



HAL
open science

Les thérapies psychomotrices dans la construction du sentiment identitaire chez les adolescents psychotiques

Amin Djoneidi Djafari

► **To cite this version:**

Amin Djoneidi Djafari. Les thérapies psychomotrices dans la construction du sentiment identitaire chez les adolescents psychotiques. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02933462

HAL Id: dumas-02933462

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02933462>

Submitted on 8 Sep 2020

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.



IFP de la Pitié-Salpêtrière
Faculté de Médecine Sorbonne Université
91, Bd de l'Hôpital
75 364 Paris Cedex 14

**Les thérapies psychomotrices dans la construction du
sentiment identitaire chez les adolescents psychotiques**

Mémoire présenté pour le Diplôme d'État de psychomotricien
Session de Juin 2020

Charlotte PAUMEL
Catherine POTEL
Caroline STEWART

Amin DJONEIDI DJAFARI

« Voyez en l'Homme une mine riche
en gemmes d'une inestimable valeur.

Mais, seule l'éducation peut révéler

les trésors de cette mine

et permettre à l'Humanité

d'en profiter. »

Bahá'u'lláh

Remerciements

A Caroline Stewart pour son soutien, ses retours précis et précieux.

A Charlotte Paumel pour m’ avoir permis de dialoguer avec l’ auteure.

A Catherine Potel pour sa chaleureuse façon de relever les belles choses.

A Claire Sirmay pour m’ avoir accompagné avec justesse et bienveillance.

A Mélisande Le Corre pour m’ avoir formé et gratifié de sa confiance.

A tous nos professeurs, référents de stage et de mémoire, pour l’ amour de la transmission.

Aux soignants et aux patients qui m’ ont tant appris et m’ apprendront encore.

A Maud, Elise, Thanina, Caroline et tous mes promotionnaires inspirants.

A mes amis Romain et Mauve.

A mon arrière-grand-père Agha Joun.

A mes grands-parents Baba, Mama Parvine, Babai et Ama.

Quelle chance.

A toutes, à tous, Merci.

SOMMAIRE

Remerciements.....	3
Sommaire.....	5
Introduction.....	6
I – <u>IDENTITE, ADOLESCENCE ET PSYCHOSE</u>	7
A) De l'identité au sentiment identitaire.....	7
B) Continuité.....	15
C) Différenciation.....	21
D) Reconnaissance.....	26
E) Approche psychomotrice du sentiment identitaire.....	31
II – <u>ISAAC</u>	36
A) Troubles du sentiment identitaire chez Isaac.....	36
B) Accompagnement psychomoteur d'Isaac.....	43
C) Conclusion de l'accompagnement psychomoteur d'Isaac.....	52
III – <u>ZYED</u>	53
A) Troubles du sentiment identitaire chez Zyed.....	53
B) Accompagnement psychomoteur de Zyed.....	59
C) Conclusion de l'accompagnement psychomoteur de Zyed.....	67
IV – <u>LA RELATION DANS L'ACCOMPAGNEMENT DES TROUBLES IDENTITAIRES</u>	68
A) Introduction à la relation.....	68
B) La sécurité du cadre.....	71
C) La confiance de la rencontre.....	78
D) Le psychomotricien au service de l'évolution identitaire.....	84
E) Conclusion générale.....	89
Bibliographie.....	91-100
Annexes.....	I
Sommaire détaillé.....	VI
Résumé.....	XII

Introduction

Lorsque je réfléchis à un sujet de mémoire, j'en cherche l'identité. Je tente d'identifier la nature de mon questionnement, fruit de la rencontre entre la réalité clinique et moi-même. J'ai donc essayé d'écouter ce qui résonnait en moi dans la rencontre avec chacun des adolescents de l'Hôpital De Jour (HDJ), en essayant de comprendre qui ils étaient et quels étaient leurs besoins. Chaque vendredi, je naviguais dans un microcosme de personnages hauts en couleurs et en contrastes, mouvant dans une instabilité indéfinissable. Pourtant, je ne pouvais ignorer ma difficulté à entrer en relation avec eux, à comprendre un tant soit peu à qui je m'adressais et qui s'adressait à moi. Au fil des semaines, il m'est apparu qu'ils étaient eux-mêmes plongés dans cette incertitude identitaire, comme s'ils ne parvenaient pas à sentir l'évidence d'eux-mêmes.

E. Erikson considère l'identité comme la question centrale de l'adolescent, qui se demande qui il est, d'où il vient, et où il va (1972). C'était comme si leur identité était là, palpable, rayonnante parfois, bruyante souvent, mais qu'ils ne pouvaient la ressentir, en avoir la conviction intime et l'explorer. Je les sentais chercher une forme, une expression, une densité, ou simplement se sentir « quelqu'un » sans que cela devienne trop angoissant. Cela m'évoque la confusion identitaire décrite par E. Erikson (*Ibid.*) Mais qu'est-ce qui est lié à leur personnalité, à leur maladie ou à la période adolescente qu'ils traversent ? Bien que l'identité d'une personne ne se « diagnostique » pas, ne se sépare pas en facteurs isolés, j'ai cherché à relier mes intuitions à des concepts pour pouvoir mieux comprendre comment m'adapter à leurs problématiques, à comprendre les caractéristiques du sentiment identitaire dans la psychose et à l'adolescence.

Je chercherai donc à comprendre à quoi correspond le sentiment identitaire, comment il s'intègre dans le développement classique, comment il est affecté dans la psychose et comment il est questionné à l'adolescence. Cette exploration sera au service de ma question centrale : **comment les thérapies psychomotrices peuvent soutenir l'intégration du sentiment identitaire chez les adolescents psychotiques ?**

I – IDENTITE, ADOLESCENCE ET PSYCHOSE

A) De l'identité au sentiment identitaire

L'identité est un concept complexe, qui touche à l'unité, mais qui prend sens par rapport à la diversité. Anne-Marie Drouin-Hans dit à sa façon que « *l'identité s'évanouit dès lors qu'on veut l'enfermer dans une définition* » (2006). En effet, qu'est ce qui fait qu'une personne est singulière, distincte d'une autre ? Reste-elle la même personne lorsqu'elle subit un changement ? Se définit-elle par ce qu'elle partage avec d'autres ? Des questions aussi fondamentales ont été, de tout temps, au cœur de la quête identitaire de l'Homme.

1) L'ère présocratique

a) L'identité par le devenir

Héraclite soulevait déjà ces questions au VI^{ème} siècle avant J.-C. En observant le monde qui l'entoure, il déduit la non-fixité des éléments qui le façonnent. La réalité résultant selon lui d'un combat entre des tensions contraires, ces forces ne peuvent s'équilibrer que dans un mouvement permanent (cité par Charru, 2018, p. 103). Dans son Fragment 136, il fait usage de cette formule de grec ancien : *panta rhei* pour exprimer « *Tout s'écoule et n'est jamais le même.* » (Ibid., p. 96) exprimant la mouvance transformatrice d'un monde en « *perpétuelle métamorphose* » cyclique. Ce mot « *cyclique* » est important, car le devenir d'Héraclite ne répond pas d'un simple mobilisme sans chemin mais d'une confrontation des éléments (Brun, 2007, p.47).

Mais si tout change, que persiste-t-il ? Héraclite en arrive à la conclusion que « *Rien n'est permanent, sauf le changement.* » (Bochereau, 2008, p. 195). Ainsi, rien ne résiste ni ne subsiste à sa propre modification, et l'identité d'une chose n'est qu'illusoirement statuée par celui qui la regarde. C'est dans cette philosophie de pensée qu'il prononcera sa célèbre phrase « *on ne se baigne jamais deux fois dans le même fleuve* » (Stern and The Hegeler Institute, 1991, p. 195 / Fragment 91). En effet : entre deux baignades, du temps et de l'eau se seront écoulés, chassés par un temps nouveau, par une eau nouvelle. L'écoulement du fleuve symbolise ici l'écoulement spatio-temporel qui renouvelle tout, intégralement. La cadence spatio-temporelle semble centrale dans sa façon d'appréhender la nature du monde : « *dans le mode de pensée héraclitéen, chaque chose n'est que ce qu'elle devient : tel est le paradigme du rythme qui n'est lui-même que lorsqu'il devient autre* » (Sauvanet, 1999, p. 23-24).

b) L'identité par l'Être

Si l'on oppose souvent à l'école Ionienne d'Héraclite, l'éléatisme de son contemporain Parménide, c'est que ce dernier souligne davantage la stabilité du lien qui unit toutes les formes que traverse l'existence, par sa formule : « *L'Être est, le non-Être n'est pas* » (Verneaux, 1962, p. 10). Il démontre par un raisonnement logique que tout ce qui existe est un, et donc forcément continu, car rien ne peut surgir de ce qui n'existe pas. Le non-être ne peut exister, ni même être pensé. Cela implique que rien ne peut surgir du non-Être, que l'Être n'a pas de naissance ni de mort (Pasqua, 1992). Pour Parménide, l'unité et la continuité de l'être ne font aucun doute : « *Tu ne réussiras pas à couper l'Être de sa continuité avec l'Être, soit pour le disperser, soit pour le rassembler* » (Verneaux, 1962, p. 10).

Parménide confère donc une première identité à tout ce qui l'entoure : celle d'exister. Vergely formule : « *C'est Parménide au VI^e siècle avant Jésus-Christ qui a défini l'identité en disant : « L'être est. Le non-être n'est pas. » Il a voulu dire par là que le réel est le réel et que cette identité le constitue. Il est ce qui ne cesse pas d'être réel et c'est ce qui fait sa force.* » (2010, p. 76-77). C'est dans la suite de la pensée de Parménide que le philosophe grec Anaxagore énonce : « *Rien ne naît ni ne périt, mais des choses déjà existantes se combinent, puis se séparent de nouveau* » (Dumont 1991, p. 656 Fragment 17; Arnaldez & Taton, 1994). Cette approche de la conservation de la matière sera elle-même reprise concernant le domaine de la chimie expérimentale par Lavoisier, avec sa célèbre phrase : « *Rien ne se perd, rien ne se crée, tout se transforme* », avant que J. Rolland considère encore plus tard qu'elle « *s'applique à la matière psychique* » (2000, p. 19).

Opposer ces observations d'Héraclite et de Parménide demeure assurément réducteur (Brun, 2007). 2500 ans plus tard, on pourrait y voir plutôt deux façons d'approcher la continuité du monde qui les entoure. Il sera retenu ici que **si l'un amène à percevoir l'identité comme un processus dynamique et transitoire, l'autre précise que tout ce qui existe reste cohérent avec ce qu'il a été et ce qu'il sera, justement parce qu'il appartient à l'existence.** Au sein de cette existence, des philosophes modernes ont cherché à discerner différentes sortes d'identités, et notamment ce qui fait l'identité de la personne humaine.

2) L'ère moderne

a) L'identité par le vivant

Selon J. Locke, la matière inerte change d'identité aussitôt qu'elle subit une modification : « *si un seul atome est ôté, ou si un nouveau est ajouté, ce ne sera plus la même masse, ou le même corps* ». C'est l'identité de la matière (Locke & Leibniz, 1839, p. 193). En revanche, le vivant conserve une organisation dans le temps qui lui est propre malgré ses transformations. La continuité de l'identité est donc pour lui le propre des êtres vivants (*Ibid.*).

b) L'identité par l'individuation

Ce qui distingue « *l'identité de l'homme* » d'un autre être vivant selon Locke, c'est uniquement la façon dont son corps est « *organisé* » (*Ibid.*, p194). Puis, au sein de l'espèce humaine, chaque corps est organisé d'une façon qui lui est propre : c'est l'identité d'un individu. Il nomme cela « *la diversité de chaque existence particulière* ». Il fait ici référence au « *principe d'individuation* » de Leibniz (*Ibid.*, p. 192) qui énonce que « *deux choses individuelles ne sauraient être parfaitement semblables, et qu'elles doivent toujours différer plus qu'en nombre* », c'est-à-dire que l'identité de l'un est strictement différenciée de l'autre. (Courtine, 1990, p. 10). Leibniz illustre ce principe par l'exemple des feuilles qui comportent toujours des particularités entre elles (Leibniz, 1765). Locke insiste, lui, sur le fait que chaque individu occupe un espace qui ne peut être occupé par un autre individu au même moment. Plus de 150 ans après, on pourrait rapprocher la conception Lockienne de l'identité humaine de la découverte du génome, qui fait l'unicité de l'organisation biologique humaine, avec les particularités inhérentes à chaque membre de l'espèce.

c) L'identité par la conscience

Enfin, J. Locke reconnaît à l'individu une personnalité. L'« *identité personnelle* » est délimitée par la conscience, que l'individu possède de lui-même, incluant sa mémoire. Il distingue ainsi la personne de l'individu. L'âme et la vie organique ne suffisent pas à garantir l'identité personnelle ni sa continuité, seule la conscience le peut (Locke & Leibniz, p. 196-197). En cas d'oubli d'actions passées, nous ne sommes plus la même personne que celle qui les a réalisées, bien que le même individu. Il exclut, de fait, la possibilité de l'existence d'un inconscient. En prenant comme référence cette théorie, on pourrait supposer que des « *individus* » souffrant d'un trouble neurocognitif majeur deviennent littéralement d'autres « *personnes* ». Sans aller jusqu'à affirmer cela, on remarque que ces troubles peuvent engendrer une grande souffrance identitaire (Reymond-Laruinaz, 2017).

d) L'identité par l'âme

Leibniz cherche à voir au-delà de cette apparente discontinuité. Contemporain de Locke, il établit une conception de l'identité constituée en partie « *en réponse directe* » aux écrits de celui-ci. Pour lui, l'identité n'est pas réduite à la conscience mais est garantie par une substance immortelle propre à chacun des humains (Foisneau, 2004, p. 65-83). L'âme humaine « *garde toujours en sa nature les traces de tous ses états précédents avec un souvenir virtuel qui peut toujours être excité puisqu'elle a de la conscience ou connaît en elle-même ce que chacun appelle Moi* » (Leibniz et al., 1993, p. 122) Ainsi, la conscience ne fait qu'éclairer les « *souvenir[s] virtuel[s]* » (*Ibid.*) d'une substance qui porte les qualités du sujet héritées d'une liaison à Dieu (Foisneau, 2004, p. 83), ce qui explique le terme d'« *identité morale* » (*Ibid.*, p. 67). Leibniz propose que l'identité subsiste dans une inconscience qui peut être conscientisée, se rapprochant ainsi de la théorisation Freudienne de l'inconscient plus de deux siècles plus tard (Resnik, 2003).

e) L'identité par le corps

Leibniz admettra n'avoir pas expliqué la nature de l'union entre l'âme et le corps lorsqu'il décrit une harmonie entre les deux, préétablie par Dieu (Philonenko, 1990). En fait, âme et corps semblent même se confondre, si bien que la substance concerne les deux à la fois. A Pelletier relève que pour Leibniz « *il n'est pas de monade sans corps organique associé : c'est même la constitution du corps organique associé qui non seulement permet de garder une trace corporelle des impressions, mais qui rend aussi raison de la différence de clarté et de confusion parmi les perceptions* » (Pelletier, 2017, p. 115). Le corps serait alors le siège et le témoin de l'identité.

3) L'ère contemporaine

Les investigations de la réalité des présocratiques nous montrent que lorsque l'on s'intéresse à la nature des choses, on s'intéresse à ce qu'elles seront, et les liens qu'elles gardent ou non avec ce qu'elles ont été. Les philosophes modernes cités ont exploré l'identité en tant que recherche poussée de la nature humaine et notamment de la « *responsabilité morale de l'individu* » face à Dieu (Foisneau, 2004, p. 66). Au sein de l'ère contemporaine, la notion d'identité a rejoint les questions de société et se montre très explorée dans le domaine de la psychologie sociale et du soin. **Après avoir réfléchi sur ce qui constitue l'identité dans l'absolu, il demeure important d'explorer comment elle se vit pour chacun.** Il semblerait que ce vécu dépende tout autant de la personne que de son environnement.

a) L'identité par soi

L'identité est ici abordée comme résultant d'un vécu personnel. H. Malewska définit l'identité personnelle comme « *l'ensemble organisé (structuré) des sentiments, des représentations, des expériences et des projets d'avenir se rapportant à soi.* » (Malewska-Peyre, 1998, p. 112). Notre sentiment identitaire ne peut donc être connu que de nous-mêmes, et c'est par cela même qu'il se définit. Mais alors, que ressent-on exactement ? E. Marc parle du sentiment d'être « *toujours la même personne* » et d'avoir des « *caractéristiques* » singulières (Marc, 2016, p. 28). Cela fait écho à la continuité de l'organisation du vivant de Locke et au principe d'individuation de Leibniz. J.-P. Codol parvient à des conclusions similaires à partir d'une approche cognitive du sentiment identitaire, auquel il trouve une troisième origine : celle d'avoir du pouvoir sur l'environnement, ce qu'il nomme « *valorisation* » (1981, p. 114). L'environnement reste ainsi le reflet de notre existence, comme le relève Erikson, qui insiste sur « *la perception du fait que les autres reconnaissent son unité et sa continuité* » (Erikson, 1968, p. 50).

b) L'identité par autrui

Le sentiment identitaire s'enracine donc aussi à partir de ce que l'environnement voit ou cherche à voir en nous-mêmes. E. Marc explique qu'autrui constitue « *un miroir dont chacun a besoin pour se reconnaître lui-même* » (Marc, 2016, p.34) et que c'est « *dans l'interaction avec autrui que se construit, s'actualise, se confirme ou s'infirmes l'identité* » (Lipiansky, 1992, p. 262). Chacun viendra éprouver son identité au sein de diverses situations sociales, si bien que G.H. Mead considère le Soi comme le « *résultat des relations que [l'individu] soutient avec la totalité des processus sociaux* » (1963, p. 115). Lorsque l'environnement ne reconnaît pas la singularité de la personne, on peut parler d'« *assignation* », (Audi, 2010, p. 151). L'« *identité psychosociale* » pour H. Malewska se rapporte au « *résultat des messages envoyés par nous et les autres, comme le produit des rapports entre l'individu, le groupe et la société.* » (1998, p. 112). Pour E. Goffman, l'identité personnelle consistera ainsi en un aménagement personnalisé des éléments qu'on lui a attribué, suite à ses tentatives d'adaptation à l'« *identité sociale* » exigée par son environnement (1963, p. 127-128).

En plus des mouvements afférents du social sur le personnel, le sentiment identitaire touche aussi à ce que la personne reconnaît de façon privilégiée dans son environnement dans un mouvement efférent, qui peut prendre la forme d'une « *aspiration* » mais aussi d'un « *sentiment d'appartenance* » (Marc, 2016, p. 34). Ce dernier, toujours multiple et transitoire, est une composante « *d'un processus* » identitaire (et non l'inverse, car cela reviendrait à

l'assujettissement de l'assignation). Les différentes appartenances peuvent s'affronter lorsqu'elles négligent leur appartenance commune, la plus fondamentale : celle de l'Humanité. (Audi, 2010, p. 147). Erikson lie les deux mouvements de reconnaissance afférents et efférents en indiquant que l'identité de groupe résulte d'une volonté d'inclusion réciproque des individus dans leur propre « monde », qu'ils « ordonne[nt] » pour le rendre « accueillant » à autrui. C'est ce qu'il nomme la « réciprocité » (1968, p. 233 de l'édition française, 1972).

4) Conclusion

a) Synthèse

On peut constater que davantage qu'une étude sur la nature humaine, les auteurs du dernier siècle abordent l'identité par le vécu personnel, en tant que sentiment multifactoriel : « *L'identité est une réalité intime, un ressenti* » (*Ibid.*, p. 17). Bien que l'idée que le thérapeute se fait de l'identité du patient puisse influencer sur le cours de la thérapie (comme il le sera développé en IV – C), le questionnement thérapeutique dont il s'agit ici est le vécu identitaire des patients et les souffrances dont il peut être à l'origine. J'utiliserai donc le terme de « sentiment ». On peut distinguer des récurrences dans les définitions de l'identité chez tous les auteurs, que Drouin-Hans résume à trois sens, à partir du vocabulaire de la philosophie de Lalande : « unité », « continuité », « ressemblance » (2006, p. 18). Je m'appuierais enfin sur cette synthèse de B. Vergely qui conclut avec clarté :

« *L'identité n'est pas quelque chose de simple à comprendre parce qu'elle désigne trois choses à la fois distinctes et liées. En premier lieu, elle renvoie à ce qui sait rester le même à travers le temps, à ce qui est donc stable, fixe, permanent. [...] Outre le fait d'être substance, l'identité est un moyen de reconnaissance et, à ce titre, un outil social. [...] Enfin, il existe un dernier trait caractérisant l'identité. Il s'agit du propre, [...] quelque chose qui le caractérise* » (Vergely, 2010, p. 76).

En croisant les composantes du sentiment identitaire dans les définitions de chaque auteur, il est possible d'en dégager trois notions fondamentales, dont les descriptions varient selon les points de vue et obédiences des auteurs. Ces notions ne sont séparées que pour pouvoir être mieux étudiées mais constituent des composantes d'un même sentiment global.

NOTIONS FONDAMENTALES DU SENTIMENT IDENTITAIRE

Auteurs	CONTINUITÉ	DIFFÉRENCIATION	RECONNAISSANCE
E. Goffman (1963, p. 127-128)	<i>« continuité du personnage »</i>	<i>« sentiment subjectif de sa situation »</i>	<i>« identité sociale »</i>
E. Erikson (1968, p. 50)	<i>« perception [...] de la continuité de sa propre existence dans le temps et l'espace »</i>	<i>« perception de l'unité de soi »</i>	<i>« réciprocité », « perception du fait que les autres reconnaissent son unité et sa continuité »</i>
J.P. Codol (1979, p. 123)	<i>« constance et cohérence »</i>	<i>« différence »</i>	<i>« valorisation »</i>
A.-M. Drouin-Hans (2006, p. 18)	<i>« continuité »</i>	<i>« unité »</i>	<i>« ressemblance »</i>
P. Audi (2010, p. 147-148 et p. 153)	<i>« processus »</i>	<i>« appropriation »</i>	<i>« appartenance », « assignation »</i>
B. Vergely (2010, p. 76)	<i>« stable, fixe, permanent »</i>	<i>« propre »</i>	<i>« outil social »</i>
E. Marc (2016, p. 28 ; p. 34)	<i>« continuité dans l'espace et dans le temps »</i>	<i>« unité », « individualité »</i>	<i>« miroir », « aspirations »</i>

b) Orientation

Les trois notions fondamentales au sentiment identitaire auxquels se réfère cet écrit sont donc :

- La **continuité** ou le sentiment d'exister en tant qu'une seule et même personne dans le temps et l'espace,
- La **différenciation** ou le sentiment d'être une personne singulière distincte des autres et dotée de sa propre subjectivité,
- La **reconnaissance** qui concerne à la fois ce que l'environnement reconnaît chez le sujet (valorisation) et ce que le sujet reconnaît dans l'environnement (identifications).

Cet écrit explore l'hypothèse selon laquelle le sentiment continu d'exister de façon différenciée et reconnue par l'environnement a pu être perturbée chez certains adolescents psychotiques rencontrés en stage, et explore comment la psychomotricité peut soutenir leur intégration identitaire. Ainsi que le dit C. Potel, « *Le sentiment d'avoir un corps à soi [...] porteur d'une identité propre [...] est loin d'être un sentiment inné* » (Potel, 2019, p. 81). Nous expliciterons comment l'individu acquiert un sentiment d'exister de façon continue, un sentiment d'être différencié d'autrui, et un sentiment d'une reconnaissance réciproque avec l'environnement.

B) Continuité

1) La construction du sentiment continu d'exister

a) La théorisation de Winnicott

Le « *sentiment continu d'exister* » théorisé par Winnicott est décrit explicitement par E. Pireyre comme « *une sorte de sécurité intérieure qui nous dit qu'à la seconde suivante, nous serons toujours là et toujours « le même* ». La structuration de l'individu repose selon Winnicott sur ce sentiment. (Pireyre & Delion, 2015, p. 55). Il débute dès la période prénatale, mais ne devient autonome qu'après le processus qui sera décrit.

Le sentiment continu d'exister peut-être mis à mal lors du bouleversement de la naissance, si le degré d'« *empiètement* » sur celui-ci dépasse celui auquel le bébé s'était habitué dans le ventre de la mère. Celui-ci vient au monde dans un état d'extrême vulnérabilité où il ne peut comprendre ni répondre à ses besoins et rétablir son sentiment continu d'exister, ce qui provoque des angoisses archaïques. Il est en « *dépendance presque absolue* » à son environnement (1964), ce qui fera dire à Winnicott « *un bébé seul, ça n'existe pas* » (1969).

En effet, ce sont les soins maternels qui permettront à la psyché du bébé de s'installer dans son soma par une sollicitude permanente pour lui assurer un « *environnement parfait* », qui lui permette de tolérer les menaces que subit sa continuité d'existence : c'est la « *préoccupation maternelle primaire* ». Le terme de « *parfait* » est relatif, car il demande une adaptation « *suffisamment bonne* » de la mère et non une toute-puissance parentale. Cela rappelle la fonction alpha décrite par Bion, d'une mère qui va métaboliser les éléments bêta inassimilable pour le bébé en éléments alpha qui lui seront alors accessibles (1962). On relève que les soins maternels décrits par Winnicott portent une composante corporelle majeure (portage, mobilisation).

Plus encore, c'est la défaillance progressive de l'environnement qui permettra au bébé de développer une activité mentale pour maintenir un environnement satisfaisant, même en dehors d'une réponse immédiatement adaptée : il entrera alors en état de « *dépendance relative* ». Lorsque la collusion psychosomatique est permise par l'environnement et que l'activité mentale est progressive, l'individu développe un « *vrai self* », ce qui correspond pour Winnicott à une « *personnalisation* » que Konicheckis rapproche du processus de subjectivation de Cahn (2006).

b) L'apport psychomoteur de S. Robert-Ouvray

Selon le dictionnaire Larousse, ce qui est « *continu* » s'oppose avec ce qui est « *divisé* », « *intermittent* » (2006). On pourrait percevoir la continuité comme un lien entre deux états apparemment clivés. Robert-Ouvray (2010) explique qu'à sa naissance, la première modalité d'existence du bébé consiste en une dualité d'extrêmes toniques, dont il ne peut distinguer l'origine physiologique (hypertonie périphérique et hypotonie du rachis) ou relationnelle (satisfaction ou non des besoins d'amour et de nourriture).

Les soins maternels permettront d'accéder aux nuances toniques en accompagnant la transition entre la tension et la détente par une réponse aux besoins (nourriture, amour). Le contexte associé à cette transition ouvrira au bébé l'accès aux autres paliers psychomoteurs : la sensorialité (dur-mou), l'affect (émotions) et les représentations (bon-mauvais). Ces paliers s'étayent les uns sur les autres et sont d'autant mieux perçus par le bébé qu'ils sont marqués, eux aussi, en deux polarités qui vont jalonner la vie du bébé au rythme des soins maternels, de façon structurante tant qu'ils restent supportables (*Ibid.*).

Le rythme intégratif relationnel maternel consistera en une dialectisation des extrêmes toniques, sensoriels, affectifs et représentatifs pour permettre au bébé d'accéder à la constance de la réalité, dans toutes ses nuances. C'est ce que Robert-Ouvray nomme l'« *accès à l'ambivalence* », qui permet à l'enfant de vivre des expériences différentes sans les vivre comme une rupture : « *Chaque stimulation interne ou externe sera intégrée à partir de ces paliers analytiques et constituera des unités événementielles pour l'enfant et des épisodes cohérents d'une expérience.* » (*Ibid.*, p. 85-86).

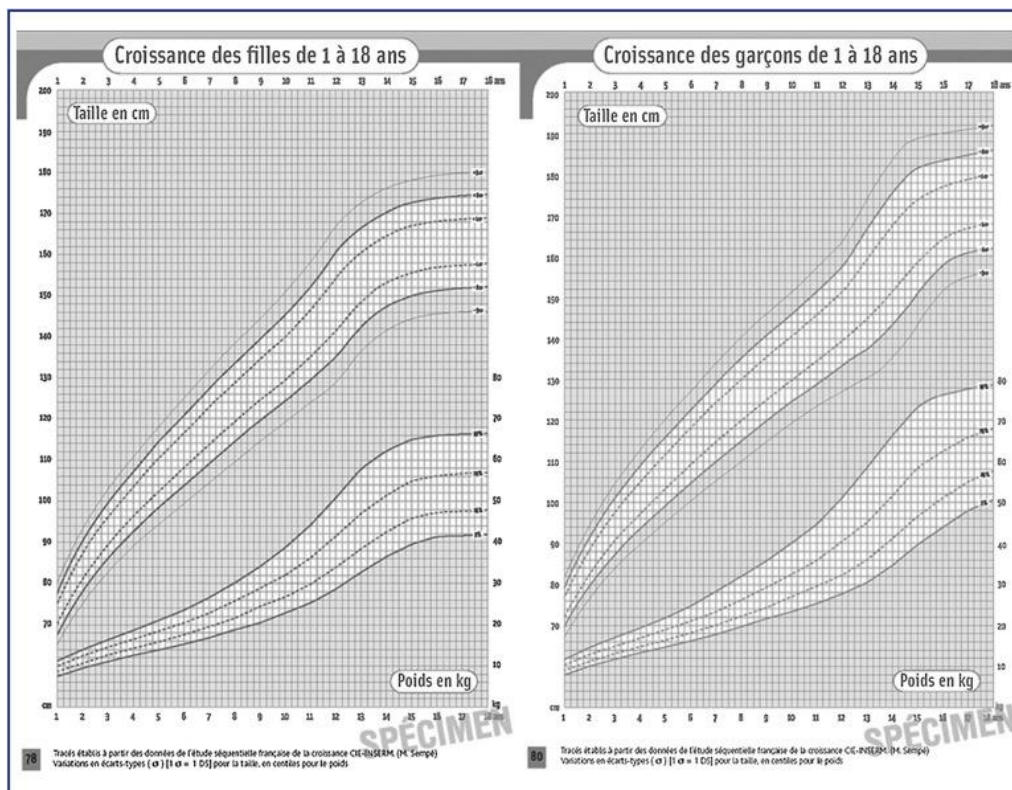
Ainsi, les premières réponses de la mère aux besoins du psyché-soma décrites par Winnicott sont donc avant tout prodiguées par la voie « *tonico-émotionnelle* » décrite par Ajuriaguerra (cité dans Joly et al., p. 117). Robert-Ouvray insiste sur l'importance de la « *périodicité* » des soins pour aboutir au « *sentiment de continuité de vie* » (*Ibid.*, p. 86). Ce rythme n'est pas sans rappeler l'alternance présence/absence qui permettra d'acquérir une sécurité interne selon M. Mahler, que je cite : « *La succession des gratifications et des frustrations promeut la structuration* » (2013, p. 64).

2) L'irruption pubertaire

a) Transformations corporelles

L'adolescence est complexe à définir. Ce qui caractérise cette période universelle reste les changements que traversent les adolescents. C'est sans doute ces transformations qui empêchent cette étape de la vie d'être précisément définie et déterminée. C. Paumel parle de l'adolescence comme d'« *une période de remaniements bio-psycho-sociaux majeurs qui bouleverse et complexifie les repères [développementaux] et brouille les pistes par définition.* » (in Potel et al., 2018, p. 144).

