détruire et de perdre la mère »*. Laplanche et Pontalis, « *Vocabulaire de la psychanalyse »*, p 316

[10] D. MARCELLI al « *Adolescence et psychopathologie* », p 26

L'épreuve narcissique consiste en une alternance entre : l'inflation narcissique (égoïsme, mégalomanie) qui est souvent reprochée à l'adolescent, et la dévalorisation. Les changements corporels sont impliqués dans ces enjeux narcissiques car ils perturbent le sentiment de continuité. Afin de maintenir ce sentiment de continuité, l'adolescent va se replier sur lui-même, ce qui amène à une centration narcissique et à l'intégration des changements corporels.

Lorsque le narcissisme est assuré, l'adolescent peut alors s'engager dans une quête identificatoire. Tout d'abord, la maturité génitale traduit la nécessité de renoncer à un sexe vers l'acquisition d'une identité sexuée. Aussi, l'identité s'étayera progressivement sur des modèles extrafamiliaux, mais aussi sur les images intériorisées des deux parents, et encore plus sur le parent du même sexe.

- *Les mécanismes de défense*

Pour faire face à ces perturbations, et rendre supportable cette incertitude identificatoire, l'adolescent dispose de moyens de défense. Certains, particulièrement fréquents à cet âge, sont décrits par D. Marcelli :

_ L'intellectualisation : c'est la façon de donner une formulation rationnelle à ses conflits et à ses émotions de façon à les maîtriser. Cela peut être déplacé sur des thèmes généraux comme le bien et le mal dans le monde.

_ L'ascétisme : il s'agit du contrôle des pulsions et des plaisirs du corps. Cela peut rapidement amener à des dérives comme le contrôle restrictif de l'alimentation.

_ Le clivage : c'est la coexistence de deux attitudes contradictoires face à une même réalité extérieure. Il se manifeste par de brusques passages d'un extrême à l'autre, d'une opinion à une autre.

_ La mise en acte : il s'agit de la tendance à l'agir et à l'impulsivité afin de se protéger de ses conflits internes ou de ses émotions.

D'autres mécanismes de défenses sont propres à l'adolescence et sont décrits par C. Mareau et A. Vanek-Dreyfus[11], comme :

_ Le déni : qui est le refus de la réalité et son exclusion du psychisme.

_ La projection : qui est l'attribution à l'autre de propriété que l'on refuse chez soi.

_ La régression : c'est le retour à un stade de développement antérieur qui permet de reprendre confiance en ses modes de relation objectale.

_ Ou encore la sublimation : c'est le fait de déplacer l'énergie sexuelle et agressive vers des objets socialement valorisés (faire du sport, des activités artistiques, etc.)

4. Modèle cognitif

Il existe à l'adolescence un changement au niveau des structures cognitives tout aussi important que les transformations décrites précédemment.

En effet, J. Piaget décrit une forme d'intelligence qui se met en place entre 12 et 14 ans, elle est, selon lui, le dernier stade du développement cognitif, c'est l'intelligence opératoire formelle. Celle-ci est indispensable afin que l'adolescent assume et intègre les modifications corporelles, affectives et relationnelles qui s'opèrent.

Avant ce stade, l'enfant ne peut raisonner que sur des tâches concrètes. Avec la mise en place de l'intelligence opératoire formelle, l'adolescent quant à lui, peut raisonner par hypothèses et envisager le réel comme l'une des possibilités de l'ensemble des possibles. Il accède également au système combinatoire, qui lui permet d'avoir une vision de toutes les combinaisons ou permutations réalisables dans un ensemble. La difficulté à accéder aux structures combinatoires peut rendre compte de difficultés relationnelles, en particulier pour la réciprocité dans les échanges sociaux.

Pour d'autres auteurs, la pensée formelle ne marque pas la fin du développement de l'intelligence. Ainsi, durant toute la vie, l'appareil mental continue d'évoluer et d'acquérir de nouvelles connaissances.

[11] C. MAREAU al « *L'indispensable de la psychologie* », p 109

Certains adolescents et adultes vont développer de nouvelles capacités, notamment celle de penser à leur pensée ; c'est ce que l'on appelle la métacognition. La conscience de sa propre activité mentale et de son fonctionnement va avoir des répercussions sur de nombreux aspects pour l'adolescent (mémoire, communication, attention, compréhension, etc.). L'adolescent est donc capable de s'interroger sur ses modes de fonctionnement et pourra avoir recours à l'introspection.

C) L'adolescent et son corps

Avec toutes les modifications biologiques, psychoaffectives, relationnelles, cognitives que l'adolescent va subir, il va devoir s'ajuster et investir son corps de manière différente. « *La transformation dont les adolescents sont à la fois objet et sujet est déterminée par une modification de leur corps et donc par une remise en cause de leurs relations antérieures avec leur corps* »[12]. L'adolescent doit renoncer à son corps d'enfant, et s'approprier progressivement un corps d'adulte.

Comme nous l'avons vu plus tôt, avec la puberté, les changements corporels sont rapides et provoquent une perte des repères antérieurs. Le centre de gravité du corps se déplace régulièrement avec la croissance, la force musculaire se modifie (elle diminue au départ car la croissance osseuse est plus rapide que la croissance musculaire, puis elle augmente, en particulier chez le garçon pour qui le développement de la masse musculaire est notable), la précision des mouvements diminue, ce qui va entrainer une certaine maladresse. On a d'ailleurs souvent l'image d'adolescents un peu gauches dans un corps trop grand pour eux. Le schéma corporel subit ces transformations et doit s'adapter en intégrant les nouvelles informations reçues.

La puberté transforme également le corps vers un corps non familier, instable, étrange. Le corps change et l'image que l'adolescent se fait de son corps change aussi. Avec l'apparition de l'acné qui touche près de 80% des adolescents, l'âge ingrat porte bien son nom. Il est alors difficile de se sentir « bien dans sa peau » lorsque celle-ci est disgracieuse.

[12] E. KESTEMBERG in « *Corps brûlant, corps adolescent* » C. POTEL, p 57

A l'adolescence, l'estime du corps (qui est corrélée à l'estime de soi) diminue chez les filles, alors qu'elle se stabilise voire qu'elle augmente chez les garçons[13]. Les adolescentes connaissent donc une insatisfaction corporelle. L'interprétation de ce résultat serait que « *la puberté éloignerait les filles de la silhouette idéale médiatisée alors qu'elle rapprocherait les garçons de l'idéal masculin* »[14]. On voit d'ailleurs souvent apparaitre des troubles de l'image du corps tels que la dysmorphophobie touchant principalement les filles.

D'autre part, le corps de l'adolescent est désormais un corps pubère, sexué. D'ailleurs, P. Jeammet nous dit que le sujet doit prendre conscience « *d'une nécessaire et nouvelle intimité de son corps sexué* »[15]. Cette prise de conscience va faire apparaitre chez l'adolescent des réactions de honte, de gène, de pudeur à propos du corps. Elle va également entrainer une « sexualisation des liens »[16], entre lui et ses parents (et plus globalement entre lui et chaque individu). Cela aura pour conséquence directe un sentiment d'invasion de son espace et de promiscuité insupportable avec ses parents.

Pour tenter de maitriser ce corps qui peut lui sembler étranger, l'adolescent va s'en servir comme moyen d'expression privilégié. Selon C. Potel, « *le corps devient l'instrument de la différenciation et de la lutte pour l'identité* ». Pour X. Pommereau, les adolescents du XXIème siècle « *se livrent au jour le jour à un véritable travail de mise en valeur personnelle à travers ce qu'ils donnent à voir : le fameux look* »[17]. Le corps va donc être le siège de leur appartenance à un groupe, de leur autonomisation, pour affirmer de nouvelles identifications. Cela va passer par les vêtements, les coiffures, les tatouages ou encore les piercings.

---

[13] F. BRAMI in « *Manuel d'enseignement de psychomotricité* » P. SCIALOM *et al*, p 60
[14] A. MIERMON *et al*, in « *Manuel d'enseignement de psychomotricité* » P. SCIALOM *et al*, p 60
[15] P. JEAMMET « *Paradoxes et dépendances à l'adolescence* », p 9 (Yakapa.be)
[16] Ibid. p 11 (Yakapa.be)
[17] X. POMMEREAU « *Nos ados.com en images* », p 30

D) Le normal et le pathologique

Le normal et le pathologique sont difficiles à définir, du fait du caractère sensible de cette limite en cette période de bouleversements. En effet, l'adolescence est marquée son tumulte, ses bouleversements et ses crises, sans pour autant que l'on puisse parler de pathologie.

Selon D. Marcelli, deux modalités d'analyse sont prises en compte pour élaborer cette limite entre normal et pathologique :

_ « la souplesse opposée à la rigidité des conduites, et la manière dont ces conduites interfèrent avec le fonctionnement global de la personnalité ;

_ l'entrave plus ou moins importante que ces conduites représentent pour la poursuite du développement psychique ».

Ces deux modalités permettent d'avoir un point de vue dynamique concernant la psychopathologie.

Le diagnostic différentiel entre le désordre de l'adolescence et la pathologie est une tâche difficile. En effet, d'après D.W. Winnicott « *il y a un lien entre les manifestations de l'adolescent normal et les divers types de personnes malades : le besoin d'éviter toute solution fausse correspond à l'inaptitude du psychotique au compromis ; le besoin de se sentir réel ou de ne rien sentir du tout est lié à la dépression psychotique avec dépersonnalisation ; le besoin de provoquer correspond à la tendance antisociale qui se manifeste dans la délinquance* »[18].

Le thérapeute va alors se trouver confronté à des questionnements : l'adolescent est-il un adulte « normal » en devenir ? Ou au contraire existe-il un risque de décompensation ? Nous verrons dans la prochaine partie, qu'il existe des similitudes entre l'adolescence et la psychose, ce qui rend le diagnostic très délicat du fait du caractère évolutif et dynamique de cette période. C'est d'ailleurs pour cela que le trouble de la personnalité est un trouble essentiellement diagnostiqué à l'âge adulte.

[18] D. W. WINNICOTT in « *Adolescence et psychopathologie* » D. MARCELLI

III) La psychose à l'adolescence

A) La psychose

La question de la définition de cette pathologie m'a tout de suite interpellé afin de mieux comprendre la problématique de ces adolescents et la question de leur « étrangeté ».

Le terme « psychose » fut employé pour la première fois (en 1845) par un médecin autrichien, le baron Ernst von Feuchtersleben, comme alternative aux termes de *folie* et de *manie*. Il dérive du grec signifiant littéralement « *anomalie de l'esprit* ».

A la fin du XIX^{ème} siècle, toutes les atteintes graves du psychisme étaient regroupées sous ce terme. Puis, les maladies résultant de lésions cérébrales (comme les démences), ou dues à une intoxication (comme la démence alcoolique), ont été progressivement écartées.

A ce jour, le terme de psychose n'est plus employé en tant que tel dans les manuels de psychiatrie qui classifient et catégorisent les troubles mentaux, tels que la Classification Internationale des Maladies (CIM-10), ou le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM-IV). C'est aujourd'hui un terme qui peut être utilisé pour désigner un concept psychanalytique. Ce concept, selon les courants théoriques et les systèmes psychopathologiques auxquels il se réfère, peut prendre plusieurs sens : on parlera alors de symptôme, de structure, de pôle, ou d'organisation psychotique.

1. Selon le DSM-IV et la CIM-10

Dans les anciens ouvrages de psychiatrie (DSM-II ou CIM-9), un trouble mental était qualifié de *psychotique* s'il en résultait une « *altération qui interfère de façon marquée avec la capacité à répondre aux exigences ordinaires de la vie* ». Le terme a aussi été défini comme une *« perte des limites du Moi* » et une « *altération marquée de l'appréhension de la réalité* »[1].

Dans le DSM-IV révisé, on trouve le terme psychotique dans le chapitre des « Schizophrénies et autres troubles psychotiques ». La CIM-10 reprend les mêmes catégories sous le nom de « Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants ».

[1] DSM-IV-TR, p 343

Le terme *psychotique* se réfère ici à la présence de certains symptômes. Toutefois, le sens de celui-ci varie en fonction de sa catégorie diagnostique :

_ « *Dans la Schizophrénie, le Trouble schizophréniforme, le Trouble schizo-affectif et le Trouble psychotique bref, le terme psychotique se réfère à des idées délirantes, des hallucinations prononcées, un discours désorganisé, ou un comportement désorganisé ou catatonique.*

_ *Dans le Trouble psychotique dû à une affection médicale générale et dans le Trouble psychotique induit par une substance, le terme psychotique se réfère à des idées délirantes ou seulement à des hallucinations non accompagnées d'insight.*

_ *Enfin, dans le Trouble délirant et le Trouble psychotique partagé, le terme psychotique équivaut à délirant* »[2].

Des signes cliniques propres à la psychose peuvent donc être repérés. Les manuels de diagnostics référencent deux types de symptômes. Les symptômes négatifs et les symptômes positifs que nous allons aborder en premier lieu :

* Les idées délirantes : ce sont des croyances erronées, fondées sur une déduction incorrecte concernant la réalité extérieure (ex : le délire d'influence, les actions du sujet sont imposées par une force extérieure ; ou le délire de persécution, le sujet est victime d'une conspiration).

* Les hallucinations : elles sont décrites comme des « perceptions sans objets », c'est-à-dire un trouble de la perception qui s'impose à la conscience du sujet. Elles peuvent être visuelles, auditives, tactiles, gustatives, olfactives mais aussi kinesthésiques (sensations de mouvements actifs ou passifs comme téléguidés) ou coenesthésiques (sensation de transformation corporelle).

* Le discours désorganisé : se caractérise par un discours incohérent, des sauts du coq à l'âne, ou des associations libres.

* Le comportement désorganisé ou catatonique: pourra se caractériser par des rires ou une nervosité sans raison apparente, le port de vêtements chauds en été, ou encore une hygiène négligée.

Des symptômes dits négatifs sont également présents dans la schizophrénie à savoir l'émoussement des affects, l'amimie et le retrait social.

[2] DSM-IV-TR, p 344

2. Fonctionnement psychique

Nous parlerons ici de la psychose en termes de « position psychique ». Ce terme a été introduit par M. Klein pour désigner « *une constellation psychique cohérente regroupant les angoisses, les mécanismes de défense qui s'y rapportent et la relation d'objet qui en résulte* ».

Selon A. Ciccone, trois positions principales peuvent être décrites dans le développement du psychisme du bébé et de l'enfant, et dans les organisations psychopathologiques. Il s'agit de la position autosensuelle (ou adhésive, ou autistique) ; la position paranoïde-schizoïde (ou symbiotique) ; la position dépressive.

Ce tableau extrait du « *Manuel de psychologie et psychopathologie* » de R. Roussillon synthétise les principales caractéristiques relatives aux positions psychiques.

	Position autosensuelle	**Position paranoïde-schizoïde**	**Position dépressive**
Âge développemental des premières organisations	1er et 2ème mois	Du 2ème au 6ème mois	Après le 6ème mois
Angoisses	Angoisses primitives, Angoisses d'anéantissement	Angoisses de persécution	Angoisses dépressives, Angoisses de perte
Types de défenses privilégiées	Identification adhésive	Clivage, Idéalisation, Projection, Déni, Identification projective	Refoulement, Réparation
Relation d'objet	Relation d'objet narcissique (narcissisme primaire), Adhésivité	Relation d'objet narcissique (narcissisme secondaire), Symbiose	Relation d'objet objectale, Ambivalence, Culpabilité
Pathologisation	Etats autistiques et psychotiques précoces	Etats psychotiques et certains états limites	Etats névrotiques et certains états limites

Ces positions apparaissent au cours du premier âge de la vie et réapparaissent au cours du développement. D'après A. Ciccone, « *l'oscillation entre ces différentes positions caractérise le travail de subjectivation à chaque étape du développement* »[3].

Elles se réfèrent à des phases de développement, mais aussi à des points de fixation et à des contextes psychopathologiques.

Dans le contexte de la psychose à l'adolescence, nous allons expliquer le fonctionnement psychique des premiers mois de vie selon le concept de position schizo-paranoïde de M. Klein. Nous verrons ensuite les aspects pathologiques de ce fonctionnement.

- *Position schizo-paranoïde*

Selon M. Klein, il existe dès la naissance un appareil psychique. C'est dans cet appareil psychique archaïque que se déploient l'angoisse. Au cours des six premiers de la vie, l'angoisse est de type paranoïde ou persécutrice. Celle-ci pourra prendre plusieurs formes : séparation, dévoration, morcellement, mort et autres menaces.

Cette angoisse provient du fait de la crainte que les objets persécuteurs pénètrent dans le Moi pour le détruire.

Les pulsions de mort et l'angoisse paranoïde qu'elle génère, seront détournées de deux façons : elles vont être projetées sur l'objet (le sein) ce qui va provoquer la création du « mauvais objet » (ou mauvais sein) ressenti alors comme persécuteur et destructeur ; elles vont aussi être introjectées dans le Moi pour lutter contre ce « mauvais objet » crée.

Les pulsions de vie ont elles aussi deux destins : elles vont être projetées vers le milieu extérieur et créer le « bon objet » (bon sein) gratifiant et idéalisé ; elles vont être introjectées dans le Moi afin d'alimenter la relation libidinale satisfaisante avec le bon objet.

Ces objets sont des objets partiels, ils se construisent en s'appuyant sur les expériences satisfaisantes ou non du bébé.

« Le travail psychique du bébé consiste alors à construire à partir du bon objet un objet idéal qu'il pourra introjecter et auquel il pourra s'identifier. »[4]

[3] A. CICCONE in « *Manuel de psychologie et psychopathologie* » R. ROUSSILLON
[4] Cours de psychologie de 1ère année.

