

Le secret de soi : la notion d'intime en psychomotricité auprès d'adolescents psychotiques

Jérémy Vigour

► **To cite this version:**

Jérémy Vigour. Le secret de soi : la notion d'intime en psychomotricité auprès d'adolescents psychotiques. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01068847

HAL Id: dumas-01068847

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01068847>

Submitted on 26 Sep 2014

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.



Université Pierre et Marie Curie - Paris VI

Site Pitié-Salpêtrière

Institut de Formation en Psychomotricité

Le Secret de Soi

La notion d'intime en psychomotricité auprès d'adolescents
psychotiques

Mémoire présenté par Vigour Jérémy

En vue de l'obtention du diplôme d'État de Psychomotricité

Référent de mémoire :

Mr A. CONSTANT

Session juin 2014

Remerciements

*Je tiens à remercier Mr Constant, pour ses conseils avisés,
ses relectures et sa patience jusqu'au dernier moment,*

*Ma tutrice de stage, pour sa disponibilité, ses nombreux
conseils et pour toutes ces discussions passionnantes et
passionnées,*

Aux patients, qui m'ont beaucoup appris,

*L'ensemble de l'équipe pour son accueil et son enthousiasme
tout au long de l'année,*

*A ma famille, pour son soutien et ses encouragements
durant cette année particulière,*

à Thomas, pour ses compétences informatiques.

Sommaire

Introduction.....	3
Présentation Clinique.....	5
I- Présentation de l'institution.....	6
1. Organisation de l'institution.....	6
a. Organisation des espaces.....	6
b. L'équipe institutionnelle.....	7
c. Les intervenants extérieurs.....	7
d. Organisation du soin.....	8
2. Place de la psychomotricité.....	10
a. Dans l'institution.....	10
b. Ma place en tant que stagiaire.....	10
II- Présentations des cas cliniques.....	11
1. Présentation de Kilian.....	11
a. Première rencontre avec Kilian.....	11
b. Anamnèse.....	13
c. Histoire de la maladie issue du dossier médical.....	13
d. Au sein de l'Hôpital de jour.....	15
e. En psychomotricité.....	16
2. Présentation de Maxime.....	23
a. Anamnèse.....	23
b. Histoire de la maladie.....	24
c. Au sein de l'Hôpital de jour.....	25
d. En psychomotricité.....	26
Détour Théorique.....	35
I- L'intime.....	36
1. Définitions.....	36
2. Les composantes de l'intime.....	37
3. L'intime se construit par le corps.....	38
II- Clinique des dysharmonies psychotiques.....	39
1. Les dysharmonies psychotiques.....	39
2. Évolution à l'adolescence.....	40
Réflexion théorique-clinique.....	42
I- L'intime et la limite.....	43
1. Les limites du corps et de l'extérieur.....	44
a. La notion de Moi-peau.....	44
b. Les défaillances du Moi-peau.....	45
2. L'espace de soi et des autres.....	47
a. La distance relationnelle.....	47
b. Le toucher comme accès à l'intime de l'autre.....	48
c. L'espace propre et la kinesphère.....	51
3. Le réel et l'imaginaire.....	53
a. L'espace transitionnel.....	53
b. L'espace transitionnel, un espace de partage ?.....	53

II- Intime et individuation : Rôles du psychomotricien ?.....	55
1. Aux sources de la fusion.....	56
2. Rôles du psychomotricien dans l'individuation : l'exemple de Maxime	57
a. Le psychomotricien comme agent intégrateur.....	58
b. Une appropriation en acte.....	59
c. Faire sous le regard de l'autre.....	60
d. Favoriser l'émergence de ses désirs...et non imposer les siens. .	62
III- L'intime et l'identité.....	64
1. L'inscription dans les générations	65
2. L'identité sexuée.....	68
3. Identification et modèle.....	71
Conclusion.....	76
Bibliographie.....	77
Annexe.....	81

Introduction

L'adolescence est une période de changements sur tous les plans. Les transformations/pubertaires modifient les repères corporels de l'enfance. Le corps devient progressivement celui d'un adulte. Ces modifications entraînent des bouleversements sur le plan psychique, avec l'appropriation de son nouveau corps et une volonté de s'éloigner de ses parents devenus trop proches. L'adolescence peut être perçue comme une reconquête de son intime, retrouver un corps en qui on a confiance, retrouver un espace pour soi.

Le choix de traiter la notion d'intime est venu après une rencontre avec un patient. Au cours de cette séance, qui sera décrite dans le mémoire, l'adolescent est devenu très proche de moi. Il est venu percuter mon intimité et ce contact m'a déstabilisé puis beaucoup interrogé.

Suite à cela, je me suis penché sur la notion d'intime. Au niveau théorique, le concept d'intime est proche de la philosophie, de la sociologie ou de la psychologie. Dans toutes ces disciplines, le corps est plutôt à la marge. Pourtant, le corps est le lieu de notre première intimité, il est notre première « maison ».

Par conséquent, que signifie l'intime en psychomotricité ? Comment la mise en jeu du corps vient interroger l'intime chez des adolescents psychotiques ?

L'intime en psychomotricité peut s'envisager sous le signe de la limite. La mise en jeu du corps vient interroger les limites du corps, la

limite des autres.

Puis, l'intime, c'est aussi avoir un corps à soi. Comment le psychomotricien peut-il aider ces adolescents à s'approprier leur corps ?

Enfin, l'intime, en tant qu'essence, pose la question de l'identité et de ses remous corporels et psychiques pendant la période de l'adolescence.

La première partie de ce mémoire est consacré au contexte institutionnel et à la présentation de Kilian et Maxime.

Un détour théorique constituera une seconde partie afin de préciser la notion d'intime et ses implications en psychomotricité et un éclairage sera apporté aux dysharmonies psychotiques.

Pour finir, une réflexion théorico-clinique articulant la notion d'intime et des situations cliniques constitueront la dernière partie.

Présentation Clinique

I- Présentation de l'institution

1. Organisation de l'institution

L'institution dans laquelle j'ai effectué mon stage est un hôpital de jour (HDJ) intersectoriel pour adolescents autistes, psychotiques et états limites. Les adolescents sont accueillis de 14 ans jusqu'à l'âge de 18 ans, mais il existe une possibilité de prolonger le temps de soin sur la structure jusqu'à la veille des 19 ans. Le site se compose de deux structures comprenant une partie HDJ et l'autre partie étant un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP).

Il est important de noter que ce même lieu, avant d'être un HDJ pour adolescents, était un HDJ pour enfants. Son ouverture, relativement récente, a amené certains patients à côtoyer ce même lieu en tant qu'enfant puis en tant qu'adolescent.

a. Organisation des espaces

Le site s'articule autour d'une cour intérieure entourée de différents bâtiments. Un premier bâtiment est composé, au rez de chaussée, d'une salle d'accueil et de jeu pour les adolescents. Une cuisine ainsi qu'une salle de repas pour les adolescents s'y trouvent également. A l'étage, se trouvent un secrétariat, les bureaux des médecins, une salle d'attente pour les entretiens médicaux. Au deuxième étage, divers bureaux et une salle de réunion. Un second bâtiment accueille une bibliothèque, une salle réservée pour les éducateurs et une autre pour le CATTP. Enfin, dans un dernier bâtiment, se trouvent l'atelier d'ergothérapie, la salle de classe et à l'étage, la salle de psychomotricité, la salle vidéos et la salle de musique.

Un jardin et un gymnase complètent aussi le site.

L'organisation des bâtiments apparaît comme contenant avec cette cour intérieure. Cette organisation peut profiter à des adolescents dont la problématique principale est souvent liée au morcellement et à l'éclatement. De même, globalement, chaque espace propose une fonction spécifique, ce qui peut participer à une structuration et à une définition de l'espace et du temps pour les patients.

b. L'équipe institutionnelle

L'équipe soignante est une équipe pluridisciplinaire composée de deux médecins, un cadre de santé, de cinq infirmiers, deux éducateurs, une ergothérapeute, une psychomotricienne, une assistante sociale, une psychologue, une secrétaire, deux agents du service hospitalier ainsi que différents stagiaires infirmiers, éducateur et psychomotricien.

Une enseignante détachée de l'éducation nationale est présente dans l'institution. Elle participe aux réunions de synthèse offrant un autre regard sur les adolescents. Elle possède un statut hybride car elle ne fait pas partie de l'équipe soignante en tant que tel mais elle conçoit l'école comme thérapeutique, en complément des temps de soins. En outre, le temps d'école proposé peut signifier aussi pour les adolescents un accès à la normalité dans la mesure où, eux aussi, comme leurs pairs, ont un temps scolaire.

c. Les intervenants extérieurs

Dans le cadre de différents ateliers, plusieurs intervenants extérieurs sont amenés à collaborer avec l'équipe soignante et les adolescents. Ces derniers interviennent dans les ateliers sculpture, écriture et théâtre.

Les intervenants extérieurs ne participent pas aux réunions de synthèse. Toutefois, ils permettent d'élargir le soin en proposant et en adaptant des activités avec lesquelles le personnel paramédical n'est pas

compétent mais dont l'utilisation qui en est faite peut être thérapeutique pour les patients. Ils permettent aussi aux adolescents de côtoyer des personnes extérieures et pas seulement le personnel soignant. De ce point de vue, l'HDJ présente une passerelle vers l'extérieur, ne se définissant pas uniquement comme un lieu de soin coupé du monde.

d. Organisation du soin

Chaque adolescent dispose d'un emploi du temps personnalisé et adapté à chacun. En réunion de synthèse (hebdomadaire), il est décidé des différents temps de soin pour le patient lorsqu'il est présent sur la structure. En effet, certains adolescents bénéficient de temps de soin dans d'autres structures que l'HDJ et viennent seulement quelques jours dans la semaine. Le soin est ainsi organisé en fonction des problématiques personnelles de chaque adolescent, en coordination avec d'autres structures de soins extérieures éventuelles.

Un adolescent peut bénéficier de prises en charge en individuel, en groupe, d'un temps d'école. Des entretiens médicaux et/ou des entretiens avec la psychologue sont programmés toutes les deux ou trois semaines pour chaque adolescent.

Les prises en charge en individuel sont réservées uniquement dans le cadre de l'ergothérapie et de la psychomotricité.

Les prises en charge en groupe sont nombreuses et diverses.

De même, des séjours peuvent être organisés durant l'année (séjour au ski par exemple).

Les prises en charge s'arrêtent les premières semaines des vacances scolaires où sont proposées d'autres activités aux adolescents.

Les prises en charge en groupe dominent les propositions de soin. Le

groupe est envisagé ici en termes de sécurité et de contenance. Le groupe est aussi un moyen d'affronter l'extérieur, pouvant être parfois anxiogène pour certains adolescents. Les prises en charge individuelles quant à elles, offrent la possibilité pour les patients de s'exprimer tels qu'ils sont ou d'exprimer certains besoins spécifiques que la prise en charge en groupe ne permet pas. Elles peuvent être soit en complément d'une prise en charge en groupe, soit en vue d'intégrer un groupe ou lorsque le groupe s'avère être trop angoissant.

Une journée type à l'HDJ s'organise de la façon suivante. Un temps d'accueil est prévu le matin avant les prises en charge, qu'elles soient individuelle, groupale ou scolaire. Ensuite, le temps du midi est constitué d'un temps de repas thérapeutique, d'un temps libre, avant que les prises en charge de l'après-midi commencent. Enfin, le temps du départ est organisé autour d'un goûter.

L'organisation de la journée est un moyen pour certains adolescents de se structurer. Dans des contextes sociaux et psycho-affectifs parfois difficiles, l'HDJ offre un lieu avec des repères stables et sécurisants.

Les adolescents sont séparés en deux groupes répartis en fonction des jours de la semaine et de leurs disponibilité. Les adolescents les plus régressés sont présents les mardis et les jeudis alors que les autres adolescents sont présents les autres jours. Toutefois, cette organisation n'est pas figée et des adolescents peuvent intégrer d'autres jours par rapport à leur projet de soin.

2. Place de la psychomotricité

a. Dans l'institution

La psychomotricienne présente dans l'institution intervient uniquement au niveau de l'HDJ. Elle prend en charge aussi bien en individuel qu'en groupe sur l'ensemble des jours de la semaine.

Les prises en charge en psychomotricité sont décidées en réunion de synthèse, en concertation avec l'ensemble de l'équipe et sous l'aval des médecins. La salle de psychomotricité se situe dans le bâtiment en face de la salle d'accueil des adolescents.

b. Ma place en tant que stagiaire

J'étais présent dans l'institution le mercredi et le vendredi toute la journée sur l'ensemble de l'année universitaire.

Le mercredi, je participais au groupe d'ergomotricité sur le corps et ses composants : l'os, les muscles et la peau. Ce groupe fonctionne en co-thérapie avec l'ergothérapeute et la psychomotricienne. Ma place dans ce groupe est dans une position de soutien et d'étayage. Je participe au repas thérapeutique le midi avant une prise en charge individuelle.

Le vendredi, je participe à deux séances en individuel et au groupe relaxation, avec la participation de la psychomotricienne et d'un infirmier.

Progressivement, au cours de l'année, je mène les différentes séances individuelles et le groupe de relaxation.

La participation à ces différents temps m'a permis d'observer les adolescents dans différents contextes et à différents moments de la semaine. C'est aussi une occasion de créer un lien entre nous, notamment lors des temps informels et les temps libres.

Les deux cas cliniques du mémoire sont des adolescents que j'ai suivis dans le cadre des prises en charges individuelles le vendredi.

II- Présentations des cas cliniques

1. Présentation de Kilian

Kilian est un adolescent de 18ans ½ lorsque je le rencontre pour la première fois en août 2013. Les différents éléments qui vont suivre sont issus de son dossier médical, de bilans dans les activités, de conversations dans des temps informels et de mes propres observations.

a. Première rencontre avec Kilian

Cette première rencontre a eu lieu lors du premier jour de stage. Les prises en charge n'avaient pas encore débuté et des jeux étaient proposés aux adolescents.

Kilian a été le premier adolescent à venir me parler, en questionnant ma présence au sein de l'établissement. Lorsqu'il apprend que je suis stagiaire en psychomotricité, il se met spontanément à me raconter le contenu de ses séances. La psychomotricienne tente alors de l'interrompre mais il ne semble pas l'entendre et continue avec plus de détails. J'ai du mal à suivre son discours, je ne comprends pas tout car il ne cherche pas à me redonner le contexte des séances. Les liens sont difficiles à faire et je me sens perdu dans cette discussion. C'est alors que je me rends compte que nous ne sommes plus que tous les deux dans la pièce. Les autres adolescents sont à l'extérieur avec le personnel soignant. Il faut l'intervention de la psychomotricienne pour rejoindre le groupe. Une aide extérieure est nécessaire pour me sortir de cette relation qui me paraît déjà singulière.

Ce premier contact me laisse une impression étrange. Kilian parle beaucoup et sa parole est accompagnée de nombreux mouvements. Il

n'hésite pas à se confier à un inconnu, racontant l'intimité des séances de psychomotricité. Cet adolescent me paraît envahissant et débordant. Dès lors, la perception des limites m'interroge chez lui. Dans son discours, je ressens une proximité et son tutoiement résonne comme si nous étions des amis de longue date.