Selon le dictionnaire Larousse, l'adolescence est déclenchée par la puberté, qui elle-même se caractérise par « *le développement des caractères sexuels et par une accélération de la croissance staturale, et condui[t] à l'acquisition des fonctions de reproduction.* » (Ibid). L'entrée dans cette période se manifeste donc par des transformations corporelles particulièrement rapides après une trajectoire plus progressive durant l'enfance. Le tableau ci-dessous met en évidence deux des indicateurs de cette métamorphose : le poids et la taille.



Sur cette courbe réalisée à partir des travaux de M. Sempé cité par A. Donzeau et al., il est mis en évidence un gain significatif de poids et de taille aux âges pubertaires, plus précoce pour les filles et plus conséquent pour les garçons (2018). Je constate aussi que la dernière variation nette du rythme de croissance staturale remonte aux premières années de la vie, où se construisent les fondements du sentiment identitaire. Un des points communs à l'enfance et l'adolescence se situe du côté d'une poussée de croissance physiologique.

Les transformations pubertaires ne concernent pas seulement la taille et le poids. Le complexe hypothalamo-hypophyso-gonadique va s'activer par des mécanismes encore méconnus, et délivrer une sécrétion d'hormones sexualisantes. La ménarche peut être un moyen d'objectiver l'entrée dans l'adolescence chez la fille, tout comme la mue de la voix ou la première éjaculation nocturne chez le garçon. Les poils, la modification des organes génitaux sont communs aux deux sexes (Paumel, 2020).

b) Transformations représentationnelles

« *La puberté revisite les fondements identitaires, les éprouve* » note C. Paumel (in Potel, 2019, p. 289). Les transformations pubertaires vont faire un grand écart avec ce que l'adolescent connaissait de son corps d'enfant. Ses représentations corporelles devront alors s'y accorder. C. Potel le décrit : « *S'il y a une révolution qui se passe à même le corps, du fait des transformations pubertaires, il y a également une révolution des représentations liées au corps, ce qui entraîne [...] un remaniement identitaire souvent bousculé et bouleversant.* » (2015a, p. 95).

Potel pointe ici que notre certitude identitaire d'être la même personne se base sur des perceptions, sensations mais aussi des représentations de nous-mêmes. Le psychisme doit assurer le sentiment d'être toujours la même personne, sans la réassurance que lui conféraient habituellement ses sens : « *Le corps, les émotions sont des repères pour le fonctionnement psychique. Or l'adolescent, lui, a des repères chancelants, en constant remaniement. Sa personnalité est en construction.* » (Ibid., p. 152). Je suppose donc que ce qui bouscule les assises identitaires est le risque de rupture de la certitude de la continuité d'existence. Comme le dit A. Mucchielli, « *lorsque les différences sont perçues comme des ruptures, alors s'ouvrent les crises d'identité.* » (2015, p. 105).

3) Le sentiment continu d'existence dans la psychose

a) Puberté et psychose

La continuité est un des fondements du sentiment identitaire, une conviction intime d'être la même personne dans le temps et l'espace. Sa mise à mal par l'irruption pubertaire pourrait être rapprochée de la psychose : *« L'adolescence a souvent été comparée à la psychose. Les changements pubertaires donnent à l'adolescent une impression d'étrangeté et d'irréalité qui l'inquiète. Être dans un corps qui ne lui ressemble plus, qu'il ne maîtrise plus, dans lequel il ne se reconnaît plus comme étant lui-même, autant de sensations que l'on pourrait rapprocher des états de dépersonnalisation »* (Potel, 2015a, p. 82). Pour Daniel Marcelli, l'adolescence rapprocherait même dangereusement l'individu d'un fonctionnement psychotique : *« Effectivement, tout adolescent est menacé dans son sentiment de continuité existentielle par un risque d'effondrement ou de rupture réalisant une véritable menace psychotique, ce qu'on pourrait nommer une « psychose pubertaire »* (2005, p. 220).

L'adolescence est d'ordinaire la période où se manifestent les premières décompensations psychotiques de l'individu. Le DSM-V considère même qu'on ne peut diagnostiquer un trouble psychotique qu'après cette période traversée (2013). On peut alors supposer que les phénomènes pubertaires doivent être d'autant plus bouleversants pour la certitude identitaire que la construction des sentiments de continuité a été fragilisée durant la petite enfance. C. Potel envisage même que l'adolescence puisse être un facteur déclencheur de l'installation d'un rapport psychotique à la réalité : *« L'adolescent [peut] être débordé par ce qui lui arrive, ne pas trouver de moyen de se « sentir quelqu'un ». Les changements sont trop angoissants pour lui, et il peut s'enfermer dans des positions régressives de protection. S'il ne trouve pas d'aménagement névrotique, il peut y avoir décompensation psychotique. C'est alors le sentiment même de son identité dans un rapport à la réalité qui devient flou »*. (2015a, p. 85).

b) La psychose contre l'agonie

Winnicott lui-même affirme que la psychose peut s'expliquer par un traumatisme extrêmement précoce du sentiment continu d'exister, à savoir une angoisse extrême d'annihilation en cas de soins maternels inadaptés, qui se traduit ainsi : « *s'en aller en morceaux, faire une chute sans fin, mourir, mourir, mourir, perdre tout espoir de voir le contact se rétablir* » (1964, p. 121) La psychose serait alors « *une organisation défensive liée à une agonie primitive* » (1975, p. 38). Les angoisses de morcellement, de chute ou de dissociation au cours de la vie de l'individu résulteraient d'une crainte de l'affaissement de la défense psychotique contre l'agonie primitive (*Ibid.*). P. Fontaine dit à sa façon que la psychose « *a pour fonction de restaurer un certain équilibre existentiel* » (2014).

K. Boudarse résume ainsi le lien entre la qualité des soins maternels et la psychose : « *Le schéma du traumatisme pourrait s'écrire de la façon suivante : plus le temps écoulé entre le ressenti du besoin ou l'angoisse et la réponse adéquate est « trop important », plus les capacités de tolérance du bébé sont débordées, plus il est envahi d'angoisses archaïques et plus des défenses radicales de nature psychotique (comme le clivage de soi) sont investies.* » (2012, p. 16). Il conclut : « *Aussi, contrairement à la névrose où la défense est érigée contre l'angoisse de castration (l'avoir), dans la psychose l'organisation défensive est en lien à l'édification de l'unité du Soi.* » (*Ibid.*, p. 11).

Ainsi, la psychose témoigne d'une rupture de la continuité et se caractérise par l'atteinte de l'unité psychocorporelle. Pankow dira de la représentation de soi dans la psychose que « *l'unité de la forme est détruite et nous pouvons parler d'un corps dissocié.* » (1983, p. 23). Comme le montre ce qui suit, la perception unifiée de soi-même est justement condition de la différenciation d'autrui.

C) Différenciation

1) Les processus de différenciation

a) **Le processus de séparation-individuation**

Mahler décrit le nouveau-né dans ses premiers temps de vie dans un état retiré de réception passive, reproduisant le « *modèle* » intra-utérin, qu'elle qualifie d'« *autisme normal* », (2013, p. 60). Ce n'est qu'à travers le vécu d'un besoin qu'il entrera dans une phase plus active visant à rétablir « *l'homéostasie* », ses efforts se confondant avec ceux de la mère (*Ibid.*), sur le versant tonique, comme l'explique S. Robert-Ouvray (2010). Au deuxième mois, le bébé aura une « *vague conscience de l'objet-satisfaisant-les-besoins* » (Mahler & Dupont, 2013, p. 60), ce que Robert-Ouvray nomme « *pré-représentations* » (2010, p. 84) et entre dans la phase symbiotique normale que Mahler définit comme « *l'illusion que deux individus effectivement et physiquement séparés possèdent des limites communes.* » (2013, p. 61).

Mélanie Klein dit qu'à ce stade, le bébé est en position schizo-paranoïde, clivant sa mère en objets partiels « *bon* » et « *mauvais* », tout comme sa perception de soi sera partielle (Andjelkovic, 2002). Robert-Ouvray resitue la théorie Kleinienne dans un contexte neurophysiologique et relationnel en montrant que ce clivage est avant tout tonique et sensoriel, de par le terrain physiologique et les interactions environnementales. Elle développe que le rassemblement des perceptions partielles du soi et de l'objet se réalise par la « *dialectisation* » des positions extrêmes de chaque palier de l'étayage psychomoteur, c'est-à-dire une mise en rapport des opposés où « *l'enfant se constitue en tant que sujet* » (2010, p. 86). La différenciation est donc profondément liée à une représentation unifiée de soi, qui va de pair avec la représentation unifiée d'un autre. Elle s'observe lorsque l'enfant peut attendre « *avec confiance* » et « *désir* » la réponse relationnelle (Mahler & Dupont, 2013), le bébé pouvant distinguer l'hypertonie de désir et l'hypertonie de besoin (Robert-Ouvray, 2010).

Mahler explique que le regard de la mère fera se développer chez l'enfant des traits de personnalité spécifiques à la relation établie durant la phase symbiotique, ce qui constitue « *la formation primaire de l'identité* », « *la naissance de l'enfant en tant qu'individu.* » (2013, p. 66). Robert-Ouvray précise que cette communication est tonico-sensorielle (2010, p. 82).

La représentation d'un soi différencié de l'objet maternel pourra se concrétiser selon Mahler par l'expérience physique et choisie de la séparation, par l'acquisition de la locomotion. La séparation des espaces réels semble donc être un des facteurs d'intégration de la séparation des espaces psychiques. L'angoisse de séparation sera surmontée par le plaisir de découvrir un fonctionnement singulier, l'intériorisation de la mère facilitée par le degré d'adaptation de celle-ci en phase symbiotique, et l'acquisition de la permanence de l'objet au sens de J. Piaget à partir de 18 mois. L'individuation ouvre sur l'investissement autonome de son existence : « *locomotion, perception et apprentissage* » (2013, p. 66).

b) Le stade du miroir

La place *du* miroir dans l'appropriation de son corps comme étant sien a été décrite pour la première fois par H. Wallon en 1931, (1963, p. 705-748) sur les observations de C. Darwin (Pouliot et al., 1983, p. 100). Il relevait que le regard direct de l'enfant sur son corps n'en propose que « *certaines fragments et jamais assemblés* », là où le miroir permettait d'intégrer « *du corps total une image homogène et cohérente* » qui « *ne peut se former qu'en s'extériorisant.* » (Wallon, 1963, p. 145). Le miroir est un des « *mille points de repères* » que l'enfant utilise pour se percevoir comme un tout unifié (*Ibid.*, p. 226-228).

Lacan développera une conception des enjeux de l'enfant face au miroir en tant que structuration psychique, ce qui l'amènera au terme de « *stade du miroir* », qui s'étend environ du sixième au dix-huitième mois de la vie (Roudinesco, 2001). Il s'agit d'un processus par lequel l'enfant reconnaît progressivement sa figure d'attachement dans le miroir, avant d'intégrer sa propre image spéculaire comme étant son reflet, ce qui provoquera une jubilation caractéristique du petit humain. C'est une étape fondatrice pour l'appropriation de son existence qui lui confèrera le pouvoir d'être sujet et de pouvoir dire « je » : « *le je se précipite en une forme primordiale, avant qu'il ne s'objective dans la dialectique de l'identification à l'autre* » (Lacan, 1949). Comme l'explique B. Ogilvie, la gesticulation motrice devant le miroir est une façon pour l'enfant de faire le lien entre son vécu perceptif interne et sa représentation dans une image externe (2005, p. 96-119).

Ce témoignage spéculaire de son existence le fait exister en même temps qu'il le limite : « *sa propre réalité lui est d'abord occasion d'un premier renoncement* » (*Ibid.*, p. 107). La distinction soi-autrui découle d'une première distinction intérieur-extérieur : avant cela, « *L'extérieur n'est pas au-dehors, mais à l'intérieur du sujet* » (*Ibid.*, p. 106).

2) L'individuation adolescente

a) **Le second processus de séparation-individuation**

Durant l'adolescence s'achèvent des processus de différenciation dans des mouvements que l'on pourrait rapprocher de la petite enfance. C'est nourri des théorisations de M. Mahler que P. Blos a théorisé le « *second processus de séparation-individuation* » à l'adolescence (Cité dans Perret-Catipovic, 1997). F. Houssier analyse l'œuvre de P. Blos en explicitant : « *L'adolescence représente une période d'individuation qui, en dernier lieu, aboutit au sens de l'identité* » (2010, p. 59). Si la théorie de Mahler s'ouvre sur l'autonomisation relative du tout petit par l'internalisation des figures parentales, l'individuation se poursuit à l'adolescence en permettant à l'individu d'investir psychiquement d'autres objets d'amour que les objets internes de l'enfance. Pour cela, l'adolescent doit mener un deuil de ses figures parentales idéalisées et désengager leur investissement libidinal au sens Œdipien (*Ibid.*).

Dans ce processus, l'accès à la régression de l'adolescent est considéré non uniquement comme un mécanisme de défense, mais comme une nécessité pour remanier des traumatismes ou fixations infantiles et poursuivre son développement : « *La régression constitue un moyen psychique de retrouver un contact émotionnel avec les passions de la petite enfance, vécu qui conditionne la possibilité de les désinvestir* » (*Ibid.*, p. 61). Cette façon de revisiter l'enfance permet de quitter les figures idéalisées pour un regard davantage mis en perspective par les autres expériences du réel, et de cheminer vers la subjectivation (Cahn, 2002).

b) **La différence des sexes**

Après un temps de relaxation, [un jeune que j'appelle ici] Yahya nous parle de « *quand [il] étai[t] enfant avant, à l'époque.* », en opposition avec « *maintenant* » où il se trouve « *grand* ». Puis il questionne : « *moi je mets pas de soutien-gorge parce que je suis un homme. Pourquoi les hommes ils ont pas de seins ?* »

D'un point de vue physiologique, la puberté sexualise le corps et le rend généralement apte à la reproduction. La génitalisation du corps marque corporellement la différence entre les sexes, concrétisée par l'apparition des caractères sexuels secondaires. L'adolescent se confronte à son corps qu'il n'a pas choisi, et au corps d'autrui qu'il ne peut pas être. Cela suscite désir et frustration, comme Daniel Marcelli l'explique : « *Malheureusement pour lui, et heureusement pour l'humanisation, le corps pubère fait vivre à l'adolescent une brèche*

insupportable, une incomplétude, un manque dont il doit s'accommoder : un autre est là, doté d'un corps tout aussi étrange et inquiétant de par l'attraction qu'il provoque et avec lequel, bon gré mal gré, il faudra faire » (in Potel dir, 2015a, p. 13).

Yahya perçoit bien qu'il n'a pas grandi vers le même devenir que d'autres, qu'il n'appartient pas à l'identité sexuelle féminine (à différencier du genre). La poitrine, un des caractères secondaires caractéristique du sexe féminin, le confronte à la différence des sexes. Plusieurs fois au cours de mon stage, je vois Yahya toucher le corps des jeunes filles dans l'établissement, de façon inadaptée. Il semble difficilement tolérer de ne pas avoir de pouvoir sur ces corps qui ne lui ressemblent pas. Difficile pour autant de parler de désir : G. Pankow énonce que le désir naît de la reconnaissance d'un sexe irréductiblement différent du sien. Sinon, il est « *captif de la propre image de soi-même* » (1981, p. 78-79). C. Potel rappelle que dans le cas de psychose infantile, la génitalisation risque de ne pas s'intégrer dans un rapport à l'autre différencié (2015a).

3) La fusion psychotique

a) La psychose comme échec de la séparation-individuation

Steve est un « adolescent » de plus de vingt ans. Il ne présente pas de troubles instrumentaux majeurs, mais demande systématiquement de l'aide pour toutes sortes de tâches bénignes. Il est extrêmement « adhésif » avec les adultes, les suit à la trace, jusqu'à s'approcher très près, comme pour fondre en eux son gigantesque corps. Son regard nous fixe, nous épouse, béat, un sourire angoissé sur le visage, sans pouvoir rien exprimer d'autre qu'un collage oppressant. Il ne sait quoi nous dire, mais cherche contact, parfois corporellement en posant ses mains sur nous. Il repousse l'heure de la fin de séance et nous supplie de revenir dès que nous quittons la pièce, sans qu'il sache lui-même pourquoi.

Mahler décrit qu'une sortie symbiotique « *prématurée ou brutale* » due à la défaillance de l'environnement peut mener à des fragilités psychiques (2013, p. 66). Dans la psychose, l'impossibilité d'établir les frontières du moi peuvent remonter aux origines d'une séparation-individuation anormale : « *ainsi je voudrais distinguer la symbiose positive, nécessaire au développement de l'enfant, et la soudure secondaire que je désignerai par le terme de fusion.* » (*Ibid.*, p. 189). Il ne s'agit pas ici de justifier systématiquement et uniquement un fonctionnement psychotique par cette hypothèse. Pankow pointe simplement qu'« *il est contradictoire, logiquement et réellement, d'être une partie du corps de la mère et d'exister comme un être indépendant, entier.* » (*Ibid.*, p. 234). P. Fontaine explicite que si la singularité de l'enfant en tant que tout distinct n'est pas reconnue, « *La conséquence de cette*

« fusion » *pathogène réside dans la perpétuation de la non-différenciation symbiotique* » qui pourrait expliquer le comportement parfois fusionnel observé dans la psychose dans la relation à autrui (2014, p. 18).

b) Le morcellement de l'image du corps

Pour P. Fontaine, le vécu de morcellement du psychotique résulte de l'échec du stade du miroir et « *menace le sentiment d'identité corporelle.* » La relative « *normalité* » du rapport au réel dépendrait de la constitution ou non d'une image du corps unifiée (*Ibid.*, p. 10-11). Il met en lumière les écrits de G. Pankow qui théorise que la psychose se caractérise par la destruction de l'image du corps comme un tout unifié et distinct du monde extérieur : la « *dissociation* » (*Ibid.*). A l'inverse d'un névrosé qui peut symboliquement expérimenter une dissociation de ces parties du corps entre elles tout en conservant la conviction de leurs liens unifiés, un psychotique peut percevoir des parties de son corps comme des entités à part entière, autonome et agissantes depuis l'extérieur. (Pankow, 1981, p. 18).

Sous cette lecture, P. Fontaine montre que l'accès à l'autre prend ses fondements dans l'unité corporelle : « *C'est seulement lorsque le corps a atteint ses limites que le malade est à nouveau capable de rencontrer autrui.* ». Ainsi, la thérapie psychotique vise à rassembler l'individu dissocié (*Ibid.*). C'est pourquoi, précise G. Pankow, « *pour préparer le malade au contact avec autrui, j'essaie de l'amener à la reconnaissance des limites de son corps* » (1981, p. 246), ce qui lui permet de renouer avec son histoire propre (Fontaine, 2014). Le délire représenterait un effort du malade pour reconstituer le monde extérieur, mais aussi son monde intérieur, c'est-à-dire sa propre subjectivité (*Ibid.*) .

c) La confusion spatio-temporelle

Cette déstructuration amènerait une indifférenciation entre l'intérieur et l'extérieur du corps, ainsi qu'une impossibilité de la relation à l'autre et une « *perte de la dimension historique* » (Pankow, 1981, p. 144). Ce dernier point m'évoque la « *dénarrativisation* » qui caractérise le sujet malade selon P. Ricoeur (2008). Pankow poursuit en expliquant que la dissociation est également temporelle, puisque le sujet psychotique rompt avec la continuité des événements. Ce qui caractérise la psychose est l'altération de la temporalité pour Binswanger (Fontaine, 2014) mais aussi la « *contamination réciproque* » de l'espace propre et l'espace étranger selon J. Oury (1989, p. 203-204).

D) Reconnaissance

On pourrait considérer que la reconnaissance était omniprésente dans ce que j'ai déjà approfondi de la construction identitaire. L'environnement, pour répondre d'une façon adaptée aux besoins du bébé, ne doit-il pas les reconnaître ? Le premier sentiment d'appartenance est d'ailleurs celui de la symbiose (Mucchielli, 2013). La reconnaissance dont il est question ici concerne l'estime de soi par la valorisation de l'environnement et la dynamique identificatoire comme moteur de l'évolution identitaire. Il s'agit simplement de souligner le besoin fondamental de chaque être humain de se sentir partie intégrante d'un environnement avec lequel il est en évolution réciproque car « *l'homme souffre s'il n'est pas contenu dans un projet commun* » (Potel, 2015a, p. 38).

1) Construction de la reconnaissance

a) Les identifications

Le dictionnaire Larousse définit l'identification comme le « *processus par lequel le sujet constitue son identité* » (2006). En philosophie, on parle de « *l'acte par lequel un être devient identique à un autre [...] ou en partie* » (Lalande & Poirier, 2010). En psychologie sociale, « *La dialectique interne-externe de l'identification est un processus par lequel toutes les identités (individuelles et collectives) sont constituées.* » (Molina Luque, 2002, p. 60).

En psychanalyse, elle peut se définir comme le « *processus psychologique par lequel un sujet assimile un aspect, une propriété, un attribut de l'autre et se transforme, totalement ou partiellement, sur le modèle de celui-ci. La personnalité se constitue et se différencie par une série d'identifications* » (Laplanche et Pontalis, 2009). Anzieu relève trois types d'identifications freudiennes : les identifications « *primaires* » à la mère en phase symbiotique, les « *secondaires* » comme introjection de la figure d'attachement pour surmonter l'angoisse de séparation et enfin les identifications « *tertiaires* » qui consisteront en une recherche symbolique du semblable, ou de la complémentarité (1970). O. Fenichel conclut que « *toute imitation, consciente ou non, présuppose une espèce d'identification* » (1945, p. 222). Schafer définit l'identification comme une appropriation d'influences extérieures, qui modifie les comportements et les motivations du sujet, jusqu'à devenir une évolution personnelle relativement indépendante (1967).

On retiendra que les identifications sont des grandes forces de l'évolution identitaire de l'individu, qui permettent à l'individu d'intégrer des qualités qu'il perçoit de figures de références de son environnement. Ce mouvement sera d'autant plus investi que l'individu

aura le sentiment de partager déjà avec la figure identificatoire une « *similitude initiale* » (Leyens, 1968, p.264). Il doit envisager l'évolution comme gratifiante et accessible pour lui, faute de quoi elle peut se retourner en agressivité contre la figure de référence. L'estime de soi soutient donc la dynamique identificatoire.

b) L'estime de soi

Le regard qu'autrui porte sur nous serait déterminant dans le regard que nous portons sur nous-mêmes. D. Picard raconte : « *En fait, comme l'a montré un des premiers, Georges Herbert Mead (1934), nous prenons conscience de notre identité en adoptant le point de vue que les autres ont de nous* » (2008, p. 76). Ainsi, Winnicott soulignait que le bébé se voit lui-même en regardant ce qu'il renvoie à sa mère (Winnicott & Monod, 1999, p. 155). Dans ce regard, il y a notre valeur : « *pour se sentir une personne « significative », il faut d'abord s'être senti une personne importante aux yeux de ceux qui nous ont élevés* » (Guédénéy, 2011, p. 129).

« *Pour Holmes (1993), psychanalyste et attachementiste, l'estime de Soi repose sur deux fondations principales : le sentiment d'efficacité personnelle et le sentiment d'avoir de bonnes relations.* » (Ibid., p. 129). La théorie de l'attachement de J. Bowlby explique que ces sentiments s'acquièrent dans la reconnaissance de ses états de détresse, par des réponses relationnelles d'intérêt, de métabolisation (rappelant la fonction alpha de Bion (1962)) et de réconfort de la part de la figure d'attachement, le *caregiver* (Ibid.). L'enfant se considérera alors comme digne de considération de la part d'autrui, et sera plus à même de considérer l'autre comme tel (et soutient alors, on peut le supposer, les phénomènes identificatoires). Ce processus « *contribue au développement des ressources propres du sujet* » (Ibid., p. 132). N. Guédénéy conclut : « *la confiance dans la bienveillance et la sollicitude d'un caregiver promeut l'exploration et la compétence.* » (2011). Je relève que les signaux de détresse décrits par Bowlby sont majoritairement des vécus corporels et de fortes émotions.

E. Marc et D. Picard dénombrent plusieurs besoins identitaires qui mènent l'individu à une véritable « *quête de reconnaissance* » de son identité (2015, p. 21). Le « *besoin d'existence* » exige de se sentir considéré par des marques de reconnaissances de la part d'autrui, et reste étroitement lié à un « *besoin de valorisation* ». Le « *besoin de contrôle* » requiert de pouvoir décider lorsque l'on dissimule ou non sa vulnérabilité. Enfin, les besoins « *d'individuation* » et « *d'intégration* » se répondent. Si l'un consiste en la reconnaissance de son individualité, l'autre réclame d'appartenir à un groupe et de s'y assimiler.

Le non respect de ces besoins, présents chez tous les êtres humains, provoqueraient des « blessures » à la source de conflits interpersonnels et intrapsychiques. (*Ibid.*, p. 20-23). Selon R. Laing, il entraînerait chez la victime un sentiment de déni de son existence ou de rejet de son identité (1985).

2) Reconnaissance et Adolescence

a) Le changement de statut

L'adolescence implique un réaménagement identitaire qui a besoin d'être reconnu pour que l'individu puisse s'approprier cette évolution. La génitalisation pubertaire remanie les investissements affectifs, ce qui induit le besoin d'un renouvellement de la condition qu'on lui porte. « *L'effraction pubertaire modifie ses rapports à l'entourage et le pousse à réinterroger le lien et à revendiquer le fait d'être reconnu à une place spécifique et différente d'auparavant.* » (Joubert and Durastante, 2008). P. Jeammet et N. Sarthou-Lajus rappellent que « *c'est le propre de la puberté que d'induire une nécessaire prise de distance par rapport aux objets d'attachement de l'enfance.* » (2008), rappelant ainsi le second processus de séparation-individuation de P. Blos (cf I – C – 2).

Les rites de passages marquent une reconnaissance collective du changement de statut. Ils sont presque toujours corporels et à la période de l'adolescence et parfois proches de la mutilation. Ils proviendraient en partie d'une reconnaissance presque territoriale de l'aptitude à procréer, qui pourrait constituer une menace pour le groupe si l'adolescent restait dans cet entre-deux. Plus encore, il donne un sens à la vie, une place singulière à l'individu dans un grand tout, ce qui est fondateur dans la construction identitaire. Il marque une séparation, une acceptation des limitations collectives mais aussi de la valeur (estime) et de l'appartenance (identification) de l'individu (Ahovi and Moro, 2010).

Dans les sociétés industrielles et mondialisées où le rite de passage n'est pas unanimement socialement reconnu, le risque de marginalisation des adolescents est plus grand. Chaque adolescent trouve alors ses substituts, selon ses propres règles et sa propre recherche de mise en sens parfois périlleuses, mais peut souffrir de ce manque de reconnaissance collectif. Face à leur corps changeant, leurs repères identificatoires peuvent se reporter sur l'idéal corporel proposés par la culture, qui amène particulièrement les adolescentes à « *une propension à l'anxiété et à l'insatisfaction corporelle.* » (Paumel in Potel, 2019, p. 290).

b) Les contradictions de l'adolescence

D. Le Breton pointe le double besoin de l'adolescent d'être rappelé à la loi tout en étant reconnu d'une dignité et confiance égale, qui exclut toute banalisation généraliste de ses sentiments. Il rappelle qu'il est nécessaire de répondre à ces besoins en leur épargnant la blessure narcissique de les exprimer (2015). Ainsi, l'adolescent a besoin de l'intersubjectivité pour bâtir une identité, mais celle-ci peut être « *ressentie comme une menace pour son affirmation identitaire.* » (Marcelli in Potel, 2015a, p. 13). Ce phénomène est d'autant plus marqué que son socle identitaire sera fragilisé et c'est ce que P. Jeammet et N. Sarthou-Lajus nomment « *les contradictions de l'adolescence* » (2008).

Ces derniers insistent en réponse sur la valorisation de « *tout ce qui nourrit et épanouit le sujet en soin du corps et de l'esprit* » (*Ibid.*, p. 40) pour les guider vers la créativité plutôt que la destruction, qui représenteraient deux voies d'affirmation identitaire. Le meilleur accompagnement qu'ils prescrivent réside dans le fait de ne pas simplement confirmer avec compassion la menace que représente le monde extérieur, mais lui garantir l'assurance qu'il est capable de le vivre, tout en imposant les règles de respect de soi et d'autrui (*Ibid.*).

3) Reconnaissance et psychose

a) Le stigmatisme du psychotique

« *Le stigmatisme est une trace, une marque visible qui révèle une dégradation* » (Bonsack, et al., 2013, p. 588). Le mot serait apparu il y a plus de six cent ans, du latin *stigmata*, la « marque imprimée aux esclaves », dérivé du grec *stigma*, signifiant « piqûre » ou « plaie ouverte ». Elle désigne donc initialement une « *punition corporelle* » (Simon, 2012), qui laisse trace d'une « *dégradation* » (Bonsack, et al., 2013). E. Goffman a identifié au stigmatisme une valeur sociale d'« *attribut qui jette un discrédit profond* » (1963) et qui résulte de l'écart entre « *l'identité sociale virtuelle* » attendue d'un handicap et son « *l'identité sociale réelle* » (Pasquier, 2003, p. 403).

C. Bonsack et al. relèvent que les personnes souffrant de troubles mentaux semblent de tout temps avoir été stigmatisés, marginalisés voire exécutés. Ils mettent en lumière qu'être hospitalisé en psychiatrie relève d'une discrimination comparable à celles qui peuvent concerner la couleur de la peau ou l'orientation sexuelle (2013).

b) Conséquence sur la reconnaissance

La conséquence est que les personnes souffrant de psychose « *n'obtiennent pas la même considération de leurs besoins humains de réalisation personnelle, de relations sociales ou d'échanges émotionnels.* » que la moyenne, ce qui implique « *la perte de pouvoir social.* » (*Ibid.*, p. 589). Concernant les effets psychiques pour la personne concernée, « *les réactions personnelles au stigmatisme de la maladie mentale peuvent aboutir à une perte d'estime de soi pour certains, alors que d'autres sont énergisés par la révolte envers le préjudice subi* » (Bonsack, et al., 2013, p. 590). C'est ce que P. Corrigan & Watson nomment la « *righteous anger* », la « *juste colère* ». (2006, p. 35).

Ces non-reconnaisances pénalisent gravement le parcours de soins des malades, en comparaison avec les maladies dites somatiques et favoriserait l'itinérance (Kovess-Masféty, 2001). Souvent, les comportements liés à la maladie peuvent se confondre avec ce qui pourrait être interprété comme un refus des soins, même de la part du système de santé de secteur. L'auteur remet en question leur formation sur ces sujets et non leur éthique humaine. (Darcourt, 2007). De même, psychose et précarité s'entretiennent avec dix fois plus de troubles psychiques chez les sans-abris (*Ibid.*, p. 672), troubles qui constitueraient également un handicap indéniable à l'accès à l'emploi. (Baer et al., 2011)

Pour passer de la stigmatisation à une reconnaissance de la différence sans jugement de valeur, C. Bonsack et al. prônent les thérapies consistant à « *trouver l'espoir, redéfinir l'identité, trouver un sens à la vie* » (Huguelet, 2007, p. 90). Contre la stigmatisation, ils insistent aussi sur la nécessité de distinguer la maladie de la personne, malgré la souffrance qu'elle traverse. « *L'étrangeté de l'expérience ne la rend donc pas inhumaine* » (2013, p. 591).