Le Moi archaïque du nourrisson utilise des mécanismes de défense tels que : la projection afin d'expulser hors de soi, et l'introjection afin d'incorporer en soi. Le Moi s'efforce d'introjecter ce qui est bon et de projeter ce qui est mauvais.

L'idéalisation permet de considérer l'objet comme idéal, parfait. C'est une défense contre les pulsions agressives qui peut être mis en lien avec le clivage.

Le clivage sépare ici l'objet idéal (qui permet la satisfaction idéale et illimité du désir du bébé), et le mauvais objet. Il protège l'objet idéal des agressions du mauvais objet persécuteur. Lorsque la persécution est trop intense, le déni de la persécution apparait. Le clivage est une opération psychique fondamentale car elle permet l'émergence du Moi, en séparant les parties du Moi qui contiennent soit les pulsions de vie, soit les pulsions de morts.

L'identification projective consiste, quant à elle, à projeter fantasmatiquement à l'intérieur de l'objet des parties de soi, puis à l'identification de la partie projetée. Cette identification peut se faire dans deux directions : l'objet acquiert les qualités du Moi ; le Moi acquiert les qualités de l'objet.

Lorsque les expériences du bébé sont suffisamment bonnes et qu'elles prévalent sur les mauvaises, alors le Moi se fortifie en s'identifiant à l'objet idéal. L'angoisse persécutrice va alors diminuer en devenant moins envahissante. Le clivage sera moins actif, laissant apparaitre une agressivité interne.

La position schizo-paranoïde laisse alors la place à la position dépressive qui se caractérisera par l'accès à l'objet total (à la fois bon et mauvais, le Moi accèdera à sa propre ambivalence) et par l'apparition de nouveaux sentiments comme le deuil, la nostalgie ou la culpabilité (considérés comme structurants pour M. Klein).

- *Aspects pathologiques*

Dans le cas où les mauvaises expériences seraient prédominantes (privation, frustration, douleur, etc.), alors elles alimenteraient le fantasme de persécution que l'on retrouve dans les pathologies psychotiques. Selon H. Segal, « *quand les mécanismes sont impuissants face à l'angoisse, le Moi est envahi, il se désintègre, se fractionne, se clive pour éviter l'éprouvé corporel* »[5].

[5] H. SEGAL, « *Introduction à l'œuvre de M. Klein* », p 33

Des mécanismes de fixation sont présents chez le sujet psychotique lors de la position schizo-paranoïde, même si ces mécanismes de défense peuvent être observés ponctuellement chez tout adolescent. Toutefois, chez l'adolescent psychotique, ils vont envahir le champ du fonctionnement mental car leurs caractéristiques prédominantes et rigides vont invalider les capacités adaptatives du sujet.

A. Ferrant nous dit que « *le Moi du sujet se coupe en deux. Une partie reste en contact avec la réalité, alors que l'autre est la proie de l'hallucination et/ou du délire* »[6]. Par conséquent, cet auteur émet l'hypothèse selon laquelle le clivage provoque une confusion entre le soi et le non-soi chez la personne atteinte de psychose.

Le déni de la réalité est décrit comme « *une sorte d'effacement qui vise le réel et le vide de son impact* »[7].

L'idéalisation décrite précédemment se retourne facilement en son contraire. « *L'idéal se renverse alors en abjection et le bon objet devient persécuteur* »[8].

L'identification projective est décrite comme un processus par lequel le sujet « *introduit sa propre personne en totalité ou en partie à l'intérieur de l'objet pour lui nuire, le posséder, ou le contrôler* »[9]. L'individu visé sera « réceptacle » des tensions de l'autre. Par exemple, un individu n'ayant pas confiance en lui, et n'en ayant pas conscience, pourra traiter l'autre avec supériorité ou mépris, au point que c'est l'autre qui va ressentir à sa place ce manque d'estime, en prenant ce sentiment comme le sien.

L'omnipotence peut être ajoutée, elle est « *le sentiment de grandiosité interne, de toute puissance* ». L'omnipotence peut aussi être attribuée à autrui, et dans ce cas, le sujet peut se sentir contrôlé ou envahi par quelque chose qui maîtrise sa pensée.

La psychose impose donc l'idée selon laquelle « *le compromis est impensable et le conflit est évité (…) dans la mesure où il suppose implicitement la reconnaissance de l'autre comme à la fois semblable et différent* »[10].

L'environnement est donc perçu en tout ou rien, en bon ou mauvais, car l'ambivalence ne peut pas être traitée. En conséquence, le sujet est non unifié, et entretien un rapport fusionnel, symbiotique avec l'objet. La différenciation et la limite entre soi et l'autre seront alors précaires, tout comme la limite dedans-dehors.

---

[6] A. FERRANT in « *Manuel de psychologie et psychopathologie* » R.ROUSSILLON, p 432
[7] Ibid. p 432
[8] Ibid. p 433
[9] LAPLANCHE et PONTALIS « *Vocabulaire de la psychanalyse* » p192
[10] Op. cit. p 432

3. Développement de la fonction symbolique

Nous avons vu précédemment la construction de l'appareil psychique dans la psychose. Nous allons maintenant nous focaliser sur l'émergence des pensées et de la fonction symbolique.

D'après W. Bion, la pensée verbale - qui désigne la pensée à travers le langage - joue un rôle essentiel dans la prise de conscience de la réalité.

La pensée verbale se développe sur la base d'une pensée primitive (préverbale) qui s'établit durant la position schizo-paranoïde. La pensée primitive « *se constitue à partir des liaisons entre les informations sensorielles entres elles d'une part, et entre les impressions sensorielles et la conscience d'autre part, c'est-à-dire à partir de la prise de conscience des informations sensorielles* »[11]. Elle serait composée d'images visuelles.

Cette notion de pensée primitive peut se rapprocher de celle de « *représentation de chose* » décrite par S. Freud. Elle se situerait au niveau infra-verbal et se fonderait sur des images mnésiques sensorielles. Une fois reliée à la « *représentation de mot* », elle favoriserait l'émergence du langage.

L'activité symbolique, la pensée, la représentation seraient donc sous-tendues par l'existence de lien avec les informations sensorielles.

A partir de l'importance de la notion du lien découle l'hypothèse selon laquelle *« si le clivage et l'identification projective sont exagérés, les attaques contre les liens (…) conduiront à la création d'objets bizarres* »[12]. Ces objets bizarres correspondent à des prototypes d'idées, qui pourront favoriser l'émergence d'hallucinations.

Ces objets *bizarres* sont considérés comme trop dangereux pour le Moi pour être introjecter. Ils pourront seulement être comprimés, fusionnés ou agglomérés car le sujet psychotique peut « *comprimer mais ne peut pas réunir, peut fusionner ou agglomérer mais ne peut pas articuler* »[13]. L'attaque des liens entre sensation et représentation, entre corporel et psyché, va débarrasser la psyché « *de ce-qui-unit, de ce-qui-lie* »[14].

La fonction symbolique est donc perturbée dans la psychose. La pensée, la représentation, sont alors déliées des informations sensorielles, laissant la place aux hallucinations.

---

[11] A. CICCONE « *Naissance à la vie psychique* » p 195
[12] Ibid.
[13] Ibid.
[14] Ibid.

B) Particularités de la psychose à l'adolescence

L'expression de la psychose peut prendre des formes particulières, d'autant plus lorsque la décompensation psychotique émerge lors de la période sensible qu'est l'adolescence.

A l'adolescence, les questionnements psychiques ont l'allure de « *troubles de l'identité, d'interrogations anxieuses et désorganisantes sur les transformations corporelles, ou de répartition massive et exagérée de l'énergie psychique sur l'investissement narcissique*»[15]. De fait, je vais tenter de développer ces trois points en les mettant en lien avec le fonctionnement psychotique en me basant sur l'ouvrage de D. Marcelli « *Adolescence et psychopathologie* ».

1. Troubles anxieux liés au corps

Nous l'avons vu plus haut, à l'adolescence, de nombreuses transformations s'opèrent au niveau physique. « *Sous le coup des chocs incessants, interne ou externe qu'il rencontre, l'adolescent côtoie la dissolution de sa personne* »[16]. Ces transformations viennent menacer le sentiment d'unité et d'intégrité que l'adolescent se fait de son corps et de lui-même. Celles-ci peuvent aller jusqu'à réactiver l'angoisse de morcellement présente chez tout sujet (notamment lors de la période schizo-paranoïde). Si cette angoisse persiste, elle peut être un facteur de vulnérabilité et devenir le facteur déclencheur du trouble psychotique.

La problématique de l'image du corps se réactive également durant cette période charnière. L'adolescent peut avoir l'impression de ne plus reconnaitre son corps. Des conduites automutilatrices (des scarifications notamment), ou des bouffées hypochondriaques peuvent en résulter.

- M., une jeune fille de 16 ans, me parle de ses pensées anorexiques en me disant « *Je voyais mes cuisses et mes hanches énormes, je voulais que mon corps redevienne comme avant, plus mince*». Cette adolescente ne présentait aucun surpoids quand elle a commencé à vouloir maigrir.

[15] D. MARCELLI *et al* « *Adolescence et psychopathologie* » p 341
[16] Ibid. p 343

Elle exprime ici son besoin de reprendre le contrôle sur son corps qui se transforme avec la puberté et qu'elle ne reconnait plus à cause de ses nouvelles formes. L'anorexie peut être envisagée selon M. Laufer[17] comme un moyen de combattre le corps qui devient sexué et persécuteur.

Dans les cas légers, des « accès psychotiques » très brefs pouvant durer seulement quelques heures peuvent alors se manifester dans ce climat d'étrangeté.

Dans les cas plus graves, l'angoisse va déborder les possibilités psychiques du sujet et induire « *des comportements étranges, des propos décousus ou même des actes graves* »[18] qui vont alerter les proches et souvent nécessiter un traitement ou une hospitalisation.

2. Troubles identitaires

Les troubles identitaires caractéristiques de la problématique psychotique peuvent revêtir chez l'adolescent touché par cette problématique plusieurs formes : les délires, un éloignement de la réalité, des sentiments d'infériorité.

L'adolescence, nous l'avons vu, remet au premier plan la problématique de l'image du corps, mais aussi celle l'identité. Les troubles identitaires peuvent alors prendre la forme de délires, comme les délires de filiation (le sujet peut penser qu'il a un ancêtre illustre comme Napoléon) ou encore les délires d'identité sexuelle.

- T. est un adolescent de 16 ans, je le rencontre en séance individuelle. Il me raconte alors que la période du collège était très difficile parce que pendant les récréations, il voyait les autres le regarder, puis il ajoute : « *Pas besoin qu'ils parlent, je le voyais dans leur yeux, pour eux j'étais homo* ». Durant la suite de l'année scolaire, il n'a plus jamais regardé un garçon dans les yeux, par peur qu'on le croit homosexuel. Dans le cas de T., on voit qu'il projette ses doutes concernant son identité sexuelle sur ses camarades.

[17] M. LAUFER in « *Adolescence et psychopathologie* » D. MARCELLI *et al,* p 347
[18] R. ROLLAND in « *Adolescence et psychopathologie* » D. MARCELLI *et al,* p 343

Les troubles identitaires peuvent également altérer la réalité sans qu'il y ait de délire apparent. On parlera alors de perte de sens de la réalité ou de dépersonnalisation. Le sujet a une perception de la réalité, vague, floue, qui manque de sens. Cette réalité est perçue comme à travers un filtre, comme si cela n'était pas le sujet qui vivait la situation.

D. Marcelli évoque le héros éponyme de R. Rolland, qui écrit en 1804 dans son ouvrage « *Jean Christophe* » :

« *Il ne savait plus s'il existait. Il parlait mais sa voix lui semblait sortir d'un autre corps. Il se remuait, il voyait les gestes de loin, de haut, du faîte d'une tour. Il se passait la main sur le front, l'air égaré. Il était pris d'actes extravagants* ».[19]

Enfin, les troubles identitaires peuvent engendrer des sentiments dévalorisants comme par exemple le sentiment d'infériorité. Tout adolescent se trouve confronté à la différence entre l'image de l'adulte idéal qu'il désire devenir, et l'image de lui tel qu'il la perçoit, ou qu'on lui renvoie. Des sentiments de honte, d'humiliation ou d'infériorité pourront alors naître d'un décalage trop important entre l'idéal et la réalité.

De plus, l'exposition répétée aux moqueries, aux situations génératrices d'anxiété ou encore, la confrontation à l'échec lors d'examens pourront favoriser l'effondrement de l'estime de soi. Des délires d'ordre mégalomaniaques (ou délires de grandeur) pourront alors naître de ces fragilités psychiques cumulées. Cette bascule délirante peut par ailleurs faire office de protection face au sentiment d'infériorité devenu insupportable pour la dynamique psychique du sujet. Le délire peut alors renvoyer le sujet à des sentiments de puissance voire d'indestructibilité.

3. L'investissement narcissique

A l'adolescence, l'investissement narcissique est renforcé de par la quête identitaire et les remises en cause narcissiques que l'adolescent traverse.

Cependant si l'investissement narcissique est exagéré, il provoque alors un déséquilibre par rapport à l'investissement objectal, ce qui va conduire au repli de l'adolescent sur lui-même.

[19] D. MARCELLI *et al* « *Adolescence et psychopathologie* » p 344

Ce repli peut aller « *jusqu'à l'estompage de la réalité et la perte de contact avec le réel* »[20]. P. Male appelle cet état les « *pré-schizophrénies de l'adolescence* ». Celles-ci se manifestent souvent chez des adolescents à la scolarité brillante par : une diminution des capacités intellectuelles, des difficultés d'attention, des pensées qui se vident de leur contenu, l'apparition de trouble du comportement, un contact distant, un dialogue dénué d'affects et des éléments délirants.

Les troubles de l'image du corps, de l'identité, et le repli narcissique sont caractéristiques des manifestations psychopathologiques de l'adolescence. Ils peuvent déboucher sur des états psychotiques spécifiques de cette période.

Ces trois axes s'entremêlent dans la réalité pratique. Ainsi, lorsqu'une des composantes est affectée, un retentissement sur les deux autres composantes est alors perceptible.

C) Difficultés diagnostiques

Les multiples bouleversements inhérents à l'adolescence remettent sans cesse au premier plan les limites entre le normal et le pathologique. Ce faisant, le diagnostic d'une pathologie psychotique est abordé avec prudence, car les similitudes et les distinctions entre la « crise d'adolescence » et le développement de ce type de trouble peuvent apparaître, de prime abord, incertaines. Ces ambiguïtés témoignent du caractère complexe de cette période et d'un tel diagnostic mais aussi, du temps nécessaire pour affiner l'évaluation psychiatrique des adolescents.

En effet, de nombreux signes considérés comme spécifiques de la psychose, se rencontrent également chez des adolescents « normaux » (pensée magique, perception inhabituelle, perte des initiatives). « *Il faut distinguer le sentiment de folie à l'adolescence de l'apparition d'une psychose franche, en particulier de la schizophrénie* »[21].

[20] D. MARCELLI *et al* « *Adolescence et psychopathologie* » p 344
[21] F. RICHARD « *Les troubles psychiques à l'adolescence* », p 73

C'est le cas par exemple l'apparition d'épisodes catatoniques, de délires de modifications corporelles, de thèmes mégalomaniaques ou de transformation du monde, qui pourraient alors mettre en évidence le morcellement schizophrénique.

D'autre part, les symptômes psychotiques majeurs comme les comportements bizarres, les troubles de la pensée, les hallucinations ou encore les idées délirantes, peuvent se rencontrer dans de nombreuses catégories diagnostiques des manuels de psychiatrie (cf. schéma ci-dessous[22]).

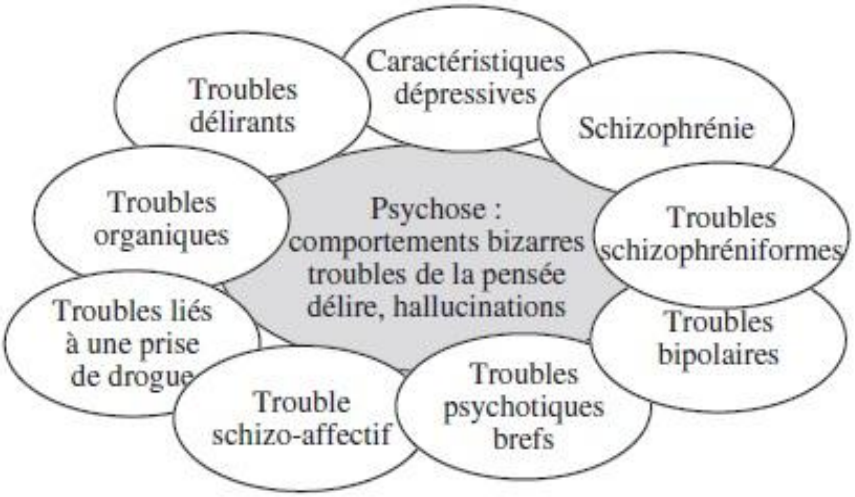


FIG. 11-I. – *Difficultés diagnostiques de la psychose débutante.*
(Source : EPPIC, cité par Grivois et Grosso, 1998).

Il est donc très délicat d'affiner le diagnostic psychiatrique face à ses signes. D'autant plus qu'à l'adolescence, on considère que la pathologie n'est pas figée et qu'une évolution favorable est possible.

[22] EPPIC in « *Adolescence et psychopathologie* » D. MARCELLI *et al,* p 320

D) Modes d'apparition et pronostic

A l'adolescence la pathologie psychotique peut se déclencher soit de manière brutale et aiguë, soit de manière insidieuse et progressive.

Le processus, dans le second cas, peut avoir débuté bien avant l'adolescence. Les symptômes précurseurs sont discrets, difficiles à repérer car ils peuvent être rencontrés dans le processus « normal » de l'adolescence, ou encore dans l'expression de certains troubles de la personnalité.

