



HAL
open science

Des enveloppes sans faim auprès d'adolescentes anorexiques mentales : approche psychomotrice de l'anorexie mentale vers une (re)construction d'une sécurité de base interne et d'une enveloppe sécur

Laura Frappier

► **To cite this version:**

Laura Frappier. Des enveloppes sans faim auprès d'adolescentes anorexiques mentales : approche psychomotrice de l'anorexie mentale vers une (re)construction d'une sécurité de base interne et d'une enveloppe sécur. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01562094

HAL Id: dumas-01562094

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01562094v1>

Submitted on 13 Jul 2017

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

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

UNIVERSITE de BORDEAUX

Collège Sciences de la santé

Institut de Formation en Psychomotricité

**Mémoire en vue de l'obtention
du Diplôme d'Etat de Psychomotricien**

**DES ENVELOPPES SANS FAIM AUPRÈS
D'ADOLESCENTES ANOREXIQUES MENTALES**

*Approche psychomotrice de l'anorexie mentale vers une (re)construction
d'une sécurité de base interne et d'une enveloppe sécurée.*

FRAPPIER Laura
Née le 26 août 1995 à La Roche-sur-Yon (85)

Juin 2017

Remerciements

Merci aux différents professionnels de mon lieu de stage expérimental avec qui j'ai facilement échangé. Merci pour leur intérêt porté à mon projet et leur ajustement pour me faire une place au sein de leur équipe. Je remercie par la même occasion toutes les patientes que j'ai rencontrées. Elles m'ont permis d'évoluer avec elles et ont participé à mon identité professionnelle et personnelle.

Je remercie sincèrement E. Petiet, ma directrice de mémoire, ainsi que S. Naud, ma superviseur de stage expérimental, pour m'avoir accompagnée dans ma réflexion et ma pratique psychomotrice.

Je pense à tous les professionnels que j'ai rencontrés au cours de ma formation et tous mes ami(e)s qui m'ont accompagnée durant mes études avec qui je garderai de très bons souvenirs.

Enfin, je ne remercierai jamais assez mes parents et ma sœur d'être ce qu'ils sont pour moi.

Sommaire

Avant-propos	3
Introduction	4

Les enveloppes de l'anorexie mentale

1. L'enveloppe socio-culturelle	7
2. L'enveloppe historique et diagnostique	18
3. Les enveloppes affectives	27
4. Les enveloppes psychiques et corporelles	36

Accompagnement en psychomotricité auprès d'adolescentes anorexiques mentales hospitalisées à temps complet

1. Présentation du cadre de travail.....	47
2. L'approche psychomotrice.....	54
3. Les rencontres en psychomotricité	61
4. Etude de cas de Romane.....	77
Conclusion.....	90
Références bibliographiques	92
Annexes	95

Avant-propos

Tout être vivant, toute écorce végétale, tout organe, toute cellule - sauf exception - sont entourés d'une peau, d'une membrane, d'une enveloppe. La notion d'enveloppe délimite un espace interne, contenant des contenus, d'un espace externe. Ces frontières instituent des différences mais permettent des échanges entre les espaces ainsi délimités.

A l'échelle humaine, nous pouvons étendre ce principe à la question des enveloppes corporelles et psychiques. Ainsi, l'enveloppe cutanée est importante, mais elle n'exclut pas d'autres types d'enveloppes s'étayant sur d'autres modalités sensorielles (enveloppe sonore, visuelle, olfactive), sur d'autres fonctions (socio-culturelle), sur d'autres espaces (familial, institutionnel).

Je peux déjà exprimer que le sentiment d'enveloppe permet de se sentir reconnu, tenu, contenu, unifié, différencié de l'autre. Il permet, en référence à l'organisation spatiale, de structurer une orientation avec un devant, un derrière, un haut et un bas.

Enfin, il n'y a pas, malgré la dénomination grecque d'anorexie, « *a* » = « *absence de* » et « *orexis* » = « *appétit* », de véritable perte de l'appétit ou de la sensation de faim, même si celle-ci ne paraît pas ressentie de façon normale. La patiente peut être continuellement sous l'emprise de la faim, mais d'une part, elle lutte contre la tentation d'y céder, tirant satisfaction de cette maîtrise. Ce véritable « orgasme de faim » comme le nomme Kestemberg E. (1972), est une véritable addiction sans drogue.

Ainsi, en inscrivant le jeu de mot « enveloppes sans faim » dans mon titre, j'ai voulu mettre en avant tout le côté paradoxal que l'anorexie mentale dissimule.

Alors, de quelles enveloppes parle-t-on chez ces adolescentes souffrant d'anorexie mentale ? Sous l'éclairage de quelles enveloppes peuvent-elles être influencées ? Quelles sont leurs limites ? Pourquoi les repoussent-elles à ce point ? Quelles sont leurs frontières entre un monde réel et un monde idéal ?

Introduction

« Elle me donnait la sensation d'être vivante, intense, comme droguée », confie une ancienne malade dans le film documentaire de Du Pasquier J. (2015). Ce témoignage illustre bien le côté paradoxal de l'anorexie mentale où l'autodestruction physique est extrême pour pouvoir survivre psychiquement.

Ces conduites sont dérangeantes, troublantes. Ainsi, lors de mon projet de stage expérimental dans l'Unité pour Troubles des Conduites Alimentaires (UTCA), je me demandais quelle était la place de ce trouble dans la vie des patientes ; que nous disent-elles à travers leur extrême maigreur, de quels mécanismes sont-elles prisonnières ?

Au-delà de cette restriction, se cache une énigme si mystérieuse et complexe autour des relations au corps et à l'environnement. Ainsi, à travers ce mémoire, je vais m'intéresser à ce sujet et chercher comment avancer ensemble : psychomotricienne et adolescente anorexique mentale.

Avant de m'investir pleinement dans ce projet, j'ai eu l'opportunité d'avoir une période d'observation et d'initiation thérapeutique en juin dernier dans l'unité. Ainsi, j'ai découvert - entre autres - les différents ateliers de soin du service. C'est alors que « l'atelier de morphopictographie » m'a interpellée (annexe 1).

Après le tracé, sur une feuille, de leur silhouette, certaines jeunes filles n'esquissaient des symboles qu'à l'extérieur (ne considérant pas leur intérieur). D'autres, seulement à l'intérieur de cette silhouette (ne considérant pas l'extérieur). Certaines symbolisaient des échanges unidirectionnels, soit de l'intérieur vers l'extérieur, soit de l'extérieur à l'intérieur. D'autres appuyaient de manière considérable sur leur éponge imbibée de pigment rouge ou noir pour délimiter leur contour. Ainsi leurs limites aux allures marquées et criardes délimitaient un dedans et un dehors. D'autres avec le pigment blanc ne faisaient qu'effleurer la feuille, se distinguaient alors un léger voile, des limites floues, incertaines, non assumées.

Ces diverses observations m'ont questionnée et m'ont poussée à interroger davantage la question de leurs limites corporelles. Comment investissent-elles leur enveloppe ; la leur d'abord et celle de l'hospitalisation proposée ensuite ? Je me suis aussi demandée comment instaurer un cadre contenant lors de mes séances individuelles. Cadre contenant dans lequel les patientes se sentiraient suffisamment en sécurité pour s'exprimer authentiquement.

Ainsi, à travers tous ces questionnements, mon choix s'est orienté vers une analyse de l'anorexie mentale au travers de ces différentes « enveloppes », articulant une approche socioculturelle, clinique, psychoaffective, institutionnelle et psychocorporelle.

La problématique s'exprime alors :

Sur quels appuis, en psychomotricité, les adolescentes souffrant d'anorexie mentale peuvent-elles se (re)construire une sécurité de base interne et une enveloppe sécurisée ?

Nous allons ainsi développer, sous différents aspects théoriques et cliniques, ce que j'ai appris au travers des rencontres, des lectures et des mises en pratique qu'offre la psychomotricité.

Pour faciliter la rédaction de ce mémoire, je traiterai l'anorexie mentale au féminin devant la quasi-exclusivité féminine de ce trouble.

Ainsi, l'anorexie mentale nous plonge dans une quête sans fin et à une recherche sans fin de ses différentes enveloppes...

Les enveloppes de l'anorexie mentale

Faut-il chercher la genèse de l'anorexie mentale dans l'histoire individuelle, dans sa dimension familiale, ou faut-il y voir le reflet d'une société en changement ? Plutôt que de chercher une cause déterminante, je préfère insister sur la dimension polyfactorielle de ce trouble. Toutes ces influences se répercutent dans la manière d'être de ces adolescentes. Nous allons tenter de nous immerger au travers des différentes enveloppes dans lesquelles elles se trouvent.

1. L'enveloppe socio-culturelle

Les critères socioculturels offrent un cadre au malaise des anorexiques mentales. Evidemment, ils ne sont pas déterminants à eux seuls de la conduite anorexique. Il paraît intéressant, en parallèle aux repères de la société actuelle, d'en percevoir les incidences quant au processus anorexique.

1.1. Les exigences du cadre social

Force est de constater que la technologie et les impératifs économiques - qu'ils soient facteurs de progrès ou de désespoir - induisent la réalité d'un monde impalpable. Cela favorise le retournement à l'individu sur lui-même. Ainsi, la recherche permanente d'un sentiment d'exister par et pour soi-même conduit à recourir au narcissisme et à se muer en un système de compétition généralisée. Seuls la performance, le culte de la réussite, et le dépassement de soi sont évoqués aisément.

On assiste au brouillage des repères de sens et de valeurs. Ils s'avèrent être de plus en plus permissifs donc moins limitants, moins garants d'un certain cadre. C'est dans ce contexte que s'inscrivent les conduites à risques dans lesquelles les adolescents tiennent une place importante. Cette société, aux limites « en pointillés », induit chez l'anorexique un sentiment de manque à être : c'est à cause et au travers des failles des repères de la société que l'adolescente va chercher dans l'intensité de sa conduite, à être.

Ainsi, les exigences sociales de maîtrise pulsionnelle, de contrôle des affects et des émotions, puis l'atténuation de la frontière entre le fantasme et la réalité, entraînent incontestablement une modification de la régulation narcissique du sujet.

Selon le professeur Pietropolli-Charmet G. dans le film documentaire *Chère Anorexie* (2015), la plupart des adolescents sont poussés par le narcissisme. Ils sont éduqués à penser que le Soi est très important et que la popularité, la sympathie, le succès social, la beauté aussi. Les idéaux éthiques ont été remplacés par des idéaux esthétiques.

1.2. Aperçu de l'évolution du statut de la femme

Des changements profonds s'inscrivent dans la vie des femmes. Elles acquièrent une certaine autonomie durant la seconde guerre mondiale. Puis, elles sont de nouveau assignées au domicile entre 1945 et 1960, cantonnées aux rôles d'épouse et de mères responsables de l'éducation des enfants. L'anorexie mentale existe mais elle est plus rare qu'aujourd'hui.

À la fin des années 60 et au début des années 70, commence à se faire sentir une profonde insatisfaction, voire une véritable frustration chez les femmes. Cela se traduit par la naissance d'un mouvement pour la libération de la femme.

Depuis 1970, la possibilité est donnée aux femmes de libérer leur corps du contrôle dont l'homme était le garant. La femme fait progressivement son entrée dans le monde du travail et se voit confrontée à des nécessités de changement dans l'éducation des enfants. Pour beaucoup, cette nouvelle possibilité de choix provoque des sentiments complexes, mêlant une sensation de liberté et d'augmentation de l'estime de soi à un sentiment confus de honte et de culpabilité. C'est d'ailleurs au début des années 70 que l'anorexie mentale prend des proportions inquiétantes.

Les thèses féministes partent de la constatation évidente d'un parallèle entre l'évolution de la place de la femme dans la société et la multiplication des cas des Troubles des Conduites Alimentaire (TCA).

Depuis, la femme occidentale se situe tantôt sous la forme de la déesse mère, la mère pour laquelle la nourriture est un don d'amour, une mère grosse car elle est elle-même symbole de nourriture. Tantôt sous celle de la Vénus tentatrice, la femme objet, mince et érotique, séductrice et sensuelle. La pression sociale s'exerce simultanément dans ces deux directions ; le même journal féminin pouvant présenter des recettes de cuisine et des conseils diététiques.

On encourage les femmes à exprimer leur autonomie, leur capacité de gestion et d'efficacité professionnelle alors qu'en même temps elles restent enfermées dans la sphère domestique. Et justement, ces murs sont le lieu où non seulement la nourriture entre mais aussi l'électroménager et les moyens de communication. Comme par exemple la télévision qui est une fenêtre sur la sphère publique qui offre aux femmes des personnages auxquels elles peuvent s'identifier. Cela va de pair avec une augmentation progressive de l'anorexie, un phénomène qui est en porte à faux avec le stéréotype de l'image corporelle féminine dominante.

1.3. L'évolution vers le culte du corps tout puissant et un idéal esthétique de la minceur

L'histoire des religions montre que chacune d'elles s'est souciee du corps, soit pour l'utiliser, soit pour le nier. Les idées religieuses sur celui-ci imprègnent l'âme collective, la civilisation et la culture.

Dans l'Occident chrétien, à la Renaissance, l'église ayant de moins en moins de pouvoir, le corps reprend peu à peu ses droits. Avant, il était vu comme un objet périssable et un obstacle à l'âme immortelle. Désormais, on en vient à modifier, voire à supprimer le mépris infligé au corps.

Au XIX^{ème} siècle et en Occident, les femmes s'étranglaient la taille avec des corsets qui leur comprimaient la cage thoracique et entravaient leur respiration pour atteindre la taille de guêpe idéale. Cette pratique antinature n'a pas, en effet, d'autre but que le désir de séduire.

Le corps « artificiel », qui n'est plus assujéti à la volonté de la nature mais façonné en fonction des stéréotypes sociaux, indique que l'individu est en mesure de se construire son Moi idéal dans une culture technologiquement à la pointe du progrès.

Les tentatives de modifications du corps et des fonctions corporelles varient à l'infini selon les peuples et les époques. « A chaque époque sa mode, à chaque civilisation son code » selon Guillemot A. et Laxenaire M.

La femme du début du XX^{ème} siècle s'émancipe et prend goût aux exercices physiques et au sport qu'elle ignorait jusqu'alors. Il y a donc la nécessité de tenues plus fonctionnelles. C'est ici que le couturier Paul Poiret supprime le corset de ses modèles. Une nouvelle silhouette se profile, elle deviendra une mystique de la minceur avec des masses musculaires plus fermes. En effet, c'est désormais le corps qui devient son propre corset. La femme devient alors la seule responsable de son apparence. Ses comportements alimentaires sont censés obtenir les résultats souhaités. Un nouveau culte est né: le culte de la minceur. Il est toujours en vigueur deux siècles plus tard. On ne peut s'empêcher de souligner le parallèle entre la profonde mutation sociale entamée à l'époque par les femmes et l'apparition du trouble.

La minceur est devenue, dans nos sociétés, synonyme non seulement de beauté, mais également de réussite sociale. Il existe une corrélation entre minceur et ambition professionnelle faite par Beck en 1976. La minceur est aussi synonyme de maîtrise de son

corps, et donc de soi-même, qualité requise pour postuler à un certain niveau professionnel (Onnis, 2013).

Un défi a été proposé à Eva, une adolescente anorexique mentale, lors d'une rencontre avec toute l'équipe soignante : « *Les jambes que j'ai actuellement, les jambes que j'aimerais avoir* ». Pour réaliser ce défi, elle scinde en deux la feuille. Elle représente d'un côté des pieds de cochon et des énormes cuisses. De l'autre, elle y colle des mannequins de magazine, toutes aussi maigres les unes que les autres : « *c'est vraiment mon rêve d'avoir ses jambes là, d'avoir des genoux si visibles, des cuisses qui ne se touchent pas, les os iliaques qui se voient* ». C'est tout aussi effrayant d'un côté que de l'autre. On voit là l'influence des médias sur ces adolescentes qui cherchent des modèles auxquels se référer.

La civilisation occidentale du XXI^{ème} siècle semble s'orienter vers un hédonisme matérialiste en faveur du corps. On pourrait penser qu'après des siècles d'obscurantisme, le corps est devenu maître. Il est désormais question d'un culte du corps, attesté par la vogue du sport et le fétichisme de la diététique. Cette religion du corps s'impose à tous les membres de la société plus ou moins consciemment.

Témoignage de Romane, 18 ans, souffrant d'anorexie mentale: « *J'avais 16 ans quand je me suis dit pour la première fois que je devais perdre du poids. Je suis sûre que j'ai été influencée en partie par la société ; partout à la télé, sur internet je ne voyais que des filles minces qui ne rentraient que dans un certain style de vêtement, qui faisait une certaine taille. J'ai voulu être comme elle. Alors, je me suis dit que j'allais y arriver et j'ai foncé tête baissée. J'avais un seul objectif : perdre du poids* ». En suivant les conseils de sites « pro-ana » et en majorant la restriction alimentaire et l'hyperactivité, elle est passée de 65 kg à 36,3 kg en 18 mois.

1.4. Est-ce un trouble spécifiquement de culture occidentale ?

Dans le DSM-V, il est noté que l'anorexie mentale survient au sein de populations variées sur le plan culturel et social, même si les arguments actuels suggèrent une variation transculturelle dans sa fréquence et sa forme clinique. L'anorexie mentale est probablement plus fréquente dans les sociétés post-industrielles et à revenus élevés comme les États-Unis, de nombreux pays d'Europe, l'Australie, la Nouvelle-Zélande et le Japon. Mais son incidence est imprécise dans la plupart des pays à revenus bas ou intermédiaires. Jeammet (1985) note l'absence quasi-totale d'anorexie mentale parmi les populations noires africaines. Les cliniciens doivent alors prendre en compte que dans ces groupes ethniques, l'utilisation des services de santé mentale est significativement plus basse. Ces faibles taux peuvent traduire un biais dans l'interprétation des données.

Les cultures orientales, autrefois épargnées, se familiarisent aux mœurs occidentales et recensent un nombre accru de trouble de ce type. Depuis quelques années, avec l'importation de la mode et des films hollywoodiens, les choses changent et le nombre d'anorexiques indiennes est en train de grimper.¹

La mondialisation est venue croiser le chemin de Narcisse et diffuse à grande échelle ses images et ses selfies. Les spécificités culturelles s'estompent et les standards esthétiques et alimentaires s'uniformisent.

Donc l'anorexie mentale est indiscutablement liée à une culture au départ occidentale mais qui tend à traverser les frontières.

1.5. « Il faut manger pour vivre, et non pas vivre pour manger »²

La nourriture est une importance vitale pour l'homme, il en est dépendant.

Manger est un phénomène bio-psycho-socio-culturel. La plupart des anthropologues et des sociologues (Levi Strauss, Douglas) considèrent que les pratiques alimentaires sont le fruit de systèmes de croyances, de représentations et de coutumes culturelles. Ce n'est pas un hasard si chaque peuple et chaque religion ont toujours établi des règles et des tabous alimentaires qui ont réglementé et influencé la relation de l'homme non seulement à la nourriture mais aussi à son corps et à son identité. Manger s'avère donc une expérience fondamentale tout au long de la vie de l'individu.

1.5.1. Aliments et pratiques alimentaires, source de profusion et de modification

Sur un plan sociologique, le rapport de l'homme à son alimentation a connu de profonds bouleversements, du moins dans nos contrées. C'est-à-dire entre l'époque où se nourrir était un problème constant et celle que nous connaissons aujourd'hui, caractérisée par l'abondance de nourriture.

Avant l'alimentation était rythmée par les saisons. A présent le développement des moyens de transports, la création de techniques agricoles nouvelles et de nombreux procédés de conservation ont rendu presque tous les produits comestibles disponibles à n'importe quel moment et en tout lieu. Nous avons quasiment perdu le contact avec le cycle productif des aliments : nous sommes devenus de purs consommateurs. La publicité alimentaire

¹ http://news.bbc.co.uk/2/hi/south_asia/2978216.stm

² Socrate, repris dans l'Avare de Molière

envahissante et la prolifération rapide des chaînes alimentaires ont modelé nos habitudes alimentaires.

L'homme moderne ne doit plus gérer la pénurie mais la profusion. Il doit choisir, comparer, combattre les pulsions et résister aux impulsions des pressions sociales et médiatiques.

La culture dominante des aliments déjà préparés et des en-cas renvoie à un modèle alimentaire fragmenté. Pourtant, paradoxalement, nous sommes toujours plus attentifs à la nourriture et aux dangers potentiels dont elle est porteuse.

Selon Laxenaire, l'abondance moderne transporte à la fois une liberté et une insécurité : le consommateur d'aujourd'hui, soumis à de multiples tentations et à de multiples mises en garde diététiques et écologiques, devient l'objet d'une décision individuelle lorsqu'il entame un régime. Toutefois, cette surinformation entraîne des confusions et donc une perte des repères.

1.5.2. « Manger, c'est parler avec les autres »³

L'institution du repas est un fait culturel majeur. On remarque l'importance symbolique acquise par la nourriture, au départ simple élément de survie. Le refus de nourriture peut constituer un message social important, l'anorexique mentale refuse en fait « le symbolisme d'une certaine communication » (Guillemot et Laxenaire, 1997).

L'adolescence est un moment de passage vers une transformation personnelle et sociale. L'acte alimentaire peut devenir un moyen d'exprimer des besoins, des attentes et des conflits que l'adolescent subit. Entre conformisme et rebellions, entre dépendance et indépendance, le jeune vit à travers l'expérience alimentaire un véritable processus d'individuation et de différenciation psychosociale. La fréquentation des fastfoods revêt une signification plus complexe que celle purement nutritionnelle. Les adolescents cherchent un lieu nouveau et une manière différente de manger librement et entre eux (Onnis, 2013).

³ Brillat-Savarin, Physiologie du goût, Editions Flammarion, 2009.

1.5.3. « *L'excès d'insistance appelle un excès de résistance* »⁴

Nos comportements alimentaires sont le reflet de la société dans laquelle nous vivons. « Personne ne peut refuser ce qu'il n'y a pas » nous dit Mara Selvini Palazzoli, justifiant l'augmentation épidémiologique de l'anorexie après la seconde guerre mondiale précisément au moment où la nourriture commençait à abonder les tables (Onnis, 2013).

Dans le domaine des conduites alimentaires, il est encore plus difficile de trouver une frontière entre le normal et le pathologique. Il serait plus judicieux d'avancer non pas qu'un individu présente tel ou tel trouble, mais plutôt d'évaluer la proportion dans laquelle il le présente, nous disent Guillemot et Laxenaire (1997).

Force est de constater que beaucoup de patientes sont entrées dans leur maladie par un régime apparu d'abord comme banal aux yeux de leur famille. La notion de régime a fortement évoluée avec le temps. Passant de l'idée de l'élévation morale, spirituelle et de soins personnels à celle d'une adaptation à un idéal esthétique, d'une restriction alimentaire, jusqu'à la mortification des besoins individuels et la preuve d'une force de volonté. De même que pour le sport qui n'est quasiment plus pratiqué pour les soins personnels mais pour la perte des calories.

En refusant d'incorporer les « produits de consommation » qui suscitent le désir et le besoin impératif de le satisfaire, ces patientes dénoncent, à leur manière, les dérives d'une société qui, par un libre-service immédiat et permanent, maintient la confusion entre besoins et désirs.

C'est donc dans ce contexte d'abondance de l'objet, de surconsommation, d'incitation que viennent s'ancrer ces troubles.

Alors, comment trouver le juste milieu quand on est adolescent en pleine construction de son identité et de ses propres limites ?

⁴ Citation de Lasègue dans *Adolescence et psychopathologie* (Marcelli et Braconnier, 2013, p.136)

1.6. L'adolescence

1.6.1. *Définitions et généralités*

Adolescence, du latin « *adolescere* » signifie « grandir vers ». Cela montre le caractère dynamique de ce passage. C'est une période du développement humain qui suit l'enfance et conduit à l'entrée dans l'âge adulte, avec, entre autre, l'apparition du processus pubertaire.

La puberté est caractérisée par le développement des caractères sexuels et par une accélération de la croissance staturale. En conduisant à l'acquisition des fonctions de reproduction, le jeune est soumis à de multiples modifications : anatomiques, physiologiques, psychologiques, affectives et sociales.

L'adolescence, témoigne pour Erikson, d'une « crise d'identité » normative, période de croissance non seulement physique mais aussi morale qui amène le jeune à se sentir à l'étroit dans ses aspirations d'enfant et enclin à la recherche de l'homme ou de la femme qu'il souhaite être. Elle ne se confond jamais avec la seule puberté.

Le phénomène d'adolescence n'est pas abordé de manière universelle et homogène : il diffère selon les époques, selon les cultures et selon les milieux sociaux (Guillemot et Laxenaire, 1997). Dans certaines civilisations, le passage de l'enfance à l'âge adulte se fait au moment de la puberté par des rites initiatiques qui projettent immédiatement l'enfant dans son nouveau rôle d'adulte. En occident, l'adolescence tend à devenir de plus en plus longue.

Cette période s'échelonne en moyenne entre 11 et 18 ans. Elle est en général plus précoce chez la fille.

La fin de l'adolescence peut être discutée en fonction de différents facteurs : la génétique, la législation (qui fixe actuellement en France la majorité légale, ou l'âge adulte, de manière arbitraire à 18 ans), l'entrée dans le monde du travail, le départ de la cellule familiale...

1.6.2. *Mouvements anatomiques et physiologiques*

L'adolescence débute par une modification du corps. Elle impose au jeune de quitter l'enveloppe du petit enfant pour pouvoir investir ce nouveau corps d'adulte avec lequel il va apprendre à vivre, à agir, à communiquer, à bouger, ... L'image de soi va devoir être actualisée pour intégrer tous ces changements corporels. Le jeune adolescent doit faire face à la recherche de nouvelles frontières corporelles.

Lors de cette période chez la jeune fille, le corps se féminise et les caractères sexuels secondaires (croissance, développement mammaire, hanches qui s'élargissent et développement de la pilosité) se développent.

Les changements physiologiques du corps signent l'accès à une maturité du corps sexué et capable de reproduction. Cet accès à la génitalité met en doute le sentiment de soi et la relation aux autres. Tout adolescent passe plus ou moins par une mise en doute du sentiment même de son existence et de son identité, ce qui correspond à la crise d'adolescence (Potel, 2015).

Son apparition au moment de la puberté, liée à une problématique autour de l'image et du vécu du corps, permettent de considérer l'anorexie mentale comme une mise en corps de la crise d'adolescence (André, Benavidès & Giromini, 2004).

Les difficultés des adolescentes anorexiques se traduisent par une lutte contre les transformations corporelles pouvant laisser apparaître les rondeurs de la féminité et de la maternité.

Anna, 15 ans, souffrant d'anorexie mentale : « *Je voulais garder mon corps d'enfant mais je sais qu'il a changé. Je me demande comment il est maintenant car la maladie s'est installée entre temps. J'ai peur de ce changement.* »

1.6.3. Mouvements psychiques et sociaux

L'adolescence correspond également à l'acquisition d'un nouveau statut social, d'un nouveau rôle dans la société. Le jeune est en période d'autonomisation et évolue vers son futur statut d'adulte. On peut mettre en évidence un paradoxe à l'adolescence, qui est la volonté de s'individualiser, tout en ayant le souci d'appartenir à des modèles.