Un peu plus tard, au cours d'un jeu collectif proposé aux adolescents, je me retrouve à beaucoup échanger avec lui. Une fois le jeu terminé, il souhaite me parler et m'écarte une nouvelle fois du groupe. L'intérêt qu'il me porte me fait plaisir. Néanmoins, je n'ai pas encore conscience de ce qui peut se jouer à cet instant. Il montre alors une excitation difficile à contenir. Killian change beaucoup de postures et se dandine devant moi. Les expressions de son visage sont inadaptées à la situation (nombreux rictus). Lorsque je lui demande la raison de cette entrevue, il dit vouloir me parler « pour faire connaissance ». Son discours est pauvre et il répète les mêmes phrases. Je ne saisis pas le but de cet échange.

Ce second contact confirme mon impression de bizarrerie. En effet, Kilian montre une discordance entre son discours, assez pauvre, et sa surcharge gestuelle. Dans la relation, il fait preuve de maniérisme et de mimiques. Ses gestes semblent artificiels et sans lien avec le discours. Par ailleurs, cet interlude me met mal à l'aise. Je ressens une tentative de collage, je me sens happé dans cette relation trop proche, trop fusionnelle. Elle est rapidement étouffante pour moi et j'éprouve le besoin de m'extirper. J'ai donc rejoins les autres adolescents du groupe.

Depuis cette première rencontre, Kilian semble m'avoir beaucoup investi. Dès lors, j'ai conscience que je vais devoir être vigilant et garder une certaine distance dans cette relation.

b. Anamnèse

Kilian est un jeune homme pris en charge à l'hôpital de jour depuis 2009.

Dernier d'une fratrie de cinq enfants, il vit avec sa mère, ses frères et ses sœurs. En effet, Kilian a perdu son père lorsqu'il avait onze ans des suites d'une longue maladie. Par ailleurs, le dossier médical fournit peu d'informations sur les conditions de la grossesse. Il est uniquement signifié un alitement de sa mère au septième mois. De ce dossier, il ressort un lien très fort entre Kilian et sa mère. En effet, il est allaité jusqu'à l'âge de trois ans et a dormi au contact du sein de sa mère jusqu'à l'âge de 17 ans.

Dès son plus jeune âge, il montre des difficultés dans la séparation : Kilian est un enfant qui pleure et crie beaucoup. La séparation avec son milieu familial semble difficile et anxiogène.

c. Histoire de la maladie issue du dossier médical

Les premiers troubles de la maladie sont observés au moment de son entrée à l'école. Kilian est décrit par la maîtresse comme un enfant replié sur lui-même et n'interagissant pas avec ses camarades de classe. C'est un enfant qui bouge très peu et préfère rester seul, ce qui renvoie à un sentiment de tristesse. L'école est un lieu de souffrance pour Kilian. Cela s'exprime notamment par une perte de poids et un manque d'appétit. Malgré une première année compliquée, il poursuit sa scolarité jusqu'en grande section de maternelle.

Les apprentissages scolaires sont difficiles ce qui inquiète ses parents. Par ailleurs, Kilian exprime des troubles du comportement à la maison, notamment par une intolérance à la frustration (cris, pleurs). Dans ce contexte, les parents viennent consulter au CMPP (centre medico psycho-pédagogique) lorsque Kilian à 5 ans. Le compte rendu de bilan met

en avant des difficultés de séparation. Ainsi, une prise en charge est décidée pour travailler cette question avec sa mère et la rencontre avec les autres enfants. Les progrès dans la relation lui permettent de refaire une grande section de maternelle dans un autre établissement. Malgré ses progrès, Kilian a encore une attitude de retrait.

En 2002, il intègre un HDJ pour enfants. Son emploi du temps comporte un temps de soin, un temps d'école et aussi un aménagement d'un temps d'école extérieur. Kilian entre au CP, puis intègre une CLIS (classe d'inclusion scolaire) en 2005. Kilian est plus présent mais il n'entre toujours pas dans les apprentissages.

Entre 2007 et 2010, Kilian entre au collège dans une classe UPI¹, toujours avec un temps de soin. Pendant cette période, Kilian a des difficultés à se concentrer. Toutefois, il montre des capacités, de la bonne volonté et les progrès dans la relation à l'autre se poursuivent.

1 Unité Pédagogique d'Intégration, dispositif permettant l'intégration d'adolescents (âgés de 11 à 16 ans) présentant un handicap mental au sein d'un collège. Les difficultés des adolescents rendent difficile leur intégration dans une classe ordinaire mais ces mêmes difficultés ne nécessitent pour autant pas une admission au sein d'un IME. Maintenant remplacée par l'ULIS. L'Ulis accueille 10 élèves maximum, présentant le même type de handicap ou de trouble, au sein d'un collège ou d'un lycée ordinaire. Les Ulis scolarisent des élèves présentant des troubles : des fonctions cognitives ou mentales (dont les troubles spécifiques du langage écrit et de la parole), envahissants du développement (dont l'autisme), des fonctions motrices (dont les troubles dyspraxiques), de la fonction auditive, de la fonction visuelle, multiples associés (pluri-handicap ou maladie invalidante).

d. Au sein de l'Hôpital de jour

Suivi depuis 2009, Kilian occupe une place à part dans l'établissement, aussi bien au niveau de l'équipe que des autres adolescents. En effet, dès son arrivée, il a suscité le rejet de la part des camarades et des soignants. Son comportement inadapté, ses mots, ses tentatives de « collage » ont vite été insupportables pour eux.

Aujourd'hui, même s'il n'est plus rejeté, Kilian reste à l'écart. Malgré un comportement plus adapté de sa part, les autres adolescents gardent en mémoire son comportement passé, le considérant toujours comme infréquentable. Cela peut expliquer son manque de confiance en lui et sa recherche de reconnaissance de l'adulte. Pourtant, certains d'entre eux refusent de lui serrer la main car il est vrai que Kilian ne fait pas toujours preuve d'hygiène, en ne se lavant pas les mains régulièrement. Dans sa relation avec les adolescents et le personnel soignant, il se montre curieux, voire intrusif et n'hésite pas à poser des questions personnelles et intimes. Ces dernières peuvent être une manière pour lui de réduire la distance avec son interlocuteur, de créer du lien ou encore une façon de percevoir ses limites en percutant celles des autres.

Lorsqu'il se laisse déborder par ses envies ou par son excitation, Kilian a des comportements ambivalents, surtout auprès des adultes masculins. Il n'hésite pas à se frotter, jusqu'à mettre en contact ses parties intimes contre eux. Toutefois, ce comportement n'est pas apparu depuis mon arrivée à l'HDJ. L'équipe relève une évolution dans l'attitude de Kilian. Il semble aujourd'hui capable de se contenir, de ne pas se laisser déborder par son excitation.

Kilian a quitté l'HDJ en janvier 2014 et son projet s'est orienté vers un HDJ pour adulte.

e. En psychomotricité

Les éléments qui vont suivre sont issus du bilan de la prise en charge en psychomotricité de juin 2013 et d'observations personnelles. Kilian est suivi en séance individuelle depuis septembre 2012.

Au niveau spatial, Kilian est passé d'un espace confus et fusionnel à un espace marqué par un intérieur. Il commence à jouer avec les limites. Il construit progressivement un contenant pour son corps et ses pensées, cela lui permet en partie de s'ouvrir à un espace environnant et aux autres. Toutefois, lorsqu'il éprouve une gêne, son esprit est figé, il semble ne plus pouvoir élaborer sa pensée et répète les mêmes phrases. De plus, dans ces moments là, il est envahi de rituels. Entre chaque espace qu'il traverse, il fait des allers-retours au niveau de l'espace de la porte.

Au niveau temporel, Kilian a tendance à sauter des étapes, revenir en arrière, penser plusieurs choses en même temps. Il semble être dans une structuration temporelle saccadée et arythmée, non sans conséquences sur sa concentration parfois fluctuante.

Au niveau tonique, Kilian présente des syncinésies² faciales. Elles s'observent principalement lors de tâches d'écriture, dans des moments de grande concentration ou bien lors de moments de gêne dans la relation à l'autre. Il a des difficultés à tenir son axe, il est souvent penché, soit sur un

2 Mouvements involontaires qui s'effectuent dans une partie du corps au moment où a lieu un mouvement (volontaire, automatique ou réflexe) dans une autre partie du corps. En psychomotricité, en dehors des atteintes neurologiques, les syncinésies renseignent sur le degré de maturation, les réactions émotionnelles et la dominance latérale. (Carric J. C., 2001, p. 181)

côté, soit vers l'avant ou l'arrière lorsqu'il se tient au bureau. Il éprouve aussi ces mêmes difficultés dans le maintien de sa posture. Il est souvent affalé sur la chaise ou en appui sur le bureau. La psychomotricienne lui demandant à plusieurs reprises de se redresser. Son tonus de fond est plutôt hypotonique.

Au niveau relationnel, Kilian cherche à être au même niveau que la psychomotricienne, comme un ami ou un proche. Toutefois, cette position a évolué au cours de la prise en charge pour être plus adaptée et contenue. Sa gestuelle est très maniérée, désorganisée. Sa voix a tendance à monter dans les aigus lorsqu'il est contrarié. Au niveau vestimentaire, sa tenue peut être négligée. Par exemple, il ne porte pas de ceinture alors que le pantalon est trop grand pour lui sans que cela ne le gêne.

Ainsi, à travers le bilan et mes différentes observations, Kilian semble éprouver le besoin de rechercher la limite entre un dehors et un dedans, de reconnaître son espace personnel. Ses propres limites sont floues, difficiles à percevoir et débordantes. Bien qu'un espace interne se construise progressivement, il est encore en pointillé. Il perçoit son corps comme sale, gênant ou comme source d'une excitation parfois difficile à contenir. Par conséquent, il semble rechercher, dans sa relation avec l'autre, à percevoir ses propres limites. En effet, en percutant les limites d'autrui, ce dernier vient lui signifier les siennes. Cette recherche de limites se retrouve également au niveau spatio-temporel. Les rituels, au niveau des portes, sont peut être un moyen pour lui de marquer ce changement d'un espace à un autre. La perception temporelle, quant à elle, reste difficile à appréhender. L'ordre, la durée et la succession sont des notions un peu confuses empêchant une représentation et une perception du temps claires.

Dès lors, le projet thérapeutique va s'orienter sur la construction d'un espace psychocorporel propre et sur la question de l'interdit et des limites. L'objectif est de permettre à Kilian d'éprouver son corps dans des limites sécurisantes et contenant. La médiation proposée est le jeu dramatique dans la mesure où ce dernier permet de matérialiser les limites entre soi et le personnage, la scène et la réalité. Les séances vont se structurer de la même manière. Après un temps libre de parole, l'histoire est créée et écrite. Elle sera jouée la semaine suivante. Cette organisation de séance permet à Kilian de prendre des repères au niveau de l'espace et du temps.

Ce projet est toujours en cours entre août 2013 et janvier 2014.

Les éléments qui vont suivre sont issus des différentes séances individuelles en psychomotricité depuis mon arrivée sur la structure en août 2013.

Premières séances

Après une pause dans la prise en charge après les vacances, Kilian est à la fois pressé et appréhende la présence d'une nouvelle personne dans les séances. Toutefois, il raconte quasiment tout depuis le début de sa prise en charge en psychomotricité. Il raconte sa compréhension des règles du jeu dramatique. Dans son discours, il se différencie de son personnage. Kilian a tendance à se déverser en parole, la psychomotricienne est obligée de lui rappeler le cadre. Il évoque ses thèmes préférés à jouer : « le caca et les fesses », le privé et le public. En les énumérant, Kilian me jette un regard pour voir, je suppose, ma réaction. Je ne peux m'empêcher à ce moment là de sourire. Mais c'est un sourire nerveux car je ne sais pas

comment réagir, si je dois rester de marbre ou signifier les thèmes abordés.

Fenêtre sur cour

Kilian montre un intérêt à vouloir jouer rapidement une histoire même si cette dernière n'est pas encore écrite. Il me demande d'être en observation lorsqu'il va jouer. Il dit être « à l'aise » maintenant avec ma présence et qu'il peut maintenant un peu plus « se lâcher ». Son relâchement s'exprime à travers beaucoup de paroles et de gestes. Ces derniers ne viennent pas forcément servir le discours, ses gestes s'éparpillent. Je perçois à ce moment là une difficulté pour lui à se concentrer, il cherche à me faire face, à me regarder et s'adresser directement à moi. Je suis positionné sur un côté du bureau. Est-ce, à ce moment là, une excitation trop forte à contenir ? Est-ce une manière de me tester, de voir si « je tiens le coup » en sa présence ? Ou les deux ?

L'histoire écrite et jouée se situe principalement dans les toilettes, et le personnage principal jette son sceau de déjections sur l'autre personnage. Les lieux d'aisance, lieu principal de la scène, sont placés au premier plan et en face de l'observateur. La scène est coupée en deux, avec un espace où sont matérialisées les toilettes et un autre espace désignant une salle de bain. De fait, en tant qu'observateur, je n'ai pas de « mur », je peux donc voir tout ce qui se passe dans la scène. Le personnage que joue Kilian reste un long moment sur les lieux, n'hésitant pas à faire de nombreux bruits. Il semble éprouver du plaisir à jouer cette scène et ce personnage car Il gesticule beaucoup et laisse échapper quelques cris. A plusieurs reprises, lors de la scène, il me jette des regards. Je me sens gêné car je suis en première loge, sans forcément savoir comment interpréter cette scène. Elle m'évoque une scène de voyeurisme ou d'exhibitionnisme, je subis cette scène. Est-ce là encore un moyen de me tester et de voir mes réactions ?

Le temps de verbalisation est l'occasion de montrer les différences entre ce qui a été écrit et ce qui a été réellement joué. Dans cette scène, en tant qu'observateur, je lui fais la remarque que le personnage qu'il jouait est resté longtemps dans les toilettes et qu'il n'a pas beaucoup échangé avec l'autre personnage. Kilian ne prête pas vraiment attention aux remarques, il semble encore dans la scène avec son personnage ou ailleurs. Le retour est compliqué, a-t-il des difficultés, à ce moment là, à refaire le lien avec la réalité ? Est-ce, le rôle dont il semble avoir pris beaucoup de plaisir à jouer, qui a suscité autant d'émotions ?

La réconciliation

Les séances suivantes sont consacrées à une scène autour d'un enfant non désiré. L'histoire raconte celle d'un couple qui, lorsque le mari apprend que sa femme attend une fille, la quitte. La femme cherche du réconfort chez sa meilleure amie. Cette dernière s'arrange pour organiser un rendez-vous de réconciliation.

Kilian s'attribue le rôle de la femme enceinte, il m'attribue le rôle du mari et celui de l'amie à la psychomotricienne. Au cours de l'élaboration de l'histoire, il confond les personnages avec nos prénoms, anticipant nos futurs rôles.

Lors du jeu, Kilian est agité, fait des gestes n'ayant pas de rapport avec le jeu, évoque un certain repli autistique, il s'enroule et se balance d'avant en arrière, lorsque son personnage discute avec sa meilleure amie. Il se redresse lorsqu'il apprend que son personnage et son mari vont se réconcilier. Peut-être attendait-il cette scène avec une certaine impatience, quelque chose de la rencontre entre nos deux personnages. Cette réconciliation a fait résonner chez lui une émotion particulière.

