



HAL
open science

Anorexie mentale et médiation clown : invitation à l'expressivité et à un réinvestissement corporel

Laura Desmazières

► **To cite this version:**

Laura Desmazières. Anorexie mentale et médiation clown : invitation à l'expressivité et à un réinvestissement corporel. Sciences de l'Homme et Société. 2021. dumas-03282763

HAL Id: dumas-03282763

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03282763v1>

Submitted on 9 Jul 2021

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

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

UNIVERSITÉ de BORDEAUX

Collège science de la Santé

Institut de Formation en Psychomotricité

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

ANOREXIE MENTALE ET MÉDIATION CLOWN
Invitation à l'expressivité et à un réinvestissement corporel

Desmazieres Laura

Née le 13 septembre 1996 à Alès

Nom de la directrice de Mémoire :

Claire Tessier

Juin 2021

REMERCIEMENTS

Je remercie tout d'abord mes trois maîtres de stage, Valérie, Isabelle et Céline, pour leur bienveillance, leur écoute et leur confiance. Je les remercie également pour avoir accepté de partager avec moi leurs connaissances et leurs savoir-faire. Merci également à tous les professionnels que j'ai pu rencontrer au cours de ma formation.

Un grand merci à tous les patients qui ont croisé ma route, et auprès de qui j'ai beaucoup appris. Merci pour tous ces beaux moments de partage.

Je remercie également Claire Tessier, ma directrice de Mémoire, pour son accompagnement réactif et bienveillant tout au long de ce travail de réflexion.

Je pense également à l'ensemble de mes amis qui ont su être présents et sur qui j'ai pu compter pour faire face aux nombreuses péripéties de ces deux dernières années.

Enfin, je ne remercierai jamais assez Sébastien, Audrey, Marion et le reste de ma famille pour le soutien qu'ils ont été pour moi tout au long de cette année. Merci d'être là pour moi dans les moments faciles comme difficiles.

SOMMAIRE

Remerciements.....	2
Introduction.....	4
L'ANOREXIE MENTALE	6
I. TABLEAU CLINIQUE DE L'ANOREXIE MENTALE	6
II. PSYCHOMOTRICITÉ ET ANOREXIE MENTALE	13
LES ENVELOPPES PSYCHIQUES ET CORPORELLES DES PATIENTES ANOREXIQUES MENTALES : UNE FONCTION CONTENANTE DÉFAILLANTE ?	22
I. ENVELOPPES PSYCHIQUE ET CORPORELLE	22
II. LA FONCTION CONTENANTE	30
LA MÉDIATION CLOWN : RENOUER AVEC SON CORPS AFFECTIF	42
I. LES OUTILS THÉRAPEUTIQUES DU PSYCHOMOTRICIEN AUPRÈS DES PATIENTES SOUFFRANT D'ANOREXIE MENTALE.....	42
II. CADRE THÉRAPEUTIQUE ET SES DIFFÉRENTES ENVELOPPES	46
III. LA MÉDIATION CLOWN	49
IV. CAS CLINIQUES.....	54
CONCLUSION.....	76
BIBLIOGRAPHIE.....	78
TABLE DES MATIÈRES	82

INTRODUCTION

C'est au cours d'un stage dans un service d'hospitalisation court séjour en psychiatrie jeune adulte que j'ai découvert pour la première fois la clinique de l'anorexie mentale, une pathologie paradoxale dans laquelle l'autodestruction du corps semble être une nécessité à la survie psychique des patientes.

En tournant intégralement leur regard, leurs pensées, vers un corps qu'elles désinvestissent, qu'elles rejettent, qu'elles veulent voir disparaître, ces patientes peuvent se couper de l'environnement et des autres. Dans une posture rigide, fermée et hypertonique, leur corps semble figé dans une manière d'être au monde impersonnelle et défensive.

Derrière cette carapace impénétrable, il est très difficile pour elles de mettre des mots sur ce qu'elles ressentent réellement dans leur corps. « Vidé » de graisse, « vidé » de nutriments et d'énergie, « vidé » de ressentis et d'émotions, « vidé » de leur présence, leur corps donnerait presque l'impression de n'être qu'une « carapace vide ».

Cette rupture sensorielle et émotionnelle avec leur propre corps peut être déroutante à bien des égards. En effet, un corps qui ne s'exprime pas et ne ressent pas peut être délétère dans la relation aux autres et à soi-même.

Pour solliciter les patientes à ressentir, exprimer et être dans leur corps, nous avons pu proposer la médiation clown à certaines patientes. Protégées et dissimulées derrière le masque du clown, nous espérons que le masque codifié et rigidifié derrière lequel elles semblent habituellement se cacher puisse s'entrouvrir.

Mes observations en séance m'ont beaucoup questionnée et m'ont poussée à m'interroger davantage sur les notions d'éprouvés corporels, d'expressivité, et plus particulièrement du rôle de l'enveloppe corporelle et de la fonction contenante dans leurs émergences. Est-ce que cette difficulté à ressentir dans leur corps, à identifier et à exprimer leurs émotions relèverait d'une conscience corporelle fragilisée et d'un vécu « insécure » de leur enveloppe corporelle ?

Enfin, j'en suis arrivée à interroger le rôle du psychomotricien auprès de ces patientes. Comment le psychomotricien peut-il instaurer un cadre contenant dans lequel les patientes se sentiraient suffisamment en sécurité pour éprouver corporellement et s'exprimer authentiquement ? Quelle médiation corporelle le psychomotricien peut-il utiliser pour aider la patiente à éprouver et réinvestir son corps ? Comment ce travail vient-il soutenir la réémergence d'une expressivité et donc d'une subjectivité ?

Ainsi ma problématique se pose :

Comment le psychomotricien peut-il faire usage de la médiation clown pour accompagner des patientes anorexiques mentales dans l'exploration et l'intégration de leurs éprouvés corporels ?

Tout d'abord, je dresserai un tableau clinique de la pathologie de l'anorexie mentale en détaillant notamment les difficultés rencontrées dans cette pathologie d'un point de vue psychomoteur.

Ensuite, je viendrai questionner l'enveloppe corporelle et sa fonction contenante dans l'anorexie mentale.

Et enfin, je présenterai la médiation clown, et plus précisément l'utilisation que le psychomotricien peut en avoir pour répondre aux difficultés rencontrées dans l'anorexie mentale. Pour illustrer ma réflexion, je présenterai deux études de cas.

Devant la dominance féminine de ce trouble, je fais le choix dans ce mémoire de traiter l'anorexie mentale au féminin.

L'ANOREXIE MENTALE

I. TABLEAU CLINIQUE DE L'ANOREXIE MENTALE

1. Définition, critères diagnostiques et épidémiologie

L'anorexie mentale, ou *anorexia nervosa*, est une pathologie admise parmi les Troubles des Conduites Alimentaires dans la cinquième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V)*.

Au sens étymologique du terme, « anorexie », du grec « a » signifiant la privation et « orexis » signifiant l'appétit, désigne l'absence, la perte d'appétit. Ce terme n'est pas réservé exclusivement à l'anorexie mentale ni même plus largement aux Troubles du Comportement Alimentaire. En effet, dans la terminologie médicale, ce mot peut être un symptôme secondaire à un syndrome tel que la dépression, le deuil, ou encore le cancer par exemple. L'alimentation est naturellement en lien avec les émotions, par conséquent, en dehors de sa fonction nutritionnelle et sociale, l'alimentation peut constituer un domaine privilégié d'expression de troubles psychopathologiques.

Dans le cas de l'anorexie mentale, le terme « mentale » renvoie à la dimension psychique et intellectuelle de ce trouble, bien souvent à l'origine du comportement anorexique lui-même. L'anorexie mentale ne peut donc pas être réduite au comportement seul d'anorexie, elle illustre en réalité l'ensemble des difficultés et du fonctionnement psychique et psychosomatique de l'individu.

Pour caractériser ce trouble de manière plus précise, le *DSM-V* propose des critères diagnostiques. L'anorexie mentale y est caractérisée par **une restriction des apports énergétiques conduisant à un poids significativement bas** au vu de l'âge et de la taille de la personne. Ce comportement est associé à une **peur intense de prendre du poids ou de devenir gros**. S'ajoute également à cela une **altération significative de la perception de la forme ou de la taille de son propre corps**, ce qui vient renforcer le déni de la maigreur et qui a pour conséquence d'influencer négativement l'estime de soi (dévalorisation).

Il existe deux formes cliniques de l'anorexie mentale :

- On parle d'anorexie **type « restrictive »** lorsque, pendant les 3 derniers mois, la perte de poids est obtenue suite à une réduction massive voire totale de la prise alimentaire sans avoir recours à des comportements purgatifs ou vomissements provoqués ;
- Le type « **accès hyperphagique/purgatif** », ou encore appelé le « binge-eating/purging type », se caractérise par des comportements restrictifs associés à des épisodes d'hyperphagie et/ou des comportements purgatifs (usage de laxatifs, diurétiques...), et/ou des vomissements provoqués sur les trois derniers mois.

L'anorexie mentale est un **trouble multifactoriel** associant des facteurs psychologiques individuels, génétiques, à des facteurs environnementaux, socioculturels et familiaux. Par ailleurs, il est fréquent de rencontrer des comorbidités anxieuses-dépressives chez les patientes. Pour ces raisons, une prise en charge globale et pluridisciplinaire est à privilégier.

Du point de vue épidémiologique, la fenêtre d'apparition de cette pathologie se trouve généralement entre 14 et 17 ans, avec un pic de survenance à l'âge de 16 ans. Toutefois, l'âge de début tend à devenir de plus en plus précoce ; dans ces cas-là, il s'agit bien souvent des formes graves avec un mauvais pronostic. L'anorexie mentale est une pathologie essentiellement féminine (90-95% des cas) qui touche de manière homogène toutes les classes sociales. En 2020, l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) a publié, avec la collaboration de psychiatres de l'Hôpital Sainte-Anne, un article sur l'anorexie mentale. En ce qui concerne l'évolution des patientes, les derniers chiffres annoncent une chance de guérison de 50% lorsque le trouble est pris en charge. Ce trouble psychiatrique est le plus mortel, avec un taux de décès de 5% : la moitié est attribuée à l'état de dénutrition et l'autre moitié au suicide (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, 2020). Si la pathologie persiste au-delà de 5 ans, on parle alors d'anorexie mentale chronique ; cela représenterait 1/3 des cas.