Un autre processus psychique est à l'œuvre lors de cette période, celui de parvenir au détachement des « objets infantiles ». Cela peut se rapprocher d'un processus de deuil. En effet, le travail psychique de l'adolescence, comme celui du deuil, consiste en une perte des objets infantiles (au sens psychanalytique du terme) :

- Perte de « l'objet primitif » (phase de séparation de l'objet maternel)
- Perte de « l'objet œdipien » chargé d'amour, de haine, d'ambivalence.

Pour faire face à ces remaniements et rendre supportable cette incertitude identificatoire, l'adolescent dispose de moyens de défense. Anna Freud en a repéré plusieurs, certains repris par Marcelli et Braconnier dans l'ouvrage *Adolescence et psychopathologie* (2013, p.19) :

- L'intellectualisation : c'est la façon de donner une formulation rationnelle à ses conflits et à ses émotions de façon à maîtriser les pulsions de la pensée.
- L'ascétisme : il s'agit du contrôle des pulsions et des plaisirs du corps. Il permet de dénier les besoins corporels, puis la féminité et d'ignorer les désirs sexuels. Cela peut rapidement amener à des dérives comme le contrôle restrictif de l'alimentation.

Déjà forts chez tous adolescents, ce sont des mécanismes qui seront multipliés chez les sujets souffrant d'anorexie mentale.

L'adolescent doit donc choisir de nouveaux objets, mais doit aussi se choisir soi-même en tant qu'objet d'intérêt, de respect et d'estime. La façon dont certains maltraitent leur corps est un signe parmi d'autres de leurs difficultés narcissiques. Kestemberg E., note en 1972, que les adolescents sont à la recherche d'un idéal du Moi, d'une image satisfaisante d'eux-mêmes, image susceptible de leur apporter un soutien narcissique.

1.6.4. Une période critique

L'adolescence c'est aussi la période critique des conduites à risque. David Le Breton exprime que lorsque « la souffrance submerge, les limites s'effacent entre le dehors et le dedans, entre la présence au monde et le déferlement des affects » : les défenses sont sollicitées. L'adolescent est en quête d'un contenant qui est sans arrêt soumis à cette épreuve.

Les conduites alimentaires pathologiques sont des tentatives de maîtrise et de contrôle des changements vécus comme impossibles, non contrôlables. Elles sont donc vécues sous l'angle d'un risque, d'une atteinte de l'intégrité et de l'identité corporelle, générant angoisse et souffrance (Potel, 2015).

Le recours au corps devient à l'adolescence un moyen privilégié d'expression. Le corps est en effet un repère fixe pour une personnalité qui se cherche et qui n'a qu'une image de soi encore flottante nous dira Jeammet en 1985. L'adolescent l'utilisera notamment pour affirmer son appartenance à un groupe social, dont il en suivra la mode. Le corps va donc être le support de leur appartenance à un groupe, de leur autonomisation, pour affirmer de nouvelles identifications. Cela va passer par les vêtements, les coiffures, les tatouages ou encore les piercings (Pommereau, 2011).

1.6.5. Le vêtement, une seconde peau

Les vêtements, pour les adolescents, ne sont pas de simples modes à suivre. Ils sont attributs essentiels pour exister et proclamer leur singularité et leurs différences. Ainsi, il est significativement relié à certains aspects du comportement et de la personnalité. La manière de s'habiller et les valeurs qui y sont investies constitueraient, pour chacun, la solution de ce que l'on voudrait être (image idéale) et ce que l'on croit être (image de soi).

Célia avait pour défi « Comment les autres me voient ? ». Elle s'est dessinée au milieu de la feuille avec des bottes et des vêtements de couleurs. Une foule l'entourait et la pointait du doigt en se moquant. Toutes ces personnes avaient des baskets blanches et des vêtements de couleurs neutres.

On voit là, que par les vêtements, il existe une certaine conformité qui signe l'acceptation ou le rejet de la norme. L'apparence vestimentaire a pour fonction de signifier aux semblables que l'individu est membre de la même classe.

Les vêtements sont vécus comme une enveloppe qui sécurise, protège, distingue. Les patientes anorexiques mentales « croulent » souvent sous plusieurs couches de vêtements alors que les températures extérieures sont maximales. A l'inverse, elles s'exposent au froid et se mettent en danger en ne s'habillant que très légèrement. Ces deux manières différentes de se vêtir ont toutes les deux pour but premier de brûler les calories mais aussi de cacher ou d'exposer au maximum leur corps.

* *
*

C'est ce contexte socio-culturel qui influence les adolescentes anorexiques mentales car fragiles dans leur construction. Nous allons désormais nous intéresser à l'enveloppe historique et diagnostique de ce trouble. Il me semble qu'en ayant une connaissance globale des caractéristiques de ce trouble, cela peut contribuer à la réflexion du soignant dans l'intention d'accompagner la patiente vers de meilleures bases ou lui permettre de construire d'autres repères. Le fait de penser la complexité de cette pathologie psychiatrique met dans une collaboration de confiance les protagonistes de la prise en charge. Ces derniers pourront donc tenter d'élaborer les objectifs de soins sur des bases solides et sécurisées. Bien entendu, en prenant en considération que chaque individu est unique et différent.

2. L'enveloppe historique et diagnostique de l'anorexie mentale

2.1. Survol historique de la notion d'anorexie mentale

L'anorexie mentale demeure à bien des égards un trouble énigmatique, fascinant, angoissant et paradoxal dont la signification reste encore en partie mystérieuse.

Le trouble des conduites alimentaire que représente l'anorexie mentale est connue et décrit depuis l'Antiquité. Il paraît évident, au regard de l'histoire, que le jeûne volontaire a toujours existé. Cependant, les interprétations étiopathologiques n'ont eu de cesse de se renouveler.

Du V^{ème} au XVI^{ème} siècle, c'est dans la littérature théologique que nous retrouvons des cas de jeunes filles ascétiques. Ainsi, tous les cas historiques de refus alimentaire sont décrits dans un contexte différent de celui de notre médecine moderne. Ces conduites sont régulièrement considérées, soit comme un signe d'élection divine, soit comme un signe de possession démoniaque... Ce qui peut amener indifféremment à la canonisation ou au bûcher !

La figure la plus marquante des anorexiques mystiques reste sans conteste Sainte-Catherine de Sienne en 1347, qui sera prise pour modèle par de nombreuses anorexiques saintes. Celle-ci est élevée dans la religion. Vers 6-7 ans, elle a une vision de Dieu et ne mange plus de viande. Puis, que du pain et des herbes pour ne boire plus que de l'eau. Elle entre dans l'ordre des Dominicaines, contre la volonté de sa mère. Enfin, elle se sacrifie pour l'église et décide de ne plus s'alimenter jusqu'à sa mort.

Le modèle « anorectico-religieux » connaît son apogée vers l'an 1500. La sainte devient « alors avant tout une femme qui souffre » et ce modèle est progressivement abandonné dans le chemin qui mène à la sainteté.

Si la sainte a su utiliser en son temps le modèle religieux pour sublimer sa pathologie, rien n'interdit de penser qu'elle aurait été, à notre époque, une anorexique mentale comme une autre. C'est souligner l'importance, déjà, des facteurs socioculturels, non seulement dans la survenue, mais encore dans la reconnaissance d'une pathologie.

Kestemberg E. et J. et Décobert S. (1972) ont dressé un tableau présentant une liste de plus de cinquante références, situées entre l'an 1500 et 1970. Partant de Portao Porto S., première observatrice de l'affection, jusqu'à la description de la « consommation nerveuse » ou « phtisie nerveuse » par Morton R., en 1689.

Nous voici au terme d'un survol historique, qui aboutit à la publication des premières descriptions quasi-simultanées par Gull en Angleterre (1868) et Lasègue en France (1873) de cas de restriction alimentaire. Gull suppose d'abord un trouble organique de l'ordre d'un trouble du tractus digestif, puis se laisse convaincre par Lasègue par une hypothèse « psychogénétique ». Les deux auteurs font référence à l'hystérie et dénomment le syndrome « anorexie hystérique ».

Les travaux de Huchard, en 1883, déboucheront sur la dénomination actuelle « anorexie mentale ».

Gilles de la Tourette, en 1908, insiste sur l'origine psychique et sur le fait que ces patientes ne souffrent pas d'un manque d'appétit, mais refusent la nourriture et présentent un trouble de la perception de leur corps.

Après la vogue de l'hystérie, on assiste à une explication physiopathologique en accord avec les modèles scientifiques de l'époque s'étayant sur la découverte des troubles endocriniens. Simmonds fait la découverte, en 1914, de la « cachexie hypophysaire » (atrophie du lobe antérieur de l'hypophyse dans un cas de cachexie lors d'un décès).

Puis, il y a un retour en force de la conception psychologique de l'anorexie mentale avec les travaux d'Abraham, en 1916, sur le rôle du sadisme oral dans l'inhibition de l'appétit.

Il faudra attendre les années quarante pour que soient reprises les hypothèses psychogénétiques. Les travaux sont alors très nombreux ; H. Bruch aux Etats-Unis, M. Selvini en Italie, Kestemberg E. et J., et Decobert en France.

En 1995, l'anorexie a retrouvé sa "dignité psychopathologique" avec Sheedan qui décrit la « nécrose hypophysaire du post-partum », inscrivant à nouveau l'anorexie mentale comme un trouble psychique.

En définitive, on constate une grande diversité des approches explicatives et thérapeutiques du trouble : psychanalytique, comportementale, biologique et systémique.

Actuellement, on ne pose le diagnostic qu'en présence des symptômes, du contexte familial, de l'évolution des troubles et en éliminant les diagnostics différentiels. De ce point de vue, les descriptions anciennes ne permettent pas de porter un diagnostic certain.

2.2. Les données épidémiologiques⁵

La prévalence⁶ de l'anorexie mentale est de 5 cas pour 100.000 habitants en France ; aux États-Unis, elle serait de 1 à 8 cas pour 100.000 personnes. Ce trouble ne peut donc pas être considéré comme rare.

L'incidence⁷ de l'anorexie s'élèverait entre 3.000 et 6.000 nouveaux cas chaque année en France. On observe classiquement que la plus grande incidence concerne la tranche d'âge des 15-19 ans. Il semble que l'incidence de l'anorexie ait augmenté au cours des cinquante dernières années en particulier pour la tranche d'âge 10-24 ans (Nadrino, 2015, p.1).

Globalement, entre 0,5 et 1 % des femmes de 14 à 20 ans développeraient une anorexie mentale sévère. Il est classique d'observer un ratio hommes/femmes généralement de 1 pour 10 voire 1 pour 11.

L'anorexie mentale se déclenche le plus souvent entre 14 et 17 ans, avec un pic de prévalence maximale à 16 ans. Elle peut néanmoins survenir avant la puberté ou après l'âge de 40 ans, des cas précoces ou tardifs ont été décrits.

2.3. Développement et évolution

L'anorexie mentale débute toujours par une restriction alimentaire, le plus souvent voulue (avec le "régime") ou fortuite, impliquant une dénutrition. Des événements de vie traumatisants (séparation, deuil...) et/ou stressant (départ de la maison pour l'université) sont fréquemment retrouvés avant le déclenchement des troubles alimentaires et pourraient marquer le point de départ de l'anorexie mentale chez certaines patientes.

La phase anorexique dure en moyenne un an et demi à trois ans, mais cet état peut varier de six mois jusqu'à cinq ans ou plus chez certaines patientes.

⁵ Selon, www.futura-sciences.com/sante/dossiers/maladie-tout-savoir-anorexie-181/ (2016), www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/anorexie-mentale (2014), www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/argu_anorexie_mentale.pdf (2010)

⁶ La prévalence est ce qui correspond au nombre total de cas en population générale.

⁷ L'incidence est le nombre de nouveaux cas sur une période donnée, classiquement exprimée pour 100 000 personnes pour un an.

Sheila MacLead (1982, p.175) témoignera : « *Je ne suis en aucun cas guérie et on ne trouvera pas beaucoup d'anciennes anorexiques qui me contrediront sur ce point, qu'elles aient suivi un traitement ou non. Je n'ai plus l'air squelettique, mais [...] il subsiste certaines habitudes alimentaires, certaines façons de penser, certains sentiments qui ne peuvent être qualifiés que d'anorexiques* ».

A terme, la moitié des personnes soignées pour une anorexie mentale à l'adolescence guérissent, un tiers est amélioré, 21 % souffrent de troubles chroniques (après cinq ans d'évolution, on parle d'anorexie mentale chronique) et 5 % décèdent ; certaines se suicident et d'autres décèdent des conséquences de leur maladie (sous-alimentation, étouffement en vomissant, problèmes cardiaques graves...). Le taux de suicide des anorexiques est le plus élevé de toutes les maladies psychiatriques.

Au bout de cinq années de maladie, 20 à 50 % des anorexiques font des crises de boulimie. Il est courant de voir évoluer un patient de l'anorexie à la boulimie, voire dans le sens opposé même si ces cas sont plus rares. Par ailleurs, les symptômes comme la peur de grossir ou les préoccupations corporelles sont présents de la même manière dans les deux types de troubles.

D'après le site (www.anorexiéboulimie-afdas.fr), les anorexies pré-pubaires, celles de l'adulte ainsi que les formes masculines sont classiquement d'un pronostic plus sévère. A l'opposé, les formes moins précoces (17-18 ans) sont peu sévères et peu comorbitaires.

Le repérage et la prise en charge précoces du trouble semblent favoriser le pronostic, avec un risque diminué de chronicité et de complications somatiques, psychiatriques ou psychosociales. À noter par ailleurs que le déni, le tabou et la loi du silence qui caractérise les troubles des conduites alimentaires entraînent un manque d'information global et une difficulté d'appréciation scientifique de ces pathologies. La classification de ces troubles dans la catégorie des maladies mentales est réductrice.

D'ailleurs, dans les classifications psychiatriques modernes, l'anorexie mentale appartient à la catégorie des « troubles des conduites alimentaires ». Pourtant, les thérapeutes des écoles savent bien que cette maladie va largement au-delà d'un simple problème avec l'alimentation. Même si ce dernier illustre la pathologie, la chronicise et l'entretient, et même s'il doit constituer l'objectif prioritaire du traitement, il n'en reste pas moins que l'anorexie n'est pas « que » cela...

2.4. Les critères diagnostiques DSM-IV et DSM-V

On distingue à l'heure actuelle deux classifications internationales utilisées pour la recherche et la pratique clinique : le DSM nord-américain (Diagnostic and Statistical Manual de l'Association américaine de Psychiatrie) et la CIM-10 (Classification internationale des maladies de l'OMS). On retrouve des points communs et des divergences entre ces approches sachant qu'une nouvelle version du DSM (5ème version) vient de paraître en 2015.

Le cœur de ce trouble réside dans le refus de s'alimenter et doit donc être bien différencié d'une perte de l'appétit. Il faut bien identifier que le refus alimentaire n'est pas associé à des désordres somatiques ou à des effets secondaires d'une autre pathologie comme en particulier la dépression.

Les signes cliniques élémentaires sont essentiellement un refus de maintenir le poids à un niveau normal (pour l'âge, le sexe et la taille), une peur pathologique de grossir et des troubles de l'image du corps.

Si on suit les critères diagnostiques de la classification américaine du DSM-IV-TR (annexe 2), on parlera d'anorexie mentale lorsque le poids est inférieur à 85 % du poids par rapport à la taille (perte de poids ou poids normal jamais atteint).

Par ailleurs, le second élément central réside dans le fait que le sujet cherche à éviter les « aliments qui font grossir ». Ainsi, on trouve souvent associé à cet évitement des comportements de compensation comme des vomissements provoqués, l'utilisation de laxatifs, une pratique excessive d'exercices physiques, l'utilisation de « coupe-faim » ou de diurétiques.

On observe également une perturbation de l'image du corps associée à la peur de grossir.

Avec la parution de la nouvelle version du DSM (version 5), il faut noter certaines modifications dans les critères utilisés :

- Le premier critère a évolué, remplaçant le seuil quantifié des 85 % du poids supposé normal par la présence d'un poids significativement faible. On considère désormais comme critère valide un poids faible minimum à la normale pour un sujet donné en fonction de son sexe, de son âge, de sa taille et de sa santé. Cet élargissement évite au clinicien de se contraindre à un critère rigide parfois trompeur (Nandrino, 2015, p.6).
- Un autre élément ajouté dans les critères du DSM-V concerne le retour de l'observation des comportements. L'observation est ici orientée non seulement sur

la croyance et les pensées de l'individu concernant la prise de poids mais aussi sur les comportements qu'il met en place pour ne pas prendre de poids, comportements qui restent plus faciles à évaluer.

- Enfin, le critère relatif à la présence d'une aménorrhée ou à l'absence d'au moins trois cycles menstruels a été supprimé. Si ce critère avait un véritable intérêt clinique, il ne pouvait pas être systématiquement appliqué aux hommes, aux femmes sous contraception, aux jeunes filles pré pubères ou aux femmes ménopausées. De plus, on peut observer dans certains cas l'ensemble des symptômes du tableau clinique sans pour autant qu'il y ait une perturbation du cycle menstruel.

À côté de ces symptômes majeurs, il faut ajouter des éléments importants :

Le premier concerne la présence d'une très faible estime de soi. On retrouve cette faible estime de soi également chez les parents (Nandrino, 2015, p.7).

Il faut également rajouter la présence d'activité physique répétée chez bon nombre de patients souffrant d'anorexie.

Enfin, on peut souligner la présence d'un déni du trouble alimentaire ou du moins un déni des effets de ces comportements. Le sujet considère qu'avec la perte de poids et l'amaigrissement, son état physique et son bien-être subjectif sont satisfaisants (du moins au début des troubles).

2.5. Sous-types et différentes formes cliniques

On a vu apparaître dans les classifications, comme le DSM-IV, la distinction entre sous-types d'anorexie :

- **Type restrictif** : pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet n'a pas présenté de crises de boulimie ni recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (comme des laxatifs, diurétiques, lavements).

- **Type avec crises de boulimie/vomissements ou prise de purgatifs**: pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet a, de manière régulière, présenté des crises de boulimie et/ou recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs.

Dans la réalité clinique la distinction des deux formes n'est pas toujours facilement identifiable. D'une part, les crises de boulimie sont observables chez près de la moitié des patientes anorexiques et d'autre part le diagnostic d'anorexie peut être instable au cours du temps avec des caractéristiques évolutives : la description en sous-types doit donc refléter davantage les symptômes du moment que l'évolution longitudinale.

2.6. Caractéristiques associées en faveur du diagnostic

La sous-alimentation dans l'anorexie mentale et les comportements purgatifs qui lui sont parfois associés peuvent conduire à des situations médicales dramatiques où le pronostic vital peut être engagé.

Des dysfonctions physiologiques, dont l'aménorrhée et des perturbations des constantes vitales, sont fréquentes.

En phase aiguë, une atteinte cardiovasculaire (baisse du rythme cardiaque, troubles du rythme, chutes de tension) peut toucher jusqu'à 87 % des patientes.

L'anorexie entraîne également des manifestations hématologiques (anémie, leucopénie et thrombopénie), des perturbations neurologiques, des troubles métaboliques du cholestérol et du glucose, mais également une perte des cheveux, des problèmes rénaux, des constipations... Ces altérations sont le plus souvent réversibles lors de la reprise de poids.

À plus long terme, les complications sont principalement osseuses, avec un risque d'ostéoporose, et dentaires en cas de vomissements. Ceux-ci, lorsqu'ils sont fréquents, provoquent une usure dramatique des dents. Il existe également un risque de retard de croissance staturo-pondérale si l'anorexie survient avant ou au début de la puberté.

Dans des états de grande maigreur, de nombreux individus atteints d'anorexie mentale présentent des symptômes dépressifs tels qu'humeur dépressive, retrait social, irritabilité, insomnie, diminution de l'intérêt pour la sexualité.

2.7. Comorbidité psychiatrique

Parmi les autres caractéristiques cliniques parfois associées à l'anorexie mentale, on note des difficultés à manger en public, des sentiments d'incompétence, un fort besoin de contrôler l'environnement, une pensée inflexible, un manque de spontanéité sociale, un perfectionnisme et des capacités d'initiative ou une expressivité émotionnelle nettement

réduites. Ces données remplissent les critères d'au moins un trouble de la personnalité. Des **troubles bipolaires, dépressifs et anxieux** coexistent souvent avec une anorexie mentale.

Des **traits obsessionnels-compulsifs**, centrés sur la nourriture mais aussi indépendants de celle-ci, sont souvent au premier plan du tableau clinique. Lorsque les sujets souffrant d'anorexie mentale présentent des obsessions ou des compulsions qui ne concernent ni la nourriture ni la forme corporelle ni le poids, un diagnostic additionnel de trouble obsessionnel-compulsif peut être justifié.

Un **trouble de l'usage de l'alcool ou un trouble de l'usage d'autres substances** peut également être comorbide avec une anorexie mentale, en particulier dans le type accès hyperphagiques/purgatif.

2.8. Les diagnostics différentiels

Avant de faire un diagnostic d'anorexie mentale, il faut considérer les autres causes possibles d'un faible poids corporel ou d'une perte de poids significative, surtout lorsque le tableau clinique est atypique (p. ex. un début après l'âge de 40 ans).

- **Affections médicales** (p. ex. maladie gastro-intestinale, hyperthyroïdie, cancers occultes, syndrome immunodéficientaire acquis).

- **Trouble dépressif caractérisé.**

- **Schizophrénie.**

- **Troubles de l'usage de substances.**

- **Anxiété sociale (phobie sociale), trouble obsessionnel-compulsif et obsession d'une dysmorphie corporelle.** Si un sujet souffrant d'anorexie mentale a des craintes sociales limitées au seul comportement alimentaire, on ne doit pas porter le diagnostic de phobie sociale ; mais des craintes sociales qui ne concernent pas le comportement alimentaire (p. ex. la peur excessive de parler en public) peuvent justifier un diagnostic additionnel de phobie sociale. De la même manière pour le TOC ou l'obsession d'une dysmorphie corporelle.

- **Boulimie** (bulimia nervosa). Les personnes souffrant de boulimie présentent des accès récurrents d'hyperphagie, ont recours à des comportements inappropriés pour éviter la prise de poids (p. ex. vomissements provoqués) et sont excessivement préoccupées par la forme et par le poids de leur corps. Cependant, à la différence de celles atteintes d'anorexie mentale, de type accès hyperphagiques/purgatif, elles sont capables de maintenir leur poids dans les limites de la normale ou au-dessus.

- **Restriction ou évitement de l'ingestion d'aliments.** Les personnes souffrant de ce trouble peuvent présenter une perte de poids significative ou une carence nutritionnelle significative mais elles n'ont ni la crainte de prendre du poids, ni l'altération de la perception de leur poids ou de leur forme corporelle.

2.9. Les facteurs de risque

- **Tempéramentaux.** Les troubles anxieux et les traits obsessionnels pendant l'enfance sont des facteurs de risque d'anorexie mentale.

- **Environnementaux.** La variabilité historique et transculturelle de la prévalence de l'anorexie mentale est corrélée aux usages et aux cultures où la minceur est valorisée. Dans les professions et les occupations qui valorisent la maigreur, par exemple chez les mannequins et les athlètes de haut niveau, le risque est accru.

- **Génétiques et physiologiques.** Les apparentés du premier degré de personnes atteintes d'anorexie mentale ou de boulimie présentent un risque accru pour l'anorexie mentale.

Un risque accru de troubles bipolaires et dépressifs a également été trouvé parmi les apparentés du premier degré de personnes atteintes d'anorexie mentale.

Les taux de concordance pour l'anorexie mentale sont significativement plus élevés chez les jumeaux monozygotes que chez les jumeaux dizygotes.

Une série d'anomalies cérébrales ont été décrites dans l'anorexie mentale au moyen de l'imagerie cérébrale fonctionnelle (imagerie par résonance magnétique fonctionnelle, tomographie par émission de positrons). On ignore encore dans quelle mesure ces résultats traduisent des changements associés à la malnutrition ou à des anomalies primaires associées au trouble lui-même.

3. Les enveloppes affectives

Les aspects psychodynamiques du monde intérieur propre à chaque patiente anorexique resteraient flous si on ne les replaçait pas dans un contexte et dans une histoire où le sujet s'est développé et construit. Nous pouvons toutefois observer les caractéristiques les plus fréquentes des systèmes familiaux, sans pour autant opérer des classifications arbitraires.

Investir son corps comme le sien propre et développer un narcissisme suffisant, dépend étroitement de la relation avec l'entourage. Nous allons voir ce qui se joue dans la sphère affective de l'adolescente anorexique mentale.

3.1. Liens primaires de l'objet maternel à l'enfant

Longtemps, les mères d'anorexiques étaient tenues responsables de la maladie de leur fille. Aujourd'hui, cela est abordé différemment ; on questionne notamment les dimensions transgénérationnelles et les éventuels traumatismes.

Toutefois, il semble que les dysfonctionnements de la fonction maternelle dans les relations précoces peuvent être le terrain propice à l'installation d'un trouble tel que l'anorexie mentale.

La mère, attentive aux états somato-psychiques de son bébé (les éléments bêta), ne se contente pas de les satisfaire, elle les détoxifie et les restitue à son enfant sous une forme assimilable par lui. Selon Bion, il s'agit là de la fonction contenante alpha de la mère.

G. Haag ajoutera par ailleurs que l'ensemble des boucles de retour (bêta → alpha) va constituer le premier sentiment d'enveloppe de bien-être nécessaire au fonctionnement physique et psychique de l'enfant. La mère donne ainsi sens aux éprouvés et permet à l'enfant de « penser des pensées ».

Ainsi, selon M. Corcos, la défaillance de ce rôle miroir de la mère dans les interactions précoces va se manifester lorsque l'objet maternel sera occupé ailleurs, ou s'il se confond avec le bébé. Les fonctions de stimulation, de soutien et de pare-excitation seront en partie défaillantes.

Le sens ou l'absence de sens donné par la mère aux éprouvés corporels de l'enfant et ce qu'il aura introjecté en retour, va ré-émerger au moment de la turbulence pubertaire.

3.1.1. *Un corps maternant idéal*

« *Ma mère c'est toute ma vie* » témoignent plusieurs patientes évoquant un corps maternant idéal. Cette relation est une relation d'osmose, de comblement réciproque, qui évoque la première relation mère/nourrisson : relation dans laquelle la mère manifeste une adaptation parfaite aux besoins de son bébé. Cette mère se trouve dans un état très spécifique que Winnicott a appelé la « préoccupation maternelle primaire ». Mais quand la mère anticipe tous les besoins de l'enfant, il devient inutile pour lui de les manifester. C'est comme si elle était encore en état de fusion avec lui. Elle entraîne donc l'enfant dans un état de régression. La sensation d'un corps vécu comme appartenant à la mère, une perte du sens de l'identité et une perte d'autonomie vont de pair.