Lors de cette scène de réconciliation, le jeu a du être arrêté. Kilian a eu besoin d'une intervention extérieure pour rappeler la notion de faire-semblant. En effet, son personnage vient me toucher les mains et les cuisses. Je ressens ce contact comme ambigu, l'intention ne me semble pas claire. Ce toucher me perturbe, je n'arrive plus à penser, il est trop proche de la réalité. Je me sens manipuler à la fois comme un objet et comme source d'un désir. Je m'interroge maintenant quant à ma posture dans le jeu, étais-je trop proche ? Sous entendait-elle ce contact ? Est-ce que je devais être plus « dur » dans mon rôle ? Ou bien est-ce le cadre qui a permis ce contact inadapté ?

Père et fils

Kilian crée une histoire complexe où plusieurs espaces se mélangent. Il aborde d'une certaine manière le public et le privé. En effet, son histoire est celle d'un enfant regardant la télévision dans laquelle joue son actrice préférée. Il souhaite lui téléphoner et la rencontrer chez elle. Son père, dans la cuisine, l'entend et tente de l'en dissuader.

Il attribue le rôle de l'actrice à la psychomotricienne, il joue l'enfant et le rôle du père m'est attribué. Il y a une complexité en terme d'espaces : un espace clos, celui de la télévision puis deux espaces pouvant communiquer avec le salon et la cuisine.

Avant de jouer la scène, Kilian a un contact inadapté, il ne peut imaginer le geste et le réalise en demandant s'il est possible de le faire. Il pose sa main sur mon cœur et mon dos pour voir « si le cœur battait toujours, s'il est en vie ». Ce contact ne me déstabilise pas mais me surprend. Le toucher semble être un des moyens privilégiés pour lui de rentrer en contact avec l'autre, de sentir les limites de l'autre et les

siennes.

Hansel et Gretel

En accord avec Kilian, je mène les deux séances suivantes. Son attitude et son comportement changent, ils sont les mêmes qu'au début de la prise en charge : registre régressif au niveau du discours, excitation corporelle. Il se dandine sur sa chaise, ne tient pas sa posture et touche volontairement mes pieds ce qui entraîne une réaction de retrait de ma part. De part le positionnement du bureau dans un coin, je me sens un peu pris au piège. Je perds le fil de mon discours. Il a de nombreuses mimiques ce qui peut traduire une certaine désorganisation face au changement ou bien une excitation. Ces mimiques me perturbent, je me sens mal à l'aise et je n'arrive pas à me concentrer.

L'histoire qu'il choisit de créer est celle d' Hansel et Gretel revisitée. Les thèmes abordent l'abandon et le secours. Après s'être perdues, les personnages principaux se retrouvent prisonniers d'une sorcière. Il joue le rôle d' Hansel, je joue celui de Gretel et la sorcière est jouée par la psychomotricienne. Il entre plusieurs fois en contact avec moi au cours de la scène mais ces contacts sont adaptés. Je ne ressens pas de malaise lors de ces contacts. Les espaces sont plus investis, les relations entre les personnages sont plus complexes ; il peut y avoir de l'attaque, du soutien, de la protection.

Fin de prise en charge

Lors des deux dernières séances, Kilian choisit d'utiliser un ballon au lieu de jouer des histoires. Le changement de cadre a pu le déstabiliser a minima. En effet, il montre des signes d'excitations et d'agitation lorsqu'il utilise spontanément le ballon en poussant des cris et en étant dans un

mouvement permanent. Cependant, avec la psychomotricienne, nous nous positionnons de part et d'autre du ballon. De cette manière, contenu entre nous deux, il peut l'investir autrement sur sollicitation. Il montre un très bon équilibre et une bonne gestion corporelle ce qui peut supposer qu'il arrive à refréner son excitation.

Kilian a pu progressivement intégrer ses limites. Au départ confuses, en passant par le jeu, il a pu les percevoir comme contenant et organisatrices. Elles peuvent donc lui permettre de construire des repères plus stables.

2. Présentation de Maxime

Maxime est un adolescent de 18 ans lorsque je le rencontre pour la première fois en septembre 2013. Les différents éléments qui vont suivre sont issus du dossier médical, des différents bilans ainsi que de mes propres observations.

a. Anamnèse

Maxime est un adolescent pris en charge à l'HDJ depuis 3 ans.

Au niveau familial, le dossier médical évoque une grossesse vécue difficilement par la mère sans en donner les explications.

Maxime et sa mère ont une relation très proche. Le dossier médical décrit sa mère comme déprimée, avec d'importantes phobies (non précisées dans le dossier), très possessive et présentant une structure psychotique. Elle a un comportement plutôt fusionnant avec son fils. En effet, elle choisit elle-même ses vêtements, généralement trop petits, et

ce dernier n'a pas toujours le dernier mot dans les choix vestimentaires. Cette relation de proximité s'observe aussi au travers de nombreuses absences sur le temps de soin à l'hôpital de jour. Tout au long de l'année, j'ai pu observer le fait que Maxime soit malade ou qu'il « oublie » un rendez-vous médical, une séance de psychomotricité. Sa mère préfère alors rester avec lui pendant la journée. Elle le considère d'ailleurs aujourd'hui, d'après son médecin référent à l'hôpital de jour pour adolescents, toujours comme un enfant handicapé, ayant besoin de son aide et ne pouvant être compris par quelqu'un d'autre qu'elle.

D'après l'équipe soignante, son père semble tenir une position plus structurante.

Ses parents se sont séparés lorsque Maxime avait 4 ans. Il vit avec sa mère et passait un week-end sur deux chez son père. Cependant, son père a déménagé en province il y a un an et cette situation a évolué. A l'heure actuelle, il voit son père pendant les vacances scolaires ou sur quelques week-ends.

b. Histoire de la maladie

Les troubles de Maxime remontent à la petite enfance. Il présente très tôt des troubles de la relation et du comportement : fuite du regard, absence de langage et de communication, un retard psychomoteur global. Tous ces signaux alertent les parents.

Dans le cadre d'une consultation en CAMSP (centre d'action medico-social précoce), le médecin décrit une relation de symbiose totale avec la mère, une absence de langage et une terreur extrême pour le moindre bruit. Un diagnostic de psychose dysharmonique est posé à l'âge de 2 ans ½.

Un travail de séparation mère-enfant est amorcé et le symptôme

principal, c'est-à-dire par rapport au bruit, évolue vers des phobies plus isolées (bruits de perceuses et de marteaux). Selon le dossier médical, il développe son langage mais il n'est pas encore sujet de son discours.

Il intègre un hôpital de jour pour enfant en 2002. A son arrivée, il est décrit comme présentant des inhibitions massives. Il se montre comme un enfant peureux, fragile et se mettant à l'écart des autres enfants. Il s'identifie à des objets ou des animaux. D'après son médecin référent de l'époque, Maxime apparaît comme un enfant pouvant faire preuve d'autonomie, être en lien avec ses pairs alors qu'il se présentait souvent « collé » à l'autre. L'hôpital de jour pour enfant a été l'occasion d'observer une évolution dans le comportement alimentaire. Son alimentation était jusque là « très sélective sur un versant anorexique » pour reprendre les termes du compte rendu de départ de l'hôpital de jour.

Au niveau scolaire, Maxime a été scolarisé à temps partiel jusqu'en CM1, puis il intègre une CLIS en CM2 avant une classe UPI au collège.

c. Au sein de l'Hôpital de jour

A son arrivée à l'HDJ pour adolescents en 2011, l'équipe soignante note que Maxime apparaît en décalage, avec une certaine immaturité, que ce soit dans la relation à l'autre ou dans des jeux. En effet, il peut se montrer par moments enfantin à travers des remarques ou des attitudes.

Il peut aussi se laisser entraîner par les autres adolescents. Il arrive parfois qu'il reprenne des mots, des attitudes ou des comportements de certains adolescents. Ses pairs peuvent être pour lui une source d'imitation et/ou de socialisation.

Le passage de l'adolescence est une source de questionnements et d'angoisses. Cette question de l'adolescence est évoquée en entretien ou pendant les moments informels. Pour lui, être un adolescent, signifie

grandir et être sérieux. Quant on est un adolescent, il n'est pas possible de jouer et de se tromper. Selon l'équipe soignante, Maxime hésite entre grandir et rester dans une position d'enfant. Ainsi, en restant dans cette position d'enfant, il peut se tromper et dédramatiser ses échecs au regard de ses difficultés.

Depuis son arrivée, Maxime a intégré divers groupe, il prend plus d'initiatives, il n'est plus systématiquement dans une posture de petit. Toutefois, l'équipe remarque par moment encore un repli sur soi, un certain décalage dans la relation.

Il semble aussi qu'il y ait une dissociation avec une dégradation de ses capacités intellectuelles depuis un peu plus d'un an. Sa pensée est floue, désorganisée et confuse à certains moments. Il donne une impression de grand vide, s'appropriant l'avis des autres. L'équipe note une intelligence concrète mais observe aussi une détérioration de ses facultés cognitives. La question de l'hospitalisation en unité intra-hospitalière se pose depuis l'année dernière.

d. En psychomotricité

Les éléments qui vont suivre sont issus de mes observations lors des premières séances avec Maxime où, notamment, un dessin du bonhomme lui a été proposé. Il est suivi en séance individuelle de psychomotricité depuis septembre 2013.

Concernant son dessin³, sa production occupe le milieu et la partie haute de la feuille. Elle est proportionnée en trois tiers équivalents : la tête, le tronc, les jambes. Néanmoins, la tête est la partie la plus détaillée, son bonhomme sourit. On note la présence des cheveux, des oreilles, des yeux, une bouche et le nez. Cette mise en avant des différents

3 Annexe 1

sens (odorat, vue, ouïe) peut démontrer une curiosité de la part de Maxime sur son environnement, ou du moins, une attention sur le monde qui l'entoure. Les yeux sont les plus détaillés, ils sont grands ouverts, avec la pupille et les cils. La vue semble être le sens privilégié par Maxime.

Le reste du dessin est moins détaillé. Les détails corporels sont moins signifiés. Les bras sont inexistantes, les jambes, les mains, les épaules sont dessinées mais de façon imprécises. Or, les bras et les jambes sont des éléments d'exploration, d'emprises sur le monde permettant de se déplacer ou d'agir sur les objets. Maxime semble privilégier une exploration plutôt visuelle du monde environnant. Ces éléments corporels sont donc peut être moins différenciés ou intégrés pour le moment. Les épaules sont les derniers éléments à apparaître. Il est possible qu'elles aient été conscientisées au dernier moment lors du dessin.

Au niveau corporel, Maxime est fin et longiligne, voire maigre. Le jour du bilan, il porte des vêtements trop petits pour lui. Il m'évoque ce jour-là un pantin d'où des fils sortiraient des différentes articulations. Il me donne l'impression d'être coincé dans son corps, à l'étroit. Il existe aussi un début de négligence corporelle (cheveux sales, odeurs corporelles).

Au niveau tonique, Maxime possède un tonus de fond élevé. Le ballant des bras lors de la marche est peu présent, les épaules sont rassemblées en rotation interne. Cette tonicité se retrouve dans ses postures, droites et rigides, mais aussi dans des activités de motricité fine et de coordination : lors du dessin par exemple, seul son coude bouge, le reste du corps ne s'engage pas dans l'action et ne s'adapte pas au mouvement. De plus, certains traits du dessin sont plus appuyés que d'autres.

Maxime possède un bon repérage dans le temps et l'espace. Il se repère rapidement sur le calendrier.

Au niveau relationnel, il verbalise peu. Il m'évoque un sentiment de

vide interne. Il prend du temps pour réfléchir et répondre aux questions. Ces réponses sont courtes et son discours est souvent axé sur le concret.

La séance de bilan met en évidence des difficultés pour Maxime à intégrer et s'appropriier son corps. Il semble ne pas savoir quoi faire avec son corps, il apparaît plus comme une gêne. Son tonus lui permettrait de sentir et rassembler son corps, pour l'instant morcelé.

Sa relation avec l'extérieur s'opère principalement par un autre canal, la vue. Par conséquent, son rapport au monde est plus de l'ordre de l'imitation: l'autre devient un support et un modèle à copier.

Ainsi, le projet thérapeutique de Maxime s'axe principalement sur une appropriation corporelle. En effet, il éprouve des difficultés à verbaliser ce qu'il ressent et à sentir son corps. Le but est de trouver des appuis corporels et narcissiques afin de développer la confiance en soi et affirmer son identité face aux autres. Ainsi, Il s'agit pour lui de prendre possession de son corps, sur la base de différentes stimulations corporelles.

Les éléments qui vont suivre sont tirés de mes observations lors de la prise en charge de Maxime.

Le chantier

Les premières séances sont consacrées à un jeu de construction. Maxime émet le souhait d'utiliser différents éléments de la salle, qu'il nomme les « formes », pour construire. Ses constructions sont solides et il appelle l'une d'entre elles « la construction haute ». Ce titre est évocateur dans la mesure où il est très concret. Il est venu en séance avec un visage peu expressif et fermé. En effet, Maxime présente souvent une « ride du

lion » au niveau du front, donnant l'impression d'un mécontentement ou d'une inquiétude.

Le corps humain

Durant cette séance, je suis en observateur. La psychomotricienne propose un échauffement corporel avec la mobilisation des différents segments corporels : rotation de la tête, des épaules, des bras, du tronc, etc. Pendant cette proposition, Maxime a une posture droite, longiligne et rigide lors des mouvements. Dans leurs amplitudes, les mouvements sont restreints, les rotations des épaules sont aussi délicates.

Il propose de lui même, après avoir mobilisées les épaules, de mettre en mouvement les mains. Pour lui, au niveau du schéma corporel, elles ne semblent pas directement reliées aux bras, ni à l'ensemble du corps. Il y a comme un vide entre ses épaules et ses mains.

Cette première partie de séance l'amène à se questionner avec intérêt et curiosité sur l'organisation interne du corps et de son squelette. Pour lui, l'intérieur du corps est une nébuleuse, il y a des « choses » comme le cœur et les poumons mais qui n'ont pas forcément une place ou une organisation précises. Avec un puzzle en 3D du corps humain, il essaye d'en saisir l'organisation.

La manipulation d'objet est assez laborieuse, il imbrique des formes similaires (bombée avec bombée ou creuse avec creuse). Il semble difficile pour lui de percevoir une complémentarité des formes.

Chocs thermiques

Le thème abordé au cours de la séance est celui des ressentis corporels et des différences de températures. En traversant la cours, Maxime ne perçoit pas les « faibles » différences de températures entre le dehors et l'intérieur de la salle. Il fait très froid dehors, il y a du vent et il

est en T-Shirt. La psychomotricienne lui impose de mettre un pull. Il parle alors de son corps qui doit trembler pour qu'il rajoute un vêtement. Or, le tremblement reste un moyen de défense de l'organisme pour récupérer de la chaleur. Il ne ressent son corps que dans des conditions extrêmes de températures. Il paraît être indifférent aux changements de températures comme si son corps était anesthésié. Ainsi, il semble prendre conscience de son corps uniquement lorsque celui-ci est en souffrance ou dans des conditions difficiles.

Le thème de la séance est celui des ressentis corporels par rapport aux températures. Comment est le corps réagit lorsqu'il est chaud ou froid, etc. Un temps de relaxation avec une couverture lui est proposé en fin de séance. Maxime verbalise peu après cette séance.

Premières prises en charge

A partir de mi-novembre, je mène les séances en accord avec la psychomotricienne et Maxime. Ce changement ne semble pas lui poser de problème outre mesure, il apparaît même indifférent.