Le *DSM-V* donne une description essentiellement symptomatique de l'anorexie mentale et ne rend pas compte de la subjectivité de la personne. Il est important de garder en tête que l'on ne peut pas comprendre une pathologie seulement à l'aide de symptômes.

2. Symptomatologie

L'apparition de la maladie est bien souvent progressive. La volonté de maigrir va augmenter parallèlement à la jouissance d'y parvenir. S. VIBERT reprend et complète la célèbre description établie en 1873 par C. LASÈGUE, qui définit l'anorexie mentale par une triade symptomatique : l'anorexie, l'amaigrissement et l'aménorrhée.

L'anorexie s'exprime par une restriction alimentaire volontaire et active. Elle s'installe progressivement, commençant bien souvent par des régimes puis par une exclusion définitive et progressive de nombreuses catégories d'aliments statués trop caloriques. Ce comportement qui dure dans le temps peut mener à la disparition de la sensation de faim elle-même. Par ailleurs, l'état de dénutrition engendré peut avoir des répercussions sur la motricité (ralentissement) et la capacité attentionnelle.

L'amaigrissement est l'une des répercussions directes du comportement de l'anorexie. Elle est rapide et est déclarée lorsque l'Indice de Masse Corporelle (IMC) est maintenu en dessous de $17,5 \text{ kg/m}^2$ (CIM-10). Cet amaigrissement, au-delà de la quasi-disparition des tissus adipeux et d'une fonte musculaire conséquente, amène à l'effacement des formes féminines (seins, hanches et fesses). La pratique sportive intensive ainsi que l'utilisation éventuelle de techniques purgatives (vomissements provoqués, usage de laxatifs/diurétiques) contribuent à cet amaigrissement rapide.

Dans l'anorexie mentale, cet amaigrissement, souhaité et obtenu, engendre une impression de contrôle de soi jouissif. Ce sentiment est ce qui renforce la répétition des conduites de restriction et le maintien des attitudes particulières, méticuleuses et méthodiques concernant l'alimentation (Vibert, 2015).

L'aménorrhée est quasi-systématique, elle se définit par l'absence d'au moins 3 cycles menstruels consécutifs. Elle peut être primaire ou secondaire selon l'âge de l'apparition du trouble. Ce critère présent dans le *DSM-IV* a été retiré du *DSM-V* car ce symptôme peut être provoqué ou masqué par la prise de contraceptifs hormonaux, qui se sont démocratisés lors des dernières années/décennies.

On peut ajouter à cette triade symptomatique **l'hyperactivité psychomotrice**, qui est quasi-systématique. Elle s'exprime au travers d'une activité sportive intensive et régulière, bien souvent en solitaire et ritualisée. Aucun plaisir n'en est retiré. Parfois sans limites, les pompes, les abdos, la déambulation, les courses à pieds interminables s'enchaînent sans aucune pause. Il est très difficile pour ces jeunes adultes d'accéder à la détente et au repos.

La raison d'un tel acharnement s'appuie sur le besoin de perdre des calories et de façonner son corps en faisant disparaître la graisse. La pratique sportive intensive est une manière pour ces jeunes femmes de maintenir le contrôle sur leur corps. Durant cet effort répété, le temps se suspend pour laisser place au maîtrisable et au concret. Dans l'anorexie mentale, « *le corps est maîtrisé et nié dans ses aspects pulsionnels au nom des sacrifices nécessaires à l'obtention de bonnes performances* » (Le Breton, 2016, p.26). Dans cette pratique, motivée par la performance et le résultat sur la morphologie, on peut émettre l'hypothèse que ces jeunes filles tendent de manière générale à surinvestir un **corps objet**, et cela au détriment d'un corps sensible.

3. Un corps en souffrance : un retentissement somatique conséquent

Les complications physiologiques de l'anorexie mentale sont directement liées à la sous-alimentation ou aux comportements associés, tels que les vomissements. Ces complications ne doivent pas être sous-estimées car elles peuvent aller jusqu'à engager le pronostic vital de l'individu.

Dans le cas de la forte dénutrition, le corps est le premier touché : une peau sèche et fragile présentant parfois un duvet « lanugo », des ongles et des cheveux cassants, un faciès tiré et creusé, un durcissement des traits et de la forme du corps par l'apparition et la visibilité de l'ossature, par la quasi-disparition du tissu adipeux et des muscles. Le corps dénutri est en grande détresse et fonctionne au ralenti. Ainsi, on peut observer dans la phase aiguë un ralentissement du rythme cardiaque (bradycardie) et une chute de la tension artérielle (hypotension), qui s'accompagnent bien souvent d'une diminution de la température corporelle (hypothermie).

L'anorexie peut également avoir des conséquences au niveau hématologiques (anémie, leucopénie, thrombopénie et hypoglycémie). Ces carences tendent à augmenter les risques d'infections chez les patientes. On retrouve également des troubles digestifs tels que des constipations. Les vomissements répétés dans l'anorexie de type hyperphagique/purgative sont responsables de lésions du tube digestif, de la détérioration dentaire et de l'atrophie des glandes salivaires. Toutes ces altérations sont généralement réversibles à la récupération d'un poids normal.

Cependant, sur le long terme, des complications permanentes peuvent survenir ; elles sont majoritairement osseuses, avec un risque d'ostéoporose précoce. De même, si l'anorexie se déclenche avant ou au début de la puberté, cela peut avoir des répercussions délétères sur la croissance staturo-pondérale. De manière générale, l'amaigrissement lié à l'état de dénutrition sévère peut amener l'organisme à un affaiblissement profond, aussi appelé état de cachexie.

4. Psychisme et anorexie:

a. Trait de personnalité :

L'anorexie mentale se couple avec des personnalités **perfectionnistes, hyperactives et obsessionnelles**. Le perfectionnisme de ces patientes s'enracine dans une peur de l'échec, ce comportement met en lumière une faible estime de soi. D'autre part, c'est la crainte de la passivité qui entraîne bien souvent ces patientes dans une hyperactivité psychique et physique. Cette crainte se nourrit majoritairement de l'angoisse et du refus catégorique de prendre du poids. Les obsessions tournent autour des calories ingérées et éliminées mais plus précisément du volume et du poids du corps. L'anorexie et les obsessions adjointes conduisent bien souvent à des ritualisations, et par conséquent à une **rigidification** des attitudes.

Les patientes anorexiques mentales sont des patientes qui **intellectualisent** beaucoup, avec des processus cognitifs parfois devenus inadaptés par leur rigidité. On retrouve par exemple des raisonnements dichotomiques, de la généralisation, de la dramatisation, des pensées magiques, de la maximalisation. Ces patientes fantasment un psychisme tout-puissant face à un corps totalement soumis.

b. Le déni :

Souvent dans le **déni de leur trouble**, les patientes se construisent une façade sociale pour faire face aux autres, mais cette illusion sociale cache bien souvent des **difficultés relationnelles** et un **mal-être** bien dissimulés. Le déni est un mécanisme de défense qui leur permet de nier la réalité, leur extrême maigreur corporelle et bien sûr le besoin physiologique de manger. En ce sens, le déni du trouble est donc un facteur pérennisant de l'anorexie mentale et entraîne bien souvent le refus de toute aide.

La persévérance de ces patientes à vouloir maîtriser leur corps est telle qu'elles ignorent les sensations corporelles et vont bien souvent au-delà de leurs limites, se poussant toujours plus loin. En faisant barrage aux sensations, aux perceptions et aux éprouvés nouveaux, elles se refusent la possibilité psychique de les élaborer et de les penser. Elles se refusent la possibilité de vivre et d'intégrer les changements corporels de l'adolescence (poitrine, hanches, etc.), et tout ce qui touche à la sexualité.

5. Approches explicatives :

De nombreuses approches tentent d'expliquer l'apparition et le maintien de l'anorexie mentale dans le temps. La multiplicité des approches explicatives me semble être une richesse qui vient nourrir et étayer les hypothèses concernant les difficultés de l'adolescente souffrant d'anorexie mentale. À mon sens, chaque patiente a une histoire de vie, un environnement relationnel, un fonctionnement psychique propre et unique. Avoir une approche globale de ces patientes me semble indispensable pour ramener un sentiment d'unité dans leur vécu corporel.

a. Approche psychanalytique :

Les psychanalystes associent cette pathologie à un trouble du lien. Ces jeunes adolescentes auraient une difficulté à grandir, à se séparer, à s'autonomiser et à s'individuer. L'amaigrissement serait une solution pour faire face à la « *peur inconsciente d'être adulte* ». En effet, en masquant l'apparition de formes féminines, l'amaigrissement permet de garder son corps d'enfant plus longtemps. En d'autres termes, « *L'anorexie serait un moyen inconscient de suspendre le développement psychologique et biologique, empêchant ainsi le passage à l'âge adulte.* » (Brouwer et al., 2009, p.147).

b. Approche phénoménologique

La phénoménologie s'intéresse à la façon dont la personne existe, se présente au monde, et se comporte avec les autres. Dans ce référentiel, on pense que l'anorexie mentale serait issue d'une structuration particulière de l'expérience qui se caractérise par la perte de **l'évidence corporelle** (caractéristique du corps à se tenir à l'arrière-plan de la conscience). Ainsi, le corps de ces patientes ferait l'objet d'une intense préoccupation mentale, les sensations corporelles ne feraient plus partie d'un tout mais auraient acquis une existence propre (Wykretowicz et al., 2019). Par ailleurs, ces patientes dépendraient du corps regardant plus que du corps percevant, c'est pourquoi sous le regard d'autrui elles perdraient leur intentionnalité et leur subjectivité corporelle. S'observant de l'extérieur, les patientes se verraient investir majoritairement le Körper (corps dévitalisé, objectivité) et délaisser le Leib (corps émotionnel, subjectivité).

c. Approche systémique :

L'approche systémique pense l'anorexie mentale comme un symptôme familial qui viendrait dissimuler un dysfonctionnement familial : « *L'anorexie de la jeune fille représente alors davantage l'expression d'une souffrance au sein de la famille qu'une peur de grossir ou de devenir adulte* » (Brouwer et al., 2009).