Cependant, l'ensemble de ces symptômes va progressivement entraver le fonctionnement global du sujet (psychique, relationnel, psychomoteur, etc.), et déboucher dans certaines situations sur des symptômes productifs (hallucinations, idée délirantes). La prise en charge précoce pourra alors se justifier afin de surveiller l'évolution voire la cristallisation du trouble.

L'instauration de soins spécialisés est très souvent le fruit de l'alerte de l'entourage familial qui, dans un rôle de co-thérapeute, peut témoigner d'une rupture par rapport à l'état antérieur de l'enfant (attitude d'écoute, trouble du comportement, etc.). L'entourage joue un rôle direct dans le repérage de ces symptômes insidieux, et dans l'instauration d'une prise en charge.

Le repérage est plus facile dans le cas des débuts brutaux et aigus, car les symptômes sont davantage plus bruyants et visibles : délire, hallucinations, troubles du comportement, etc. Ils représentent un signe d'alerte brutal pour l'entourage de l'adolescent. Ainsi, une prise en charge pourra être proposée en complément d'un traitement médicamenteux afin d'atténuer les symptômes du trouble et la souffrance de l'adolescent. L'accueil en structure spécialisée permettra d'éliminer la possibilité que cet épisode soit dû à une prise de toxique, ou à une cause organique sous-jacente.

Le trouble psychotique, comme nous l'avons vu, est un trouble complexe, à début et à expression multiples. Il en est de même en ce qui concerne la question du pronostic qui n'échappe malheureusement pas à cette logique. Effectivement, il est observé que les psychoses débutant de manière brutale sont de meilleur pronostic pour le sujet que celles au début progressif.

Cette dynamique d'évolution s'explique d'un point de vue hypothétique par le fait que, plus le trouble débute tôt, plus la possibilité que le fonctionnement pathologique s'incarne dans le fonctionnement psychique du sujet est grande.

C'est le cas, par exemple, des psychoses à début insidieux à cause desquelles le développement du sujet depuis l'enfance, voire la toute petite enfance, s'est réalisé sur ce mode, et ce, même si la psychopathologie n'est diagnostiquée qu'à l'adolescence.

A contrario, les psychoses à début aiguë sont envisagées comme un écart psychique provisoire qui pourra être atténué par le biais d'un traitement et d'une prise en charge pluridisciplinaire adaptés. Le sujet retrouverait alors plus facilement un fonctionnement dit « normal ».

D'après F. Richard « *plusieurs études montrent qu'environ un tiers des adolescents psychotiques s'aggravent avec le temps, tandis qu'un autre tiers guérit et que le dernier tiers demeure pris dans une problématique complexe où coexiste un fonctionnement psychotique et de réelles capacités d'autonomisation* [23] ».

E) Vécu corporel de l'adolescent psychotique

Nous avons évoqué dans le chapitre précédent le vécu corporel des adolescents. Je vais tenter, dans cette partie, de montrer les conséquences de la psychose sur ce vécu corporel. J'aborderai notamment trois aspects : les troubles des sensations corporelles, la mise en scène du corps, ainsi que les troubles psychomoteurs qui peuvent s'ajouter.

1. Troubles des sensations

La question du corps est centrale en ce qui concerne la psychose. Nous allons développer les troubles des sensations corporelles qui peuvent être *plus* ou *moins* perçues.

Cette hyper et cette hypoesthésie ne sont pas issues de lésions des fibres nerveuses sensitives et donc, elles ne sont pas à mettre en lien avec une pathologie organique.

[23] F. RICHARD « *Les troubles psychiques à l'adolescence* » p 84

- *Le corps « moins » perçu*

La psychose peut mettre un voile sur les sensations. *« Le corps dans son entier ou en partie n'est pas perçu »*[24].

- R. est un adolescent de 15 ans. Il présente beaucoup de piercings et plusieurs « écarteurs » au niveau des oreilles et du visage. Je remarque aussi des brulures de cigarettes sur ses bras. Lors d'un entretien il dit : « *Je ne sens pas mon corps, il ne sert à rien* ». Lorsque le corps n'est pas perçu, comme pour R., cela peut s'accompagner d'une angoisse forte qui va amener l'adolescent à la recherche de sensations pouvant aller jusqu'à l'automutilation.

Le recours à l'automutilation s'explique, selon C. Potel, par le fait que « *le patient a besoin de se faire mal pour se sentir vivre* »[25].

Ces troubles des sensations peuvent aussi concerner les liens entre les parties du corps, ce qui peut provoquer un vécu de morcellement. Le corps sera vécu comme « *composé de parties disjointes* »[26].

- *Le corps « plus » perçu*

Les sensations du corps ou d'une partie peuvent également être vécues comme pénibles ou douloureuses. On assiste à des plaintes corporelles qui vont provoquer des angoisses et ainsi renvoyer à l'hypochondrie.

- V. est un adolescent de 15 ans. Il présente un niveau d'angoisse très élevé au quotidien. Lorsque je le rencontre en séance, il me parle de sensations très douloureuses au niveau du ventre. Selon lui, la douleur serait due à une entrée d'air dans son ventre dont il cherche la source. Je lui explique qu'il est possible que cet air dans son ventre soit la conséquence de son anxiété. Pourtant pour lui, cela est impossible, il y a forcément une cause extérieure.

---

[24] G. POUS « *Thérapie corporelle des psychoses* », p 30
[25] C. POTEL, L'adolescent et la psychose « *Psychomotricité : entre théorie et pratique* », p 207
[26] G. POUS « *Thérapie corporelle des psychoses* », p 30

La sensation « *accapare les investissements du sujet et le laisse appauvri* »[27]. En effet, toute l'énergie du sujet est alors dirigée vers la recherche de signification de ses sensations et l'angoisse morbide que cela provoque, l'empêchant ainsi d'investir d'autres domaines.

Ses sensations qui accaparent le sujet auraient, selon G. Pous, un bénéfice secondaire. Elles pourraient permettre au sujet de « *ne pas poser la question du sens à un niveau trop personnel, trop sexuel* »[28]. Qu'en est-il pour les patients qui ne parlent pas de leur corps ?

2. La mise en scène du corps

Certains patients psychotiques ne parlent pas de leur corps, pour savoir ce qu'il en est, il faut alors pouvoir être à l'écoute de ce qu'ils donnent à voir à travers « *la mise en scène »*[29] de leur corps.

Certains montrent des vêtements tristes, des cheveux sales, un manque d'hygiène et de fortes odeurs corporelles.

- K. est un jeune adulte de 19 ans. Il est extrêmement replié sur lui-même et passe ses journées recroquevillé sur la marche d'un escalier en colimaçon. Il présente un manque d'hygiène et une forte odeur de transpiration. Ici, cette forte odeur pourrait agir comme une enveloppe odorante, une sorte de seconde peau de protection.

D'autres, vont au contraire avoir un maquillage extravagant, un parfum très marqué, des vêtements surchargés de fantaisies ou en décalage avec les conditions météorologiques.

- Y. est un adolescent de 18 ans. Il change régulièrement de look - tous les mois, voire toutes les semaines selon les périodes – passant de celui d'un hippie des années 70, à celui d'un militaire russe. Ses différentes apparences font penser à des déguisements. Par ailleurs, sa manière de parler est à l'image de ses multiples looks, toujours très théâtrale. Y. s'intéresse également beaucoup au domaine de la philosophie, de la politique.

[27] G. POUS « *Thérapie corporelle des psychoses* », p 31
[28] G. POUS « *Thérapie corporelle des psychoses* », p 39
[29] G. POUS « *Thérapie corporelle des psychoses* », p 32

> Derrière ce besoin de changement d'apparence, on peut imaginer une recherche d'ordre identitaire. Dans son discours, le corps est absent, surpassé par la pensée toute puissante.

Le soin, ou au contraire le rejet que ces adolescents vont montrer par rapport à leur corps va parler d'eux, et donnera des indications sur leur état interne. Leur état interne pourra également résonner sur leur organisation psychocorporelle. C'est ce que nous pouvons retrouver dans les troubles psychomoteurs.

3. Troubles psychomoteurs

Je vais maintenant évoquer la présence de troubles psychomoteurs comme les troubles du schéma corporel et de l'image du corps, les troubles de l'organisation spatio-temporelle, les troubles tonico-émotionnel, ou encore les troubles de la communication.

Nous définissons ici le trouble psychomoteur comme se manifestant « *à la fois dans la façon dont le sujet est engagé dans l'action et dans la relation avec autrui* »[30].

o *Schéma corporel et image du corps*

Les concepts de schéma corporel et d'image du corps seront abordés selon l'éclairage apporté par les théories psychanalytiques.

Selon J. Boutinaud, l'image du corps est faite des perceptions et représentations que nous avons de nous-mêmes, elle « *appartient à un registre inconscient et affectif qui touche la représentation de soi et qui reste tributaire de la singularité des expériences vécues* »[31]. Elle est donc subjective et propre à chacun. D'après F. Dolto, elle est aussi le support du narcissisme.[32]

Selon elle, le schéma corporel est une abstraction du vécu du corps dans les trois dimensions, et il réfère le corps dans l'espace de manière immédiate. Il serait le même pour tous, comme un référentiel commun à l'espèce humaine. Il se base sur les apprentissages et les expériences lors de l'enfance.

---

[30] J.M ALBARET « *Manuel d'enseignement de psychomotricité* » p 255
[31] J. BOUTINAUD « *Psychomotricité, psychoses et autismes infantiles* » p113
[32] F. DOLTO « *L'image inconsciente du corps* »

Nous avons vu auparavant que l'image du corps et les bases de l'identité sont remises en question avec la psychose. L'un et l'autre étant indissociables, le schéma corporel subit donc lui aussi les distorsions de l'image du corps. Les angoisses vont parasiter l'étayage du schéma corporel « *faisant perdre le cadre de référence qu'il est censé offrir* »[33] et provoquer des troubles de la réalisation motrice.

Le schéma corporel peut aussi se retrouver clivé, ce qui entraine d'un coté, une connaissance des partie du corps et un bon niveau moteur, et d'un autre côté, des peurs voire des représentations délirantes liées au corps.

Aussi, E. Allouch précise que certaines psychoses sont caractérisées par « *des défauts d'inscription et de liaison des représentations-choses sensorielles et kinesthésiques* » [34]. Nous avons évoqué cette idée dans une partie précédente[35]. On peut alors envisager qu'il existe un défaut dans la transcription entre les éprouvés corporels et le contenu symbolique, qui constitue l'image du corps.

D'après J. Boutinaud, « *dans la psychose, la construction symbolique d'une image du corps s'est réalisée à minima* »[36]. Cette construction *à minima* aura pour conséquence des limites dedans-dehors mal assurées, une enveloppe corporelle « *poreuse* », une relation à l'autre difficile à cause de la crainte de « *fusionner* » ou de « *se confondre* ».

Le schéma corporel et plus particulièrement le rapport à l'espace est investi de façon précaire chez le sujet psychotique. Nous allons donc développer ce rapport à l'espace et au temps dans la prochaine partie.

[33] J. BOUTINAUD « *Psychomotricité, psychoses et autismes infantiles* » p114
[34] E. ALLOUCH in « *Psychomotricité, psychoses et autismes infantiles* » J. BOUTINAUD p114
[35] Cf. III) A) 3. Développement de la fonction symbolique
[36] J. BOUTINAUD « *Psychomotricité, psychoses et autismes infantiles* » p 115

- *Organisation spatio-temporelle*

La pensée comme l'agir s'organisent dans un espace et une temporalité. L'espace et le temps donnent un repère « *un cadre de référence à nos sensations, nos perceptions, nos mouvement et nos gestes* »[37]. L'organisation spatio-temporelle est fragile dans la psychose. Elle demande en effet au sujet d'être ancré dans une réalité commune.

La perception de l'espace se développe en parallèle du schéma corporel. Or, dans la psychose nous avons vu qu'il existe des troubles du schéma corporel. Celui-ci ne jouant plus son rôle de référentiel.

La perception de l'espace va être affectée sur plusieurs plans : la différenciation de son corps propre ; la distance qui sépare soi du non-soi ; la reconnaissance de ce qui est extérieur au corps propre (avec les notions dedans-dehors) ; mais aussi les relations orientées entre le sujet et le monde extérieur.

Concernant le temps, qui est indissociable de l'espace, la notion de temporalité va s'établir elle aussi à travers les données sensorimotrices.

Des désorientations temporelles dans les jours de la semaine et parfois même dans la chronologie de certains événements peuvent être retrouvées chez le sujet atteint de psychose.

Enfin, l'espace et le temps peuvent être investis de manière rigide et ritualisé. Dès lors, l'imprévu tel que le changement de salle, ou encore l'annulation de rendez-vous thérapeutique, peut être vécu difficilement et générer de l'angoisse, voire même des troubles du comportement (intolérance au changement, à l'incertitude, etc.).

- *Tonus*

Le tonus tient une place importante dans l'organisation psychocorporelle de l'individu L'activité tonique modifie l'expression corporelle en fonction de la force sollicitée et exercée par les muscles.

[37] A. GALLIANO *et al*, « *Manuel d'enseignement de psychomotricité* » p 219

Le tonus soutient aussi en permanence le système émotionnel : « *Les émotions sont une formation d'origine posturale et elles ont pour étoffe le tonus musculaire* »[38].

Le tonus de fond se caractérise par une légère tension musculaire involontaire et permanente (même au repos). Il permet la cohésion entre les différentes parties du corps et le sentiment d'unité de soi. Il est le substrat des émotions et affects et porte l'expressivité du mouvement. Des troubles du tonus de fond sur un versant hypo ou hypertonique peuvent être constaté chez les sujets psychotiques.

Le tonus d'action peut être lui aussi troublé. Il correspond à la contraction musculaire permettant l'action et le mouvement. Lorsqu'il est mal ajusté, les mouvements ne sont pas harmonieux, et cela peut retentir sur les coordinations motrices, ou encore l'équilibre.

- T. est un adolescent de 15 ans. Je le vois régulièrement lors de séances individuelles. Je lui propose des temps de relaxation ou de massage avec des balles en position allongée sur le dos. Avant de commencer, son tonus de fond est très élevé au point que ses jambes ne peuvent pas se tendre entièrement sur le sol. A la fin de la proposition, son tonus est toujours élevé, mais on peut remarquer un relâchement au niveau des mains et de l'ouverture des jambes. Lorsque ce temps est terminé, je lui propose de se relever doucement, mais il ne parvient pas à moduler son tonus d'action et T. se relève de manière brusque, rapide et figée.

L'hypertonie pourrait être considérer comme un moyen de se sentir exister en augmentant la sensation de dureté du corps par la rigidité musculaire. Selon W. Reich, elle peut aussi jouer le rôle de « *cuirasse musculaire* » et donc de protection face aux nombreuses angoisses du psychotique.

Les troubles toniques du sujet psychotique sont donc liés à son état interne et donc majoritairement à ses angoisses. Ces troubles tonico-émotionnels ont également des retentissements sur la communication non-verbale.

[38] H. WALLON in « *Manuel d'enseignement de psychomotricité* » J.M. ALBARET *et al*, p 157

- *Communication non-verbale*

La communication est l'action de communiquer, d'établir une relation avec autrui. Ici, c'est la notion d'autrui qui va poser problème. En effet, l'adaptation à autrui demande au sujet de pouvoir se reconnaitre comme différent. Seulement, nous avons vu que cette différenciation est incertaine en cas de psychose. La relation à l'autre, et plus particulièrement la communication, vont en être perturbées.

La communication non-verbale permet de transmettre des émotions sans l'utilisation du langage verbal ou des mots. Elle porte essentiellement sur le langage corporel (qui comporte les mimiques du visage et le tonus postural) et le rapport à l'environnement.

Le tonus, et le rapport à autrui ainsi qu'à l'environnement, peuvent être troublés, pouvant entrainer des postures inadaptées selon les situations. De fait, des troubles spécifiques au niveau des mimiques du visage peuvent être observés chez les sujets atteints de psychose comme :

_ L'amimie qui est une diminution voire une absence de mimique ;

_ L'échomimie qui est le fait que le sujet reproduit en miroir les mimiques de son interlocuteur ;

_ La paramimie qui est une mimique inappropriée ou discordante par rapport à l'affect (par exemple rire en parlant de la mort de quelqu'un).

L'adolescent psychotique peut donc présenter des troubles psychomoteurs qui vont entraver ses mécanismes d'adaptation et ses capacités relationnelles avec autrui. Les troubles psychomoteurs seront à considérer comme des répercutions, au niveau de l'organisation psychocorporelle, de la pathologie psychotique sous-jacente.

Nous pouvons donc constater que la psychose va entrainer un vécu et une organisation psychocorporelle dominés par des angoisses archaïques. Il est alors nécessaire de prendre la mesure de ce vécu afin d'apporter les moyens, ou du moins l'opportunité, de faire diminuer ces angoisses, et ainsi de tendre vers un vécu davantage apaisé.

IV) Hypothèses

Nous avons donc vu que la psychose empêche l'adolescent de se considérer clairement dans une continuité d'existence sécure et comme différencié d'autrui et unifié.

De ce fait, **le vécu corporel de l'adolescent peut être marqué par de fortes angoisses** (vécu morcelé), un sentiment d'étrangeté (non appartenance, dépersonnalisation, etc.), des délires, ainsi que des troubles psychomoteurs. Ces patients ont également **des difficultés à exprimer leurs ressentis**. En partant de ce constat, je cherche à savoir ce que peut apporter la psychomotricité auprès de ces adolescents.

En m'appuyant sur mes observations cliniques et mes connaissances théoriques, il m'a semblé intéressant de mettre en place un atelier psychomoteur. Celui-ci prend la mise en jeu corporelle comme support thérapeutique, tout en la couplant avec le dessin. J'expliquerai par la suite l'intérêt de cette approche.