E) L'approche psychomotrice du sentiment identitaire

1) Le sentiment identitaire : psychique ou corporel ?

Après avoir étudié la construction précoce du sentiment identitaire et de ses conséquences chez les adolescents psychotiques, on peut constater qu'elle convoque des éléments qui relèvent autant du corporel (tonus, sensorialité) que de ce qu'on attribue généralement au psychisme (affect, représentation). L'évolution du raisonnement qui suit a pour but de cheminer vers une lecture psychomotrice du sentiment identitaire, en comprenant à quels concepts psychomoteurs ce sentiment fait référence pour pouvoir l'aborder d'un point de vue clinique.

a) L'aspect psychique du sentiment identitaire

Chacun a leur manière, les psychanalystes auxquels j'ai fait référence pour comprendre la construction du sentiment identitaire pourraient le laisser apparaître comme un vécu psychique. Le sentiment continu d'exister pour Winnicott est décrit comme une élaboration mentale du bébé lui assurant sa continuité. Le sentiment d'exister de façon différenciée se traduit pour Mahler par une représentation psychique progressive de son individuation. Le sentiment de l'estime de soi correspond pour Bowlby à une image mentale témoignant de la confiance partagée avec l'autre.

Pourtant, le corps est omniprésent dans l'acquisition de ces sentiments. Winnicott explique que le sentiment continu d'exister est rendu possible par des soins corporels adaptés. Mahler insiste sur l'importance de l'expérience corporelle de la locomotion pour accéder à une représentation psychique différenciée, et les mouvements du bébé devant le miroir lui permettent de se sentir sujet face à son image spéculaire selon Lacan. La confiance relationnelle décrite par Bowlby s'acquiert enfin par une réponse répétée aux stimuli de détresse corporelle de l'enfant. Même si on le considérait psychique, force est de constater que le sentiment identitaire se construit par des perceptions corporelles. C. Potel assure que « *la force des ancrages sensoriels primitifs ainsi que leur portée dans la construction psychique identitaire n'est plus à prouver et se vérifie continuellement dans la clinique* » (2019).

b) Le corps comme objet du sentiment identitaire

Il semble important de relever que les représentations psychiques qui constitueraient le sentiment identitaire ont pour objet le corps en lui-même : la certitude que son corps sera là l'instant d'après, qu'il est limité et unifié à l'image de son reflet dans le miroir, qu'il porte une valeur sociale. Tout cela se vérifie dans les pathologies psychotiques à l'adolescence, où la fragilité du socle identitaire entraîne une représentation discontinue, morcelée et dévalorisée de son corps.

Une dernière considération permet d'aboutir à une première hypothèse. S. Robert-Ouvray nous informe que le bébé accède à un premier sentiment identitaire avant même d'avoir accès aux représentations psychiques (2010). La dialectisation des bipolarités toniques donne accès à une première forme de continuité d'existence, la première forme de différenciation s'acquiert par la distinction de la dualité physiologique et relationnelle du tonus, et le premier sentiment d'appartenance prend sa source dans le partage émotionnel de la dyade symbiotique (Mucchielli, 2015). Il apparaît alors qu'on ne peut considérer le sentiment identitaire comme un phénomène uniquement psychique. Les perceptions corporelles infra-psychiques constituent aussi en elle-même une forme primitive du sentiment identitaire.

c) Le sentiment corporel comme sentiment identitaire

Alors, le sentiment identitaire est-il psychique ou corporel ? Il apparaît évident qu'on ne peut répondre de façon binaire à cette question. On remarque seulement qu'ici **le sentiment identitaire, qu'il soit tonique, sensoriel, affectif ou représentatif, correspond à un sentiment corporel**, dans le rapport à son environnement. Je cite E. Marc : « *Le corps constitue la base et le support privilégié du sentiment d'identité.* » (2016, p. 30).

Le terme de « *sentiment* » s'est jusqu'ici avéré le plus adapté pour étudier la construction des assises identitaires de l'individu et rassemble des significations plurielles. Le dictionnaire Larousse explique d'ailleurs qu'un « *sentiment* » peut désigner à la fois une sensation, une émotion, un affect, une connaissance ou une représentation (2006). Mais pour comprendre et accompagner les fragilités identitaires des patients dans un suivi en psychomotricité, il semble nécessaire de dégager les deux grandes composantes du sentiment corporel d'un point de vue psychomoteur.

2) Schéma corporel et image du corps

Schéma corporel et image du corps souffrent d'utilisations multiples et parfois contradictoire, tantôt opposés (Dolto, 1984), tantôt confondus (Schilder & Gantheret, 2009). C. Paumel indique que les définitions diffèrent, même au sein de cultures et disciplines communes (Paumel, 2019).

a) Le schéma corporel

Je m'appuierai sur cette définition d'un des fondateurs de la psychomotricité, J. D. Ajuriaguerra, qui considère le schéma corporel comme une connaissance et perception implicite de son corps (Vert, 2015):

« Édifié sur les impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification » (1974, p. 239).

Ajuriaguerra distingue le corps vécu, le corps perçu, le corps connu, puis le corps représenté, qui composent ensemble le schéma corporel. Selon Dolto, le schéma corporel convoque la perception du corps « *dans les trois dimensions de la réalité* » (1984, p. 22-23) et se modèle par nos expériences corporelles. Le schéma corporel semble donc correspondre à la perception de son corps dans l'espace en une cartographie dynamique. Il s'agirait d'un « *modèle perceptif du corps, permanent bien qu'évolutif* » (Pavot-Lemoine, 2017). Il est donc intimement renseigné par les sensations, si bien que Pireyre lui préfère le terme de « *sensibilité somato-viscérale* » (2015).

Le schéma corporel correspond à un premier socle identitaire. « *C'est en cartographiant son corps de façon intégrée que le cerveau réussit à créer le composant essentiel qui deviendra le soi.* » affirme Damasio (2010, p. 116). C. Paumel relève enfin les liens entre le schéma corporel et le degré de différenciation psychique (2019).

b) L'image du corps

On attribue généralement à l'image du corps une tonalité davantage psychoaffective de la représentation de son corps (*Ibid.*). Pour Dolto, « *c'est la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles* » (1984, p. 22-23). Elle serait à l'origine une théorisation psychanalytique. Pireyre conceptualise une image composite du corps et en propose une

application psychomotrice avec un bilan de chaque composite : la continuité d'existence, l'identité (dans un sens moins élargi que celui employé ici), l'identité sexuée, la peau, l'intérieur du corps, le tonus, la sensibilité somato-viscérale, les compétences communicationnelles du corps, les angoisses corporelles archaïques (2015). On en retiendra que l'image du corps correspond à une « *représentation imaginaire* » des « *qualités de notre corps* », nourri par son vécu affectif historique (Pavot-Lemoine, 2017).

Le sentiment identitaire trouve donc son origine dans le schéma corporel et l'image du corps, dont l'influence réciproque se constate dans leur construction (cf I – E – 1). Il semble nécessaire de trouver une théorisation de l'identité qui articule ces deux notions en tant que composantes d'un même sentiment identitaire en perspective d'en aborder les troubles en clinique.

3) L'identité psychomotrice

« *Pour la psychomotricité, le corps est le lieu de l'identité psychomotrice du sujet* » dit Boscaïni, pour qui cette identité peut se percevoir dans le schéma corporel mais aussi l'image du corps de l'individu (Boscaïni, 2005 p. 94, cité par Paumel, 2019)

a) Le sentiment identitaire comme représentation complexe du corps

La représentation du corps « renvoie à la manière dont le sujet s'attribue ses expériences corporelles. Elle repose selon Reinalter-Ponsin sur une activité de représentation globale qui donne sens aux perceptions sensorielles et l'inclut dans une résonance affective. » (Busschaert et al. in Scialom et al., 2011, p. 202).

C. Paumel suggère que « *Les représentations du corps forment alors une unité, incluant le schéma corporel et l'image du corps en tant que deux sous-ensembles de représentations reliés.* » et « *complémentaires* » (2019, p. 24). **La sensorialité, les perceptions, jusqu'aux dynamiques psychologiques et expressives les plus élaborées, ne seraient que différents niveaux de différenciation et de complexification de représentations corporelles.** Elles se construiraient en relation à la réalité physiologique et environnementale de chacun (équipement neurologique, cognition, vécu corporel et interactions), avec qui elles composent l'identité psychomotrice du sujet. C. Paumel considère les représentations corporelles « *au cœur de l'identité psychomotrice du sujet* » :

« *Les représentations du corps assurent donc le sentiment de la permanence de l'existence, le socle du psychisme et de sa structuration, sur lesquels peuvent s'appuyer le sentiment de soi et l'affirmation de sa personnalité en lien avec son environnement familial, social, culturel.* » (Ibid., p. 20).

On perçoit dans cette citation que les représentations corporelles incluent les trois composantes étudiées du sentiment identitaire : continuité (« *sentiment de la permanence* »), singularité (« *affirmation de sa personnalité* ») et reconnaissance (« *lien avec son environnement familial, social, culturel* »). **La représentation du corps, dans tous ses niveaux de complexifications, sera donc considérée comme correspondant au sentiment identitaire développé dans les parties précédentes.** Cet appui théorique lisse les bordures entre un sentiment identitaire corporel et un sentiment identitaire psychique, entre le schéma corporel et l'image du corps. Par souci de précision, le suivi psychomoteur n'englobera pas le dernier niveau de sentiment identitaire proposé par C. Paumel qu'est « *l'image de soi* », qui implique encore davantage la représentation culturelle et symbolique, bien qu'elle soit intimement liée à l'image du corps (voir annexe IV).

b) L'accompagnement des fragilités identitaires en psychomotricité

Dans mon développement clinique, le sentiment identitaire des patients sera donc abordé au travers des représentations qu'ils ont de leur corps : « *évaluer les représentations des qualités et fonctions du corps (représentation d'un corps solide, structuré, entier, différencié, fonctionnel, sensoriel...) permet de mieux appréhender les fragilités identitaires.* » (Paumel, 2019, p. 19). **Surtout, je chercherai à leur permettre de soutenir la différenciation et la complexification de ces représentations corporelles,** de sorte à accéder à un vécu identitaire davantage sécurisant, qu'ils pourront investir et non subir.

Pour cela, je solliciterai les huit composantes des représentations du corps, dégagées par C. Paumel dans sa modélisation de l'identité psychomotrice M-PRECOR (voir annexe IV), **par la voie des liens psychocorporels** qui leur sont associés : perception, structuration, connaissance, organisation motrice, intégration sensorielle, investissement corporel, attitudes et expressions. « *Le psychomotricien, en intervenant sur le corps, ses fonctions et ses représentations, vise ainsi l'intégration psychocorporelle et le renforcement de l'identité du sujet.* » (Paumel, 2019, p. 20).

II – ISAAC

A) Les troubles du sentiment identitaire chez Isaac

1) Anamnèse d'Isaac

Isaac est un adolescent de 17 ans. Dans sa prime enfance, sa mère n'a pas repéré de difficultés particulières chez son fils hormis une acquisition de la marche tardive à 21 mois et un retard de langage. Des difficultés de socialisation ont été nettement signalées par l'école en maternelle. Il ne regardait pas bien dans les yeux, était sensible aux bruits et était écholalique. L'utilisation du « je » fut tardive. Présentant des troubles du développement psychique, une instabilité, des stéréotypies, des jeux très répétitifs, et un monde imaginaire dans lequel rien ne se fixait, Isaac est rapidement entré dans un parcours de soin. A l'âge de quatre ans, il est orienté par l'école dans un CAPP (Centre d'Adaptation Psycho-Pédagogique) pour manque d'autonomie, absence de participation aux activités collectives et difficultés relationnelles. Suite à une année de CP avec AVS témoignant de grandes difficultés dans les apprentissages, Isaac a rejoint une CLIS (Classe pour l'Inclusion Scolaire).

A huit ans, il entre dans un HDJ de psychiatrie infanto-juvénile accueillant plus de trente enfants en incapacité de poursuivre une scolarité ordinaire du fait de leur souffrance psychique. Diagnostiqué comme souffrant de « Troubles Envahissants du Développement » (TED), il y a bénéficié de prises en charge éducatives, psychothérapeutiques, médicales et paramédicales (en ergothérapie et psychomotricité notamment) ainsi que plusieurs séjours thérapeutiques. Il a également été suivi en rééducation orthophonique en libéral à partir de ses neuf ans. Il a conservé une scolarité à temps partiels en CLIS devenue ULIS (Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire). Il arrive dans l'HDJ B dans sa quatorzième année, en Février 2016. L'institution pose alors l'hypothèse d'une sortie de retrait autistique avec un fonctionnement psychotique.

Les parents d'Isaac se sont séparés lorsqu'il avait quatre mois, dans un contexte de violence verbale d'après la mère. Elle aurait dû rapidement reprendre le travail, et Isaac aurait eu plusieurs nourrices différentes durant sa première année de vie. Il vit maintenant chez sa mère, et son père a fondé une nouvelle famille dans une ville assez éloignée géographiquement. Celui-ci reste présent dans la vie de son fils mais ne le reçoit que très peu chez lui et s'implique peu dans les soins. La seule fois où il est venu à l'HDJ, l'équipe a constaté chez lui des signes manifestes d'addiction à l'alcool, une grande instabilité affective et un fonctionnement évoquant la psychose.

2) Continuité

a) **Continuité spatio-temporelle**

Lorsque l'on croise Isaac, il dégage souvent une forme de jovialité et de légèreté, soutenue par son vocabulaire étoffé et ses attitudes maniérées. Pourtant, ses sujets de prédilection concernent souvent des ruminations passées ou des anticipations angoissées sur l'avenir. Extrêmement logorrhéique, il marque rarement des pauses dans son récit. Il semble avoir besoin « d'expulser » toutes pensées à l'extérieur, soutenu par des gestes des bras vers l'avant, comme s'il « déposait » ses angoisses avant d'accepter de partager un moment présent. Ce qui n'arrive jamais.

Lorsque nous l'aidons à délaissier ses préoccupations de la vie réelle, elles sont relayées par une échappatoire imaginaire dans lequel il ne peut nous inclure et qui change sans conserver de cohérence dans le récit. Les histoires qu'il nous raconte reflètent combien il lui est difficile de s'inscrire dans une continuité temporelle, en respect du passé, en ouverture vers l'avenir. Il me fait l'effet de chercher à devancer ou rejouer l'instant présent.

Isaac est d'ailleurs très attentif aux détails autour de chaque espace-temps et fait remarquer les signes de changement d'écoulement du temps. Je ressens une impossibilité de sa part à actualiser sa représentation de notre relation thérapeutique, ou de l'agencement de la salle, convoquant des représentations antérieures comme s'il ne s'y habitait pas. Cela m'évoque l'exigence d'immuabilité décrite par Kanner (Houzel, 2006), qui est un critère d'instabilité du sentiment d'exister (Pireyre, 2015). On peut se demander comment sont tolérés les changements lorsqu'ils concernent son propre corps.

b) **Continuité corporelle**

L'objet des angoisses d'Isaac reste, au premier plan, son corps. Il peut livrer à l'équipe des représentations du corps effrayantes et morcelées, où tout est confusionnant : « *mon cerveau c'est comme des intestins qui voyagent, qui se baladent* ».

D'après l'équipe, ces questions sont devenues extrêmement envahissantes pour lui à l'arrivée de l'adolescence : « *Ses préoccupations corporelles prenaient toute la place. Il ne cessait de questionner les adultes sur l'intérieur de son corps, les organes, le circuit sanguin mais également sur les poils. La puberté a eu un effet désorganisant, la nudité, la douche devenait insupportable pour lui.* ». A la piscine, il a peur que l'eau enlève ses poils. En entretien, il se dit très perturbé par la transformation de « *sa grosse voix* » et joue avec.

Face à ses angoisses corporelles, Isaac répète des phrases qui se veulent rassurantes. En réalité, il nous renvoie ses peurs, doutes, questionnements et compréhension, en quête d'une réassurance ou d'une validation de ses propres tentatives. Ce comportement m'évoque la recherche de la fonction alpha décrite par W. Bion (1962). Bien souvent, les mots ne suffisent pas pour intégrer une sécurité interne et il répète les mêmes inquiétudes durant des mois voire des années.

Rapidement, j'ai constaté une rupture entre son vécu corporel et sa représentation. Les sensations proposées en séances restaient des excitations dénuées de sens. Les sensations sont justement complètement absentes de son discours. Il décrit uniquement des phénomènes d'un corps dont il parle comme s'il était une entité distincte de lui-même. Les formules qu'Isaac appose sur la réalité restent tirées du vocabulaire soignant et vraisemblablement peu subjectivées.

Ainsi, je suppose que sa tentative de compréhension verbale ne suffit pas à l'apaiser car elle ne fait pas pleinement sens corporellement. Ses élaborations ne résultent pas d'un vécu psychocorporel réel et intégré dans le corps et par le corps, mais d'une spéculation autour d'une explication venant de l'extérieur. Sans « *une activité de représentation globale qui donne sens aux perceptions sensorielles* » (Busschaert, et al., 2011, p. 202) sa conviction intime d'exister se retrouve menacée.

c) L'autostimulation pour maintenir la continuité

Isaac présente des comportements d'autostimulations : il peut se balancer presque en permanence dans le plan frontal (vestibulaires), mordiller ses doigts jusqu'à en saigner (tactiles profondes) puis sentir sa salive (olfactives), regarder en l'air (visuelles périphériques), taper sur des parties dures de son corps de façon proximo-distale au fil du temps, comme ses dents ou ses clavicules (vibratoires). Si A. Bullinger considère les stéréotypies comme pouvant être « *la seule issue pour maintenir présente des représentations fugaces* » (2004), E. Pireyre ajoute que cet « *agrippement sensoriel* » pourrait permettre au patient de maintenir le « *sentiment d'exister de façon continue* », fragilisé dans leur développement au point d'être constamment menacé de vacillement (2015).

Il a été intéressant de constater qu'Isaac alternait ses phases d'absence et de retrait (où se manifestaient ses stéréotypies) avec ses phases logorrhéiques. En ce sens, sa profusion de parole m'évoque, en-deçà de l'apparente fonction communicationnelle, une autre forme d'autostimulation vibratoire et psychique qui rassemble ses facultés cognitives, tonico-émotionnelles dans l'instant et ravive un sentiment d'exister. Cette hypothèse rentre en corrélation avec ses difficultés à nouer un dialogue véritable.

d) Motricité

En parallèle des autostimulations qui sont très investies, l'investissement moteur et expressif reste extrêmement limité. Il montre des troubles de la coordination, notamment oculo-manuelle. Ses appuis sont peu stables, peu ancrés au sol, en hypertonie sur la pointe des pieds. Il est toujours en mouvement sur un pied ou l'autre et n'occupe donc jamais son axe. Il investit beaucoup le plan sagittal – le premier exploré par l'enfant –, et son balancement peut-être aussi perçu comme l'exploration du plan frontal – le second. Isaac ne fait presque aucun mouvements dans le plan horizontal, ni de torsions. Il ne dissocie jamais ses ceintures scapulaire et pelvienne et ne croise jamais l'axe. Il présente de sévères troubles visuo-spatiaux et graphiques qui peuvent être mis en lien avec ses troubles de la lecture et de l'écriture.

3) Différenciation

a) Comportement effractant et vécu effracté

Isaac a besoin d'exercer un certain contrôle dans la discussion, supportant peu certaines questions qui lui sont adressées ou le fait d'écouter l'autre. Sa logorrhée étant plus ou moins envahissante selon son degré d'angoisse, il reste très adhésif aux adultes pour la contenir. Il ne respecte pas toujours la distance relationnelle. Il peut par exemple poser des questions sur leur vie personnelle aux soignants, ou en érotiser la relation en se plongeant dans un état d'excitation au moindre contact physique, visuel ou verbal. Cela semble moins correspondre à un comportement de séduction qu'à une ébullition libidinale qui ne peut rester interne. L'érotisation de la relation d'Isaac semble se jouer davantage sur le plan de la sexualité infantile (le plaisir procuré par les zones érogènes du corps) que l'érotisation sur le plan de la sexualité génitale. Par son indifférenciation des zones érogènes et de soi avec autrui, l'autre est pris et inclus malgré lui dans ce qu'on pourrait percevoir comme une forme d'autostimulation. Ses pairs signalent parfois des harcèlements de sa part, voire des passages à l'acte (toucher les parties intimes sans consentement). Il justifie ses actes par ses « difficultés », et se sent très rapidement persécuté par le rappel à la loi.

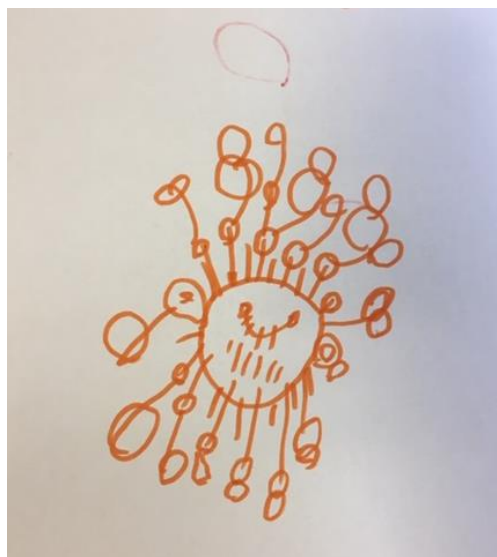
Isaac différencie peu l'espace public de la sphère privée. Il a plusieurs fois été repris en train de s'adonner à des conduites masturbatoires (se frotter sur le sol essentiellement) dans différents ateliers, notamment ceux impliquant le corps. L'équipe l'accompagne à comprendre que l'expérimentation du corps n'implique pas les mêmes possibilités selon les espaces.

A la maison, ses limites spatiales et psychiques de l'intimité sont également peu marquées. Il dort dans la même chambre que sa mère, bien que dans un lit séparé. Elle a beaucoup de mal à lui imposer des restrictions éducatives, craignant sa réaction. Elle décrit en effet une cohabitation difficile. Isaac fait des crises où il se montre agité et peut même devenir violent physiquement.

La question de son intimité est un axe de travail principal de l'équipe avec Isaac tant il subit un vécu d'effraction dans tous les ateliers : tout contact ou proposition de mouvement peut être refusé car vécu comme « *trop intime* » et associé à son « *zizi* ». Il répète que c'est son corps et pas le nôtre, comme si entrer en contact physiquement ou visuellement avec son corps signifiait en prendre possession. Il explique que son corps « *change* », mais qu'il pourra le « *bouger* » quand il sera « *adulte* ».

b) Non-intégration des limites corporelles

Pour comprendre l'attitude tantôt intrusive tantôt intrusée d'Isaac et sa confusion des espaces intime-public, l'évaluation de ses représentations corporelles m'a donné quelques pistes. Sur ce dessin du bonhomme, je relève que le dedans/dehors de son corps n'est pas clairement délimité (Goodenough, 1926). Son enveloppe du corps représenté est transpercée par ce qu'il identifie parfois comme des « *poils* », parfois comme des membres, auxquels sont attachés des excroissances de lui-même : la « *peau des mains* ». Sans la contenance d'une enveloppe, son intégrité peut-être menacée par la relation de son corps à l'environnement, lorsque le contact n'a pas de médiateur physique (angoisses dans la douche ou la piscine) ou verbal (lorsqu'on formule une demande concernant son corps, comme des mouvements).



Je note aussi l'indifférenciation des parties de son corps, réduit à un cercle, qui correspond au visage. Cela illustre son investissement sensoriel qui reste essentiellement proche de la zone orale (parole, autostimulations sur les dents, nourriture), avec une progression proximo-distale. Même ses jeux imaginaires mobilisent essentiellement la bouche : talkie-walkie, bruits de bateaux... La partie inférieure du corps lui paraît particulièrement étrangère : les poils de ses jambes et de son pubis lui semblent plus effrayants que ceux de son visage qu'il a appris à toucher avec fierté. En dehors de ces descriptions, il ne touche que très peu son corps.

Les changements pubertaires semblent avoir fait irruption dans l'organisation des perceptions corporelles d'Isaac. La localisation et les qualités de sensations tactiles ne sont pas différenciées, confondues dans une recrudescence érogène dominant toute distinction. La confusion des espaces intimes au sein de son propre corps est à mettre en lien avec la confusion de l'intimité des espaces partagés. Sans le ressenti de ses limites psychocorporelles, son corps et celui d'autrui se confondent. Toute sorte de contact peut être interprété alors soit comme agressif, soit comme excitant. C'est pourquoi, son vécu effracté et son comportement effractant peuvent être considérés comme deux manifestations d'une fragilité de l'enveloppe psychocorporelle (différenciation interne-externe) et d'une désorganisation perceptive (différenciation des parties du corps entre elles).

4) Reconnaissance

a) Positionnement social

Les problématiques de différenciation d'Isaac le mettent en difficulté pour trouver un ajustement social. Face aux adultes, il se met dans une position très infantile, dépendant de leur regard et leur valorisation et tapant des pieds lorsqu'il est frustré. Avec ses pairs, il peut montrer une familiarité prématurée ou adopter un positionnement d'adulte face aux comportements qu'il semble vouloir maîtriser et corriger. Cela ne manque pas de générer une grande agressivité chez les autres jeunes, qui suscite chez Isaac une forte angoisse. Il se pose aussi beaucoup de questions sur ce qu'implique son statut d'adolescent, et sur son « *diagnostic* », qui a provoqué des crises d'angoisses et de la tristesse d'après sa mère.

Isaac ne peut s'appuyer sur son ressenti pour contextualiser une scène, et se raccroche à des signes ou des généralités pour se rassurer. Il se situe donc dans un permanent flou social, où il ne parvient pas à s'assurer seul de la « *normalité* » de la situation. Il décrit souvent des situations relationnelles ambiguës voire dangereuses qui mêlent réalité, fantasme et confusion. Il est donc difficile d'en retracer la véracité, d'autant plus qu'il tient des versions différentes selon les soignants, entre confabulations et craintes de la sanction.

b) Identifications

Il s'avère qu'il rentre en contact avec des inconnus dans la rue ou des bars. Des figures qu'il investit comme paternelles d'une part, ou qui ont comme lui des origines « *asiatique[s], complètement asiatique[s]* ». Des jeunes hommes d'autre part, dont il prend les numéros et à qui il donne même parfois rendez-vous. A tous il dévoile ses inquiétudes les plus personnelles sans mesure du contexte.

Ces rencontres convoquent à la fois l'éveil de sa sexualité, une recherche de réassurance sur ses angoisses et une quête ardente à propos de la figure du père, et de ses origines, de « *sa place* » comme il le dit. L'équipe a aidé sa mère à lui poser un cadre pour le protéger. Cela a soulagé Isaac pour qui la sociabilisation est précieuse par son caractère valorisant et identificatoire, mais qu'il ne peut cadrer et contextualiser seul.

5) Axes thérapeutiques

La fragilité des représentations corporelles d'Isaac menace en permanence sa continuité d'existence. Elle l'empêche d'accéder à la réalité d'un corps unifié et différencié d'autrui, ce qui impacte sa distance relationnelle. Enfin, il est confus face aux nouveaux enjeux et aménagement sociaux auxquels l'adolescence et la sexualité le confrontent, ce qui l'amène à chercher réassurance et figures identificatoires dans des situations parfois dangereuses. La thérapie d'enveloppement lui a apparemment permis de sentir les limites et l'intégrité de son corps : « *j'ai compris que mes poils restent attachés à ma peau.* » Au travers d'un travail sur les différentes composantes de la représentation corporelle, l'accompagnement en psychomotricité peut permettre à Isaac de différencier et complexifier ses représentations corporelles en faisant le lien entre vécu corporel, schéma corporel et image du corps.

B) Accompagnement psychomoteur d'Isaac

Pour cela, nous avons exploré avec lui les différentes composantes des représentations corporelles. Isaac semble à l'aise dans la composante **gnosique** : son vocabulaire est précis, bien qu'il montre quelques difficultés de transposition de ses connaissances à son propre corps. A l'opposé, les composantes **expressives** lui étaient très difficiles d'accès. Nous avons essentiellement cherché à explorer les autres composantes des représentations du corps : **temporelles, spatiales et structurales, praxiques, sensorielles, psychoaffectives et psychosociales** (Paumel, 2018). Les liens psychocorporels sollicités proviennent de la modélisation M-PRECOR de C. Paumel (voir annexe IV).

1) Composantes temporelles

a) « *Rythmes physiologiques* » - **S'accorder au corps**

Pour qu'Isaac se sente exister, la réassurance verbale ne lui suffit vraisemblablement pas. Ainsi, nous avons emmené Isaac vers de la conscience corporelle pour qu'il puisse établir un sentiment de sécurité interne quant à sa continuité d'existence. Pireyre dit : « *l'aide à apporter aux patients atteints dans leur continuité d'existence peut être le passage par la sensorialité* » (2015, p. 18).

Isaac amène de lui-même en séance la demande de sentir ses rythmes physiologiques immuables qui témoignent de sa continuité. En groupe avec un autre jeune, ils ont passé plusieurs séances à compter les battements de leur cœur ou de leur respiration, avant et après avoir fait un effort physique et après le retour au repos, ce qui leur permettait de se confronter à la fois à la variation corporelle et à sa permanence. Dans cette dynamique, nous avons invité Isaac à toucher plus consciemment son propre corps, et notamment des zones qu'il ne touche jamais.

Il se touche alors franchement les côtes avec tout le plat des mains, et formule qu'il sent « *mieux* » sa respiration. Je le vois quitter petit à petit ses irrptions imaginaires jusqu'à paraître beaucoup plus présent. Les mains sur le sternum, il respire calmement. Il dit sentir ses côtes et sa « *cage thoracique* ». Il amène dans la suite de la séance un champ lexical lié à la taille : il dit avoir grandi, et nous allons constater nos tailles dans le miroir.

Le toucher de son propre corps rappelle sa forme. Lorsqu'Isaac nous dit qu'il a grandi, c'est très différent que lorsque qu'il dit que son corps « *change* ». Il passe d'un constat effrayant d'une mutation indéterminée à une perception de ces changements, qui prennent

forme. Il commence à pouvoir sonder cela sur son sternum. En revanche, la partie inférieure de son corps lui paraît toujours étrangère.

2) Composantes spatiales et structurales

a) « *Forme du corps* » – Sentir la structure

Nous essayons de l'amener à une exploration sensorielle de la structure de ses pieds par l'auto-contact. Comme à son habitude, il n'est pas très présent à ce qu'il fait. Il balaye, gratouille, mais ne pose pas véritablement ses mains sur ses pieds. Cependant, il dit ressentir sa peau avec la balle, les os avec les mains dans une attention assez authentique : « *ça fait des boules recouvertes de peau* » dit-il.