Ainsi on peut penser que selon l'âge d'apparition, les difficultés rencontrées et les causes diffèrent. Il est pensable qu'aux alentours de 14 ans, ce soient les modifications corporelles dues aux changements pubertaires et les bouleversements psychiques de cette période qui sont au centre de la problématique (peur de grossir, sexualité). Dans le cas d'une jeune adulte de 18 ans, celle-ci rencontrera des problématiques davantage orientées vers la séparation et l'autonomisation (Vibert, 2015).

Après avoir décrit cette pathologie d'un point de vue médical et psychologique, nous pouvons désormais nous demander comment cette pathologie s'exprime d'un point de vue psychomoteur.

II. PSYCHOMOTRICITÉ ET ANOREXIE MENTALE:

J'ai fait le choix de présenter la sémiologie psychomotrice de l'anorexie mentale sous le couvert des concepts de « corps subi », « corps vécu », « corps perçu », « corps représenté » d'AJURIAGUERRA. Il m'est ainsi possible de balayer l'ensemble des difficultés de ce trouble en centrant ma réflexion autour de l'investissement corporel particulier de ces patientes.

1. Un corps subi

Bien que ces jeunes filles, au contraire du nourrisson, soient en capacité de contrôler leur corps et leurs mouvements, elles ne sont pas moins prisonnières de ce même corps. Elles vivent dans un corps qu'elles rejettent mais qu'elles se doivent d'habiter pour vivre. C'est en ce sens qu'on peut dire qu'elles « subissent » leur corps. Coincées entre un corps fantasmé et un corps réel, elles se présentent au monde dans une enveloppe charnelle insatisfaisante qu'elles désinvestissent. Le corps subit le traitement intransigeant de sa « propriétaire » : malmené, maltraité, poussé au-delà de ses limites, il tente de survivre. Malgré l'épuisement et le stress, il continue de tenir, sous tension il résiste à l'effondrement. Cette « tension » est visible physiquement, elle transparaît au travers du tonus musculaire.

a. Trouble de la régulation tonique

Le tonus est l'état de tension qui s'exerce dans les muscles pour lutter contre la gravité, il permet de tenir une posture. Il est nécessaire que ce tonus soit modulable pour adhérer à une fluidité de mouvement lors d'une action. On distingue trois tonus : le tonus de fond, le tonus postural ou d'attitude et le tonus d'action. Les trois types de tonus sont étroitement liés.

Il n'est pas rare de voir ces trois tonus élevés (**hypertonie**) chez les patientes anorexiques, que l'on peut voir installées sur le bord de la chaise ; même assises il est question de tensions. La détente et le relâchement, souvent associés à quelque chose de mauvais, sont bannis ; les patientes se retrouvent donc à maintenir une tension constante. Leur posture est rigide, à l'image de leur fonctionnement psychique. Cette difficulté de relâchement musculaire volontaire est appelée paratonie. Par ailleurs, l'hypertonie est une véritable carapace qui vient entraver les ajustements de la motricité, mais aussi les perceptions sensorielles.

2. Un corps vécu

« *Centrée sur l'idée d'un poids idéal, d'une silhouette idéale, d'un corps idéalisé, l'anorexique nie l'existence de son corps réel* » (Sarrola, 2009, p.210).

a. Déni des sensations :

Éprouver corporellement des sensations nous permet de prendre conscience de notre corps. Dans l'anorexie mentale, il n'est pas rare que les sensations soient atténuées voire ignorées. Ce « **contrôle** » **sensoriel** débute souvent par la maîtrise de la sensation de faim. Le fait de résister à sa faim, la faire taire, ne pas répondre ni succomber à la tentation, donne alors naissance à un sentiment de toute-puissance jubilatoire qui motive la répétition de ce comportement. Sur le long terme, la sensation de faim finit elle-même par s'éteindre et ne vient plus stimuler l'appétit, ce qui vient pérenniser le trouble. De même, il n'est pas rare que le chaud et le froid ne soient plus ressentis, ou encore que l'état de fatigue ne soit plus perçu. La seule sensation acceptable reste la **douleur**, souvent infligée par l'activité physique extrême qu'elles imposent à leur corps. Cette sensation désagréable peut aider à rattacher la patiente à son corps et donc l'aider à se sentir exister là où plus aucun autre éprouvé corporel n'est ressenti et perçu.

Dans l'anorexie mentale, c'est bien souvent l'intellectualisation et l'hyperactivité psychomotrice qui permettent de mettre à distance les éprouvés corporels. **L'intellectualisation** et **l'hyperactivité psychique** (surinvestissement scolaire) sont des moyens de mettre à distance les sensations, les émotions, et donc plus généralement de s'éloigner du corps vécu dans l'ici et le maintenant.

De la même manière, **l'hyperactivité physique** peut servir d'échappatoire pour éloigner une réalité psychique trop envahissante et désorganissante (s'empêcher de penser), tout en détournant l'attention des émotions et des éprouvés corporels trop prégnants. Autrement dit, l'hyperactivité permet aux patientes de se focaliser sur certaines sensations pendant que d'autres sont exclues, empêchant ainsi aux émotions d'exister.

Alice, jeune patiente anorexique de 19 ans, nous dira : « *Quand je m'arrête, je rumine sur mon corps qui est trop comme ça ou pas assez comme ça, il faut que je remplisse ma tête de quelque chose d'autre, que j'arrête de penser* ».

b. Conscience intéroceptive :

Ainsi, dans l'anorexie mentale, le corps vécu semble être mis sous silence. Ne voulant pas ressentir, éprouver dans leur corps, les patientes anorexiques mettent en place des stratégies d'évitement telles que l'hyperactivité psychique et physique. Toutefois, ce n'est pas seulement une question de volonté inconsciente. En effet, elles peuvent présenter une vraie difficulté à discriminer et à percevoir les sensations. Le concept de **conscience intéroceptive** renvoie à la capacité que l'individu a de percevoir ses sensations physiologiques internes et à faire le lien avec une émotion particulière vécue. Dans l'anorexie mentale, la conscience intéroceptive est perturbée. Cette perturbation peut être en partie expliquée par **l'atténuation marquée du fonctionnement physiologique** à la phase aiguë du trouble, mais pas uniquement. En effet, ces patientes présenteraient aussi un **défaut d'intégration cognitive** des changements physiologiques (Rommel & Nandrino, 2015). De plus, la carapace tonique dans laquelle elles se dissimulent n'aide pas à la perception ni à la discrimination sensorielles. En effet, elle a tendance à induire un **filtrage sensoriel** (Gaucher-Hamoudi et al., 2011). Ainsi, l'accumulation de ces trois particularités, physiologique, cognitive et tonique, serait à l'origine de ce déficit de conscience des éprouvés corporels et donc émotionnels.

3. Un corps perçu :

Le corps perçu d'AJURIAGUERRA s'associe à la connaissance que l'on a de son corps, ici sera plutôt décrite la perception que les patientes anorexiques ont de leur corps, du temps et de l'espace.

a. Perception du corps :

Dans l'anorexie mentale, la perception a tendance à se **focaliser sur les détails**, au détriment d'une vue d'ensemble. En effet, la perception du corps a tendance à se focaliser sur les sensations concernant les parties du corps liées à l'alimentation et celles détestées qui viennent souligner la féminité (hanches, fesses, poitrine), et la perception plus générale des informations proprioceptives, kinesthésiques, tactiles et visuelles semble être mise sous silence. D'autre part, l'anorexie mentale, rappelons-le, est associée dans le *DSM-V* à l'altération de la perception du corps. Cette distorsion de l'image du corps regroupe une difficulté de la perception des limites corporelles et la présence de **dysmorphophobie** (obsessions et exagération d'un défaut qui est souvent imaginaire), principalement au niveau des cuisses, du ventre et de la poitrine.

Ana, jeune patiente anorexique hospitalisée de 20 ans, présente une forte dysmorphophobie : grâce à l'utilisation de bandelettes, nous avons pu évaluer qu'Ana surévaluait le volume de son corps de 4,5 cm de chaque côté lorsqu'elle est de face et de 3 cm lorsqu'elle est de profil. Confrontée au volume de son corps réel, Ana se sent confuse : « *je n'arrive pas à y croire* ». Pour se rassurer, elle rajoute : « *ça reste tout de même énorme* ». Elle semble être dans le déni de la réalité.

b. Perception de l'espace :

En règle générale, d'un point de vue spatial, les patientes ont tendance à se faire les plus petites possible : épaules rentrées ou encore les bras le long du corps, le déploiement dans l'espace est réduit au maximum. La position allongée peut être vécue comme menaçante, sous-entendant la passivité, le repos, ou encore le fait d'être démuni sous le regard de l'autre. Les repères corporels sont fragilisés par l'amaigrissement rapide et non encore intégré par le système nerveux central (Metral, 2021). Cela peut induire une mésestimation de l'espace dans lequel le corps se déplace.

La perception de l'espace personnel peut être également affectée. En effet, on peut parfois observer une mauvaise appréciation de la distance relationnelle chez les patientes, la proxémie est dans ce cas inadaptée. Bien souvent, elles peuvent avoir besoin de maintenir une distance physique supérieure à la normale avec autrui.