Pour la première séance, je lui propose d'utiliser un tissu. Il est élastique et ses deux bouts sont reliés par un nœud pour former un cercle. Le thème de la séance est celui des appuis au sol.

Maxime se saisit spontanément du tissu pour jouer au tir à la corde. Il utilise toute sa force pour tenter de nous faire tomber au sol. Il ne se retient pas dans l'effort, ni dans le mouvement. Il ne cherche pas à ralentir le rythme. Il est dans un dynamisme continu. Personnellement, je commence à avoir très chaud, à être un peu fatigué. Je lui propose de se poser un peu car il semble ne pas ressentir les effets de l'activité.

Pour se poser tous ensemble, nous, c'est-à-dire Maxime, la

psychomotricienne et moi, plaçons le tissu au niveau du bassin et nous nous éloignons pour le tendre. De cette manière, nous cherchons à nous asseoir et à être en équilibre. Toutefois, Maxime tombe au sol. Cette chute le questionne et le déstabilise beaucoup. Il se demande si tout le monde chute. Pour lui la chute est fatale, il est impossible de se relever. Il semble associer la chute au mou, à la dépendance voire même à la mort. Être au sol lui renvoie peut être un sentiment d'effondrement, qu'il essaye de combattre par ses postures et son tonus.

La séance suivante poursuit le travail autour des appuis et de l'équilibre. Au cours de cette séance, Maxime fait ses propres expériences d'équilibre sur un physio ball : sur le ventre, le dos, les genoux, se poser dessus et épouser la forme du ballon. Il alterne entre moment d'action et moment plus calmes, chose qu'il ne faisait pas la semaine précédente. Nous parlons peu avec la psychomotricienne. Cela m'évoque la capacité de jouer seul en présence de l'autre, je suis partagé à ce moment là entre intervenir et laisser faire. Paradoxalement, malgré le peu d'interventions de notre part, Maxime a du ressentir notre présence comme suffisamment sécurisante et contenant pour faire ses propres expériences.

Les effets de l'âge

Cette séance intervient après une longue période d'absence pour causes de maladie et des vacances de Noël.

Maxime se questionne sur l'âge et l'état corporel. Il associe la vieillesse au ramollissement du corps. Lors des exercices où il faut jouer le bébé, l'enfant, l'adolescent, l'adulte et la personne âgée, il montre parfois des décalages entre l'âge et les capacités corporelles. Par exemple, lorsqu'il joue la personne âgée, son interprétation est celle d'une personne marchant vite, « en pleine forme ».

Il est dans l'interaction et l'attente du soutien de l'autre. Il se questionne sur le regard de l'autre et la limite enfance/adolescence. Il a apprécié les jeux de l'enfance et la vieillesse.

Il commence à faire du lien entre les séances, il demande soit à utiliser des objets pour la semaine suivante ou bien rejouer le même exercice. A ce moment là, il émet des désirs, il investit des situations ou des objets et commence à se projeter dans l'avenir.

Sensations et émotions

Dans les séances suivantes, émerge chez Maxime une inquiétude par rapport à l'autre et au regard de l'autre sur lui. En effet, un adolescent de l'HDJ lui fait peur et l'impressionne, il ne sait pas comment lui faire face. Cependant, il n'arrive pas à nommer ses émotions, ni à bien percevoir les ressentis corporels liés aux émotions. Il parvient quand même à identifier et mimer quelques émotions à travers des postures comme la timidité.

Lors de propositions dans un second temps, il dit qu'il a des difficultés à sentir son corps, même lorsqu'il se passe une balle dessus. En revanche, lorsque c'est quelqu'un qui lui fait la même chose, il le perçoit. Il a des difficultés à percevoir les sensations plantaires et décide de lui même d'enlever ses chaussettes « pour mieux sentir la balle ». Il semble prendre conscience à cet instant là de ses propres sensations, de se différencier des autres ou à sentir une limite extérieure à son corps.

Home sweet home

Pendant une séance, il est amené à construire son propre abris. Il

construit son terrier avec une entrée et une sortie autour desquelles ses poursuivants ne peuvent l'atteindre. Lors du temps de verbalisation, c'est un effet « pop corn », de nombreuses idées émergent, il parle beaucoup, imagine des suites à son histoire, s'imagine jouer différentes sortes d'animaux. Il ne s'arrête pas à tel point qu'il faille rappeler le cadre temporel. Cette proposition a pu faire émerger chez lui des liens, des questionnements sur sa relation à l'autre, ses ressentis qu'il veut exploiter à travers le jeu. C'est peut-être aussi une situation qui, via le mouvement et le corps, a pu favoriser et stimuler son imaginaire. Enfin, cette libération de la parole peut être aussi le signe d'un désir personnel de créer et d'imaginer.

Dans une autre séance, il construit sa propre maison. Cette dernière possède une façade, un porte et une fenêtre. C'est une maison en deux dimensions, les autres murs ne sont pas construits, il y a juste un limite floue entre le dedans et le dehors.

Néanmoins, dans cette maison et « à l'abri » du regard, il est créatif. Il repasse, fait le ménage, se fait à manger. Bref, il prend soin de lui et de son intérieur. Pendant cette séance, je me suis sentis seul. Maxime et moi, la psychomotricienne étant en observation, étions chacun dans nos maisons respectives. Seulement, coincé dans ma maison, je l'ai sollicité, voire même harcelé, plusieurs fois, sans qu'il ne me réponde. Je ne savais pas quoi faire pour entrer en contact avec lui. Avec le recul, je pense que Maxime avait besoin de ce temps pour lui, qu'il investisse un temps à lui et pour lui dans la continuité de ses expériences lors de mes premières prises en charge.

Cette maison ou ce terrier peuvent représenter un début d'intimité chez lui, un espace où il peut se sentir en sécurité sans être désorganisé par l'extérieur.

La question de l'absence

Le suivi de Maxime n'est pas régulier : il peut se passer plusieurs semaines sans qu'il ne vienne en séance. En effet, Maxime fait des crises d'urticaire. Lorsque celles-ci se manifestent, sa mère annule les prises en charge. Elle préfère garder son fils auprès d'elle. De plus, il a été hospitalisé pendant plusieurs semaines au cours de l'année.

Toutes ces raisons peuvent expliquer ce suivi discontinu, qui fait que j'éprouve des difficultés à établir une continuité entre les séances.

Pour autant, Maxime s'est progressivement affirmé au cours de la prise en charge. Cela se traduit dans ses initiatives, dans ses propositions de jeux ou d'utilisation de matériel. En effet, au cours de certaines séances, il peut faire preuve de beaucoup de créativité en détournant les objets. Ainsi, une corde s'est transformée en lasso, en serpent ou en un mur délimitant son propre espace.

De plus, au niveau corporel, Maxime est capable de verbaliser ses sensations et ses ressentis. Au départ difficiles à distinguer, il discrimine petit à petit les sensations agréables des sensations désagréables et s'appuie dessus pour prendre confiance en lui.

Cette première partie a été l'occasion de présenter mon lieu de stage, les différentes prises en charge auprès d'adolescents ainsi que certains questionnements qui ont émaillé ces rencontres.

Dans une seconde partie, des éléments théoriques concernant la notion d'intime et les dysharmonies psychotiques permettront d'éclairer un peu plus les raisons de mes questionnements autour de ces rencontres.

Détour Théorique

Dans cette partie, il va être question de l'intime, de sa définition et de ses implications dans le champs de la psychomotricité.

Puis, compte tenu de ma clinique, un éclairage sera apporté sur les dysharmonies psychotiques et leurs évolutions à l'adolescence.

I- L'intime

1. Définitions

Selon André Lalande⁴, l'intime est « un intérieur par rapport à un extérieur, ce qui est fermé, inaccessible à la foule. Par extension, ce qui est connu du sujet seul, soit par accident, soit par essence, soit par nature ». Il en donne une seconde définition, l'intime est alors ce qui « s'oppose à superficiel, qui tient à l'essence du sujet. »

L'intime pose ici la question de la limite entre un intérieur et un extérieur, entre le sujet et les autres. Mais, la définition sous tend également une notion de profondeur de l'être, de ce qu'il est. En d'autres termes, ce qui est le plus à l'intérieur de soi, en latin, *intimus* étant le superlatif d'*intus* dedans . L'intériorité est, pour la philosophie, « ce que chacun appréhende ou croit appréhender immédiatement en lui même [...], se présente comme une expérience de sujet⁵ ». Ainsi, faire l'expérience de son intériorité est faire l'expérience de la subjectivité, d'être en soi.

Or, l'intime va de paire avec l'autre et la relation à l'autre. Pour Christian Godin, l'intime est « ce qui est le plus attaché à nous ⁶». Cette définition suppose une ouverture vers l'extérieur. Il en va de même pour

4 Lalande A., 1926, p.365.

5 Encyclopédie universalis, 2000, p.653.

6 Godin C., 2004, 364.

une des définitions du Larousse pour qui l'intime est « tout ce qui se passe entre amis »⁷, l'intime ne va pas sans l'autre, et nécessite donc une communication avec l'autre .

Ainsi, l'intime est « source de paradoxe ⁸», et pour résumer cette dialectique, François Jullien dit à propos de l'intime qu'il est à la fois « ce qui est le plus essentiel en même temps que le plus retiré et le plus secret, se dérochant aux autres [mais aussi] l'intime est ce qui associe le plus profondément à l'autre et porte en partage avec lui.⁹ »

Par conséquent, l'intime est une relation d'exclusion, à la fois grande fermeture, ma propre intimité, cet espace où je suis moi même, qu'avec moi même sans le regard de l'autre. Mais aussi, une grande ouverture sur l'autre, être son ami intime, c'est-à-dire connaître l'autre, avoir accès au plus proche de l'autre. Dès lors, être trop intime avec l'autre revient, paradoxalement, à restreindre sa propre intimité, au profit d'un espace de partage commun.

2. Les composantes de l'intime

Les composantes de l'intime sont fortement subjectives et dépendent également fortement du contexte social et culturel « qui lui donnent ses contours et ses contenus¹⁰ » pour Serge Escots. Ainsi, l'intime peut alors désigner soit :

- Un rapport entre un intérieur et un extérieur. Se pose ici la question

7 Larousse, 1997, p.361.

8 Cugno A. 2003, p.621.

9 Jullien F., 2013, p.24

10 Escots S., 2010, p.2.

du corps et des enveloppes corporelles, délimitant un dehors d'un dedans.

- Un secret, ce que le sujet veut garder pour lui, qu'il ne veut pas partager, qui reste à l'intérieur.
- Un lieu ou un espace qui crée ou évoque l'intime. Il peut s'agir d'une chambre d'adolescent par exemple ou des parties du corps comme les parties intimes.
- Une relation étroite entre des personnes. Il est question ici de la distance relationnelle et de la nature même de cette relation : amoureuse, amicale, professionnelle, thérapeutique.

3. L'intime se construit par le corps

Il a été déjà évoqué le lien entre le corps et l'intime notamment à travers des parties spécifiques du corps considérées comme *intimes*. Pour autant, l'intime *du corps* ne va pas de soi. Comme le rappelle Catherine Potel¹¹, il s'agit d'une construction, l'intime n'est pas inné. C'est la capacité d'un individu d'investir son corps comme sien, que son corps soit un réceptacle, un lieu habité par lui. L'intime du corps se traduit par la sensation d'avoir un corps à soi, sécurisé par des limites, des sensations propres sur lesquelles l'individu a confiance.

Pour Robert Neuburger¹², l'intime se construit d'abord par le corps. Le corps est le premier « territoire » de l'intime conquis par l'individu. Grâce aux mouvements, aux fonctions excrétrices, au langage, le bébé se crée et s'approprie son territoire corporel, différencié de celui de sa mère. Ce territoire s'étend ensuite progressivement. Le corps et ses prolongements,

11 Potel C., 2012, p.64

12 Neuburger R., 2000 p. 43

c'est-à-dire selon lui, les vêtements, la chambre, tout autre possession, font partie de cette première intimité « physique ». L'intime n'est pas seulement lié au corps mais l'intègre et le dépasse.

De plus, pour lui, l'intime personnel, à savoir la capacité d'un individu à agir pour et par lui même, est composé de trois domaines. Le corps et ses prolongements, le monde des pensées intimes (rêves, théories, convictions, désirs, secrets) et les actes. Ces trois domaines sont interdépendants les uns des autres. Dès lors, la non reconnaissance d'un domaine entraîne nécessairement un surinvestissement d'un ou des deux autres domaines. Par exemple, dans le cas de la psychose, le domaine corporel est souvent mis de côté. A l'inverse, le monde psychique est investi par des pensées parfois délirantes.

Ainsi, l'intime repose sur un trépied comprenant le corps, la mise en mouvement et le psychisme. L'intime n'est constitué que lorsqu'il y a une interaction entre ces domaines (le corps, l'acte et les pensées) mais aussi lorsqu'il y a la capacité à gérer cet intime dans le rapport à l'autre.

II- Clinique des dysharmonies psychotiques

1. Les dysharmonies psychotiques

Selon la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent, les dysharmonies psychotiques intègrent la catégorie des troubles envahissants du développement, schizophrénies, troubles psychotiques de l'enfance et de l'adolescence.

« Les dysharmonies psychotiques se caractérisent par un début des troubles vers l'âge de 3 ans. Leurs symptomatologies sont variables d'un enfant à l'autre et évolue avec le temps. Les motifs de consultation sont

divers : troubles du comportements, inhibition, manifestations phobiques ou hystériques, instabilité, dysharmonie dans l'émergence du langage et de la psychomotricité. Le déficit intellectuel n'explique pas la symptomatologie.

La scolarisation est souvent un échec avec un phobie scolaire ou des difficultés dans les apprentissages.

Malgré cette symptomatologie variée, il existe des mécanismes communs :

Une menace de rupture avec le réel, une absence ou mauvaise organisation du sentiment de soi et des rapports avec la réalité,

Une tendance au débordement de la pensée par des affects et des représentations,

Des angoisses diverses (effondrement, dépressives et de séparation) parfois attaques de panique.

Une dominance d'une relation duelle. »¹³

2. Évolution à l'adolescence

Les transformations de l'adolescence n'épargnent pas le jeune psychotique. Se pose alors la question des conséquences de ces transformations. Comme nous le rappelle Potel C., :

« [le développement sur un mode psychotique] barre, dès la petite enfance, l'accès à la triangulation, qui condamne à la fusion et à la l'indifférenciation, qui limite les capacités de symbolisation et empêche l'émergence d'une pensée autonome, les effets et les

13 CFTMEA, 2012, p.12.

conséquences des changements pubertaires sont très problématiques et aléatoires. Les enfants sont en grande difficulté pour intégrer l'accès à la genitalité [...] Arrivant à l'adolescence, toutes les activités d'intégration et d'assimilation psychiques ne vont pas être utilisées [...] Va-t-il cependant y avoir une adolescence ? »¹⁴

Ainsi, il existe plusieurs évolutions possibles. Cette période est l'occasion d'observer soit une aggravation des symptômes psychotiques (replis sur soi, hallucination) ou bien une amélioration avec une baisse des symptômes ou encore une indifférence face aux changements et à l'entrée dans l'âge adulte. Il s'agit alors d'adolescence blanche.

14 Potel C., 2006, p.69.

Réflexion théorico-clinique

L'intime ne va pas de soi, c'est une construction active de la part du sujet. Pour des adolescents psychotiques, dans une période de transformations aussi bien physiques que psychiques, cette construction peut s'avérer encore plus complexe et difficile.