A travers ces mots, la patiente cherche à préserver une certaine image de sa mère, pour ne pas se confronter à ce qu'il peut y avoir de problématique et de douloureux avec elle (Chabrier, 2011).

Ce que la jeune anorexique maltraite, c'est un corps sexué, un corps de femme. Ce qui la terrorise c'est d'être femme, d'être comme la mère (confondue à elle). « L'attaque du corps sexué est une attaque du corps maternel dont l'anorexique s'est insuffisamment différenciée » (Bourdellon, 2001).

Le seul moyen d'exister et de s'individualiser c'est donc de refuser la nourriture. Ce faisant, elle veut changer le type de lien avec sa mère parce que tous les liens entre sa mère et elles sont des liens d'attachement qui sont restés confondus avec le lien de nourrissage.

De sorte que, d'après M. Klein (1969), « l'enfant considère la nourriture comme un objet chargé d'une signification bonne ou mauvaise selon la manière dont il l'a reçu ».

D'un point de vue psychodynamique, chez l'anorexique mentale, la nature de la relation à l'objet est orale, quelque soit sa structure. La confusion entre nourriture et amour est liée au même conflit indépendance/perte d'objet d'amour, que l'on retrouve chez les sujets états limites.

Il en résulte, dans le fonctionnement psychique de ces patientes, la nécessité de refuser ce qui peut leur être apporté car elles ne pourront l'intérioriser, étant donné que tout ce qui est intériorisé devient mauvais.

Guillemot et Laxenaire (1997) exprime le fait que faire le deuil d'un mauvais objet est impossible et sa perte laisse le sujet dans une situation « d'hémorragie psychique » constante, dans l'attente inassouissable de bons soins.

Au bout d'un certain temps, la violence et la toute-puissance du symptôme et du comportement de l'adolescente force la mère à des comportements semblables.

Il en résulte, chez les patientes anorexiques, que des interactions précoces non suffisamment contenant, garantissant leur individualité, vont générer des frontières du Moi instables, non sécurisées, à l'origine d'un ensemble de processus d'intériorisation qui vont se trouver obérés. Cela laisse des brèches de sens dans le sentiment et la consistance de soi.

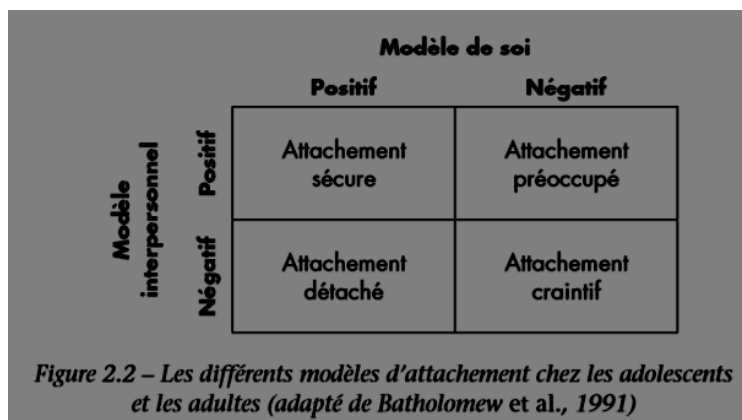
Lors du colloque « les émotions au cœur des TCA », le service où je suis en stage proposait un atelier à propos de l'atelier « morphopictographie ». Nous y voyons la maman de Claire, une patiente anorexique mentale. Il s'avère que Claire participe à cet atelier à l'hôpital de jour. Sa maman est sans emploi, et n'a pas de lien avec les filières de santé. On voit tout l'investissement financier et temporel qu'elle peut fournir pour s'introduire dans la vie de sa fille, en lui laissant peu d'espace d'autonomie et de liberté.

3.1.2. La théorie de l'attachement

La théorie de l'attachement, élaborée par Bowlby en 1958, met en évidence l'importance de l'histoire et de la qualité des premières interactions avec l'environnement dans le développement socioaffectif de l'individu.

Bartholomew et Horowitz se sont inspirés de cette théorie selon laquelle un individu développe une certaine image de lui-même et des autres d'après les soins qu'il a reçus durant son enfance.

Dans leur étude (Raynault, Rousselet, Acier et Grall-Bronnec, 2016), ils identifient plusieurs modèles d'attachement en fonction des représentations de soi et des relations interpersonnelles développées chez les adolescents et les adultes :



Les résultats de cette étude sont concordants avec les différentes littératures internationales. Il s'avère que les patientes anorexiques mentales présentent un attachement insécurisé et plus particulièrement, un attachement de style préoccupé.

Les études ont montré que les individus ayant ce style d'attachement ont souvent une focalisation sur les risques d'abandon, une représentation négative de soi, un manque d'autonomie, ainsi qu'une mauvaise régulation émotionnelle. Les adolescentes anorexiques sont davantage dans des comparaisons interpersonnelles, une idéalisation d'autrui, et perçoivent un manque de disponibilité d'autrui.

3.1.2.1. Trouble de l'attachement et du lien

Guillemot et Laxenaire (1997) écrivent que pour «l'organisation narcissique de l'enfant, le sevrage représente une catastrophe confirmant la séparation primitive». Chez certaines personnalités, après le traumatisme du sevrage, l'angoisse de séparation, de perte d'objet, domine toute la vie affective. Dès lors, l'adolescence - qui est plus que toute autre situation de séparation - serait éprouvée comme une menace intolérable à la fois par la perspective de rupture de ce lien symbolique (perte de l'objet) et par une dépendance accrue à l'objet parental. Dans l'anorexie, émerge une problématique d'ordre narcissique, une régression vertigineuse qui aboutit à un sentiment de sécurité interne insuffisant et une dépendance à l'image maternelle.

D'après Ph. Jeammet (1985), ces patients maintiennent « une relation de dépendance et d'attachement aux objets d'investissement, relation organisée depuis la première enfance ». Mais celle-ci est pseudo-objectale et se construit de manière à éviter la séparation.

L'hyperabondance caractérisant la société actuelle reproduit à l'échelle sociale la psychopathologie individuelle de la « mère gavante », qui, fournissant de la nourriture et des soins en réponse à toute demande de l'enfant, empêche ce dernier de connaître le sevrage et la séparation avec l'objet. Ainsi, cela ne laisse aucune place à l'apprentissage de la gestion du manque et de la frustration qui sont pourtant les éléments constitutifs indispensables à l'établissement de toutes les relations sociales. L'anorexique ne peut pas connaître ses désirs propres car elle n'a jamais connu de frustration qui permet de ressentir ses désirs. Cela la pousse à confondre désirs et besoins.

3.1.2.2. Défaillance narcissique

C'est par le regard de la mère et par son intériorisation que le narcissisme prend son origine, nous explique Winnicott D.W. qui décrit le visage de la mère comme précurseur du miroir. Les assises narcissiques sont au cœur du sentiment de continuité et de sécurité.

Le narcissisme est, en référence au mythe de Narcisse, l'amour porté à l'image de soi-même. Cependant, comme le remarque Nasio dans son ouvrage *Mon corps et ses images*

(2007), on n'aime jamais son corps tel qu'il est, ni la personne de l'autre telle qu'elle est, on les aime tels que nous voudrions qu'ils soient.

L'amour est toujours amour d'une image, amour d'un être voilé par l'image de nos attentes et de nos projections. Aussi dirons-nous que le narcissisme n'est pas l'amour de notre corps tel qu'il est mais l'amour de notre corps tel que nous souhaitons ou redoutons qu'il soit (Nasio, 2007).

Brusset B., comme il est relaté dans le livre *Adolescence et psychopathologie* (2013), relève l'existence d'un investissement narcissique focalisé sur le corps chez les anorexiques mentales. C'est alors une véritable servitude au corps dont elles sont soumises, qui leur permet de dénier la contrainte des désirs et des investissements d'objets. Elles sont confrontées à un idéal du Moi hypertrophié qui se révèle dans leur vision idéale d'elles-mêmes et de leurs images identificatoires, et qui se traduit par des fantasmes mégalomaniacs de toute puissance et le besoin de maîtrise.

L'adolescente anorexique mentale en arrive à cette position paradoxale : d'un côté un corps idéalisé, objet de désir, de l'autre un corps réel, objet de dénégarion.

3.2. La sphère familiale

Dès les premiers travaux de Lasègue et de Gull, l'importance du contexte familial avait été mise en évidence.

Il apparaît que les familles d'anorexiques ont un dénominateur commun : ce sont des familles où les valeurs occidentales de la bienséance, de la compétitivité, de la normativité, de la réussite, finalement la sauvegarde et le surinvestissement des apparences, sont cardinales. (Chabrier, 2011).

Minuchin et Fishman, en 1981, ont identifié quatre schémas transactionnels favorisant le développement et le maintien de l'anorexie mentale dans un système familial :

- L'enchevêtrement : il s'agit d'une forme extrême de proximité émotionnelle et relationnelle dans les interactions familiales. Les frontières entre les sous-systèmes intergénérationnels parents/enfants sont perméables et témoignent d'une intrusion permanente des espaces physiques et psycho-affectifs.
- La surprotection correspond à une attention excessive au bien-être de l'autre et à une hypersensibilité aux signaux de détresse et de tensions interpersonnelles qui caractérisent les patterns interactionnels familiaux.

- L'absence de résolution des conflits : l'enchevêtrement et la surprotection engendrent un seuil de tolérance aux conflits extrêmement faible. L'absence de résolution conflictuelle est identifiée sous deux formes relationnelles différentes : la première correspond à un évitement conflictuel répété impliquant une impasse et une tentative de déni des conflits familiaux. La seconde se caractérise par un état de conflit permanent impliquant le maintien de zones conflictuelles irrésolues et la constitution d'alliances familiales. Enfin, le consensus et l'harmonie sont surinvestis à la suite de l'incapacité du groupe familial à tolérer les différences.
- La rigidité : le système familial témoigne d'une faible capacité d'adaptation aux situations de stress et aux changements.

La bulle familiale agit ainsi comme une enveloppe protectrice. Ces transactions familiales intensifient le sentiment d'appartenance et inhibent les processus d'individuation et de différenciation interpersonnelle (Nandrino, 2015). L'anorexie mentale est le symptôme d'une configuration généalogique complexe incestuelle, c'est-à-dire avec une confusion des frontières et d'un flou dans la différenciation des liens de filiation et d'affiliation.

Dans ce cadre, les symptômes anorexiques sont les marqueurs d'une structure familiale dysfonctionnelle et deviennent l'agent régulateur de la stabilité interne du système familial.

3.2.1. « *Tout va pour le mieux dans le meilleur des mondes* »⁸

Souvent, la patiente veut contrôler l'ensemble de la vie familiale : repas, loisirs, sorties. Des manifestations coléreuses succèdent aux exigences non satisfaites. Dans d'autres cas, en dehors du refus alimentaire, l'anorexique se montre particulièrement docile et soumise, la famille s'installant dans un climat d'allure idyllique et aconflictuel, renforçant la dépendance et justifiant le refus de soin ou de séparation.

De plus, le couple donnerait une apparence d'union satisfaisante, mais souvent superficielle. La « bonne entente » de surface masquerait en général des tensions et des conflits intenses mais non verbalisés. Le déséquilibre dans le couple serait fréquent, l'un des deux pouvant être très perturbé : traits psychotiques, dépression, etc (Onnis, 2013).

Dans cette ambiance, les secrets et les « non-dits » sont de mise. C'est à l'ombre de ces secrets que se développent toutes les constructions de l'adolescente. Le sujet semble ainsi très tôt « prisonnier » du fantasme ou du non-dit que sa famille projette. C'est la non-transparence des sentiments qui fait le flou de ce système pour la jeune fille.

⁸ Voltaire. (2011). *Candide*. Larousse.

Dans ces familles, la vie affective est problématique, elle est contenue et plus visible que personnelle. Le sujet n'est plus sûr de pouvoir exprimer librement ses sentiments, il apprend alors à les taire. Il n'en connaît plus à la longue les contours, les limites entre sa personnalité et ce qui est attendu de lui. En conséquence, et par-dessus tout, il y a un grand sentiment d'insécurité intérieure.

3.2.1.1. Alexithymie

La notion d'alexithymie fréquemment retrouvée chez les patientes anorexiques est créée par Nemiah, Freyberger et Sifneos en 1976 sur la base d'observations cliniques. Elle comporte les caractéristiques suivantes :

- difficulté à identifier les sentiments ;
- difficulté à décrire les sentiments ;
- capacité d'imagination limitée ;
- manière de penser orientée vers la réalité extérieure.

Liotti et ses collègues, en 1988, partant de la théorie de l'attachement de Bowlby, ont avancé l'idée que l'inhibition du système de l'attachement pourrait expliquer à la fois le comportement de communication alexithymique et la genèse et l'existence des troubles psychosomatiques (Onnis, 2013).

Les interactions familiales des sujets présentant des troubles des conduites alimentaires sont souvent dysfonctionnelles et nécessite une approche thérapeutique familiale.

3.3. Relation à autrui

Le terrible manque de confiance en soi dont ces adolescentes souffrent se traduit par une peur diffuse et permanente, dont l'évocation est importante dans les témoignages : peur du jugement d'autrui, peur du rejet...

Marine témoignera que si un de ses amis ne répond pas à un SMS, elle se sent complètement délaissée, abandonnée et non aimée.

Ainsi, elles mettent les autres à distance par ce surinvestissement exclusif de l'alimentation, qui ne laisse plus de place aux relations affectives. Est alors constaté un rétrécissement progressif des contacts sociaux, aboutissant à un agrippement de plus en plus marqué aux parents, en particulier à la mère. Tout plaisir autorisé en dehors de la sphère d'influence maternelle étant vécu comme trahison et perte (Corcos, 2006).

Les faibles possibilités introjectives qu'elles possèdent signent par ailleurs des difficultés d'identification : les patientes vont accepter les identifications superficielles, au fil des rencontres, mais ne seront en aucun cas objectalement investies.

Une patiente me relatara « *J'aime rencontrer de nouvelles personnes et voyager. Ça me permet de ne pas approfondir les relations. Au bout d'un moment, je coupe tout contact car j'ai peur de faire mal aux autres* ».

3.4. Le non investissement libidinal

L'amaigrissement permet d'effacer tout caractère sexuel secondaire et de retrouver illusoirement un corps d'enfant, ce qui est parfois un désir conscient et exprimé par les patientes. Elles sont d'ailleurs très peu intéressées par les relations sexuelles. Leur corps décharné permet de ne pas se vivre comme objet de désir sexuel, pourtant ce qu'elles tendaient à percevoir dans l'œil des adultes au moment des métamorphoses/pubertaires, qui ont massivement et brutalement, érotisé l'espace familial, social et le corps propre (Potel, 2015).

Dans l'anorexie mentale deux « métamorphoses » impulsées par les transformations physiques et psychologiques de la puberté sont évitées, contournées, réprimées, voire abolies : le devenir femme et le devenir mère.

Ainsi, bien plus que la question de la féminité, c'est la question de la maternité, posée par le symptôme d'aménorrhée.

L'aménorrhée suit généralement de quelques mois la restriction alimentaire : aménorrhée secondaire le plus souvent, mais qui peut être primaire chez les jeunes filles chez qui les troubles commencent avant la puberté.

L'aménorrhée semble ainsi signifier le maintien du statut d'enfant, comme évitement du devenir femme, en même temps que l'ambivalence face au devenir mère, puisque être en aménorrhée c'est aussi avoir le statut de la femme enceinte. L'aménorrhée semble ainsi signifier à la fois « une grossesse morale perpétuelle » et une façon de souhaiter tout le temps un non-advvenu. Elle stigmatise le désir de rester dans ces fantasmes infantiles en évitant l'accès à la génitalité (Corcos, 2006).

Selon Bruch H. (1994), l'incapacité d'intégrer et de comprendre les divers états affectifs expliquerait l'absence d'intérêt pour la sexualité.

En conséquence, et par-dessus tout, il y a un grand sentiment d'insécurité intérieure face à tout cela. On note une compacité du corps familial carapace, avec une dilution des espaces intermédiaires, une dilution des contenants de l'intime, une dilution des frontières des espaces psychiques individués.

Selon D. Anzieu (1985), la sexualité génitale, voire auto-érotique, n'est accessible qu'à ceux qui ont acquis le sentiment minimum d'une sécurité de base dans leur propre peau. Ainsi, nous allons observer ce qu'il en est pour ces adolescentes anorexiques mentales.

4. Les enveloppes psychiques et corporelles des patientes anorexiques mentales

Pour communiquer, il ne suffit pas de posséder des organes sensoriels et des orifices corporels. Pour s'imaginer solide, il ne suffit pas de posséder un squelette. Pour se sentir enveloppé, il ne suffit pas d'avoir une peau. De même que l'enveloppe psychique ne se réduit pas à la configuration d'un contour. Pour être capable de maîtriser et d'apprécier les échanges entre soi et l'environnement, il ne suffit pas d'exister, mais de se sentir exister.

Ainsi, le sentiment d'avoir des limites corporelles et psychiques bien définies, hors pathologie, handicap ou trouble, est reçu comme un tout.

Nous pouvons imaginer que les carences du sentiment des limites corporelles, psychiques et de l'image du corps, sont très anxiogènes. En effet, si le sujet ne ressent pas son corps comme complet, limité et différent de celui de l'autre, la souffrance est intense, il peut être comme privé de son sentiment d'exister (Boscaini et Saint-Cast, 2010). Qu'en est-il pour ces patientes, connues pour leur trouble de l'image du corps ?

4.1. La genèse du sentiment d'enveloppe

Nous tirons de l'enseignement de Mme. Latour⁹ que le sentiment d'enveloppe émerge progressivement vers les 2 mois de vie. Il résulte surtout de l'intériorisation de l'objet contenant et de l'accumulation suffisante et satisfaisante des moments d'interaction avec son parent dans lesquels le bébé se sent compris, tenu et contenu.

Ce processus suppose différentes conditions dont les premières concernent les qualités de l'objet contenant, qui, selon les termes de Winnicott (1958) sont:

- Le *holding*, qui correspond à la manière dont l'enfant est porté, tenu et soutenu physiquement. Il va donner à l'enfant un sentiment de sécurité de base.
- Le *handling*, qui correspond à la manière dont l'enfant est traité, mobilisé physiquement. Il fait référence aux soins prodigués, tels que le nourrissage, la toilette, etc. Il permet, grâce au toucher, de sentir des limites corporelles. L'enfant va éprouver le sentiment d'être un contenant, avec un contenu.
- L'*object-presenting* est la manière dont les objets sont présentés à l'enfant.

⁹ Anne-Marie Latour est psychomotricienne exerçant en pédopsychiatrie engagée dans le soin ou l'éducation des patients avec autisme, troubles du développement ou de la personnalité. Elle est l'auteure de l'ouvrage *La pataugeoire : contenir et transformer les processus autistiques*, érès, 2014.

Le processus d'individuation et la construction de l'enveloppe corporelle est dynamique et progressive. Cette évolution s'appuie sur de multiples facteurs: environnementaux, cognitifs, relationnels, toniques, neurologiques, affectifs, génétiques, psychiques...

Les diverses intégrations se font en présence de l'objet maternel et crée des matériaux psychiques (images, traces mnésiques...). C'est en investissant ces divers matériaux psychiques que le bébé va pouvoir se soutenir en l'absence de la mère. En effet, ces outils vont devenir plus permanents que la présence réelle de celle-ci. Le fait de savoir que les intégrations se font en présence de l'autre est très intéressant pour nous, psychomotricien.

Le sentiment d'enveloppe, c'est donc l'idée que le Moi de l'individu se consolide petit à petit jusqu'à lui permettre de se sentir Moi unifié, différencié de l'autre et bien organisé.

4.2. La peau, une accroche au monde

4.2.1. Une enveloppe « matérielle »

La peau recouvre presque la totalité de notre organisme. De tous les organes des sens, la peau est la plus vitale.

Les fonctions de la peau sont nombreuses (Pireyre, 2015) :

- Elle nous revêt, limite notre corps et nous donne notre apparence ;
- c'est une barrière mécanique efficace qui protège des agressions extérieures ;
- elle assure une partie de la thermorégulation et nous informe de la température extérieure ;
- elle synthétise de nombreuses substances ;
- elle est un organe sensoriel très intriqué au système nerveux central et immunitaire ;
- elle synthétise de nombreux neuromédiateurs et cytokines en sorte de pouvoir assurer la communication avec ces deux systèmes ;
- elle est dotée de la capacité à se régénérer, en conditions normales (entretien physiologique) mais aussi après agression (cicatrisation) et de réguler sa propre teneur en eau.

De par ses fonctions sensorielles et biologiques, Anzieu (1985) souligne les paradoxes dont la peau est dotée : perméable/imperméable, superficielle/profonde, véridique/trompeuse, sépare/unit, plaisir/douleur... Paradoxes auxquels l'anorexie mentale nous soumet aussi.

La peau établit la frontière entre soi et l'autre, le dedans et le dehors de manière vivante.

4.2.2. *Un premier moyen de communication*

De par sa grande sensibilité, la peau est le premier moyen de communication chez le bébé. Ajuriaguerra appelle le dialogue tonico-émotionnel, le dialogue qui s'effectue dans un registre tonique et par lequel la mère et son bébé peuvent communiquer leur émotions. Cette communication apporte un complément au dialogue verbal, auquel le psychomotricien se doit d'être attentif.

La peau est à elle seule la mémoire d'événements biographiques.

4.2.3. *Une parole qui prend chair*

La peau est le recours le plus immédiat pour changer son rapport au monde. Surinvestis par les jeunes générations, les piercings et les tatouages se muent en éléments constitutifs de soi. Outre leur appartenance valorisée à l'air du temps, ces outils procurent le sentiment d'avoir enfin rompu avec l'indifférenciation aux parents, et particulièrement à la mère.

Les incisions, les scarifications, les brûlures, les coups et autres sortes de mutilations sont d'après Anzieu (1985), des tentatives de maintenir les limites du corps et du Moi et de rétablir un sentiment intact et cohésif de celui-ci.

Les scarifications concernent des jeunes souffrant d'absence de limites, nous dit Le Breton, également d'une incertitude sur les frontières de leur psychisme et de leur corps, de leur réalité et de leur idéal. Pour reprendre le contrôle, le jeune cherche à se faire mal, mais pour au final avoir moins mal.

Ces jeunes sont des « écorchés vifs » (Pommereau, 2006), c'est-à-dire sans défense contre les blessures infligées par les autres ou par leur indifférence au regard de leurs attentes. Le rôle de pare-excitation de la peau est débordé par la virulence de l'affect. Le jeune se jette contre son corps pour toucher enfin une limite.

Le choc du réel que cette mutilation induit, l'ouverture du corps, la douleur consentie, le sang qui coule, renouent les fragments épars de soi. La restauration brutale des frontières du corps arrête la chute, elle en efface le vertige et provoque la sensation d'être vivant et réel (Le Breton, 2015).

L'adolescent qui s'entaille est capable de tenir un discours sur son acte. La blessure volontaire absorbe ce reste que les mots ne saisissent pas. Ces attaques du corps sont des tentatives de contrôler un univers intérieur qui échappe.

Concernant l'anorexie mentale, Boutinaud et Chabert (2013) pensent que l'investissement mortifère du corps réel et les qualités des représentations fantasmatiques qu'elles assègent tant, sont des défenses qui viennent tenter de parer à des angoisses d'effondrement, de liquéfaction et de pénétration intrusive.

La peau des sujets anorexiques mentales paraît presque « collée » à l'os du squelette tant la maigreur est importante. Souvent elle est attaquée sous la forme de conduites qui l'abîme et laisse des cicatrices. La posture de repli vers l'axe vertical qu'elles investissent souvent et l'ensemble de ces conduites donnent alors le sentiment d'une carapace défensive et protectrice qui peut donner aux patientes l'impression de se sentir contenue et de trouver un étayage interne suffisamment solide.

Lors de la quatrième séance, Anna me dit ne pas sentir les limites de l'intérieur de ses cuisses. Ces « non-limites », comme elle les nomme, l'angoisse beaucoup, elle a l'impression qu'elles sont sans fin. Ainsi, pour tenter de les sentir un tant soit peu, elle se pince très fort sous la douche à ce niveau-là. Elle m'avouera aussi qu'à l'atelier morphopictographie, elle appuie considérablement les traits de fusains sur ces parties pour se prouver que ses limites corporelles sont bien présentes et fermées. Ainsi, par toutes ses stratégies sensorielles, elle se persuade que ses limites existent.

Boubli M. (1999, p.151) nous dira que la sensorialité paradoxalement, « permet l'évitement des limites et se propose comme point d'accroche pour sentir à minima un corps déserté. Les adolescentes anorexiques se retrouvent ainsi, par moments, arrimées à leurs sensations, sans intérieur, hors relation objectale. »

4.3. De la peau physique à la peau psychique ; le Moi-peau

Selon Anzieu, en 1985, « toute activité psychique s'étaye sur une fonction biologique. Le moi-peau trouve son étayage sur les diverses fonctions de la peau ».

Le Moi-Peau est une métaphore de l'enveloppe corporelle qui se fait à travers des expériences sensorielles et toniques (la faim, le toucher...). La définition proposée par Anzieu est la suivante :

Par moi-peau, je désigne 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.

Il assure la cohérence de cette assertion en rappelant que c'est le moi originaire de la théorie freudienne.

Il montre les parallèles entre les fonctions de la peau physique et les fonctions du moi. C'est ce qu'il appelle les huit fonctions du moi-peau. Il dira par la suite que sa liste n'est pas exhaustive :

- Une *fonction de maintenance* du psychisme. Cette fonction se développe par intériorisation du « holding » maternel de Winnicott.
- Une *fonction contenante*. Il enveloppe tout l'appareil psychique. Il contient les pulsions, leur donnant des limites et des points spécifiques d'insertion dans l'espace mental. Cette fonction est exercée, avant d'être intériorisée, par le « handling » maternel de Winnicott.
- Une *fonction de pare-excitation*. Le moi-peau serait constitué d'une structure en double feuillets, tout comme la peau, où la couche externe protège de diverses agressions la couche sensible.
- Une *fonction d'individuation* du soi. Il apporte le sentiment d'être unique et la possibilité de se reconnaître et de s'affirmer comme individu différencié et différent.
- Une fonction d'*intersensorialité*. Il évite le fonctionnement indépendant, anarchique, des divers organes des sens.
- Une *fonction de soutien de l'excitation sexuelle*. Sur cette surface de soutien sont localisées les zones érogènes, est reconnue la différence des sexes, et est désirée leur complémentarité.
- Une *fonction de recharge libidinale* du fonctionnement psychique. Il maintient la tension énergétique interne et la répartition inégale entre les sous-systèmes psychiques.
- Une *fonction d'inscription des traces sensorielles tactiles*. Cette fonction est renforcée par le rôle de « présentation de l'objet » de l'environnement maternant de Winnicott.

Selon les expériences du sujet, il peut y avoir des défaillances de ces fonctions, qui vont être particulièrement repérables chez des personnalités narcissiques, dans des états limites, comme dans le cas de l'anorexie mentale.

En effet, chez la personne anorexique, on peut établir un parallèle entre des vécus éprouvés dans cette pathologie et des fonctions défaillantes au niveau du moi-peau.