J'émets alors l'hypothèse qu'en passant par un abord corporel couplé au dessin, il serait possible de favoriser la représentation, la symbolisation, et l'expression, défaillantes dans la psychose. En effet, nous tenterons de mettre en jeu les fonctions psychomotrices dans le but de recréer du lien entre corps et psyché, et donc de favoriser les capacités d'élaboration (c'est-à-dire la capacité à penser les pensées). Nous essaierons aussi par ce travail d'amorcer une mise en pensée des ressentis corporels et d'amener à la représentation.

Aussi, cet atelier pourrait permettre de diminuer les angoisses psychotiques. Nous tenterons ainsi d'amener ces adolescents vers un autre rapport à leur corps et à l'environnement. De fait, l'expérience du vécu corporel, et la prise de conscience de ce vécu, pourra amener le sujet à une conscience de soi, en tant que sujet unifié et différencié de l'autre. L'adolescent pourra ainsi s'appuyer sur la réalité de ses ressentis et sa sécurité interne pour faire face aux angoisses qui le traversent.

V) Mise en place d'un groupe thérapeutique : « L'atelier corporel »

Cet atelier se compose de deux temps principaux : une mise en jeu corporelle et un temps de dessin. Le nom de cet atelier a été choisi pour mettre l'accent sur ce dont il allait être question : le corps. Cependant, je tiens à préciser qu'il n'est pas uniquement question du corps en termes physique, biologique, mais plutôt en termes de corporéité, c'est-à-dire du corps en tant que lieu des perceptions, des émotions, de la pensée, de la parole, de la créativité, de l'expression. Le nom a donc était choisi pour faciliter le repérage par les patients et l'équipe.

La mise en jeu corporelle et le dessin sont envisagés comme complémentaires dans cet atelier ; le premier sollicitant la sensorialité, le mouvement, l'expression, et le second favorisant la pensée, la représentation, la fonction symbolique. Nous détaillerons plus loin ces différents temps et leurs objectifs. Nous évoquerons tout d'abord l'histoire du projet initial puis les fondements théoriques sur lesquels s'appuient les groupes thérapeutiques à médiation corporelle.

A) Du projet à la réalisation

L'idée de ce groupe a germé dans le courant du mois de novembre, toutefois, la première séance n'a eu lieu que trois mois plus tard en février. Durant ce temps, j'ai pu construire un étayage théorique à cet atelier, mais je me suis également confrontée à la réalité matérielle et institutionnelle.

De fait, une fois le projet construit au niveau théorique, il a dû être *adopté* par l'équipe et par la hiérarchie. A ce moment, j'ai réellement compris l'importance de la communication au sein d'une équipe, afin de porter ce projet, mais aussi d'informer l'équipe sur notre pratique et notre spécificité de psychomotricien.

Le choix concernant les modalités d'animation est le résultat d'une discussion entre le psychomotricien, un éducateur et moi. J'anime donc ce groupe seule mais en présence d'un éducateur – qui était intéressé par le projet – qui participe au même titre que les adolescents.

Au départ, la question de l'animation seule à été soulevée, car le psychomotricien de l'institution ne souhait pas participer au groupe, afin de conserver un regard extérieur à la situation. Cependant, il était important pour moi d'avoir la présence d'un adulte. C'est en effet l'occasion d'avoir un autre regard que le mien sur les adolescents en séance, ainsi que d'avoir un retour différent de celui des adolescents sur ma pratique. D'autant plus qu'au sein de l'hôpital de jour les groupes sont toujours animés par au moins deux professionnels, pour des questions de sécurité, et de diffraction des phénomènes transférentiels.

J'ai ensuite effectué le choix des participants, en tenant compte des suggestions et des réticences de l'équipe. J'ai donc recherché des adolescents disponibles dans un même créneau horaire - ce qui s'est révélé difficile compte tenu de la réalité de leur emploi du temps - et ayant un profil intéressant au vu des objectifs de l'atelier. Le choix s'est finalement porté sur trois adolescents (deux garçons et une fille) dont je décrirai plus tard les profils.

J'ai choisi de constituer un groupe fermé limité à trois adolescents, tout d'abord pour des raisons matérielles (espace de la salle, disponibilité des adolescents). Mais aussi car il me parait difficile d'être à l'écoute de plus de participants. Aussi, il me semble que pour un atelier qui touche au corps, aux sensations, aux affects, et qui demande un climat de confiance particulier, l'investissement des adolescents est plus aisé dans un groupe réduit.

Ce temps de réflexions autour de l'atelier m'a permis parallèlement de construire une réflexion théorique, concernant la pratique psychomotrice dans un groupe thérapeutique à médiation corporelle, c'est ce que nous allons voir dans la prochaine partie.

B) Supports théoriques

La mise en place de l'atelier corporel se fonde sur des supports théoriques. Nous allons voir qu'une approche corporelle semble pertinente, mais qu'elle présente également des limites avec les adolescents psychotiques. Nous verrons également l'intérêt des médiations et des groupes thérapeutiques.

1. L'approche corporelle pour une « mise en pensée du corps »

L'approche corporelle en psychomotricité trouve ses fondements en se basant sur le développement psychomoteur de l'enfant. Nous allons brièvement rappeler les étapes de la construction de l'unité psychocorporelle de l'enfant, puis nous verrons le rôle de cette approche en psychomotricité, et enfin, l'intérêt et les limites d'une telle approche avec les adolescents psychotiques.

o *Développement de l'unité psychocorporelle*

A la naissance, le bébé vit dans un état d'indifférenciation avec le monde environnant. C'est grâce à la conscience de son corps et de ce qui l'affecte qu'il pourra commencer à penser. La construction de la pensée va alors suivre la logique sensations-perceptions-représentations.

Les sensations nécessitent la maturation du système nerveux sensoriel. Elles sont provoquées par une excitation physiologique résultant d'une modification concernant le sujet ou son environnement. Elles représentent pour le bébé le premier niveau de conscience. En effet, au début de sa vie l'enfant vit ses sensations de manière passive, déliée. De fait, son vécu corporel est alors morcelé. Toutefois, grâce aux interactions avec l'entourage, les sensations vont s'organiser et se mettre en lien. Elles auront alors un rôle important dans la construction du futur espace corporel.

Progressivement, les sensations vont se transformer en perceptions. Les sensations vont alors pouvoir être traitées, différenciées et analysées de manière active. L'enfant aura donc accès au deuxième niveau de conscience : il pourra avoir conscience de lui-même en tant qu'être différencié de l'autre. Il va donc se percevoir, percevant. En effet, la perception peut être entendue comme une mise en relation entre ce qui est perçu et celui qui perçoit.

Cette étape va également permettre l'acquisition des repères corporels et spatiaux fondamentaux (dedans-dehors, devant-derrière, etc.). Les perceptions s'intègrent également grâce aux expériences corporelles vécues par le sujet, en lien avec les interactions de l'entourage.

Enfin, l'enfant atteint le troisième niveau de conscience qui est la représentation. La représentation est caractérisée par la capacité d'avoir une image mentale concernant une perception qui n'est pas présente. Cette image mentale, ou symbole, permet de construire sur le plan psychique, ce qui était vécu corporellement. Elle crée alors une distance entre soi et l'objet.

La représentation au sens large peut être étendue à la pensée et à l'intelligence. Par ailleurs, J. Piaget évoque la représentation comme permettant l'accès au stade pré-opératoire de l'intelligence, durant lequel se développe la fonction symbolique (langage, dessin, jeux symboliques, etc.).

La pensée s'étaye à partir du corporel. Le sentiment de soi en lien avec son corps se construit donc progressivement au fil des étapes du développement du sujet. Cette représentation du corps comme une unité somatopsychique différenciée de l'autre, est permise par l'environnement et le lien à l'autre. Nous allons voir en quoi ce postulat intéresse la psychomotricité.

- *En psychomotricité*

« *L'esprit est une émergence du corps : son savoir faire sensorimoteur est la condition d'émergence de la pensée* »[1]. Comme nous l'avons vu, c'est donc par le corps et à travers les sensations et perceptions corporelles, que la pensée (la représentation) va se construire.

L'approche corporelle en psychomotricité donne une place importante aux sensations et perceptions, car c'est également à travers elles que se construisent la conscience, la temporalité et la spatialité. Le sujet pourra donc expérimenter des situations sensorimotrices, qui restaurent le lien entre : action et sensation, corps et affects, corps et représentation.

Par conséquent, les expériences corporelles que nous pouvons proposer en psychomotricité ont pour objectif « *de restaurer une conscience défaillante ou précaire* »[2].

[1] A. BULLINGER in « *Être psychomotricien* » C.POTEL p 254
[2] F. GIROMINI in « *Manuel d'enseignement de psychomotricité* » p181

La fonction symbolique, ou de représentation, est sous-tendues par l'expérience perceptivo-motrice. De fait, pour restaurer la fonction symbolique défaillante, il faut alors relier l'intention motrice et la conformation du corps propre (c'est-à-dire le corps organique associé au psychisme). Ce lien est la base de l'expression corporelle, qui pourra se faire au moyen du regard, de la voix, des gestes, de la parole, etc. L'expression corporelle en prise en charge psychomotrice pourra donc être un moyen de restaurer la fonction symbolique.

Aussi, la spécificité de la psychomotricité va se caractériser par *l'implication corporelle* [3] du psychomotricien. Le corps du psychomotricien devient « *un soutien, un contenant, un étayage, un miroir pour le sujet en devenir* »[4].

La relation particulière (corps à corps) entre le psychomotricien et le patient peut s'apparenter à « *l'attitude de la mère, captant à travers le peau à peau du nourrisson les appels, besoins, angoisses, satisfactions* »[5]. Nous avons vu l'importance de la présence de l'*autre* dans le développement de l'enfant. Le psychomotricien, dans cette relation, va jouer le rôle de l'*autre*, favorisant ainsi l'intégration psychique du vécu corporel du sujet.

Cette approche nécessite la présence, l'attention, et l'ajustement du psychomotricien dans sa relation au patient. F. Joly parle de « *thérapie de la présence* » et met l'accent sur l'importance de la disponibilité du psychomotricien pour le patient, mais aussi pour lui-même.

Cette implication corporelle tentera donc de favoriser la création d'une relation de confiance particulière. Elle se déroulera dans un cadre précis, afin d'ancrer le patient dans un espace-temps, un ici et maintenant, *une réalité partageable*. Elle permettra ainsi l'intégration et la restauration des liens entre corps et psyché. Nous allons voir que cette approche semble être pertinente avec des patients psychotiques.

[3] Concept d'O. Moyano
[4] D. LIOTARD in « *Psychomotricité : Entre théorie et pratique* », p56
[5] Ibid.

- *Intérêts*

Cette approche corporelle va permettre d'aborder le champ de l'archaïque, ce qui est particulièrement adapté aux pathologies psychotiques pour lesquelles l'accès au verbal et à la représentation est délicat.

A-M. Latour évoque trois axes thérapeutiques fondamentaux en psychomotricité avec des patients psychotiques[6] :

_ « *s'occuper du corps* » avec un travail d'intégration sensorielle et tonique afin de s'approprier son corps. C'est le registre des expériences psychomotrices.

_ « *s'occuper des objets de la réalité partageable* », c'est s'intéresser aux objets de la réalité concrète pour faire en sorte que le sujet ne reste pas dans un monde imaginaire délirant.

_ « *travailler à être ensemble* », c'est permettre qu'une relation plus paisible avec autrui soit possible, une relation avec moins d'angoisse, de persécution, et de confusion.

Ces trois axes mettent l'accent sur ce qui pose problème dans la psychose c'est-à-dire le corps, la réalité, et la relation.

Le corps et son appréhension sont des éléments essentiels à la conscience de soi. La pensée émane du corps, et en retour, le corps sert de contenant à cette pensée. C'est ce contenant psychique, ce Moi-peau, qui est défaillant dans la psychose.

Une approche corporelle semble pouvoir amener le sujet à une réappropriation, un réinvestissement de son corps. Afin d'y parvenir, le psychomotricien pourra s'appuyer sur l'expression corporelle ou encore l'ancrage des sensations dans la réalité. Il s'agira de faire le lien entre ce qui est ressenti corporellement et ce qui peut être représenté psychiquement.

L'abord corporel peut cependant présenter des limites avec les adolescents, c'est ce que nous allons voir dans la prochaine partie.

[6] A-M. LATOUR, cours de 3ème année

- *Limites*

« *La psychomotricité, en proposant un travail au plus près du corps, prend en quelque sorte de front la problématique adolescente ainsi que la fragilité et la complexité d'avoir un corps qui change, qui se transforme, qui n'est plus fiable, qui devient étranger à soi-même.* »[7]

Selon C. Potel, il existerait deux risques principaux aux médiations corporelles avec les adolescents.

Premièrement, le risque d'une régression, qui peut être une source d'angoisse et une menace insupportable pour les adolescents qui sont pris dans un dilemme paradoxal : grandir et rester enfant. Si les propositions faites vont trop du côté de la régression, les adolescents risquent de se sentir blessés et de ne pas y répondre, ou alors d'y répondre de manière pathologique.

Deuxièmement, le risque d'une séduction trop directe. Dans l'abord corporel, nous sommes confrontés à la question de la distance, des limites, du toucher. « *Le danger est de se trouver trop proche des sources mêmes de l'excitation du sexuel* »[8]. Si les propositions engagent trop les sensations, alors il peut y avoir un risque d'érotisation de la relation.

Le travail corporel va mettre en avant le corps. Le risque de débordement pulsionnel doit donc être pris en compte : « *Contenir et maintenir un certain niveau de refoulement est nécessaire pour que la médiation reste une voie d'accès à la symbolisation et à la pensée* ».[9] Afin que les expériences corporelles puissent être intégrées et que l'adolescent prenne plaisir à participer nous devons donc être attentifs à contenir et calmer l'angoisse.

La bonne distance relationnelle avec les adolescents peut aussi nous questionner. Il faut pouvoir avoir une position « *souple et solide à la fois* ». C'est-à-dire permettre que les adolescents se sentent valorisés pour ce qu'ils sont, mais aussi qu'ils se sentent soutenus par « *une présence adulte rassurante et ferme sans complaisance* »[10]. Il faut donc adapter sa distance relationnelle en permanence avec les adolescents.

Nous allons voir que cet ajustement nécessaire au niveau de la distance et de la place du corps est parfois plus aisé dans une approche corporelle médiatisée.

---

[7] C. POTEL « *Corps brûlant, corps adolescent* », chap. 5
[8] Ibid.
[9] Ibid.
[10] Ibid.

2. Les médiations

Le terme *médiation* signifie « *Mettre d'accord. Intermédiaire. Processus créateur. Solution pacifique dans un conflit* ».

La notion de médiation est basée sur les travaux de D. W. Winnicott sur « *l'espace transitionnel* ». Il prend le jeu comme exemple en parlant d'une zone intermédiaire « *où l'on joue, qui n'est pas dans la réalité psychique interne. Elle est en dehors de l'individu, mais elle n'appartient pas non plus au monde extérieur* »[11].

La médiation, qu'elle soit corporelle ou autre, va donc être un espace intermédiaire entre le patient et le soignant, ainsi qu'entre le patient et sa problématique. Elle a, de fait, une fonction pare-excitante. Les médiations sont également l'occasion d'une relation entre soi et le monde dans cette zone intermédiaire de rencontre.

Elles favorisent l'émergence de « *pulsions créatrices, motrices et sensorielles* »[12]. Elles permettent donc de révéler certains aspects du patient, en attirant notre attention sur ceux qui nous intéressent. De ce fait, les éprouvés corporels du patient peuvent prendre forme « *dans notre regard de thérapeute, puis chez le patient par effet de ricochet* »[13]. C'est-à-dire que le psychomotricien va permettre la transformation des éprouvés du patient en représentations. Ce détour par l'autre sera donc un détour par la symbolisation.

La médiation, ou le médiateur (c'est-à-dire l'outil), n'est pas thérapeutique en soi. Son caractère thérapeutique dépend entièrement du cadre dans lequel il se trouve. « *Si l'objet médiateur structure le cadre thérapeutique, il ne présente aucune portée thérapeutique en lui-même, indépendamment du cadre et du dispositif* »[14].

Quelles qu'elles soient, pour être et rester thérapeutiques, les médiations se doivent « *d'être avant tout au service d'une expression de soi engageant la globalité de la personne et sa créativité* »[15].

---

[11] D. W. WINNICOTT « *Jeu et réalité, l'espace potentiel* », p 73
[12] C. POTEL « *Corps brûlant, corps adolescent* » p 46
[13] C. POTEL « *Corps brûlant, corps adolescent* » p 46
[14] A. BRUN « *Les médiations thérapeutiques* » p 93
[15] C. POTEL « *Corps brûlant, corps adolescent* » p 47

Le choix d'une médiation plutôt qu'une autre se définit évidement en fonction des patients et de leur problématique, mais également en fonction du fait que « *ça doit parler au corps du psychomotricien* »[16]. Nous l'avons vu précédemment, l'implication corporelle du psychomotricien est fondamentale dans sa relation au patient. En effet, l'engagement du psychomotricien est non seulement fonctionnel, mais aussi émotionnel. Dès lors, le travail du psychomotricien s'appuie sur l'investissement de son corps, et du plaisir qu'il prend. La créativité du psychomotricien est donc engagée au service du patient.

Nous avons vu que les difficultés de l'adolescent psychotique se situent notamment autour de la fonction symbolique, ainsi que de la relation à leur corps et à autrui. L'utilisation d'une médiation permet alors d'aborder les difficultés de ces patients, grâce à ses caractéristiques pare-excitante, symbolisante, et relationnelle. A ce titre, l'utilisation de la médiation corporelle couplée au dessin, que je définirai plus précisément dans une prochaine partie, semble donc intéressante dans l'approche thérapeutique des sujets psychotiques.