L'intime interroge en premier lieu la limite. Il semble qu'il soit parfois difficile pour les personnes dans la psychose de faire la part entre ce qui vient d'eux et ce qui vient de l'extérieur.

L'intime est aussi un rapport à soi. Par la mise en jeu du corps, le sujet fait l'expérience de ce qui vient de soi, de son intérieur, de ses sensations distinctes de celles des autres. Pour des adolescents psychotiques, la sensation d'un corps à soi est la première étape dans cette expérience de subjectivité. Le psychomotricien, par son approche corporelle, peut les aider à s'approprier leur corps.

Enfin, l'intime est aussi ce qui fait notre essence. A l'adolescence, la sensation d'être soi dans son corps, dans son genre peut être remis en question. L'adolescence est une période de remise en cause de son identité et le passage vers le monde adulte est source d'interrogations.

I- L'intime et la limite

Aborder la limite, c'est faire la distinction entre un dedans et un dehors, c'est interroger la frontière entre deux espaces. Le corps, délimité dans ses contours et dans ses formes, protège, sécurise ce qui est à l'intérieur et offre un espace à soi. Ainsi, la limite est « ce qui contient et

différencie »¹⁵, elle permet de faire la différence entre le monde interne et le monde externe.

Cependant, la limite ne se conçoit pas en tant que frontière infranchissable mais plutôt comme une zone d'échanges où le dedans et le dehors interagissent.

Dans la psychose, les limites, le dedans, le dehors restent des notions floues. La limite est moins présente ou s'exprime en pointillée. La rencontre avec l'extérieur peut être angoissante lorsque les limites ne sont pas construites et sécurisées ; il apparaît difficile de faire la différence entre ce qui vient de soi et ce qui vient de l'environnement.

1. Les limites du corps et de l'extérieur

a. La notion de Moi-peau

Pour Didier Anzieu, le Moi-peau est « une figuration dont le moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps. »¹⁶ Il s'ancre sur une réalité physique et corporelle et, selon lui, « toute activité psychique s'étaie sur une fonction biologique. »¹⁷ Ici, la fonction biologique est celle de la peau et de ses propriétés. La peau représente une enveloppe à la fois psychique et physique, donne au sujet les limites de son corps et de ses pensées. La peau marque une frontière réelle et symbolique où l'indifférenciation entre soi et l'environnement n'existe plus.

15 Lesage B., 2013, p.109.

16 Anzieu D., 1985, p.61.

17 Anzieu D., *ibid.*

b. Les défaillances du Moi-peau

Une fois constitué, le moi-peau permet de ressentir une sécurité interne grâce à des limites corporelles et psychiques établies et construites.

Or, pour Maxime, ces limites ne paraissent pas tout à fait constituées. Il semble même que son Moi-peau soit atrophié. Cette atrophie peut aussi se retrouver dans ses postures, très droites, ses attitudes, plutôt rigides ou ses mouvements, qui peuvent manquer de fluidité. Il semble coincé à l'intérieur de son corps et manquer de place. Pour Anzieu D., le moi-peau est constitué d'un double feuillet, interne et externe, un peu à l'image de la plèvre pulmonaire. Le feuillet externe est en lien avec l'entourage du bébé alors que le feuillet interne est plus proche du corps du bébé. Ce double feuillet permet la réception mais aussi la transmission de messages. Il souligne également l'intérêt d'un espace nécessaire entre ces deux feuillets afin de laisser se développer le moi. Pourtant, chez Maxime, il semble qu'il n'y ait pas ou peu d'espace entre les deux. Son Moi semble envahi par celui des autres : il copie les comportements d'adolescents ou certaines de leurs réflexions.

Par ailleurs, sa tonicité peut constituer une véritable seconde peau musculaire et supplanter la défaillance du premier feuillet. Le tonus joue alors le rôle d'une cuirasse protectrice, il empêche l'intrusion d'éléments extérieurs face à cette première peau trouée ou poreuse. Chez Maxime, j'observe une hypertonicité globale, associée à une certaine rigidité des postures et du mouvement. Cette carapace musculaire peut lui servir de protection face aux différentes et nombreuses stimulations provenant de l'environnement. Elle peut agir comme un filtre et ne laisser passer que

certaines informations a minima. Ainsi, la seconde peau musculaire de Maxime joue véritablement un rôle de bouclier et le protège de toutes stimulations de l'environnement. La limite entre lui et l'environnement semble ne plus être une zone d'échanges mais plutôt un barrage filtrant où seules quelques informations sont susceptibles de lui parvenir.

Petit à petit, au cours des séances et de la prise en charge, un espace a pu se créer entre les deux feuillets. Cette ouverture s'est traduit par une émergence de désirs au cours des séances. En effet, si au départ, Maxime suivait les différentes propositions, par la suite, il exprimait un désir d'utiliser des objets ou de continuer ce qui avait été fait la semaine précédente. Par exemple, c'est le cas avec les balles à picots, qu'il nomme des hérissons et avec lesquelles il souhaite faire des massages. Nous avons utilisé ces balles sur plusieurs semaines, à sa demande, puis, il a décidé de ne plus les utiliser. Dans ce refus, il exprime sa volonté et son choix, il ne suit pas l'avis des autres. Ainsi, Maxime, à travers ses choix, a pu affirmer ses envies et ses désirs.

Si pour Maxime, son moi-peau semble atrophié, celui de Kilian est au contraire dilaté. En se référant à l'enveloppe thermique du moi-peau, je peux dire qu'il dégage une certaine chaleur, son enveloppe dépasse largement les limites de son corps. Cette chaleur se retrouve dans son toucher englobant, ses mains sont chaudes et moites. Son enveloppe thermique semble dilatée, l'autre est intégré aisément dans cette bulle dans laquelle Kilian semble l'inviter. L'enveloppe de chaleur n'offre pas de limites claires et nettes mais plutôt une limite entre lui et les autres vaporeuse. Par conséquent, dans sa relation aux autres, Kilian peut montrer une chaleur, une trop grande proximité dans ses rapports ce qui peut dérouter parfois son interlocuteur. Ses propres limites sont tellement floues

qu'il me semble être dans une recherche de peau commune , dans une recherche du corps à corps afin d'éprouver ses propres limites en percutant celles des autres.

2. L'espace de soi et des autres

a. La distance relationnelle

La distance interpersonnelle a été étudiée en anthropologie par Edward T. Hall. En créant le terme de « proxémie », l'auteur s'intéresse à l'ensemble des observations et des théories concernant l'usage de l'espace par l'homme. La distance entre chaque individu est à mettre en rapport avec les différents canaux sensoriels utilisés. Il distingue quatre distances, avec deux modalités pour chacune, proche et lointaine.

La distance intime proche (moins de 15 cm) est en lien avec le contact corporel, la protection, le réconfort, l'affection et l'acte sexuel, le rapport mère-enfant mais aussi l'hostilité et la lutte entre deux personnes. A cette distance, la vision précise est brouillée. L'olfaction et la chaleur du corps de l'autre sont perceptibles. La distance intime éloignée (entre 15 et 40 cm) permet aux individus de joindre leurs mains. La chaleur et l'odeur de l'autre sont perceptibles mais la vision reste déformée. Cette distance peut-être subie dans les transports en commun.

La distance personnelle peut être considérée comme un bulle individuelle qui entoure et protège du contact de l'autre. Dans la distance personnelle proche (de 45 cm à 75 cm), l'autre est à portée de mains et la vision est nette. La distance personnelle lointaine correspond à la limite du contact lorsque les individus tendent les bras. Cette distance marque aussi la limite de l'emprise physique sur Autrui et correspond à une distance

propice pour des échanges sur des sujets personnels. C'est la distance que semble privilégier Kilian.

Enfin, la distance sociale proche (entre 1m20 et 2m10) est celle des relations de travail ou de rencontre avec un étranger.

La distance interpersonnelle est à adapter en fonction des patients et en fonction des ressentis du psychomotricien. En effet, j'ai pu observer que j'utilisais une plus grande distance lorsque je m'adressais à Kilian qu'avec Maxime. Elle peut symboliser une distance de sécurité. La distance nous séparant peut être une manière de se protéger car Kilian n'hésite pas à venir envahir mon espace, comme c'est le cas lors de la première rencontre.

b. Le toucher comme accès à l'intime de l'autre

La notion d'espace et de distance interpersonnelle interrogent le toucher et sa signification. En psychomotricité, où les distances peuvent être proches, voire même dans le corps à corps, il me semble intéressant d'aborder la question du toucher comme un accès à l'intime de l'autre. En effet, le toucher n'est pas un acte anodin ; comme le rappelle Potel C. : « Toucher l'autre est dans tous les cas un acte complexe, qui engage profondément »¹⁸. Cet engagement est double, dans sa dimension physique mais aussi dans sa dimension psychologique.

Pour Kilian, le toucher semble être un des modes privilégiés pour entrer en contact. A de nombreuses reprises, que ce soit dans des temps

18 Potel C., 2000, p.125.

informels ou dans les séances de psychomotricité, il est venu me solliciter par le contact tactile. Le toucher peut marquer pour lui une limite concrète entre son propre espace et celui de l'autre. Le toucher lui permet de sentir et percevoir la réalité dans un mouvement « d'aller vers » afin de connaître ou d'intégrer le point de rencontre entre son corps et celui de l'autre.

De ce fait, il interroge la limite et donc le cadre dans lequel ces contacts ont lieu. Au cours de la séance « la réconciliation»¹⁹, Kilian a un contact inadapté avec moi. Il me caresse les mains et l'intérieur des jambes, le jeu doit être arrêté car ce contact est trop proche de la réalité et trop proche de mon intimité corporelle. J'ai interprété ce contact à ce moment là comme une tentative de séduction ou d'érotisation et non comme une volonté de percevoir une limite. En effet, le toucher s'inscrit dans un contexte culturel. Dans les sociétés occidentales, il est souvent relié à la sexualité et à la séduction. La scène que l'on jouait entraînait dans ce contexte de rapprochement amoureux. De fait, ai-je induit, par ma posture, mon attitude ou la relative distance qui nous séparait, un tel rapprochement ou bien est-ce une mauvaise interprétation?

Pour Julian de Ajurriaguerra²⁰, l'attitude est liée au tonus mais c'est aussi une façon d'entrer en contact avec le monde. En d'autres termes, les différentes réactions toniques montrent un corps s'offrant ou se refusant. Ma posture a donc peut-être contribué à favoriser ce contact, et pour me sortir de cette étreinte, j'ai retiré mes mains pour les poser sur un objet, le faux ventre maternel.

19 Cf infra p.21.

20 Joly F., 2009, p.176.

Pour autant, il s'agit peut-être d'une mauvaise interprétation de ma part. En effet, le toucher est une question complexe et les interprétations possibles sont nombreuses. La question de l'interprétation est éminemment individuelle et intime. Ainsi, pour Henri Paumelle :,

« S'il [le thérapeute] considère dans sa représentation que le contact corporel est systématiquement du domaine de la séduction érotique, il peut induire, de fait, une distorsion entre le vécu du patient et le sien. Il va érotiser un contact qui du côté du patient ne l'est pas ou encore qui l'est mais à un stade de développement différent de celui qu'il pense. Autant l'interdit est nécessaire, autant l'interdiction se discute en fonction des circonstances et, dans son application, peut affermir l'interdit ou le pervertir. Cela relève à mon sens [celui de l'auteur, Paumelle H.] de l'exercice et de l'exigence de ce que je qualifierai de 'lucidité bienveillante'. »²¹

Il me semble important de souligner le renversement de position dans lequel s'est effectué ce contact. En effet, c'est Kilian qui est venu me toucher et non l'inverse. Je me suis retrouvé dans une position passive ce qui m'a peut-être déstabilisé et donc contribué à cette interprétation d'un toucher érotisé. Il y a eu éventuellement une distorsion entre mon vécu et celui de Kilian.

A l'inverse, la question du toucher s'exprime différemment chez Maxime. Il ne semble pas percevoir les limites de son propre corps, même lorsqu'il fait rouler une balle sur lui. En revanche, lorsqu'une personne extérieure le fait, il dit qu'il « sent mieux la balle » (et non son corps). Le toucher vient lui signifier les limites de son corps mais dans une certaine passivité, c'est-à-dire plus dans un « être contre ». En d'autres termes, c'est l'extérieur qui vient percuter les limites de son corps.

21 Paumelle H., 2001, p.117.

Le toucher, dans son accès au corps de l'autre, notamment en psychomotricité, nécessite plusieurs conditions, dont la référence essentielle est le cadre thérapeutique. Potel C. rappelle la nécessité du cadre car il est « ce qui borde et limite »²². En rappelant le cadre du jeu et celui du faire semblant, Kilian a pu entendre cette limite et ne plus la franchir. Mais, au delà du cadre thérapeutique, il y a aussi :

« Le cadre psychique interne du thérapeute, c'est-à-dire la permanence en lui de l'interdit de l'inceste. La garantie d'une sécurité 'psychique' portée par le thérapeute, va limiter, éviter les effets de la séduction qui pourrait naître d'un rapproché corporel. Le rôle de pare-excitation du thérapeute est fondamental. Et c'est parce qu'il est attentif à ce qu'il est lui-même et à ce qu'il ressent en tant qu'être humain,..., qu'il peut prétendre à cet objectif. »²³

Cette double barrière du cadre thérapeutique et du cadre interne peut permettre d'inscrire le toucher dans un contexte sécurisant et sécurisé en réduisant les interprétations et les éventuelles distorsions dans les vécus tactiles.

Par ailleurs, le toucher peut aussi porter une identité sexuée. Cette thématique sera abordée dans la troisième partie²⁴.

c. L'espace propre et la kinesphère

L'espace propre et son investissement sont à rapprocher de la notion de kinesphère développée par Rudolf Laban. Elle est, selon lui, « cette

22 Potel C., 2006 p.42.

23 Potel C., 2000, p.127.

24 Cf supra

partie de l'espace qui peut être atteinte par les extrémités des membres. »²⁵ Il s'agit donc de l'ensemble de l'espace qu'un individu peut rejoindre sans se déplacer, uniquement par la mobilisation de ses différentes parties du corps dans différentes directions. Pour Benoît Lesage, il existe plusieurs niveaux d'exploration. Au plus proche du corps, il distingue la zone interne et la zone proche, très intimes. A l'opposé, la kinesphère lointaine lorsque les membres se déploient au maximum de leurs potentialités. Entre les deux, un espace intermédiaire.

L'investissement personnel de sa kinesphère sous tend aussi une attitude psychique et révèle les limites de chacun. Dans la relation, Kilian fait preuve de maniérisme, ses gestes s'éparpillent dans toutes les directions de sa kinesphère sans passer par le centre. Il est possible d'y percevoir un sentiment de dispersion ou d'éclatement ou bien une difficulté à se poser, revenir vers soi et son centre.

La problématique est inverse pour Maxime, il investit son espace propre uniquement dans les zones les plus proches du corps. Dans la séance sur le « corps humain²⁶ », les mouvements de rotation ou d'étirements étaient de faibles amplitudes. Il est possible d'imaginer une difficulté pour Maxime d'investir son espace lointain car les espaces ne semblent pas être connectés. En effet, Il propose de lui même, après avoir mobilisées les épaules, de mettre en mouvement les mains. Pour lui, au niveau du schéma corporel, elles ne semblent pas directement reliées aux bras, ni à l'ensemble du corps. Il y a comme un vide entre ses épaules et ses mains. L'espace intermédiaire de sa kinesphère, espace permettant de faire du lien entre les espaces proche et lointain, n'est peut-être pas encore pourvu.