Ainsi, dans son mémoire de psychomotricité, *Aux frontières du réel : du mirage d'un corps à la corporéité* (2004), De Bouter A. émet les hypothèses suivantes :

- Les anorexiques présenteraient un défaut au niveau de la fonction contenante du moi-peau, se reflétant dans les angoisses qu'elles expriment d'avoir le sentiment d'un intérieur qui se vide, l'illusion que des pensées fuient. L'enveloppe corporelle est alors vécue comme interrompue dans sa continuité, criblée de trous, réalisant donc la sensation d'un « Moi passoire ».

- On retrouverait par ailleurs, un défaut de la fonction pare-excitation, traduisant une altération structurale de l'enveloppe avec l'émergence de troubles manifestes entre le dedans et le dehors. L'enveloppe serait alors la cible d'attaques destructrices de son intégrité.
- Des défaillances seraient également repérables chez ces patientes quant à la fonction de surface de soutien de l'excitation sexuelle. Ainsi, elles entraîneraient la constitution d'une enveloppe corporelle qualifiée de « narcissique » car l'investissement de la peau se fait davantage sur le versant narcissique que libidinal.
- Enfin, le rôle d'inscription des traces sensorielles tactiles du moi-peau ferait l'objet d'une défaillance dans le sens où des angoisses relatives à ce rôle pourraient être à l'origine des actes d'automutilation, auxquels les patientes anorexiques ont fréquemment recours.

Ces altérations peuvent donner lieu à la formation d'une « seconde peau musculaire ».

4.4. La seconde peau et le tractus digestif

Une conversation nous amène à parler du terme « enveloppe » avec Romane. Elle assimile ce mot à une carapace : « ça représente la carapace que je me suis forgée autour de moi, c'est comme une « seconde peau » qui me protège de l'extérieur. Quand je suis en confiance, il y a une liaison entre mon intérieur et l'extérieur, dans le cas contraire je me méfie et je ne suis pas ouverte à ces échanges. » Ces mots si matures résument ce qu'il en est pour la majorité de ces patientes anorexiques mentales...

Bick E., en 1968, décrit les formations « seconde-peau », substituts d'un contenant-peau défaillant. La seconde peau peut être de nature musculaire ou motrice protégeant ainsi le sujet contre des angoisses archaïques.

Souvent, les patientes sont en hypertonie. L'hypertonie peut être assimilée à une carapace rigide venant suppléer une enveloppe défaillante aux limites floues, réduisant considérablement les capacités d'expression. C'est sans doute cette carapace qui explique l'effet de filtrage sensoriel dans lequel se trouve le patient.

Reich, en 1952, a nommé cela une cuirasse caractérielle et musculaire. Selon lui, ces tensions musculaires inscrites recèlent la trace des événements, et qui, disait-il, « contiennent en elles-mêmes leur histoire et leur signification ».

Puis, Delion P. (2012, p.583-601) introduira une troisième peau : le tractus digestif. En effet, « ce symptôme anorectique mortifère peut être compris comme une troisième peau musculaire au sens où il mobilise le tractus digestif comme dernière musculature avant le fameux « ne pas cesser de tomber » de Winnicott D.W. (1975). »

Dans des moments de grande détresse, de solitude et de vécu abandonnique, les sujets anorexiques se défendraient sur un mode de repli autistique comme une manière de s'auto-accrocher.

4.4.1. L'hyperactivité intellectuelle et physique

On pourrait évoquer d'autres modalités « seconde-peau » chez ces personnalités anorectiques, comme par exemple la seconde peau intellectuelle chez qui le savoir et le travail sont utilisés de manière défensive contre les expériences émotionnelles (Ciccione et Lhopital, 2001).

En effet, refusant de reconnaître la fatigue, ces jeunes filles se réfugient dans une boulimie de connaissances, niant même la dimension du temps qu'elles tentent également de contrôler.

Anna me dit qu'elle déteste s'ennuyer, elle planifie donc ses journées à la minute près en tenant scrupuleusement un agenda. Elle a conscience que cette rigidité lui pose problème dans son quotidien car elle angoisse à l'idée qu'il y ait un imprévu. De plus, le temps passe trop vite à son goût, ce qui l'inquiète beaucoup.

Ainsi, on perçoit dans cette vignette la maîtrise omnipotente qu'elle veut avoir pour ne pas éprouver le sentiment que quelque chose lui échappe. Elle nourrit donc son emploi du temps par des activités en n'y apportant aucun sens (courir 15 minutes sur place, enchaîner les mots croisés...).

Dans une position mégalomaniacale, ces jeunes filles, cherchent à se libérer de l'asservissement de la corporéité au profit d'un psychisme tout-puissant. Elle se débarrasse d'une enveloppe charnelle encombrante au profit d'activités motrices et intellectuelles épurées de toute pensée et émotion. Elles luttent à leur manière contre le vide et la passivité.

4.5. Les représentations corporelles

Je terminerai cette partie en soulignant que chez la jeune fille anorexique, l'alliance entre le schéma corporel et l'image du corps n'est pas de rigueur. En effet, le schéma corporel est sain mais invalidé par une image du corps perturbée. F. Dolto (1984) parle de l'anorexie mentale de l'adolescence comme une pathologie de l'image du corps.

Dans son ouvrage *L'image inconsciente du corps*, elle différencie les notions de schéma corporel et d'image du corps pour mieux signifier l'interdépendance de l'une par rapport à l'autre. En effet, on se souvient que Schilder, en 1968, donnait une définition ambiguë du schéma corporel : « Nous pouvons aussi l'appeler image du corps ».

Simplement, F. Dolto (1984) a résumé la situation : le ciment qui lie le schéma corporel à l'image du corps est le narcissisme. L'image du corps, pourrions-nous paraphraser, est du schéma corporel narcissisé.

Il faut rappeler que la question des représentations corporelles vient sans cesse interroger la qualité des premières interactions.

La patiente semble connaître et maîtriser son corps instrumental, avec très fréquemment un schéma corporel bien structuré, latéralisé, coordonné et équilibré. Ses compétences sont souvent renforcées par un entraînement quotidien sportif et/ou musical. Pourtant, quand nous sollicitons le corps affectif de la patiente, dans ses aptitudes relationnelles, les maladresses sont nombreuses : défaut du placement corporel dans l'espace afin de voir et être vu plus facilement, défaut d'ajustement de la distance relationnelle, réactions hypertoniques nombreuses...

4.5.1. *Le schéma corporel*

Le schéma corporel renvoie à une réalité de fait, il est en quelque sorte notre vivre charnel par rapport au monde physique. Nos expériences de notre réalité dépendent de l'intégrité de l'organisme, ou de ses lésions transitoires ou indélébiles, neurologiques, musculaires, osseuses, et aussi de nos sensations physiologiques viscérales, circulatoires – on les appelle encore cénesthésies (Dolto, 1984, p.18).

Il se structure par l'apprentissage et l'expérience, nous expliquera-t-elle ensuite.

Elle rajoutera que le schéma corporel « réfère le corps actuel dans l'espace à l'expérience immédiate. [...] Le schéma corporel est inconscient, préconscient et conscient. Il est évolutif dans le temps et l'espace. »

La conception purement anatomo-physiologique est reprise et prolongée par Nasio (2007) :

Nous définissons donc le schéma corporel comme la représentation préconsciente que nous avons de notre corps lorsqu'il est vu dans ses déplacements, perçu dans son mouvement, reconnu dans son tonus, ajusté dans son équilibre, jaugé dans son épaisseur et ses limites et, pour tout dire, situé dynamiquement dans l'espace.

Le schéma corporel est une référence unique à la fonctionnalité neurosensorielle.

4.5.2. L'image du corps

Dolto donne des précisions sur la nature de l'image du corps. Pour elle, « l'image du corps est propre à chacun : elle est liée au sujet et à son histoire. »

Contrairement au schéma corporel, « l'image du corps est éminemment inconsciente [...]. L'image est la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles. » Elle est à chaque moment « mémoire inconsciente de tout le vécu relationnel, et, en même temps, elle est actuelle, vivante, en situation dynamique, à la fois narcissique et interrelationnelle ».

Autrement dit, l'image du corps est de nature profondément subjective. C'est une forme de mémoire inconsciente du corps en relation. Les psychomotriciens disposent d'outils permettant de tester le schéma corporel, le sujet devient plus délicat lorsque la question de l'image du corps est posée.

Dans l'anorexie, les troubles du vécu corporel sont au premier plan, avec la négation des limites, le refus de la transformation, l'hyperactivité. L'image du corps qui se transforme semble refusée, l'adolescente se cramponnant à une image du corps fabriquée fondée sur le vécu infantile ou préadolescent.

4.5.3. La dysmorphophobie

Une infirmière me relate que Morane se met désormais en pyjama avant les repas du soir car après manger elle se sent et se voit tellement énorme qu'elle n'a pas envie de se confronter à son corps à ce moment-là.

La dysmorphophobie, terme créé par Morselli, en 1886, entend décrire un syndrome psychiatrique qui se caractérise par une sensation subjective de difformité ou de défaut physique alors même que l'aspect physique du sujet est dans les limites de la normalité.

La dysmorphophobie et l'anorexie se présentent alors comme les symptômes d'une difficulté à intégrer une image de soi à des vécus perçus comme négatifs et dangereux.

A chaque fois qu'une seule partie du corps occupe une place prépondérante par rapport aux autres, c'est l'équilibre intérieur de toute l'image du corps qui est bouleversés. Souvent ce sont les cuisses, le ventre et/ou les fesses qui sont perçus comme énormes, malgré leur maigreur déniée et qu'elles aspirent à faire maigrir encore.

Elles expriment leur crainte imaginaire que le ventre gonflerait sans limite, à l'infini. Tout comme un début de prise de poids provoque la même crainte ; que cela ne s'arrêterait jamais.

On voit bien là une difficulté à intégrer les limites du corps, une perception altérée de l'enveloppe corporelle, avec soit l'absence de limites ou une enveloppe pas suffisamment contenante et sécurisante.

4.5.4. Dénier de la maigreur et de la maladie

Ce trouble de l'image du corps est à l'origine de difficultés à percevoir sa propre représentation corporelle, participant vraisemblablement au déni de la maigreur et de la maladie.

Beaucoup d'anorexiques, même extrêmement maigres, continuent à se croire trop grosses. Ce déni peut atteindre des proportions quasi délirantes, résistant à toutes tentatives d'explications rationnelles. D'autres reconnaissent être maigres mais restent extrêmement préoccupés par certaines parties du corps.

La plupart refusent d'admettre que leur amaigrissement puisse avoir des conséquences médicales graves et le déni de leur maladie apparaît souvent total. L'anorexique a besoin de rien et se sent omnipotente.

L'anorexique se nourrit de l'angoisse suscitée chez les autres, les parents tout particulièrement, chez qui elle éveille des inquiétudes. Là encore c'est le deuil aux attachements infantiles qui est rendu caduque par les préoccupations authentiques et vitales que l'anorexique impose à son entourage. Ainsi, l'anorexique ne s'angoisse pas quant au pronostic vital de sa maladie puisque ses parents s'inquiètent pour elle. Le conflit avec les parents est incarné.

Le déni est un mécanisme de défense qui empêche le sujet d'admettre ou d'envisager des pensées ou des attitudes qui le concernent mais dont le contenu est inacceptable par son Moi... Il est sans doute plus urgent de s'attaquer à une levée au moins partielle du déni que de vouloir réalimenter à tout prix un sujet souffrant d'anorexie grave (Vincent, 2009, p.26).

Ce n'est qu'au cours d'un isolement hospitalier l'éloignant de ses parents que, seule face à son corps, la patiente pourra enfin s'inquiéter de son devenir.

Accompagnement en psychomotricité auprès d'adolescentes anorexiques mentales hospitalisées à temps complet

*J'ai construit des murs,
Une forteresse abrupte et puissante
Que personne ne peut pénétrer.
Je n'ai pas besoin d'amitié.
L'amitié entraîne la douleur.
Elle est rire, elle est amour,
Je dédaigne,
Je suis un rocher.
Je suis une île.
[...]
J'ai mes livres
Et ma poésie pour me protéger.
Je suis à couvert dans mon armure,
Caché dans ma chambre,
En sûreté à l'intérieur du ventre
Je ne touche personne, et personne ne me touche.
Je suis un rocher.
Je suis une île.
[...]
Et un rocher ne sent pas de douleur,
Et jamais une île ne verse de pleurs.*

*Parole de la chanson « I Am a Rock » (avec traduction),
titre de Simon et Garfunkel en 1966.*

1. Présentation du cadre de travail

1.1. L'enveloppe institutionnelle

L'Unité pour Troubles des Conduites Alimentaires (UTCA) où j'effectue mon stage est une unité hospitalière dévolue à la prise en charge d'adolescent(e)s ou jeunes adultes (14 à 24 ans) souffrant de troubles graves des conduites alimentaires.

L'unité dispose de huit lits d'hospitalisation à temps complet (HTC) et de cinq places en hôpital de jour.

Face à la complexité de ce trouble, les outils thérapeutiques proposés à ces patientes se doivent d'être complémentaires dans leurs modalités d'intervention. Ainsi, une équipe pluridisciplinaire veille à coordonner les soins. Elle comprend un chef de service qui est psychiatre, deux psychiatres, un médecin endocrinologue, un interne, trois psychologues cliniciennes, un cadre infirmier, des infirmières, une assistante sociale, une kinésithérapeute, deux diététiciennes, deux secrétaires médicales et trois agents des services hospitaliers. Des partenariats sont également développés avec divers animateurs socioculturels.

A l'intérieur d'un cadre architectural pensé pour accueillir des adolescent(e)s (l'unité a été totalement restructurée en 2008), le projet de soins comporte des règles de vie, des temps et des espaces thérapeutiques différenciés. Les divers ateliers permettent aux patientes hospitalisées, en mal de repères identitaires, de mieux se repérer.

Le maillage institutionnel, par la diversité des fonctions assurées et des individualités qui y travaillent, donne ses différentes qualités à l'enveloppe institutionnelle.

Le service assure une fonction d'accueil et de contenance. Il devient le lieu fécond où une conflictualité psychique peut apparaître en permettant progressivement de sortir des conduites d'évitement et de la tendance à l'indifférenciation. Ainsi, un travail de transformation et de subjectivation peut s'amorcer. Ceci dans l'esprit suivant le modèle théorique de la « fonction alpha » de l'objet maternel décrite par W.R. Bion, qui garantit une mise au travail de l'équipe vers le début d'une transformation du matériel brut et désordonné, déposé ici et là par les patients. La contenance du cadre hospitalier ne prend corps véritablement qu'à partir d'un lieu et d'un temps de rassemblement de tout ce qui aura été déposé de manière fragmentaire dans les multiples lieux réceptacles de l'institution (Billard et Costantino, 2011).

Ainsi, deux réunions emblématiques ont lieu chaque semaine :

- « La petite alliance » a lieu toutes les deux semaines, c'est une rencontre soignant-soigné qui réunit l'ensemble des soignants présents et l'ensemble des huit patientes hospitalisées. L'objectif principal proposé est d'échanger ensemble sur des thèmes de la vie quotidienne permettant de lever les barrières sur la distance parfois imaginée des patientes entre elles et les soignants et faire réfléchir sur la souffrance qu'elles s'infligent.
- « La grande visite » a lieu tous les mercredis. C'est le jour de la pesée. Dans un premier temps, les soignants se réunissent pour discuter de la semaine passée puis des différents projets de soins des patientes en hôpital de jour et en hospitalisation. Dans un second temps et selon un protocole ritualisé et immuable, toute l'équipe soignante va à la rencontre des patientes dans leur chambre respective. Semaine après semaine, les rencontres évoluent à partir de défis personnalisés et imaginés par le chef de service, psychiatre, dont certains sont cités dans mon mémoire. Pour la plupart des patientes, ce moment tant attendu et appréhendé à la fois, permet de se surpasser considérablement et d'aborder leur problématique différemment.

La stabilité dans le temps et dans l'espace de ces réunions donne une rythmicité à l'écoulement du temps d'hospitalisation. Cela permet de poser un cadre stable, repérable et donc sécurisant.

1.2. Le cheminement « classique » de l'hospitalisation

De manière générale, la future patiente et sa famille seront vues dans le cadre d'une consultation externe, par des médecins psychiatres ou des psychologues de l'unité se constituant ainsi référents pour la patiente.

Si une hospitalisation s'avère nécessaire, la patiente est adressée en bilan pluridisciplinaire. Puis, un travail est envisagé au préalable, soit en consultation, soit en hôpital de jour, pour préparer au mieux l'hospitalisation.

1.2.1. La contractualisation des soins

Au-delà de l'acceptation du patient à s'impliquer dans les soins, un temps d'évaluation et d'observation, réalisé par l'équipe pluridisciplinaire, aboutit à un contrat de soins personnalisé. Ce contrat est ensuite co-signé par le patient et son médecin référent. Cet engagement fixe les limites et les étapes de l'évolution physique et psychique du patient. La

contractualisation des soins avec ce dernier et sa famille est un principe clé du fonctionnement de l'UTCA.

Le premier temps de ce contrat est compris entre le poids d'entrée dans le service et le poids de levée de l'isolement d'abord partiel, puis de l'isolement total.

Le second temps est compris entre le poids de levée de séparation et le poids de sortie.

Ce contrat doit être respecté par tous les partis, à savoir la patiente, sa famille et l'équipe soignante. Il constitue un outil médiateur de l'alliance thérapeutique. Il témoigne par ailleurs de la crédibilité des soignants et crée un espace propre à la patiente, condition de son autonomie et du respect de son individualité.

1.2.2. L'isolement comme stratégie thérapeutique

La période « d'isolement » est une séparation thérapeutique entre la patiente accueillie et son environnement habituel où les attitudes pathologiques se sont développées. Depuis Charcot, Gilles de la Tourette et Janet, en 1885, cet isolement social est de rigueur, utilisé comme levier thérapeutique essentiel au traitement de l'anorexie (Guillemot et Laxenaire, 1997, ch2).

La séparation du milieu familial et le placement en milieu thérapeutique fermé, constituent des conditions nécessaires au traitement de ce trouble afin de restituer à ces patientes un espace physique et psychique personnel (Jeammet, 1985).

La période durant laquelle l'isolement est total se veut dans cette perspective être le moment privilégié pour un questionnement sur soi, et ce qui fait qu'elles sont là. Seules face aux symptômes de la maladie, elles amorcent pendant cette phase le travail d'une prise de conscience de leur état jusqu'alors dénié.

On peut être amené à penser que leur chambre, garante de la contenance hospitalière, pose un cadre. Pour des jeunes filles en perte de limites corporelles, les quatre murs de la pièce permettent un premier recentrage d'un espace corporel perturbé sur le mode d'un espace concret qui tient bon, qui délimite l'intérieur de l'extérieur comme une réponse dans la réalité à ce qui fait défaut psychiquement.

Le premier défi souvent proposé par le chef du service lors de « la grande visite » est : « *Décorez, à votre image, votre chambre* ». Ce défi permet, entre autre, de les rendre davantage actrices dans leur hospitalisation. Il permet aussi d'apprécier l'implication des patientes dans leurs soins. Par exemple, lors d'une séance dans la chambre de Marine, j'ai

découvert son espace intime ; une chambre aux murs blanc et orange sans la moindre trace de personnalisation. « *Je n'ai pas envie de m'y sentir bien, vu que je ne vais pas habiter ici toute ma vie* ». A travers son positionnement, elle laisse paraître une résistance dans les soins et une difficulté à les investir. Pour d'autres, la chambre d'hospitalisation devient un lieu ressource. Mélanie dira « *avec mes objets personnels et les photos de ma famille, je m'y sens contenue* ». Son espace corporel propre se projette à l'espace de la chambre : les limites corporelles sont alors repoussées aux limites de la pièce.

Lors de l'isolement total, qui dure au moins un mois en général, l'adolescente peut se rendre dans la pièce de vie commune avec les autres patientes. La séparation avec le milieu familial a également pour but de permettre aux patientes d'établir de nouveaux modes relationnels dans le partage de la vie collective institutionnelle.

Dans les contrats de soins, la sortie d'isolement passe par une phase intermédiaire : un isolement à temps partiel. Lors de cette période, l'adolescente va pouvoir reprendre contact avec sa famille et le milieu extérieur.

S'en suit la sortie d'isolement où la patiente obtient la possibilité de sortir quelques heures dans la journée et d'avoir des permissions le week-end.

1.2.3. Les repas

La reprise alimentaire est portée progressivement par les diététiciennes et les psychiatres référents en fonction de l'évolution de la patiente.

Ainsi, les étapes sont :

1° La sonde nasogastrique. C'est un petit tuyau introduit par les voies naturelles hautes pour atteindre l'estomac et qui permet, goutte à goutte, la perfusion de mélanges nutritifs. La pose de cette sonde est une décision médicale.

2° Les trois repas en chambre

3° Le déjeuner en salle à manger en présence d'une soignante. Le petit déjeuner et le repas du soir sont pris en chambre.

4° Ouverture vers les ateliers cuisines

5° Les trois repas en salle à manger. Le petit déjeuner et le dîner ne sont pas accompagnés d'un soignant.

Les repas sont distribués à heure fixe et pendant une durée bien définie.

1.2.4. *Le suivi scolaire*

La dimension scolaire est prise en compte dès que l'état clinique de la patiente le permet. Les cours sont dispensés par des professeurs bénévoles d'une association en lien avec les établissements d'origine.

En fin d'hospitalisation, l'aménagement d'un emploi du temps compatible avec l'hospitalisation dans l'établissement scolaire fréquenté auparavant est parfois réalisé.

1.2.5. *L'accompagnement des proches*

Tout au long de cette période d'hospitalisation, la famille est également prise en charge par l'équipe soignante d'une part lors des entretiens familiaux avec la patiente, et d'autre part dans la constitution de groupes de parents, où chacun peut alors rendre compte de ses éprouvés face à la maladie et à l'hospitalisation de son enfant.

1.3. Mon projet en psychomotricité

Etant donné que j'effectue un stage au sein du service à titre expérimental, il m'a été proposé de présenter un projet de travail, en psychomotricité, qui s'inscrirait dans la continuité et la complémentarité de la prise en charge corporelle déjà existante.

Ainsi, c'est après un premier temps d'observation et d'initiation thérapeutique en juin dernier et au fil des rencontres, tant avec l'équipe soignante qu'avec les patientes, que j'ai élaboré une réflexion sur une pratique en psychomotricité au sein de cette unité.

Apporter la spécificité d'une pratique psychomotrice, en tout cas celle que je me construis à ce jour, et dans un travail complémentaire avec la kinésithérapeute du service, était un challenge très stimulant. D'autant plus que la kinésithérapeute et l'équipe pluridisciplinaire, de par la confiance qu'ils m'ont accordée, m'ont activement encouragée dans toutes les démarches thérapeutiques que j'ai pu initier.

1.3.1. *Les indications*

Mon projet s'adresse aux patientes hospitalisées à temps complet souffrant d'anorexie mentale. C'est dans une rencontre ajustée et en fonction de leur besoin qu'un accompagnement individuel en psychomotricité se mettra en place. Le suivi est effectif dès que la patiente est dans une condition physique apte à un investissement psychocorporel.

Si l'adolescente anorexique est très rarement à l'initiative de la demande de thérapie psychomotrice, les indications émergent à partir des échanges en équipe. Idéalement, toutes les patientes sont susceptibles d'être accompagnées par un soin en psychomotricité du fait de cette dichotomie corps/psyché, si présente dans le trouble anorexique. Néanmoins, le contexte

du stage (une matinée par semaine) ne permet pas de voir toutes les patientes. Ainsi, poser une indication de psychomotricité place la jeune fille concernée dans une place « privilégiée » qui peut contribuer à consolider le sentiment d'identité et de singularité.

1.3.2. *Les conditions matérielles*

Compte tenu du fait qu'il n'y a pas de psychomotricien dans l'unité, je m'ajuste à ce que le cadre institutionnel propose.

Ainsi, la pièce que j'investis tous les jeudis matins est la « chambre médicalisée ». Cette chambre a une connotation assez négative dans la représentation des patients et de l'équipe. En effet, cette chambre est occupée provisoirement quand une patiente est dans un grave état de dénutrition et de mal-être. Une personne hospitalisée dans cette chambre nécessite souvent la pose d'une sonde nasogastrique ou d'une perfusion.

Les séances de psychomotricité sont hebdomadaires et durent entre trente à quarante-cinq minutes en fonction de leur fatigabilité. En ce qui concerne la durée de l'accompagnement, cela dépend de la fin de leur hospitalisation à temps complet. Les séances se maintiennent environ deux mois (de 4 à 11 séances). Je n'ai pas la maîtrise de décider du moment de la fin de l'accompagnement dans la mesure où celle-ci est totalement tributaire de la fin de l'hospitalisation de la patiente. Cette perspective à la durée incertaine crée néanmoins une opportunité de travail dont la patiente choisit ou non de se saisir.

Après réflexion et expérience, il serait, à mon sens, encore plus pertinent pour certaines patientes d'avoir deux à trois séances par semaine. De plus, il serait congruent d'avoir un lien avec elles lorsqu'elles iraient en hôpital de jour.

1.3.3. *Mes hypothèses de travail*

Les objectifs thérapeutiques sont bien entendus propres à chaque individu, en considérant que chaque patiente est unique.

Ainsi, de manière globale et non exhaustive, je peux citer quelques objectifs qui guident mes séances. D'une personne à une autre, ils seront abordés avec des supports différents en fonction de la manière d'être des patientes :

- Encourager l'implication active dans le processus de soin durant leur hospitalisation en les rendant actrices de leur prise en charge,
- donner des bases et des outils pour une continuité et une recherche d'autonomie après l'hospitalisation,

- refaire du lien dans une perception plus holistique de soi,
- favoriser progressivement la prise de conscience et l'objectivation du désordre de l'expérience corporelle, du corps propre, de leurs limites. Cela à travers la (re)découverte de la contenance, de l'enveloppement afin d'atteindre un sentiment d'intégrité et de sécurité de base intérieure,
- apporter aux patientes une meilleure assise narcissique à partir de vécus corporels agréables, valorisants et positifs afin de réinvestir leur corps qui se transforme,
- revaloriser la dynamique sensation-perception-représentation du corps,
- remobiliser leurs capacités d'expression personnelle et de communication,
- accompagner les ressentis qu'éprouvent les patientes puis faciliter la verbalisation, l'authenticité et l'intériorisation de ces éprouvés corporels,
- accompagner vers la détente, ou au moins moduler leur hyperactivité et la tonicité.

Ce sont là, il me semble, autant de facettes différentes du travail qu'on peut initier en psychomotricité dans ce type de service.

C'est avec une écoute ajustée au temps de la patiente, comme une parenthèse dans son soin, qu'elle peut vivre à son rythme et amener ce dont elle a besoin en séance.

Ces vastes axes de travail et le fait de ne pas anticiper stricto-sensu les séances à venir, permettent en partie de laisser une place à l'expression et à la singularité des patientes, place qu'elles n'ont, pour la plupart, pas connue auparavant.