Alice n'identifie pas de cause à la panique qu'elle ressent dans les situations de rapprochement physique telles que : marcher côte à côte, croiser des gens dans la rue, entrer en contact physique avec sa mère. Elle verbalise uniquement : « *J'ai une impression d'intrusion dans mon intimité, dans l'espace réservé à mon corps* ». Durant la séance, Alice évalue la distance proxémique ne générant pas d'angoisse à 1 m 30 (même avec ses proches). On peut se demander si la proxémie d'Alice ne serait pas biaisée par sa dysmorphophobie encore très active ? Qu'en est-il de l'intégration de ses limites corporelles ?

c. Perception du temps :

D'un point de vue temporel, les rythmes biologiques sont généralement perturbés. D'un côté, les repères sociaux qui rythment une journée sont perdus (temps de repas, pause), les journées se déroulent dans un rythme soutenu. D'un autre côté, beaucoup de rituels sont mis en place. Pour certaines patientes, la capacité d'adaptation à l'imprévu est presque réduite à néant, elles ne sont plus capables de s'adapter à un rythme différent du leur. Parfois, la journée peut être soumise à un emploi du temps prévu à la minute près, ce qui rend compte de l'extrême rigidité de certaines patientes. Le rythme expressif peut aussi être ralenti (débit verbal, ralentissement motricité, temps de latence).

4. Un corps représenté :

Le paradoxe d'un corps physique mis sous silence avec un corps « pensé » omniprésent dans les pensées est le reflet de la grande souffrance psychique de ces patientes. Devoir vivre, ressentir, dans un corps qu'elles voient comme « *inacceptable* » est source de conflit et a bien sûr des répercussions sur leurs représentations corporelles. On distinguera deux représentations corporelles : le **schéma corporel** et **l'image du corps**, toutes les deux touchées à des degrés divers dans cette pathologie.

a. Schéma corporel :

Le schéma corporel est une représentation corporelle dynamique qui se construit dans les premières années de vie à partir de sensations tactiles, kinesthésiques, visuelles, labyrinthiques, et qui s'actualise en permanence. C'est une représentation interne qui permet à la fois de connaître la position des différentes parties de notre corps dans l'espace, mais qui nous permet également de nous orienter et de structurer l'espace qui nous entoure.

Dans l'anorexie mentale, l'intégration du schéma corporel est variable selon les patientes : selon leur histoire de vie, leur activité sportive, le schéma corporel peut être très bien structuré (danseuse), ou présenter des fragilités. Parfois, ces fragilités peuvent relever d'une difficulté à s'exprimer corporellement sous le regard des autres et d'occuper son espace corporel propre, plus que d'une véritable fragilité (Gaucher-Hamoudi et al., 2011).

Une thèse de psychologie réalisée à l'Université Savoie Mont Blanc en 2016 montre que ce serait la rapidité de l'amaigrissement qui serait à l'origine d'un trouble du schéma corporel. Le système nerveux central a besoin de plus de temps pour se mettre à jour et s'actualiser (Metral, 2016). Ce changement corporel rapide et majeur perturberait la perception globale du corps et entraverait la capacité à ressentir de manière sécurisée ses propres limites corporelles. L'investissement du corps, sa capacité expressive et son déploiement dans l'espace en seraient affectés. Ces pertes de repères associées à la dénutrition seraient à l'origine du ralentissement psychomoteur, de gestes parfois maladroits ainsi que de tremblements. Ainsi, le schéma corporel est impacté par la rapidité de l'amaigrissement, mais il peut être renforcé par l'entraînement quotidien sportif que les patientes s'imposent.

b. L'image du corps

L'image du corps est une représentation corporelle dynamique et inconsciente de soi. L'image du corps est subjective dans la mesure où elle est intimement liée aux affects, au sujet ainsi qu'à ses expériences, à la relation sociale et à la symbolique du corps.

L'image du corps des jeunes filles souffrant d'anorexie mentale est bien souvent associée à une insatisfaction corporelle anxieuse permanente. Vivant dans un corps amaigri, les patientes anorexiques se perçoivent et se ressentent grosses et difformes, ce qui affecte négativement leur estime d'elles-mêmes. Cette distorsion perceptive participe au maintien de la volonté de maigrir et à la peur de grossir, elle est majorée par la dénutrition, on parle de **dysmorphophobie**.

Par ailleurs, l'image du corps peut faire face à de fortes **angoisses corporelles** de type explosion, liquéfaction ou encore de débordement.

Naya, patiente anorexique mentale hospitalisée, nous dira : « <i>J'ai l'impression que si je bois ce complément alimentaire, je vais exploser et déborder de partout</i> ».

L'intrication du schéma corporel et de l'image du corps font que l'anorexique présente un trouble de l'appréciation et de l'estimation du corps qui l'amène à un désinvestissement progressif de son corps.

Pour parler de ce désinvestissement corporel, il est intéressant de distinguer le corps « vécu » du corps « objet ». Le corps vécu est celui qui éprouve, qui ressent, qui est sensible, et qui est désinvesti dans l'anorexie mentale. Le corps objet est un corps de performances (sport) et d'esthétique (morphologie, forme), qui dans l'anorexie mentale est pleinement investi. L'estime de soi et l'identité psychique de ces jeunes filles sont intégralement et uniquement dépendantes du corps objet (Sarrola, 2009). Autrement dit, la jeune femme souffrant d'anorexie mentale aurait tendance à fuir son enveloppe charnelle sensible et embarrassante au profit d'activités motrices et intellectuelles purifiées de toute émotion.

Bien que le psychomotricien puisse intervenir à de nombreux niveaux, j'ai fait le choix d'orienter ma réflexion davantage sur le corps en relation, et plus précisément sur le lien entre l'expression corporelle et les ressentis corporels chez les patientes anorexiques. Qu'est-ce qui les empêche de s'exprimer et d'éprouver sereinement dans leur corps ?

5. Corps en relation :

Au-delà de leur relation même avec leur propre corps, il n'est pas rare d'observer un appauvrissement de la vie relationnelle, sexuelle et affective chez ces patientes, ce qui, à terme, peut avoir des conséquences sur la vie scolaire ou professionnelle de la personne.

Dans la relation, le manque d'expressivité chez les patientes souffrant d'anorexie mentale peut être déstabilisant. Par leur posture rigide et leur difficulté d'expression mimogestuelle de leurs émotions, une impression de froideur, de fausseté et un semblant de désintéressement peuvent émerger. Les maladresses dans les aptitudes relationnelles sont nombreuses : défaut d'ajustement de la distance relationnelle, défaut du placement corporel dans l'espace. La communication psychomotrice de ces patientes peut être réduite à des réactions de prestance, des rictus figés, et plus généralement à une difficulté à s'ajuster d'un point de vue relationnel. Toute spontanéité semble être inaccessible. Ce décalage entre ce que la personne dit et son langage non verbal peut venir questionner sur l'authenticité du discours.

En tant que future psychomotricienne, je viens questionner cette manière particulière d'entrer en relation. Est-ce que cette inhibition expressive relève de leur inaptitude à éprouver et percevoir dans leur corps ? Ce détachement est-il volontaire ? Comment vivent-elles le mouvement émotionnel interne ?

a. Des obstacles à la réalisation motrice expressive :

La réalisation motrice et l'expressivité peuvent être grandement **perturbées par la dégradation de l'état général** de la patiente. Une patiente grandement dénutrie sera peu expressive car très fatiguée. On remarquera entre autres un ralentissement idéo-moteur et une baisse de la réactivité psychomotrice (Sarrola, 2009).

L'expression des états émotionnels étant dépendante de la qualité à percevoir et à identifier les éprouvés corporels, la difficulté mimogestuelle des jeunes femmes souffrant d'anorexie mentale peut être expliquée par leur **difficulté à percevoir et discriminer les sensations corporelles** (Gaucher-Hamoudi et al., 2011). Cependant, il est important de ne pas oublier que ces jeunes femmes sont également dans un désir de contrôle exagéré de leur corps. On peut facilement imaginer que ce **désir de contrôle** s'étend aussi aux émotions. Les jeunes filles anorexiques pourraient avoir la fausse croyance que contrôler les émotions reviendrait à ne pas les exprimer.

Ce **ralentissement psychomoteur**, le **déni des sensations** et cette **volonté de contrôle** du sujet sur son corps sensible peuvent venir limiter l'ajustement tonico-émotionnel ainsi que l'expressivité, qui sont des éléments essentiels à l'ajustement relationnel.

L'expressivité émotionnelle est étroitement liée à la variation tonique. C'est H. WALLON qui fut le premier à mettre en évidence ce lien dans la relation mère-nourrisson. Une variation tonique, entre contraction et détente, est observée en fonction des émotions qui nous traversent. « *Le tonus non seulement prépare et guide les gestes, mais il exprime en même temps les fluctuations affectives* » (André et al., 2004, p.46). AJURIAGUERRA parle « d'hypertonie d'appel » et « d'hypotonie de satisfaction » chez le nourrisson, mais c'est une modulation que l'on garde en grandissant selon si on est satisfait ou insatisfait.

Dans l'anorexie mentale, **l'hypertonie permanente** vient réduire la capacité de modulation tonique de la patiente et donc ses capacités expressives. La carapace tonique des jeunes filles souffrant d'anorexie mentale laisse penser à un défaut d'intégration de l'enveloppe corporelle, qui viendrait **faire suppléance à une enveloppe psychique défaillante** en **contenant** toniquement les mouvements psychiques et corporels (Gaucher-Hamoudi et al., 2011).

Ainsi, la difficulté que les patientes ont à identifier et à exprimer leurs émotions viendrait à la fois d'une **incapacité à ressentir dans leur corps**, d'une **volonté de contrôler leurs émotions** en ne laissant rien transparaître, ainsi que d'une **modulation tonique limitée**. On peut dire que ces patientes sont **alexithymiques** dans la mesure où elles sont en difficulté pour identifier et exprimer leurs affects.

6. Une enveloppe corporelle défaillante ?

La dysmorphophobie, la présence d'angoisses corporelles, l'aversion pour le toucher, la présence d'une carapace tonique, viennent questionner la qualité de l'enveloppe corporelle des patientes souffrant d'anorexie mentale. Au temps de l'adolescence où les repères corporels tendent à se modifier, une enveloppe corporelle fragile peut être mise à mal.