25 Lesage B., 2006, p.83.

26 Cf infra

3. Le réel et l'imaginaire

a. L'espace transitionnel

Le concept d'espace transitionnel est développé par Donald W. Winnicott. Selon lui, l'espace transitionnel est « l'aire intermédiaire d'expérience à laquelle contribuent simultanément la réalité intérieure de la réalité extérieure,[...]et] qui consiste à maintenir, à la fois séparées et reliées l'une à l'autre, réalité intérieure et réalité extérieure. »²⁷

L'espace transitionnel persiste tout au long de la vie d'un individu, il permet ainsi de soulager les tensions pouvant être provoquées entre la réalité interne et la réalité externe. Il pourra être investi à travers des activités ludiques et créatrices. La créativité permet comme le souligne Winnicott D. W., la découverte de soi, et plus particulièrement, « c'est en jouant que l'individu est capable d'être créatif et d'utiliser sa personnalité toute entière. C'est seulement en étant créatif que l'individu découvre le soi. »²⁸ La mise en jeu du corps dans des activités créatrices offre la possibilité de mieux se connaître, de découvrir toutes ses possibilités.

b. L'espace transitionnel, un espace de partage ?

Pour Kilian, les limites des espaces de soi et des autres sont floues . On peut même dire que son espace englobe celui des autres. Il y a pour ainsi dire une fusion des espaces mais aussi une difficulté à percevoir ce qui peut rester à soi et pour soi. Ses différentes thématiques dans les histoires, notamment lors de la première séance avec les toilettes, montrent

²⁷ Winnicott, 1975, p.30.

²⁸ *Ibid*, p.110.

comment il est difficile pour lui de garder quelque chose « à l'intérieur ». Kilian parle beaucoup, il semble se déverser dans la parole et dans le mouvement. Ainsi, pour lui, la construction de ses propres limites est passée par une structuration de l'espace de jeu. L'utilisation de matériel a permis de signifier et de matérialiser l'espace de chacun. En début de prise en charge, l'utilisation du matériel était pauvre, l'espace peu structuré. Au fur et à mesure, l'espace de jeu s'est complexifié et chaque protagoniste pouvait avoir son propre espace. Il y avait également des espaces communs où les personnages étaient en interaction.

Les thèmes privilégiés de Kilian sur le privé et le public peuvent démontrer son questionnement quant à la rencontre et le partage de l'espace. La thématique du privé renvoie à l'espace propre, un espace à soi et pour soi dans lequel l'autre ne peut pénétrer. A l'inverse, l'espace public est l'espace de partage entre chacun mais dans lequel il est nécessaire d'avoir une certaine retenue.

A titre d'exemple, la scène de jeu « père et fils »²⁹ symbolise cette thématique. L'espace de jeu est structuré entre un espace privé et clos, la télévision, ainsi qu'un espace public où se déroule les interactions entre le père et le fils. L'espace de la télévision vient symboliser cet espace à soi et privé, d'ailleurs le personnage de l'actrice n'a aucune interaction avec le reste des joueurs. Les deux autres personnages possèdent chacun un espace, le salon et la cuisine, mais ils peuvent communiquer entre eux via une porte.

Cette structuration de la scène a pu permettre de signifier et visualiser les différents espaces. Un espace propre à soi dans lequel il est possible de se réfugier ou de rester seul, un espace de partage, qui ne signifie pas nécessairement une fusion entre les deux. Au delà de cette

29 Cf supra p.

scène, il est possible d'imaginer que Kilian ait intégré ses propres limites corporelles et psychiques dans la mesure où il est capable de dire lui-même si ses questions sont de l'ordre du privé ou non.

Au terme de cette première partie, l'intime a été envisagé comme interrogeant la limite entre un intérieur et un extérieur, entre soi et les autres, entre le réel et l'imaginaire. Ainsi, Lesage B. rappelle que travailler sur la limite revient à dé-limiter mais aussi permettre une « perméabilité sélective»³⁰.

Mais l'intime, c'est aussi faire la part de ce qui vient de soi. Pour un adolescent psychotique, il s'agit de s'approprier son corps et faire l'expérience de la subjectivité et de l'autonomie.

II- Intime et individuation : Rôles du psychomotricien ?

Après avoir évoqué l'intime en tant que première limite d'un dedans et d'un dehors, cette partie propose de l'aborder en tant qu'appropriation subjective du corps.

Pour Potel C., l'intime du corps est un chemin jalonné d'obstacles mais c'est un chemin nécessaire car « c'est par l'appropriation subjective du corps - avoir un corps qui devient de plus en plus autonome et au service du désir, de la découverte des expériences et de la curiosité - que l'enfant prend possession de lui-même. En d'autres termes, vivant, différencié et

30 Lesage B., 2013, p.109.

séparé.³¹ »

Dans un premier temps, il m'apparaît nécessaire de revenir brièvement sur les apports théoriques du processus de séparation-individuation ainsi que sur le temps de la seconde séparation au moment de l'adolescence.

Puis, en prenant l'exemple de Maxime, je souhaite montrer comment le psychomotricien peut contribuer à l'appropriation corporelle du patient.

1. Aux sources de la fusion

Au cours des premières semaines de vie, le bébé vit dans un état de fusion et d'indifférenciation avec l'objet maternel. Progressivement, il va se séparer psychiquement et physiquement de sa mère. Pour Margaret Malher³², le processus de séparation-individuation comporte trois phases.

La première phase, « l'autisme primaire normal » désigne la période dans les premières semaines de vie où le bébé vit dans une indifférenciation totale entre lui et l'extérieur. Il a l'impression que ses besoins sont satisfaits par sa toute puissance et son omnipotence.

La seconde phase est la phase « symbiotique », entre le deuxième et le dixième mois. Il y a une reconnaissance partielle de l'objet maternel. Pendant cette phase, l'enfant est sous la dépendance absolue de sa mère et le couple mère-enfant forme une unité duelle.

Enfin la phase de séparation-individuation proprement dite, qui débute entre le neuvième et le onzième mois. A partir des frustrations, l'enfant se rend compte de plus en plus que son hallucination n'est pas l'objet. Ainsi, s'ébauche la différenciation entre dehors et dedans, entre

31 Potel C., 2010, p.75.

32 Malher M., 1977.

moi et non-moi. L'enfant gagne progressivement en autonomie grâce aux développements cognitif et de la motricité qui lui permettent de prendre ses distances vis-à-vis de sa mère. Le processus de séparation-individuation se consolide avec l'acquisition de la permanence de l'objet.

Si la petite enfance est la période de la première séparation, l'adolescence correspond à la seconde. En effet, l'adolescence est marquée par une résurgence de la problématique œdipienne après la période de latence. Pour S. Freud, les métamorphoses de la puberté « inaugurent les transformations qui doivent mener la vie sexuelle infantile à sa forme définitive »³³, c'est-à-dire à sa forme génitale. Par conséquent, les transformations pubertaires (sécrétions hormonales, etc.) favorisent, réveillent et provoquent une augmentation de l'excitation sexuelle. La proximité des parents devient alors dangereuse car, comme le rappellent Daniel Marcelli et André Braconnier, « en proie à ses pulsions, l'adolescent doit rejeter ses parents dont la présence réactive les conflits œdipiens et la menace d'un inceste maintenant réalisable »³⁴.

2. Rôles du psychomotricien dans l'individuation : l'exemple de Maxime

Avoir un corps n'est pas quelque chose d'innée, c'est le fruit d'une construction personnelle et intime. Mais lorsque cette construction s'est fragilisée, quels sont alors les moyens du psychomotricien pour permettre à son patient de s'approprier son corps ?

33 Freud S., 1905, p.143.

34 Marcelli D., Braconnier A., 2004, p.14.

a. Le psychomotricien comme agent intégrateur

Pour Lesage B., « la construction du corps apparaît comme un aspect de l'individuation »³⁵ mais elle ne peut se faire sans une aide extérieure dans les premiers temps de la vie. En effet, « la mère a la fonction capitale d'assumer la fonction « d'appareil à penser pour son enfant », elle assume aussi la fonction d'appareil à sentir et éprouver les réactions tonico-émotionnelles infraverbales. »³⁶ De fait, « elle a une fonction d'appel du dedans vers le dehors, elle aide son enfant à faire surgir ses potentialités ». ³⁷

En prêtant son « appareil à penser les pensées(et les ressentis) », la mère met des mots sur ce que le nourrisson vit et ressent. Elle joue un rôle d'intégration des sensations corporelles qui prennent petit à petit sens pour lui.

Le psychomotricien peut jouer aussi ce rôle d'agent intégrateur lorsque le patient se retrouve en difficulté à mettre des mots sur ce qu'il ressent ou bien lorsqu'il ne perçoit pas ses propres ressentis.

Ainsi, lors de ma première prise en charge³⁸ avec Maxime, il semble ne pas percevoir ses états corporels (il a chaud, il transpire, il est essoufflé). Il déborde d'énergie et ne paraît pas ressentir de fatigue. Pourtant, une pause dans le jeu me semblait adéquate à ce moment car

35 Lesage B., 2006, p.17

36 Robert-Ouvray S., 1993, p117.

37 *ibid*

38 Cf supra p.30.

j'étais moi même épuisé. Cette séance, comme toutes les autres, engage mon propre ressenti. Maxime, à ce moment-là, ne pouvait pas mettre des mots sur ce qu'il éprouvait dans son corps. C'est en passant par le prisme de mes ressentis qu'il a pu mettre du sens sur ses propres éprouvés corporels.

Si la psychomotricité vise la mise en jeu globale du patient, elle engage aussi nécessairement celle du psychomotricien dans la relation, car « [Il] accorde une attention toute particulière à ses ressentis corporels, aux changements de son propre tonus musculaire, à sa capacité ou non d'être disponible corporellement au contact du patient, à son toucher, et comme dans toute relation thérapeutique, à la qualité de sa présence, à sa fatigue, à sa vitalité et aux modulations de celles-ci dans la séance ³⁹» afin d'accompagner au plus juste le patient dans ses éprouvés corporels.

b. Une appropriation en acte

Le corps est le premier lieu des expériences du bébé : « les expériences sensori-motrices permettent à l'enfant tout petit de se sentir, et de se construire encore faut-il qu'ils puissent s'approprier ces expériences vécues. ⁴⁰» L'expérience du corps repose donc sur ce postulat de « mise en acte ». Ainsi, dans les séances, « il s'agit de contribuer à l'intégration d'une fonction, [...], nous insistons sur ce terme [intégration] qui souligne le mouvement d'appropriation, d'assimilation, de mise à l'intérieur pour faire sien, d'appel aux forces du dedans. ⁴¹ » Dès lors, faire l'expérience de son propre corps, c'est avant tout comme le suggère Lesage

³⁹ Chadzinsky D., 2000, p.207.

⁴⁰ Potel C., 2010, p.75.

⁴¹ Ballouard C., 2003, p.37.

B., un travail d' « proprioception ⁴² ». La subjectivité s'acquiert par la sensation d'avoir un corps qui bouge selon ses désirs, d'avoir un corps à soi et sur lequel il est possible de compter. Cela nécessite donc une capacité à s'écouter et se replier sur soi et en soi.

Maxime a pu éprouver et vivre cette intériorité à différents moments de la prise en charge, mais plus particulièrement lorsqu'il s'est enroulé sur le physio-ball⁴³. L'enroulement appartient aux schèmes de bases et il est associé à des éprouvés de nourrissage, de contenance. Sa posture montre un relâchement tonique, une confiance en lui : il se laisse porter par le ballon. D'un point de vue psychomoteur, l'enroulement renvoie à des sensations d'intériorité et assure un rassemblement autour du centre. Pour Suzanne Robert-Ouvray⁴⁴, il est à la base du narcissisme primaire. Dans cette posture, la perception des stimuli externes baisse au profit d'une écoute interne. En se balançant lentement, Maxime fait l'expérience de soi, de ses sensations, de ses ressentis ; il est à ce moment là à l'écoute de son corps et fait l'expérience de son intime corporel. Métaphoriquement, dans les dernières séances, la construction d'une maison ou d'un terrier peut être le signe d'un espace interne qui s'établit, d'un espace à soi et rien que pour soi, séparé de l'autre. Il symbolise par une construction ce qu'il peut ressentir au niveau corporel, la possibilité d'être « chez soi ».

c. Faire sous le regard de l'autre

La constitution d'un climat sécurisant et contenant s'avère nécessaire pour permettre au patient de vivre ses propres expériences, de faire

42 Lesage B., 2006, p.17.

43 Cf supra p.31.

44 Robert-Ouvray S., 1993.

l'expérience de soi. A ce titre, le soutien et la présence du psychomotricien dans l'accompagnement aussi bien psychique que corporel du patient me paraît essentiel.

Les fonctions de *holding* et de *handling* décrites par Winnicott D. W. se jouent à chaque instant de la prise en charge. Si le *handling* constitue le portage physique, le *holding* en est le penchant psychique. Lors de la séance décrite dans le paragraphe précédent, la psychomotricienne et moi-même n'avons presque pas parlé. Pour autant, nous portions psychiquement Maxime dans ses expériences et cela s'exprimait dans nos postures (au niveau du sol, proches sans être étouffantes pour lui), notre regard, etc.

Le soutien du patient n'est pas seulement dans la parole du thérapeute, il peut aussi se situer au niveau infra-verbal. L'accompagnement se fait autant par la parole que par le corps du thérapeute.

Par ailleurs, cette vignette m'évoque la « capacité d'être seul en présence de l'autre » développée par Winnicott D. W. En effet, il décrit d'un point de vue clinique, que cette capacité peut se traduire par un épisode de silence en séance ou pendant une séance entière. Il signale que le silence, loin d'être une résistance, est un aboutissement pour le patient. La capacité d'être seul repose sur « l'existence dans la réalité psychique du bon objet et suffisamment établi pour que l'individu ait confiance dans le présent et l'avenir.⁴⁵ », elle peut intervenir très tôt, peu importe le niveau de maturité car « elle est compensée par le support du moi offert par la mère.⁴⁶ » A ce moment là, Maxime a pu être porté par la psychomotricienne et moi-même dans ses expériences corporelles.

45 Winnicott D. W., 1958, p.329.

46 *Ibid*

d. Favoriser l'émergence de ses désirs...et non imposer les siens

A travers la médiation du jeu spontané, la prise en charge de Maxime lui offre la possibilité de faire ses propres choix, de suivre ses désirs, ce qui n'est pas toujours le cas dans son contexte familial. Le désir est le premier mouvement psychique organisateur pour Sigmund Freud, c'est-à-dire qu'il désigne à la fois « la tendance, le souhait, le besoin, la convoitise et l'appétit, toute forme de mouvement en direction d'un objet dont l'âme et le corps subissent l'attrait ⁴⁷», il est donc fortement lié à la subjectivité. Le jeu spontané vise pour Maxime à l'encourager dans sa prise d'initiative et favoriser sa confiance en soi. Au fur et à mesure de la prise en charge, Maxime s'est affirmé dans ses désirs.