2. L'approche psychomotrice

La plupart des adolescentes anorexiques mentales sont enfermées dans les différentes enveloppes exposées en première partie. Il semble que leur sécurité de base interne et leur enveloppe psychocorporelle soient fragiles. Aussi, pour reprendre ma problématique de départ, avec quels appuis en psychomotricité pourrions-nous les accompagner en hospitalisation à temps complet afin qu'elles puissent développer le sentiment d'unité corporelle ?

2.1. Le cadre thérapeutique

Michel M. (2001, p.110), d'un point de vue phénoménologique, nous montre que là où la relation est essentielle et centrale, ce qui est le cas en psychomotricité, il existe toujours une forme de cadre, c'est à dire un contenant formel et dynamique.

Le cadre, c'est ce qui entoure, délimite un espace, une action : l'enveloppe d'un processus de soin. Il prend alors le rôle de barrière qui protège, qui maintient, qui permet des échanges. Ceci suppose d'une part la distinction entre un dedans et un dehors, et d'autre part, un invariant au sein d'un processus de changement.

Pommereau X. (2003) définit le cadre comme un support qui constitue la structure de l'espace de soin. Il est question de contenance, et non de détention ; les éléments qui le composent doivent être fermes et robustes mais aussi souples. Il s'agit de maintien, de permanence du dispositif de soins et de sa capacité à absorber les contraintes, le cas échéant à se déformer pour éviter la rupture.

Il faut donc permettre un cadre à la fois souple, fiable et stable pour instaurer un climat de confiance, dans le respect le plus rigoureux du patient et de soi-même. Pour cela, notre sensibilité tonique, émotionnelle, sensorielle et affective est sans cesse sollicitée.

Anzieu (1985) compare le cadre à un contenant maternel, c'est à dire une enveloppe protectrice élaborée et garantie par le thérapeute qui a le rôle d'une seconde peau psychique, où les pensées du sujet peuvent se déployer. Le cadre, et donc le psychomotricien, a un rôle de pare-excitation. Aussi, il réalise une fonction contenante et permet un sentiment de sécurité.

Le cadre constitue également un tiers. Il va nous protéger dans notre lieu et espace de soin. C'est tant pour cela que les éléments qui constituent le cadre doivent être riches de symbolisation (règles, rituels, ...), de protection et d'apaisement.

La cadre thérapeutique borne ainsi l'action qui fonctionne comme repères qui aident l'adolescente à se construire, se structurer et se socialiser. Le cadre permet de poser les limites, aussi bien physiques que psychiques, dans un monde où elles sont perturbées par l'atteinte corporelle elle-même.

Le cadre thérapeutique est unique pour chaque patiente et constamment remis en question en fonction du projet thérapeutique et l'évolution du sujet. Il faut donner aux patientes la possibilité qu'elles puissent se retrouver et qu'elles puissent exister dans ce cadre.

Pour Potel C. (2015) « le cadre thérapeutique c'est ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée ».

2.1.1. Un lieu

Au regard de la connotation assez négative que porte la « chambre médicalisée », un rituel s'est mis en place à chaque début de séance : la patiente est « chef ouvrière » et agence les meubles comme elle le souhaite dans cette pièce. Ce statut la rend actrice de sa prise en charge. Souvent, elle me sollicite pour déplacer le lit qui est plus imposant. Une première relation coopérative et de confiance s'amorce alors.

Il est intéressant de constater que souvent, lors de la première rencontre, aucun aménagement n'est envisageable. Cet investissement est concomitant à la relation entre le soignant et le soigné et à l'évolution du sentiment interne de sécurité qui leur permet de prendre l'initiative de projeter leur propre espace dans ce lieu. Aussi, il faut peut-être prendre en compte que le fait de commencer à investir cette proposition, en prenant soin de l'aménagement, est indirectement une manière de prendre soin de soi et du confort qu'elle s'autorise. Ainsi, une manière indirecte de reconnaître une plus grande valeur de soi ; le signe d'un narcissisme qui se restaure.

Par ce rituel, la patiente s'approprie progressivement son espace environnant, change la représentation de cette pièce hospitalière et pourra y déployer par la suite son propre espace corporel. C'est intéressant aussi d'observer les initiatives qu'elle opère d'une séance à l'autre. Souvent, elle gardera le même aménagement tout au long du suivi. En effet, la recherche de repères réguliers permet un appui sécurisant.

Cependant, certaines modifications peuvent avoir lieu et cela est significatif. Tel est le cas dans l'étude de cas de Romane.

En fin de séance, nous remettons la pièce comme nous l'avons trouvée au début. A titre symbolique, cela permet de fermer la parenthèse de soin et de délimiter le dedans du dehors de la séance. Ainsi, au fur et à mesure du suivi, elles pourront transposer ce sentiment d'enveloppe et de sécurité de l'espace environnant dans n'importe quel autre lieu.

Il arrive parfois que la chambre médicalisée soit occupée par une patiente. Nous sommes alors contraintes de changer de lieu. À titre exceptionnel, nous allons alors dans leur chambre. Consciente que je vais pénétrer dans leur espace intime et personnel de l'hôpital, je m'y fais inviter. Souvent, ce changement de lieu induit un autre dynamisme dans la relation et permet d'aborder, entre autre, leur implication dans les soins au travers leur investissement de l'espace de leur chambre.

Dans ce contexte hospitalier, si le cadre spatial de mes séances n'est pas stable, nous nous appuyons sur le cadre temporel ; l'heure du rendez-vous, la stabilité de ma présence et mon petit sac de matériel (bambous, ballon mou, balle de tennis, balle en mousse, tissus en lycra, crayons de couleur, différentes images, sacs lestés) qui me suit toujours.

2.1.2. *Un temps*

La stabilité de l'accompagnement est assurée en partie grâce au respect du temps. Chaque séance est repérable dans le temps ; elle se déroule le même jour de la semaine et aux mêmes horaires, ce qui introduit une certaine rythmicité, un repère structurant et sécurisant.

La rythmicité permet l'anticipation et donne une illusion de permanence, de continuité ; elle participe à constituer le sentiment d'enveloppe en ce qu'elle produit comme illusion de continuité.

L'aspect temporel en psychomotricité est spécifique. La patiente peut retrouver son rythme propre, celui dans lequel elle peut s'asseoir et prendre confiance tout en contrebalançant son hyperactivité. En effet, les soins en psychomotricité ne se situent pas dans le temps de l'urgence somatique mais plutôt dans le temps de l'élaboration. «*On a le temps, prenez votre temps*» sont des mots que je répète inlassablement. Si les soins en psychomotricité n'œuvrent pas directement au maintien du somatique, ils y contribuent fondamentalement en y redonnant du sens.

Enfin, il est important de garantir une forme d'étanchéité à la durée de la séance. Il ne faut pas montrer à la patiente qu'on tolère l'interruption inopinée de qui que ce soit pendant la séance. Ces patientes sont à la recherche de limites dans le regard de l'autre et sont fragiles dans leur sentiment d'identité. Il est donc important d'avoir de la confidentialité, de l'intimité, que la patiente ait tout loisir de déployer ses significations dans le cadre qu'on lui propose.

Un jour, par mégarde, alors que j'étais en séance, j'ai omis d'appuyer sur le voyant lumineux indiquant une présence soignante dans la pièce. Alors que la patiente était allongée au sol et que son tonus musculaire venait de s'apaiser, une des psychologues a frappé et a ouvert la porte. Les yeux de la patiente se sont écarquillés. A la vue de cette situation, la psychologue et moi-même avons échangé un regard surpris. Par la réaction vigilante de la patiente, j'ai senti une intrusion dans l'espace qui était le nôtre. Par des mots expliquant la situation et une discussion sur ce que cette intrusion nous a évoqué, la séance a pu se poursuivre sans en modifier la disponibilité de la patiente. Depuis ce jour, je n'oublie pas de signifier le début de la séance par ce voyant.

2.1.3. Une pensée

Au final, le premier outil dont dispose le psychomotricien est la connaissance qu'il a de lui-même pour servir ses projets thérapeutiques. Le cadre thérapeutique est vraisemblablement mis en forme par lui-même, s'appuyant sur sa propre sensibilité et sur la déontologie.

Le thérapeute peut donner des consignes mais aussi et surtout, jouer sur sa présence, sur son occupation de l'espace, sa voix, les rythmes, ses mots, etc. Le patient est contenu par la présence du thérapeute et par le dispositif qu'il a mis en place. L'un des aspects du travail est que la patiente puisse intérioriser les effets rassurant du cadre ainsi que la sécurité qui émane de la personne tout entière du thérapeute.

2.1.3.1. L'alliance thérapeutique

Winnicott D.W. introduira le terme de *setting* pour définir la somme de tous les détails de l'aménagement du dispositif thérapeutique mis en place face à chaque patient, ce qui rapproche là aussi du concept de *holding*. En psychomotricité, ces principes peuvent tout à fait être repris, il s'agit de l'alliance thérapeutique. Cela constitue une sorte de cadre psychique où le sujet pourra se faire connaître et se reconnaître.

Dans le terme alliance il a la notion d'union, d'engagement mutuel. Ce terme vient de Freud S., qui a abordé ce concept comme supposant un intérêt sérieux et une compréhension bienveillante de la part du thérapeute pour développer un engagement réciproque.

Rogers C. a défini l'engagement comme essentiel à la thérapie en y englobant la confiance réciproque, l'acceptation et la confidentialité avec un but commun pour le patient et le soignant.

Pérono M. et D. Grabot (2006, p.62) définissent l'alliance thérapeutique comme « l'accord de confiance réciproque qui doit s'établir entre un psychothérapeute et son patient pour vaincre les résistances névrotiques et psychotiques qui s'opposent au changement et donc à la guérison. »

Ainsi, l'alliance thérapeutique est un élément du cadre thérapeutique dans la mesure où cela constitue un point d'ancrage. Il ne peut pas y avoir de soins sans alliance thérapeutique ; si l'adolescente n'est pas d'accord ce n'est pas possible.

L'observance thérapeutique et l'évolution positive de l'anorexie mentale sont également déterminées par le développement d'une alliance thérapeutique patiente-thérapeute. Cela implique la création d'un sentiment de sécurité dans la relation thérapeutique qui peut permettre à la patiente anorexique d'explorer ses expériences douloureuses, de revisiter ses modèles d'attachement insécure afin d'acquérir de nouveaux mécanismes d'adaptation interpersonnelle et émotionnelle.

2.1.3.2. Les transmissions

Il est nécessaire qu'il y ait un échange réciproque et régulier entre les différents protagonistes de l'hospitalisation de la patiente. Nos questionnements croisés, issus de nos formations et de nos personnalités différentes, permettent l'approfondissement de la compréhension du patient.

Intervient aussi la part du patient lorsqu'il confie à chacun d'entre nous une facette différente de lui-même. Il est nécessaire dans ce cas-là d'être plusieurs pour soutenir ce déploiement transférentiel. Traité d'abord par Oury J. et repris par Delion P. (2015), il s'agit de la « constellation transférentielle ». En rassemblant les points de vue épars de soignants, cette constellation constitue dès lors une fonction contenante et/ou une fonction de pare-excitations collective du patient.

Ainsi, avant et après mes interventions nous échangeons sur les patientes avec les infirmières. Puis je relate par écrit le contenu des séances pour que celles-ci soient comprises dans un ensemble et que toute l'équipe y ait accès. Cela permet de mettre en lien et d'avoir une vision globale de la patiente à travers tous les ateliers et les moments informels. Les transmissions font inexorablement partie du cadre thérapeutique.

2.3. Tentative de désintriquer l'affectif de l'alimentation

Corcos M. dans le film documentaire *Chère anorexie* (2015), exprime le fait qu'il faut prendre en compte la dimension émotionnelle derrière ce trouble alimentaire. Se nourrir est un besoin alimentaire et affectif.

Il est donc préférable, en séance de psychomotricité, de ne pas aborder le thème de la nourriture. Si la patiente amène ce sujet, je lui souligne qu'elle a d'autres ateliers où elle peut vraiment parler des besoins nutritionnels et somatiques.

Le corps, en psychomotricité, est ainsi appréhendé dans une « logique affective » autre que celle de l'insatisfaction, du refus et de la négation. Cela permet de délier nourriture et affect qu'elles associent d'elles-mêmes comme confondus.

2.4. Mise en jeu corporelle du psychomotricien

Desobeau F. (2010, p.58) souligne que « la spécificité du psychomotricien est qu'il s'implique dans son langage corporel pour rencontrer le patient là où il est, comme il est ». On envisage donc le corps comme le véhicule de l'être au monde.

La spécificité de la formation du psychomotricien permet de s'engager corporellement. Le psychomotricien est habilité à repérer, guider dans l'exploration, tenter de réfléchir et d'identifier les perceptions des patientes, de par le maniement théoriques et pratiques qu'il dispose. Enfin, l'empathie que nous portons sur nos patients sollicite cet engagement et ce rapprochement corporel.

Je partage le même avis que Feat V.¹⁰ (2006, p.74) quand elle dit que « le dialogue tonique est dialogue parce qu'il amène des instants de créativité de plaisir partagé à deux, instants uniques et impossibles à retrouver avec un autre enfant [ou patient]. »

¹⁰ Véronique Feat est psychomotricienne, titulaire du Certificat d'Aptitude à la Relaxation Psychomotrice.

Le psychomotricien utilise donc son propre corps comme médiateur de la relation à l'autre. « Comment, [s'interroge Giromini F.], pouvons-nous, à la fois être pris dans la relation à l'autre et être agent de cette relation ? ». Dès lors, il y a toujours une partie de nous qui est consciente de ce qui se joue dans une rencontre ; on est conscient de notre conscience.

2.5. L'ajustement relationnel

Une psychologue me fait part de sa satisfaction de savoir que sa patiente est suivie en séance individuelle de psychomotricité. En effet, elle pense que ça peut lui permettre d'accorder davantage confiance aux soignants, ainsi qu'au style de relation qu'elle entretient avec les autres, de l'ordre du « dominé/dominant ». C'est l'idée de se mettre en côte-à-côte avec le patient en psychomotricité, et pas en face-à-face.

La relation thérapeutique se construit dans les deux sens : le psychomotricien fait « grandir » son patient et le patient fait « grandir » le soignant.

Ainsi, nous expérimentons ensemble diverses situations et à travers les réactions qui émanent de chacune de nous l'histoire se crée et évolue à son rythme.

C'est au fur et à mesure du suivi, mais déjà dès la première rencontre, que les patientes comprennent qu'on n'attend pas d'elles un résultat quantitatif ou une éventuelle performance.

Dans un item du bilan que j'utilise, il est demandé de dessiner le plan d'une pièce qu'elles connaissent. Après avoir terminé, je leur demande si elles pensent que la proportion entre les meubles est respectée. Seules elles détiennent la réponse et nous voyons comment elles se saisissent de cette proposition.

Ainsi, à travers ces grands principes de la psychomotricité et dans l'objectif d'offrir de meilleures bases narcissiques aux patientes, nous allons être attentifs au contenu même des accompagnements individuels en psychomotricité.

3. Les rencontres en psychomotricité

3.1. L'entretien

Après l'indication du suivi en psychomotricité, l'entretien permet de prendre un premier contact avec la patiente. C'est un temps de présentation réciproque, appréciant la place et le vécu du corps dans le discours, les relations et la vie de la patiente. Il est aussi destiné à estimer la disponibilité et les dispositions relationnelles, à situer l'adhésion et l'adaptation à l'hospitalisation. Il est également intéressant de questionner sur ce qu'elles ont comme représentation du métier de psychomotricien ainsi que des raisons qui poussent l'équipe à y penser pour elle.

Je leur explique, à mon sens, ce qu'est la psychomotricité de manière simple afin qu'une symbolisation puisse s'amorcer sur l'étendue de l'éventuelle rencontre : « *La psychomotricité est une discipline paramédicale. Le psychomotricien se préoccupe de la façon dont chaque personne sent, perçoit et vit son corps et à la façon dont elle se vit en relation. Les séances de psychomotricités sont des rencontres ajustées à chaque besoin en fonction des projets, de l'implication et de l'évolution dans les soins de chaque individu. Le psychomotricien et le patient échangent ensemble à travers diverses mises en situations corporelles afin de prendre conscience et d'exprimer ce qui est en jeu* ».

Souvent, suite à ce discours, les patientes font des liens et parlent de leur vécu corporel. Toutes de manières pessimistes et négatives.

Rogers C. a défini plusieurs formes d'entretien. Celui qui nous intéresse le plus souvent en psychomotricité est l'entretien semi-directif. C'est-à-dire que nous savons quels domaines nous voulons étudier, mais ce sont les patientes qui vont parler à leur rythme. Amener la patiente à se poser des questions est plus riche au niveau de la compréhension du fonctionnement et de la dynamique de celle-ci. Leur poser directement des questions sur leur développement psychomoteur et leur vécu corporel serait induire un résultat. Ainsi, les associations d'idées permettent de dérouler le fil de l'entretien. Souvent, elles commencent à parler de leur vie depuis l'anorexie mentale, comme si la vie antérieure était occultée, comme si la maladie était une deuxième naissance. Il est également intéressant de voir par où elles commencent, ce qu'elles occultent ou ce dont elles parlent.

Dès le premier entretien, le psychomotricien est sensible à un ensemble de signes émis par son interlocuteur. Des études menées par Mehrabian A., en 1971, ont montré que le sens du message peut être attribué pour 90% à la communication para-verbale (son, hauteur de voix, rythme des mots) et non-verbale. Cela dépend du contexte évidemment. Il en va de même de l'attitude du psychomotricien : sa posture, son regard, ses mots, sa voix, etc.

À la fin de cet entretien, il est important de demander à la patiente de réfléchir s'il était envisageable d'inscrire nos rencontres dans son emploi du temps. Aucun refus n'a pour le moment été constaté. Enfin, je réponds, ou tente de répondre, à ses interrogations concernant le fonctionnement matériel et les enjeux thérapeutiques.

Ainsi, la patiente peut se saisir de son projet de soin, vérifiant souvent d'ailleurs qu'elle puisse en garder le contrôle quant au choix de l'heure des séances.

Coralie, en fin d'entretien, saisit l'opportunité de devenir actrice de son temps : « On peut se dire 10h30 pour le début des séances ? Cela me laisse le temps de me préparer entre la méditation et la psychomotricité. »

3.2. Le bilan psychomoteur auprès des patientes anorexiques mentales hospitalisées à temps complet

3.2.1. Le bilan de la psychomotricienne Odile Gaucher-Hamoudi¹¹

Le bilan psychomoteur de Gaucher-Hamoudi O. (2011) est le premier bilan psychomoteur récemment publié, destiné aux adolescents anorexiques mentales. Il est détaillé et enrichi de ses observations et interprétations. Je l'ai suffisamment étudié pour pouvoir le passer avec mes patientes.

Son bilan se décline en cinq grands axes (annexe 3):

- I° Organisation temporelle
- II° Organisation spatiale
- III° Schéma corporel
- IV° Corps en communication
- V° Somatisations
- (Autres Observations)

¹¹ Odile Gaucher-Hamoudi est psychomotricienne au CHU Bellevue de St Etienne au sein de l'unité de soins médicalisée (USM-TCA).

Ces axes sont constitués de plusieurs items cotés chacun de 0 à 3 :

0= mauvais / 1= pas très bon / 3= bon à très bon.

Cette cotation a pour but d'évaluer les capacités du sujet afin de localiser ses aptitudes et ses difficultés et non d'obtenir une note globale permettant de comparer le sujet à la moyenne des individus de son âge. La cotation peut évidemment être complétée d'annotations issues d'observations.

Bien que le bilan d'Odile Gaucher-Hamoudi s'appuie sur une cotation globale, sans utiliser de tests validés, il est le reflet de nombreuses années d'expérience professionnelle et trouve toute sa légitimité auprès des patientes anorexiques dont la problématique nécessite idéalement une prise en charge psychomotrice.

3.2.2. Un test d'image du corps : l'entretien sur les représentations corporelles de Moyano O.¹²

Moyano O. a imaginé une épreuve qu'il utilise depuis plusieurs années, et qui - d'après ses propres analyses – se révèle légitime et pertinent.

Ce protocole de bilan permet aux psychomotriciens d'avoir accès relativement facilement aux représentations corporelles de l'enfant ou de l'adolescent. En effet, il s'agit d'une représentation de soi-même par soi-même, et non d'une évaluation d'un niveau de développement ou de maturation.

Ce protocole a fait l'objet d'une première publication (Moyano, 2004). Il comporte, entre autres, un entretien semi-directif sur les représentations corporelles (annexe 4).

L'entretien en lui-même est composé de questions qui explorent les composantes du corps connu et du corps vécu, avec d'emblée la demande de différenciation dedans/dehors (questions « a » et « b »). Des défauts de porosité du moi, de porosité des limites des enveloppes psychiques et une confusion due à la persistance de l'indifférenciation dedans/dehors, moi/non-moi, peuvent se retrouver à cet endroit.

Les questions « c » et « d » explorent la connaissance fonctionnelle du corps (articulations et sensorialité), bien que la question « d » soit à la croisée entre le corps instrumental, le corps fonctionnel, le corps fantasmatique et le corps relationnel.

Les questions « e », « f », « g », et « h » vont venir explorer des données plus affectives, concernant l'investissement narcissique de parties du corps ou du corps en son entier.

¹² Olivier Moyano est psychomotricien, psychologue, Docteur en psychologie et psychopathologie clinique.

La dernière question concerne la distinction entre le sentiment corporel du Moi et le sentiment mental du Moi. Dans la plupart des cas, le sentiment mental du Moi est ressenti comme inclus dans le corps et localisé dans la tête (Federn, 1979).

Toutes les réponses sont données en référence à l'histoire individuelle et à l'organisation de certains fantasmes corporels.

Cet outil est très riche en complément des items du bilan psychomoteur de Gaucher-Hamoudi O.

Lors du bilan psychomoteur de Coralie, je constate, à partir de cet entretien, que ses composantes du corps connu et du corps vécu sont immatures et pauvres. L'évocation des parties du corps internes ou externes sont réduites pour une adolescente de 16 ans. Elle ne citera respectivement que les os, le cœur et les poumons, puis la peau, les ongles, les yeux et les oreilles. L'utilisation fonctionnelle et instrumentale du corps se résume à des verbes évoquant l'hyperactivité (bouger, courir, sauter). A la question « qu'est-ce qui est fragile dans votre corps ? » elle répond intuitivement « les os », et ne peut répondre à ce qui est, au contraire, solide. La qualité des investissements corporels chez Coralie est perturbée. L'image du corps est fragile.

3.2.3. Les intérêts du bilan psychomoteur

Le bilan est un support à la rencontre. Il s'agit de mettre en mot et en mouvement, d'observer et de recueillir des informations au sein d'un dialogue verbal et tonico-émotionnel. L'objectif est d'avoir une évaluation qualitative et un échange autour d'appuis concrets. Il permet aussi d'observer leur implication dans les soins et le rapport qu'elles ont avec la maladie et leur corporalité.

Dans ce contexte psychopathologique et d'hospitalisation à temps complet, l'intérêt de ce bilan psychomoteur est de vivre, de manière globale, une succession de situations corporelles différentes. Ainsi, le professionnel peut constater que certaines situations sont vécues agréablement et d'autres plus difficilement.

Le bilan peut avoir en guise de première séance, un aspect plus sécurisant par son aspect plus codifié.

Beaucoup d'entre elles étaient ravies et soulagées à la fin de cette première séance. Mélanie m'a d'ailleurs glissée en fin de séance « je ne savais pas ce que l'on allait faire, j'angoissais à l'idée de ne pas pouvoir être à la hauteur et de ne rien avoir à vous raconter. J'ai aimé cet enchaînement de situations corporelles. À la semaine prochaine ! » Par ses derniers mots, elles s'engagent volontairement à revenir me voir la semaine prochaine. Je sens qu'elle est curieuse et intriguée de continuer à (re)découvrir sa manière d'être.

À la vue de la vulnérabilité identitaire et narcissique particulière des patientes hospitalisées à temps complet, la place d'une évaluation formalisée à cette période particulière, n'est, à mon sens, pas le bon moment. Il ne s'agit pas de passer un bilan psychomoteur stricto-sensu. Il est nécessaire de faire en fonction de l'état somatique et de la fatigabilité de la patiente. Le bilan reste un moyen et non un but en soi, il semble indispensable de pouvoir l'écourter si nécessaire. Cependant, il est souvent terminé entièrement en une heure, signe peut-être, de la plupart des patientes, de leur tempo personnel très rapide.

Ainsi, ce bilan psychomoteur permet de faire le point sur les capacités psychomotrices des patientes, c'est-à-dire leur façon de s'orienter dans le temps, dans l'espace et le rapport avec leur propre organisation corporelle.

Pour une patiente anorexique mentale, le schéma corporel et les repères temporo-spatiaux sont souvent suffisants pour avoir une vie épanouie comme nous l'avons expliqué dans « 4. Les enveloppes psychiques et corporelles ». Ainsi, ce bilan est déjà une première occasion de réassurance de leurs capacités psychomotrices dont elles doutent souvent. Puis, il évolue vers une mise en évidence de ces difficultés à se vivre dans ce corps et il favorise la levée du déni de la maladie. Enfin, le bilan aide à proposer un suivi plus ajusté, avec des objectifs partagés et convenus avec la patiente. Cela lui permet d'être davantage actrice dans son projet de soin à venir.

Dans ses différentes composantes, le bilan permet de préciser et d'affirmer les perceptions du patient, il l'aide à redécouvrir des compétences oubliées.

En interrogeant Anna sur son équilibre au quotidien, elle me dit qu'elle n'en a pas du tout. Pourtant, je constate qu'elle tient une dizaine de secondes de manière stable sur un pied, puis sur l'autre. Les yeux fermés et les bras étendus devant elle, à l'horizontale, Anna conserve tout son équilibre. Les résistances aux poussées sont sensiblement présentes, elles sont plus marquées sur les côtés qu'à l'avant et à l'arrière. Ce n'est donc pas l'équilibre à proprement parler qui lui pose problème. En effet, par « peur de marcher sur les pieds de quelqu'un d'autre », elle ne se sent pas capable de placer correctement ses pieds dans un enchaînement de mouvement, ce qui induit une perte d'équilibre. Il ne s'agit pas d'un problème d'origine cérébelleuse, de l'oreille interne, neurologique ou encore musculaire, mais il s'agit surtout d'un grand manque de confiance en soi. Ainsi, le bilan lui a permis de se « réconcilier » avec son équilibre qu'elle n'expérimentait plus.

3.2.4. La restitution

Après avoir rédigé mes observations et mes hypothèses psychomotrices, la restitution se fait sous la forme d'un échange. Cela débouche sur une proposition de suivi individuel avec des axes définis avec la patiente. C'est au cours du suivi que nous verrons se confirmer ou non certains aspects.

La restitution est un exercice délicat qui demande du tact pour respecter les limites de ce que l'adolescente peut et veut entendre. Les patientes sont très attentives à ce que je relate, parfois trop. Je leur explique qu'il ne faut jamais perdre de vue que je soumetts seulement des hypothèses et qu'il s'agit d'un instant « T ».