3. Les groupes thérapeutiques

À l'entrée dans l'hôpital de jour, le groupe de vie auquel l'adolescent appartient va être le premier révélateur de son état interne. Cette vie groupale va montrer la manière dont l'adolescent trouve ou non ses repères au sein de l'institution. C'est à l'intérieur de cette structure que sont créés les groupes thérapeutiques auxquels l'adolescent peut participer.

Les groupes thérapeutiques à médiation corporelle, comme l'atelier mis en place cette année, vont permettre de créer un espace intermédiaire (ou transitionnel) où le jeu va servir de médiation entre soi et l'autre. Ce jeu va s'étayer sur l'expression corporelle et les interactions entre les membres du groupe, qui seront des supports thérapeutiques. Chaque groupe va être unique car il est le reflet de la créativité et de la singularité de chaque participant.

[16] C. POTEL « *Corps brûlant, corps adolescent* » p 48

C. Potel définit deux modalités de fonctionnement d'un groupe[17] : « *le fonctionnement du couple thérapeutique »* qui doit pouvoir contenir le groupe, les débordements, et élaborer ce qui se vit et se joue dans le groupe ; « *la vie groupale* » qui peut se rapprocher de la dynamique de groupe. Il n'y a donc pas uniquement la relation au thérapeute qui est thérapeutique. En effet, les interactions entre les participants concourent également au travail de chacun.

Chacun pourra « *jouer sa place* »[18] dans le groupe, c'est-à-dire que chacun pourra trouver et faire exister sa place. Cette place pourra être teintée par la résonnance des difficultés du sujet qui entraineront des réponses particulières de la part des soignants et des participants. Ces réponses, corporelles et verbales, vont avoir un effet « miroir » sur le sujet et pourront alors être thérapeutiques.

« *Le groupe des pairs va être l'un des leviers thérapeutiques essentiels pour la construction du sujet en relation* »[19]. Ce travail groupal s'appuie sur les phénomènes identificatoires, mais également sur les conflits, qui peuvent être révélateurs des difficultés rencontrées à l'extérieur du groupe.

Le groupe peut également être considéré comme ayant les mêmes caractéristiques que la peau qui contient le corps. C'est la notion d' « *enveloppe de groupe* » décrite par C. Bertin. « *Le groupe est comme une enveloppe qui fait tenir ensemble les individus*»[20]. Le groupe thérapeutique a donc une fonction de contenance pour ses membres. Il existe d'ailleurs beaucoup de métaphores du groupe en tant que « corps ».

Le groupe thérapeutique possède plusieurs caractéristiques qui semblent être particulièrement pertinentes au regard des difficultés survenant durant l'adolescence. En effet, nous avons vu précédemment les effets bénéfiques du groupe pour les adolescents (protection, organisation, identification, etc.). Les groupes thérapeutiques peuvent donc être caractérisés par six fonctions [21]:

_« *Désérotiser la relation corporelle* », c'est-à-dire éviter la trop grande charge libidinale et émotionnelle qui pourrait advenir dans une relation individuelle avec le thérapeute.

---

[17] C. POTEL « *Être psychomotricien* » p 387
[18] C. POTEL « *Être psychomotricien* » p 383
[19] C. POTEL « *Être psychomotricien* » p 387
[20] C. BERTIN « *Corps en groupe, Corps groupal* » Thérapie psychomotrice et recherches, n° 163
[21] C. POTEL in « *Groupes et psychomotricité* » P. BLOSSIER, p 171

La relation duelle peut aussi être vécue comme angoissante et persécutrice dans la psychose. Le groupe permet alors de diffracter l'attention et le regard du soignant envers un individu.

_« *Faire travailler les identifications et le sentiment d'appartenance* » à un groupe, ce qui est important durant l'adolescence.

_« *Soutenir les explorations* », c'est-à-dire permettre un cadre contenant afin que les enjeux relationnels s'élaborent.

_ Permettre à l'adolescent de « *trouver et prendre sa place* » au sein du groupe, c'est-à-dire soutenir le sentiment d'existence et d'identité qui sont remis en cause durant cette période.

_« *Faire l'expérience de l'altérité* », c'est-à-dire faire que la place accordée à l'autre soit pensée (rêvée, désirée, niée etc.) et qu'elle existe.

_« *Vivre une dynamique groupale* » c'est permettre à l'adolescent de vivre un équilibre relationnel au sein d'un groupe, ce qui est important pour le travail thérapeutique.

Les rôles du psychomotricien dans un groupe thérapeutique seront de différents ordres. Il devra, en tant qu'animateur, être le meneur de jeu. Il aura également un rôle de pare-excitation en veillant aux limites du groupe. Enfin, il aura un rôle de « *décodeur d'affects, de médiateur relationnel* »[22]. Ce dernier point est important car il peut être envisagé comme différenciant « *le travail de soin, du travail éducatif ou d'animation, ou encore artistique* »[23]. Ainsi, le travail de soin va prendre en compte les affects, les émotions, et les conflits. Le psychomotricien, par sa formation au dialogue corporel et tonico-émotionnel, sera donc essentiel afin de mettre du sens sur les gestes, les émotions, les éprouvés corporels, etc.

C'est donc à travers ce qui se joue dans un groupe, du fantasme et de l'imaginaire, que le psychomotricien pourra tenter de transformer ces images - par son éprouvé, ses mots, ses intuitions - en symbolique.

Cette transformation d'actes sans représentation va aider l'adolescent à trouver d'autres issues que la violence, la destruction (notamment l'autodestruction), ou les attaques contre son corps ou celui d'autrui. Le groupe va donc permettre une mise en scène des « *passages par l'acte* », et non des « *passages à l'acte* ». En effet, ces passages par l'acte vont être à l'origine d'une verbalisation et donc d'une entrée dans le registre du symbolique.

[22] C. POTEL in « *Groupes et psychomotricité* » P. BLOSSIER, p 172
[23] Ibid.

Le groupe va être un levier thérapeutique important pour les adolescents. Ils pourront penser (ou panser) leur difficultés grâce aux relations groupales. Celles-ci s'établissent dans un cadre étayant et symboligène, permis par la présence et l'action des soignants.

Au regard de ces éclairages théoriques, nous avons mis en avant la pertinence d'une approche groupale à médiation corporelle auprès d'un public d'adolescents psychotiques. L'atelier corporel mis en place cette année regroupe toutes ces caractéristiques. Nous allons montrer dans la prochaine partie le cadre sur lequel cet atelier psychomoteur s'est appuyé.

C) Le cadre

La mise en place de repères est indispensable pour l'élaboration d'un travail thérapeutique. En effet, ces repères vont permettre aux patients de s'inscrire dans un espace-temps spécifique avec ses invariants. Nous allons donc évoquer le cadre thérapeutique de l'atelier ainsi que décrire précisément les différents temps qui le constituent. Enfin, nous présenteront les objectifs de l'atelier corporel.

1. Le cadre physique et psychique

« *Le cadre thérapeutique est ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée* »[24]. Le cadre thérapeutique va nécessiter des conditions concrètes, matérielles, mais aussi des conditions psychiques pour garantir une mise en pensée de notre travail auprès des patients. Nous avons vu dans la partie précédente les fondements théoriques sur lesquels s'appuie cet atelier, notamment la place du corps du patient (dans sa motricité, dans l'espace, dans son implication corporelle, etc.), mais également la place de l'éprouvé du psychomotricien et sa connaissance de lui-même.

Le cadre s'appuie aussi sur « un *certain nombre de règles qui vont border, limiter, contenir, maintenir un climat de sécurité* »[25]. La capacité du psychomotricien à contenir, que ce soit par les mots ou dans le corps, est très importante dans un groupe à médiation corporelle. Cela s'appuie directement sur la fonction de pare-excitation du psychomotricien.

[24] C. POTEL « *Être psychomotricien* » p 321
[25] C. POTEL, art : *Introduction aux médiations psychomotrices* - www.chups.jussieu.fr

P. Delion met en avant trois fonction du cadre thérapeutique[26] : « *la fonction phorique* » qui est assurée par les éléments concrets, et vise à ce que le sujet intègre la notion de continuité et de permanence du cadre ; « *la fonction sémaphorique* » qui vise à recueillir les signes cliniques par l'observation et l'auto-observation ; « *la fonction métaphorique* » qui vise à donner du sens aux signes récoltés.

Ces conditions de cadre sont d'autant plus importantes qu'elles s'adressent dans notre cas à des adolescents psychotiques pour qui les repères peuvent être flous et la réalité instable. Le cadre doit être propice à la disponibilité, l'intimité et la mise en confiance.

Chaque adolescent participant a été rencontré préalablement individuellement, afin de faire connaissance, de leur expliquer les objectifs de l'atelier, et de leur donner le choix d'y participer ou non. Les séances se clôtureront également par une rencontre individuelle, après les vacances de mai, afin de faire un bilan du parcours de chacun dans le groupe.

En pratique, l'atelier corporel se déroule tous les jeudis de manière hebdomadaire et dure 45 min, conformément à la durée des autres ateliers. Il a lieu dans une salle qui a l'avantage d'être assez grande pour que chaque participant puisse disposer d'un espace confortable. Le plafond assez bas (contrairement aux autres pièces de l'hôpital) renvoie une ambiance plus chaleureuse et contenante. La durée des séances se répartie ainsi :

- 5 minutes pour le temps d'accueil,
- 20 minutes pour la mise en jeu corporelle,
- 10 minutes pour le dessin,
- 10 minutes pour le temps de parole.

L'atelier s'est déroulé durant huit séances. La progression des séances s'est faite à travers de grands thèmes de la psychomotricité :

- partant de l'appréhension de l'espace et du temps pour une découverte des lieux, et des participants ;
- puis amenant à une conscience corporelle avec des propositions sur la respiration, l'axe, les appuis, les enveloppes, etc. ;
- et enfin terminant avec la mise en jeu de l'expression corporelle et des interactions de groupe, notamment avec des jeux autour des émotions.

[26] P. DELION « *Tout ne se joue pas avant trois ans* », cours de A.M LATOUR

Dès la première séance, nous avons mis en place les règles de l'atelier rappelant le cadre institutionnel et le respect des personnes : ne pas faire mal à soi ou aux autres, respecter la parole de chacun et ses productions, ne pas porter de jugements sur soi ou les autres, et respecter la confidentialité du groupe. Les séances se déroulent dans des conditions progressives, sécurisantes, pour aborder les différentes situations d'exploration.

Deux référents sont présents lors de cet atelier : un éducateur et moi-même. Pour les séances, je réfléchis en avance au fil conducteur que j'aimerais leur donner, puis je soumets mes idées au psychomotricien, ce qui est l'occasion d'un échange autour de celles-ci. L'éducateur participe au même titre que les adolescents durant les séances, tout en pouvant m'épauler et intervenir durant l'installation, les activités ou les temps de parole.

Il s'agit donc d'une co-animation, même si nos rôles sont un peu différents durant les séances. En effet, je fais des propositions dans lesquelles l'éducateur participe activement. Mon rôle est alors plus souvent en observation de ce qui se joue. Cela ne m'empêche pas de m'inclure dans les propositions lorsque cela est possible.

Un retour est fait au psychomotricien après chaque séance, durant lequel l'éducateur et moi-même pouvons décrire nos ressentis spécifiques, et tenter de mettre en lien nos observations et d'y donner du sens (cf. fonction métaphorique).

Le groupe d'adolescent se compose de deux garçons et d'une fille. Leur profil, que nous allons brièvement détailler, sont très hétérogènes mais ils ont été choisis car ils présentent tous un vécu corporel problématique.

- Marion est une adolescente de 17 ans. Elle est d'origine brésilienne et a été adoptée par une famille française à l'âge d'un mois. Elle est brune aux cheveux frisés, elle a la peau mate et les yeux noirs. Elle est grande et mince. Son histoire est marquée par des agressions sexuelles commises par un voisin lors de son enfance. Elle a été admise à l'hôpital de jour en mars 2012, et présente à son admission les diagnostics suivant : ***état dépressif sévère avec symptômes psychotiques*** (hallucinations auditives), ***anorexie mentale atypique***, ***trouble des conduites***, et ***scarification***.

Elle verbalisera lors de la première séance l'envie de « *se sentir mieux dans sa peau et de mieux accepter son corps* ». Au fil des séances, je remarque chez Marion un « *double discours corporel* »[27] que l'on retrouve également chez beaucoup d'adolescents avec : un premier langage corporel plutôt régressif, et un second plus adolescent et érotisé. En effet, seule fille dans ce groupe, elle profite du cadre sécure de l'atelier pour expérimenter les limites relationnelles avec les garçons du groupe, et notamment avec l'éducateur.

- Tom est un adolescent de 13 ans. Il est grand, brun au cheveu mi-long avec les yeux verts et des taches de rousseur. Il est admis à l'hôpital de jour depuis décembre 2012, et présente à son arrivée les diagnostics de : ***trouble mixte des conduites et trouble émotionnel***, et ***trouble anxieux et dépressif mixte***. Il a également été hospitalisé précédemment dans un service hospitalier pour adolescents, où il a reçu un traitement contre l'***hyperactivité*** qu'il suit toujours. Il présente en effet une instabilité psychomotrice probablement d'origine anxieuse, émergeant principalement lors de situations mettant en jeu la performance. Durant l'atelier, son anxiété l'amène souvent à éviter, voire s'opposer, aux situations dans lesquelles il se sent en difficulté. Il faut donc être très vigilent à pouvoir le soutenir. Il parvient alors à canaliser son anxiété et à trouver d'autres stratégies que l'évitement. De ce fait, il peut se positionner en « leader » du groupe.

- Eric est un adolescent de 16 ans. Il est petit pour son âge et présente un fort surpoids. Il est admis à l'hôpital de jour depuis septembre 2012, après un an et demi de déscolarisation. Il présente un diagnostic d'***épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques***, et d'***anxiété sociale de l'enfance***. Il se dira « *curieux* » de savoir ce que le groupe pourra lui apporter. Je présenterai ultérieurement ma rencontre avec lui en précisant les détails de son histoire et son évolution au sein du groupe.

Le cadre de l'atelier se trouve lui-même pris dans le maillage institutionnel. Ces conditions d'exercices, psychiques et physiques, vont aider à créer des conditions « *suffisamment bonnes* » pour tendre vers les objectifs thérapeutiques que nous décrirons dans la partie suivante.

[27] C. POTEL in « *Groupes et psychomotricité* » P. BLOSSIER, p165

2. Les objectifs de l'atelier

Cet atelier comporte des objectifs généraux propres à tout groupe thérapeutique. Il présente également des objectifs spécifiques à la psychomotricité, et propres aux aspects qui semblent pertinents dans le contexte de nos hypothèses.

o *Objectifs généraux*

- Trouver sa place au sein du groupe.
- S'engager dans la relation et la communication (verbales et non verbales).
- Percevoir l'autre dans ses différences.
- Favoriser l'expressivité.
- Pouvoir respecter les règles de l'atelier.

o *Objectifs spécifiques*

- Offrir un lieu d'expériences : grâce à l'enrichissement de l'expérience sensible, de la conscience de soi, ainsi qu'avec l'exploration des fonctions psychomotrices (tonus, schéma corporel et image du corps, coordinations, communication non verbale, etc.).

- Favoriser la symbolisation : en recréant du lien entre les sensations et les représentations et par la sollicitation de l'expression des ressentis.

- Permettre un rapport au corps différent : diminuer les angoisses, pouvoir s'appuyer sur sa sécurité interne, sur un vécu corporel unifié, un sentiment de continuité d'existence, permettre un ancrage dans le réel grâce aux sensations.

3. Les différents temps de l'atelier :

Les séances sont composées de plusieurs « espace-temps » qui présentent tous des caractéristiques particulières. Je vais donc décrire le déroulement de ces différents temps ainsi que leurs caractéristiques.

Avant le début des séances, l'éducateur et moi allions informer les adolescents du commencement. Les réactions des adolescents étaient souvent très différentes, parfois impatients, parfois agacés, certains se trouvaient déjà prêts à entrer dans la salle avant l'heure, d'autres trainaient les pieds pour venir. Toutes ces premières impressions laissées par leur arrivée pouvaient être reprises durant le temps d'accueil.

- *Temps d'accueil*

Lors de l'accueil, chacun est amené à se déchausser et à installer les tapis en cercle au sol. Chacun s'assoie pour un temps de discussion. Ce temps est l'occasion d'accueillir chaque adolescent avec son état d'esprit, d'échanger autour d'évènements survenus depuis la séance précédente, et ainsi de se faire une idée de la dynamique groupale. Cela peut emmener à modifier la trame de la séance prévue en fonction des aléas institutionnels, familiaux ou personnels. Ce moment crée une sorte de transition entre l'extérieur et l'intérieur du groupe.

La parole est donnée à chacun au fil du tour de cercle, et on peut être confronté au défaut d'expression de certains adolescents « *ça va bof* ». Notre rôle sera alors de chercher à ce que l'adolescent puisse préciser ses ressentis, tout en respectant son intimité face au groupe.

L'accueil est important car il permet d'offrir une place à chacun au sein du groupe, en créant un espace d'écoute et de respect mutuel. Il permet également à l'adolescent de faire le point, d'avoir un repère, sur son état interne à ce moment précis.

- *Temps de « mise en jeu corporelle »*

Ce temps est l'occasion d'explorer, les grandes fonctions psychomotrices comme le tonus, les coordinations, le schéma corporel et l'‘image du corps, le rythme, l'espace, la latéralité, les sensations, les enveloppes, etc., autour de différents types de propositions.