Cette médiation sous tend un temps d'expérimentation et de découverte pour le patient ; D'après Max Pages, le jeu spontané renvoie pour le thérapeute à une non-directivité définie comme « une attitude par laquelle le thérapeute se refuse à tendre, à imprimer au patient une direction quelconque, sur un plan quelconque, se refuse à penser que le patient doit penser ou agir d'une manière déterminée.⁴⁸ » Or, au cours de mes prises en charge, j'ai eu des difficultés à conserver cette non directivité. En effet, Maxime est un adolescent volontiers suiveur et non opposant.

Dès lors, j'avais, par moment, cette impression de tout diriger que ce soit dans les propositions de jeu ou d'orienter mes questions pour qu'il donne la réponse que je souhaitais. Ces ressentis étaient confirmés par la psychomotricienne lors des temps de paroles hors séance. Cette attitude

⁴⁷ Roudinesco , p.221

⁴⁸ Cité par Rescan C.,2005 , p. 64.

dirigiste m'a interrogé dans la mesure où je ne voulais pas l'adopter ! Par conséquent, était-ce mon angoisse de tout contrôler ? Était-ce une façon de me rassurer ? De me sentir utile « par l'action » ?

Christian Ballouard a répondu à mes interrogations lorsqu'il écrit qu'« il existe un paradoxe à contribuer à la mise en place de quelque chose qui ne peut s'apprendre que par soi-même [c'est-à-dire par le patient], mais il est important de jouer avec ce paradoxe sans chercher à le résoudre.⁴⁹ » En d'autres termes, il s'agit de faire confiance au patient dans ses capacités à se diriger lui-même afin de « traiter d'une manière constructive tous les aspects de sa vie qui peuvent parvenir au champ de sa conscience .⁵⁰»

L'évolution de sa prise en charge est évocatrice dans les prémices de son appropriation corporelle et psychique. En s'appuyant sur son corps et le mouvement, Maxime a pu intégrer ses sensations, les faire siennes. S'approprier son corps suppose la constitution de limites corporelles établies et sécurisées comme le suggère la première partie de la discussion ; mais pour autant, un travail corporel « ne se réduit pas à l'expressivité qui manifeste au dehors des processus intimes. Il faut travailler l'impressivité et permettre au sujet de se laisser toucher, sans se déstructurer pour autant [...] et aussi d'apprendre à être affecté par les choses, à laisser le dedans résonner.⁵¹ »

A travers l'exemple de l'évolution de la prise en charge de Maxime, j'ai voulu montrer qu'« être son corps » est un processus mettant en jeu des mécanismes psychiques d'appropriation, de désir à partir des éprouvés, des sensations et des perceptions. L'intime du corps, c'est, pour Potel C., « avoir un corps à soi, des repères, se connaître, avoir des sensations et des

49 Ballouard C., 2003, p.37.

50 *Ibid* p.64.

51 Lesage B., 2013, p.121-122.

perceptions qu'on peut intégrer (faire entrer à l'intérieur de soi) en lesquelles on a confiance, sur lesquelles on peut s'appuyer. ⁵²»

Toutefois, ce sentiment n'est pas inné et le psychomotricien contribue par son action et ses compétences, à aider le patient dans cette quête corporelle.

III- L'intime et l'identité

Dans cette ultime partie, l'intime sera ici développé dans ses profondeurs et de ce qui fait le caractère unique de l'individu. L'identité est proche de l'essence, c'est ce qui réside au plus profond de nous, mais cela renvoie aussi à l'immuable. En ce sens, l'intime pose la question de l'identité et de ses remous corporels et psychiques pendant la période de l'adolescence : suis-je malgré tout toujours le même ?

La question de l'identité implique aussi une relation à l'autre, c'est à travers le regard de l'autre que je suis le même ou non, que je me définis par rapport et avec l'autre.

Dans un premier temps, il m'apparaît important d'aborder l'adolescence comme un temps d'inscription dans les générations. Or, la plongée dans le monde adulte peut être délicate pour l'adolescent, dans un contexte de crise sociétale.

Puis, l'adolescence est la période où l'on devient homme ou femme. L'identité sexuée s'inscrit dans un contexte culturel et social, et elle peut interroger le regard de l'autre et du soignant dans sa prise en charge.

⁵² Potel C., 2010 p.75.

Enfin, l'adolescence est aussi le temps des identifications et des modèles. Là aussi, le psychomotricien peut avoir un rôle à jouer dans ces processus.

1. L'inscription dans les générations

La période de l'adolescence est marquée entre autres par les transformations corporelles. Le corps est au devant de la scène et se modifie sous les yeux de son propriétaire sans forcément lui demander son avis. Outre les modifications au niveau de la taille et de la masse musculaire ou adipeuse, l'adolescence est la période de l'apparition des caractères sexuels secondaires (pour la jeune fille, développement des seins, de la pilosité pubienne, les menstruations ; pour le jeune garçon, l'augmentation de la taille de la verge, développement de la pilosité pubienne, mue de la voix.).

Ces divers chamboulements entraînent une modification dans le rapport au corps pour l'adolescent. En effet, Evelyne Kestemberg (citée par Potel C.) révèle que « la transformation dont les adolescents sont à la fois sujet et objet est déterminée par une modification de leur corps et donc par une remise en cause de leurs relations antérieures avec leur corps.⁵³ » La transformation du corps bouscule les repères identitaires de l'enfance. L'adolescence peut être envisagée comme une période de deuil corporel, et même identitaire : l'adolescent quitte le monde de l'enfance pour celui des adultes.

53 C. Potel, 2006, p.57.

Ce passage entre l'enfance et l'âge adulte peut être une source d'inquiétude et d'angoisse pour l'adolescent, encore plus lorsqu'il y a eu un développement fragile au cours de l'enfance. Maxime démontre à travers ses questionnements toute cette angoisse. A son arrivée à l'hôpital de jour, il semble ne pas percevoir les enjeux de l'adolescence, c'est comme si elle n'existait pas pour lui ou bien, dans ses comportements enfantins, comme s'il souhaite montrer qu'il veut rester dans le monde de l'enfance. Mêmes fragiles, il possède des repères dans cette période alors que l'adolescence l'envoie dans l'inconnu le plus complet, dans un voyage qu'il ne commande pas. Pour autant, il connaît la destination, le monde adulte, qu'il associe à une rigueur, un sérieux, peut-être même une autonomie, qui l'effraient : ses nombreuses interrogations sur « le droit » de jouer « même si on est adolescent » en sont la preuve. La séance sur les différents âges corporels est d'ailleurs assez révélatrice. Maxime ne semble pas pouvoir se projeter « corporellement » dans le futur. Au niveau moteur et postural, dans les premiers âges, il rampe, marche à quatre pattes et se déplace comme un enfant. En revanche, les « jeux » de l'adolescence et de la personne âgée ne lui parlent pas, même avec le soutien et l'étayage visuel de la psychomotricienne et moi-même. Son interprétation de la personne âgée est aussi significative, son personnage ne semble pas percevoir les effets de l'âge, il est en « bonne santé ». La projection dans le futur et son inscription dans les générations paraissent encore délicates pour lui.

Maxime illustre, à sa manière, le passage de l'adolescence. Si autrefois, l'adolescence était marquée par un début (corporel) et une fin (rituel de passage), aujourd'hui, la fin de l'adolescence reste encore floue. L'adolescence est une période de crise mais pas seulement pour les jeunes qui traversent cette période. L'adolescence est le reflet plus global d'une crise de la société et des repères traditionnels que sont la famille ou l'école. Ainsi, David Le Breton écrit que « les jeunes générations sont

entrées dans une crise durable. La difficulté du passage vers l'âge d'homme est accentuée par le brouillage des repères de sens et de valeurs qui caractérise le monde contemporain⁵⁴ » ; il ajoute : « pour la société, il semble parfois que l'adolescence soit devenue une notion superflue. De l'enfance à l'âge adulte, il n'y aurait plus d'étapes nécessaires.⁵⁵ »

La véritable entrée dans le monde des adultes serait, dès lors, le moment où l'adolescent peut être autonome sur le plan psychique et physique vis-à-vis de ses parents. Mais qu'en est-il pour l'adolescent psychotique ? Maxime et Kilian arrivent en fin de prise en charge dans l'institution, et se pose la question de leur intégration dans un autre établissement pour adultes. Dans leurs cas, le passage dans le monde des adultes peut apparaître violent, ils ont connu la même structure aussi bien en tant qu'enfants et qu'adolescents. Il est possible de considérer cette transition comme un rite de passage, mais quel passage ! Ils passent « institutionnellement » d'adolescents à jeunes adultes. Ainsi, il me semble ici important de souligner la nécessité d'un accompagnement dans les changements de structures entre l'adolescence et celles des adultes (tout comme le passage de structure entre l'enfance et l'adolescence). Les changements peuvent être radicaux et travailler sur la séparation en amont me paraît judicieux.

54 Lebreton D., 2002, p.4.

55 *Ibid*, p.5.

2. L'identité sexuée

Le passage à l'âge adulte se traduit aussi comme il a été développé précédemment, par l'apparition des caractères sexuels secondaires. L'adolescence peut apparaître comme la période où l'on devient homme ou femme. L'identité sexuée est, selon Alain de Mijolla, le « sentiment relatif qu'une personne a de son identité masculine ou féminine.⁵⁶ » Le mot relatif prend tout son sens dans la psychose où déjà être soi est déjà un questionnement. Par conséquent, l'autre peut devenir un appui dans cette recherche d'identité, quelle soit sexuée ou non.

Pour Freud S., « tout être humain aurait constitutionnellement des dispositions sexuelles à la fois masculines et féminines qui se retrouvent dans les conflits que le sujet connaît pour assurer son propre sexe.⁵⁷ » Il y aurait au niveau psychique des éléments à la fois masculins et féminins. C'est au moment de l'œdipe que l'enfant choisirait son orientation en fonction de sa ressemblance avec le parent du même sexe. Pour lui, il y a une corrélation entre le sexe biologique et le sexe psychique.

A l'inverse, Robert Stoller fait la distinction entre le sexe biologique, et le genre comme étant une représentation sociale et psychique de la différence des sexes. Le genre est le « vécu psychologique, la croyance, la conviction se manifestant à travers l'adoption de comportements socialement définis comme masculin ou féminin.⁵⁸ »

L'environnement social a donc un impact sur la désignation des

⁵⁶ Mijolla (de) A., 2002, p.965.

⁵⁷ Laplanche J. et Pontalis J-B., 1967, p.49-50.

⁵⁸ Goguikian Ratcliff B., 2002,p.14.

sexes. Pour Colette Chiland (citée par Eric W. Pireyre ⁵⁹), l'identité sexuée établit ses bases durant la toute petite enfance et les premières interactions avec les parents. Dans les interactions précoces, les parents ne se comporteraient pas de la même façon si leur enfant est un garçon ou une fille. Par les contacts, les sensations corporelles et l'environnement, le bébé commence à intégrer son identité sexuée. Cette identité se renforce ensuite dans les différentes interactions sociales. L'adolescence devient la période d'affirmation de soi dans son corps et dans son genre.

La question de l'identité sexuée m'amène à interroger le regard du soignant sur son patient. En effet, lors de la scène de la « réconciliation⁶⁰ » avec Kilian, j'ai eu cette impression de voir une femme. Son toucher m'a interpellé et interrogé, il était très fin, doux et je le qualifierai (et cela ne concerne que mon opinion) de féminin car j'ai vraiment eu cette impression que j'avais une femme en face de moi. Comme je l'ai déjà évoqué dans la première partie de la discussion, le toucher peut être vecteur d'une identité sexuée. Pour Potel C., « [Le toucher] véhicule l'identité sexuée de chacun,[...], selon que l'on est homme ou femme, garçon ou fille, on ne touche pas pareil, on ne ressent pas pareil. ⁶¹» Sa gestuelle, le ton de sa voix, son toucher, m'évoquaient une femme.

Par la suite, Kilian a choisi presque systématiquement des rôles féminins et je n'ai pas eu cette même sensation. Pourtant, mon regard a-t-il changé sur lui ?

Le regard du soignant sur son patient et son éventuelle influence sur l'identité sexuée s'inscrit dans le cadre plus large du contexte institutionnel et du soin psychiatrique. Comme le souligne Serge Hefez, les psychiatres

⁵⁹ Pireyre E. W., 2012, p.70.

⁶⁰ Cf supra p.20.

⁶¹ C. Potel, 2000, p.126

mais plus globalement les professionnels du soin sont-ils devenus « les nouveaux papes de l'ordre établi »⁶² en ce qui concerne l'identité sexuée ? Sous les pressions de la société concernant la norme sexuelle et le genre, prônent-ils ou appartiennent-ils à l'un des rouages de l'ordre sexuel établi ? En référence aux travaux de Michel Foucault, la psychiatrie apparaît comme un élément de contrôle de la société et détermine le normal du pathologique. En ce sens, « les savoirs médicaux configurent les contours du normal et du sain qualifient ou disqualifient la nature des individus leur imposant une identité civile, politique et biologique.⁶³ » et l'identité sexuée n'échappe surtout pas à la règle. Être un homme ou une femme n'a finalement que « très peu à voir avec une série de caractéristiques anatomique ou physiologique [...] et relève d'un 'a priori' »⁶⁴ pour Franco Lucecla. Pour cet auteur, les « a priori » qui précèdent sont d'abord le corps dans lequel nous naissons puis la culture dans laquelle nous vivons.

Le corps est donc un élément de notre identité sexuée et correspond à une manière d'être au sein d'une société donnée. Dès lors, lorsqu'il y a contradiction entre le corps et la manière d'être, la question de la norme revient au devant de la scène et pose la question du caractère pathologique ou non. De fait, les soignants en tant qu'agents intégrés au sein d'une société peuvent-ils orienter l'identité sexuée de leurs patients ? Cette influence sur une norme identitaire sexuée pourrait fonctionner comme un habitus social en ce sens qu'il échapperait en partie à une prise de conscience des soignants. Néanmoins, en s'interrogeant sur l'ordre établi, « c'est admettre que nous, humains, avons à créer, à forger en permanence les outils de représentation auxquels nous sommes soumis. Une représentation qui n'est donnée ni par Dieu, ni uniquement par la

62 Hefez S., 2012, p.47.

63 Edelman N., 2013, p.12.

64 Lucecla F., 2002, p.150.

nature. ⁶⁵»

Mais, qu'en est-il de la psychomotricité ? Dans cette discipline qui promeut la mise en jeu globale du corps, quelles sont ses outils dans la problématique de l'identité sexuée ? Je rejoins ici les propos de Pireyre E. W. lorsqu'il écrit que « les réponses de la psychomotricité sont assez pauvres⁶⁶ » mais aussi et surtout qu'il s'agit avant tout d'une éthique professionnelle. La psychomotricité peut représenter alors un espace de liberté, un espace de liberté d'être soi dans « son intime du rapport au vivre. » ⁶⁷

3. Identification et modèle

Pour de Mijolla A., l'identification est « un processus psychologique par lequel une personne rend plus ou moins importante une part de sa personnalité conforme à celle d'un autre qui lui sert de modèle.⁶⁸ » L'identification est un processus présent dès l'enfance, notamment au moment de l'œdipe. C'est durant cette période qu'une partie du père est intégrée dans le psychisme de l'enfant et sert de base à la formation du surmoi.