Isaac ne peut pas encore verbaliser ses sensations (dur, mou, doux) et reste sur un versant descriptif. Il est cependant significatif pour lui qu'il puisse explorer consciemment son corps par le réel plutôt que par ses représentations imaginaires. Il fait des liens avec d'autres moments de conscience corporelle comme l'enveloppement sec qu'il reçoit à l'HDJ en début de semaine, le bain chez lui, ou des moments de relaxation dont il se saisit en autonomie avant de dormir. Je constate une continuité entre la sensation qui le renseigne de sa forme du corps, et sa représentation qui prend forme en faisant écho à d'autres.

b) « *Plans de l'espace* » – Médiatiser l'exploration

Constatant qu'Isaac ne dissocie jamais ses ceintures scapulaire et pelvienne pour explorer le plan horizontal, Mme S. a conçu un médiateur. Nous avons fait un trou au milieu d'un drap quelque peu extensible, suffisamment grand pour qu'Isaac s'y insère. Une fois glissé au-dessus de la ceinture pelvienne d'Isaac, le drap matérialise le plan horizontal. Nous établissons une règle simple à comprendre pour lui : essayer de garder immobile la partie du corps située en dessous du drap. Nous le poussons ensuite à venir taper dans les mains de Mme S., devant lui, ou les miennes derrière. Avec un bras, puis l'autre, il croise son axe, dissocie ses ceintures, et bouge dans le plan horizontal dans ce qui semble être pour une fois, une véritable exploration. Son plaisir est visible et le nôtre aussi. C'était comme débloquer un nouveau travail, relancer le temps d'une séance son développement psychomoteur. Nous avons approfondi ce travail sur plusieurs séances. Décliner ce matériel dans les autres plans pourrait lui permettre de revisiter tous les plans de l'espace et structurer ses repères corporels spatiaux.

c) « *Articulation, contenant/contenu, détail et globalité* » – **Se construire**

Comment soutenir ce rassemblement pour lui permettre d'aboutir à une structure, une différenciation dedans-dehors ? J. Oury fait part de ses observations cliniques : « *dans les structures psychotiques [...] c'est en construisant quelque chose qu'on se reconstruit soi-même.* » (1989, p. 172-173). Fabriquer quelque chose est « *une façon de se rassembler* » (*Ibid.*, p. 19). Ainsi, G. Pankow traitera la dissociation de ses patients psychotiques en leur faisant construire des modelages dans ce qu'elle appelle une « *structuration dynamique de l'image du corps* » (1981, p. 144). Isaac vient avec un projet de construction d'un bateau. Pour lui qui met souvent en parallèle les pièces de jeu avec ses « *organes* », nous y avons vu une façon de structurer sa pensée en même temps que sa représentation du corps.

Il assemble compulsivement toute pièce qui passe à sa portée, sans projet ni sélection. Impossible de maintenir une consigne simple pour rentrer dans le jeu. Quand on essaie de prendre son imaginaire comme support, on se rend encore mieux compte de l'instabilité de l'histoire qu'il se raconte. Les idées s'enchaînent avec comme seul lien possible l'instant précédent. Les personnages changent d'identité, les objets changent de fonction.

Je suis assommé, complètement « débordé » par son « débordement ». Au lieu d'une construction cohérente, nous assistons à une matérialisation de sa désorganisation en un assemblage confus d'entités mutantes de Legos. Même s'il dit vouloir faire un « *Titanic* », il perd complètement de vue cet objectif et donne à des assemblages sans fin et irréfléchis le titre de « *repères* » et de « *tours de contrôle* », pour « *guider* » les bateaux. J'essaie de structurer un « *port* » pour constituer une enveloppe mais ses « *repères* » prennent toute la place, débordent du port, transgressent les frontières comme si elles n'existaient pas, dans une impossibilité de distinction dedans-dehors. Isaac s'étale sur et par-dessus, plus de place sur le plateau pour construire le moindre bateau, pour qui étaient destinés tous ces repères.



Ci-avant, les assemblages faits par Isaac durant la séance. On peut voir sur l'image de gauche que j'ai essayé de délimiter un espace entre dedans et dehors le port, qu'il n'a pas pu respecter.

J'interprète ses « repères » et « tours de contrôle » comme une tentative de baliser un espace qui promet sans cesse de prendre forme dans l'imminence de l'instant d'après, sans jamais se fixer. Je constate que son projet initial se voit submergé par cette mise au dehors effrénée d'éléments angoissants. La suite n'amène rien de plus consistant que l'imminence d'une autre suite. Isaac à l'air d'errer dans une succession de changements qui ne sont pas sans rappeler le devenir permanent d'Héraclite. Sans perception de l'« organisation » que conserve le vivant (Locke, cf I.A.2), ce processus demeurera une marche effrayante vers l'inconnu. J'avais l'impression au travers de cette construction qu'il nous faisait vivre « *ce corps qui change et qui entraîne [les adolescents], presque malgré eux, vers un devenir menaçant et angoissant car totalement inconnu.* » (Potel, 2015a, p.70)



Les séances suivantes, nous l'aidons à s'organiser. D'abord, en soutenant son attention lorsqu'il s'écartait de son projet. Ensuite, en instaurant une construction à deux avec moi, de sorte à être un « repère » de réalité dans un jeu de tour à tour et d'imitation. Enfin, en présélectionnant uniquement les pièces dont nous avons besoin à chaque étape. Nous l'accompagnons dans un projet de construction de RER. A partir de plusieurs petites structures, il aboutit à une construction unifiée qui fait sens pour lui : il a commencé à jouer avec en tant que wagon. Une représentation tient, dans une globalité. Un travail de mise en parallèle avec le corps a pu ensuite être induit au travers de jeux de postures.

Ci-dessus, nos deux constructions de wagon sont presque strictement identiques sur la couleur, l'agencement et l'orientation des pièces.

3) Composantes praxiques

a) « Organisation motrice » – S'adapter corporellement

En diversifiant les expériences motrices d'Isaac, nous cherchons à lui donner accès à différentes modalités de vécu corporel que la motricité restreinte à laquelle il se réduit. Une

première façon de l'engager dans une motricité globale est de s'appuyer sur l'enthousiasme collectif du groupe. Par la médiation football avec un autre jeune, il a pu explorer de nouvelles conduites motrices (courir, passer, frapper) et avoir accès au travail d'équipe.

En individuel, le débordement d'excitation, la fuite dans l'imaginaire et la sur-stimulation sensorielle sont des points de vigilance lorsque l'on cherche à impliquer Isaac dans une activité motrice. Il n'a pas la capacité d'expérimenter seul à partir des supports matériels de la salle. C'est sans doute pourquoi un parcours psychomoteur extrêmement précis se révèle adapté à une mobilisation plus diversifiée. En créant une voie unique parsemée d'obstacles, Isaac doit s'adapter aux structures présentes sur son chemin. Il accède de cette façon à de nombreuses explorations motrices nouvelles pour lui : grands pas, sauts pieds joints, marche arrière ou encore enjamber ou s'asseoir sur une table pour passer par-dessus.

b) « *Imitation* » – Se ressembler pour exister

En groupe d'expression corporelle, nous avons observé qu'un jeu en particulier rendait Isaac très attentif à ce qui s'y déroulait. Pour la première fois, je le sentais observer les autres avec présence et précision.

Nous faisons le jeu du miroir. Lorsque quelqu'un d'autre guide, Isaac reproduit les mouvements de façon vague et certaines propositions rendent flagrant le fait qu'il ne croise pas l'axe. Lorsqu'il est le guide en revanche, il devient immédiatement plus présent. Je réalise combien il est intéressant qu'il voie ses mouvements reproduits, qu'ils soient volontaires ou non. En voyant ses agitations stéréotypées reprises par les trois personnes qui l'imitent, elles redeviennent sous contrôle du mouvement « conscient ». De plus, Isaac investit beaucoup sa place lorsqu'il est à l'initiative, en montrant beaucoup d'idées dans un répertoire moteur et symbolique diversifié : porter un sac, prier, ou même croiser les jambes, qu'il mobilise habituellement peu. Il aime nous demander de faire silence et fermer les yeux avec lui.

Dans cette position, Isaac maîtrise la relation et peut s'y engager. Lorsqu'autrui est un reflet de lui-même, il peut l'inclure dans la relation. Cette fois, le cadre de la proposition permet de jouer la fusion à l'autre sans s'engouffrer dans l'érotisation. Peut-on dire qu'il expérimente avec nous sa continuité en fermant les yeux en silence, immobile ? Avec notre *feedback*, il prend conscience qu'il existe et est acteur du monde. Il explore alors de nouvelles façons de mobiliser son corps dans l'espace.

4) Composantes sensorielles

a) « Régulation sensorielle » – Organiser les sensations

Nous avons cherché à passer par la sensorialité pour nourrir des représentations corporelles. Si nous contactons trop directement son corps avec des percussions osseuses, cela provoque une excitation incontrôlable. Celle-ci prend voie dans des rires ou dans une érotisation (demande de caresses). D'abord, je peux supposer que cela lui rappelle trop directement la réalité d'un corps qu'il investit avec précaution tant il est sujet d'angoisses. Ensuite, je constate que le toucher d'autrui peut induire une confusion sur le sens de ce qui se joue dans la salle. Il ne paraît pas clair pour lui si cela l'autorise ou non à avoir accès au corps de l'autre.

Le toucher n'est pourtant pas à bannir des moyens à utiliser pour le renseigner sur la structure de son corps. J'ai observé qu'il tolère mieux le toucher dans l'atelier détente, où son niveau de vigilance est abaissé et sa conscience corporelle accrue. Lorsqu'il peut se placer dans cette relative disponibilité, le toucher devient un médiateur pour accéder à des sensations qui ne le débordent pas.

Puisqu'il parle de ses côtes, Mme S. décide de les lui faire sentir au travers de la relaxation. Elle l'amène à sentir, par la voix, par le toucher passif, puis par la mobilisation active que sa respiration est liée aux mouvements de la cage thoracique. Sa respiration est rapide et non naturelle, mais il gonfle sa cage thoracique contre les mains de Mme S., dans un moment de silence où cesse toute agitation ou autostimulation : Isaac semble écouter son corps. Nous l'amenons à sentir la dureté de ses côtes et leur continuité dans le dos. Il nous demande de le rassurer : « *ça c'est mes côtes à moi, c'est mes os, c'est normal. C'est mon corps.* » Cette fois, ses représentations ne restent pas suspendues au langage. Elles émergent de la sensation.

Lorsque nous soulageons Isaac des éléments extérieurs parasitant son attention visuelle (fermer les yeux) et auditive (musique douce sans paroles) dans un cadre contenant ses angoisses, il peut diriger pleinement son attention vers le ressenti de son corps et contenir ses sensations. Par la suite, nous l'avons amené à lier la composante sensorielle avec la composante gnosique des représentations en nommant les organes que protège la cage thoracique. Il dira : « *ça m'a fait du bien de sentir que mes côtes étaient solides, qu'elles ne peuvent pas se casser comme un jouet par exemple, ou une figurine.* ».

5) Composantes psychoaffectives

a) « *Solidité et fragilité du corps* » – L'ambivalence du vivant

« *Est-ce qu'on peut parler des blessures graves dans le corps ?* » demande Isaac après un temps de conscience corporelle. Finalement, il trouvera un moyen d'en parler moins frontalement : « *Les voitures ne faiblissent pas, elles tombent en panne. Alors que nous, on faiblit. Les jouets, s'ils sont cassés il faut les réparer avec un tournevis. Nous, on nous ouvre la peau à l'hôpital mais je préfère expliquer comment réparer un ordinateur, ça m'inquiète moins.* » Il souhaite ranger seul : « *t'inquiète pas, j'ai de la force, je ne me casse pas.* » En remettant ses chaussures, il fait le « *bruit du clignotant des voitures* » et nous le fait remarquer avec un sourire. Puis il se relève et conclut avant de sortir : « *j'aimerais bien me réparer moi.* »

Ici Isaac montre ses angoisses concernant la solidité ou la fragilité du corps et son intérieur et trouve le moyen de les mettre à distance par la métaphore des machines. Parallèlement, à la maison, il casse beaucoup d'objets, ou plus exactement les démonte, et cherche semble-t-il à en comprendre la mécanique intérieure. Il questionne les caractéristiques du vivant et sa vulnérabilité, les moyens dont il dispose pour dépasser l'angoisse qu'elle suscite. Nous avons ouvert un livre d'anatomie pour qu'il se confronte à la relativité de notre solidité, mais aussi de notre fragilité.

Nous observons le détail des os. Il met en place un évitement tout en restant assez attentif à ce que nous lui montrons. Sa façon de voir sans regarder ce corps dessiné m'a rappelé la façon dont il n'observe pas son propre corps, alors même qu'il est l'objet de ses angoisses, de ses fantasmes et de son discours. Nous arrivons sur la page des yeux. « *Je me questionne sur les yeux, c'est important. Il y a des gens qui ont des lunettes, des lentilles.* » Il est plus calme. Ce qu'il dit se suit, il est toujours rapide mais très attentif à ce qu'on lui répond, ce qui n'est pas habituel. Quelles sont les parties fragiles du corps ? « *Les yeux, la tête si l'on se cogne, les dents si on a des caries.* » On lui montre sur l'image qu'il y a un os dans la tête, qui est solide. Il tapote l'image avec sa phalange et dit « *ah oui c'est dur* » au lieu de toucher son propre crâne.

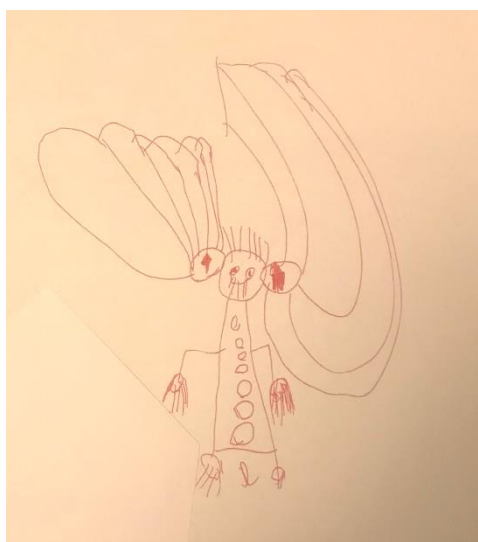
Lorsqu'Isaac associe des représentations à partir d'un support témoignant d'une réalité, il semble plus disposé à les construire, moins perdu dans une répétition angoissée. Le langage devient un outil pour « penser » son corps et non uniquement pour le mettre à distance. Faire un lien direct entre l'image et son corps par le toucher semble encore trop angoissant. Il a du mal à percevoir les os comme solides, il les regarde d'abord comme vulnérables. En écoutant

comme le corps est menacé dans son vocabulaire, je peux apercevoir l'angoisse prégnante qui accompagne ses représentations psychoaffectives du corps.

b) « Intégrité et fonctions corporelles » – Comprendre et subsister

Isaac demande à regarder des livres ou des vidéos sur le fonctionnement du corps humain. La psychomotricité est aussi un espace où il construit son vocabulaire en lien avec son vécu. En relation avec toutes les autres composantes des représentations corporelles, la parole a pu être pour Isaac porteuse de sens : sur le fonctionnement du corps et de ses organes, sur son intégrité malgré les changements pubertaires. Il a pu parler d'une « *crise d'angoisse* » qui l'a menée aux urgences : « *Ce qui m'angoissait, c'était l'adolescence. Je me suis réveillé et mon sexe était très gros, je me suis dit : « pas de panique ». C'est pour le mastiquer ou faire des bébés ? Mais, il va rester là toute ma vie ! On va me dire : Isaac, arrête de pousser ! Puis, j'ai retrouvé la forme. »*

Un des fondements du sentiment identitaire réside dans le fait de se sentir « le même » dans le temps. Face à la génitalisation, Isaac s'assure qu'il vit « *juste un passage* » et non un délitement complet de son être. Il cherche à distinguer le transitoire du permanent et les fonctions de cette sexualisation. En cheminant entre perception et représentation, il parvient à sortir de la « *panique* » de « *pousser* » indéfiniment et peut retrouver « *la forme* ». Isaac conclura la séance de cette façon : « *Je comprends que : mon corps change, mais c'est le même. »*



Le dessin du bonhomme qu'il fait possède pour la première fois une enveloppe qui marque le dedans et le dehors, en comparaison avec ses autres dessins qui ont suivi le premier. Les poils se confondent toujours aux dents et aux membres, et Isaac décide à la fin qu'elles deviennent des « *ailles* » au niveau de ses oreilles. J'interprète prudemment que les poils sont particulièrement angoissants pour l'animalité qu'ils évoquent et je relie la taille des oreilles à sa probable hypersensibilité auditive. J'insiste enfin sur le fait que le corps est beaucoup plus structuré, proportionné et différencié que le premier dessin (voir les évolutions en annexe I à IV), ce qui témoigne d'une complexification des représentations corporelles, suivant la progression proximo-distale puisque que les coudes sont représentés mais pas les genoux.

6) Composantes psychosociales

a) « Préoccupations » – enfant ou adulte ?

Face à l'ambiguïté sociale dans laquelle Isaac est plongé, nous avons également joué un rôle éducatif. Pour s'ajuster dans les situations, il s'agissait pour lui d'apprendre à pouvoir écouter et distinguer ses ressentis, souvent très justes : peur, agression, désir, frustration. Nous avons aussi pu accueillir ses questionnements sur le statut d'adolescent.

« Je ne savais pas si c'était à une heure et quart ou treize heures quinze » affirme Isaac en rentrant dans la salle après avoir été refusé plusieurs fois avant l'heure habituelle, treize heures trente. Cela n'est pas la première fois qu'il rentre plus tôt. Nous lui proposons d'écrire avec lui « J'ai psychomotricité à 13h30 » pour que la prochaine fois, il soit certain de l'heure. Au moment d'écrire le « 30 », il est pris d'un rire plein d'excitation. Nous l'interrompons pour qu'il nous explique : le nombre trente lui fait penser au bus trente qu'il prend en autonomie tous les matins : « *Quand je regarde le bus trente, j'ai l'impression de ne plus être ado, d'avoir trente ans, d'avoir fait ma vie. Alors que quand on a quinze ans, on est encore adolescent.* »

Au travers de ce qu'il dit, Mme S. et moi supposons que l'horaire de treize heures quinze peut correspondre inconsciemment pour lui à un horaire d'adolescent, alors que le nombre trente est angoissant car le précipite dans la perspective d'un avenir d'adulte confirmé. Nous avons alors une discussion autour du statut d'adolescent. Il nous demande : « *Quand on est adolescent, on est traité comme un enfant ou comme un adulte ? C'est nos parents qui nous comportent, ou on se comporte nous-mêmes ?* » Nous avons identifié un certain nombre de fausses croyances sur le statut d'adulte. Il pensait par exemple qu'il serait obligé de boire de l'alcool à sa majorité, ce qui l'angoissait particulièrement au vu des effets de cette substance sur son père. Nous l'avons accompagné à identifier le double besoin de l'adolescent selon P. Blos : réorganiser ses relations familiales du fait de la sexualisation, tout en lui permettant l'accès constructif à la régression. Il conclue : « *Moi j'ai l'impression que quand on est adolescent, on est un peu un enfant quand même.* ».

D) Conclusion de l'accompagnement psychomoteur d'Isaac

Au cours du suivi en psychomotricité, Isaac a pu lier vécu corporel (sensations), schéma corporel (perceptions) et l'image du corps (représentation dans son sens non élargi) dans un mouvement réciproque, et ainsi soutenir le mouvement de différenciation et de complexification de tous ces niveaux de représentations corporelles. Nous avons pour cela sollicité les liens psychocorporels liés aux diverses composantes des représentations du corps selon C. Paumel (2010) : **rythmes physiologiques, forme du corps, plans de l'espace, articulation, contenant/contenu, détail et globalité, motricité générale, imitation, régulation sensorielle, solidité et fragilité du corps, intégrité et fonctions corporelles, préoccupations psychosociales**. Isaac a pu trouver d'autres voies de ressenti de la continuité d'existence que les autostimulations, apprendre à supporter le contact sans être intrusé ou intrusif, faire des liens entre ses changements corporels et ses changements sociaux. C'est en ce sens que le suivi en psychomotricité lui permet, par un travail sur les représentations du corps, de soutenir la construction de son sentiment identitaire.

III – ZYED

A) Les troubles du sentiment identitaire chez Zyed

1) Anamnèse

Zyed est né en Angola. Son père était un opposant politique au régime, disparu lorsque Zyed avait entre un et deux ans. Zyed a été emprisonné avec sa mère alors qu'il avait trois ans et ils ont fui clandestinement le pays à ses quatre ans.

A 19 ans, il a subi une grave décompensation schizophrénique avec syndrome catatonique. Une fugue pathologique l'a amené deux fois à errer sans destination durant trois jours, entraînant une hospitalisation complète de trois mois. A la suite de cela, il a montré une grande régression dans ses capacités de la vie quotidienne. Il a perdu la propreté, ne se lavait pas seul, n'était plus autonome dans les transports du fait d'une désorientation spatio-temporelle importante. Après cette hospitalisation complète, il est resté durant des mois au domicile sans aucun soin ni scolarisation.

Dans son dossier, on trouve la description très diverse d'épisodes psychotiques : troubles maniaco-dépressifs, mélancoliformes, dissociatif, délirants et des comportements autistiques. Une hospitalisation complète dans un HDJ M. a été décidée pour assurer une continuité des soins qui peinait à s'inscrire, administrer un traitement médicamenteux refusé par la mère, et éviter un épuisement psychique de la mère.

Je n'ai aucune information concernant son parcours de soin et d'éducation entre ses 4 et ses 18 ans, ce qui montre l'étendue de la discontinuité dans laquelle est plongé Zyed et la difficulté de rassembler une histoire dont les témoignages sont épars. Je le sais seulement hospitalisé à temps plein à l'internat psychiatrique M depuis une date inconnue.

En étant toujours hospitalisé dans l'HDJ M, il est accueilli à temps partiel dans l'HDJ B depuis début 2018, avec une présence croissante jusqu'à 4 jours par semaine. Zyed est présenté par le psychiatre directeur de l'établissement comme souffrant d'un autisme infantile ancien qui évoluerait vers des modalités schizophréniques. Le tableau actuel est celui d'une schizophrénie paranoïde. Cette maladie se caractérise essentiellement par « *la présence d'idées délirantes relativement stables, souvent de persécution, habituellement accompagnées d'hallucinations, en particulier auditives, et de perturbations des perceptions* » selon la CIM-10 (1994).

2) Continuité

a) Continuité de l'environnement

Arrivé en France à 4 ans, sa langue maternelle, le portugais, a alors cessé d'être parlée au domicile au profit du français. Sa mère décrit un comportement agité et intrusif avec ses pairs durant l'enfance, puis un retrait soudain aux alentours de six ans. Zyed ne bénéficie que du seul soutien de sa mère, elle-même isolée, en grande difficulté sociale et psychologique. Celle-ci s'est formée professionnellement pour sortir de la précarité et travaille comme aide-soignante en maison de retraite. Du fait de ses horaires de travail, elle a eu recours à un organisme auxiliaire payé par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) pour le lever, lui donner son petit déjeuner et l'emmener à l'hôpital. Aujourd'hui il ne dort chez sa mère que deux week-end par mois. Zyed a donc eu un environnement extrêmement précaire et fluctuant depuis sa naissance.

Dans les descriptions de l'équipe, Zyed se comporte comme s'il faisait abstraction de son environnement et comme si son environnement faisait abstraction de sa présence. Il est parfois retrouvé affalé au sol ou endormi à des endroits improbables de l'HDJ. Il donne souvent l'impression de s'échapper des thérapies : présence orbitale, sorties inexplicables, absence de participation voire endormissement en atelier. Sur le moment, si l'on essaye d'en parler avec lui, il rit ou fuit, mais n'en dit rien. Cependant, l'observation a montré qu'il bénéficiait malgré tout des soins déployés, toujours à sa propre échelle particulière. Cela se décèle souvent par l'équipe dans l'après-coup : son enthousiasme à se remémorer des activités, la précision de ce qu'il en a retenu, sa compliance progressive – bien que très intermittente – aux soins proposés.

b) Continuité tonico-psychique

Zyed est un jeune homme très grand, d'un teint hâlé, avec de longs cils. Courbé, il semble peu attentif à sa posture, son positionnement dans l'espace et à son confort : il reste tel que son corps se pose, là où il lui coûte le moins d'énergie. Il est sujet à un ralentissement psychomoteur marqué, avec des temps de latence aux réponses motrices et verbales. Il me donne l'impression de ne pas habiter son corps.

L'effondrement postural de Zyed reflète son état psychique. Il est énurétique et parfois encoprétique. Ses référents le lavent régulièrement. Il pourra dire en être dérangé, sans qu'il cherche à s'en cacher ou se laver. Il relie ses énurésies au retour de rêves où il se fait cuisiner

dans une marmite et manger par des sorcières. E. Pireyre cite la dévoration comme une des quatre angoisses archaïques fondamentales qui menacent la continuité d'existence (2008)

c) Continuité attentionnelle

Les consignes doivent être simples, étayées et peu nombreuses pour être comprises. Parasité par ses pensées, son attention est très limitée dans le temps en intensité. Elle est particulièrement labile durant l'exécution motrice où il peut perdre de vue son projet moteur ou être désorienté par des stimulations environnantes. L'agencement du matériel de la salle dans l'espace peut ainsi faciliter sa concentration en fixant un cadre structurant la proposition. Il a très peu accès à la double tâche, c'est à dire à « *la réalisation concomitante de deux tâches ayant des buts bien distincts et séparés* » (Abadie, 2018). En sollicitant ses observations sur des points précis de l'appariement d'image, les réponses de Zyed sont pourtant majoritairement exactes. Cela témoigne de ressources attentionnelles et de compréhension qu'il utilise très peu, ce qui est aussi décrit par ses enseignants concernant ses facultés scolaires.

Il se décourage vite, et les mises en difficultés majorent sa tendance à l'hypotonie. Il manifeste de nombreux refus tout au long des séances, évitant notamment les propositions qui requièrent un grand engagement moteur ou attentionnel. La continuité de son engagement psychocorporel nécessite de la part du psychomotricien à la fois directivité et adaptation à ses refus, en réinventant ou assouplissant l'exercice. Je partage avec d'autres soignants le sentiment d'être vite persécutant avec lui, tant il s'extrait de la pièce sans prévenir. Par le recours au ludique et à la surprise, sa curiosité est éveillée et lui permet de s'impliquer dans une activité. Sa créativité doit être fortement soutenue, nourrie de propositions, étayée et structurée pour trouver une forme. Alors Zyed s'anime, s'éveille, se redresse, s'adresse, rit, parfois nerveusement. Dans l'après coup, il s'enthousiasme même de ce que nous avons traversé pendant la séance.

3) Différenciation

a) Représentation unifiée de soi

Zyed semble replié sur lui-même, comme au bord de son noyau psychique le plus dense, celui de l'état autistique primaire décrit par M. Mahler. L'équipe décrit ses efforts pour se rassembler psychocorporellement dans les soins, avec un très fort risque de régression et de désorganisation qui trouverait solution dans le délire. P. Fontaine, à partir des travaux de S. Freud, J. Oury et G. Pankow, explique que le délire peut être une façon de rendre habitable

une réalité que l'on ne peut s'approprier et que l'on subit passivement (2014). Oury nous dit : « *Tout l'effort du psychotique, [...] s'il lui reste une certaine énergie qu'on peut appeler « vitale », son effort sera de se rassembler, même s'il n'y arrive pas !* » (Oury, 1989, p. 19) L'équipe soutient donc le mouvement de rassemblement psychocorporel et cherche à le rendre acteur du monde dans lequel il vit.

b) Représentation unifiée d'autrui

Dans la relation, sa communication non-verbale est peu orientée vers son interlocuteur. Son regard est tombant, non adressé, mais se montre plus éveillé par fulgurances. Il est frappant de constater combien son regard change radicalement selon sa présence à lui-même et à autrui : il peut pétiller de malice, puis communiquer un lourd exténuement. Bien qu'il soit capable d'exprimer des refus, il se place en position passive dans la relation. Lorsqu'il est sur-sollicité, il peut même s'en extraire complètement : il ne regarde plus, ne répond plus, murmurant quelques sons informulés.

A l'extérieur, Zyed est petit à petit redevenu autonome dans les transports. D'après une observation d'un éducateur qui l'a accompagné, il semble indifférent aux réactions d'irritation ou d'agressivité qu'il suscite autour de lui. Cela paraît à la fois dû à sa difficulté à reconnaître les besoins des autres, et à une habitude à être maltraité en retour. Il peine à instaurer un dialogue et peut parfois se faire des monologues.

c) Investissement des fonctions autonomes

Zyed n'investit pas les fonctions autonomes qui caractérisent l'individuation selon M. Mahler : locomotion, perception, apprentissage (cf I – D – 1). Zyed participe peu à l'oral comme à l'écrit, mais en est capable de façon très pertinente avec un étayage suffisant. Ses enseignants ont découvert tardivement qu'il savait lire, tant il utilise peu cette faculté. Il ne peut saisir que quelques bribes d'un texte et son écriture est souvent illisible. Dans la cour, je ne l'ai que rarement vu jouer, courir ou observer ce qui l'entoure.

4) Reconnaissance

a) Reconnaissance administrative

Sa famille ayant fui son pays d'origine, Zyed n'a pas de papiers administratifs qui attestent de son existence. Son certificat de naissance n'est pas reconnu par l'ambassade d'Angola. Il n'a pas de carte d'identité, n'a même pas le statut d'apatride. Zyed ne possède

pas de statut social officiel et cette précarité administrative pèse sur son image de lui-même selon son psychologue. L'équipe administrative s'implique pour résoudre cette situation, notamment car elle est convaincue que ce support symbolique de l'identité aurait pour ce jeune des effets thérapeutiques. En attendant des papiers nécessaires à son entrée en foyer d'accueil spécialisé, l'HDJ a eu exceptionnellement recours à un allongement de l'hospitalisation au-delà de ses vingt ans. Sans quoi, Zyed se retrouverait de nouveau sans aucun accompagnement.

b) Régression et statut d'adolescent

Zyed oscille entre vouloir « *grandir* » et être un adulte responsable ou « *rester le bébé de [sa] maman* ». Il peut progressivement trouver des nuances entre les deux. Zyed parle souvent du « *syndrome de Peter Pan* », qu'il définit par « *ne pas vouloir grandir* » et le projette sur les autres. Il paraît angoissé par le statut d'adulte, ce qui participe à la difficulté de sortie de son état régressif. Il se questionne beaucoup sur ses origines et la disparition de son père, sur laquelle il ne parvient pas à mettre de sens car notamment absent du discours de la mère. L'équipe a d'ailleurs commencé un arbre généalogique avec Zyed, ce qui suscite pour lui beaucoup d'émotions.

Parallèlement, il aime particulièrement les histoires dites d'« *éducation* » comme Harry Potter, où les personnages principaux cheminent de l'enfance à l'adolescence (Milner, 2014). Ces histoires s'apparentent à un récit initiatique de personnages auxquels le lecteur peut s'identifier et en apprendre sur lui-même (Jouve, 1998). S. Korff-Sausse rappelle que l'enfance réelle importe moins pour chacun que la « *fiction* » qu'il peut s'en faire (2007), et il m'apparaît que Zyed cherche par ces histoires à renouer avec sa propre narration pour évoluer.

c) Reconnaissance des pairs

L'amitié est un thème central dans les histoires qu'il apprécie. Parallèlement, il a de grandes difficultés à nouer des liens avec ses pairs. Zyed subit des coups, des insultes et des remontrances, qui concernent le plus souvent son énurésie ou sa bizarrerie lorsqu'il fixe des gens du regard. Le harcèlement auquel il est sujet est majoré par les troubles dont souffrent les autres jeunes. Il montre pourtant une envie de lien social, sans qu'il puisse amorcer, alimenter et transformer la conversation malgré de grandes connaissances culturelles. Dans l'établissement, Zyed est généralement discret, voire fuyant.