Je me suis appuyée sur des références théoriques, mais surtout sur ma propre expérience pratique, acquise durant ma formation et également lors des ateliers que j'ai pu pratiquer pour proposer différentes expériences aux adolescents

La mise en jeu corporelle débute toujours par un « réveil corporel », qui a lieu en général en cercle. Il s'agit alors d'aller à la recherche de sensations du corps dans sa globalité, avec des frottements, des massages, des tapotements sur tout le corps. Il se termine en général par de grandes respirations accompagnées d'étirements et de bâillements. Nous avons pu faire évoluer ce temps au fil des séances autour de nouvelles propositions de mouvements par les adolescents ou de mouvements par imitation. Le fait qu'il se déroule en cercle favorise les échanges et participe à créer la dynamique du groupe.

Après le réveil corporel, je fais des propositions sous forme de jeu, qui peuvent être dynamiques ou plus calmes, qui vont demander aux adolescents de porter une attention particulière à ce qu'ils ressentent. Ces propositions sont en lien avec les grands axes évoqués plus hauts.

J'ai tenter d'amener une certaine logique dans la progression et la succession de ces propositions, en essayant de partir du plus « simple » au plus « complexe », en allant de soi vers les autres, de l'intérieur vers l'extérieur, etc. J'ai par exemple débuté l'atelier par une proposition sur l'espace, où il était question de son corps dans l'espace, de la distance avec les autres, et du regard. Il me semblait important de pouvoir mettre en confiance chaque participant en partant de lui, de son espace propre, pour aller ensuite vers les autres. J'ai pu par la suite proposer des jeux en duo, et dans les dernières séances amener le contact direct.

J'ai également pu amener les adolescents vers des propositions d'expression corporelle. J'entends par ce terme, une mise en mouvement du corps ayant comme support ses ressentis, son état émotionnel. Cela s'est mis en place à la demande des adolescents autour de jeux de mime.

Un retour au calme achève la phase de mise en jeu corporelle. Chaque adolescent trouve une place qui lui convient dans la pièce et s'installe confortablement sur un tapis. Ils sont invités, pour ceux qui le souhaitent, à fermer les yeux.

Je mets une musique douce de fond afin d'apporter une contenance sonore et de favoriser le calme. Je les incite alors à porter leur attention sur leur respiration, sur les sensations de leur corps dans sa globalité, etc. C'est l'occasion de faire un nouveau point sur leur état interne et de se remémorer ce qui a été vécu durant la séance.

Je n'avais pas systématiquement établi ce temps calme dans les premières séances. Cependant, je me suis rapidement aperçue qu'il était nécessaire. En effet, il fait appel aux capacités de représentation, et permet l'intégration du vécu corporel en contenu psychique. Il sert donc de transition entre le temps corporel et le dessin.

- *Temps de dessin*

Le dessin est un acte graphique, il peut donc être appréhendé d'un point de vue purement psychomoteur. Les premières traces graphiques de l'enfant sont involontaires et indifférenciées puis deviendront progressivement conscientes et intentionnelles. La motricité volontaire se met donc au service du désir de *laisser une trace*.

La motricité fine sera sollicitée dans le dessin, notamment la pince, qui se fixera le plus souvent de façon tripodique avec la maturité du geste.

Le tonus d'action est également engagé dans le geste graphique. On peut donc observer s'il existe des raideurs, des accroches ou une souplesse, une fluidité dans le geste et dans la trace laissée. La fonction tonique reste liée à l'état affectif, émotionnel du sujet qui aura donc lui aussi un impact sur le tracé.

Des hyper-hypotonies peuvent survenir au niveau du membre dominant et révèlent parfois des douleurs lors du dessin.

Aussi, l'investissement de la feuille nous renseigne sur l'orientation et la structuration spatiale du sujet. En effet, cela suppose que le sujet ait intégré ses propres repères corporels ainsi que les trois dimensions, et qu'il puisse ensuite se décentrer pour les retranscrire sur une feuille. Ces domaines sont importants à observer car ils nous permettent de faire le lien avec l'investissement du corps du sujet dans l'espace et donc avec son schéma corporel.

Durant ce temps de dessin, chacun reste installé là où il était lors du retour au calme et je passe pour distribuer les feuilles blanches et les feutres. Le fond sonore est maintenu. La consigne est alors de dessiner ce qu'ils ont ressenti durant les temps précédents. Il peut s'agir d'une émotion, d'une situation marquante, d'une sensation particulière ou d'un état d'esprit sur toute la séance. La consigne est donc assez libre, et tient compte des expériences psychocorporelles vécues. Elle va mettre l'accent sur le schéma corporel et l'image du corps des adolescents. La transformation des ressentis, des émotions, en transcription graphique demande de faire appel aux capacités de représentation et de mise en pensée du vécu corporel.

Je tiens à préciser que l'objectif de ce dessin n'est pas d'être artistique ou esthétique, il n'y a pas de notion de performance attendue. L'accent est mis sur la tentative de représentation, de quelque façon que ce soit (abstraite ou non).

Les productions graphiques permettent de conserver une trace de ce qui a été fait, et ainsi de constater une évolution au fil des séances.

La dernière séance a été l'occasion de transformer ce temps. Les adolescents se sont allongés sur de grandes feuilles et nous avons tracé le contour de leur corps. Ils ont ensuite chacun dessiné sur leur silhouette. A la fin, ils ont souhaité amener cette production chez eux.

- *Temps de paroles*

Ce dernier temps se déroule comme le premier, assis en cercle. La musique est stoppée. Les adolescents sont tout d'abord amenés à verbaliser autour de leur production, sur ce qu'ils ont choisi de dessiner, et également autour de leur vécu de la séance. C'est également un temps d'échange entre les participants qui peuvent rebondir sur ce qui est dit, et apporter leur point de vue.

Ce temps me permet également de faire un retour aux adolescents, sur les éléments que j'ai pu remarquer depuis ma position d'observatrice, et les amener à se questionner. Parfois, je demande un mot concernant l'état d'esprit de chacun après la séance. La préparation à la fin s'effectue souvent d'elle-même, les adolescents amenant naturellement des sujets de discussion servant de transition entre le temps de la séance et le temps d' « après ». La séance se termine donc après le rappel de la séance de la semaine suivante et le rangement des tapis.

Plusieurs rituels qui participent au cadre se sont mis en place naturellement au fil des séances : le regroupement en cercle, la musique, la place de chacun dans la salle au moment du retour au calme, etc.

- Un jour où j'avais oublié la musique pendant le dessin, un adolescent m'a dit « *On n'a pas le droit à la musique aujourd'hui ?* ». Jusque là je n'avais pas fait attention qu'il y avait effectivement toujours de la musique durant ce temps.

L'atelier corporel, grâce à ces différents temps qui se succèdent, allant de l'écoute des sensations, vers la représentation graphique, et enfin la verbalisation, va donc reproduire les étapes du développement de l'unité psychocorporelle (sensation-perceptions-représentations-symbolisation).

Dans la prochaine partie, nous allons présenter en détail notre rencontre avec Eric, un des adolescents participants, et son évolution durant les séances de l'atelier. Le parcours d'Eric permet d'apporter un éclairage concernant nos différentes hypothèses.

IV) Rencontre et réflexions autour de l'atelier corporel :

A) Eric : À « corps défendant »

Je rencontre Eric dans le cadre de l'atelier corporel. Les informations recueillies se basent sur les données réunies dans son dossier médical, sur les échanges avec l'équipe, ainsi que sur mes observations lors de temps informels, puis lors de l'atelier corporel.

Eric a eu seize ans le 25 avril 2013. C'est un garçon aux cheveux courts châtains avec les yeux verts. Eric mesure 1 m 57 pour 85 kg, il présente donc un surpoids conséquent que l'Organisation Mondiale de la Santé catégorise comme étant à la limite entre une obésité de classe I et II. Lors de mes premiers contacts avec lui, il m'apparait comme un adolescent réservé, plutôt à l'écart des autres. Il parait replié sur lui-même, tant au niveau de son comportement que de sa posture.

1. Anamnèse

Eric est né prématurément à sept mois, il pesait 2,1 kg et n'est pas allé en couveuse. Je ne dispose pas d'éléments concernant son développement psychomoteur. Sa mère évoque beaucoup d'angoisses par rapport au fait qu'*« il a mis du temps à rattraper son poids* ». Son père parle d'une attitude surprotectrice de la mère qui « *a donné le biberon à Eric toutes les nuits jusqu'à l'entrée au CP parce qu'il pleurait beaucoup* ». Il a un frère de deux ans son ainé.

Entre 5 ans et 7 ans, Eric rencontre un psychiatre en libéral pour une énurésie secondaire, une anxiété de séparation surtout lors des rentrées scolaires (qui se poursuivra jusqu'au collège), et l'impression de voix dans sa tête, ceci ayant débuté après le divorce de ses parents. Eric vit alors chez sa mère avec son frère.

Puis, à l'âge de 10 ans, il est de nouveau suivi pour des troubles obsessionnels compulsifs. La mère évoque « *les manies d'Eric* » avec des objets ou des tissus qu'il ne peut pas toucher au risque de déclencher des colères violentes. Sa mère le décrit comme très calme en classe, mais violent et agressif à la maison.

À l'entrée au collège, il obtient de bons résultats. Cependant, il est l'objet de moqueries de la part de ses camarades de classe concernant son physique. Il va alors développer une phobie scolaire qui débouche sur de nombreuses absences au cours de son année de 5ème. Il passe tout de même en 4ème, mais son absentéisme total durant le 3ème trimestre et la chute de ses résultats entrainent un redoublement, dans une 4ème à petit effectif. Malgré ces dispositions, il sera entièrement déscolarisé durant cette année (2011-2012).

Durant sa déscolarisation, il développe une phobie sociale, il vit alors dans sa chambre, volets clos, en mangeant uniquement selon les rituels rigides qu'il s'est établi. Sortir de sa chambre lui est très difficile, les trajets en voiture sont impossibles à cause de la peur que les autres le regardent. C'est durant cette période qu'il prendra beaucoup de poids.

D'autres peurs assez inquiétantes feront leur apparition comme : la peur de mourir s'il prononce le nom de « la Dame Blanche », la peur que les personnages sortent de la télé, et la peur de son reflet dans le miroir.

Au niveau des antécédents familiaux, on peut noter que la sœur de la mère d'Eric s'est suicidée à 55 ans par noyade après ingestion médicamenteuse volontaire. Sa grand-mère maternelle à tenté de se suicider à plusieurs reprises ; la mère d'Eric étant elle-même dépressive et actuellement sous antidépresseurs.

2. Admission à l'hôpital de jour

C'est dans ce contexte que son psychiatre demande à l'hôpital de jour de recevoir Eric pour une journée d'observation en juin 2012.

Le bilan psychologique réalisé par la suite mettra en avant la lutte d'Eric afin « *de maintenir un sentiment de continuité d'existence, par une organisation figée, où rien ne doit changer* ». Il dénote aussi un monde interne révélateur d'un « *univers infantile asexué* » (monstres, magiciens, anges, golems) ainsi que des « *difficultés à lier affect et représentation* », et, enfin, des « *limites intérieur-extérieur floues* ».

Le WISC-III montre une efficience intellectuelle normale, mais des difficultés au niveau praxique et dans l'agir, alors que la communication verbale est préservée.

Eric est conscient de ses difficultés mais dénie l'angoisse. La question de l'hallucination se pose lorsqu'il dit « *depuis quelques temps, c'est moi qui gère par rapport à la voix qui me dit de faire* ». La conclusion du bilan met en garde contre le risque d'une évolution schizoïde.

Le diagnostic posé à l'entrée sera une ***anxiété sociale de l'enfance***[1] et un ***épisode dépressif avec symptômes psychotiques***[2]. L'admission d'Eric est alors décidée dès la rentrée suivante (septembre 2012), il sera scolarisé en 4ème au sein de l'hôpital de jour.

À l'admission d'Eric en septembre, nous apprendrons par sa mère le décès de son grand frère durant l'été dans un accident de la route. Cela ne remettra cependant pas en cause son admission.

Aucun bilan psychomoteur n'a été réalisé à son arrivée. À travers mes observations et en me basant sur les grands axes de la psychomotricité, je tenterai alors d'apporter des indications concernant son organisation psychocorporelle.

3. Son parcours depuis l'admission

o *Projet de soin*

Il suit une prise en charge avec une psychologue et un psychiatre de l'établissement. Il suit un traitement médicamenteux de 5 ml de Prozac (antidépresseur) tous les jours, ainsi que 1 mg de Temesta (anxiolytique) selon son état clinique.

Ses parents sont invités à des entretiens mensuels avec le psychiatre et l'éducateur référents d'Eric. Eric est très proche de sa mère. Son père n'est pas souvent présent aux entretiens, car ses contacts avec Eric sont rares. En effet, Eric ne lui adresse plus la parole depuis que son père a eu un nouvel enfant avec sa nouvelle femme.

Eric participe à plusieurs ateliers à l'hôpital de jour, comme l'atelier d'écoute musicale, l'atelier création d'objets, le groupe de parole, et l'atelier corporel.

Il bénéficie aussi de séances individuelles de psychomotricité auxquelles je n'assiste pas. Cependant, d'après les éléments dont je dispose, je peux dire qu'au vu des difficultés d'Eric à entrer en mouvement, les séances sont axées sur du dessin par lequel il peut montrer son monde interne (Combat entre des émotions : l'amour contre la haine).

---

[1] F 93.2 selon la Classification Internationale des Maladies : CIM-10
[2] F 32.3 selon CIM-10

- *L'avis de l'équipe*

Depuis son arrivée, il apparait aux yeux de l'équipe soignante et des professeurs comme très discret, mais volontaire. L'équipe parle d'une capacité d'Eric à « *attirer vers lui* », à donner envie de « *l'adopter* ». Il ressort aussi unanimement du discours de l'équipe, un contraste entre la rareté de ses interventions et leur pertinence. Eric parait investi dans sa prise en charge et s'empare de ce qui lui est proposé avec intérêt.

- *Eléments recueillis lors de temps informels*

Lorsqu'il n'a pas cours, il est souvent seul au même endroit dans la grande salle (qui est la salle commune où la plupart des adolescents se retrouvent entre les cours). Il se place entre un mur et deux tables, et ne lâche que très rarement son sac à dos, qu'il place devant lui. Il semble alors comme barricadé entre tous ces éléments, comme pour se protéger d'attaques qui pourraient venir de l'extérieur.

Il passe son temps libre à dessiner seul. Ses thèmes récurrents sont les Pokémons ou les personnages fantastiques (elfes, gnomes). Pourtant, on peut le surprendre à dessiner des personnages féminins de manga dans des tenues très légères, voire totalement dénudées, ce qui contraste avec son univers infantile. Il semble qu'il montre ici deux aspects très différents de sa personnalité.

Concernant sa posture, il se tient de façon très enroulée au niveau des épaules et du cou. Il porte chaque jour un pull avec des poches à l'avant, lui permettant d'avoir en permanence les mains cachées dans les poches. Il marche sur la pointe des pieds et son regard est très fuyant. Les mimiques de son visage sont pauvres, à l'exception de rares sourires. Je pense qu'il présente une atonie psychomotrice, se traduisant par des initiatives motrices rares ainsi que des gestes lents et peu expressifs. Il donne physiquement l'impression d'un bloc rigide, figé, à l'image de son organisation psychique.

Après ces premières impressions, j'ai choisi d'intégrer Eric à l'atelier corporel que j'ai mis en place cette année.

4. Pourquoi l'atelier

Il a semblé intéressant qu'Eric participe à cet atelier à cause de ses difficultés « ***à lier affects et représentations*** » évoquées dans le bilan psychologique. Grâce aux différents temps de l'atelier décrit précédemment, il pourra expérimenter des situations sensorimotrices qui pourraient l'amener à recréer ce « lien ».

Aussi, pour ***renforcer son sentiment de limites corporelles***, il serait intéressant d'insister sur l'intégration du schéma corporel et de l'image du corps autour de la conscience de l'enveloppe corporelle. Ses difficultés à repérer clairement la limite entre intérieur et extérieur seraient en concordance avec la suspicion d'un tableau clinique psychotique.

La question de l'angoisse étant également très présente, les temps calmes proposés dans l'atelier autour de la respiration peuvent être bénéfiques afin qu'il puisse ***s'appuyer sur un sentiment de sécurité interne.*** La respiration est aussi un moyen pour pouvoir envisager la limite intérieur-extérieur car elle se trouve à l'articulation entre ces zones.

Les signes cliniques retrouvés peuvent être rapprochés des ***troubles de la conscience de soi et du vécu corporel***, que S. Tribolet et M. Shahidi décrivent comme *« pouvant se traduire par un trouble de la perception de sa propre personne, de l'existence intime de soi-même et de ses limites, de l'identification de soi et de l'autre, de sa propre réalité, etc.»*[3].

5. Evolution dans l'atelier

Je vais maintenant tenter de mettre en avant la progression d'Eric au sein de l'atelier corporel, en prenant comme supports les informations recueillies avant l'atelier, et les observations faites durant les premières séances.

---

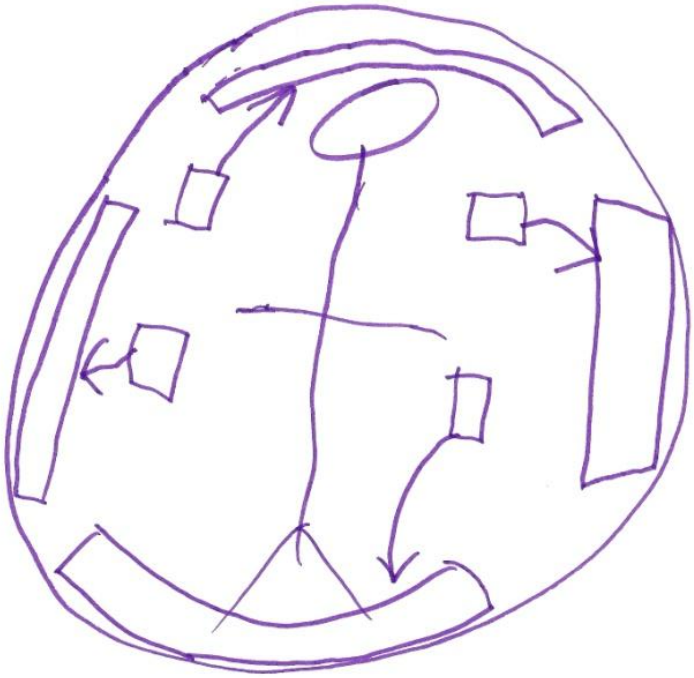
[3] S. TRIBOLET *et al* « *Nouveau précis de sémiologie des troubles mentaux* » p 107

- *Engagement corporel*

Eric a investi cet atelier dès la première séance en évoquant sa curiosité. Depuis, il est le seul adolescent qui attendait à côté de la salle à l'heure où commence l'atelier ; il avait donc bien repéré ce moment dans le temps et l'espace.