C. POTEI présente la nécessité de **contenance** et le besoin d'une enveloppe suffisamment solide pour éprouver et exprimer dans son corps. Elle résume cela de façon très imagée : « *On construit d'abord les fondations et les murs d'une maison, le corps. Puis on vit à l'intérieur. On joue dedans. Plus la construction est solide, plus l'habitation sera confortable. Les événements, les peines, les joies, les chagrins, les conflits, toutes les nuances émotionnelles de la vie, pourront s'y déployer sans crainte d'un effondrement interne. Les événements externes auront d'autant moins de prise sur l'individu que la construction sera solide.* » (Potel, 2019, p.117).

Dans l'anorexie mentale, on peut se demander si la peur du débordement « physique », reflet d'une enveloppe corporelle défaillante, peut être transférable à une peur du débordement des émotions et de leurs ressentis, par une enveloppe psychique défaillante : si je laisse mon émotion émerger, vais-je réussir à la contenir suffisamment ou va-t-elle me submerger et me déborder ? Ainsi, si ces patientes vivent de manière insécure dans leur propre enveloppe corporelle, est-il possible pour elles d'éprouver et d'exprimer leurs émotions ?

Ainsi, je vais venir questionner l'enveloppe corporelle et sa fonction contenante dans le développement normal ainsi que dans le cas spécifique de l'anorexie mentale.

LES ENVELOPPES PSYCHIQUES ET CORPORELLES DES PATIENTES ANOREXIQUES MENTALES : UNE FONCTION CONTENANTE DÉFAILLANTE ?

I. ENVELOPPES PSYCHIQUE ET CORPORELLE

Le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL) donne deux définitions de l'enveloppe : si celle-ci est non constitutive de l'objet, elle est définie comme « *Ce qui enveloppe, qui couvre en entourant* », si celle-ci est partie intégrante de l'objet, l'enveloppe est ce qui « *couvre naturellement quelque chose, partie externe, protectrice de quelque chose* ». Autrement dit, elle constituerait **la surface extérieure** de l'objet et aurait une **fonction protectrice** (Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales, 2012b).

Ces définitions font référence à la fois à la forme concrète de l'enveloppe comme une matière ou objet souple s'adaptant à la forme de l'objet, mais aussi aux qualités de l'enveloppe qui est protectrice, couvrante, et qui délimite une frontière entre un espace interne et un espace externe.

Chez l'être humain, on peut différencier deux types d'enveloppes délimitant respectivement un espace corporel et un espace psychique :

- **Enveloppe corporelle** : Elle s'adresse au corps, et plus spécifiquement à la **peau** qui le recouvre entièrement. Autrement dit, la peau, qui enveloppe le corps dans son intégralité, vient délimiter un espace extérieur d'un espace intérieur, distinguant un soi d'un non-soi. Ce sont les contacts peau à peau avec autrui dans les premiers temps de vie qui permettent l'intégration et la prise de conscience de la limite entre le dedans et le dehors.
- **Enveloppe psychique** : Elle sépare le psychisme du monde psychique d'autrui et plus généralement du monde extérieur. L'enveloppe psychique se réfère au « Moi » de S. FREUD, instance qui vient délimiter et contenir le psychisme.

Les enveloppes corporelle et psychique se construisent au cours du développement de l'enfant grâce aux interactions avec l'objet maternel. Ces enveloppes peuvent être vues comme des membranes imaginaires et dynamiques qui viennent envelopper et délimiter l'entité psychocorporelle. Ces enveloppes viennent maintenir ensemble les différents segments corporels, mais aussi les affects, les représentations et les pensées. Ce sentiment d'enveloppe est étroitement lié au **sentiment de sécurité interne de base** et au **sentiment d'être** (Ciccone, 2001, p.89).

C'est l'émergence progressive d'un sentiment d'enveloppe qui amène l'individu à se ressentir, se percevoir et se vivre comme une **unité**, contenu et distinct des autres. Cette construction découle des expériences sensorielles, relationnelles et affectives de l'individu. Le sentiment d'enveloppe se construit progressivement par l'intériorisation et l'intégration des premiers contenants externes (Potel, 2009).

La première enveloppe que l'on peut considérer comme telle est la peau elle-même.

1. La peau physique:

« La peau donne le ressenti des limites de sens qui autorisent ou non à se sentir porté par son existence. Mais offerte au regard et au pouvoir des autres, elle rend vulnérable à leurs jugements. » (Le Breton, 2016, p.10).

La peau, au regard de sa surface et de sa masse, est l'un des organes les plus importants du corps humain. En effet, chez l'adulte, on estime sa surface à 2 m² pour un poids de 5 kg. Issue de l'ectoderme, la peau est composée de trois couches de tissus : l'hypoderme, le derme et l'épiderme. Elle vient **envelopper** et **contenir** le corps dans son intégralité et vient signifier **l'unité corporelle**.

La peau est imperméable, lisse, élastique et résistante. Ces propriétés viennent répondre à l'une des fonctions physiologiques de la peau, qui est de venir **protéger** le corps des attaques extérieures (radiations, agressions, microbes). La peau endosse son rôle protecteur en empêchant les éléments extérieurs d'entrer. En cas de lésions ou par simple mécanisme d'autoconservation, elle a la capacité de se régénérer afin de rétablir et de maintenir sa fonction protectrice.

La peau est aussi un **organe sensoriel**. En effet, grâce aux multiples récepteurs présents dans ses tissus (mécanorécepteurs, thermorécepteurs, nocicepteurs), la peau est un organe de perception très sensible à l'environnement. Selon l'Homunculus somesthésique, les zones les plus sensibles sont le visage, particulièrement la bouche (langue et lèvres), ainsi que les paumes des mains.

C'est aussi grâce aux contacts peau à peau ou corps à corps que le bébé établit ses **premières interactions** avec l'objet maternel et l'environnement. Le toucher et la peau sont un lieu de rencontres et de séparations qui relie l'intérieur et l'extérieur, le psychique et le somatique. C'est par les soins corporels que le bébé va progressivement commencer à différencier une surface incluant une face interne et une face externe, permettant la distinction entre le dedans et le dehors, entre soi et autrui.

La peau est donc une zone qui délimite un dedans d'un dehors (fonction de protection, de délimitation) tout en permettant des échanges entre ces deux espaces (sensorialité, affectivité). Ainsi, grâce à ses récepteurs cutanés, la peau est une véritable **interface**.

Ainsi, la peau détient 3 fonctions : celle d'enveloppe contenante, celle de barrière protectrice du psychisme et celle de lieu d'échanges.

À ce niveau de ma réflexion, je suis amenée à me questionner sur les qualités de cette peau dans l'anorexie mentale, si importante dans le sentiment d'enveloppe.

2. La peau dans l'anorexie mentale :

Dans l'anorexie mentale, quand l'état de dénutrition est avancé, la peau devient sèche et fragile, elle perd de son élasticité. Elle peut devenir si fine suite à la fonte musculaire et à la disparition des tissus adipeux, que dans le cas d'appuis trop prolongés elle peut se nécroser (escarres). Le corps peut sembler être proche de ne plus avoir de limites et ce serait alors les collants, l'autopalpation, ou l'espace visible entre les cuisses qui pourrait rassurer sur la présence des délimitations corporelles.

Cette absence de limites est symboliquement exprimée sur la peau au travers des comportements d'automutilation, tels que les scarifications ou grattages récurrents. Ce sont des comportements relativement fréquents qui viennent questionner l'investissement, le vécu et la relation que ces jeunes filles ont avec leur corps. Selon D. LE BRETON, ces comportements sont fréquemment utilisés chez les jeunes qui sont dans un « *désinvestissement de soi* » et dans « *une incertitude concernant les frontières de leur psychisme et de leur corps, de leur réalité et de leur idéal, de ce qui dépend d'eux et des autres* » (Le Breton, 2016, p.44). Ainsi, ces comportements viendraient signifier le besoin de ces patientes à tester et ressentir leurs limites corporelles. La douleur induite viendrait faire office d'ancrage corporel, permettant un certain sentiment de continuité d'existence. Ces comportements viennent traduire une souffrance psychique : la peau et sa souffrance physique deviennent alors un support à l'expression d'une souffrance psychique non élaborable.

Dans l'anorexie mentale, lors de l'amaigrissement, n'avoir « plus que la peau sur les os » permet d'affiner visuellement la perception des limites corporelles : il n'y a plus de plis ou de zones qui se touchent pour venir amener de la confusion, la peau vient épouser parfaitement les formes du squelette. L'ossature devient visible et sa solidité palpable. Dans l'anorexie mentale, on peut se demander si l'importance donnée à la visibilité de l'ossature témoigne d'un manque de sécurité interne ? Le squelette, solide en toutes circonstances, est capable concrètement de soutenir, de porter le corps au travers de sa propre existence. Le contact direct, concret, avec sa solidité, peut être rassurant. De la même manière, le caractère immuable du squelette peut être vécu comme sécurisant là où ces jeunes filles subissent et luttent contre les changements corporels de l'adolescence.

Dans l'anorexie mentale, la **propriété imperméable et protectrice** de la peau peut être remise en question. En effet, la pose de crème hydratante ou d'huile de massage peut être source d'angoisse, avec l'idée que la matière grasse peut « s'incruster directement » dans le corps. Parfois, dans les propos des patientes, on peut entendre que la peau est vécue comme si elle était « transparente ». Effectivement, ce que la peau contient en son sein leur semble être visible de l'extérieur et libre d'être jugé par autrui.

Naya nous dira : « *Le gras c'est comme des trucs qui tombent, c'est dedans mais ça tombe, ça se voit de dehors* » ou encore « *Si je mange, je vais exploser, ça va se voir d'un coup et tout le monde va le voir, mon ventre sera énorme, les autres vont penser que je mange beaucoup, que je dois manger gras, sucré, que je dois me faire plaisir* ».