5) Conclusion et axes thérapeutiques

La vie de Zyed est marquée par la discontinuité et le traumatisme : perte irréprésentable de la figure paternelle, emprisonnement, exil clandestin, rupture avec la langue et les autres repères de son pays de naissance. L'équipe pluridisciplinaire relève chez lui à la fois une perception morcelée de lui-même, et une rupture profonde de son sentiment continu d'existence. Il peine à s'inscrire dans une histoire, à s'appuyer sur des figures identificatoires parentales ou sociales pour cheminer vers une appropriation de son identité de jeune adulte. Sans support tangible de sa subjectivité par la société, sans valorisation dans le regard de ses pairs ou des personnes qu'il croise dans la rue, l'estime de soi de Zyed est extrêmement fragilisée au point de pouvoir se couper de toute attention envers lui-même.

Face à ces menaces, Zyed peut en effet s'affaisser à tout moment dans un profond retrait. Les améliorations favorables de son état sont immédiatement visibles par un redressement postural, attentionnel et relationnel, mais elles demeurent épisodiques. La régression peut survenir à tout moment, à l'image de son brusque retrait durant l'enfance ou de sa décompensation il y a un an. C'est cette précarité psychique (liée à une précarité environnementale) qui rend si difficile sa relation aux autres et la mise au travail de son sentiment identitaire. Sur la base de mes observations et de celles de l'équipe de Zyed dans un état sévère de dépendance, je pose l'hypothèse qu'il n'a pas pu, durant la prime enfance, bénéficier d'un environnement suffisamment stable et adapté pour lui assurer un sentiment continu d'exister autonome, qui semble aujourd'hui menacé en permanence.

Son psychologue a insisté sur l'importance d'une approche corporelle pour apporter un soutien réel à une représentation de son propre corps « *comme un tout fini, consistant* », et surtout « *humain.* » L'indication d'un enveloppement thérapeutique a été posée par le psychiatre il y a plusieurs années pour soutenir la perception de son unité et de sa continuité psychocorporelle, mais n'a encore pu s'organiser au niveau institutionnel. La psychomotricité a été indiquée comme un lieu pouvant lui permettre de soutenir son processus de subjectivation de son propre vécu corporel, de composer avec son ralentissement attentionnel et moteur. Durant cette année, nous avons progressivement introduit la médiation danse, notamment au vu de l'appui que représente le support musical pour Zyed, et parce qu'elle nous permettait d'aborder toutes les composantes des représentations du corps. Je présente ici comment ces séances ont pu soutenir la construction identitaire de Zyed, en les analysant avec la modélisation M-PRECOR proposée par C. Paumel (cf pt. I – E ; voir annexe IV). Ayant eu l'occasion d'actualiser moi-même le bilan psychomoteur de Zyed à partir de tests adaptés, j'indiquerai mon évaluation de chacune des composantes des représentations corporelles avant d'exposer comment elles furent sollicitées durant sa prise en soin psychomotrice.

B) Accompagnement psychomoteur de Zyed

1) Composante gnosiques et sensorielles

a) **Evaluation des composantes gnosiques et sensorielles**

Les somatognosies sont acquises pour le vocabulaire de base. Il montre néanmoins des lacunes au niveau des articulations, qui nécessitent un rappel et un indiçage. Les articulations sont justement peu mobilisées dans les stratégies du mouvement intentionnel. Les membres s'organisent en segments globaux, de façon peu nuancée et peu économique. Ayant constaté tardivement dans le suivi des lacunes majeures sur la connaissance de l'intérieur du corps, nous n'avons pas élaboré de jeu qui permettent de développer son vocabulaire corporel d'une façon qui attire son intérêt.

Le travail sensoriel tel que nous l'avons proposé favorisait le retrait de Zyed, qui n'était pas attentif aux sensations. Bien que nous n'ayons pas exploré cette année de situations qui lui permettaient d'être à l'écoute de ses ressentis et de les discriminer, cela pourrait constituer un axe de travail ultérieur.

2) Composantes temporelles

a) **Evaluation des composantes temporelles**

Lors de l'examen de la structuration spatio-temporelle, les reproductions rythmiques peinent à se structurer par un début et une fin bien définie. Zyed tapote le stylo du bout des doigts de façon machinale, sans respecter les phrases rythmiques et avec des persévérations. Cependant, en simplifiant la consigne et par la force de l'imitation, il peut reproduire des phrases rythmiques simples avec précision. L'adaptation au rythme de marche et de la frappe des mains est laborieuse mais facilitée par le support musical.

La passivité dans laquelle se trouve Zyed favorisant la régression et les troubles schizophréniques, il semble primordial de le placer en position d'acteur. Il faut pour cela lui permettre de dépasser son effondrement tonico-postural et attentionnel et accorder une importance particulière à la continuité des propositions au fil des séances. Il m'a donc fallu trouver une posture directive, tout en étant extrêmement attentif au langage non-verbal de Zyed qui pouvait à tout moment sombrer dans un profond retrait.

b) « *Continuité* » – S’inscrire dans un rythme

Dans l’idée de pouvoir se situer dans une histoire, nous avons attaché une importance toute particulière à narrer le suivi, en se remémorant des séances passées et se projetant dans les séances futures. Nous avons beaucoup ritualisé les séances, ce qui permettait à Zyed de recruter moins de ressources attentionnelles dans les propositions et pouvoir les réaliser en relation à l’autre. Zyed trouvait des repères dans les propositions, pouvait les anticiper, voire les attendre avec enthousiasme.

Le suivi avec lui peut donc se résumer à deux grandes propositions que nous avons maintenues durant six mois. La première consistait à jouer à exprimer des émotions, la seconde à effectuer une chorégraphie. Ces deux propositions se sont affinées avec le temps, et lui ont permis d’aborder les différents niveaux de représentation du corps.

3) Composantes spatiales

a) Evaluation des composantes spatiales

L’évaluation de l’orientation spatiale montre que les espaces droite/gauche ne sont pas intégrés par rapport à son corps, ni représentés par rapport à d’autres référentiels spatiaux. Il montre malgré tout des capacités gnosopraxiques sur imitation. La latéralité pédestre est installée à droite de façon stable. A l’avenir, une évaluation de ses latéralités manuelles et oculaires serait intéressante pour identifier si elles sont homogènes ou croisées. Les formes géométriques de base et leur discrimination ne sont pas acquises. Son approche de l’espace reste apparemment morcelée, les différents éléments de construction ne prennent pas sens dans une globalité.

b) « *Orientation* » – Etablir des repères

La chorégraphie s’est construite petit à petit au fil des séances. Au vu des troubles spatiaux de Zyed, l’idée de départ était d’explorer les espaces égocentrés qu’il n’investissait que très peu, en prenant appui sur le support musical choisi par lui-même. Nous avons ensuite essayé de nous déplacer dans l’espace de la salle, mais il s’est avéré que sans repère, il ne pouvait se situer. Par exemple, faire un tour complet sur lui-même le désorientait complètement, ce que je mets en lien avec sa non-acquisition de l’arrière fond, comme il sera développé dans l’évaluation praxique. (Bullinger, 2006).

Nous avons alors réfléchi à un agencement spatial simple et porteur de l’engagement : nous avons disposé deux cerceaux (un pour chacun) à un bout et à l’autre de la pièce, en face

à face. Une corde allongée à mi-distance délimitait son espace et le mien. Cette disposition en miroir lui donnait un support visuel favorable à l'imitation, qui sollicite les composantes praxiques des représentations corporelles.

4) Composantes praxiques

a) Evaluation des composantes praxiques

Sa motricité globale est entravée, ralentie. Il peut malgré tout courir et sauter à pied joints, sur une courte distance. La coordination oculomotrice n'est fonctionnelle que lorsque son attention est fortement mobilisée : sans étayage, son regard peut se désolidariser de l'action en cours. Il a également la possibilité de lancer et d'attraper une balle. Il ne montre pas de dissociation des ceintures scapulaire et pelvienne. Ses mains sont investies par le bout des doigts et tremblent du fait de son traitement, tout comme les muscles du visage. Il semble chercher à se rassurer par des comportements répétitifs évoquant des stéréotypies (se tapoter le ventre, se frotter la tête).

L'équilibre statique comme dynamique est opérant, mais précaire. L'équilibre unipodal est très fragile sans appui, sans que Zyed donne la sensation d'investir toutes ses possibilités de rééquilibration. Ses troubles de l'organisation posturale sont particulièrement mis en évidence lors de ses déséquilibres à l'approche du sol. Son utilisation du tonus pneumatique, sa difficulté à la flexion et l'extension, ses troubles oculo-moteurs m'évoquent une non acquisition de l'« *arrière fond* », qui précède la « *création de l'axe corporel* » au sens d'A. Bullinger au moment développemental de la « *maîtrise du buste* ». Cela induit un clivage des espaces avant et arrière (2006). Cette hypothèse se confirme par son absence d'haubanage du buste lorsqu'il descend les escaliers en balancier, ou sa façon de raser les murs pour y prendre appui. L'engagement moteur (comme attentionnel) est fortement soutenu par l'imaginaire, l'imitation et le support musical.

Du fait de ses troubles de la régulation tonique, les transferts de poids paraissent aussi difficiles à initier qu'à contenir. Les gestes sont peu soutenus par le maintien musculaire, il y a peu de continuité dans ses mouvements. La fatigabilité de Zyed rend difficile les efforts sur la durée et les situations motrices peu habituelles pour lui comme la course ou la flexion des membres inférieurs. Le tonus d'action est également très affecté, les recrutements musculaires peinent à se réunir vers un but commun. Le désinvestissement de sa kinésphère entraîne possiblement des faiblesses et réductions musculaires qui sont à prendre en compte dans l'analyse de sa motricité.

b) « Organisation motrice, coordinations, imitations » – Zyed acteur

Petit à petit, nous sommes arrivés à une première version d'une chorégraphie Au « TOP ! », nous partions nous rejoindre au niveau de la corde, à la frontière commune de nos espaces. Nous nous faisons un *check* mobilisant les deux mains dans les espaces haut et bas, qui permettait d'impliquer des schèmes homolatéraux et controlatéraux. Puis nous repartions dans nos cerceaux. Réaliser cet enchaînement constituait en soi un effort musculaire et attentionnel pour Zyed.

Nous avons, au cours de l'année, rajouté des variations qui permettaient de diversifier son répertoire moteur : partir en saut pieds joints, se dire « *merci* » en se serrant la main et en se baissant, repartir en pas-chassés. Au moment de la crise sanitaire du COVID-19, nous avons introduit un *check* de pieds et une salutation à distance en inclinant le buste. Cela a mis en évidence son équilibre très instable, et nous avons travaillé la conscience de ses appuis pour soutenir son axe corporel.

Les variations de rythme impliquaient de sa part des efforts considérables d'inhibition, mais il déployait davantage d'efforts à s'y conformer. Nous avons insisté pour le rendre de plus en plus acteur de l'installation et du rangement, et nous sommes devenus plus exigeants sur la réalisation de la chorégraphie. Toutes ces adaptations lui demandaient de sortir de son retrait pour se confronter au réel et à la relation, et restaient tolérables par le plaisir du jeu. Nous le voyions, semaine après semaine, s'affirmer dans la chorégraphie et la colorer d'intentions. Son engagement est resté ponctué de ruptures.

5) Composantes expressives

a) Evaluation des composantes expressives

Zyed montre une hypotonie majeure avec effondrement tonico-postural. Le désinvestissement tonique de la sphère orale entraîne des troubles de l'élocution, qui l'empêchent parfois d'être compris. Bien que la reconnaissance des émotions soit acquise, leur expression verbale et non verbale est minime. Sur le plan tonico-émotionnel, les phases d'excitation génèrent des élans moteurs désorganisés. Ceux-ci marquent une phase de rassemblement sensoriel vestibulaire ou une décharge motrice lors d'un vécu émotionnel trop intense.

Zyed ne pouvait proposer aucune idée de jeu par lui-même, ni rebondir sur nos propositions. Le choix était extrêmement difficile pour lui car il touchait à son autonomie, à une créativité et une expression quasi inexistante. Reformuler ses difficultés sans les ignorer, lui permettre d'exprimer un refus : tout ce qui permettait à Zyed d'évoluer de la passivité à un choix personnel furent des enjeux centraux du suivi en psychomotricité.

b) « *Adaptation tonico-émotionnelle* » – Zyed danseur

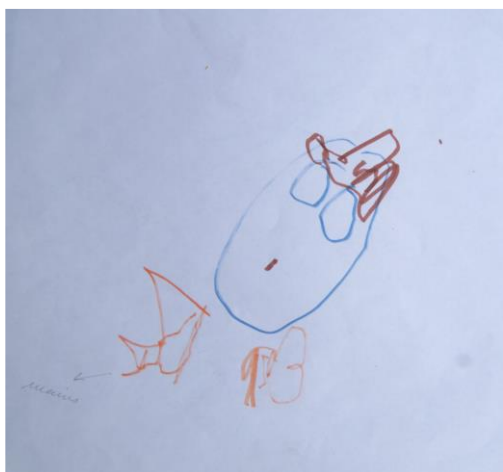
Nous nous sommes inspirés des thématiques festives des chansons qu'il choisissait pour y associer une interprétation. Spontanément, nous avons ajouté une question avec énergie : « *Est-ce que vous êtes prêts ?!* » deux fois, avant de lancer le départ. Zyed exprimait un grand plaisir à reprendre cette phrase pour son compte en le criant avec énergie et émotion. A la fin, nous avons même ajouté de la danse libre, à laquelle il avait liberté de mettre fin mais qu'il investissait durablement. A chaque séance, Zyed montrait toujours autant de présence dans cette proposition : il habitait son corps. Pour la première fois, puis maintenu tout au long de l'année, il passait la séance entière sans s'asseoir ou s'effondrer sur la table.

c) « *Expressivité, communication* » – Jouer pour ressentir

Effondré, il l'était lorsque nous questionnions son humeur. Chaque début de séance, nous avons sorti un support d'images d'émotions pour qu'il puisse montrer comment il se sentait « dans la tête » et « dans le corps ». Il répondait « joyeux et détendu » d'une façon qui apparaissait assez discordante, de plus en plus machinalement au fil des séances, parfois sans même regarder la feuille. Je sentais que la question n'avait pas de sens pour lui, qu'il ne pouvait sentir profondément, « comment ça va ». Une fois, il a répondu « *Ola, Que Tal ?* », ce qui signifie « *Bonjour, comment allez-vous ?* » en espagnol. Dans une autre langue, cela semblait lui « parler » plus. Je me suis saisi de cela pour incarner cette phrase avec diverses émotions. Il s'est pris au jeu de l'acteur, avec une variation notable pour chaque émotion. Expérimenter la colère, la joie, la tristesse par le jeu semblait conférer beaucoup plus de sens et d'authenticité à ces états que lorsqu'il s'agissait de les ressentir « pour de vrai ». Nous avons également décliné ces interprétations dans du jeu de faire-semblant.

6) Composantes psychoaffectives

a) **Evaluation des composantes psychoaffectives**



Pour la passation qualitative du dessin du bonhomme de F. Goodenough (1926), il souhaite dessiner « *Michael Fassbender* » qu'il avait identifié comme ayant « *les yeux bleus* ». Le dessin est fait rapidement, avec 3 couleurs différentes, suggérées pour étayer sa créativité. Zyed dessine une forme bleue ovoïde (tête) contenant deux formes circulaires (yeux), du marron pour les cheveux et du beige pour les mains. Par ailleurs, il ne dessine pas

d'oreilles ni de détail du visage. La signature est stéréotypée et rapidement tracée. Le trait est fuyant, les lettres sont écrites en majuscules et déformées, très peu lisibles. La continuité des lettres de l'écriture cursive demande une continuité de l'attention et du geste graphique qui fait défaut chez Zyed. Sa précipitation motrice est vraisemblablement due à son effondrement postural et attentionnel et à des troubles de la motricité fine. Bien que la passation ne soit pas standardisée, la cotation de son dessin correspond au niveau d'étalonnage des 3-4 ans. L'absence de représentation de toutes les autres parties du corps évoque les troubles de la conscience corporelle de Zyed. De plus, l'absence de détails sur le visage peut être mise en lien avec la pauvreté de son expression faciale, qui est amémique ou binaire. De façon générale, je peine à percevoir un investissement affectif du corps au-delà de son aspect fonctionnel.

Une façon de parler de sa représentation de lui-même est de la mettre à distance à travers de personnages : Pinocchio, marionnette de bois désarticulée qui s'humanise, robots qui deviennent amis de leur inventeur, une « chose » qui se lie d'amitié avec celui qui la découvre... Ces personnages semblent pour lui chargés de significations que je ne peux toutes discerner. Il me semble cependant qu'ils ont tous en commun de ne pas avoir de sensations et de relations propres aux humains (dont Zyed se clive justement) mais d'y tendre par une recherche d'inclusion (que Zyed cherche également). Par ailleurs, sa représentation de la composition du vivant semble très floue, et donc très angoissante : il pense que l'intérieur du corps est constitué d'« eau ». Que la densité des muscles et la solidité des os soient absents de la façon dont il se représente son corps pourrait être mis en lien avec l'effondrement de son axe corporel. E. Pireyre explique aussi qu'imaginer son corps uniquement composé d'eau et d'air peut être lié à des angoisses de liquéfaction ou d'éclatement de son enveloppe (2015).

Son pantalon et son caleçon sont souvent tombants, sans que cela semble le déranger, bien qu'il puisse y accorder une importance lorsqu'on le lui souligne. Souvent, ses habits sont tâchés et il est négligé sur le plan de l'hygiène ou de l'esthétique. Il dit s'identifier aux « déchets » qu'il récupère dans la poubelle et sur les plateaux-repas.

b) « Investissement corporel » – Prendre soin du corps

Nous avons également soutenu un travail pluridisciplinaire consistant à aider Zyed à prendre soin de lui. J'ai souvent été tenté de penser « pour » lui tant son aspect régressé appelle à un maternage. Il s'agissait plutôt de penser « avec lui », pour l'accompagner à accorder une attention à ses propres besoins, son propre confort, qu'il néglige pour l'instant. C'était un équilibre fragile pour l'accompagnement, entre responsabilisation et régression. A force de le voir sans ceinture, nous avons établi le rituel de prendre le temps de vérifier avec

lui s'il se sent à l'aise dans sa tenue, de le valoriser lorsqu'il portait de nouvelles couleurs. Durant les séances, il sentait souvent les excréments et l'urine, et il arrivait qu'il urine sur lui pendant la séance. Lorsque nous lui faisons remarquer avant de rejoindre les activités collectives, il se lavait très approximativement. Un jour, en raison de l'épidémie du COVID-19, nous sommes allés nous laver les mains avant la séance.

Il me suit, de cette façon machinale d'obéir et d'en finir le plus vite possible. A peine voit-il les toilettes qu'il s'anime et se presse d'y uriner. Je ferme la porte et attend qu'il ait fini. Cela dure tellement longtemps que je comprends qu'il en avait urgemment besoin. J'imagine avec assez de certitude qu'il n'aurait pas demandé à aller aux toilettes si je ne l'y avais pas emmené, et qu'il y aurait alors eu un fort risque qu'il urine sur lui en séance, comme la fois précédente.

J'é mets la supposition que Zyed n'a parfois plus conscience de ses besoins fondamentaux, comme celui d'aller aux toilettes. Comme un tout petit, il a besoin qu'on pense pour lui, avec lui à se laver les mains, et peut tout juste obéir passivement. Puis, il se rappelle un autre besoin bien à lui, et cette fois pense, agit pour lui-même. Sortir des toilettes et refermer la porte coulissante était une façon de replacer une limite entre son intimité et la mienne et lui restituer son enveloppe, son intégrité. Dans la suite de la séance, Zyed nous parle pour la première fois de lui sans passer par les personnages : ses origines, son identité. Lui permettre de porter sa subjectivité, c'est aussi progressivement marquer sa différenciation d'avec nous.

Régulièrement dans la prise en soin, nous constatons que Zyed arrive beaucoup plus redressé en séance. Sa poigne est plus marquée, ses yeux plus ouverts. Il semble davantage prêt à s'investir dans les propositions psychomotrices, et nous avons moins besoin de chercher dans nos ressources pour le porter psychiquement et corporellement. Son attitude posturale demeure malgré tout très fragile car soumise aux ruptures qui jalonnent son état psychique.

7) Composantes psychosociales

a) Evaluation des composantes psychosociales

Il aime parler des musiques et des films, qui suscitent un intérêt pour lui et sont très présents dans ses pensées. Surtout, il s'attache à nommer les musiciens ou acteurs qui les composent : leur nationalité, leurs différents rôles et attributs. J'ai l'impression que ces personnages aux caractéristiques bien marquées nourrissent les représentations qu'il peut se faire des identités possibles. Il me semble cependant que ses modèles ne sont pas

complètement porteurs d'une dynamique identificatoire transformatrice dans le sens où il n'a manifestement pas entrepris activement de leur ressembler. J'attribue cela, entre autres, à la fragilité de son estime de lui-même.

b) « Attitude, idéal, présentation » – Zyed narrateur

Zyed parle beaucoup de différents chanteurs, acteurs et producteurs, ce qui semble correspondre à des tentatives pour lui de trouver des figures identificatoires. Face au besoin de Zyed de s'autonomiser, l'équipe a cherché à tout mettre en place pour le rendre acteur, lui aussi. Les référents psychologue, éducateurs, enseignant, ma référente de stage et moi-même nous sommes réunis avec Zyed pour un rendez-vous particulier. L'idée était que Zyed entreprenne le projet d'inventer sa propre histoire, en s'appuyant sur chacun de nous pour la nourrir et pourquoi pas, un jour, de trouver une façon de la représenter. La coordination de tous ses référents autour de ce projet lui a permis de trouver une continuité entre les espaces de soins, symbolisée par un cahier dans lequel il écrivait son histoire. Celle-ci mettait en scène *Sammy et Pierre*, deux jeunes de Londres qui deviennent amis. Petit à petit, il a étoffé le contexte et le caractère des deux jeunes, leur conférant des goûts et attributs auquel il s'identifie : la timidité, les films, les jeux vidéos...

En psychomotricité, nous avons réfléchi avec lui sur les attitudes posturales de ses personnages en les mettant en lien avec leur caractère. Nous avons pu ensuite établir des points de comparaison avec les attitudes des chanteurs qu'il aime, et enfin avec sa propre façon de « tenir son corps », définition d'« attitude » que nous avons cherchée dans le dictionnaire. Dans la chorégraphie, nous avons interprété les rôles de ses personnages *Sammy et Pierre*. Nous nous sommes également parés de foulards de différentes couleurs pour qu'il puisse prendre plaisir à investir son corps comme médiateur de la relation à l'autre.

Les thèmes des œuvres dont il se nourrit lui permettent de dégager des traits de personnalité auquel s'identifier : les « gentils », les « méchants » dans les films, les « bouffons » et les « charismatiques » dans les morceaux de musique. Nous avons essayé d'apporter des nuances émotionnelles dans ces bipolarités. Percevoir l'humain dans ses difficultés et ses qualités plutôt que son bien ou son mal, c'est une nuance constructive sur laquelle il peut s'appuyer pour se représenter autrement que comme un déchet, ou comme un « boss » comme il le formule dans ses accès maniaques. C'est aussi pouvoir sonder « comment ça va » même lorsqu'aucune émotion ne s'impose comme évidente. Comme l'a relevé S. Robert-Ouvray, c'est la dialectisation des extrêmes qui permet aussi d'accéder à une continuité d'existence dans toute son « ambivalence » (2002).

C) Conclusion de l'accompagnement psychomoteur de Zyed

Au cours de l'année, Zyed a pu maintenir son investissement dans une proposition et participer à son évolution dans le temps. Au travers d'un petit nombre de propositions médiatisée par la danse, les jeux d'émotions et la narration, il a pu mettre au travail différentes dimensions de la représentation identitaire : **continuité, orientation spatiale, organisation motrice, coordinations, imitations, adaptation tonico-émotionnelle, expressivité, communication, investissement corporel, attitude, idéal, présentation.**

Le suivi en psychomotricité a visé à ce qu'il s'« *attribue ses expériences corporelles* » au sens de Busschaert et coll. (2011, p. 202). Le cadre de la psychomotricité l'a soulagé de ses difficultés attentionnelles et visuo-spatiales pour lui permettre de s'impliquer durablement dans des activités motrices nouvelles pour lui. Nous l'avons accompagné à considérer son corps comme précieux et digne de soins et soutenu la dynamique identificatoire en partant de ses centres d'intérêts. Par la mise au travail de ses différents niveaux de représentations du corps à partir des différentes observations psychomotrices, nous avons accompagné Zyed dans sa (re)construction identitaire. La coordination pluridisciplinaire a créé un maillage cohérent entre ses différents espaces de soins pour l'engager dans un projet dans lequel il projette et structure ses affects, pouvant renouer avec une « *narrativisation* » de sa propre vie au sens de P. Ricœur (1996). Sa prise en soin demeure extrêmement complexe de par l'effort psychocorporel intense et soutenu qu'elle demande et les enjeux psychosociaux de sa situation. C'est pourquoi la pluridisciplinarité s'est avérée précieuse pour comprendre et accompagner Zyed dans son évolution personnelle.

IV – LA RELATION THERAPEUTIQUE DANS L'ACCOMPAGNEMENT DES TROUBLES IDENTITAIRES

A) Introduction à la relation

1) Récapitulatif

a) **L'identité, entre même et différent**

Au vu des apports théoriques et de l'analyse clinique, il me semble qu'un sujet ayant vécu un développement identitaire classique peut traverser des changements sans être menacé dans son sentiment de continuité, de différenciation et de reconnaissance au point d'aménager des défenses pathologiques. Il peut être différent du soi connu, ou différent de l'autre, sans le vivre comme une rupture. « *L'identité se définit et s'éprouve dans la capacité pour un sujet à supporter l'épreuve de la perte* » nous dit P. Decourt (2000). C'est pouvoir relativiser le changement avec la permanence, et les limitations avec les possibilités. Un sentiment identitaire non pathologique consiste à se sentir acteur de cette évolution et à ne pas la subir. C'est investir de façon singulière et évolutive sa place dans un tout commun.

b) **Le corps comme voie d'intégration de l'identité**

L'approche psychomotrice de l'identité considère que le sentiment identitaire s'élabore dans une progression de représentation : le vécu corporel, le schéma corporel, l'image du corps (et en dernier lieu l'image de soi). En psychomotricité, nous nous sommes donc attachés à faire du lien entre l'éprouvé du corps et les différents niveaux de représentation de chaque composante corporelle (temporelle, spatiale, structurale, gnosiques, praxiques, sensorielles, psychoaffectives, psychosociales, expressives). En repassant par des expériences corporelles, nous avons pu reprendre la construction du sentiment de continuité, de différenciation, de reconnaissance, depuis l'éprouvé corporel jusqu'à des représentations plus élaborées.

c) **Le caractère indispensable de la relation dans la construction identitaire**

Mais qu'est ce qui a permis de faire le lien entre vécu corporel brut et leurs différents niveaux de représentation intimement ancrés ? On pourrait dire que l'existence d'un corps suffit pour le sentiment identitaire : le corps est à lui seul une preuve de ses trois composantes : il s'inscrit entre un passé et un futur, il est bien délimité, il appartient

biologiquement à une famille. Pourtant, cette réalité brute ne suffit pas à se sentir « quelqu'un ». Ce qui permet à l'enfant d'intégrer son sentiment identitaire de base à partir de ses expériences corporelles durant les premiers temps de la vie, c'est la relation d'amour adaptée qu'il entretient avec son environnement. Ainsi le montrent R. Spitz et K. Wolf en 1945 auprès d'enfants de l'après-guerre, lorsqu'ils « constatent que les troubles graves surviennent lorsque les enfants sont élevés en l'absence complète de leur mère dans une institution où les soins sont donnés de façon anonyme et sans qu'un lien affectif puisse s'établir. », phénomène qu'ils nomment « hospitalisme » (David & Appell 2014, p. 430).

Le corps en lui-même, par son existence, est le support de la relation. Nous sommes, du fait de notre existence tonique, sensorielle, affective, représentative, en relation avec l'environnement. Cependant, la qualité relationnelle et ses effets sur le sentiment identitaire dépendent de notre propre investissement de la relation tout comme celui de l'environnement par rapport à nous. C'est par la relation de notre corps avec l'environnement que nous apprenons à nous connaître. C'est la relation qui maintient un environnement parfait au sens de Winnicott en protégeant des empiètements sur la continuité de vie, qui reconnaît une singularité, permet l'individuation, reconnaît une valeur. C'est la voie par excellence de l'exploration identitaire.

2) La relation dans le cadre thérapeutique

a) La relation comme menace

Or, les adolescents psychotiques pour qui le socle identitaire primaire est fragilisé ne peuvent poursuivre leur exploration identitaire par la relation. Leur continuité est si peu ancrée que la relation les menace d'une rupture. Leurs limites sont si peu établies que la relation les menace d'intrusion. Leur estime d'eux-mêmes est tellement fragile que la relation les menace de dévalorisation. Leurs problématiques identitaires les empêchent de s'engager dans la voie même qui pourrait les faire évoluer : la relation. P. Jeammet décrit ce paradoxe chez l'adolescent (2008). F. Perrier explique pour la personne psychotique que « *Tout se passe comme si elle ne pouvait élire un alter ego sans risquer de se perdre en lui, faute d'avoir à lui opposer la pérennité d'un moi consistant.* » (1978, p. 255). P. Fontaine en déduit que l'absence de sentiment de soi dans la psychose empêche le sentiment de l'autre et entrave l'intersubjectivité (2014).

b) La relation comme thérapie

La relation (ou non-relation) du patient avec son environnement sera donc la voie privilégiée d'expression de ses troubles identitaires. Ce qui confèrera un caractère thérapeutique à la relation, c'est d'en faire une voie d'exploration de lui-même et d'autrui, qui amènera le patient à ressentir, éprouver et investir son identité. C'est le cas lors du développement classique de l'enfant avec sa mère (cf I – B/C/D). Comment établir une telle relation dans un cadre thérapeutique ? « *Ce qui est remarquable est que cette communication intime non amoureuse est connue de la plupart de nos civilisations, mais elle semble avoir été oubliée, ou réservée à l'amour. Son enseignement et sa transmission ont été perturbés* » nous dit M. Adandé (2014, p. 32). Pour que cette relation particulière soit possible, patient et thérapeute doivent pouvoir se rencontrer dans un espace physique et psychique sécurisant, qui soulage le patient de sa menace identitaire pour pouvoir s'engager dans la relation et la mettre au travail. Cet espace de sécurité est assuré par le cadre.

B) La sécurité du cadre

Le cadre est ici présenté comme précédant la relation pour clarifier le propos. J. Mendiburu recommande néanmoins au thérapeute de sentir en fonction de ce qu'il perçoit des besoins et capacité du patient s'il est préférable de préciser le cadre en amont du suivi de soin ou plutôt de laisser le patient l'explorer lui-même (2003). La nature et les fonctions du cadre seront étudiées ici en tant que ce qu'elles protègent le patient de la menace que représente la relation pour son sentiment identitaire, en garantissant au suivi une continuité, enveloppant un espace commun et assurant la différenciation patient-thérapeute.