Ce recueil d'informations leur permet de mettre en œuvre leur capacité à penser, à faire des liens et à émettre des hypothèses. Ainsi, il s'agit de tenter de remettre prudemment la jeune en contact avec sa subjectivité dont l'accès est souvent perturbé par le débordement ou la mise à distance des ressentis. Il est important de partir des représentations de la patiente avant d'avancer dans la restitution d'observations et d'hypothèses.

3.3. Les séances individuelles en psychomotricité

Le psychomotricien favorise, entre autres, la prise de conscience corporelle et le réinvestissement narcissique de leur image du corps. Il encourage cela à travers des techniques à médiation corporelle. Ces expériences contribueront à instaurer, consolider et préserver des repères psychomoteurs sécurisés.

Comme il est souligné dans *Corps & psychiatrie* (2004, p107), l'anorexique a la faculté de rendre caduque, par un excès de perfectionnisme, les différentes interventions thérapeutiques. L'une des contre attitudes des thérapeutes consisterait à répondre par des exercices codifiés. Il ne s'agit donc pas de favoriser une technique ou un champ technique plus qu'une autre.

Enfin, il ne s'agit pas seulement de situations corporelles, mais aussi de relation. Si l'on prend en compte l'intentionnalité du corps, s'impose alors la nécessité de conduire son exploration et sa subjectivation dans l'interaction. Ainsi, la patiente est une partenaire active dans le soin ; c'est le projet qui s'adapte à elle, et non l'inverse.

3.3.1. *Le déroulement des séances*

Les séances se déroulent approximativement comme suit :

Aller à leur rencontre

À l'heure convenue avec la patiente, je vais la chercher dans sa chambre.

Ce moment donne déjà quelques indices sur leur disponibilité et leur humeur du jour. Certaines m'attendent impatiemment dans leur chambre, d'autres sont dans la salle commune avec les autres oubliant le moment de notre rencontre (est-ce une perte des repères temporels, est-ce un mécanisme de défense, est-ce un moyen de ne pas attendre seule sans être occupé...). Certaines vont entamer la discussion dès notre déplacement pour aller dans la « chambre médicalisée », d'autres échangeront leurs premiers mots qu'à partir du moment où nous nous assiérons pour commencer la séance à proprement dit.

Leur démarche et leur posture en disent beaucoup :

Dans les premiers temps de nos rencontres, j'observe dans la démarche de Claire une antéversion du bassin accompagnée des épaules en avant et son regard plongé au sol. Sa mâchoire inférieure ne tient pas, sa bouche est ouverte. Ses manifestations corporelles dépressives renvoient l'impression de ne pas investir son corps. Cela se vérifiera en séance. Puis, à la huitième séance (l'avant-dernière rencontre), je reçois Claire dans une toute autre attitude : elle a un visage maquillé et plus détendu, elle est apprêtée et porte des talons. Sa démarche est plus affirmée et elle se tient droite. La séance qui suit est fidèle à cette évolution. En effet, elle sera plus disponible et attentive à ses ressentis en les exprimant corporellement, au-delà des mots. Toute l'équipe a le même avis ; elle investit plus sa corporéité et est davantage en relation avec les autres.

Aménagement de la salle (cf « 2.1.1. Un lieu »).

Etat des lieux verbal

Nous enlevons nos chaussures et prenons une place assise dans la pièce. Il est intéressant de constater qu'au début, nous sommes souvent assises de manière formelle sur des chaises. Puis, plus la relation de confiance s'instaure, plus nous nous retrouvons sur des coussins au sol. Ce temps est accompagné d'une question « *Souhaitez-vous partager avec moi quelque chose (un vécu corporel, une sensation, une pensée, un ressenti, une image, un souvenir, qu'il soit agréable ou désagréable) sur la semaine qui a espacé notre rencontre ?* »

Eveil corporel

En fonction de ce qu'elles disent de leur état du moment, nous faisons un détour par une redécouverte anatomo-fonctionnelle et sensori-motrice, qui place le corps dans le champ de la conscience. Ces propositions peuvent amener la patiente à un ressenti différent de son corps, à une prise de conscience de ses tensions, de son état tonique, de sa façon d'être... C'est une première réappropriation proprioceptive du corps réel.

Romane arrive souvent avec une humeur triste. Lors de notre première séance, elle cherche à se placer de sorte que les rayons du soleil effleurent sa peau. Depuis, à chaque début de séance, nous imaginons une douche qui fait couler des rayons de soleil sur la peau. Ainsi, nous nous « savonnons » l'ensemble du corps, à notre rythme, et avec les pressions de notre choix. Ensuite, pour enlever la « mousse », nous balayons énergétiquement ce surplus – que nous symbolisons comme les affects négatifs (anxiété, stress, idées noires...) - et nous les évacuons par l'intermédiaire d'un trou que nous imaginons dans un coin de la salle. Suite à cette situation, le visage de Romane s'apaise et elle se rend disponible pour poursuivre la séance. Elle commence à être à l'écoute des sensations qui la déroutent et qu'elle a encore du mal à nommer.

Propositions d'éprouvés corporels en fonction de l'axe de travail vers lequel nous nous dirigeons (cf 3.3.2. *Quelles médiations psychomotrices pour favoriser une sécurité interne et une enveloppe sécurisée?*).

Tentative de mise en mots par la patiente de ce qu'elle a ressenti (à travers le dessin, langage verbal et corporel, etc). Néanmoins, passer de l'alexithymie à cette pensée sur soi n'est pas simple. Cela demande du temps, celui d'un cheminement propre à chaque patiente.

Tout au long de notre rencontre je repère les signes corporels de la patiente témoignant de ses émotions, de son ressenti (modifications toniques, investissement de l'espace, engagement corporel dans la relation, etc). Par cette disposition perceptive et subjective de ma part, j'entretiens la boucle contenante de Bion (éléments bêta → fonction alpha). Ainsi, si cela est pertinent, je mettrai en mot ce que j'ai perçu d'elle.

Réaménagements de la salle et retour dans la chambre (cf « 2.1.1. Un lieu »).

3.3.2. Quelles médiations psychomotrices pour favoriser une sécurité interne et une enveloppe sécurisée ?

Dans cette partie, j'expliquerai en quoi les diverses médiations que nous utilisons peuvent contribuer au sentiment d'intégrité et d'identité corporelle inscrite dans le réel. La redéfinition des limites du corps à travers la prise de conscience de ce dernier est essentielle. La perception d'un dedans et d'un dehors, d'un contenant et d'un contenu ainsi que du Soi et du non Soi, va œuvrer dans le sens de la réhabilitation d'une image du corps plus réaliste et d'une enveloppe corporelle contenant et unifiée. Tout cela a pour objectif d'aider la patiente à réinvestir son corps de manière positive, pour passer du corps subi au corps vécu.

Les médiations, si elles sont des moyens d'expression, sont avant tout l'occasion d'une mise en relation, entre le monde et soi. La médiation, pour qu'elle ait des effets de transformation, de changement, d'intégration et de structuration de la personnalité, doit servir d'intermédiaire à cette rencontre (Potel, 2015, p.45).

Les médiations corporelles sont donc des outils au service de la relation thérapeutique. Elles favorisent la rencontre entre le psychomotricien et le patient et utilisent l'expérience corporelle dans ce qu'elle a d'unique et d'individuelle. Elles sont semblables à un support de réactualisation des représentations antérieures.

Dans l'ouvrage de Potel C. (2013, p.102), le psychomotricien est comparé à un funambule créatif. En effet, le propre d'un funambule est de rester debout sur son fil et de garder son équilibre, quitte à s'aider d'objet. Nos objets sont faits de toute la richesse des médiations corporelles et sensorielles : le mouvement, l'espace, la voix, le rythme, le geste, la tonicité...

Les tâtonnements semblent inévitables, voire indispensables, à l'émergence de la personnalisation du projet de soin du patient. Au début, la patiente se vit de façon clivée, elle est incapable de sentir ce qui peut l'aider à mieux habiter son corps. Ses choix se construisent lors des séances.

3.3.2.1. La relaxation psychomotrice

La finalité de la relaxation psychomotrice n'est pas d'obtenir un état de relâchement tonique. En effet, il s'agit plutôt de permettre à la patiente de mettre des mots et de mettre en lien son histoire, après une prise de conscience de ses éprouvés corporels. La grande difficulté avec les patientes anorexiques est de se confronter à leur perfectionnisme. Il arrive parfois que certaines patientes ne parviennent pas à écouter mes indications tant elles veulent « bien faire ».

La relaxation psychomotrice doit permettre à chaque adolescente prise en charge d'accéder à une autonomie dans sa vie quotidienne. Écouter son expérience et se mettre à penser pour soi, c'est ce que nous allons accompagner en favorisant ce passage de la sensation aux mots et à la pensée.

Proposer une relaxation aux patientes anorexiques permet de les accompagner dans leurs angoisses et dans leurs explorations sensorielles tout en maintenant une relation de *Holding* (Winnicott) sécurisante. Potel C. (2015, p.223-240) nous transmet que le temps de relaxation remplit sa fonction de zone intermédiaire transitionnelle, comme dispositif autorisant la régression. Renouer avec certains vécus primaires et les transformer va être au cœur de la relaxation.

Remettre en jeu la situation des soins primaires (holding et handling)

Par définition, du fait de son engagement corporel, le psychomotricien a le rôle professionnel le plus spécifique. Il met au travail la double dimension physique et psychique du portage. Cela a pour but d'inciter la patiente, sans la brusquer, à renouer avec le ressenti d'une enveloppe corporelle acceptable et lui permettre de réacquérir peu à peu une fonction de contenance psychique.

Les diverses méthodes de relaxation à partir d'inductions verbales questionnent Gaucher-Hamoudi O. (2011, p.80) : « A quoi les mots peuvent-ils correspondre chez ces patients privilégiant trop l'intellect au détriment du monde perceptible ? »

Cette enveloppe sonore rappelle les liens primaires de la prime enfance. Elle est nécessaire pour guider et capter l'attention des patientes. Toutefois, elle est à manier avec prudence pour ne pas renforcer leur intellectualisation défensive au détriment des éprouvés. Ainsi, il faut doser l'usage de la parole et renforcer le lien tactile.

Le toucher thérapeutique

Souvent, dans un premier temps, sans contact direct entre nous deux, j'utilise une balle. Je la fait rouler sur les différentes régions du corps de la patiente. Ainsi, cette situation permet le développement de l'unité du sujet tout en permettant la relaxation neuromusculaire et une prise de conscience des limites entre l'objet et soi-même.

Anna est une jeune patiente anorexique mentale de 15 ans. Sa taille est le sujet qui a dominé lors de notre rencontre. En effet, elle me narre que depuis son enfance celle-ci la préoccupe beaucoup et cela se répercute dans son quotidien. De son 1m81, elle a l'impression de prendre trop de place dans la largeur et la longueur. Elle n'ose alors pas déployer ses mouvements. Elle dit aussi que ça taille lui met une barrière dans la relation aux

autres et donc dans la confiance en soi. Elle ne se sent pas protégée car « personne ne peut la contenir et l'envelopper dans ses bras », c'est toujours elle qui emprunte ce rôle pour les autres. De plus, Anna subit des représentations qui tendent à être délirantes, notamment autour de ses perceptions et de ses sensations, surtout lorsqu'elle mange. En effet, elle sent, à ce moment-là, comme une couche huileuse envahir toute sa surface corporelle. Enfin, sur toute la durée du bilan, Anna est statique dans ses positions et ne bouge qu'à mes sollicitations. Elle n'investit pas son espace environnant. Ainsi, à travers le bilan psychomoteur d'Anna, quelques objectifs d'accompagnement ont émergé:

- *l'aider à avoir une meilleure représentation spatiale de son corps*
- *l'accompagner à mieux accepter sa taille tout en rétablissant une meilleure estime de soi*
- *lui faire prendre conscience de son corps propre, de ses limites par la (re)découverte de la contenance, de différentes sensations et de l'enveloppement.*

Constamment, Anna est à la recherche du dur ; elle entretient une hypertonicité, préfère s'allonger sur le sol au lieu du lit, et optera pour la balle de tennis. Il lui faut sans cesse chercher concrètement cette tenue du corps et cette sensation de dur. Selon les travaux de Robert-Ouvray S. (1993), cette tenue interne s'incarne dans le corps par l'appropriation du squelette, grâce aux soins d'un "environnement suffisamment bon" (Winnicott) et par la qualité du "portage psychique" qui lui est procuré. La maman d'Anna souffre de trouble bipolaire et son papa était en burnout lors de la grossesse. Nous pouvons imaginer la faible qualité des interactions lors de sa prime enfance.

De par son histoire de vie et de son interprétation, il est donc pertinent pour Anna d'intérioriser les appuis, de faire jouer la verticalisation et d'accéder à une prise de conscience de la structure interne ; le squelette. Latour A-M (2014, p.91) écrit que les percussions sur les parties dures du corps peuvent devenir des expériences organisatrices.

A la suite de ces stimulations osseuses avec la balle de tennis, elle perçoit une différence. Je la sens déstabilisée par ce nouveau vécu. Elle se sent « vibrer et toute tremblante ». De ce fait, pour contenir et rassembler son vécu, je délimite l'ensemble de son corps avec un ballon, puis je l'enveloppe à l'aide d'une couverture. Elle exprimera à la fin de la séance qu'elle se sent « moins suspendue et plus ancrée au sol ». Son mot, pour clôturer la séance, sera « profondeur » et son dessin symbolisera sa structure interne, sans pour autant la placer dans un contenant...

Ce type de relation, à la fois profonde, non érotisée et non fusionnelle, permet de reconstruire une intégrité corporelle en y apportant des repères plus réels. Ainsi, cela apaise les sensations dysmorphophobiques.

Progressivement, ces différents médiateurs peuvent laisser place au contact davantage direct entre le corps de la patiente et celui du professionnel.

Ce toucher lui offre la possibilité de redécouvrir son corps autrement et participe à l'enrichissement de son vécu corporel. Cette exploration est favorisée par l'aspect contenant et sécurisant de la relation établie avec moi-même.

Après un temps de mise en confiance avec les bambous (expérience relatée dans la partie 3.3.2.2. L'expression corporelle), la médiation du toucher par le massage a été possible avec Coralie. Les massages aident la patiente à trouver un peu de repos, puis au fur et à mesure des séances, des moments de sécurité interne ; elle se sentira « plus détendue et apaisée après les séances de psychomotricité ».

Le toucher permet à la patiente de refaire l'expérience d'un contenant efficace par une resensibilisation de la peau à travers les vêtements. Le contact, la chaleur et le toucher stimulent en effet des zones cutanées désinvesties, reconstituant une peau totale, restituant une limite trop floue. Grâce à la mise en mots qui accompagne ce contact, il est possible que de nouvelles sensations deviennent perceptions. Le toucher thérapeutique organise alors la perception de l'enveloppe corporelle (la peau) et de l'intériorité du corps (les muscles et les os). Il apporte donc un sentiment de globalité et d'unité corporelle.

De la même manière que j'ajuste le toucher thérapeutique, je module les médiations en fonction des patientes. Par exemple, avec Claire, je me suis inspirée de la méthode de Jacobson E.

Jacobson, une relaxation active

Expliquer dans *Savoir relaxer : Pour combattre le stress*, de Jacobson E. (1980), cette méthode jumelle paradoxalement une contraction et un relâchement musculaire. Elle consiste à exercer une grande inspiration, puis maintenir les poumons pleins un certain temps (étape de la contraction). Il s'en suit ensuite, une longue expiration qui initie le relâchement musculaire de la région corporelle concernée. L'idée est de laisser la détente se poursuivre naturellement sur les cycles respiratoires suivants.

La première rencontre avec Claire s'est basée autour d'un massage des pieds, puis du dos, accompagné de commentaires verbaux. Au fur et à mesure de la séance, sa respiration était plus forte et son tonus musculaire au plus bas. J'ai alors cru qu'elle s'était endormie ! Les mobilisations passives ne montrent aucune résistance.

Lors de la troisième rencontre, Claire me demande un massage du dos pour la fin de séance. Elle s'allonge sur le lit et dans un laps de temps très court sa respiration se modifie, devenant bruyante et de plus grande amplitude. Une détente tellement « parfaite » qu'elle laisse envisager que Claire la contrôle ou que c'est dû à un clivage corps/psyché. Abandonnerait-elle son corps dans un désinvestissement de la relation pour ne pas ressentir le contact ou l'affect ? Je ne peux m'empêcher de la questionner sur ce contraste que

j'observe. Elle me confit qu'elle a l'esprit ailleurs et qu'elle pense à pleins d'autres choses lors du massage. La médiation ne la détend pas comme peut le laisser sous-entendre son corps. Je comprends alors qu'elle n'a pas accès à la détente comme j'ai pu le croire lors de la première séance. Elle est toujours dans la maîtrise, ici, de son tonus lors de la relaxation.

Ainsi, dans des situations d'induction tactile, Claire me délaissait son corps. Preuve de nécessité d'adaptation des médiations devant les réactions subjectives de chacune. Il me fallait alors trouver une manière de la rendre actrice de sa relaxation. C'est dans cette perspective que j'ai proposé une version adaptée de la méthode de Jacobson. À travers l'agencement des fragments de mouvements, la patiente peut ici structurer son schéma corporel grâce à l'expérience tonique en prenant conscience de ses espaces intérieurs. Cette éducation de la sensibilité proprioceptive et kinesthésique permet la maîtrise du tonus, ce qui satisfait les pulsions de la patiente. Dans le bilan de fin de suivi des séances de psychomotricité, elle me redira que cette relaxation lui faisait du bien.

Nous constatons que la respiration nous accompagne dans chaque expérience, il s'agit alors d'en prendre conscience.

La respiration peut permettre de pointer les défaillances des patientes.

Anna manifeste des difficultés majeures à l'inspiration profonde d'air. La tension qu'elle génère provoque chez elle une hypertonie de fond qui efface sa respiration thoracique au profit d'une légère respiration de la gorge.

Fouhed B. (2001, p.47) transmet son expérience en disant qu' « en étant attentive à sa respiration, la patiente peut ainsi enrichir sa conscience corporelle, s'ouvrir à ses sensations intérieures, et se familiariser avec sa cénesthésie, un des lieux de figuration de ses conflits. »

Ainsi, prendre conscience de sa respiration permet, entre autres, d'avoir conscience d'un dedans et d'un dehors et donc de modifier la perception de son environnement.

3.3.2.2. L'expression corporelle

« Les bambous »

Dans le but d'entrer en relation avec les patientes, les premières séances commencent souvent par cette expérience corporelle :

Nous plaçons un bambou (35cm) entre nos index respectifs. Nous sentons et percevons d'abord ce contact, puis nous faisons un état des lieux global sur notre posture, nos tensions musculaires ainsi que notre respiration. Dans la continuité de ce contact, nous percevons l'autre dans sa globalité. Vient ensuite un jeu de guidance. Guider l'autre, puis se laisser guider. Si l'occasion se présente, nous y intégrons un deuxième bâton.

Une partie de l'illustration du sens et de la portée de cette expérience est racontée dans l'étude de cas de Romane (p.83 et 88).

Au début, le bambou ne cessait de tomber. Je ressentais l'hypertonie de Mélanie - adolescente anorexique mentale - à travers celui-ci. Je le sentais rigide et je ne pouvais réellement communiquer avec elle. Au fur et à mesure des séances, le fait de centrer l'attention sur le geste, et non sur l'effet, détournait la recherche de maîtrise et abordait les notions de confiance en soi. Plus tard, le bambou était soutenu des deux côtés et n'est plus tombé. Je le sentais alors plus souple, reflétant l'évolution de Mélanie.

Les enroulements

Lors de notre première rencontre, Morane s'assoit timidement et semble vouloir occuper le moins d'espace possible en s'entortillant autour d'elle-même. Cette position semble même douloureuse, mais Morane dira qu'elle se sent « protégée et cachée », sinon elle se « sent en insécurité ». Gaucher-Hamoudi O. (2011, p.17) écrit « la douleur est parfois le seul lien que les jeunes femmes anorexiques gardent avec leurs corps ; toujours mal installées, soumettant leur corps à des tensions, à des déséquilibres, la douleur semble les contenir, comme si elle seule pouvait rester sous contrôle ».

Lors du bilan psychomoteur, Morane dit ne pas avoir de lieu ressource. Elle ne cite que des espaces où elle se sent en insécurité. Je remarque que ses déplacements dans l'espace sont peu assumés et entretiennent une certaine rigidité. Elle investit peu son espace environnant. Après chaque consigne, elle pose des questions pour savoir si elle peut se permettre de faire telles ou telles choses. Elle a besoin de sécurité, d'un regard qui valide ce qu'elle fait. Cela souligne son manque de confiance en elle. L'organisation spatiale de Morane est perturbée par son sentiment d'insécurité ce qui peut la freiner dans l'appropriation de son propre espace.

Dans la continuité du bilan, dans les situations allongées, Morane garde les yeux ouverts et précise qu'elle a peur du noir. Elle dira aussi qu'elle n'aime pas dormir car « c'est une perte de temps ». D'ailleurs, l'endormissement lui est difficile et lorsqu'elle arrive à s'endormir des rêves et des cauchemars la réveillent. Je soumetts l'idée d'une peur probable d'une rupture du lien. En effet, l'endormissement est un passage régressif de repli sur soi qui évoque la séparation avec le monde environnant et ce qui nous y attache.

Suite à ce bref résumé du bilan psychomoteur de Morane, les axes principaux du suivi en psychomotricité sont de:

- Lui apporter une sécurité de base interne plus sécurisée.*
- Lui faire prendre conscience de son corps propre, de ses limites, par la découverte de différentes sensations archaïques.*
- L'accompagner sur ses ressentis éprouvés et l'expression de ses émotions.*

La première séance avec Morane se déroule dans sa chambre. Je lui propose de choisir un fond sonore, puis nous nous allongeons chacune dans un espace de sa chambre. Après avoir pris conscience de nos mouvements respiratoires et de l'enveloppe sonore dans laquelle nous étions bercées, nous nous enroulons à chaque expiration sur un côté. Puis, après un temps de rassemblement, sur une prochaine inspiration, nous nous remettons dans l'axe.

Au début, ses gestes suivent mon modèle. Je la soutiens à travers mes mouvements, puis elle s'ouvre progressivement au dialogue tonico-émotionnel à une distance qui la satisfait. Petit à petit, s'instaure un rythme qui lui est propre et coordonné à sa propre respiration.

Avec l'amorce d'enroulement et la mobilisation de la musculature abdominale, la respiration se transforme. Elle dira que d'habitude elle ne sent pas sa respiration, là, elle l'a ressentie « fluide quand elle était regroupée mais bloquée sur le dos ».

Avec ces enroulements, elle se met également à l'épreuve de la perception du corps réel en découvrant le relief de son espace corporel. En effet, elle fera cette expérience dans un premier temps les yeux ouverts, mais, ne supportant pas la vue de ses cuisses, elle les fermera.

À la fin de la séance, il est très difficile pour Morane de mettre des mots sur son ressenti. Elle peut, en revanche, choisir parmi les mots que je lui propose ceux qui désignent le mieux son vécu : « Bien-être » et « apaisement ».

Ainsi, ce schéma d'enroulement, le cadre intime de sa chambre, l'enveloppe sonore et mon accompagnement dans cette exploration, lui ont permis, lors de cette séance, de se vivre de manière plus sécurisée.

On ne peut pas conclure une histoire de soin qui se déroule encore. Cependant, j'espère que Morane pourra bientôt se retrouver en elle, puis exprimer ce fond de sécurité porteur de tout projet de vie.

Par cette expérience d'enroulement, se consolide petit à petit la structure de l'axe corporel. En effet, les mouvements s'organisent à partir de celui-ci. Selon Bullinger (2013, p.136-143), l'axe corporel est un point d'appui qui fait de l'organisme un lieu habité.

A l'écoute des sens

En partant des structures de base et des données sensori-motrices, le travail corporel éveille la sensibilité somatique, stimule et élargit les fonctions et les moyens perceptifs qui sous-tendent la prise de conscience du corps. Il ne s'agit alors pas d'un apprentissage, mais de faire des liens entre des sensations et des émotions, des souvenirs.

En étant attentive aux sens qui nous entourent, Coralie s'arrête sur l'odorat. L'odeur d'herbe coupée exhale la pièce. Alors qu'elle venait de faire un malaise hypoglycémique, l'image de son père tondant la pelouse par un temps d'été lui vient en tête. Cette scène lui redonne un élan positif.

A l'écoute de ses perceptions, cela vient évoquer des souvenirs, une certaine réminiscence. Ainsi, un lien entre le monde extérieur et le monde intérieur se produit, un lien entre le dedans et le dehors.

Enfin, nous pouvons considérer que les événements internes ou externes affectent en permanence l'image du corps : c'est le cas des expériences sensorielles sur soi ou impliquant autrui (se voir/voir, se toucher/toucher/être touché...).

3.4. La fin du suivi

Avec ces patientes en manque de repères, il me paraît important, lors de la dernière séance, de retracer avec elles le chemin parcouru. Ainsi, même si nous mettons fin au suivi, elles savent où elles en sont arrivées.

Il s'agit de prendre davantage conscience de ce qu'elles ont vécu, pour les inciter à poursuivre dans ce sens et à s'autonomiser. Je leur fais comprendre que, certes, je les ai accompagnées durant les séances, mais qu'elles sont le seul élément moteur indispensable à ce cheminement.

Nous discutons alors de leur évolution, de leurs progrès comme de leurs difficultés restantes. Je les invite à symboliser sur une feuille d'abord l'évolution qu'elles perçoivent d'elles-mêmes en séance de psychomotricité, de la première rencontre à « ici et maintenant », puis de manière globale ; de son début d'hospitalisation à maintenant.

Ce trouble des conduites alimentaires va laisser une trace sur leur manière d'être au monde. Mais, mes interventions, à travers les expériences et expérimentations que nous avons vécues, aussi. C'est un petit bout de la relation et de la collaboration accompli qui reste, même le suivi fini. Il est intéressant de situer le vécu et l'intériorisation des médiations corporelles en tant que support d'une expérience de transitionnalité facilitant le processus de séparation-individuation.

4. Etude de cas de Romane

Je développerai ici l'étude de cas de Romane souffrant d'anorexie mentale restrictive en commençant par son histoire puis en retraçant notre rencontre en psychomotricité durant son hospitalisation à temps complet. Romane est l'une de mes premières patientes, son accompagnement m'a beaucoup questionné et notre rencontre m'a touché.

J'ai suivi Romane du 27 octobre 2016 au 5 janvier 2017 à raison d'un accompagnement individuel d'environ 45 minutes tous les jeudis matins (9 séances).

4.1. L'histoire de vie de Romane

À ce jour, Romane a 18 ans. D'après son dossier, ce fut une « belle naissance » pour ses parents. C'est un enfant désiré et voulu, attendue durant 2 ans. Il n'est pas indiqué ni la raison, ni comment les parents ont vécu cette attente. Souvent, un enfant si attendu va générer l'anxiété des parents et ceux-là vont avoir tendance à être surprotecteurs. Sa mère n'a pas souhaité l'allaiter - choix appartenant à chacune - mais on ne peut pas négliger le contact peau à peau, les jeux de regard et le dialogue tonico-émotionnel que l'allaitement suscite entre la mère et le bébé et qui participent aux bases de l'attachement.