Au début des séances, j'ai pu repérer ses difficultés à s'engager dans le mouvement, tant au niveau de l'amplitude de ceux-ci dans l'espace, que dans leur mise en jeu harmonieuse (coordination).

Son rapport à l'espace semble être vécu comme insécure : ce qu'il pourra évoquer à travers un dessin où il se représente dans une bulle renforcée de boucliers.



De fait, sa manière de s'engager dans le mouvement *à minima* semble être une protection. Son corps lui sert alors de boucliers face aux « attaques » pouvant émaner de l'extérieur, il est donc figé, rigide.

Cette attitude pourrait également évoquer une distinction précaire entre lui et autrui. Où commencent les limites de l'autre ? Est-il perméable à autrui ? Voilà peut-être les questionnements sous-jacents de cette attitude défensive, impénétrable.

Cette question des limites rappelle la notion de *Moi-peau* développée par D. Anzieu[4]. Selon lui, le Moi-peau est une enveloppe, une peau psychique, qui se construit pendant les premiers échanges mère-enfant. D'une peau commune mère-enfant, l'enfant va petit à petit se construire sa propre enveloppe et ainsi s'individualiser et se construire sa propre identité.

Ceci pourrait être rapproché de la grande proximité avec sa mère lors de son enfance, qui évoque peut être la difficulté à construire sa propre enveloppe et son identité. Plus généralement, cette difficulté à s'individualiser pourrait entrainer une différenciation précaire avec autrui. La question de l'identité, nous l'avons vu, semble indissociable du processus d'adolescence, et Eric n'échappe pas à cette problématique.

Par ailleurs, il semble plutôt mal à l'aise dans la relation à l'autre. En effet, la proximité est difficile à supporter (elle déclenche des rires, peut être dû au débordement pulsionnel que cela provoque). Aussi, la distance qu'il met spontanément entre lui et les autres est grande.

Cette attitude posturale « défensive » à nécessairement des conséquences toniques. Elle se traduit par une hypertonie au niveau des épaules, des trapèzes et de la nuque. La régulation tonique au niveau de ces zones est difficile pour lui. En effet, j'ai pu repérer de légers sursauts de sa tête lorsqu'il doit la lever ou la faire tourner lentement. Il a aussi les épaules relevées en permanence à cause des contractions musculaires. On peut alors penser à la notion de cuirasse caractérielle et tonique de W. Reich qui permet de mettre en lien cette hypertonie avec son état interne angoissé.

Toutefois, j'ai pu observer au fil des séances une amélioration dans sa capacité de relâchement tonique. Ce progrès est probablement à mettre en lien avec le climat de confiance qui s'installe progressivement dans le groupe, mais également, peut être, avec l'ancrage du sentiment de sécurité interne recherché dans les propositions (respiration, ressenti des limites corporelles, de la structure osseuse, etc.).

Durant les premiers temps calmes, il devait garder les yeux ouverts et une posture assise. A la fin de l'atelier, il pouvait s'allonger sur le dos, fermer les yeux, et relâcher légèrement les tensions dans la nuque, les épaules, les mains et les jambes.

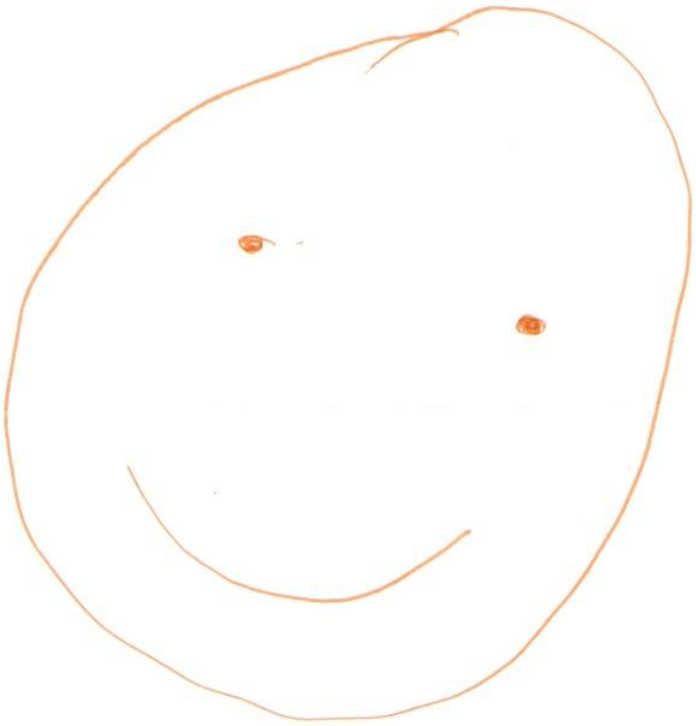
---

[4] D. ANZIEU, «*Le Moi-peau* », Dunod, Paris, 1995

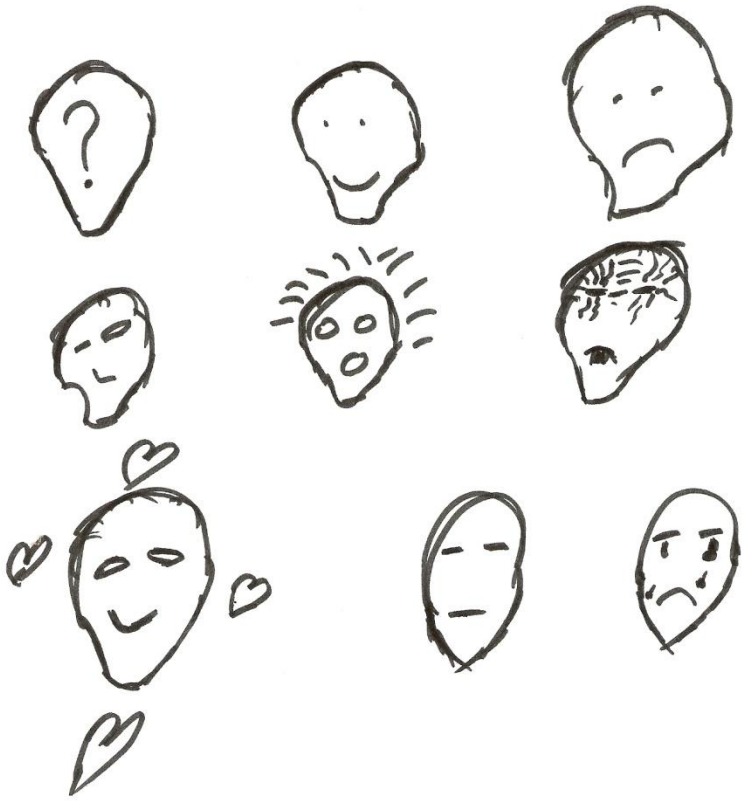
Au début, son expressivité corporelle et ses mimiques étaient très pauvres. De fait, pendant un jeu où chacun devait mimer une émotion face aux autres, il a dû abandonner pour la joie, ne sachant pas comment s'y prendre malgré plusieurs tentatives. Comme s'il ne parvenait pas à habiter les émotions, qu'il y restait étranger.

Toutefois même s'il ne parvenait pas toujours à mettre des mots sur les émotions, ou à les « incarner », il a tout de même pu représenter par le dessin son changement d'état après la séance.

En effet, au début de la séance, il a exprimé son mal-être, mais à la fin, il a dessiné une tête souriante en disant : « *Vous m'avez fait oublié que j'allais mal, je me sens bien maintenant, je vous remercie* ».



Au fil des séances, j'ai pu constater qu'il parvenait à s'engager corporellement de manière plus globale, mettant tout son corps en mouvement. Ses mouvements étaient également plus amples et plus ouverts. Son expression corporelle et ses mimiques étaient plus riches et variées. Il a d'ailleurs pu dessiner toute une série de visages avec leur propre mimique correspondant aux émotions mimées lors d'un exercice (cf. dessin p 70).



J'ai pu constater qu'il prenait plaisir à participer à ces jeux, il a lui-même verbalisé de la fierté à pouvoir faire deviner ses intentions aux autres.

Progressivement, j'ai senti Eric de plus en plus en confiance face au groupe. Même s'il ne prenait pas la parole spontanément, il a cependant réussi à s'affirmer pour faire une proposition au travers d'un jeu de mime.

Les adolescents devaient mimer des émotions inscrites sur un papier. À la fin du jeu, j'ai proposé que si quelqu'un avait une idée qui n'était pas sur les papiers alors il pouvait tenter de nous faire deviner. C'est alors Eric qui nous a tous surpris en proposant une idée à lui. Il a tenté de nous faire deviner le mot « Sournois ». Selon lui, c'est « *quelqu'un qui ressemble à quelqu'un de bien mais qui fait de mauvaises choses en cachette* ».

Dans cette proposition, on retrouve une nouvelle fois cette correspondance, entre ce qu'on montre ou cache et ce qui est bien ou mal, qui existe entre les dessins de figures infantiles, et ceux de femmes dénudées qu'il faut cacher ; qui existe aussi dans les mains qu'il cache dans son pull et dont il sous-entend qu'elles tiennent « *un objet interdit* ».

Au travers des différentes séances d'atelier, il a pu montrer sa capacité à prendre plaisir à participer à des jeux avec autrui. Il a réussi à s'ouvrir peu à peu, et à rire lorsqu'une situation était drôle, même si son rire est encore retenu. Il s'est également permis de faire de l'humour à mon sujet en me disant « *vous vous débrouillez plutôt bien pour une stagiaire* ».

J'ai pu également remarquer qu'il dirigeait de plus en plus son regard vers moi au fil du temps. J'ai l'impression que la relation qui s'est tissée et la confiance qu'il m'a accordée s'est amplifiée un peu plus à chaque séance.

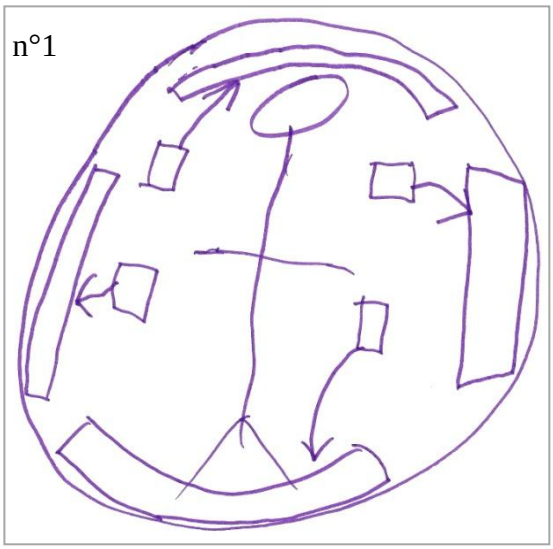
- *Dessins*

J'ai pu remarquer que ses dessins ont évolués au fil des séances. En effet, ils se sont complexifiés et ont pris de plus en plus de place sur la feuille.

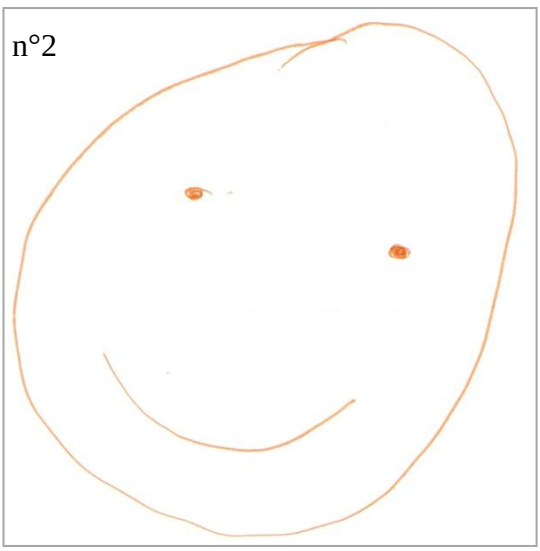
Une progression est visible concernant son rapport à soi et son rapport à l'autre. En effet, sur les premiers dessins, il se dessine seul sans visage, souvent il se dessine par partie segmentée (la tête, la main).

Dans les dessins où il se représente, il commencera par dessiner l'espace autour de lui (n°1), puis son état d'esprit (n°2), ensuite sa contenance (n°3, en rapport avec la sensation de la peau lors d'un massage avec une balle), et enfin, lui en relation avec les autres (n°4, il représente la scène d'un exercice où l'on devait guider verbalement une personne pour que sa posture se rapproche au plus près de celle d'une photo de statue).

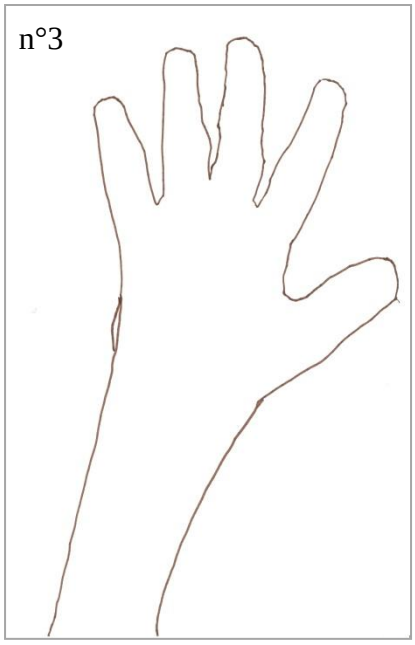
n°1



n°2



n°3

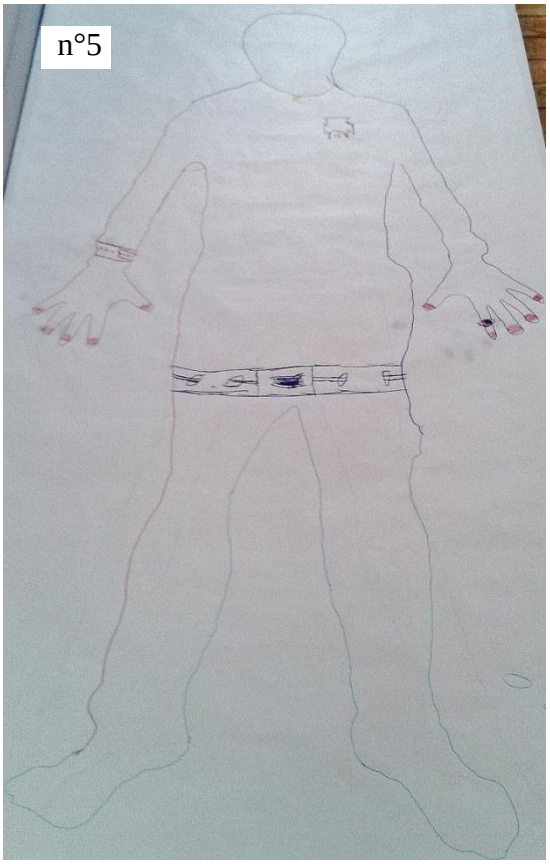


n°4



Le premier dessin de bonhomme est le n°1, le bonhomme est alors représenté en bâtons. Lors de la 6ème séance, il reproduit l'action d'une séance en dessinant plusieurs bonhommes qui sont en deux dimensions (n°4). Les expériences vécues lors des différentes séances ont peut être ancré la sensation de volume, d'épaisseur, de contour.

n°5



Durant la dernière séance, le dessin s'est donc déroulé sur sa silhouette, préalablement dessinée en traçant le contour de son corps sur le sol. Sur cette silhouette (n°5), il a décidé d'ajouter une bague, un bracelet, un collier, et un tatouage sur le torse en précisant « *c'est ce que j'aurai plus tard* ». Il a également ajouté une ceinture. Le tatouage représente « *quelque chose entre son frère et lui* », il prévoit de le réaliser quand il sera majeur.

Cette dernière séance lui a donc permis de se projeter dans le temps, d'envisager son futur.

Il a souhaité amener cette silhouette chez lui. Cette volonté m'a fait me questionner. Va-t-il continuer le dessin chez lui ? Envisage-t-il la silhouette comme une sorte d'*objet transitionnel* ? L'a-t-il amené pour se remémorer l'atelier, pour garder un souvenir ? L'a-t-il amené pour conserver la trace de ce qu'il était à ce moment précis ?

Je rencontrerai de nouveau Eric après les vacances de mai lors d'une séance individuelle de conclusion, peut-être qu'il pourra m'en dire plus sur le devenir de cette silhouette.

6. Bilan

A travers sa participation et son investissement dans toutes les séances de l'atelier, il ressort une dynamique d'évolution très positive. En effet, Eric a pu se saisir des propositions qui lui ont été faites. Il a réussi à être à l'écoute de ses sensations, de ses émotions, et a ainsi pu les représenter par le dessin et les mettre en mots.

Il semble plus en confiance au sein du groupe, ce qui lui accorde une meilleure liberté d'expression, autant sur le plan verbal que corporel. Je pense que grâce aux expériences proposées, il a pu s'appuyer sur un sentiment d'unité, d'enveloppe, de différenciation. Ses angoisses semblent moins présentes, ce qui se traduit par une posture plus ouverte et une diminution des tensions corporelles.