1) La continuité par la rythmicité spatio-temporelle

a) **L'exigence spatio-temporelle du cadre**

Le cadre, c'est avant tout un espace partagé à un temps donné : un « rendez-vous ». La régularité du cadre permet d'inscrire une continuité dans la prise en soin. Cette continuité est assurée par le thérapeute et amène à recruter une présence physique et psychique qui peut faire défaut chez les patients souffrants de troubles identitaires. Le rapport des patients à cette continuité du cadre peut éclairer leurs difficultés à s'accorder psychiquement à la continuité de leur existence physique dans le temps : oublis, refus, retards. Venir en rendez-vous signifie devoir s'adapter à un nouveau fonctionnement, se confronter à un autre, et cela peut être bouleversant dans leur fragile équilibre.

b) **La ritualisation du cadre**

C'est pourquoi, il peut être parfois nécessaire de ritualiser le cadre pour baliser l'espace-temps et ancrer le suivi dans une continuité. Parfois, les mêmes patients qui avaient du mal à s'adapter au rythme hebdomadaire des séances s'accrochaient ensuite au cadre pour être portés dans une continuité qu'ils ne pouvaient sentir eux-mêmes. C'est le cas de Zyed, qui malgré son état d'effondrement tonico-psychique qui l'amenait à s'endormir en des lieux et temps inadaptés, n'a jamais raté une séance de psychomotricité dès lors qu'il y avait trouvé des repères. En revanche, il tenait à ce que nous allions le chercher et que nous le ramenions : le cadre lui permettait de se sentir exister, mais Zyed s'effondrait aussitôt qu'il redevenait seul. Petit à petit, la continuité du cadre, peut solliciter le sentiment d'exister de façon continue et être intégrée par le patient.

c) L'intégration de la continuité

Malgré une possible souplesse, la continuité du cadre ne doit pas non plus céder et se sur-adapter aux refus et fuites du patient, au risque de le placer dans une position de victime et de lui retirer la valeur de ses actions. Quelque chose du cadre doit rester pérenne malgré les difficultés ou attaques conscientes ou non de la continuité de celui-ci (Robert, 2003). Tout comme la régularité de l'environnement dialectise les bipolarités extrêmes vécues par le bébé dans ses premiers temps de vie, la part de stabilité du cadre semaine après semaine permettra d'inscrire une continuité entre les différents états psychiques du patient, parfois très clivées d'une séance à l'autre. Avec Zyed, nous avons établi des points de comparaison entre le début et la fin de séance, entre la séance du jour et les séances précédentes : qu'avons-nous traversé comme propositions, quelles évolutions ? Ces attentions rappellent que nous nous attribuons des faits passés, malgré les variations. Elles vont dans le sens d'une réunification des représentations partielles de soi ainsi que d'une narration reconstructrice de l'identité au sens de P. Ricœur (De Ryckel. & Delvigne, 2010).

La rythmicité du cadre permet au patient de se fixer des repères spatio-temporels. Il pourra les anticiper, c'est-à-dire les désirer ou les redouter d'une façon que l'on pourrait comparer à l'absence/présence de la mère lors du rythme intégratif décrit par S. Robert-Ouvray (2010). Cela signifie qu'il peut différencier l'espace-temps partagé avec le thérapeute du reste de son espace-temps subjectif. La première différenciation que maintient le cadre est donc l'avant/pendant/après l'heure du rendez-vous et l'intérieur/extérieur du lieu de rendez-vous.

2) La constitution d'une enveloppe commune

a) La limitation du cadre

J. Mendiburu parle du cadre comme « *le plan qui définit les frontières du possible, et celles de l'interdit* » (2003, p. 16). Les limites de base, A. Namer les résume en une interdiction de l'agression de soi, du thérapeute ou du matériel de la pièce. L'expression de l'agressivité envers le cadre en revanche, peut être soit limitée par un interdit, soit par voie d'interprétation (2012). Je rajouterais qu'à l'HDJ, nous amenons les adolescents à vivre corporellement cette émotion, jusqu'à justement l'« interpréter » : c'était le cas d'une adolescente qui exhibait en permanence une colère diffuse, qui semblait peiner à trouver forme. En séance, nous lui avons proposé de l'exprimer corporellement en lançant de toutes ses forces une grosse balle, accompagnée de cris de rage. Des rires ont émergé, des cris aussi. L'émotion a quelque peu été investie dans le jeu.

Tout comme pour l'érotisation de la relation, c'est le passage à l'acte qui est transgressif, pour le patient comme le thérapeute (Delourme, 2003). Si ces limites peuvent être très frustrantes pour certains patients, elles abaissent dans un second temps l'angoisse générée par l'illusion des pleins-pouvoirs. C'était le cas pour Isaac, dont le comportement s'est apaisé après que l'équipe avait fixé des interdits, contre lesquels il s'opposait pourtant. P. Robert rappelle quant à lui que le cadre n'a pas seule fonction d'interdit mais bien de « *contenant du processus* » (2003, p. 82).

b) La contenance du cadre

L'enveloppe psychocorporelle des patients psychotiques est extrêmement fragile, comme l'ont souligné M. Mahler, G. Pankow ou encore J. Oury (cf I – D). Le cadre assurera une enveloppe physique (les murs de la pièce, la porte fermée), spatio-temporelle et psychique à l'intérieur duquel le patient se sentira protégé. Il pourra alors se « relâcher », comme cela se percevait particulièrement au niveau tonique dans les suivis proposant de la relaxation. J. Mendiburu explique que le cadre doit pouvoir laisser s'exprimer les angoisses du patient autant qu'il est nécessaire, sans que cela désorganise le cadre : « *la confiance dans la solidité de cette frontière est indispensable à la sécurité.* » Sans le risque d'être détruit par le cadre où de détruire le cadre, il pourra alors « *prendre la responsabilité d'assumer « qui il est vraiment »* », en particulier par son « *expression préverbale* » et trouver une issue à ses angoisses par la mise en sens (2003, p. 23). J'ajouterais qu'en psychomotricité, ce sens peut se situer à divers niveaux de représentation corporelle.

c) La reconnaissance d'un « nous »

Comme il l'a été explicité, la construction identitaire nécessite de se sentir partie d'un espace commun. Dans une séance, le thérapeute est entièrement présent avec le patient et se consacre à lui. Cela fait partie du cadre d'intégrer que la thérapie est un contrat implicite où sont engagés les deux protagonistes : il y a un « nous ». Delourme estime que ce « *contrat moral* » est ce qui spécifie la thérapie au-delà de la méthode (2003, p. 41). P. Robert considère que « *l'engagement est réciproque et renvoie à la pertinence de l'indication.* » (2003, p. 82). L'indication est une des garantes du sens mis sur la thérapie, qui permet notamment de comprendre que ce « nous » est au service du « je ».

3) La différenciation d'une enveloppe propre

Au sein même de l'enveloppe commune patient-thérapeute, comment éviter la fusion et l'intrusion, particulièrement avec les patients qui n'ont pu accéder à la représentation claire d'une séparation-individuation ? Il est essentiel que le patient soit protégé de ces menaces identitaires pour que la relation puisse être un support de son individuation. Pour cela, le thérapeute doit déployer des outils pour replacer le patient *par rapport au thérapeute*, de sorte à pouvoir *être avec* lui et non « collé » ou « fermé » à lui. C'est pourquoi il m'a semblé que le cadre revêt une importante fonction de mise en sens, qui resitue le contexte thérapeutique de la relation : « *La rencontre va se produire, qui n'a rien à voir avec le hasard habituel de la « vraie vie ». Rien de spontané dans cette affaire.* » (Potel, 2015b, p. 44). Deux vignettes cliniques illustrent comment le cadre peut rappeler le contexte de cette rencontre.

a) La juste distance comme mise en sens

Un patient que je nommerais Steve joue avec moi au tennis de table. Nous avons pris l'habitude de nous retrouver dans ce cadre particulier. Pour Steve qui a tant de mal à garder ses appuis identitaires dans la relation duelle comme l'a décrit Perrier (1978, p. 255), il parvient dans ce sport à garder une forme d'espace personnel. Alors qu'il se sent incapable de réaliser une tâche seul, c'est un domaine où il excelle et se sait valorisé. Il a donc apparemment pu s'identifier à l'identité du pongiste. Cela lui permet de d'occuper pleinement sa place de l'autre côté de la table, qui marque une certaine distance entre nous deux. Certaines images me viennent : la balle symbolise l'échange, et nous met en relation. La parole n'est pas indispensable, alors elle émerge d'autant mieux.

- | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">- Vous habitez où ?- Est-ce que vous savez où les soignants habitent d'habitude ?- Il y en avait un qui nous l'avait dit, je vous jure !- Je vous crois. En général, pourquoi ne le disons-nous pas ?- Si je le sais ça va me perturber. Me le dites pas, en fait.- Perturber dans quel sens ?- Je vais faire qu'y penser. |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Cet échange de balle et de mots m'a beaucoup fait réfléchir sur le rôle du cadre thérapeutique. Steve ne m'avait jamais posé ces questions dans le cadre de la salle de psychomotricité. Le fait de se retrouver dans un cadre moins formel demandait un réajustement de la distance relationnelle. Steve est tenté d'établir avec moi une relation de proximité, mais répondre à son apparente demande qui concerne mon intimité ne ferait que

l'angoisser davantage, car le sens de la relation que nous entretenons deviendrait confus. La distance thérapeutique pourrait être un des outils de mise en sens de la thérapie. Delourme en décrit d'autres : le lieu, le diagnostic, l'indication et le paiement, le vouvoiement, le fait de montrer ou non que nous recevons d'autres patients (2003).

Alors que ma référente tutoyait les adolescents, j'ai fait le choix du vouvoiement. Avec le recul, je pense que c'est en partie du fait de mon statut de stagiaire et de jeune homme, qui pouvait élever le risque de confusion sur la nature thérapeutique de la relation. Le vouvoiement s'est révélé être un facteur supplémentaire de mise en sens, qui me semblait parfois nécessaire. Tous ces éléments permettent de contextualiser la relation qui s'entretient entre patient et thérapeute. Ici, Steve a pu lui-même reconnaître les limites du cadre, mais il semble soulagé lorsque nous prenons la responsabilité de le faire nous-mêmes et le protégeons de la sorte de son envie irrésistible d'aller chercher lui-même les limites. Dans la suite de la discussion, Steve a amené l'épreuve de la perte que fut le décès de son grand-père et sa souffrance d'être justement limité par la mort. Je lui ai indiqué de traiter ces sujets dans ses rendez-vous de références, car ce n'était pas mon rôle de stagiaire psychomotricien. Steve ne doit pas porter le poids de l'illusion d'avoir seul le choix de la distance. La fonction de tiers du cadre est nécessaire.

b) Le tiers comme organisateur

« Dans la relation thérapeutique le cadre occupe toujours un rôle de tiers organisateur. » dit J. Mendiburu, qui affirme que le thérapeute doit l'avoir d'autant plus intégré et incarné qu'il s'engage affectivement dans la relation thérapeutique ensuite (2003, p. 24). D'autres outils de mise en sens sont ceux qui permettent de rappeler que la rencontre, bien que co-créée, n'est pas une histoire intime et fusionnelle désolidarisée du reste du parcours de soin : les outils de tiers.

Je me sens très oppressé par le comportement d'Isaac. Il m'appelle « *mon roi* », « *mon prince charmant* », me murmure des choses inaudibles quand je tourne la tête, frôle ma jambe sous la table. J'ai du mal à savoir quelle posture adopter. Très irrité, je sens monter en moi une colère défensive. Mme S. lui fait savoir qu'elle pense qu'il est tout à fait capable de se retenir et que son comportement est très inadapté. Il explique son comportement en disant « *je suis né comme ça, j'y peux rien* » et passera ensuite un long moment à s'excuser, à me dire qu'il a compris et qu'il ne recommencera plus.

Cette intervention de Mme S fut l'occasion pour Isaac de marquer sa différenciation d'avec autrui. Il s'agissait de contextualiser la thérapie pour que les limites que nous lui

mettions prennent du sens. D'autres épisodes similaires avec d'autres soignants ont été repris en rendez-vous avec ses référents. Nous avons aussi travaillé la notion de « proxémie », conceptualisée par T. Hall en 1966, qui correspond à la distance physique qui sépare deux personnes en interaction (Rive & Roger, 2014). Avec des jeux de structuration spatiale en psychomotricité, où chacun pouvait exprimer lorsque la distance relationnelle ne lui convenait pas, nous avons réfléchi à ce qui constituait une proxémie adaptée au contexte soignant. Après quelques mois, ces comportements ont cessé. J'ai pu ici vivre la fonction de tiers du cadre. Si ici Mme S. et le reste de l'équipe ont joué ce rôle, j'ai néanmoins senti que le cadre devait d'abord faire tiers psychiquement pour moi pour qu'il tienne dans la relation avec les patients et encore davantage dans la relation duelle. Comme le cadre externe, le cadre interne doit pouvoir contenir l'expression de leurs difficultés pour leur permettre de prendre sens (Mendiburu, 2003). Le cadre interne permet de maintenir le cadre externe même lorsqu'il change de forme.

4) Quand le cadre est bouleversé

a) Remaniement du cadre

Le jour de la fermeture de l'HDJ en raison de la crise sanitaire du COVID-19, tout l'établissement était en ébullition, dans une ambiance lunaire de fin du monde. Après concertation de la direction et de l'équipe, il a été décidé que chaque jeune recevrait au moins un appel par semaine de chacun de ses référents. Zyed faisait partie des patients pour qui le risque de régression et de repli sur soi était le plus important en confinement. Au vu de mon implication dans le suivi de Zyed et de son besoin d'une prise en soin multiple, l'équipe m'a proposé qu'exceptionnellement je puisse maintenir un lien avec lui malgré mon statut de stagiaire, en étant encadré par ma référente de stage, avant et après chaque appel.

Cependant, l'intimité d'une discussion téléphonique suscite aussi la question de la distance thérapeutique et du sens mis sur la thérapie, avec un risque de confusion. Pour Zyed, la recherche d'amitié qui lui est importante pouvait se confondre avec cette configuration si particulière : étant stagiaire (donc pas complètement psychomotricien), étant au téléphone (donc pas dans une salle de psychomotricité), peut-être pourrait-il perdre de vue qu'il s'agit d'une thérapie. J'ai souvent replacé le fait que nos séances étaient préparées en amont avec Mme S. et que j'étais en contact avec toute l'équipe qui l'appelait pendant la semaine. Pour moi également, il était au début étrange de converser avec Zyed depuis l'espace d'intimité de ma maison. La rédaction des transmissions des séances m'a permis de prendre du recul sur le contenu de ces séances au cadre inhabituel.

b) Remaniement des propositions

Il s'agissait alors de garantir, dans un cadre complètement différent, une continuité des soins : de la relation thérapeutique, mais aussi du travail d'investissement corporel. Mais comment aborder le corps lorsque nous ne partageons pas le même espace et que la voix est notre seul contact ? Composer avec sa tendance au retrait fut un grand défi, et nous avons dû trouver de nouveaux rituels pour structurer les séances, ainsi que les écourter. Même au téléphone, il était possible de l'amener à se focaliser sur ses ressentis, à commencer par lui demander comment il était installé et d'aménager son confort. Pour continuer à explorer les composantes expressives, nous avons incarné des variations d'émotions par la voix et chanté les musiques habituelles, que je lui diffusais au téléphone.

L'absence de possibilité du regard était aussi l'occasion de se dresser une représentation procédurale du mouvement et des séquences de la chorégraphie, que j'explorais peu en séance face à ses difficultés attentionnelles. Nous avons donc continué à faire vivre le travail amorcé à l'HDJ, en revisitant toutes les étapes du cadre habituel du début à la fin de la séance. Pour lui permettre de rester actif, j'ai orienté ce travail sous forme de jeu de « vrai/faux », qui permettaient de s'imaginer toutes les variantes que nous n'avons pas empruntées, possibles et interdites. C'était à la fois une façon de se remémorer le cadre externe et de l'ouvrir sur le choix en imaginant toutes les possibilités qu'il pourrait explorer.

Zyed a continué d'étoffer l'histoire de Sammy et Pierre avec l'équipe en gardant une cohérence d'un soignant à l'autre, ce qui était signe de l'inscription d'une continuité dans les soins. Il a pu faire le parallèle entre le caractère de ses personnages et de lui-même et aborder sa timidité et ses enjeux d'amitiés avec les autres patients. Enfin, Zyed parlait de lui, à tous les soignants. Peut-être qu'il se découvrait plus personnellement parce que sa différenciation d'avec nous était physiquement marquée. Nous n'étions plus à côté de lui pour interpréter ses moindres réactions, et il devait faire un effort de description plus grand pour accéder à la relation.

C) La confiance de la rencontre

« *Encadrer ne consiste pas seulement à énoncer des règles. C'est en créant l'ambiance relationnelle dont il a besoin qu'on peut optimiser ses chances d'amélioration.* » (Delourme, 2003, p. 39).

1) Le regard du soignant sur le patient

Comme il a été développé, le sentiment d'avoir de la valeur est un fondement de la dynamique identitaire. Le regard que les adolescents posaient sur eux-mêmes était parfois très dur, extrêmement dévalorisant et prenait la forme de revendications pleines de colère face au regard de leur environnement. Comme le décrivent D. Le Breton (2015) et P. Jeammet (2008), établir une relation de confiance avec les adolescents implique qu'elle ne représente pas une menace pour leur affirmation identitaire. Comment se positionner de façon à constituer un point d'ancrage à leurs recherches, à soutenir un épanouissement de leur quête dans la créativité plutôt qu'une solution dans la destruction, deux voies d'affirmation identitaire (*Ibid.*) ?

a) L'exemple de Yassine

Yassine est un adolescent de 13 ans, sans doute un des plus jeunes de l'HDJ. Son petit corps et sa voix aigue montrent qu'il est à peine sorti de l'enfance. Lorsque je le croise, il est toujours en mouvement, se faufile entre les murs et les portes sans manifester d'attention à l'environnement, le corps recourbé vers le sol. Il marmonne sans cesse des propos répétitifs sur un versant persécuté. Yassine nous reproche souvent de ne pas assez faire attention à lui et peine à nous faire confiance. Un simple bonjour amical peut sonner comme une moquerie de notre part, ou être balayé par un flot continu de grommèlements. Ce jour-là, je trouve Yassine presque seul au foyer, regardant une vidéo sur son téléphone, recroquevillé sur un fauteuil. Je m'assois avec lui et tente d'accueillir ce qui émerge de la discussion.

- Bonjour Yassine. Vous n'êtes pas en atelier ?
- Non, les ateliers, c'est des ateliers de soins. Mais j'ai pas besoin de soins moi, je suis pas handicapé.
- Vous pensez que quand on a besoin de soins, c'est qu'on est handicapé ?
- Sinon, pourquoi je suis inscrit à la MDPH ?

Effectivement, Yassine est donc reconnu en situation de handicap psychique. Il se confronte à son statut d'handicapé, qu'il met en lien avec le besoin de soins. Ce qui est questionné c'est également son statut de patient, qu'il découvre à l'adolescence après un parcours de soins commencé dès la petite enfance.

- Quand j'étais à [ancien établissement], je savais pas que c'était un hôpital. Après on m'a proposé de venir ici. J'aurais pas dû accepter, c'est aussi un hôpital.
- Est-ce que vous pensez que d'autres gens vont à l'hôpital ?
- Oui mais c'est pas pareil. Tu vas te faire soigner dans un hôpital, pas dans un hôpital de jour. L'hôpital de jour, ça représente les malades mentaux. J'aimerais bien être dans une école normale. C'est pas une école normale ici. Il y a des éducateurs, des psychologues. Sinon, pourquoi t'as dit « patients » tout à l'heure ? Ma mère me dit que je suis handicapé, que je suis fou, que je suis malade. Elle me dit « regarde la preuve : t'es dans un hôpital de fou ».

Yassine essaie de mettre du sens sur ce qui lui arrive et aimerait être « normal ». Ma première réaction était de « normaliser » le fait de bénéficier de soins lorsqu'on en a besoin. Le risque contre-thérapeutique serait de ne pas reconnaître la souffrance de Yassine en mettant au même plan la schizophrénie dont il souffre et des soins « classiques » en hôpital, une éducation « classique » à l'école. Pourtant, soins psychiques et soins somatiques sont deux façons de nommer la prise en soin de l'être humain. Ce qui semble difficile pour Yassine, c'est ce qu'implique le fait d'être « *handicapé mental* » dans l'image que cela lui renvoie de lui-même.

- ça veut dire quoi être handicapé, pour vous ?
- bah ça veut dire qu'on est dépendant. On n'est pas dépendants nous.
- Nous sommes tous des êtres humains. Nous avons besoin les uns des autres.
- On nous considère comme bizarres, même si on est des êtres humains. On mérite pas d'être handicapés.

Qui, en effet, mérite certaines descriptions des maladies psychiques, qui peuvent évoquer à la pensée commune les qualificatifs de « *dangereux* », « *non fiables* » et d'autant plus menaçants que « *inguérissables* » (C. Bonsack et al., 2013) ? Quelle valeur humaine attribue-t-on aux psychotiques ? Comment peut-on s'ouvrir à des identifications multiples lorsque l'on est réduit à sa maladie et que nos parents nous renvoient à cette identité (S. Korffe-Sausse, 1996) ? Comment s'individuer lorsque notre « dépendance » est mise en avant dans le discours de l'autre ? Je me suis demandé quelle position pourrait quelque peu soutenir son élaboration de ces questions.

b) Reconnaître la souffrance

La discussion a continué longuement avec Yassine. Sans remettre en cause son besoin d'accompagnement, je verbalisais ma reconnaissance de la difficulté que cela pouvait représenter que de se sentir associé à des images péjoratives. Je l'écoutais avec attention, mais je n'avais pas de feuilles pour noter ses propos, alors je lui en ai demandé une. Il me l'a donné avec une gentillesse spontanée qu'il masquait tant bien que mal de son agressivité. Son ton a changé, sa respiration s'est ralentie, son tonus s'est abaissé. Le regard en l'air, il a commencé à parler de sa colère d'une façon qui me semblait moins stéréotypée que lorsque je le croise en train de ruminer dans les couloirs. Il me semble qu'il avait perçu que j'accordais de la valeur à sa problématique et qu'une confiance s'installait doucement. Puis, j'ai été appelé en atelier. J'ai proposé à Yassine de nous rejoindre, ce qu'il a fait peu après, avant de repartir aussitôt.

Il m'a paru, au cours de cette année, qu'une façon de s'approcher d'un positionnement juste avec ces adolescents consistait à les renseigner sur la valeur de leur expression identitaire actuelle, reconnaître sans complaisance les difficultés qu'ils traversent, mais également croire qu'ils peuvent évoluer face à ces difficultés et que leur identité n'est pas un état figé. Une phrase dans un cours d'E. Pireyre cette année m'a marqué : « *Le principe thérapeutique par excellence, c'est de montrer au patient que l'on reconnaît sa souffrance, que l'on comprend qu'il a peur, mais qu'on n'a pas peur pour lui.* » (2019). J'ajouterais que dans mes discussions avec les adolescents de l'HDJ, il s'agissait aussi souvent de reconnaître les efforts qu'ils déployaient déjà face au défi de leur construction identitaire, et de narrer avec eux l'histoire qui les a menés aux aménagements – pathologiques ou communs à l'adolescence – qu'ils ont légitimement trouvés avec les éléments dont ils disposaient dans leur système de compréhension à ce moment. M. Adandé éclaire ce propos quand il préconise « *un accueil chaleureux de ce que les patients ont construit pour tenir, dans les situations douloureuses qu'ils traversent* » et de « *considérer les ajustements dont ils sont capables.* » (2014, p. 30-31).

c) Le regard positif inconditionnel

Pendant la thérapie, la valorisation des produits psychiques du patient et l'attention portée à son être, en dehors de toute notion de performance, vont enrichir ses possibilités expressives, consolider ses capacités de mentalisation et affiner son rapport à lui-même. » A. Delourme (2003) amène ici à réfléchir sur le poids de notre regard sur les patients, que j'ai ressenti auprès des adolescents de l'HDJ. Il insiste sur l'importance du soutien affectif et de la confiance partagée pour amener le patient à parvenir à une expression authentique, et à trouver un point d'équilibre avec ce dont il peut se saisir de l'espace proposé (*Ibid.*).

C. Rogers définit le regard, ou la considération positive inconditionnelle comme « une attitude chaleureuse, positive et réceptive envers ce qui est dans son client [...]. Cela veut dire que le thérapeute se soucie de son client, mais pas de façon possessive, qu'il l'apprécie dans sa totalité plutôt que de façon conditionnelle » (1968, pp. 48-49) et parle d'une « *acceptation* », autant que possible, de l'identité de l'individu. (1968, p. 204).

Il me semble qu'à travers la demande de Yassine d'être considéré comme « *normal* », il y a la demande d'être reconnu comme faisant partie de l'humanité. La situation de handicap peut laisser le concerné sur le « *seuil* » de l'humanité comme l'a théorisé l'anthropologue R. Murphy dans sa théorie de la « *liminalité* », suite à sa propre paralysie progressive (1987). X. Haudiquet applique la pensée de Rogers à sa clinique en accordant à ses patients « *une considération positive due au simple fait que cette personne appartient au genre humain, avec toutes ses qualités et ses défauts* » (2013, p. 68). Pour établir une relation thérapeutique, la reconnaissance minimale quoique fondamentale que peuvent partager patient et thérapeute sans mettre à mal le cadre est l'appartenance à l'humanité. C'est ce qu'A. Zielinski nomme « *fonds commun d'humanité* », qu'elle place au cœur de la rencontre (2011, p. 90).

Toutefois, poser un tel regard d'acceptation sur les patients n'est pas évident et demande de ne pas geler les représentations que l'on se fait de lui. La vie institutionnelle de l'établissement m'a permis de voir les patients dans des cadres multiples, et non au seul prisme de la relation thérapeutique en salle de psychomotricité. Les différentes observations sont croisées, rassemblées en réunion institutionnelle pour comprendre les dynamiques identitaires globales du patient. Les jeunes eux-mêmes semblaient s'imprégner de la vie institutionnelle dans leur construction identitaire.

2) Le regard du patient sur le soignant

a) La polyvalence de l'identité

L'HDJ de mon stage s'inspire de la psychothérapie institutionnelle de J. Oury (2001). Psychologues, psychomotriciens, cuisiniers, agents de maintenance : Au sein de l'HDJ, chaque membre de la vie collective donnait à voir aux adolescents une grande diversité de personnalités et de relations. Les adolescents ne manquaient pas de repérer, consciemment ou non, les qualités relationnelles de chacun. Ainsi, si tous les jeunes avaient trois « référents » officiels, chacun des soignants – et chacun de leurs pairs – constituaient des potentielles figures identificatoires pour ces adolescents, chez qui ils venaient chercher une relation personnalisée. Les jeunes constatent que les adultes peuvent être dans des situations diverses où ils se présentent différemment, tout en restant les mêmes personnes.

Le psychiatre F. Sabéran décrit que dans la psychothérapie institutionnelle de J. Oury, la polyvalence « *signifiait que le destin des individus n'était pas scellé pour la vie. Quand l'infirmier fait le cuisinier, il ne te parle plus de la même façon, et tu ne t'adresses plus à lui pareil. Si les soignants ne sont pas éternellement à la même place, alors les malades aussi peuvent se réinventer.* » (in H. Sabéran, 2019). La propre expérience de la polyvalence du patient va lui permettre d'investir de nouvelles facettes de son identité, qui le valoriseront par le pouvoir qu'il aura sur son environnement et soutiendront la dynamique identificatoire. A l'HDJ, chaque jeune pouvait s'essayer cuisinier, philosophe, peintre, sportif durant les ateliers, autant d'identités qu'ils pouvaient s'approprier.

b) L'exemple du match de football

Un jour où ma référente de stage était absente, je suis allé à l'atelier football proposé par des éducateurs. J'ai trouvé que cette médiation mobilisait toutes les composantes du sentiment identitaire. D'abord, elle demande une implication continue, qui contient et supporte tout un champ de modifications de rythme et de positionnement. Ensuite, une équipe ne peut parvenir à marquer et empêcher de marquer que si elle joue collectivement, mais chaque poste est singulier et indispensable. Enfin, je voyais les jeunes comme les soignants s'identifier à des figures footballistiques célèbres pour pouvoir se donner pleinement dans le jeu et progresser. J'y vois une métaphore de l'affirmation singulière de l'identité au sein d'une collectivité. C'est d'ailleurs dans les matchs que j'observe des enjeux identitaires : (dis)continuité (abandon, fulgurance), différenciation (style de jeu, placement spatial), reconnaissance (estime, esprit d'équipe).

Au cours du match, j'ai senti que les adolescents, en particulier les jeunes hommes, prenaient exemple sur l'attitude corporelle et les réactions des autres éducateurs et moi-même. De façon encore plus flagrante qu'en salle de psychomotricité, j'ai senti que nous représentions pour eux des référents psychocorporels, ce qui m'a amené à prendre conscience de l'influence de mon comportement sur le terrain. Quand je montre que je peux perdre sans être anéanti, gagner sans être exubérant, exultant, quelque chose tient entre les pôles extrêmes et peut se nuancer hors de l'identité gagnant/perdant (bon/mauvais). Les émotions nous traversent, mais ne nous détruisent pas, ce qui me rappelle une fois de plus l'accès à l'« *ambivalence* » qui caractérise l'intégration de l'unité du sujet selon S. Robert-Ouvray (2010).

c) La métaphore de l'acteur

Bien que l'identification au thérapeute puisse être un levier thérapeutique, il ne s'agit pas de devenir un « modèle » au sens propre pour le patient en difficulté identitaire, ce qui reviendrait pour lui une fois de plus à fuir sa propre identité. L'adéquation mesurée entre la personnalité du thérapeute et la façon dont il la met au service de la relation offre un support réel de relation au patient. Claudio Naranjo affirme que « *le professionnel expérimenté est celui qui repère le vrai, au-delà des actions superficielles et des rituels vides. Il est capable de repérer la vraie attitude, la renforcer, la réclamer, l'enseigner, parce qu'il la connaît en lui-même* » (Mendiburu, 2003). Pourrait-on supposer que le patient, en ayant accès à une relation sincère avec le thérapeute, pourrait davantage repérer le vrai en lui ? F. Giromini propose que comme l'acteur, le thérapeute incarne profondément et authentiquement le personnage qui semble le plus adapté à l'instant pour soutenir le patient, mais ne s'y confond pas (2014). L'asymétrie du cadre n'impose pas l'asymétrie de la connaissance : « *ce qui importe dans la rencontre avec un thérapeute ce n'est pas que celui-ci se place du côté du savoir mais du côté de l'être avec.* » (Gatecel, 1998, p.15). Comment le psychomotricien peut, dans cet « être avec », cheminer vers l'individuation du patient ?

D) Le psychomotricien au service de l'évolution identitaire

1) Le parallèle avec la relation mère-enfant

a) Le rôle d'environnement suffisamment bon

Etre thérapeute requiert pour C. Potel de « *penser que, pour tout individu, il y a une possibilité de chemin personnel qui n'appartient qu'à lui. Le thérapeute est là pour l'aider à le trouver puis à le suivre.* » (2015b, p. 37). Pour l'accompagner vers sa propre voie, le soignant peut adopter une posture proche de celle de l'environnement dont a besoin l'enfant pour asseoir ses fondements identitaires.