Autrement dit, la peau semble ne plus être capable de contenir et protéger ce qu'elle enveloppe et l'expose à la vue de tous. Dans leurs propos, leur peau semble être incapable de résister aux forces internes, à la pression de la graisse imaginée sur leur enveloppe corporelle. Il me semble que la dysmorphophobie illustre bien cette sensation de ne pas se sentir contenu dans sa peau. Les comportements d'autopalpations à des fins de vérification du volume corporel sont alors utilisés pour délimiter le corps dans sa réalité propre, la sensation de la peau seule n'étant pas suffisante.

Bien que les patientes anorexiques s'autorisent parfois l'auto-contact, il me semble important de préciser que celles-ci sont par ailleurs généralement dans l'évitement du toucher de l'autre. Ce refus du toucher de l'autre peut-il être associé à un refus de ressentir son corps ? En évitant la confrontation avec la réalité de leur corps, tenteraient-elles de préserver leur corps imaginaire fantasmé ? Y aurait-il une honte à être touchée par l'autre, peur de ce qui pourrait être senti et pensé ? Peut-on comparer cette peur de la proximité physique à la peur de la relation à l'autre ? Bien sûr, je me questionne sur l'intrusivité que pourrait engendrer ce contact, d'autant plus si nous partons du principe que les limites corporelles ne sont pas clairement définies dans cette pathologie.

Vous l'aurez compris, dans l'anorexie mentale, je me questionne sur la qualité d'enveloppe, en commençant ici par celle que forme la peau elle-même : est-ce qu'un potentiel défaut d'intégration de l'enveloppe peut rendre compte du vécu insécure que ces patientes ont de vivre dans leur propre corps ? Cette sensation diffuse de mal-être, ou de désinvestissement de soi, me questionne beaucoup et m'amène à poursuivre ma réflexion autour de l'enveloppe psychique.

La peau physique prend une place importante dans la réflexion sur les enveloppes corporelle et psychique de D. ANZIEU. Il s'est inspiré entre autres de S. FREUD qui, dans sa deuxième topique (Moi, Ça, Surmoi), expose l'idée que le « Moi » s'étayerait sur l'enveloppe corporelle : « *Le moi est avant tout un moi corporel, il n'est pas seulement un être de surface, mais il est lui-même la projection d'une surface* » (Anzieu, 1985, p.107). C'est à partir de cette idée qu'ANZIEU va utiliser l'image de la peau physique comme support à la construction de l'enveloppe psychique, autrement nommée le « Moi-Peau ». La peau enveloppe le corps comme le « Moi-Peau » envelopperait le psychique.

3. Le Moi-Peau

Selon D. ANZIEU, toute fonction psychique se développe « *par appui sur une fonction corporelle, dont elle transpose le fonctionnement sur le plan mental* » (Anzieu, 1985, p.119). Autrement dit, toute fonction psychique s'organiserait à partir de la sensation corporelle. Lors des premiers temps de sa vie, le nourrisson ne fait qu'une expérience partielle de l'existence, entrecoupée par des moments de sommeil et d'éveil, de sensation de faim et de satiété. Au fur et à mesure des soins de son environnement (soins maternels), le bébé va introjecter ces sensations qui, progressivement, vont prendre corps et place dans ce qu'ANZIEU nomme le Moi-Peau. Selon E. BICK, le nourrissage représente la première expérience d'un « *rassemblement à l'intérieur d'une peau* ». C'est la liaison entre les innombrables sensations lors des temps de portage, d'enveloppement physique et langagier qui donne au bébé un sentiment d'être (Ciccone, 2001, p.87).

D. ANZIEU va décrire 8 fonctions à cette entité psychocorporelle. Nous retrouvons donc la fonction de maintenance, de contenance, de par-excitation, d'individuation, d'inter-sensorialité, de soutien de l'excitation sexuelle, de recharge libidinale, et enfin la fonction d'inscription de trace (Anzieu, 1985).

La fonction de maintenance : De la même manière que la peau remplit une fonction de soutien du squelette et des muscles, la peau psychique (le Moi-Peau) va progressivement se développer et soutenir le psychisme. C'est par l'intériorisation du holding maternel (portage physique et psychique de l'enfant par la mère), que le Moi-Peau va être en capacité de maintenir ensemble les parts éparses de l'ébauche du Moi primitif en formation.

La fonction de contenance : La fonction de contenance du Moi-Peau est intégrée grâce au handling maternel (soins et attention de la mère envers son enfant). L'enfant qui est soumis à des émotions ainsi qu'à des sensations corporelles parfois violentes (faim, douleurs, soif...) va pouvoir, grâce à la mère, les éprouver plus sereinement sans se sentir en danger. La peau, par son aspect recouvrant, constitue un sac qui garde et contient en son sein le bon et le plein de l'allaitement, des soins corporels ainsi que des mots qui s'y accumulent. C'est par la récurrence et la constance des soins maternels sur la peau que l'enveloppe psychique va se constituer et prendre forme.

La fonction de par-excitation : Cette fonction détient le rôle de protection, elle protège des agressions et stimuli du monde extérieur, mais aussi des risques de débordements pulsionnels du psychisme.

L'individuation : L'enveloppe étant l'interface entre le Moi et l'environnement, elle en est aussi la frontière distinctive du dedans/dehors, d'un soi d'un non-soi. Ainsi, le Moi-Peau permet l'émergence du soi et l'unicité de l'individu.

L'inter-sensorialité : La peau est l'organe sensoriel qui supporte et relie tous les autres sens. En cela, elle fonde l'unité psychique.

Soutien de l'excitation sexuelle : Les contacts peau à peau avec la mère ainsi que les soins maternels sont sources de plaisir chez le nourrisson (chaleur, caresses, étreintes). Ces sensations agréables préparent à l'autoérotisme. C'est par le biais du contact peau à peau que la fonction de sexualisation se développe.

Fonction de recharge sexuelle : Le Moi-Peau vient recharger et organiser l'énergie libidinale.

Fonction d'inscription : Le Moi-Peau est le lieu d'inscription des représentations des premiers signifiants, choses, mots et formations symboliques.

La présentation précédente des fonctions du Moi-Peau, bien que décrite de manière synthétique, montre ce lien fondamental entre corps et psychisme dans la conception des enveloppes. D. ANZIEU met en avant le rôle de l'environnement dans l'élaboration des enveloppes corporelle et psychique.

A. BULLINGER valide le rôle de l'environnement dans l'intégration d'une enveloppe efficiente, par ailleurs il donne au **tonus** une place centrale dans la prise de conscience de sa face interne. Pour lui, il y a toujours « *ce double aspect d'une face interne que la modulation du tonus consolide, et d'une face externe où le milieu physique et humain vient s'inscrire et prend sens pour l'individu* ». Il précisera que c'est la modulation tonique qui permet de réifier l'organisme et de le rassembler en une unité (Bullinger, 2007a, p.80).

Dans l'anorexie mentale, un **défait de la fonction contenante** et **par-excitatrice** du Moi-Peau est concevable. En effet, dans une pathologie où la peau est vécue comme incapable de retenir les contenus physiques (angoisses de débordement, d'explosion), on peut se demander si, d'un point de vue psychique, les contenus psychiques sont soumis aux mêmes angoisses. La peur de perdre le contrôle, l'impression d'avoir des pensées qui fuient, les pensées obsessionnelles, la peur d'éprouver dans son corps, tout cela vient bien sûr questionner la qualité de la fonction de contenance, là où l'évitement du toucher et l'évitement émotionnel peuvent être associés à une défaillance de la fonction par-excitation. Si l'émotion émerge, si le contact advient, l'enveloppe pourrait être sentie comme attaquée dans son intégrité.

De plus, dans la mesure où la peau est uniquement investie de manière narcissique, la fonction **de soutien de l'excitation sexuelle semble elle aussi faire défaut**. En effet, la peau ne fait généralement preuve d'aucun investissement libidinal. Et enfin, il est intéressant de relier les comportements d'automutilation à la **fonction d'inscription** du Moi-Peau. Il est clair que ce n'est pas une utilisation saine de cette fonction, dans la mesure où elle est réalisée dans un but autodestructeur.

Plus généralement, et pour en revenir au sujet des enveloppes, A. CICCONE considère que l'enveloppe est indissociable de la **fonction contenante**. Pour lui, l'enveloppe est la fonction contenante. Cette « fonction – enveloppe », aussi appelée fonction contenante, aurait deux rôles :

- **contenir** l'intérieur du corps au même titre que les objets internes, au sens psychanalytique du terme (pensées, émotions) ;
- **transformer** les contenus pour les rendre supportables, identifiables et représentables (Ciccone, 2001).

E.W. PIREYRE partage l'idée d'ANZIEU que « *la peau physique a aussi valeur de peau psychique* », mais il met aussi en évidence le lien entre la contenance physique et la contenance psychique, « *l'une semblant, [...] "appeler" nécessairement l'autre* » (Pireyre, 2015, p.81).

Ainsi, pour parler de l'enveloppe avec plus de précision, il me semble indispensable de creuser d'avantage et en priorité la notion de contenance, afin de m'approcher au plus près des difficultés des jeunes filles souffrant d'anorexie mentale. En effet, si l'on regarde leurs difficultés sous le prisme de la contenance, elles sont en difficulté pour contenir en elles les éléments extérieurs (vomissements, laxatifs, décharge motrice, « graisse »), mais présentent aussi une sorte d'« hyper contenance » sur les plans émotionnel et expressif. Il semblerait que la propriété d'interface de l'enveloppe, qui permet un mouvement de l'intérieur vers l'extérieur (expressivité, affirmation de soi) et de l'extérieur vers l'intérieur (empathie, perception sensations et éprouvés corporels), soit figée.

II. LA FONCTION CONTENANTE

Le verbe « contenir » est défini comme « *Enfermer dans son espace et sa capacité* » ou encore « *Tenir dans certaines limites* » (Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales, 2012a). Ces définitions évoquent l'idée d'un contenant (espace délimité) en capacité de contenir en son sein des contenus, le contenant pouvant bien sûr s'approcher de notre définition de l'enveloppe faite précédemment.