Eric a également réussi à trouver sa place au sein du groupe et à s'affirmer par des prises d'initiatives. Dans cette période d'adolescence, où l'identité est notamment remise en cause, il a été nécessaire de le valoriser afin qu'il prenne confiance en lui et remarque que ses interventions sont pertinentes.

En tenant compte des difficultés de séparation d'Eric, la préparation à la fin de l'atelier a été pensée en amont, afin qu'elle soit vécue de manière apaisée.

Au vu de l'évolution d'Eric dans l'atelier, le psychomotricien a décidé de commencer prochainement un travail moins centré sur le dessin, en l'amenant vers une mise en mouvement. L'hospitalisation d'Eric se poursuivra à la rentrée prochaine, tout comme ses séances individuelles de psychomotricité.

B) Réflexions et questionnements

La mise en place de cet atelier et sa réalisation m'ont amené à me questionner concernant le groupe et la pluridisciplinarité, c'est ce que je vais développer dans cette partie.

1. Le groupe

Après avoir terminé l'atelier, je pense que la durée des séances aurait pu être allongée à 1h00 (au lieu de 45 min). En effet, des séances plus longues auraient permis de développer davantage le temps de paroles et le temps calme.

Le nombre de séances aurait pu être plus important. Effectivement, douze séances étaient initialement prévues, mais seulement huit ont été réalisées à cause d'événements imprévus ou d'absences des participants. Des séances supplémentaires auraient pu permettre d'approfondir certains domaines. Toutefois, j'ai tout de même réussi à amener une progression dans les propositions, tout en étant attentive au rythme de chacun.

Aussi, le fait qu'il s'agisse d'un groupe fermé a eu des avantages et des inconvénients. En effet, le groupe fermé permet la constitution d'un sentiment de confiance retrouvé et amélioré à chaque séance. Une solidarité et une certaine complicité se sont installées progressivement entre les membres des groupes. Cependant, lorsqu'un seul des adolescents pouvait être présent, nous avons dû annuler les séances prévues. De fait, il n'était pas pertinent de faire fonctionner le groupe avec deux adultes et un seul adolescent, le cadre aurait alors était trop perturbé et la notion même de groupe aurait été remise en cause.

Nous avons également dû faire face aux absences répétées de Tom, pour des causes extérieures à l'atelier. Ces absences sont alors venues perturber la dynamique du groupe car les séances se déroulaient plus souvent sans lui. Cette situation a créé des tensions au sein du groupe, les adolescents présents reprochant à Tom de ne pas s'investir. Tom a donc eu des difficultés à s'inscrire dans le groupe à cause de ces nombreuses coupures. Nous nous sommes donc questionnés sur la façon de prendre en compte cet absentéisme.

Nous avons alors toujours mis en mots l'absence de Tom en début de séance, afin de conserver sa place malgré son absence. Lorsqu'il revenait, les adolescents lui expliquaient ce que nous avions fait durant son absence.

Les temps calmes sous forme de relaxation m'ont aussi questionné car certains auteurs déconseillent cette pratique avec des patients psychotiques. Dans le cadre de l'atelier, ces temps avaient pour objectifs de revenir au calme, et d'intégrer les sensations vécues durant la phase de mise en jeu corporelle, dans le psychisme et la réalité. Ce temps calme a, je pense, été bien vécu par tous les participants et a rempli son rôle apaisant.

Je pense pouvoir dire qu'il est devenu essentiel tant pour les adolescents que pour moi. En effet, c'est à partir de l'écoute de mes propres ressentis que je proposais ce temps. Ce dernier m'a donc permis de faire moi-même un travail de représentation, en prenant du recul sur les événements et en y mettant des mots, du sens.

J'ai aussi dû trouver la juste mesure dans l'approfondissement des temps de paroles. En effet, il est délicat d'amener un adolescent à se questionner ou à étoffer ses propos en groupe. Il faut alors pouvoir respecter ce que l'adolescent ne souhaite pas livrer devant le groupe.

C'est en partie pour cette raison que j'ai choisi de rencontrer individuellement chaque adolescent après la fin de l'atelier. Il s'agira pour eux de faire le point sur leur parcours, et peut être, de pouvoir verbaliser plus facilement des ressentis délicats à partager en groupe. Cette dernière rencontre sera aussi l'occasion pour moi de leur faire un retour sur ce que j'ai pu observer de leur évolution.

La création et l'animation d'un groupe était une première pour moi. La mise en place de ce projet m'a demandé de m'adapter aux attentes institutionnelles, sans toutefois en oublier les miennes. Au fil des séances, j'ai pu gagner en confiance dans l'animation et ainsi laisser davantage de place aux propositions des adolescents. En effet, j'ai pensé qu'il était très important de leur permettre d'être acteurs de cette prise en soin. Ma pratique a donc progressivement évoluée en favorisant l'émergence de leur créativité, en pouvant rebondir sur leurs propositions et les étayer.

2. La pluridisciplinarité

La pluridisciplinarité au sein de l'atelier a été bénéfique. De fait, même si l'éducateur a choisi de ne pas animer activement l'atelier et de me laisser faire les propositions, sa présence et nos échanges ont permis d'enrichir ma réflexion concernant les séances. J'ai ainsi pu recueillir ses ressentis, ses opinions ou ses divergences, dans un climat serein qui m'a permis de m'ajuster lorsque cela était nécessaire. Ces discussions étaient l'occasion de partager nos avis, tout en pouvant être amené à défendre nos idées.

Cette collaboration, au sein de l'atelier, mais également avec d'autres professionnels de l'établissement (infirmiers, psychologues, psychiatres, etc.), m'a permis d'élargir ma vision de la pratique, d'échanger des « savoir-faire et savoir-être », et de comprendre l'importance d'un travail pluridisciplinaire sans pour autant perdre de vue la spécificité de la psychomotricité.

❖ Conclusion

A partir de mes observations cliniques et des données théoriques concernant l'adolescence et la psychose, j'ai mis en avant la problématique psychocorporelle de ces patients. De fait, j'ai montré les difficultés propres à l'adolescence en ce qui concerne la quête d'identité, et l'appropriation de ce corps qui change devenant étranger à soi-même, bouleversant ainsi les repères existants. D'autres problématiques peuvent émerger, et parfois se surajouter, avec la psychose. Les sensations corporelles peuvent être troublées, tout comme certaines composantes psychomotrices (schéma corporel et image du corps, organisation spatio-temporelle, tonus, communication non verbale), comme si le lien entre corps et psyché était défaillant.

A travers ce mémoire, j'ai donc tenté de retranscrire l'expérience qui fut la mienne cette année, en tentant d'élaborer une approche psychomotrice auprès de ce public, autour de la création d'un atelier à médiation corporelle couplée au dessin. L'objectif de celui-ci était de permettre à ces adolescents de recréer le lien corps-psyché, et d'éprouver un autre rapport à leur corps, moins problématique, à travers des expériences psychomotrices partagées.

Au regard de ma rencontre avec les adolescents du groupe, et notamment avec Eric, je pense pouvoir dire que l'atelier mis en place cette année a permis à ces adolescents de vivre des situations qui ont enrichi leurs perceptions corporelles, tout en favorisant leur intégration psychique. Cet atelier semble donc s'adapter à la problématique particulière de la psychose à l'adolescence.

Je regrette que l'atelier n'ait pu se poursuivre plus longtemps afin de pouvoir apprécier les effets sur une période plus longue. Toutefois, il est probable que l'atelier recommence à la rentrée prochaine, il serait alors animé par le psychomotricien.

La psychomotricité, grâce à son approche holistique, prend tout son sens durant cette période d'adolescence et dans les troubles de la personnalité, où l'individu est touché dans sa globalité. Il s'agira pour le psychomotricien, par une *mise en mouvement*, d'étayer et d'accompagner la personne vers une *mise en pensée*.

Le psychomotricien pourra s'appuyer sur différents médiateurs, tout comme il pourra s'appuyer sur différents courants théoriques, qui viendront colorer sa pratique. Le choix peut s'effectuer en fonction de ce qui lui parait le plus pertinent, au vu de la problématique du patient, et de sa sensibilité. Cependant, je ne crois pas en une *solution unique* pour la prise en charge des patients mais à la complémentarité des approches et des sensibilités.

Si la psychomotricité semble particulièrement pertinente, il ne faut pas pour autant sous-estimer le rôle des autres professionnels. J'ai pu faire l'expérience de la prise en charge pluridisciplinaire cette année, il me semble que c'est un réel atout, qui permet une complémentarité entre les différents acteurs de soin, dans l'intérêt du patient. Tout au long de l'année, j'ai ainsi pu me faire une idée de la spécificité de la psychomotricité, et de ce qu'elle peut apporter tant auprès des patients que dans une équipe.

Pour terminer, nous pouvons nous interroger concernant le rapport au corps de ces adolescents du XXIème siècle, dans notre société où le corps doit être parfait, à l'image des mannequins sur papier glacé. Dans cette course à la beauté, cellulite, poils, vergetures, doivent disparaitre.

J'ai pu constater que les adolescents n'échappent pas à ce phénomène, ils tentent eux aussi par tous les moyens de maitriser leur look, leur image, leur reflet. Nous pouvons alors nous demander quelles conséquences peut avoir cette quête de la beauté, de la perfection, sur le rapport au corps et à soi, des adolescents.

Ce phénomène de société pourrait-il aggraver le « mal-être » des adolescents et entrainer des dérives ? La psychomotricité pourrait-elle alors s'intéresser à la question du contrôle du corps et de l'apparence poussée à l'extrême ?

❖ Bibliographie

American Psychiatric Association « ***DSM-IV-TR*** », Manuel Diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4ème éd, Masson, Paris, 2003

BELLANGER A. « ***Vivre et se figurer un corps*** », Mémoire de psychomotricité, Bordeaux, 2012

BLOSSIER P. « ***Groupe et psychomotricité, le corps en jeu*** », Marseille, Solal, 2002

BOUTINAUD J. « ***Psychomotricité, psychose et autisme infantile*** », Paris, In Press, 2010

BRUN A. *et al* « ***Les médiations thérapeutiques*** », Toulouse, Erès, 2011

CALZA A., CONTAN M. « ***Psychomotricité*** », *L'adolescent : Le corps entre biologie et passion*, par SUDRES J.L, 3ème éd, Paris, Masson, 2007

CICCONE A., M. LHOPITAL « ***Naissance à la vie psychique*** », Paris, 2ème éd, Dunod, 2001

DEFIOLLES-PELTIER V. « ***Les vérités du corps dans les psychoses aigües*** », 2ème éd, Paris, Vernazobres -Grego, 2010

GOUDARD E. « ***Corps, psychose, et relation*** », Mémoire de psychomotricité, Bordeaux, 2012

GUERRESCHI L. « ***Les représentations du corps de l'adolescent psychotique*** », Mémoire de psychologie clinique, Bordeaux, 2002

GUY M. « ***Mon corps, cet étranger…*** », Mémoire de psychomotricité, Bordeaux, 2009

http://apps.who.int/classifications/icd10 (Classification Internationale des Maladie en ligne)

JEAMMET Ph. « ***Paradoxes et dépendances à l'adolescence*** », Yakapa.be

LAPLANCHE et PONTALIS « ***Vocabulaire de la psychanalyse*** », p 192 et 316, Paris, Puf, 1967

MARCELLI D., BRACONNIER A. « ***Adolescence et psychopathologie*** », 7ème éd, Issy les Moulineaux, Elsevier-Masson, 2011

MOLINIE N. « ***Au travers d'une quête d'identité, un chemin vers l'autonomie*** », Mémoire de psychomotricité, Bordeaux, 2011

NASIO J. « ***Mon corps et ses images*** », Paris, Payot & Rivages, 2008

PESCAY E. « ***L'adolescent déficient intellectuel : entre corps et graphie***. *De la conscience corporelle au processus d'élaboration* », Mémoire de psychomotricité, Bordeaux, 2011

POMMEREAU X. « ***Nos ado.com en image*** - *Comment les soigner* », Paris, Odile Jacob, 2011

POTEL C. « ***Corps brûlant, corps adolescent*** – *Des thérapies à médiations corporelles pour les adolescents ?* », Toulouse, Erès, 2006

POTEL C. « ***Etre Psychomotricien*** - *un métier du présent, un métier d'avenir* », Toulouse, Erès, 2010

POTEL C. « ***Psychomotricité : entre théorie et pratique*** », Paris, 3ème éd, In Press, 2010

POUS G. « ***Thérapie corporelle des psychoses*** », 29-50p, Paris, L'Harmattan, 1995,

RICHARD F. « ***Les troubles psychiques à l'adolescence*** », Paris, Dunod, 1998

RIVET A. « ***Psy-chose et Psychomotricité*** », Mémoire de psychomotricité, Bordeaux, 2012

SEGAL H. « ***Introduction à l'œuvre de M. Klein*** », p 33, Paris, Puf, 1969

ROUSSILLON R. *et al* « ***Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale*** », Issy les Moulineaux, Elsevier-Masson, 2007

SCIALOM Ph., GIROMINI F., ALBARET J.M., « ***Manuel d'enseignement de psychomotricité*** », Marseille, Solal, 2011

TRIBOLET S. *et al*. « ***Nouveau précis de sémiologie des troubles mentaux*** », p 107, 2005

WINNICOTT D.W. « ***Jeu et réalité*** », p 73, Paris, Galimard, 1976

www.chups.jussieu.fr

www.larousse.fr

www.psychisme.org

www.psynem.org

www.sur-la-toile.com

www.wikipedia.fr

Table des matières

❖ **AVANT PROPOS** ---- **1**

❖ **INTRODUCTION** ---- **2**

I) PRESENTATION DU LIEU DE STAGE ---- **4**

A) FONCTIONNEMENT DE L'HOPITAL DE JOUR ---- 4
B) PLACE DE LA PSYCHOMOTRICITE ---- 6
C) CONTEXTE DE MON STAGE ---- 7

II) L'ADOLESCENCE ---- **9**

A) DEFINITION ET GENERALITES ---- 9
B) DIFFERENTS MODELES DE COMPREHENSION ---- 10
1. Modèle physiologique ---- *11*
o La puberté ---- 11
o Le bouleversement hormonal ---- 11
o La poussée de croissance ---- 11
2. Modèle sociologique ---- *12*
3. Modèle psychanalytique ---- *13*
o Les conflits psychiques ---- 13
o Les mécanismes de défense ---- 14
4. Modèle cognitif ---- *15*
C) L'ADOLESCENT ET SON CORPS ---- 16
D) LE NORMAL ET LE PATHOLOGIQUE ---- 18

III) LA PSYCHOSE A L'ADOLESCENCE ---- **19**

A) LA PSYCHOSE ---- 19
1. Selon le DSM-IV et la CIM-10 ---- *19*
2. Fonctionnement psychique ---- *21*
o Position schizo-paranoïde ---- 22
o Aspects pathologiques ---- 23
3. Développement de la fonction symbolique ---- *25*
B) PARTICULARITES DE LA PSYCHOSE A L'ADOLESCENCE ---- 26
1. Troubles anxieux liés au corps ---- *26*
2. Troubles identitaires ---- *27*
3. L'investissement narcissique ---- *28*
C) DIFFICULTES DIAGNOSTIQUES ---- 29
D) MODES D'APPARITION ET PRONOSTIC ---- 31

E) VECU CORPOREL DE L'ADOLESCENT PSYCHOTIQUE ---- 32
1. Troubles des sensations ---- *32*
- Le corps « moins » perçu ---- 33
- Le corps « plus » perçu ---- 33

2. La mise en scène du corps ---- *34*
3. Troubles psychomoteurs ---- *35*
- Schéma corporel et image du corps ---- 35
- Organisation spatio-temporelle ---- 37
- Tonus ---- 37
- Communication non-verbale ---- 39

IV) HYPOTHESES ---- 40

V) MISE EN PLACE D'UN GROUPE THERAPEUTIQUE : « L'ATELIER CORPOREL » ---- 41

A) DU PROJET A LA REALISATION ---- 41
B) SUPPORTS THEORIQUES ---- 42
1. L'approche corporelle pour une « mise en pensée du corps » ---- *43*
- Développement de l'unité psychocorporelle ---- 43
- En psychomotricité ---- 44
- Intérêt ---- 46
- Limites ---- 47

2. Les médiations ---- *48*
3. Les groupes thérapeutiques ---- *49*
C) LE CADRE ---- 52
1. Le cadre physique et psychique ---- *52*
2. Les objectifs de l'atelier ---- *56*
- Objectifs généraux ---- 56
- Objectifs spécifiques ---- 56

3. Les différents temps de l'atelier : ---- *57*
- Temps d'accueil ---- 57
- Temps de « mise en jeu corporelle » ---- 57
- Temps de dessin ---- 59
- Temps de paroles ---- 60

IV) RENCONTRE ET REFLEXIONS AUTOUR DE L'ATELIER CORPOREL : ---------- 62

A) ERIC, A « CORPS DEFENDANT » ---------- 62

1. Anamnèse ---------- 62

2. Admission à l'hôpital de jour ---------- 63

3. Son parcours depuis l'admission ---------- 64

- Projet de soin ---------- 64
- L'avis de l'équipe ---------- 65
- Eléments recueillis lors de temps informels ---------- 65

4. Pourquoi l'atelier ---------- 66

5. Evolution dans l'atelier ---------- 66

- Engagement corporel ---------- 67
- Dessins ---------- 71

6. Bilan ---------- 73

B) REFLEXIONS ET QUESTIONNEMENTS ---------- 74

1. Le groupe ---------- 74

2. La pluridisciplinarité ---------- 76

❖ **CONCLUSION ---------- 77**

❖ **BIBLIOGRAPHIE ---------- 78**

TABLE DES MATIERES ---------- 81