Winnicott compare la position du thérapeute à « *celle de la mère d'un enfant à naître ou d'un nouveau-né* » (1958, p. 53 ; p. 56). Comme la mère se fait médiatrice de la réalité pour le bébé, le thérapeute va assurer au patient un espace où il peut (re)découvrir sa réalité en sécurité, c'est-à-dire d'atténuer les menaces qui pèsent habituellement sur sa continuité d'existence. C. Potel cite D. Marcelli qui « *qualifie de « présence perceptive » cette présence à son corps du thérapeute, qui va être un appui pour donner occasion au patient de « faire résider sa psyché dans son corps* ». » (2015b, p. 35).

Lorsque nous adaptons nos propositions de sorte à ce que Zyed puisse dépasser sa discontinuité attentionnelle et tonico-psychique et s'engager dans une activité, nous aménageons sa réalité de sorte à ce qu'elle lui soit plus accessible. Nous savons que si nous lui demandons quelque chose dont il ne se sent pas capable ou qui paraît trop complexe pour qu'il le comprenne, il se réfugiera dans le retrait. Winnicott explique : « *le bébé ne sait pas que l'espace autour de lui est maintenu par vous. Vous avez soin que le monde ne le heurte pas avant qu'il le découvre* » (1957). De la même façon, Zyed ne perçoit pas tout ce que nous déployons pour lui permettre de vivre une expérience corporelle accessible. Progressivement, nous avons exigé davantage de lui en lui demandant de réaliser les enchaînements moteurs avec plus de précision, à installer et ranger le matériel avec nous. A ce moment-là, nous le sentions en mesure de le réaliser, mais ces demandes n'aboutissaient pas en début de suivi. Pourtant, il disposait déjà de capacités pour le faire, mais se décourageait avant d'essayer. Cela illustre l'importance de l'estime de soi dans la dynamique identitaire.

b) La fonction de miroir

Comme l'a expliqué M. Mahler, c'est seulement au travers du vécu d'un besoin que s'ouvre la relation à l'autre, et l'individuation aboutit à une réponse autonome à ses besoins. Lorsque j'accompagne Zyed aux toilettes, que je l'amène à sentir s'il est à l'aise, je cherche à lui faire prendre conscience de ses besoins. Comme l'enfant se voit d'abord dans le regard de la mère, nous avons assuré la fonction de miroir de l'existence des patients. Nous renseignons Zyed sur son état corporel, et l'accompagnons dans des soins très régressifs au plus près du corps, lorsque nous prenons par exemple un temps avec lui pour réajuster sa ceinture. La disposition symétrique de la chorégraphie lui proposait un support visuel en miroir des mouvements qu'il exécutait. Une des activités préférées d'Isaac était le jeu du miroir où nous reproduisions ses gestes. A ce moment, nous nous placions pour Isaac et Zyed en « repères » de leur existence au sens de Wallon et Lacan.

« *Tout comme la mère prête son corps en réponse aux besoins du bébé, le thérapeute va occuper la fonction de miroir, d'échoïsation ou de double.* » dit C. Potel (2015b, p. 123). Mais elle précise que ce qui caractérise le thérapeute, c'est que bien qu'il prenne certaines de ses fonctions, il ne se substitue pas à la mère. La « *réflexivité* » dont il est capable le protège du « *passage à l'acte* » qui est de l'ordre de l'impulsion (*Ibid.*, p. 123-124). Cette réflexivité, chez le psychomotricien, s'éprouve par son corps.

2) L'identité psychomotrice du thérapeute au service de celle du patient

a) Le corps du psychomotricien comme organisateur de la thérapie

Le corps du psychomotricien est une voie de rencontre avec le patient. Robert-Ouvray précise que le dialogue tonique à l'œuvre dans la relation au patient correspond à un « *contre-transfert émotionnel* » (2002). C. Potel décrit les résonances sensorielles, affectives que ressent le thérapeute dans sa relation au patient comme constituants d'un « *contre-transfert corporel* ». Les choix du thérapeute sont « *guidé[s] aussi par ce qui s'anime en lui dans sa relation au patient.* » (2015b, p. 111). Ces éprouvés s'associent au « *dialogue interne* » du thérapeute et à ses connaissances diagnostiques. Ensemble, ils constituent des ressentis presque intuitifs qui orientent la thérapie comme une « *boussole* » (*Ibid.*). Ces ressentis permettront d'autant mieux de comprendre le patient que le thérapeute sera à l'écoute de ce qu'ils soulèveront de sa propre histoire personnelle – de ce qui n'appartient pas au patient. Le fonctionnement propre du thérapeute pourra alors être « *source, énergie et ressort de son action thérapeutique.* » Au lieu de se couper illusoirement de notre ressenti et son écho avec son vécu personnel lors de la thérapie, C. Potel invite à l'accueillir pour lui trouver la voie qui

sera au service de la thérapie : « *On ne peut pas concevoir un travail du toucher sans saisir la part touchée de soi quand on touche.* » (*Ibid.*, p. 116)

Il a été décrit plus haut que l'environnement soignant de l'HDJ proposaient des supports identificatoires pour la construction identitaire des patients. En psychomotricité, j'ai constaté que l'engagement psychocorporel du thérapeute avait également une influence dans l'engagement psychocorporel du patient. Il m'a semblé que les jeunes s'autorisaient en salle de psychomotricité des expériences corporelles qui leur était difficile d'accès dans d'autres espaces. Le sentiment de dévalorisation ou de honte me semblait adouci par l'engagement expressif et sensible du thérapeute. Plus encore, notre corps fut aussi un moyen d'étayage. Lors de la chorégraphie, je soutenais l'attention de Zyed par des gestes clairs, je montrais l'exemple de la tonicité qui était nécessaire à la chorégraphie. Le psychomotricien utilise donc son corps comme outil principal de relation. De quelle façon oriente-t-il cette relation de sorte à permettre au patient de transformer ses difficultés dans un contexte sécurisant, à partir de ce qu'il exprime en thérapie ?

b) Le sens de l'équilibre

S. Landes est une psychomotricienne qui a réalisé une thèse sur l'analyse du psychomotricien dans ses interactions avec les patients. A partir d'une étude de vidéos de séances, d'entretiens avec les psychomotriciennes et d'analyse vidéo de ces mêmes entretiens, elle a pu dessiner les caractéristiques de leur relation aux patients, de façon globale et de façon détaillée : types de gestes, de placements, d'interventions, de réactions, de propositions, d'intentions, d'intuitions... A partir des données récoltées, elle dégage un schème commun à toutes les psychomotriciennes ayant contribué à sa recherche, qui confère le caractère thérapeutique à la relation et qu'elle nomme le « *sens de l'équilibre* » (2018, p. 430).

Comme l'équilibriste, le psychomotricien ajuste sa relation psychocorporelle à la dynamique du contexte thérapeutique, dans une « *composition avec les éléments agissants de la situation* » (*Ibid.*). Elle l'utilise pour décrire que « *L'activité du psychomotricien tend à amener le jeune, ou de façon générale le partenaire de séance, à se développer, c'est-à-dire à « apprendre » au travers des activités dans lesquelles il s'engage [...] selon son rythme, à sa mesure et selon ses modalités.* » (*Ibid.*, p. 430). Elle insiste sur le fait que l'intention du psychomotricien ne réside pas en une augmentation des facultés du patient, mais bien en une recherche de son bien-être à partir de la connaissance qu'il a de lui et de ses besoins par la relation (*Ibid.*, p. 432). Dans sa procédure, le *sens* de l'équilibre est conféré par « *le regard, les gestes et les attitudes* », c'est-à-dire le corps du psychomotricien et porte une grande composante adaptative.

Avec Zyed et Isaac, je me sentais en permanence chercher cet « *équilibre* » pour à la fois accueillir leurs difficultés et leur laisser la possibilité de les transformer. C. Potel prévient qu'« *il s'agit non pas de gérer mais de comprendre la situation, ou d'en avoir d'autres représentations, afin de pouvoir la faire évoluer autrement.* » (2015b, p. 361). Quelle évolution recherche-t-on pour un adolescent comme Zyed qui souhaiterait à la fois « *grandir* » et rester « *le bébé de [s]a maman* » ?

Je rappelle d'abord que P. Blos insiste sur le besoin de l'accès à la régression pour soutenir l'individuation à l'adolescence. Ensuite, je mets en parallèle deux auteures qui se répondent : Robert-Ouvray introduit sa théorie de l'étayage psychomoteur en avançant que « *Le projet psychique de l'être humain est l'acquisition progressive et l'établissement d'un jeu fondamental entre deux positions primaires : rester dans le même, dans la sécurité du connu, dans le déjà ressenti / aller vers le dehors, le différent, l'inconnu.* » (2010, p.41). E. Blanquet conclut que « *La vérité recherchée par le thérapeute sera alors celle de l'acte par lequel, advenant en tant que lui-même le patient accueille la nouveauté et lui donne sens pour lui et avec l'autre.* » (Blanquet, 2002).

En psychomotricité, cet acte peut-être un geste, qui porte en lui-même valeur d'interprétation (Potel, 2015b). L'implication du psychomotricien suppose qu'il « *s'exprime à partir de lui-même, de tout son être-corps, ce qui donne une dimension d'authenticité toute particulière à la thérapie. Il parle, agit et s'engage en fonction de ses expériences, de son vécu corporel.* » (Thiebo, 2008, p.149). Sécurisé par le cadre, guidé par son vécu psychocorporel, composant à partir des besoins du patient, le psychomotricien déploie sa propre créativité au service de celle du patient.

c) La créativité du thérapeute

« *En psychothérapie, à qui a-t-on affaire ? À deux personnes en train de jouer ensemble. La corollaire sera donc que là où le jeu n'est pas possible, le travail du thérapeute vise à amener le patient d'un état où il n'est pas capable de jouer à un état où il est capable de le faire* » (Winnicott, 1971, p. 55).

E. Blanquet considère que le propre de la thérapie est d'accompagner le patient à transformer les éprouvés partagés dans le cadre de la séance en « *possibilités* » qui font sens pour le patient et qui aboutiront à des choix constructeurs de l'identité du patient. (2002, p. 124-125). Amener le patient à organiser ce qu'il connaît et à s'ouvrir à la nouveauté demande de la créativité de la part des deux protagonistes de la thérapie : « *L'espace thérapeutique met en scène aussi bien la créativité du patient que la propre créativité du thérapeute* » dit A. Gatecel (2009, p.54).

C'est cette créativité qui a permis à Mme S. de proposer un médiateur à Isaac pour qu'il puisse explorer le plan horizontal ou encore qui m'a permis d'adapter les propositions thérapeutiques au téléphone avec Zyed. Un jeune que je nommerais Léo aimait beaucoup inventer des jeux à partir du matériel de la salle. Nous l'avons aidé à structurer ses idées, et il émergeait de nos créativité croisées des propositions riches et variées qui mettaient au travail différents items psychomoteurs : régulation tonico-émotionnelle en faisant des cairns (tours de pierres) avec les galets de la cour ; l'orientation spatiale et la conscience corporelle avec des parcours yeux bandés ; l'expression émotionnelle et l'image du corps en se filmant avec la caméra.

Si ces propositions m'ont marqué en tant que futur professionnel, alors même qu'elles étaient éprouvantes et laborieuses, c'est parce qu'elles prenaient racine dans le désir du patient et aboutissaient à son besoin. Il me semblait qu'ici la créativité des thérapeutes était au service de la construction identitaire du patient, et qu'elle résultait de la rencontre avec le patient, que le cadre à permis. C. Potel conclut que le psychomotricien « *doit ou va devoir se créer et s'inventer, en fonction de sa personnalité, de sa propre créativité, en fonction de la force et de l'énergie qu'il met à rencontrer non seulement des patients mais surtout des personnes* ». (2019, p. 485).

E) Conclusion générale

« *Nous espérons tous que nos patients en auront un jour fini avec nous, qu'ils nous oublieront et découvriront que la vie est elle-même une thérapie qui a un sens.* » (Winnicott, 1968, p. 122.). A l'HDJ, les jeunes bénéficient d'une prise en soin multiple : éducateurs, infirmières, psychiatres, psychologues, psychomotriciens et stagiaires qui sont nombreux dans l'hôpital. L'équipe se mobilise pour les besoins des patients, de l'administratif au médicamenteux en passant par les thérapies verbales, corporelles et les échanges informels. Lors du confinement lié à la crise sanitaire du COVID-19, l'établissement a créé un site internet où se poursuivaient tant que possible les soins et ateliers hebdomadaires. Les référents ont monté des projets personnalisés à distance selon les problématiques de chacun. La prise en soin est globale, et porte les patients à s'inscrire dans leurs projets qui deviennent thérapeutiques en eux-mêmes. Quelques soient les efforts déployés par l'équipe pluridisciplinaire, c'est l'investissement de la thérapie par les patients qui leur permet un mieux-être. Comme le souligne Winnicott, c'est en fait leur investissement de la vie dont il s'agit ici. Comment aider le patient à s'appuyer sur lui-même, sur sa propre identité ?

Le sentiment identitaire en inclut trois autres : le sentiment de la continuité d'existence, le sentiment de la différenciation, le sentiment de la reconnaissance réciproque avec son environnement (qui implique l'estime de soi et les processus identificatoires). Ces sentiments prennent leurs origines dans des expériences corporelles en relation à l'environnement tout au long de la vie et particulièrement au cours des premières années de l'enfant. Le bébé accède alors à un vécu corporel qui se complexifie progressivement en deux principaux niveaux de représentations corporelles : le schéma corporel et l'image du corps. Ces notions se nourrissent, se complètent et correspondent au sentiment identitaire tel qu'il a été développé ici.

Dans la psychose, le sentiment continu d'exister est menacé de rupture, la différenciation soi/non-soi peine à s'ancrer en représentations, les conséquences sociales de la maladie affectent l'estime de soi et entravent la dynamique identificatoire. Le socle identitaire étant extrêmement fragile voire non établi, on observe chez des patients psychotiques des troubles sévères du schéma corporel et de l'image du corps. Ils entraînent des angoisses corporelles majeures et des difficultés d'ajustement de la distance relationnelle.

A l'adolescence, les transformations pubertaires viennent questionner la continuité du corps. La sexualisation vient marquer corporellement la différence des sexes et rendre nécessaire un réaménagement des relations familiales et de nouvelles recherches identificatoires. La transition entre l'enfance et l'âge adulte place l'adolescent dans un statut qui offre peu de repères sociétaux consensuels. Chercher une cohérence avec son histoire

passée et à venir, affirmer sa singularité et trouver la reconnaissance des pairs, semblent être des questions particulièrement centrales de l'adolescence.

Les adolescents que j'ai rencontrés en stage étaient manifestement dans un état de grande souffrance. Leur recherche de compréhension d'eux-mêmes et du monde qui les entoure était saillante, à commencer par leur représentation de leur propre corps. Avec Mme S., j'ai accompagné ces jeunes à intégrer leur vécu corporel en différents niveaux de représentations dans leurs composantes temporelles, spatiales, structurales, gnosiques, praxiques, sensorielles, psychoaffectives, psychosociales et expressives. La thérapie psychomotrice a amené Isaac et Zyed à repasser par des états régressés, pour élaborer en représentations des éprouvés corporels parfois restés vides de sens voire traumatiques, mais aussi à évoluer et réaménager leur rapport au monde au sortir de l'enfance.

Pour que ces expériences corporelles prennent sens en représentations, il est indispensable qu'elles soient accompagnées par la relation. Le psychomotricien reprend ainsi des fonctions comparables à la mère avec son enfant dans sa relation au patient. Le cadre (externe et interne) permet au patient d'accepter le partage en protégeant celui-ci de la discontinuité, de la fusion/confusion et de la dévalorisation qui le menacent dans son rapport à l'autre. L'appropriation de la thérapie par les jeunes leur demande une grande confiance, qui peut s'établir à partir de ce qu'ils perçoivent des thérapeutes. Pour les accompagner dans leur évolution, il apparaît primordial de poser sur eux un regard bienveillant qui ne fige pas leur identité dans ce qu'ils donnent immédiatement à voir, mais qui reconnaît à la fois leurs difficultés et leurs possibilités d'évolution. La vie institutionnelle m'a notamment donné à voir les patients dans différents cadres et ainsi enrichir mes représentations de leurs possibilités personnelles. Elle permet aussi de responsabiliser le patient qui en sera nourri et valorisé, ainsi que proposer des supports identificatoires dont le patient pourra s'inspirer pour sa propre évolution.

Les thérapies psychomotrices peuvent soutenir la construction du sentiment identitaire des adolescents psychotiques en leur permettant de lier vécu corporel, schéma corporel et image du corps au travers d'expériences psychocorporelles adaptées à leurs problématiques et accompagnées par la relation. L'engagement psychocorporel du psychomotricien étaye celui du patient, par un soutien tonique, sensoriel, affectif et représentatif. Le psychomotricien associe ses connaissances avec l'écoute de ses propres vécus pour guider et orienter la thérapie. Enfin, les difficultés qui prennent *forme* en thérapie appellent à la créativité du thérapeute et du patient pour trouver la voie d'une *transformation*. Avec Zyed, Isaac je me sentais chercher le cadre, la relation et l'expérience psychocorporelle qui leur permettrait de mettre en lumière, de révéler à eux-mêmes, la richesse de leur identité.

Bibliographie – 131 références

- Abadie, L. (2018). *Marche en double tâche chez le sujet traumatisé crânien modéré à sévère : Caractéristiques des troubles et retentissement*. Thèse de médecine. Université de Lille 2, Lille.
- Adandé, M. (2014). Être en confiance dans la rencontre thérapeutique. *Cahiers de Gestalt-thérapie*, N° 33(2), 29.
- Ahovi, J., & Moro, M.-R. (2010). Rites de passage et adolescence. *Adolescence*, 74(4), 861.
- Ajuriaguerra, J. de. (1974). *Manuel de psychiatrie de l'enfant* (2. éd. entièrement refondue). Paris : Masson.
- American Psychiatric Association, American Psychiatric Association, & DSM-5 Task Force. (2017). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5*. Arlington, VA : American Psychiatric Association.
- Andjelkovic, L. (2002). Apport de Mélanie Klein à la compréhension du processus de séparation. *Imaginaire & Inconscient*, 8(4), 45.
- Arnaldez, R., & Taton, R. (Éds). (1994). *La science antique et médiévale : Des origines à 1450* (1. éd). Paris : Presses universitaires de France.
- Audi, P. (2010). Remarques sur le sentiment d'appartenance. *Les Temps Modernes*, n° 661(5),
- Baer, N., Frick, U., Fasel, T., & Wiedermann, W. (2011). *Schwierige Mitarbeiter. Wahrnehmung und Bewältigung psychisch bedingter Problemsituationen durch Vorgesetzte und Personalverantwortliche*. Bern : Office fédéral des assurances sociales.
- Bion, W. R. (1962). *A Theory of Thinking, Second Thoughts*. London : Heinemann Books.
- Blanquet, E. (2002). D'un commencement qui n'en finirait pas... Exister... *Cahiers de Gestalt-thérapie*, n° 11(1), 112-127.
- Bochereau, D. (2008). Souffrances identitaires et distorsions du moi : « entourer l'enfant ». *Perspectives Psy*, Vol. 47(2), 195-204.

- Bonsack, C., Morandi, S., Favrod, J., & Conus, P. (2013). Le stigmate de la «folie» : De la fatalité au rétablissement. *Revue Médicale Suisse*, 9, 588-592.
- Boscaïni, F. (2005). Pourquoi une sémiologie spécifique des psychomotriciens ? Simplicité et complexité. *Evolutions psychomotrices*, 88-100.
- Boudarse, K. (2012). Psychose et soins. Une lecture à partir de Winnicott. *Dialogue*, 195(1), 7.
- Brun, J. (2007). *Les présocratiques*. Paris: Presses universitaires de France.
- Bullinger, A. (2006). Approche sensorimotrice des troubles envahissants du développement. *Contraste*, N° 25(2), 125-139.
- Cahn, R. (2002). *Adolescent dans la psychanalyse : L'aventure de la subjectivation*. Paris: Presses universitaires de France.
- Charru, P. (2018). Debussy et Héraclite : Un air de famille. *Etudes*, (9), 95-106.
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2006). The Paradox of Self-Stigma and Mental Illness. *Clinical Psychology : Science and Practice*, 9(1), 35-53.
- Courtine, J.-F. (1990). *Suarez et le système de la métaphysique* (1. éd). Paris: Presses universitaires de France.
- Damasio, A. R., & Fidel, J.-L. (2010). *L'autre moi-même les nouvelles cartes du cerveau, de la conscience et des émotions*. Paris: O. Jacob.
- Darcourt, G. (2007). La double stigmatisation des personnes atteintes de psychose et désocialisées. *L'information psychiatrique*, 83(8), 671.
- David, M., & Appell, G. (2014). Hospitalisme. Dans M. David, *Prendre soin de l'enfance* (p. 147). Ramonville Saint-Agne: Érès.
- de Ryckel, C., & Delvigne, F. (2010). La construction de l'identité par le récit. *Psychothérapies*, 30(4), 229.
- Decourt, P. (2000). Identité et/ou représentation de soi. *L'identité*, Fev.(11).

- Delourme, A. (2003). La souplesse du cadre. *Gestalt*, 25(2), 29.
- Dolto, F. (1984). *L'image inconsciente du corps*. Paris: Seuil.
- Donzeau, A., Bouhours-Nouet, N., & Coutant, R. (2018). Croissance staturopondérale normale. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 31(1), 2-17.
- Drouin-Hans, A.-M. (2006). Identité. *Le Télémaque*, 29(1), 17.
- Dumont, J.-P. (Éd.). (1991). *Les écoles présocratiques*. Paris : Gallimard.
- Erikson, E. (1968). *Identity Youth And Crisis*. New York, W.W. Norton
- Fenichel, O. (1945). *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*. New York, W.W. Norton
- Foisneau, L. (2004). Identité personnelle et mortalité humaine Hobbes, Locke, Leibniz. *Archives de Philosophie*, 67(1), 65.
- Fontaine, P. (2014). La psychose et les frontières de la folie. *Recherche en soins infirmiers*, N° 117(2), 8.
- GATECEL, A. (1998). Acte thérapeutique ? Intervention thérapeutique ? Effets thérapeutiques ? *THERAPIE PSYCHOMOTRICE ET RECHERCHES*, (114-115), 14-21.
- Gatecel, A. (2009). *Psychosomatique relationnelle et psychomotricité*. Paris: Heures de France.
- Giromini, F. (2014). Le geste thérapeutique, avril 2014. [Communication]. Communication communication présentée au Colloque de Milan, Avril 2014, Milan.
- Goffman, E. (1963). *Stigmate : Les usages sociaux des handicaps*. Paris, Les Éditions de Minuit
- Goodenough, F. L. (1926). *Measurement of intelligence by drawings*. Yonkers-on-Hudson, N.Y., Chicago: World Book Company.

- Guédénéy, N. (2011). Les racines de l'estime de soi : Apports de la théorie de l'attachement. *Devenir*, 23(2), 129.
- Haudiquet, X. (2013). Le regard positif inconditionnel : Comment y parvenir ? *Approche Centrée sur la Personne. Pratique et recherche*, 17(1), 65.
- Houssier, F. (2010). Chapitre II. Peter Blos, une œuvre consacrée au processus d'adolescence. Dans P. Givre & A. Tassel, *Le tourment adolescent. Tome 2* (p. 51). Paris: Presses Universitaires de France.
- Houzel, D. (2006). L'enfant autiste et ses espaces. *Enfances Psy*, no 33(4), 57-68.
- Huguelet, P. (2007). Recovery as an organising principle for the care of patients with severe mental disorders. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 158(6), 271-278.
- Jeammet, P., & Sarthou-Lajus, N. (2008). Les contradictions de l'adolescence. *Etudes*, Tome 409(7), 30-40.
- Joly, F., Labes, G., & Berthoz, A. (2008). *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité*. Montreuil: Ed. du Papyrus.
- Joubert, C., & Durastante, R. (2008). Le cadre en tuilage : Place et reconnaissance de l'adolescent en famille. *Le Divan familial*, 21(2), 67.
- Jouve, V. (1998). *L'effet-personnage dans le roman*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Konicheckis, A. (2006). Subjectivation, vrai self et personnalisation. *Le Carnet PSY*, 109(5), 35.
- Korff Sausse, S. (1996). *Le miroir brisé : L'enfant handicapé, sa famille et le psychanalyste*. Paris: Calmann-Lévy.
- Kovess-Masféty, V. (2001). *Précarité et santé mentale*. Rueil-Malmaison : Doin.
- Lacan, J. (1949). Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je, telle qu'elle nous a été révélée dans l'expérience psychanalytique. *Revue Française de Psychanalyse*, 13(4), 449-455.

- Laing, R. D., & Lambrichs, G. (1985). *Soi et les autres*. Paris : Gallimard.
- Lalande, A., & Poirier, R. (2010). *Vocabulaire technique et critique de la philosophie* (3e édition). Paris : Presses Universitaires de France.
- Landès, S. (2018). *Organisation conceptuelle de l'activité d'adaptation du psychomotricien : Une approche par le sensible de l'analyse de l'activité dans une perspective de didactique professionnelle*. Thèse de doctorat en sciences de l'éducation. Université de Cergy-Pontoise.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (2009). *Vocabulaire de la psychanalyse* (5. ed). Paris : Pr. Univ. de France.
- Le Breton, D. (2015). *Adolescence et conduites à risque*. Paris : Fabert.
- Le petit Larousse illustré*. (2006) ([Ed.] 2007). Paris : Larousse.
- Leibniz, G. W. (1765). *Les Nouveaux Essais sur l'entendement humain, II, XXVII, 1-3*. Paris : Flammarion
- Leibniz, G. W., Arnauld, A., & LeRoy, G. (1993). *Discours de métaphysique et Correspondance avec Arnauld : Introduction, texte et commentaire par Georges Le Roy*. Paris : Vrin.
- Leyens, J.-P. (1968). L'identification comme processus d'apprentissage. *L'année psychologique*, 68(1), 251-267.
- Lipiansky, E. M. (1992). *Identité et communication : L'expérience groupale* (1re éd). Paris : Presses universitaires de France.
- Locke, J., & Leibniz, G. W. (1839). *Œuvres de Locke et Leibnitz*. Paris : Firmin-Didot.
- Mahler, M., & Dupont, J. (2013). Symbiose et séparation-individualisation. *Le Coq-héron*, 213(2), 59.
- Malewska-Peyre, H. (1998). Chapitre IV. Le processus de dévalorisation de l'identité et les stratégies identitaires. Dans *Stratégies identitaires* (p. 240). Paris : Presses Universitaires de France.

- Marc, E. (2016). *La construction identitaire de l'individu. Identité(s)* (pp. 28-36). (S.1.): Editions Sciences Humaines.
- Marcelli, D. (2005). Psychose à l'adolescence. *Adolescence*, 52(2), 213.
- Mead, G. H., Cefai, D., & Quéré, L. (1963). *L'esprit, le soi et la société*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Mendiburu, J.-P. (2003). La fonction du cadre. *Gestalt*, 25(2), 11.
- Milner, J.-C. (2016). 1. Le roman d'éducation. Dans *Harry Potter à l'école des sciences morales et politiques*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Molina Luque, F. (2002). Entre l'identité et l'identification : Un problème complexe de la recherche sociologique dans le domaine de l'interculturalité. *Sociétés*, 76(2), 59.
- Mucchielli, A. (2013). *L'identité*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Mucchielli, A. (2015). L'Identité individuelle et les contextualisations de soi. *Le Philosophoire*, 43(1), 101.
- Murphy, R. F. (1987). *The body silent* (1st ed). New York: H. Holt.
- Namer, A. (2012). L'espace, le cadre et les limites : Quand dans les psychanalyses et les psychothérapies d'enfants l'interprétation ne suffit pas. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 2(2), 661.
- Ogilvie, B. (2005). *Lacan*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Oury, J. (1989). *Création et schizophrénie*. Paris: Editions Galilée.
- Oury, J. (2001). *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle*. Nîmes : Champ social.
- Pankow, G. (1981). *L'être-là du schizophrène : Contributions à la méthode de structuration dynamique dans les psychoses*. Paris : Flammarion.
- Pankow, G. (1983). *L'homme et sa psychose*. Paris: Aubier-Montaigne.

- Pasqua, H. (1992). L'unité de l'Être parménidien. *Revue Philosophique de Louvain. Quatrième série, tome 90, n°86, 1992.*
- Pasquier, S. (2003). Erving Goffman : De la contrainte au jeu des apparences. *Revue du MAUSS*, 22(2), 388.
- Paumel, C. (2019). Evaluation psychomotrice des représentations corporelles (1/2) : Vers une conceptualisation appliquée. *THERAPIE PSYCHOMOTRICE ET RECHERCHES*, 48(183), 16-32.
- Paumel, C. (2020). Cours de Psychiatrie de l'adolescent de troisième année d'étude (2/8). Hôpital de la Pitié Salpêtrière.
- Pavot-Lemoine, C. (2017). Cours de psychomotricité de première année d'étude. Hôpital de la Pitié Salpêtrière.
- Pelletier, A. (2017). Attention et aperception selon Leibniz : Aspects cognitifs et éthiques. *Les Études philosophiques*, 171(1), 103.
- Perret-Catipovic, M. (1997). *Adolescence et psychanalyse : Une histoire*. Lausanne, Switzerland : Delachaux et Niestlé.
- Perrier, F., Petitdemange, G., & Sedat, J. (1978). *La chaussée d'Antin : Antienne: articles de psychanalyse*. Paris : Union générale d'éditions.
- Philonenko, A. (1990). 7—L'émergence de l'idéalisme transcendantal dans la Phénoménologie de l'esprit de Hegel et sa critique, 173.
- Picard, D. (2008). Quête identitaire et conflits interpersonnels. *Connexions*, n° 89(1), 75-90.
- Picard, D., & Marc, E. (2015). Chapitre II. Les enjeux identitaires. *Que sais-je?*, 3e éd., 18-35.
- Pireyre, É. W. (2008). L'image du corps : Monolithique ou composite ? *EVOLUTIONS PSYCHOMOTRICES*, (82 vol 20), 198-211.
- Pireyre, É. W. (2019). Cours de troisième année de psychomotricité. Hôpital de la Pitié Salpêtrière.