1. Cavité utérine : premier contenant

Lors de la phase gestationnelle, l'utérus de la mère fait office de premier contenant. Il vient contenir, protéger l'embryon puis le fœtus. Entouré par les parois utérines et baignant dans le liquide amniotique, le corps de l'enfant en devenir est enveloppé intégralement. Ainsi, le ventre maternel permet au corps de l'enfant de se développer en lui apportant les nutriments nécessaires à son bon développement via le placenta, tout en **contenant ses mouvements** et en maintenant le fœtus dans **une position d'enroulement** sécurisante.

C'est dans cet espace sûr que la sensorialité et la motricité du fœtus peuvent se développer suite à la maturation des différents systèmes nerveux. Le premier sens à apparaître est celui du toucher, suivi des sensibilités vestibulaire, gustative, olfactive, auditive et enfin visuelle (Granier-Deferre & Bayle, 2017). Dans le ventre maternel, qui fait office de contenant protecteur, les stimulations sensorielles extérieures sont filtrées, ainsi, les sons et la lumière sont atténués. En ce sens, le milieu utérin endosserait une **fonction dite par-excitatrice**.

Bien que les sons extérieurs soient atténués, le fœtus reste « enveloppé » dans un **bain sonore** composé de bruits extérieurs filtrés, bien souvent imprévisibles, mais aussi de sons internes à l'organisme maternel, comme les battements cardiaques, ou encore les bruits de la digestion.

Au fur et à mesure de sa croissance, le fœtus va se sentir de plus en plus à l'étroit entre les parois utérines. Ce rétrécissement de l'espace de mobilité va venir renforcer le sentiment de contenance et d'enveloppement, tout en enrichissant et majorant la sensorialité tactile du fœtus. En effet, plus cet espace devient étroit, plus l'enfant est amené à augmenter les zones de contacts cutanés entre les différentes parties de son propre corps. Le dos sera la surface corporelle la plus en contact avec la paroi utérine.

Cette vie motrice et sensorielle intra-utérine de l'enfant laissera une trace mnésique, « *trace qui prendra sens après la naissance lorsque les sensations et leur objet pourront être associés* » (Busnel & Héron, 2010, p.643).

2. La naissance

La naissance marque la séparation des corps : celui de la mère et celui de son enfant. Le nourrisson, qui jusqu'à présent n'a connu que tranquillité profonde sans manque ni frustration, se voit projeté dans le monde extérieur, assailli d'innombrables sensations. L'enfant découvre la lumière et le bruit, les sensations de faim et de satiété, de froid et de pesanteur...

L'accouchement est un évènement violent pour l'enfant, qui perd son enveloppe contenant qu'était l'utérus. Le milieu aérien, moins sécurisant, ne contient et n'enveloppe pas son corps ni ses mouvements. Des sensations de morcellement voire d'éclatement peuvent survenir, il est donc important que dès la sortie du ventre, le bébé soit rapidement enveloppé pour restaurer un sentiment d'unité corporelle.

C'est pourquoi, rapidement après l'accouchement, l'enfant peut être enveloppé par les sages-femmes dans un linge et/ou également déposé dans les bras chauds de la mère afin de rendre rapidement à l'enfant un contact cutané enveloppant et rassurant. Ce temps de première rencontre peau à peau va permettre une reconnaissance mutuelle et renforcer les premiers liens d'attachement. Avant que l'enfant puisse se contenir lui-même, l'environnement maternel, et spécifiquement l'objet maternel, va endosser ce rôle en devenant le contenant externe.

3. Soins maternels

Le pédiatre et psychanalyste D. W. WINNICOTT a consacré une grande partie de sa vie à théoriser l'articulation psyché-soma. Il donne une place prépondérante à la question du corps, et plus particulièrement du corps sensible, dans la relation précoce avec sa mère dans les premiers instants de vie.

Pour D. W. WINNICOTT, « *un bébé, cela n'existe pas* » (Winnicott, 1989, p.200). À l'aube de la vie psychique, le nourrisson est absolument vulnérable, il n'a pas la maturité suffisante pour évoluer dans le monde seul. Dans les premiers temps de sa vie, l'enfant ne peut pas subvenir à ses besoins vitaux ni gérer les tensions qui l'habitent. Le potentiel inhérent du bébé ne peut pas éclore ni se révéler sans son entourage, qui va au-devant et anticipe ses besoins fondamentaux. Il évolue donc dans un **état de dépendance absolue** dans un environnement humain où le maternage joue un rôle essentiel.

Le jeune enfant n'a pas encore de corps propre, il n'a pas conscience de son identité propre et ne dispose pas des outils pour séparer le Moi et le non-Moi. Il n'habite pas encore son corps, il est dans une **relation fusionnelle** avec l'environnement et c'est par les soins qu'il va faire l'expérience de ses propres frontières corporelles. E. W. PIREYRE dira que l'enfant est « *naturellement morcelé* ». C'est par le portage physique mais aussi psychique que les parents créent chez le bébé « *le sentiment de continuité d'existence, d'unité et de solidité du corps* » (Pireyre, 2015, p.145). Autrement dit, le corps propre se construit chez le bébé grâce à l'inter-corporéité avec l'objet maternel et sur la base du maternage et du portage initial.

Tous les détails retrouvés dans les soins maternels constituent un environnement qui « contient ». L'état de « **préoccupation maternelle primaire** » (Winnicott, 1992) dans lequel se trouve la mère permet à cette dernière de donner un soutien indispensable au Moi de son bébé par son haut degré d'adaptation.

L'état de préoccupation maternelle primaire est un état psychique particulier de la mère envers son nouveau-né qui va s'adapter au plus près de ses besoins tant physiques que psychiques. La mère développe une hypersensibilité, une attention extrême envers son bébé. Cela lui permet d'utiliser toute ses ressources et toute son empathie pour répondre aux besoins du bébé. Cet état est décrit par D. W. WINNICOTT comme une « maladie normale » où la mère s'identifierait au Moi du bébé.

Dans cet état, la mère est capable de donner des soins corporels et psychiques adaptés aux besoins, à l'origine de la construction d'une **sécurité de base** chez le nourrisson, ainsi qu'à un **sentiment de continuité d'existence**, indispensable au développement du Moi. Cette sur-adaptation maternelle est à l'origine du sentiment d'omnipotence du tout-petit. Il croit créer le monde qui l'entoure.

Pour D. W. WINNICOTT, la mère sortira peu à peu de cet état de dévotion où elle était entièrement centrée sur son nourrisson pour devenir la *mère « good enough »*, ou encore appelée la « mère suffisamment bonne » (Winnicott, 1992).

La mère « suffisamment bonne » a 3 fonctions :

- Le **holding** est la manière dont l'enfant est porté, tenu, contenu physiquement et affectivement par l'objet maternel. Au début de sa vie, l'enfant est incapable de se soutenir seul. En effet, il présente une hypertonie distale et une hypotonie axiale, ce qui incite les positionnements d'enroulement. Dans son « holding », la mère s'adapte et entre dans un vrai dialogue tonico-émotionnel. Elle soutient la tête et le bassin de son enfant et l'enveloppe de ses bras, de sa voix et de son regard. Ainsi positionné et contenu, le nouveau-né est dans une position de rassemblement qui lui procure un sentiment de sécurité de base. Sa motricité réflexe, qui est désorganisée et subie, se voit être contenue. C'est dans la relation au corps à corps avec la mère que l'enveloppe qui contient, protège et délimite semble se constituer.
- Le **handling** est la manière dont l'enfant est manipulé et soigné lors des soins d'hygiène et de nourrissage. Au cours de ces moments, beaucoup d'échanges cutanés et affectifs sont octroyés à l'enfant. Ces soins participent à la constitution des limites corporelles par le contact de l'eau, des mains ou des vêtements avec la peau du bébé. Le temps de l'allaitement est un moment privilégié pour le handling, entre autres avec la présence du peau à peau. C'est un moment où les mains de la mère viennent envelopper le nouveau-né. Au-delà de l'aspect purement technique, ces manipulations sont le lieu d'échanges affectifs où la tendresse et la voix apaisante de la mère viennent accompagner et contenir le nourrisson.

- **L'objet presenting** : la mère « suffisamment bonne » va être en capacité de présenter un objet physique ou psychique au bon moment à l'enfant. L'objet va satisfaire l'enfant au moment où il en avait besoin. C'est grâce à cette capacité maternelle que l'enfant va avoir un sentiment d'omnipotence, autrement dit l'illusion de créer le monde qui l'entoure.

D. ANZIEU donne une importance toute particulière aux soins maternels de handling et de holding, surtout au moment de la tétée. C'est un espace sensoriel et relationnel privilégié par la proximité corporelle entre la mère et l'enfant. Ce moment est propice à l'intégration progressive de l'enveloppe corporelle, qui est composée d'une face externe et d'une face interne. C'est au travers des soins que le bébé fait l'expérience d'une surface et d'un volume, autrement dit « *l'expérience d'un contenant* » (Anzieu, 1985, p.58).

L'enfant passe progressivement de la dépendance absolue à la **dépendance relative**. Petit à petit, la mère « suffisamment bonne » va permettre à l'enfant d'expérimenter la frustration en ne répondant pas immédiatement à ses besoins. Elle reste pour autant prévisible, cohérente et harmonieuse dans ses réponses. Cette défaillance raisonnable permet au nourrisson de sortir de l'état de fusion. C'est par l'absence de la mère que l'enfant prend conscience de sa présence.

La mère « suffisamment bonne » vient créer une enveloppe à la fois protectrice et suffisamment souple autour du nouveau-né par ses soins et sa présence. Selon D. ANZIEU, la mère créerait une enveloppe sur mesure à son enfant, lui laissant suffisamment d'espace pour permettre à la propre enveloppe de l'enfant et à son Moi d'émerger, mais suffisamment proche pour qu'il se sente en sécurité (Anzieu, 1985). Par ses soins, la mère soutient le Moi encore immature de son enfant tout en le protégeant des expériences déstructurantes.