Elle a un petit frère de 15 ans. Elle a éprouvé beaucoup de jalousie à sa naissance, aujourd'hui ils sont proches. Ses parents travaillent ensemble, ils ont des horaires contraignants. Madame est comptable et monsieur gérant de la société. Celui-ci est souvent en déplacement professionnel la semaine.

De 0 à 3 ans, Romane passe beaucoup de temps chez une assistante maternelle. Il est souligné dans son dossier qu'elle subit des angoisses majeures depuis son enfance. Vers 10/12 ans, sa mère précise qu'elle avait une tendance boulimique. À la fin du collège, le couple est souvent absent pour cause professionnelle.

En 2010, alors que Romane était très proche de sa grand-mère maternelle, celle-ci décède d'un cancer. Cette épreuve et le deuil ont été très difficiles pour Romane. Ses parents disent «qu'elle n'a pas pleuré, qu'elle a refoulé ses émotions et ses ressentis».

En avril 2015, elle pèse 65 kg pour 1m60 (IMC : 25.3 kg/m²). Elle veut perdre du poids car elle ne s'accepte pas. Elle fait encore plus de sport – dont l'athlétisme qu'elle pratiquait déjà 6 heures par semaine - et surveille de très près son alimentation.

Vers la fin du mois de janvier 2016, la mère de Romane se fait hospitaliser pour une occlusion intestinale. Puis, en février de la même année, son père subit un double pontage coronarien. Ces opérations ont généré beaucoup d'angoisses chez Romane.

Romane veut devenir infirmière. Pour cela, elle s'inscrit en classe de préparation aux concours infirmiers mais n'en obtient aucun en mars 2016. C'est une grande déception pour l'adolescente.

Les troubles du comportement alimentaire de Romane l'envahissent de plus en plus à partir de ces mois-là. Elle entre alors dans l'engrenage de l'anorexie mentale: elle compte les calories, la restriction est de plus en plus importante, l'hyperactivité est majorée, elle consulte des sites internet de fitness avec une recherche d'identification à un certain type de modèles féminins. Romane dit qu'il n'y a pas de conflit avec ses parents et qu'ils ont toujours été très proches. Elle reconnaîtra, durant son hospitalisation, que la maladie leur a « permis de se dire les choses ».

Elle est en aménorrhée secondaire depuis mars 2016. Romane entre en hospitalisation à temps complet pour anorexie mentale restrictive le 23 septembre 2016 pour la première fois. Elle est sous Alprazolam® (c'est un anxiolytique qui appartient à la classe des benzodiazépines).

Lors de notre première rencontre, son IMC est de 14,18 kg/m² (1m60 et 36,3 kg). Elle a les cheveux bruns, secs, ternes et raréfiés. Sa peau, de teinte jaunâtre est sèche. Elle a d'importants plis nasogéniens (plis des ailes du nez vers les commissures des lèvres) à cause du relâchement des tissus cutanés et de la perte de tonicité musculaire. Sa maigreur est cachée par des vêtements amples et noirs.

4.2. Notre première rencontre, le 27 octobre 2016

Romane semble curieuse et intéressée par ma venue, la relation s'installe naturellement dans une confiance mutuelle. De nature, elle se qualifie comme souriante. Romane préfère afficher ce large sourire plutôt que sa tristesse. Selon elle, les gens ont déjà assez de leurs propres soucis, alors elle garde pour elle sa tristesse et tous ses affects négatifs. Elle a envie d'aider les autres avant de s'occuper d'elle sinon elle se trouve égoïste. Elle se livre à moi en avouant d'une voix tremblante chargée d'émotions : « *j'ai comme un gros sac sur son dos qui pèse très lourd* ».

La sonde nasogastrique lui a été enlevée en début de semaine. Elle culpabilise et se sent coupable auprès de ses parents de la légère perte de poids qui a suivi, ce qu'on peut considérer comme « normal » après l'ablation de la sonde.

En l'écoulant et en percevant un état émotionnel interne conflictuel, je propose à Romane de prendre un temps afin de se recentrer. Elle sent alors ses tensions musculaires mais aussi ses tensions internes, elle verbalise ainsi l'envie d'extérioriser ce qu'elle retient.

Au cours de son hospitalisation, Romane a redécouvert le **dessin et l'écriture** pour s'exprimer. Suite à ma sollicitation, elle imagine comment elle dessinerait un bonhomme qui la représenterait à ce moment-là : « *une personne au visage triste avec un corps tout tendu* ». Elle ne souhaitait pas le dessiner sur une feuille par **peur de sa production finale**.

Romane manque visiblement de confiance en elle, d'estime de soi et est dans le contrôle de ses émotions. Son discours me semble toutefois **authentique**.

Avec des jetés de balle et un parallèle fait autour de la respiration, j'observe qu'elle s'autorise à lâcher de plus en plus son souffle et que ses épaules s'abaissent. Par la suite, j'oriente la séance pour qu'elle revive des enroulements, déroulements. En effet, selon Robert-Ouvray S. (2000), l'enroulement est le premier schème organisateur de la motricité. Ce schème de base permet d'être dans la préoccupation de soi et ébauche notre narcissisme. De plus, il procure également selon Struyf G., repris par Lesage B. (2012, p.127-145), une « sécurité émotionnelle ».

La personne qu'elle dessinerait pour mettre fin à cette première séance serait avec des traits plus fins, ce qui représenterait la légèreté. Sur son visage figurerait toujours une tristesse mais Romane la nuancerait en disant « qu'elle serait quand même moins marquée qu'au début ».

4.3. La deuxième séance

Romane a de nouveau la sonde nasogastrique. Elle se dit « triste de la retrouver » mais prend conscience que c'est pour son bien. Elle l'accepte en disant qu'elle a une toute autre fonction que la première fois. En effet, la première fois elle me dit « qu'elle la voyait vraiment comme un besoin physiologique et somatique ». Cette fois, elle la ressent différemment, elle lui « permet de réfléchir davantage sur son implication dans les soins et son état de santé ».

actuel ». En me parlant, elle laisse couler quelques larmes. Une situation peu anodine avec ces patientes qui d'habitude vivent un extrême assèchement du corps avec leur air impavide.¹³

Le dessin qu'elle imagine au début de cette séance serait une personne toute petite dans un coin en bas à droite. Elle serait faite avec de gros traits au crayon dans un fond noir et avec un éclairage jaune.

Avec le médiateur d'un ballon mou et avec ma voix, je l'accompagne vers une situation enveloppante en considérant l'ensemble des parties de son corps. Le passage au niveau de ses cuisses est vécu de manière très angoissante. En effet, Romane présente une **dysmorphophobie majeure au niveau de ses cuisses.**

Rappelons que l'hyperactivité est une manière de lutter contre le vide et la passivité chez ces patientes anorexiques mentales (Jeammet, 1985). Lors de cette situation, Romane a pu se poser. Malgré la retenue vécue au niveau de ses cuisses, j'observe un léger apaisement de son tonus musculaire. Elle ressent un relâchement et un apaisement au niveau des lombaires mais elle constate toutefois que toute la tension interne qu'elle met sur ses épaules est encore très présente.

Nous finissons la séance en discutant de la personne qu'elle dessinerait : « *la personne est toujours aussi petite et est toujours dans le coin de la feuille. Elle est davantage éclairée par cette lumière jaune et des petites ailes ornent le dos de cette personne qui espère un jour pouvoir s'envoler au milieu de la pièce.* »

4.4. La séance « bilan psychomoteur »

Au début de mon stage, je n'avais pas pour objectif de faire passer un bilan psychomoteur aux patientes que j'allais rencontrer, mais plutôt de leur offrir une parenthèse dans leur soin, basée sur la rencontre et l'écoute de ce qu'elles auraient besoin dans l'ici et le maintenant. Au fur et à mesure des semaines, j'ai mesuré ô combien la passation d'un bilan psychomoteur aurait pu être intéressante à la patiente et à moi-même pour une première rencontre, afin d'axer et déterminer nos objectifs de suivis. J'ai alors introduit, lors de notre troisième rencontre, quelques items du bilan d'Odile Gaucher-Hamoudi. Cela pour chercher ce que je n'avais pas encore observé afin de comprendre davantage et de penser la patiente

13 Pommereau X. lors d'un colloque : « Souvent, même si elles ont envie de pleurer, elles ont le bout du nez qui devient un peu rouge, elles ont la grimace de la souffrance, l'œil qui devient un peu humide, mais la larme ne coule pas. Dans l'UTCA, lorsqu'une jeune fille parvient à pleurer, paradoxalement l'équipe est contente, car elle parvient enfin à exprimer une émotion que jusque-là elle retenait, au point d'avoir ce visage grimaçant de la tristesse mais sans exprimer de larme. »

dans toute sa corporéité. J'en ai ensuite rédigé, à partir des trois premières séances, mes observations psychomotrices.

Son organisation spatiale

Au début de chaque séance, nous avons pris le rituel de changer les meubles de place dans la « chambre médicalisée » afin qu'elle se réapproprie cette pièce à son goût. Dès la première séance, Romane veut faire de la place dans cette salle et plaque tous les meubles contre les murs. Un important espace d'expression s'offre à nous. J'observe qu'**elle investit son espace environnant**. Au cours de nos déplacements, je constate un **ajustement approprié de notre distance relationnelle, ceci dans un climat de confiance**.

La transposition d'un trajet dans la salle à partir d'un parcours dessiné est réalisée avec précaution. Elle se corrige seule et sa correction est pertinente. Toutefois, la proportion des différentes longueurs n'est pas respectée.

Le dessin d'un plan d'un lieu qu'elle connaît représente la chambre de son domicile. La consigne étant de représenter à l'intérieur de la pièce les quatre meubles principaux de celle-ci à l'aide de formes géométriques. Romane y installe un triangle, un losange, un rond et un carré. Tous symbolisent quatre endroits de sa chambre qu'elle apprécie particulièrement et où elle y fait des actions spécifiques. En ne respectant pas la consigne **elle se dévoile davantage en me parlant d'elle et de ses habitudes**. Par exemple, le losange devant la fenêtre indique sa présence tous les soirs pour admirer la lune. Celle-ci représente un fort symbole pour Romane ; *«La lune éclaire l'obscurité. Elle est insaisissable de sa position mais pourtant elle me touche. Elle me rappelle les personnes qui sont au ciel et qui veille sur moi »*.

Son organisation temporelle

Romane reproduit les phrases rythmiques que je lui propose sans grande conviction. Par son regard fuyant et ses lèvres pincées elle témoigne d'**un doute permanent sur ce qu'elle produit**. Elle les reproduit pourtant comme il faut mais a le besoin d'en répéter certaines pour s'assurer que ce soit bien ça. À travers cet épisode rythmique, elle me dit qu'elle aimerait bien approfondir les bases qu'elle possède à la **guitare** et qu'elle aime écouter de la musique lorsqu'elle est dans sa chambre. **L'enveloppe sonore semble importante pour elle**.

Son organisation psychocorporelle

Au cours des deux premières rencontres, elle imaginait comment dessiner un bonhomme qui la représentait en début et en fin de séance: les couleurs, l'épaisseur des traits, la taille, la position dans l'espace et les traits du visage variaient d'une séance à l'autre.

Romane est à l'écoute de ses ressentis et les mets en jeu à travers le dessin. Sa créativité et ses représentations témoignent d'une image corporelle fragile mais d'une intégration opérante de son schéma corporel.

L'équilibre statique sur un pied est vacillant et elle résiste aux poussées de manière inadaptée. En effet, elle cherche l'ancrage au sol mais dépense beaucoup d'énergie et ce n'est pas efficace pour résister. Sur le plan de la régulation du tonus, elle est de manière générale en hypertonie. Lors des enroulements elle ne relâche pas sa tête entre autre. Cette hypertonie pourrait être assimilée à une cuirasse musculaire. Ainsi, Reich W. (1952), met en évidence le concept de cuirasse qui s'élabore au cours du développement de la première enfance. Pour lui, la cuirasse caractérielle est un mécanisme de protection narcissique, un ensemble de traits défensifs destinés à lier une certaine quantité d'angoisse. Il observe alors que la cuirasse caractérielle se double d'un ensemble d'attitudes musculaires permanentes tout autant structurées qu'il appelle la cuirasse musculaire. Ainsi, « toute rigidité musculaire contient l'histoire et la signification de son origine ». De ce fait, nous pouvons penser que l'hypertonie qui touche Romane a une fonction et une signification précise : celle de pare-excitation. Je peux ainsi supposer que la rigidité musculaire de Romane pourrait être une solution plus ou moins efficace contre l'apparition d'angoisses.

La relation à son environnement

Lors des mimes, Romane a une attitude plus renfermée, elle n'est pas à l'aise. Elle parle beaucoup pour dire ce qu'elle ferait sans l'exprimer corporellement. Cette difficulté d'expression est dite spontanément, elle fait le lien avec sa vie quotidienne. Elle énonce le besoin de contenir ses émotions. Le sourire est très présent, c'est comme une « expression-écran » qui aiderait à cacher les véritables émotions. Elle mime de manière très stéréotypée les actions de la vie quotidienne et les expédie le plus vite possible tout en se mettant dos à moi ou de profil. En lui faisant prendre conscience de cela, elle refait d'elle-même son mime avec une intention plus marquée et en prenant davantage le temps de ressentir ce que cela engendre chez elle.

La colère est une émotion qui lui est impossible de mettre en jeu, elle ne l'a jamais vécue me dit-elle car elle l'évite toujours. Odile Gaucher-Hamoudi nous dit que la capacité à transmettre sans crainte une émotion dépend de la façon dont, historiquement, celles-ci ont été reçues et comment elles ont pu s'inscrire dans un échange. Mettons en lien cette observation théorico-clinique avec les éléments d'anamnèse. En l'étayant un peu, elle cherche toutefois à la jouer en s'appuyant sur des acteurs qu'elle a vus à la télévision. L'après-midi même, nous étions à l'atelier « expression corporelle » et elle ne supportait pas l'histoire que le groupe exprimait. Cette histoire se référait toujours à la maladie. En lui demandant de vivre

d'avantage cette colère, elle faisait des mouvements plus toniques dans sa danse. À la fin, elle m'a regardée en souriant comme si elle avait fait le lien et découvert quelque chose.

Conclusion

Romane est **volontaire, participative et à l'écoute** de ce qui se passe lors des séances. Elle **expérimente à son rythme** les diverses situations qui s'offre à nous en étant **sincère avec ce qu'elle peut éprouver**. Par sa **faible estime de soi**, elle se met des barrières dans l'expression de ses émotions et ne va pas jusqu'au bout de son expérimentation.

Mes objectifs de suivi avec Romane sont de :

- **Lui apporter une meilleure assise narcissique à partir de vécus corporels agréables et valorisants afin d'investir sa manière d'être.**
- **Lui permettre de prendre conscience de son corps propre, de ses limites par la redécouverte de la contenance et de l'enveloppement afin qu'elle atteigne un sentiment d'intégrité, d'identité et d'une sécurité de base intérieure.**
- **L'accompagner sur ses ressentis éprouvés et l'expression de ses émotions.**

4.5. La quatrième séance, une révélation

L'enveloppe sonore

Aujourd'hui, elle se dit très triste car elle a l'impression de ne pas avancer dans « le combat de sa maladie ». Elle voit les autres patientes sortir en permission mais pas elle. Je lui propose de venir avec son poste de musique et les CD qu'elle emprunte au service médiathèque de l'hôpital. Je l'invite à accepter ses affects négatifs du moment et de prendre un temps pour se centrer sur la musique et de faire un état des lieux de tout son être. D. Anzieu dit que les sensations auditives préparent le Soi à se structurer et stimule une ébauche d'unité et d'identité. Ce bain de sons préfigure le Moi-peau et sa double face tournée vers le dedans et le dehors. En tout cas, son visage se décrispe, sa respiration est moins saccadée et elle a une plus grande amplitude. Cette enveloppe sonore semble la calmer et la ressourcer.

Se mouvoir autrement que dans un rythme effréné

Petit à petit, pour expérimenter autour du dialogue tonico émotionnel, nous intégrons entre nous un bambou. Dans un premier temps, ses mouvements sont recentrés, elle est dans le contrôle et me guide, jamais elle me prêtera ce rôle. Au fur et à mesure de l'expérience, nous prenons un deuxième bâton. A partir de ce moment-là, les yeux fermés et accompagnée de mes indications verbales, je l'encourage à développer davantage ses mouvements et à les prolonger jusqu'au bout. J'observe alors, qu'elle est de moins en moins statique. Nous allons

même jusqu'à nous déplacer dans la pièce. La scène que nous sommes en train de vivre me touche, Romane dégage en elle une présence et une finesse des gestes que je n'avais jamais perçus.

Pour mettre fin à cette séance nous lâchons ensemble les bâtons sans ouvrir les yeux. Ils résonnent alors simultanément sur le sol. En faisant référence à Julian De Ajuriaguerra, un véritable dialogue tonico-émotionnel s'est échangé entre nous.

Suite à cette expérience, Romane me dit qu'elle a été traversée par une sensation bizarre qu'elle ne peut qualifier, qui se situe entre la joie et la tristesse. Elle ne savait pas comment réagir face à cette ambivalence donc elle a contrôlé toutes les nouvelles sensations qui la traversaient ensuite.

Romane a pris conscience que son corps propre pouvait se mouvoir autrement que dans un rythme effréné. Je pense qu'à partir de ce moment-là, elle a senti que des choses se jouaient en elle, à la fois excitée et intriguée d'avoir ressenti de nouvelles sensations. Dans le bilan de fin de suivi, elle me dit d'ailleurs que cette séance l'a beaucoup marquée.

J'ai par la suite préparé mes séances avec l'intention de lui faire (re)découvrir de nouvelles sensations assez archaïques à partir du toucher thérapeutique avec médiateur. Je pense qu'elle a besoin de se sentir contenue à travers l'éprouvé de ses propres limites corporelles pour qu'elle puisse s'autoriser à se vivre davantage en accord avec ses ressentis. Comme l'écrit Gaucher-Hamoudi O. (2011), dans le fait de renouer avec certains vécus primaires et de les transformer, finalement, il s'agit souvent de remettre en jeu la situation des soins primaires; le holding et le handling de Winnicott.

4.6. Une séance dans un autre contexte

La séance suivante, nous sommes contraintes de changer d'espace car une patiente est hospitalisée en chambre médicalisée. Nous allons à titre exceptionnel dans sa chambre. Consciente que je vais pénétrer dans son espace intime et personnel de l'hôpital, je m'y fais inviter.

Elle me décrit les différents espaces de sa chambre qu'elle a voulu symboliser, avec une partie sur le thème du voyage, de l'évasion et de la liberté, une partie avec le bureau où elle dessine et écrit et une partie couchage avec son lit et énormément de coussins qui ornent celui-ci. Ceux-là permettent-ils d'ailleurs de la contenir lors de ce moment de transition qui est l'endormissement? En effet, l'endormissement est un moment qui évoque la séparation.

C'est un passage régressif de repli sur soi plus ou moins heureux suivant l'intimité de chacun et suivant la solidité du Moi.

Enfin, il y a dans sa chambre une partie qui lui rappelle sa mère. En effet, celle-ci lui a offert un poster représentant le buste d'un homme torse-nu au visage exprimant la sensualité, le désir je dirai même ! Ce présent était accompagné d'une argumentation : « *comme il n'y a pas de garçon dans l'hôpital, au moins, là, tu en auras un dans ta chambre !* ». Romane n'a jamais eu de petit copain, d'ailleurs elle n'y pense même pas. Comme écrit M. Corcos dans son article, l'amaigrissement permet d'effacer tout caractère sexuel secondaire et de retrouver illusoirement un corps d'enfant. Les patientes anorexiques mentales sont d'ailleurs très peu intéressées par les relations sexuelles. Leur corps décharné permet de ne pas se vivre comme objet de désir sexuel. On constate donc là le comportement déplacé et inadapté de sa mère. La nature de ce cadeau fait appel à une sexualité qui est bien au-dessus des besoins affectifs actuels de la jeune fille. Il y aurait presque une connotation «incestuelle» à se mêler ainsi de l'éventuelle vie amoureuse ou sexuelle de sa fille. Romane se dit « indifférente à ses propos » mais l'affiche quand même pour lui faire plaisir.

Cette situation permet de rendre compte de quelle représentation elle a de sa mère. On dit souvent que les troubles du comportement alimentaire sont une pathologie du lien et de la dépendance. Puis, ce n'est peut-être pas anodin qu'elle me parle de sa mère car en psychomotricité, nous avons une approche corporelle, on se retrouve donc confronté à des représentations primaires et archaïques. Tout ce qui émane du corps peut être relié au premier environnement, c'est à dire la mère.

4.7. La séance de confrontation

Comme d'habitude, je vais chercher Romane dans sa chambre. Aujourd'hui sa porte est ouverte, elle me dit que les séances de psychomotricité sont ancrées dans son emploi du temps et qu'elle m'attendait.

Arrivée dans la « chambre médicalisée », Romane décide de changer l'emplacement des meubles qu'elle avait pour habitude de plaquer contre le mur. Elle me dit que « le changement ça ne fait pas de mal », alors elle fait rouler le lit sur un autre pan de mur, mais pas n'importe lequel. En effet, la manière dont elle le dispose bloque l'entrée et donc la sortie des deux portes de la pièce (une qui ouvre vers le couloir du service et l'autre dans la salle de bain). Ainsi, aucune échappatoire n'est possible. Puis, elle place deux coussins au sol pour que nous nous y installions. Par rapport au début de notre rencontre où nous étions de manière formelle sur des chaises, là nous étions au sol, ce qui crée un espace plus intime entre nous

deux. Suite aux changements de l'espace qu'elle a opérés juste avant et après m'être intéressée au vécu de sa semaine, je lui demande ce dont elle pense avoir besoin ici et maintenant en psychomotricité. Elle me dit de manière assurée qu'elle veut se confronter à la prise de conscience de son corps, de ses limites et au toucher. Elle semble avoir réfléchi et pensé cette séance.

En songeant aux séances quelques jours auparavant, je pensais introduire cette médiation avec elle justement. Le fait d'avoir cette intentionnalité et de la porter dans mon esprit lui a-t-il permis de prendre confiance pour m'annoncer cette demande qui la confronte à une part inconnue, à ce corps qu'elle a tant délaissé, à ce corps qui la tyrannise tant ?

4.8. Son enveloppe corporelle

C'est sur les trois séances qui suivent que nous avons abordé cette notion.

En effet, l'inciter progressivement à renouer avec le ressenti d'une enveloppe corporelle acceptable qui puisse peu à peu réacquérir les fonctions du « Moi-peau » abordées par D. Anzieu¹⁴ faisait partie de mes objectifs.

Afin de lui apporter un sentiment de globalité et d'unité corporelle, j'induis dans un premier temps un ballon mou qui parcourra l'ensemble de ses limites corporelles, puis d'autres médiateurs comme une baguette de bambou ou le contact avec ma main sur ses vêtements. Elle apprécie le côté enveloppant qu'offre ce ballon. Le toucher lui offre la possibilité de redécouvrir son corps autrement qu'en lui infligeant cet ascétisme permanent et cette hyperactivité. Cette exploration est favorisée par l'aspect contenant et sécurisant de la relation établie entre nous. Elle a toutefois senti que sa respiration s'intensifiait au niveau de ses cuisses, les percevant comme deux énormes ballons.

Je l'aide à mettre des mots sur ses sensations, sur ses perceptions et ses émotions, différenciant ainsi ce qui est interne de ce qui est externe.

Comme en témoigne Potel C. (2015), le sentiment d'enveloppe s'étaye sur des expériences réelles du corps. Pour participer à l'enrichissement de son vécu corporel, je lui propose de s'allonger sur des coussins. A chacun de ses gestes, je déplace un coussin pour qu'elle puisse reposer son membre et ainsi de suite. Nous pouvons associer cette situation au

14 Fonction de maintenance du psychisme, fonction de contenance, fonction de pare-excitation, fonction d'individuation du Soi, fonction d'intersensorialité, fonction de surface de soutien de l'excitation sexuelle, fonction de recharge libidinale du fonctionnement psychique, fonction d'inscription des traces sensorielles tactiles.

holding et *handling* de Winnicott. Accompagnée d'un fond sonore, elle déploie véritablement ses mouvements. Je perçois Romane plus en confiance. Suite à une inspiration soudaine, comme si quelque chose l'avait traversée, nous nous arrêtons toutes les deux. Elle verbalise qu'elle est réellement apaisée et qu'elle s'imagine dans la campagne à regarder le ciel étoilé.

À chacune de ces séances, elle pleure en disant que ses émotions se situent « entre la joie et la tristesse ». Elle sait qu'elle avance mais en même temps elle est triste de savoir qu'elle est dans cet état-là.

Je remarque qu'elle s'autorise à se confronter à ce contact physique qu'à partir du moment où toutes les issues sont bloquées. Tout cela met en place la problématique pour les patientes anorexiques mentales de percevoir ou de s'appuyer sur des limites corporelles fiables. Dans cette séance particulière, elle se met dans une situation où elle fait un lieu très contenant mais en plus très fermé. Elle nous enferme littéralement dans cet espace où nous allons toutes les deux travailler. Ainsi, elle ne peut s'échapper mais aussi, personne de l'extérieur ne peut entrer, pas même sa mère.

A partir du moment où ces limites-là sont bien posées et bien assurées, elle s'autorise à sortir des choses. Elle utilise des images mentales pour verbaliser ses ressentis. Ce sont des images qui sont à la fois du matériel mnésique (souvenir à la campagne) et du matériel sensorimoteur s'appuyant sur le matériel que je propose (ballon). Ainsi, elle parle de ses propres sensations corporelles et donc de ses propres représentations de ses limites corporelles. Indépendamment d'ailleurs de quelque chose qui serait du clivage émotionnel qui est « bon/pas bon ». C'est un mécanisme utilisé chez ses patientes.

4.9. La dernière séance, le 5 janvier 2017

À mon retour des vacances de Noël, je vais aux nouvelles des patientes que je suis, en ayant les axes des séances à venir en tête. Surprise ! Romane part dans quelques jours, c'est donc la dernière fois que je la rencontre. Je n'avais pas anticipé la fin, je suis prise au dépourvu.

Avec une grande sensibilité, nous retraçons le chemin parcouru ensemble.

Sans même avoir besoin de lui poser des questions, elle entre dans un flot de parole, elle fait le bilan de tout ce qu'on a vécu ensemble.

Pour représenter la manière dont elle se sentait lors de notre première rencontre, je l'invite à le symboliser sur une feuille (annexe 5). Elle trace alors un cercle rempli de noir. Elle se

souvent alors qu'au début de son hospitalisation elle se mettait des barrières pour ne faire sortir aucune de ses émotions.