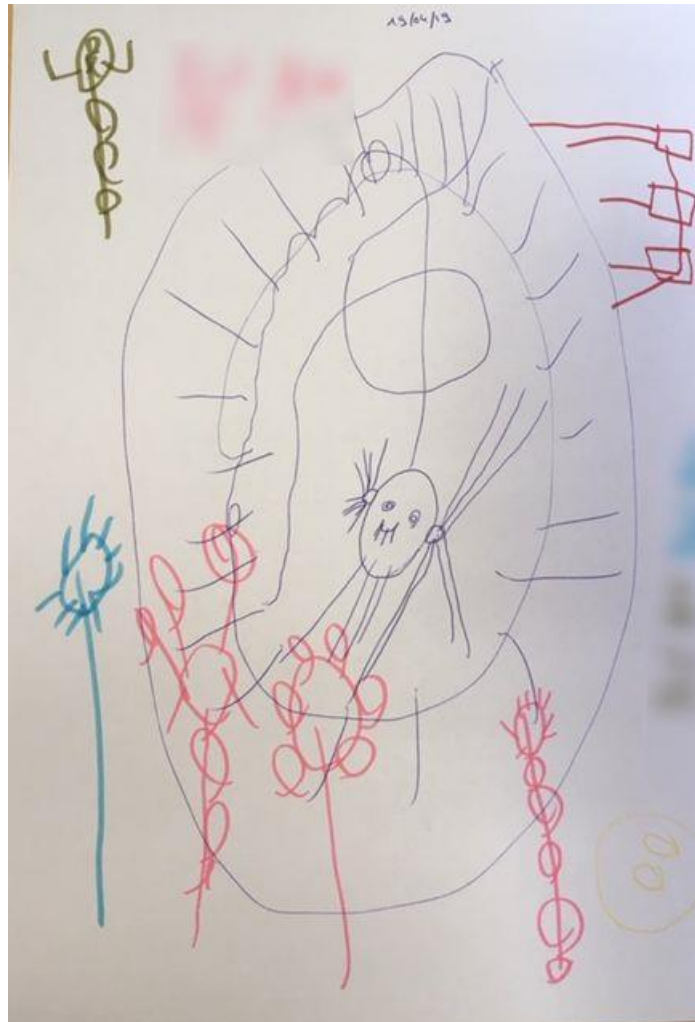
- Pireyre, É. W., & Delion, P. (2015). *Clinique de l'image du corps : Du vécu au concept*. Paris : Dunod.
- Potel, C. (2019). *Être psychomotricien*. Ramonville Saint-Agne : Érès.
- Potel, C. (2015a). *Corps brûlant, corps adolescent : Des thérapies à médiations corporelles pour les adolescents*. Ramonville Saint-Agne : Érès.
- Potel, C. (2015b). *Du contre-transfert corporel*. Ramonville Saint-Agne : Érès.
- Potel, C., Baranes, J.-J., & Hefez, S. (2018). *L'adolescent, son corps, ses « en jeux » : Point de vue psychomoteur*. Paris: Editions In Press.
- Pouliot, T., Poulin-Dubois, D., & Gouin Décarie, T. (1983). Image spéculaire et genèse de la reconnaissance de soi ; une analyse hiérarchique. *Enfance, tome 36, n°1-2, 1983. La première année de la vie*.
- Pull, C. B., & World Health Organization. (1994). *CIM-10—ICD-10. Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic Chapitre V (F), Chapitre V (F)*. Genève : OMS.
- Resnik, S. (2003). À propos de l'inconscient : Une contribution. *Libres cahiers pour la psychanalyse, 7(1), 21*.
- Reymond-Laruinaz, A. (2017). « *Je ne sais plus qui je suis* ». *Approche psychomotrice et maintien de l'identité chez la personne âgée démente en institution*. Université de Bordeaux.
- Ricœur, P., Goldenstein, C., Schlegel, J.-L., & Ricœur, P. (2008). *Autour de la psychanalyse*. Paris : Seuil.
- Rive, J., & Roger, A. (2014). XX. « Edward T. Hall ». La communication interculturelle. Dans U. Mayrhofer, *Les Grands Auteurs en Management International* (p. 375). Caen : EMS Editions.
- Robert, P. (2003). La cohérence du cadre. *Dialogue, 162(4), 81*.

- Robert-Ouvray, S. (2002). Le contre-transfert émotionnel dans la thérapie psychomotrice. *THERAPIE PSYCHOMOTRICE ET RECHERCHES*, (132), 62-67.
- Robert-Ouvray, S. B. (2010). *Intégration motrice et développement psychique une théorie de la psychomotricité*. Paris : Desclée de Brouwer.
- Rogers, C. R. (2011). *Le développement de la personne*. Paris : InterEditions.
- Rolland, J.-C. (2000). La loi de Lavoisier s'applique à la matière psychique. *Libres cahiers pour la psychanalyse*, 2(2), 19.
- Roudinesco, E. (2001). *L'analyse, l'archive*. Paris: Bibliothèque nationale de France.
- Sabéran, H. (2020). Retour chez les fous. Dans *Dans la tête d'un drone* (La revue XXI, Vol. 49, pp. 118-137). Paris : La Revue dessinée.
- Sauvanet, P. (1999). *Le rythme grec : De Héraclite à Aristote* (1. éd). Paris : Presses Universitaires de France.
- Schafer, S. (1967). The Victim and His Functional Responsibility. *Criminology*, 5(3), 25-29.
- Schilder, P., & Gantheret, F. (2009). *L'image du corps : Étude des forces constructives de la psyché*. (S.l.): (s.n.).
- Scialom, P., Canchy-Giromini, F., & Albaret, J.-M. (2011). *Manuel d'enseignement de psychomotricité*. Marseille : Solal.
- Simon, E. (2012). *Stigmaté*. Dans : Monique Formarier éd. *Les concepts en sciences infirmières* (pp. 293-295). Toulouse : Association de recherche en soins infirmiers.
- Stern, D. G., & The Hegeler Institute. (1991). Heraclitus' and Wittgenstein's River Images : Stepping Twice into the Same River. *Monist*, 74(4), 579-604.
- Thiebo, B. (2008). Unité psychomotrice : Des enjeux développementaux aux enjeux thérapeutiques. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 56(3), 148-151.
- Vergely, B. (2010). L'enjeu vital de l'identité. *Cahiers jungiens de psychanalyse*, 132(2), 75.

- Verneaux, R. (1962). *Textes des grands philosophes* (Vol. T3). Paris : Beauchesne, ed.
- Vert, É. (2015). Du corps à l'image et de l'image au corps : L'utilisation de l'image photographique dans la pratique psychomotrice, 82.
- Wallon, H. (1963). Comment se développe chez l'enfant la notion du corps propre. *Buts et méthodes de la psychologie*, 16(1), 121-150.
- Winnicott, D. W. (1969). L'angoisse associée à l'insécurité. Dans *De la pédiatrie à la psychanalyse* (p. 127). Paris: Payot.
- Winnicott, D. W. (1975). La crainte de l'effondrement. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, (11), 37.
- Winnicott, D. W., & Kalmanovitch, J. (2014). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot.
- Winnicott, D. W., Michelin, M., & Rosaz, L. (1964). Le nouveau-né et sa mère. Dans *Le bébé et sa mère*. Paris : Payot.
- Winnicott, D. W., Michelin, M., Rosaz, L., & Spock, B. (1997). *Le bébé et sa mère*. Paris : Payot.
- Winnicott, D. W., & Monod, C. (1999). *Jeu et réalité : L'espace potentiel*. Paris : Gallimard.
- Winnicott, D. W., & Stronck-Robert, A. (1957). *L'enfant et sa famille : Les premières relations*. Paris : Payot.
- Zielinski, A. (2011). La vulnérabilité dans la relation de soin : « Fonds commun d'humanité ». *Cahiers philosophiques*, n° 125(2), 89.

Dessin d'Isaac en Avril 2019

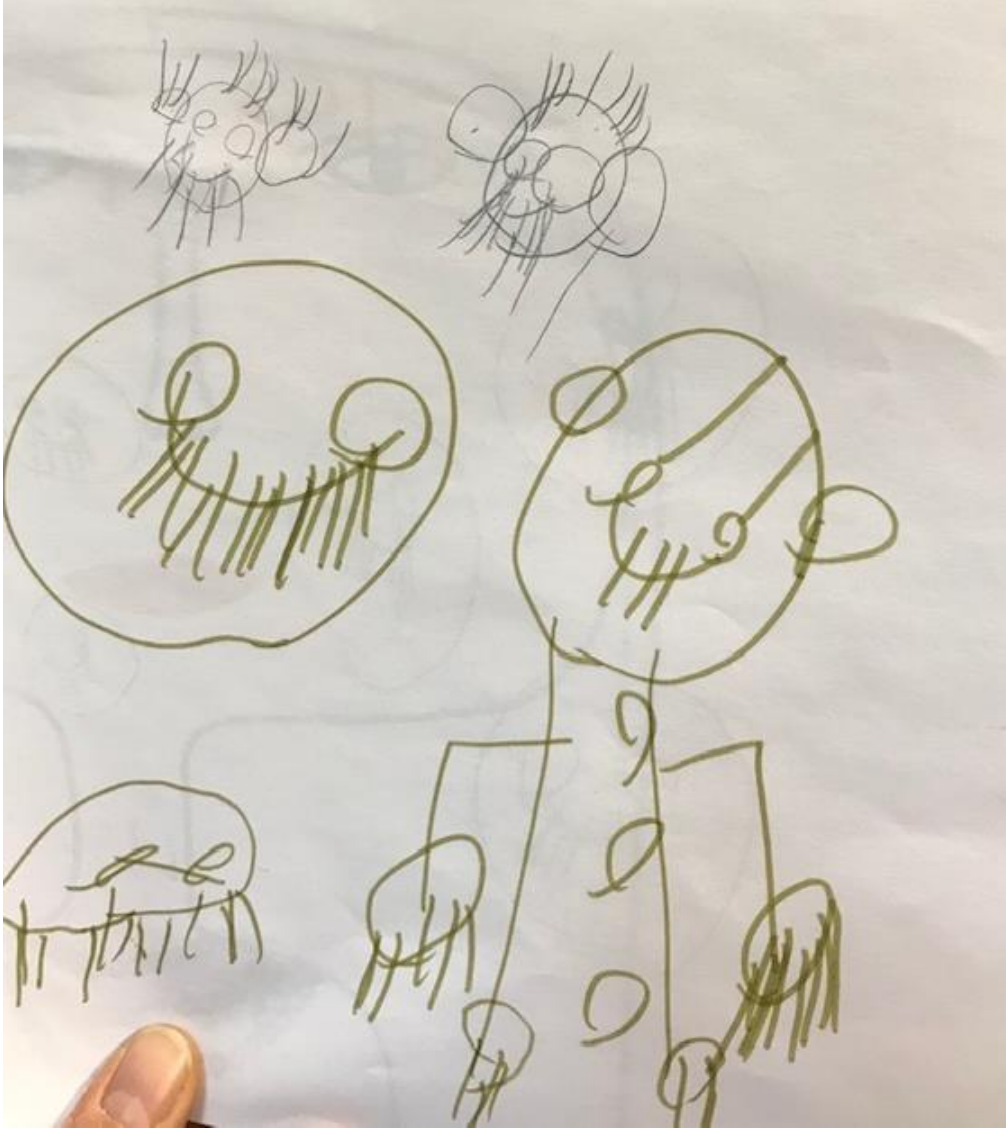
En haut à droite, un « *moteur* ». Autour, des « *fleurs* ». Ses poils deviennent un « *vaisseau* », ayant lui-même des « *poils* ». Le prénom a été flouté.



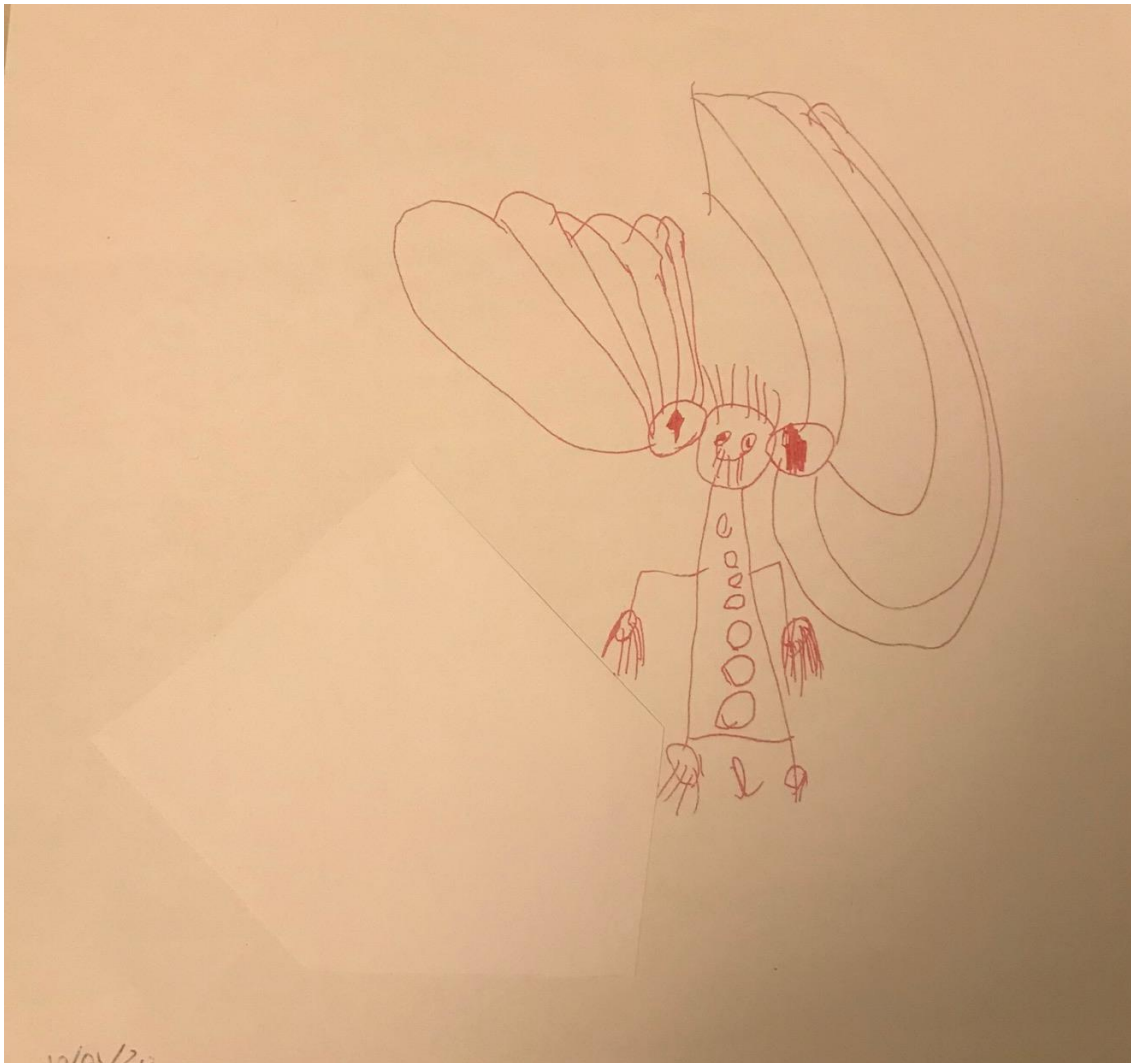
Dessin d'Isaac en Mars 2019



Dessin d'Isaac en Novembre 2019



Dessin d'Isaac en Janvier 2020



Modélisation Psychomotrice des Représentations Corporelles

Charlotte PAUMEL

Psychomotricienne experte MIP-R

INTRODUCTION

Le psychomotricien « rééduque les troubles du schéma corporel » et « contribue au traitement des troubles des représentations du corps d'origine psychique ou physique » (décret, 1988). Les divers troubles psychopathologiques émergeant à l'adolescence s'accompagnent de troubles des représentations du corps. Une évaluation psychomotrice affinée permet de mieux les repérer afin de contribuer à la démarche diagnostique, et de préciser le projet thérapeutique. Une définition univoque des représentations du corps n'est toutefois pas possible. Les concepts, en effet, sont issus de nombreux champs disciplinaires (neurologie, psychanalyse, psychologie du développement...). De plus, les auteurs proposent au sein d'une même discipline, des théorisations, des appellations différentes (De Vignemont, 2010). Cette polysémie des termes et cette diversité des définitions, créent des amalgames et réductionnismes théoriques, mais aussi des difficultés d'opérationnalisation des concepts dans la pratique. E.Pireyre (2011) a proposé un modèle intégratif et multidimensionnel, avec l'image composite du corps assorti d'un bilan de l'image du corps. Toutefois le choix est fait d'abandonner le concept de schéma corporel, ainsi que le recours aux tests pour l'évaluation. Comment concevoir une modélisation des représentations du corps, qui intégrerait les notions de schéma corporel, d'image du corps et d'image de soi ? A la fois holistique mais permettant de différencier différentes composantes ? Intégrant le cognitif, le psychoaffectif mais aussi le psychosocial ? Pouvant faire appel à différentes méthodes d'évaluation ?

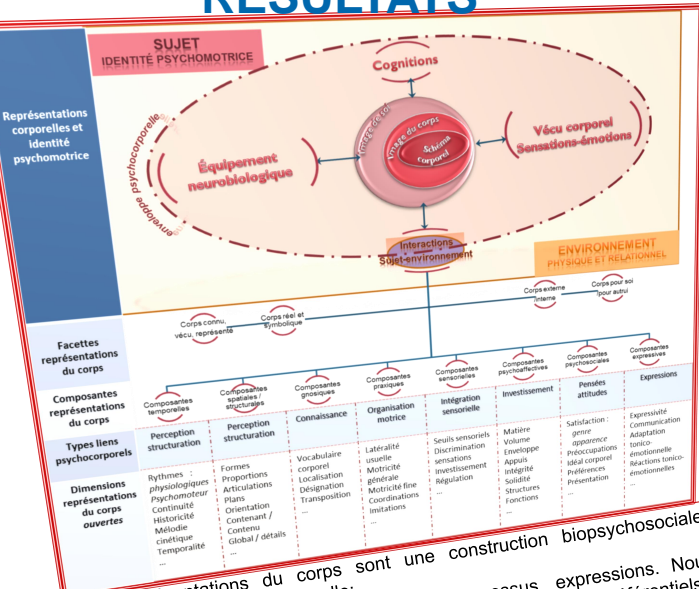
→ Une recherche exploratoire utilisant une méthodologie mixte (Johnson et Onwuegbuzie, 2004) a été menée en deux étapes. Une première phase qualitative et inductive qui a tenté de répondre à la problématique conceptuelle présentée; et une deuxième phase hypothético-déductive qui ne sera pas exposée ici.

MATERIEL ET MÉTHODES

- ❑ **Méthode 1 : théorique, ou spéculative.** Cette méthode « vise à produire des énoncés théoriques à partir d'autres énoncés théoriques. [...] elle vise plutôt à montrer, à mettre en scène, à peser le pour et le contre, à faire des choix et à les soutenir au moyen d'une argumentation. » (Martineau, Simard, et Gauthier, 2001, p. 3). Les données ont été recueillies à partir d'écrits faisant des synthèses des notions d'image du corps et de schéma corporel.
- ❑ **Méthode 2 : théorisation enracinée** (Guillemette et Luckerhoff, 2009) basée sur l'exploration, l'application du critère de l'émergent-fit (laisser la théorie émerger des données), l'échantillonnage théorique (pouvant correspondre à diverses situations, et non à la constitution d'un échantillon de population), la manière particulière d'avoir recours aux écrits scientifiques en les faisant intervenir dans un second temps, la sensibilité théorique et la circularité de la démarche entre analyse des données et collecte. Le but est de « [...] dégager une formulation provisoire pour comprendre la complexité des phénomènes à la fois au niveau conceptuel et au niveau de ses mises en situation empiriques. » car « Les connaissances n'étant jamais définitivement fixées, la recherche scientifique doit nécessairement se construire à partir du terrain, c'est-à-dire que les résultats doivent être fondés empiriquement. » (Méliani, 2013, p. 451). Nous avons utilisé les données issues de:
 - Productions d'une patiente lors du bilan, verbalisations au cours d'une année de suivi en séances individuelles de psychomotricité;
 - Productions de patients autour d'une épreuve de modelage;
 - Enquête de terrain auprès de psychomotriciens et psychologues travaillant en psychiatrie de l'adolescent;
 - La littérature ou de sites internet spécialisés en psychomotricité.

→ Ces données ont été recueillies, analysées, et catégorisées. Les éléments émergeant des données empiriques ont alors été confrontés à la littérature.

RESULTATS



- Les représentations du corps sont une construction biopsychosociale, dynamique, multidimensionnelle;
- Elles impliquent de nombreux facteurs, processus, expressions. Nous proposons donc de considérer les interactions en jeu, et divers référentiels;
- Nous nous référons au paradigme de la complexité d'Edgar Morin qui permet d'aborder les disciplines de manière dialogique et non pas opposée;
- Schéma corporel, image du corps et image de soi peuvent alors être considérés comme des concepts se référant à différents niveaux de complexification des représentations du corps;
- Ils sont au cœur de l'identité. Nous proposons de qualifier cette identité de psychomotrice;
- Nous avons déterminé 8 composantes des représentations corporelles, chacune présentant un nombre ouvert de dimensions;
- Cette modélisation ouvre à un recouplement des observations, verbalisations et résultats de tests au cours d'une évaluation;
- Elle permet d'établir un profil des représentations corporelles à un moment donné pour un sujet ou un groupe de sujets.

DISCUSSION

La Modélisation Psychomotrice des Représentations du Corps M-PRECOR présente l'avantage d'une conceptualisation multidimensionnelle et intégrative. Elle semble opérationnaliser des données issues de différentes disciplines et permettre une application pragmatique des théories. Elle propose une lecture psychomotrice du sujet, mais dépasse le champ de la pratique psychomotrice. Elle peut permettre un partage pluridisciplinaire au-delà des professions et orientations théoriques. Elle permet de conserver un regard holistique et dynamique auprès de différents publics et situations, tout en précisant des aspects spécifiques à prendre en compte dans la compréhension des problématiques présentées quelles que soient leur mode d'expression. Il s'agit donc non pas d'une nouvelle théorie, mais bien d'une modélisation originale intégrant différents concepts. Il convient de l'affiner, en définissant notamment plus précisément les différentes composantes et leurs dimensions principales pour éviter de nouveaux amalgames ou réductionnismes. Le risque serait en effet de perdre en précision, ce que l'on gagne en lecture multidimensionnelle. Il est aussi nécessaire de continuer de soumettre cette modélisation à la discussion et à la critique pour l'enrichir, la modifier ou la préciser, et vérifier que les professionnels puissent s'y référer dans le cadre de leur exercice propre.

CONCLUSION

Cette première phase de recherche qualitative a permis de poser les bases d'une modélisation à partir des données et modèles existants pour en proposer un « réagencement » théorique, et assoir un cadre conceptuel. Ces résultats ont été présentés dans le cadre du mémoire pour l'obtention du Master International en Psychomotricité, option recherche, en 2014 (ISRP et Université de Murcia). La modélisation M-Precor a été présentée lors des conférences internationales des 50 ans de l'ISRP à l'UNESCO en 2018, publiée dans la revue thérapie psychomotrice et recherches en 2018, et dans la réédition de l'ouvrage être psychomotricien, sous la direction de C.Potel, en 2019. Cette modélisation a permis de poursuivre la recherche par une phase comparative hypothético-déductive comparant des jeunes filles tout-venants (lycéennes et étudiantes) avec des jeunes filles suivies en établissement psychiatrique. Des différences significatives ont pu être mises en évidence. Une nouvelle recherche collaborative en partenariat avec la clinique Dupré, FSEF, Sceaux, l'ASM13, Paris, et le laboratoire PCPP de Paris 5 explore à présent des profils différentiels des représentations corporelles en comparant des groupes répondant à différentes problématiques psychopathologiques. Il s'agit aussi de proposer de nouveaux tests et de stabiliser le protocole d'évaluation adossé à cette modélisation – le protocole PRECORPA - afin qu'il puisse être transmis aux professionnels.

SOMMAIRE DETAILLE

Introduction

I – IDENTITE, ADOLESCENCE ET PSYCHOSE

A) De l'identité au sentiment identitaire

1) L'ère présocratique

- a) L'identité par le devenir
- b) L'identité par l'Être

2) L'ère moderne

- a) L'identité par le vivant
- b) L'identité par l'individuation
- c) L'identité par la conscience
- d) L'identité par l'âme
- e) L'identité par le corps

3) L'ère contemporaine

- a) L'identité par soi
- b) L'identité par autrui

4) Conclusion

- a) Synthèse
- b) Orientation

B) Continuité

1) La construction du sentiment continu d'exister

- a) La théorisation de D.W. Winnicott
- b) L'apport psychomoteur de S. Robert-Ouvray

2) L'irruption pubertaire

- a) Transformations corporelles
- b) Transformations représentationnelles

3) Le sentiment continu d'existence dans la psychose

- a) Puberté et psychose
- b) La psychose contre l'agonie

C) Différenciation

1) Les processus de différenciation

- a) Le processus de séparation-individuation
- b) Le stade du miroir

2) L'individuation adolescente

- a) Le second processus de séparation-individuation
- b) La différence des sexes

3) La fusion psychotique

- a) La psychose comme échec de la séparation-individuation
- b) Le morcellement de l'image du corps
- c) La confusion spatio-temporelle

D) Reconnaissance

1) Construction de la reconnaissance

- a) Les identifications
- b) L'estime de soi

2) Reconnaissance et Adolescence

- a) Le changement de statut
- b) Les contradictions de l'adolescence

3) Reconnaissance et Psychose

- a) Le stigmate du psychotique
- b) Conséquence sur l'estime de soi et les identifications

E) L'approche psychomotrice du sentiment identitaire

1) Le sentiment identitaire : psychique ou corporel ?

- a) L'aspect psychique du sentiment identitaire
- b) Le corps comme objet du sentiment identitaire
- c) Le sentiment corporel comme sentiment identitaire

2) Schéma corporel et image du corps

- a) Le schéma corporel
- b) L'image du corps

3) L'identité psychomotrice

- a) Le sentiment identitaire comme représentation complexe du corps
- b) L'accompagnement des fragilités identitaires en psychomotricité

II – ISAAC

A) Les troubles du sentiment identitaire chez Isaac

1) Anamnèse

2) Continuité

- a) Continuité spatio-temporelle
- b) Continuité corporelle
- c) L'autostimulation pour maintenir la continuité
- d) Motricité

3) Différenciation

- a) Comportement effractant et vécu effracté
- b) Non-intégration des limites corporelles

4) Reconnaissance

- a) Positionnement social
- b) Identifications

5) Axes thérapeutiques

B) Accompagnement psychomoteur d'Isaac

1) Composantes temporelles

- a) « *Rythmes physiologiques* » - S'accorder au corps

2) Composantes spatiales et structurales

- a) « *Forme du corps* » – Sentir la structure
- b) « *Plans de l'espace* » – Médiatiser l'exploration
- c) « *Articulation, contenant/contenu, détail et globalité* » – Se construire

3) Composantes praxiques

- a) « *Organisation motrice* » – S'adapter corporellement
- b) « *Imitation* » – Se ressembler pour exister

4) Composantes sensorielles

- a) « *Régulation sensorielle* » – Organiser les sensations

5) Composantes psychoaffectives

- a) « *Solidité et fragilité du corps* » – L'ambivalence du vivant
- b) « *Intégrité et fonctions corporelles* » – Comprendre et subsister

6) Composantes psychosociales

- a) « *Préoccupations* » – enfant ou adulte ?

C) Conclusion de l'accompagnement psychomoteur d'Isaac

III – ZYED

A) Les troubles du sentiment identitaire chez Zyed

1) Anamnèse

2) Continuité

- a) Continuité de l'environnement
- b) Continuité tonico-psychique
- c) Continuité attentionnelle

3) Différenciation

- a) Représentation unifiée de soi
- b) Représentation unifiée d'autrui
- c) Investissement des fonctions autonomes

4) Reconnaissance

- a) Reconnaissance administrative
- b) Régression et statut d'adolescent
- c) Reconnaissance des pairs

5) Conclusion et axes thérapeutiques

B) Accompagnement psychomoteur de Zyed

1) Composante gnosiques et sensorielles

- a) Evaluation des composantes gnosiques et sensorielles

2) Composantes temporelles

- a) Evaluation des composantes temporelles
- b) « *Continuité* » – S'inscrire dans un rythme

3) Composante spatiales

- a) Evaluation des composantes spatiales
- b) « *Oriente* » – Etablir des repères

4) Composantes praxiques

- a) Evaluation des composantes praxiques
- b) « *Organisation motrice, coordinations, imitations* » – Zyed acteur

5) Composantes expressives

- a) Evaluation des composantes expressives
- b) « *Adaptation tonico-émotionnelle* » – Zyed danseur
- c) « *Expressivité, communication* » – Jouer pour ressentir

6) Composantes psychoaffectives

- a) Evaluation des composantes psychoaffectives
- b) « *Investissement corporel* » – Prendre soin du corps

7) Composantes psychosociales

- a) Evaluation des composantes psychosociales
- b) « *Attitude, idéal, présentation* » – Zyed narrateur

C) Conclusion de l'accompagnement psychomoteur de Zyed

<h1 style="text-align: center;">IV – LA RELATION THERAPEUTIQUE DANS L'ACCOMPAGNEMENT DES TROUBLES IDENTITAIRES</h1>

A) Introduction à la relation

1) Récapitulatif

- a) L'identité, entre même et différent
- b) Le corps comme voie d'intégration de l'identité
- c) Le caractère indispensable de la relation dans la construction identitaire

2) La relation dans le cadre thérapeutique

- a) La relation comme menace
- b) La relation comme thérapie

B) La sécurité du cadre

1) La continuité par la rythmicité spatio-temporelle

- a) L'exigence spatio-temporelle du cadre
- b) La ritualisation du cadre
- c) L'intégration de la continuité

2) La constitution d'une enveloppe commune

- a) La limitation du cadre
- b) La contenance du cadre
- c) La reconnaissance d'un « nous »

3) La différenciation d'une enveloppe propre

- a) La juste distance comme mise en sens
- b) Le tiers comme organisateur

4) Quand le cadre est bouleversé

- a) Remaniement du cadre
- b) Remaniement des propositions

C) La confiance de la rencontre

1) Le regard du soignant sur le patient

- a) L'exemple de Yassine
- b) Reconnaître la souffrance
- c) Le regard positif inconditionnel

2) Le regard du patient sur le soignant

- a) La polyvalence de l'identité
- b) L'exemple du match de foot
- c) La métaphore de l'acteur

D) Le psychomotricien au service de l'évolution identitaire

1) Le parallèle avec la relation mère-enfant

- a) Le rôle d'environnement suffisamment bon
- b) La fonction de miroir

2) L'identité psychomotrice du thérapeute au service de celle du patient

- a) Le corps du psychomotricien comme organisateur de la thérapie
- b) Le sens de l'équilibre
- c) La créativité du thérapeute

E) Conclusion générale

Résumé

Le sentiment identitaire inclut le sentiment de sa continuité d'existence, le sentiment de son unité et sa différenciation, et le sentiment d'avoir de la valeur au sein d'un tout commun auquel on s'identifie. Il est profondément affecté dans la psychose, et fortement questionné par les transformations pubertaires, la sexualisation et les réaménagements relationnels qui caractérisent l'adolescence. Il s'établit à partir d'expériences corporelles précoces qui prennent sens en différents niveaux de complexification des représentations corporelles et évolue toute la vie. En permettant de lier vécu corporel, schéma corporel et image du corps, les thérapies psychomotrices soutiennent la construction du sentiment identitaire des adolescents psychotiques. Elles s'appuient sur une relation thérapeutique de confiance, sécurisée par le cadre thérapeutique et étayée par l'engagement psychocorporel du psychomotricien.

Mots-clefs : Thérapies psychomotrices, Identité, Adolescence, Psychose, Relation Thérapeutique

Abstract

Sense of identity includes a sense of continuity of existence, a sense of oneness and differentiation, and a sense of value within a common whole with which one identifies. These senses are deeply affected in psychosis, and are strongly questioned by the pubertal transformations, sexualization and relational rearrangements that characterize adolescence. It is established from early bodily experiences that give meaning in different levels of complexification of bodily representations and evolves throughout life. By making it possible to link body experience, body schema and body image, psychomotor therapies support the construction of a sense of identity in psychotic adolescents. They are based on a therapeutic relationship of trust, secured by the therapeutic setting and underpinned by the psychomotrician's psycho-corporal commitment.

Keywords: Psychomotor Therapies, Identity, Adolescence, Psychosis, Therapeutic Relationship