Au moment de l'adolescence, la problématique œdipienne resurgit et le pubertaire pousse le jeune adolescent vers un désir et un besoin d'union avec l'objet incestueux. La présence du père réactualise la

65 Hefez S., 2012, p.53.

66 Pireyre E. W., 2012, p.70.

67 Bénavidès T., Giromini F., André P., 2004, p.31.

68 Mijolla (de) A., 2002, p.986.

séparation et oblige l'adolescent à trouver un objet d'amour extérieur. Le rôle du père à l'adolescence est double : le père sert à protéger le jeune garçon de la menace incestueuse en s'interposant entre celui-ci et sa mère et la soumission au père offre des limites et un contenant. En se soumettant au parent du même sexe pour se protéger de la menace incestueuse, l'adolescent y trouve des bénéfices identificatoires. Pour Braconnier A., « la construction des identifications à l'adolescence est un processus complexe, progressif qui s'étaie sur la personne et les images intériorisées des deux parents, mais peut-être plus encore du parent du même sexe.⁶⁹»

L'identification suppose la présence d'un modèle sur lequel s'appuyer. Le premier modèle renvoie aux parents, ils sont les premiers éléments dont l'enfant va s'inspirer pour se construire. Or, quand l'un des deux modèles vient à manquer, comme c'est le cas avec Kilian et Maxime, des appropriations identificatoires peuvent être trouvées auprès d'adultes, d'adolescents.⁷⁰

Quel peut être alors l'impact de ma présence au sein des séances dans la transmission d'un modèle « masculin » ?

Selon l'ouvrage d'Élisabeth Badinter⁷¹, le modèle masculin est remis en cause depuis la fin des années soixante et l'émergence du féminisme. Elle distingue deux types de modèles, l'homme dur et l'homme mou.

L'homme dur représente l'idéal masculin dans ses stéréotypes, avec

⁶⁹ Braconnier A., 1986, p.26.

⁷⁰ *Ibid* p.26.

⁷¹ Badinter E., 1992, p.192.

un besoin de supériorité, une indépendance valorisée associée à une pointe d'égoïsme, la non reconnaissance de ses affects, signes de faiblesses et l'expression d'une violence et d'une agressivité afin de montrer qu'il est prêt à prendre tous les risques.

A l'inverse, l'homme mou a abandonné toute virilité et adopte les comportements féminins traditionnels.

Mais, loin de privilégier cette dichotomie, elle propose de réunir l'homme avec ses deux facettes et propose donc un modèle de la masculinité (on ne peut que noter l'ironie ou l'anticipation de la langue française) où l'homme est réconcilié avec sa sensibilité et sa solidité. Bien loin d'une simple fusion des deux modèles précédents, elle décrit alors le bon père comme un parent sachant jouer de sa bisexualité et qui laisse s'exprimer sa féminité.

Dans une profession dominée par les femmes et où les valeurs féminines sont présentes, est-il possible de décrire un psychomotricien (ici employé en terme générique) « réconcilié » avec cette double facette masculine et féminine ?

Sans pour autant parler de réconciliation, l'œuvre de Robert L. Stevenson « l'étrange cas du docteur Jekyll et Mister Hyde » aborde, à sa manière, les différentes facettes d'un modèle. Bien loin d'une opposition manichéenne entre le bien et le mal, le personnage du Docteur Jekyll est habité par cette double personnalité : « c'est au sein de mon être seul, que j'ai appris à reconnaître la dualité profonde et primitive de l'homme ; j'ai découvert que, si deux natures se disputaient l'empire de ma conscience, on ne pouvait légitimement me réduire à l'une ou à l'autre : j'étais, à la fois

et absolument, et tout l'un et tout l'autre. ⁷²» Toutefois, chaque facette ne s'exprime qu'à des moments précis du roman.

Il est possible de faire un parallèle avec l'expression de la féminité ou de la masculinité du psychomotricien à différents moments lors des séances ou en fonction des patients. Ainsi, j'ai eu cette impression d'être plus « maternant » avec Maxime, que ce soit dans les distances corporelles plus proches, dans des propositions plus maternelles avec des massages. A l'opposé, Kilian est venu rechercher chez moi un côté plus « dur », plus masculin, notamment dans le choix des rôles qu'il m'attribuait. Par conséquent, le patient viendrait solliciter une part de l'intime du psychomotricien dans la relation thérapeutique, dans sa façon d'être et démontre ainsi qu'un travail du corps n'est jamais neutre.

Pour de Ajurriaguerra J., le corps est le premier objet de comparaison et d'inspiration car il met « l'homme face à l'autre dans une parfaite réalité, donne à la personne une surface et donne à l'homme une réelle présence [...] l'homme passe de la confusion avec autrui à l'individuation. Isolé dans son armature, il est sans cesse projeté vers autrui [...] il est en même temps isolé et participant. Il est acteur et spectateur, il se mire et s'admire, il se juge et se compare. »⁷³ Le corps est donc un des premiers maillons dans la transmission de modèle.

L'identité reste au cœur de la problématique adolescente et elle est source de nombreux questionnements de la part de l'adolescent lui-même mais aussi de son entourage. L'accès à l'intime passe par une inscription

72 Stevenson R. L., 2003, p. 114.

73 Joly F., 2009, p. 177.

symbolique ou réelle dans l'accès à la différence des générations et dans la différence des sexes car « il n'y a pas d'intimité sans l'intégration psychique, symbolique de la différence, de l'altérité.⁷⁴ »

74 Potel C., 2010, p.80.

Conclusion

Situé au carrefour du corps, de la psyché et du mouvement, l'intime est un des enjeux de l'adolescence dans l'accès à l'autonomie. L'intime, c'est apprendre à se séparer, à garder pour soi et en soi ses secrets et nécessite donc la présence d'une limite sécurisante et sécurisée.

En arrivant au terme de cette réflexion, il m'apparaît maintenant toute l'ampleur et la complexité, mais aussi la richesse, que revêt la (re)construction de l'intime au moment de l'adolescence.

Ce mémoire ne constitue qu'une ébauche dans ce domaine et nécessiterait d'approfondir certains points. La question de l'intime en psychomotricité couvre plusieurs notions comme la limite, les sensations ou l'identité. Il conviendrait d'affiner ses formes et ses contours dans le champs particulier de l'approche psychocorporelle.

Par ailleurs, l'intime a été abordé au moment de l'adolescence, période de transformations importantes pour l'individu, or il pourrait être intéressant de l'envisager à un autre moment, à l'image de la fin de vie par exemple.

Bibliographie

- André P. (2006), *Psychiatrie de l'adulte*, Paris ,heures de France.
- André P., Bénavides T., Giromini F. (2004), *Corps et psychiatrie*, Paris, HdF.
- Anzieu D. (1985), *Le moi-peau*, Dunod, Paris, 2ème édition, 1995.
- Ballouard C. (2003), *Le travail du psychomotricien*, 2ème édition, Paris, Dunod, 2006.
- Braconnier A., Marcelli D. (1988), *Adolescence et psychopathologie*, collection les âges de la vie, Issy-les-moulineaux, 6ème édition, Masson, 2004.
- Badinter E. (1992), *XY de l'identité masculine*, Paris,Odile Jacob.
- Bernard M. (1995), *Le corps*, Paris,éditions du seuil.
- Bieler L., Charpine-piscaglia I. (2012), « Corps et adolescence : psychothérapie à médiation corporelle » in *thérapie psychomotrice et recherches*, n° 170 pp-28-35.
- Birraux A. (1990), *L'adolescent face à son corps*, Paris, Bayard, 1994.
- Carric J.C. (2001), *Lexique du psychomotricien*, Paris, Vernazobres-Gregg.
- Chapelier J. B. et al. (2000), *Le lien groupal à l'adolescence*, Paris, Dunod.
- Chadzynski D. (2000), « Hydrothérapie avec les adolescents psychotiques en hôpital de jour », in *Psychomotricité : entre théorie et pratique*, sous la direction de Potel C., 3ème édition, Paris, éditions in press, 2010.
- Cugno A. (2003), « L'intime » in *Études*, Tome 399, pp-621-631.
- Defait A. (2007), *Le corps objet de communication Prise en charge d'un groupe d'expressivité corporelle, constitué de patientes souffrant d'anorexie mentale*, mémoire préparé en vue de l'obtention du DE de

psychomotricité, IFP de la pitié-salpêtrière, université Paris VI .

De Mijolla A. (2002), *Dictionnaire international de la psychanalyse*, Paris, Calmann Levy.

Doger de Speville V. (2010), *La psychomotricité pour devenir « acteur » de sa vie*, mémoire préparé en vue de l'obtention du DE de psychomotricité, IFP de la pitié-salpêtrière, université Paris VI.

Duhill S. (1997), *La distance dans la relation thérapeutique en psychomotricité*, mémoire préparé en vue de l'obtention du DE de psychomotricité, IFP de la pitié-salpêtrière, université Paris VI .

Edelman N. (2013), « quand la médecine fait le genre » in *Clio. femmes, genre, histoire*, n° 37, pp-9-20.

Encyclopédie *universalis* (2000), Paris, Albin Michel.

Escots S. (2010), *Travailler avec l'intime dans la relation d'aide in actes, l'intime (Carcassonne, 29 avril 2010)*, Toulouse, pp-1-18.

Freud S. (1905), *Trois essais sur la théorie sexuelle*, La Flèche, folio essais, 2004.

Foucault M. (1975), *Surveiller et punir : naissance de la prison*, Paris, Galimard, 1993.

Galliou B. (2006), *Jouer à être, jouer avec : avant de se risquer à être soi. La créativité des adolescents psychotiques au service de l'individuation*, mémoire préparé en vue de l'obtention du DE de psychomotricité, IFP de la pitié-salpêtrière, université Paris VI .

Godin C. (2004), *Dictionnaire de philosophie*, Paris , éditions du temps.

Goguikian Ratcliff B. (2002), *Le développement de l'identité sexuée, du lien familial au lieu social*, Bern, Peter Lang.

Hall E. T. (1967), *La dimension cachée*, Paris,Seuil, 1978.

- Hefez S. (2012), *Le nouvel ordre sexuel*, Paris, éditions Kero.
- Humeau H. (2011), *En quête de soi : prise en charge psychomotrice d'adolescentes à l'image du corps perturbée*, mémoire préparé en vue de l'obtention du DE de psychomotricité, IFP de la pitié-salpêtrière, université Paris VI .
- Joly F. (2009), *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité* volume 1 : *corps, tonus et psychomotricité*, Montreuil, Papyrus.
- Jullien F. (2013), *De l'intime loin du bruyant amour*, Paris, Grasset.
- Lacecla F. (2002), « ce qui fait un homme. » in revue du MAUSS, n° 19, pp-150-167.
- Lalande A. (1926), *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*, Paris, Calmann Levy, 1995.
- Laplanche J. et Pontalis J. B. (1967), *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, quadrige, 5ème édition, 2007.
- Lebreton D. (2002), *Adolescence à risque*, Paris, éditions autrement, collections mutations.
- Lesage B. (2012), *Jalons pour une pratique psychocorporelle*, Toulouse, érès.
- Lesage B. (2006), *La danse dans le processus thérapeutique*, Toulouse, érès.
- Maillant M. (2004), *Ne me quitte pas : travail autour de la séparation auprès d'adolescents psychotiques en IME*, mémoire préparé en vue de l'obtention du DE de psychomotricité, IFP de la pitié-salpêtrière, université Paris VI .
- Malher M. (1977), *Psychose infantile*, Paris, Payot, 2001.
- Maury P. (2010), *De la symbiose humaine vers la séparation-individuation :*

rôle du tiers dans la relation mère-enfant et la tiercéité du psychomotricien, mémoire préparé en vue de l'obtention du DE de psychomotricité, IFP de la pitié-salpêtrière, université Paris VI .

Neuberger R. (2000), *Les territoires de l'intime*, Saint-Amand-Montrond, odile jacob, 2012.

Paumelle H. (2001), *Le rôle du corps en psychothérapie*, Paris ,Dunod.

Pireyre E. W. (2011), *Clinique de l'image du corps*, Paris, Dunod.

Potel C. (2000), *Psychomotricité : entre théorie et pratique*, Paris, 3ème édition, éditions in press, 2010.

Potel C. (2006), *Corps brûlant, corps adolescent*, Ramonville Saint-Agne, érès.

Potel C. (2010), *Etre psychomotricien, un métier du présent, un métier d'avenir*, Toulouse, érès, 2012.

Rescan C. (2005), *Première esquisse de soi en psychomotricité : représentation et individuation chez l'adolescent déficient mental*, mémoire préparé en vue de l'obtention du DE de psychomotricité, IFP de la pitié-salpêtrière, université Paris VI .

Robert-Ouvray S. (1993), *Intégration motrice et développement psychique*, Paris, 3ème édition, Desclée de Brouwer, 2004.

Roudinesco E., Plon M. (1997), *Dictionnaire de la psychanalyse*, Paris, Fayar, 3ème édition, 2006.

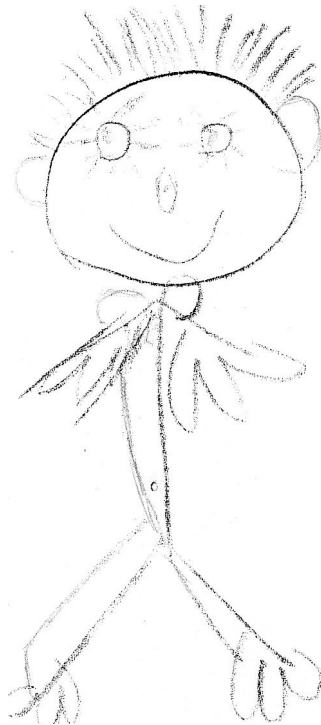
Stevenson R. L. (1886), *L'étrange cas du Docteur Jekyll et de Monsieur Hyde*, Paris, folio classique, 2003.

Winnicott D. W. (1958), *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1969.

Winnicott D. W. (1971), *Jeu et réalité*, Malesherbes, folio essais, 2012.

Annexe

Dessin du bonhomme de Maxime Septembre 2013.



Résumé

L'intime se situe au carrefour du corps, de la psyché et du mouvement. A l'adolescence, période de bouleversements sur tous les plans aussi bien physique, psychique que social, quelle couleur revêt la reconquête de son intime ? Pour des adolescents psychotiques, la conquête de soi peut apparaître encore plus difficile et complexe. En psychomotricité, l'intime peut désigner en premier lieu une limite, une limite entre soi et l'autre, entre le réel et le monde interne et celle-ci est souvent fluctuante dans la psychose. Mais, c'est aussi faire l'expérience de son propre corps, de ses sensations et de ses propres ressentis, préludes à la séparation et à la subjectivité. Enfin, l'intime renvoie aussi à l'identité et la question identitaire est au cœur de la problématique adolescente. La psychomotricité, dans ses perspectives globales, les invite à explorer et découvrir le secret de soi.

Mots clés : Intime - Adolescence - Limite - Subjectivité - Identité - Psychose-
psychomotricité

Summary

Intimacy can be considered as the crossroads of the body, the psyche and movement. In adolescence, a time of great change in all areas including physical, psychological and social, how does one come to terms with one's intimacy ? For psychotic adolescents self-awareness and acceptance can be harder and more complicated. In psychomotricity, l'intime can be considered primarily as a limit, a limit between self and the other, the internal world and reality, and in psychotic individuals, this is often subject to flux. However, it is also becoming aware of one's own body, it's feelings and sensations- the precursors to separation and subjectivity.

Finally l'intime is linked to self-identity, and questions of self-identity are crucial to troubled adolescents. Psychomotricity offers them the opportunity to explore and discover their inner self.

Key words : intimacy- adolescence- limit- identity- psychomotricity- subjectivity-
psychosis