Puis, elle se remémore petit à petit ce qu'elle déposait et libérait aux séances. Elle a le sentiment lors des dernières séances d'avoir légèrement pris conscience de sa globalité corporelle et de ses propres limites. Elle pleure à l'idée de se voir et de se sentir encore grosse. Même si elle voit que ce n'était pas le cas, elle n'arrive pas à se détacher de cela, elle est dans une grande souffrance.

La séance qui l'a le plus marquée est celle avec les bâtons : « *se mouvoir autrement que dans un rythme effréné* ». Elle a alors compris qu'elle n'était pas seule et qu'elle pouvait avoir confiance en ses capacités mais aussi envers les autres. C'est au final une mise en abîme de la question du lien avec autrui et parallèlement à cela, du lien avec les soignants.

Je l'invite maintenant à symboliser ce qu'elle ressent de son vécu dans l'ici et maintenant. Elle laisse un grand espace entre son premier dessin et le second, comme pour symboliser le temps passé et l'écart qu'il y a entre les deux moments (annexe 5).

Elle trace un cercle qui n'est pas fermé, cela signifie pour elle toutes les choses qu'elle a encore à travailler. Elle sait qu'il lui reste encore beaucoup de chemin à parcourir vers la voie de la « guérison ».

Elle place des petits traits au niveau de cette ouverture. D'après elle, ils représentent ce dont elle a pu se saisir lors des séances, c'est à dire davantage de confiance en elle, la connaissance et la découverte de ses propres limites et ses capacités à se mouvoir.

Elle conclut que les séances de psychomotricité lui ont permis de trouver un certain apaisement et elle pense avoir gagné en confiance.

Le milieu hospitalier ne permet pas un suivi dans le long terme. Alors afin d'y mêler une continuité, je lui ai donné quelques clefs pour l'encourager à continuer dans ce sens de manière autonome (auto-massage, se réapproprier les petits exercices de recentration, utiliser ses capacités mnésiques pour repenser aux sensations qu'elle avait perçues lors des séances...).

Les rencontres avec Romane s'arrêtent là puisqu'elle sera désormais suivie en hôpital de jour. D'un commun accord, nous pensons qu'il serait bénéfique pour elle d'approfondir cette prise de conscience de son corps propre, de son enveloppe corporelle et de cette mise en

confiance. C'est pourquoi j'ai fait un rapport à son médecin référent. Celui-ci n'en tiendra pas compte.

4.10. Conclusion

A la fin de son hospitalisation, Romane décide de laisser le concours de l'école infirmière pour cette année et compte s'occuper de son temps libre à la guitare et au dessin.

Ainsi, de par l'écoute, la disponibilité, l'espace et le temps que je lui accordais, une relation de confiance s'est mise en place. Avant tout, cette rencontre a été un véritable échange réciproque. C'est à travers diverses situations d'expression corporelle qu'au fur et à mesure des séances nous apprenions à avancer ensemble.

Je pense que le cadre contenant et sécurisant que je lui apportais lui a permis de se vivre de manière sécurisante. Ainsi, l'amener vers de nouvelles situations et de nouvelles sensations ont touché ses différentes enveloppes ; aussi bien psychique que physique.

Une véritable alliance thérapeutique s'est mise en place avec Romane. Avec cette patiente je me suis beaucoup questionnée sur la place que j'avais, la relation soignant/soigné et le cadre.

4.11. L'indication en hôpital de jour

Semaine après semaine, Romane se fait une place dans le groupe. Elle s'affirme davantage et entre plus en communication avec les autres patientes mais aussi avec l'équipe soignante.

Dans son discours, Romane se positionne comme une véritable adolescente qui a envie de vivre de nouvelles aventures sans être sous l'autorité parentale. Puis d'un instant à l'autre, elle se renferme, elle ne prend plus parti et subit l'opinion commune.

Elle est dans une période de transition. Son hospitalisation et la séparation avec son environnement lui ont véritablement permis d'évoluer et de la rendre plus mature. Elle cherche encore son identité et sa personnalité, mais on sent ce désir de s'individualiser et de s'autonomiser, tout en ayant une certaine réticence à quitter son statut d'enfant.

C'est pour cela que Romane est indiquée pour participer à l'atelier « métamorphose » de l'hôpital de jour. C'est un atelier qui permet aux jeunes de jouer sur leur apparence, leur identité, et comme l'explique X. Pommereau « *de se maquiller aux couleurs de leur tristesse* ». Cela permet d'aborder de manière ludique les troubles de l'identité: un phénomène qui touche de très nombreux jeunes.

Conclusion

Au fil de ce mémoire, j'ai réfléchi, commenté, illustré le travail de la future psychomotricienne que je suis actuellement, au sein de cette unité auprès d'adolescentes anorexiques mentales.

En explorant d'un point de vue théorique et clinique les différentes enveloppes de l'anorexie mentale (socio-culturelle, historique, diagnostique, affective, psychique et corporelle), cela a mis en évidence l'insécurité interne et les enveloppes défaillantes dont les patientes sont prisonnières. Ainsi, une approche psychomotrice est tout à fait légitime dans cette unité hospitalière.

L'hospitalisation d'une patiente anorexique mentale repose sur une approche progressive, globale et pluridisciplinaire, englobant les aspects médicaux et biologiques, psychologiques et corporels mis en synergie dans son projet de soins.

Ainsi, en complément à cette prise en charge globale, la psychomotricité, par le cadre thérapeutique qu'elle propose, les médiations corporelles qu'elle utilise et par le partage avec la patiente des expériences, vient donner des appuis à un travail d'appropriation subjective.

Les situations corporelles proposées, souvent sous des formes apparentées au nursing, rendent possible un accueil des sensations et des émotions, tout en facilitant leur métabolisation. Progressivement, au fil des expériences corporelles partagées, se reconstitue une enveloppe psychique qui gagne en souplesse et devient davantage à même d'assurer, sans rigidité défensive, les échanges entre soi et autrui. Une sécurité interne s'amorce alors.

Ainsi, l'accompagnant en psychomotricité peut permettre de soutenir la patiente à réinvestir sa corporéité. Il est ainsi possible de répondre à ses souffrances dans un nouveau mouvement psychoaffectif, établissant un lien propice à une enveloppe sécurisée et à une possible rémission.

Ce que nous pouvons espérer par la suite est que l'adolescente se saisisse de nos appuis pour transformer cette insécurité non élaborée, ce qui montre toute l'importance de la part active de la patiente dans le soin.

La problématique de cette insécurité n'est pas pour autant résolue au terme de leur hospitalisation. En effet, c'est un cheminement qui doit s'inscrire dans la durée. Tous les acteurs de soins gravitant autour de l'adolescente doivent s'engager dans ce but commun.

Cette expérience, très riche professionnellement, m'a donc permis de répondre partiellement à mes interrogations de début d'année, puis de me poser d'autres questionnements afin de me connaître davantage. En étant disponible et à l'écoute, j'ai tenté de comprendre la complexité de ce trouble, tout en appréhendant l'univers intime de mes patientes. Le malaise que la conduite anorexique a souvent suscité en moi, m'a fait prendre conscience de certains mouvements contre-transférentiels qu'il était nécessaire de dépasser. Finalement, le fait d'avoir été moi-même enveloppée de manière bienveillante par l'institution, l'équipe, l'école de psychomotricité, mes maîtres de stages et de mémoire, m'a permis de transformer mes représentations et de me construire professionnellement et personnellement.

Références bibliographiques

- American Psychiatric Association. (2004). *DSM-IV-TR : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris : Elsevier Masson.
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris : Elsevier Masson.
- Andre P., Benavides T. et Giromini F. (2004). *Corps & psychiatrie*. Heures de France.
- Anzieu, D. (1985). *Le Moi-peau*. Paris : Dunod.
- Billard M. et Costantino C. (2011). Fonction contenante, groupes et institution soignante. *Cliniques, 1*, 54-76.
- Bick, E. (1968). The experience of the skin in early object-relations. *Int. J. Psychoanal.*, 49, 484-6, trad. fr. G. et M. Haag, L'expérience de la peau dans les relations d'objet précoce.
- Boscaini, F., Saint-Cast, A. (2010). L'expérience émotionnelle dans la relation psychomotrice. *Enfances & Psy, 4*, 78-88.
- Boubli, M. (1999). Modes de défense et de relations d'objet de type autistique chez des adolescents anorexiques. Dans International Society for Adolescent Psychiatry, A. Braconnier, P. Gutton et P. Jeammet (Dir), *Troubles de la personnalité*. Troubles des conduites, 151-161. Paris : Editions GREUPP.
- Bourdellon, G. (2001). L'anorexique « une petite fille livide, rouge et noire, cousue de fil blanc ». *Revue française de psychanalyse, 65*, 1561-1576.
- Boutinaud J. et Chabert P. (2013). Anorexie mentale et troubles de l'image du corps : à propos de leur prise en compte en psychodrame psychanalytique individuel. *Adolescence, T.31 n°1*, 65-76.
- Bruch, H., (1994). *Les yeux et le ventre, l'obèse, l'anorexique*. Paris : Payot.
- Bullinger, A., (2013). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*. Toulouse : Erès.
- Carrot, G., Faury, T. et Gaucher, O., (2011). *Anorexie, boulimie & psychomotricité*. Heures de France.
- Chabrier, G., (2011). *L'anorexie mentale, une œuvre occidentale*. Paris : L'harmattan.
- Ciccone, A. et Lhopital, M. (2001). *Naissance à la vie psychique*. Paris : Dunod.
- Corcos, M., (2006). L'anorexie mentale. *Le Journal des psychologues, 234*, 58-62.
- De Bouter, A. (2004). *Aux frontières du réel : du mirage d'un corps à la corporéité : thérapie à médiation corporelle auprès de patientes anorexiques* (Mémoire de psychomotricité). Université de Bordeaux.
- Delion, P., (2012). Le packing, son aventure et ses avatars. *Adolescence, 81*, 583-601.
- Delion, P., (2015). Clivage(s), psychopathologie et institutions. *Le carnet psy, 190*, 49-51.
- Desobeau, F., (2010). Identité & fonction du psychomotricien. *Thérapie psychomotrice et recherches, 162*, 58-68.

- Dolto, F., (1984). *L'image inconsciente du corps*. Paris : Editions du seuil.
- Du Pasquier J. (réalisatrice), De Mezama, A. (producteur), Quesemand Zucca S. et Du Pasquier J. (auteurs). (2015). *Chère anorexie* [Film documentaire]. France : Abacaris Films, ARTE France.
- Feat, V., (2006). La relaxation psychomotrice. *Thérapie psychomotrice et recherches*, 146, 74.
- Federn, P. (1979). *La psychologie du moi et les psychoses*. Paris : PUF.
- Fischler, C., (1979). La nourriture, pour une anthropologie bioculturelle de l'alimentation. *Communications* 31.
- Fouhed, B., (2001). Anorexie mentale et thérapie psychomotrice, quelle faim à l'éprouvé corporel ? *Thérapie psychomotrice et recherches*, 125, 40-51.
- Guillemot, A. et Laxenaire, M., (1997). *Anorexie mentale et boulimie, le poids de la culture*. Paris : Edition Masson.
- Jacobson, E., (1980). *Savoir relaxer : Pour combattre le stress*. Paris : Les éditions de l'Homme.
- Jeammet, P. (1985). *L'anorexie mentale*. Paris : DOIN Editeurs.
- Kestemberg, E., Kestemberg, J. et Decobert S. (1972). *La faim et le corps*. Paris : PUF.
- Latour, A.M. (2014). La pataugeoire : contenir et transformer les processus autistiques. Toulouse : érès.
- Le Breton, D. (2015). *Adolescence et conduites à risque*. Paris : Fabert.
- Lesage B, « Poids : dialectique du support et de l'appui », Jalons pour une pratique psychocorporelle, ERES, « l'Ailleurs du corps », 2012, p. 127-145.
- MacLead, S. (1982). *Anorexique*. Paris : Aubier, 175-176.
- Marcelli, D. et Braconnier, A. (2013). *Adolescence et psychopathologie*. Paris : Elsevier Masson sas.
- Michel, M. (2001). Le cadre thérapeutique à l'épreuve de la réalité. (Du cadre analytique au pacte). *Cahiers de psychologie clinique*, 17, 103-120.
- Moyano, O. (2004). Les récits « à propos du corps » dans les pathologies limites de l'enfant. Présentation d'un protocole clinique, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 52, 515-522.
- Nandrino, J.L. (2015). *L'anorexie mentale*. Paris : Dunod.
- Nasio, J.D. (2007). *Mon corps et ses images*. Paris : Payot & Rivages.
- Onnis, L. (2013). *Anorexie et boulimie, le temps suspendu : individu, famille et société*. Bruxelles : De boeck supérieur.
- Pérono, M. et Grabot, D. (2006). La fragile naissance de l'alliance thérapeutique. *Evolutions psychomotrices*, 61-67.
- Pireyre, E. (2015). *Clinique de l'image du corps, du vécu au concept*. Paris : Dunod.

Pommereau, X. (2003, décembre). Entre autorités et soins, contenir sans détenir ou la question du cadre thérapeutique. Communication présentée à la cinquième journée médecine et santé de l'adolescent, Angers. Résumé repéré à <http://psyfontevraud.free.fr/pedopsychiatrie/13decembre/Actes13122003.htm>

Pommereau, X. (2006). Les marques cutanées à l'adolescence. *Le Journal des psychologues*, 243, 71-75.

Pommereau, X. (2011). *Nos ados.com en images*. Paris : Odile Jacob.

Potel, C. (2013). *Être psychomotricien, un métier du présent, un métier d'avenir*. Toulouse : Erès.

Potel, C. (2015). *Corps brûlant, corps adolescent : des médiations corporelles pour les adolescents*. Toulouse : Erès.

Raynault, A., Rousselet, M., Acier, D., & Grall-Bronnec, M. (2016). Caractéristiques associées à l'attachement insécure dans l'anorexie mentale. Dans *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 174, n°6, 431-435). Paris : Elsevier Masson.

Reich, W. (1952). *La fonction de l'orgasme*. Paris : L'arche.

Robert-Ouvray, S., (1993). *Intégration motrice et développements psychique*. Bruges : Desclée de Brouwer.

Robert-Ouvray S. (2000, juin). Porter un enfant, c'est un savoir être. *Revue « métiers de la petite enfance »*, 59.

Rogers, C. (2001). *L'approche centrée sur la personne : anthologie de textes présentés par Howard Kirschenbaum et Valérie Land Henderson*. Lausanne : Editions Randin.

Vincent, T. (2009). *Soigner les anorexies graves : La jeune fille et la mort*. Toulouse : Erès.

Winnicott, D.W. (1958). *Relation parent-nourrisson*. Paris : Petite Bibliothèque Payot.

Winnicott, D.W. (1975). *Jeu et réalité : l'espace potentiel*. Paris : Gallimard.

Annexe 1

Extraits de la présentation de « l'atelier de morphopictographie » rédigés par le service.

Il s'agit d'un atelier imaginé pour les patientes de l'UTCA afin de les aider à travailler sur la représentation de leur corps. Celui-ci a pour but de leur proposer un espace de projection et de figuration qui peut être à la fois révélateur de leurs angoisses corporelles et activateur d'un travail psychique. Il permet aussi une confrontation entre, d'une part, les techniques archaïques de l'art premier et, d'autre part, l'archaïsme des modes de représentations et défenses psychiques observées dans l'anorexie mentale. Les productions deviennent le support d'une mise en mots jusque-là impossible.

Cadre et dispositif :

L'atelier se déroule dans une salle spécifique conçue avec une décoration brute et une disposition favorisant l'autonomisation progressive des patientes au fil des séances. Il s'effectue en groupe de 4 à 8 patientes et se déroule en deux temps ; un temps de réalisation co-animé par une infirmière et une kinésithérapeute et un temps de régulation mené par une psychologue.

L'atelier se découpe en trois grandes étapes :

- Une réalisation à main levée d'une *petite silhouette*, sur un papier kraft, qui peut représenter la patiente maintenant, dans un idéal, ou au contraire, lui être complètement étrangère. Elle choisit de garder le positif ou le négatif du pochoir ainsi réalisé et l'épingle sur une toile de lin. Avec du pigment, elle en tamponne le contour ou à l'inverse elle remplit la silhouette. La patiente finalise son travail en dessinant des symboles. Ceux-là sont fournis par le partenaire (un musée) et le sens en est donné aux patientes : blessure, symboles sexuels, foyer...
- Le tracé par le soignant du contour du corps de la patiente sur une feuille de papier kraft ou réalisation de la *grande silhouette*. Le découpage s'effectue comme pour l'étape précédente avec la notion d'extérieur et d'intérieur. L'investissement de la toile retrouve les symboles avec une possibilité de création et de personnalisation.
- La mise en volume d'une silhouette dessinée par la patiente et la représentant tel qu'elle se perçoit ou réalisation d'une *mounaque* (terme choisi par les patients). La consigne à ce stade est de figurer sa féminité, ses ressentis, ses émotions à l'aide de divers matériaux (tissu, bouton, épingles, peintures...).

C'est un travail long, 3 à 4 mois, pour achever toutes les étapes.

Annexe 2

Critères du DSM IV-TR pour le diagnostic de l'anorexie mentale

A. Refus de maintenir le poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et la taille (perte de poids conduisant au maintien du poids < 85 % du poids attendu, ou incapacité à prendre du poids pendant la période de croissance, conduisant à un poids < 85 % du poids attendu).

B. Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, alors que le poids est inférieur à la normale.

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

D. Chez les femmes post pubères, aménorrhéées, c'est-à-dire absence d'au moins trois cycles menstruels consécutifs (une femme est considérée comme aménorrhéique si les règles ne surviennent qu'après administration d'hormones, par exemple des œstrogènes).

Critères diagnostiques selon le DSM-V

A. Restriction des apports énergétiques par rapport aux besoins conduisant à un poids significativement bas compte tenu de l'âge, du sexe, du stade de développement et de la santé physique. Est considéré comme significativement bas un poids inférieur à la norme minimale ou, pour les enfants et les adolescents, inférieur au poids minimal attendu.

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

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

BILAN PSYCHOMOTEUR – (HOPITAL BELLEVUE – UMFSTCA)

3. LE « BILAN PSYCHOMOTEUR » COMME INTRODUCTION AU SOIN

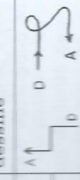
53

Nom		Date de la passation			
Date de naissance		Téléphone			

1. ORGANISATION TEMPORELLE

1 Narration chronologique de 4 activités quotidiennes	0	1	2	3
2 Reproduction de temps	0	1	2	3
3 Reproduction d'un rythme simple puis complexe (structures de Mira Stambak)	0	1	2	3

2. ORGANISATION SPATIALE

1 Observation de l'occupation de l'espace ; espace sécuritaire/inquiétant	0	1	2	3
2 Dessin du plan d'une pièce connue	0	1	2	3
3 Transposition d'un trajet dans la salle à partir d'un parcours dessiné				
	0	1	2	3
4	0	1	2	3
5 Reconnaissance et reproduction de figures géométriques	0	1	2	3
6 Dessin d'un cube, sans modèle	0	1	2	3

3. SCHÉMA CORPOREL

1 Latéralité : orientation sur Soi/Orientation sur autrui	0	1	2	3
Reproduction gestuelle				
Imitation de postures				
2 Reproduction d'un enchaînement gestuel sans signification (coordination-dissociation)	0	1	2	3
Coordinations faciales				
3 Dessin d'une « personne »	0	1	2	3
4 Équilibre statique : tenir sur un pied debout, yeux fermés, compter jusqu'à 20	0	1	2	3
5 Équilibre dynamique : observation de la démarche/résistance à la poussée	0	1	2	3
6 Sensibilité : énumérer, yeux fermés, les parties du corps touchées	0	1	2	3

4. LE CORPS EN COMMUNICATION

1 Tonalité : couché, recherche de mobilisations passives	0	1	2	3
2 Expression mimogestuelle des émotions	0	1	2	3
3 Jeu : mimer des actes de la vie quotidienne	0	1	2	3
4 Le vêtement, le corps comme outils de relation	0	1	2	3

5. SOMATISATIONS

1 Traduction corporelle de l'anxiété	0	1	2	3
2 Manifestations corporelles dépressives	0	1	2	3
3 Autres	0	1	2	3

AUTRES OBSERVATIONS

--	--	--	--	--

Annexe 4

Test de l'image du corps : l'entretien sur les représentations corporelles **d'Olivier Moyano**

- a) Peux-tu me dire quelles sont les parties du corps qu'on ne voit pas, qui sont à l'intérieur du corps, dedans ?
- b) Peux-tu me dire quelles sont les parties du corps qu'on peut voir de l'extérieur ?
- c) Quelles sont les parties du corps qui bougent, qui peuvent se plier et se déplier ?
- d) On peut faire quoi avec son corps ?
- e) Qu'est-ce qui est fragile dans le corps (Pourquoi ?)
- f) Qu'est-ce qui est solide dans le corps, (Pourquoi ?)
- g) Qu'est-ce que tu aimes bien dans le corps ? Est-ce qu'il y a des endroits du corps que tu préfères ?
- h) Qu'est-ce que tu n'aimes pas comme parties du corps ?
- i) Où est la pensée à ton avis ? (si "dans le corps", Où exactement ?)

Annexe 5



Table des matières

Remerciements	1
Avant-propos	3
Introduction	4

Les enveloppes de l'anorexie mentale

1. L'enveloppe socio-culturelle.....	7
1.1. Les exigences du cadre social.....	7
1.2. Aperçu de l'évolution du statut de la femme	8
1.3. L'évolution vers le culte du corps tout puissant et un idéal esthétique de la minceur	9
1.4. Est-ce un trouble spécifiquement de culture occidentale ?.....	10
1.5. « Il faut manger pour vivre, et non pas vivre pour manger »	11
1.5.1. Aliments et pratiques alimentaires, source de profusion et de modification.....	11
1.5.2. « Manger, c'est parler avec les autres ».....	12
1.5.3. « L'excès d'insistance appelle un excès de résistance »	13
1.6. L'adolescence	14
1.6.1. Définitions et généralités	14
1.6.2. Mouvements anatomiques et physiologiques.....	14
1.6.3. Mouvements psychiques et sociaux	15
1.6.4. Une période critique	16
1.6.5. Le vêtement, une seconde peau	17
2. L'enveloppe historique et diagnostique de l'anorexie mentale	18
2.1. Survol historique de la notion d'anorexie mentale.....	18
2.2. Les données épidémiologiques.....	20
2.3. Développement et évolution.....	20
2.4. Les critères diagnostiques DSM-IV et DSM-V	22
2.5. Sous-types et différentes formes cliniques.....	23
2.6. Caractéristiques associées en faveur du diagnostic.....	24
2.7. Comorbidité psychiatrique	24
2.8. Les diagnostics différentiels.....	25
2.9. Les facteurs de risque.....	26
3. Les enveloppes affectives	27
3.1. Liens primaires de l'objet maternel à l'enfant	27
3.1.1. Un corps maternant idéal.....	28
3.1.2. La théorie de l'attachement.....	29
3.1.2.1. Trouble de l'attachement et du lien	30

3.1.2.2.	<i>Défaillance narcissique</i>	30
3.2.	La sphère familiale	31
3.2.1.	« <i>Tout va pour le mieux dans le meilleur des mondes</i> »	32
3.2.1.1.	<i>Alexithymie</i>	33
3.3.	Relation à autrui	33
3.4.	Le non investissement libidinal	34
4.	Les enveloppes psychiques et corporelles des patientes anorexiques mentales	36
4.1.	La genèse du sentiment d'enveloppe.....	36
4.2.	La peau, une accroche au monde	37
4.2.1.	<i>Une enveloppe « matérielle »</i>	37
4.2.2.	<i>Un premier moyen de communication</i>	38
4.2.3.	<i>Une parole qui prend chair</i>	38
4.3.	De la peau physique à la peau psychique ; le Moi-peau.....	39
4.4.	La seconde peau et le tractus digestif	41
4.4.1.	<i>L'hyperactivité intellectuelle et physique</i>	42
4.5.	Les représentations corporelles.....	42
4.5.1.	<i>Le schéma corporel</i>	43
4.5.2.	<i>L'image du corps</i>	44
4.5.3.	<i>La dysmorphophobie</i>	44
4.5.4.	<i>Déni de la maigreur et de la maladie</i>	45

Accompagnement en psychomotricité auprès d'adolescentes anorexiques mentales hospitalisées à temps complet

1.	Présentation du cadre de travail	47
1.1.	L'enveloppe institutionnelle	47
1.2.	Le cheminement « classique » de l'hospitalisation	48
1.2.1.	<i>La contractualisation des soins</i>	48
1.2.2.	<i>L'isolement comme stratégie thérapeutique</i>	49
1.2.3.	<i>Les repas</i>	50
1.2.4.	<i>Le suivi scolaire</i>	51
1.2.5.	<i>L'accompagnement des proches</i>	51
1.3.	Mon projet en psychomotricité	51
1.3.1.	<i>Les indications</i>	51
1.3.2.	<i>Les conditions matérielles</i>	52
1.3.3.	<i>Mes hypothèses de travail</i>	52
2.	L'approche psychomotrice	54
2.1.	Le cadre thérapeutique	54
2.1.1.	<i>Un lieu</i>	55

2.1.2.	<i>Un temps</i>	56
2.1.3.	<i>Une pensée</i>	57
2.1.3.1.	<i>L'alliance thérapeutique</i>	57
2.1.3.2.	<i>Les transmissions</i>	58
2.3.	Tentative de désintriquer l'affectif de l'alimentation	59
2.4.	Mise en jeu corporelle du psychomotricien	59
2.5.	L'ajustement relationnel	60
3.	Les rencontres en psychomotricité	61
3.1.	L'entretien	61
3.2.	Le bilan psychomoteur auprès des patientes anorexiques mentales hospitalisées à temps complet	62
3.2.1.	<i>Le bilan de la psychomotricienne Odile Gaucher-Hamoudi</i>	62
3.2.2.	<i>Un test d'image du corps : l'entretien sur les représentations corporelles de Moyano O.</i>	63
3.2.3.	<i>Les intérêts du bilan psychomoteur</i>	64
3.2.4.	<i>La restitution</i>	66
3.3.	Les séances individuelles en psychomotricité	66
3.3.1.	<i>Le déroulement des séances</i>	67
3.3.2.	<i>Quelles médiations psychomotrices pour favoriser une sécurité interne et une enveloppe sécurisée ?</i>	69
3.3.2.1.	<i>La relaxation psychomotrice</i>	69
3.3.2.2.	<i>L'expression corporelle</i>	73
3.4.	La fin du suivi	76
4.	Etude de cas de Romane	77
4.1.	L'histoire de vie de Romane	77
4.2.	Notre première rencontre, le 27 octobre 2016	78
4.3.	La deuxième séance	79
4.4.	La séance « bilan psychomoteur »	80
4.5.	La quatrième séance, une révélation	83
4.6.	Une séance dans un autre contexte	84
4.7.	La séance de confrontation	85
4.8.	Son enveloppe corporelle	86
4.9.	La dernière séance, le 5 janvier 2017	87
4.10.	Conclusion	89
4.11.	L'indication en hôpital de jour	89
	Conclusion.....	90
	Références bibliographiques	92
	Annexes.....	95