4. Introjection de la contenance

Le bébé est soumis à des expériences chaotiques qu'il n'est pas en mesure de contenir lui-même. Il n'a pas d'autre choix que de se saisir de l'expérience contenante que lui offre son environnement et de l'intérioriser. Ce phénomène, appelé « **introjection de l'objet externe contenant** », consiste à faire des liens entre les éléments corporels et psychiques vécus jusqu'à présent comme éclatés.

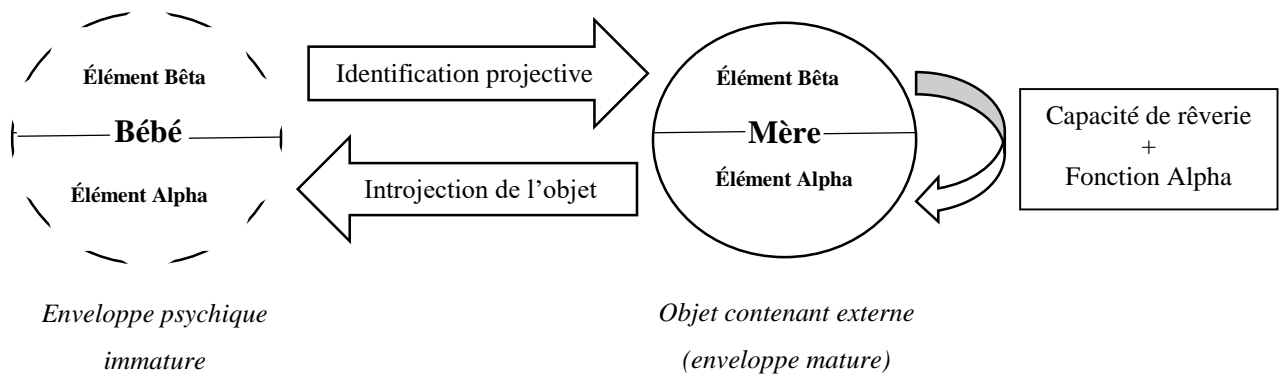
L'enfant aurait la capacité de projeter hors de lui ce qu'il ressent comme « mauvais », cette défense est appelée par M. KLEIN « **identification projective** ». Elle décrit ce processus comme pathologique s'il est utilisé trop fréquemment. D'autre part, l'enfant serait aussi capable d'intérioriser les qualités de l'environnement par le processus qu'elle nomme « **introjection de l'objet** » (Ciccone & Lhopital, 2019).

On pourrait comparer ce fonctionnement psychique (processus d'introjection et de projection) au fonctionnement du corps lui-même. En effet, pour fonctionner, le corps doit incorporer des éléments étrangers et expulser des matières nuisibles qui lui sont propres. L'intérieur du corps et l'intériorité psychique répondraient aux mêmes processus essentiels d'incorporation/introjection et d'expulsion/projection.

W. BION ne réduit pas l'action de l'identification projective à un simple mécanisme de défense dont ferait usage l'enfant pour se débarrasser de ses impressions brutes désorganisantes. Au contraire, il lui aurait donné une place importante dans la communication inconsciente mère-enfant. L'enfant, submergé par des impressions brutes non élaborées (**éléments bêta**), les projetterait sur la mère. La mère, qui reçoit et accueille l'identification projective de son enfant, en fait l'expérience dans son propre psychisme. Grâce à sa « **capacité de rêverie** » et à la **fonction alpha** opérante de la mère, cette dernière est en capacité de transformer les éléments bêta en éléments alpha (éléments bêta détoxifiés), qu'elle renvoie à l'enfant. L'enfant intériorise alors ces nouveaux éléments « digérés », désormais supportables. Autrement dit, l'objet contenant (la mère) transforme les éléments « bêta », éléments bruts projetés, en éléments « alpha », éléments supportables pour la pensée (Bronstein & Hacker, 2012).

Par exemple, c'est grâce à sa mère et à sa « fonction alpha » que le bébé apprend progressivement à identifier et relier un type d'éprouvés corporels avec une émotion. Plus tard, il sera en mesure de réguler lui-même ses émotions : « *Progressivement, le dialogue avec autrui va permettre de construire les moyens de réguler et de contenir ces états émotionnels.* » (Bullinger, 2007b, p.73).

De manière très simplifiée, j'ai tenté de schématiser ce processus de la façon suivante :



Titre : schématisation du processus de la fonction alpha dans les relations précoces mère-nourrisson

D. HOUZEL ne réduit pas l'objet contenant externe (la mère) à un simple récipient qui accueillerait les projections de l'enfant, bien au contraire, l'objet contenant est actif dans le processus. En effet, il est un objet qui **focalise** les contenus psychiques, puis qui les **stabilise**. Par focalisation, D. HOUZEL entend qu'il est un « *attracteur des investissements, de l'attention* » des éprouvés du bébé (Ciccone, 2001, p.88). A. CICCONE défend l'idée que la principale qualité de l'objet contenant est **l'attention** qu'il porte à l'enfant.

Ainsi, l'appareil psychique de l'enfant grandissant dans cet environnement cohérent, sécuritaire et prévisible, va progressivement pouvoir faire l'expérience de la fonction alpha dans son propre psychisme. Ce processus d'apprentissage passe nécessairement par un objet externe contenant et c'est le psychisme de la mère qui fait office de contenant du psychisme de l'enfant. De la même manière que l'enfant intègre la fonction alpha de sa mère à son propre psychisme, il peut intérioriser sa qualité « contenante ». Cette introjection progressive de la fonction contenante est un processus inhérent à la formation même du Moi, mais aussi à la formation de l'enveloppe elle-même. « *L'enveloppe résulte de l'intériorisation de l'objet contenant ou de la fonction contenante de l'objet* » (Ciccone, 2001, p.92).

A. CICCONE donne trois conditions à l'intégration de la fonction contenantante : elle dépendrait de **la qualité de l'objet contenant** lui-même (qualité du holding, handling, capacité de rêverie, capacité de symbolisation...), de la **capacité de sollicitation** de ce même objet (attirer le bébé vers des niveaux de présence, d'intégration, d'organisation, d'expériences émotionnelles plus importants), et enfin de la capacité de l'objet à être **régulier** et **continu** dans les expériences qu'il propose à l'enfant. Cette dernière condition est à l'origine même du sentiment de continuité d'existence du bébé (Ciccone, 2001, p.88).

La fonction contenantante, et donc le sentiment d'enveloppe associé, est à la base du sentiment d'identité et d'individuation. La fonction contenantante a plusieurs appellations : enveloppe psychique, peau psychique, objet attracteur ou encore objet contenant. Sa qualité est étroitement liée au sentiment de sécurité interne et au sentiment d'existence dans son corps. Elle fait office **d'objet interne de support**, qui vient soutenir le sentiment d'être. Progressivement, grâce à l'introjection de cette fonction, le bébé va être en mesure de se soutenir et de se sentir exister dans sa peau en l'absence de sa mère.

5. Le défaut d'introjection de la fonction contenantante : « seconde peau musculaire »

Il semble pertinent de se poser la question de ce qu'il se passe dans le cas où la fonction de contenance est perpétuellement attaquée par les propres fantasmes destructeurs de l'enfant ou si l'intégration des soins et des réponses de la mère est défailante ?

Dans le cas où le bébé ne rencontre pas un objet en capacité de réaliser la détoxification et la symbolisation de ces éprouvés, il réintrojecte sa détresse cumulée aux failles de l'objet lui-même, il intègre ce que W. BION désigne comme une « terreur sans nom » (Ciccone, 2001, p.85).

Dans un court article publié en 1968, E. BICK explique que dans ces différents cas, l'introjection normale se substituerait à une identification projective pathologique. La dépendance normale envers l'objet est alors remplacée par une pseudo-indépendance. Le défaut d'introjection de la fonction contenantante amène à la construction d'une « **seconde peau** », qui viendrait se suppléer à la « première peau » défailante. Autrement dit, la seconde peau vient se substituer de manière défensive à la fonction même de contenant peau (Anzieu, 1985 ; Ciccone, 2001).

Cette seconde peau peut être **musculaire** (raidissement du corps), ou **motrice** (agitation permanente). Par l'**accroche sensorielle** qu'elle accorde, cette seconde peau permet, selon E. BICK, de maintenir transitoirement l'**illusion d'un rassemblement**. Cet accrochage peut être visible au niveau corporel avec l'apparition d'une « coquille musculaire », D. ANZIEU parle aussi de « seconde peau musculaire ». Une seconde peau qui agit alors comme « *prothèse protectrice se substituant à un Moi-Peau insuffisamment développé pour remplir sa fonction d'établir des contacts, de filtrer les échanges et d'enregistrer les communications* » (Anzieu, 1985, p.222).

Ce défaut d'introjection de la fonction contenante et la seconde peau qui en découle me fait tout particulièrement penser aux patientes anorexiques. Leur hypertonicité, leur hyperactivité, leur intellectualisation, sont tous des comportements que l'on peut associer à une « seconde peau ».

6. Les enveloppes suppléantes dans l'anorexie mentale :

Enveloppe musculaire :

Nous avons déjà parlé de l'hypertonicité des patientes souffrant d'anorexie. On peut interpréter cette rigidité musculaire permanente comme une solution qu'elles se donnent pour avoir une impression de solidité et de résistance pour faire face aux excitations internes et externes. Cette seconde peau musculaire se rapproche davantage d'une **auto-contention** que d'une véritable contenance. Elle viendrait donc se suppléer à la fonction contenante et par-excitatrice, agissant comme un filtrage sensoriel.

D. MELLIER distingue la contenance, « *un travail de transformation émotionnelle engagé à partir de l'attention* », de la contention qui, elle, résulte de l'échec du travail de contenance et de différenciation. Là où la contenance est ce qui amène le sentiment d'une continuité d'être, la contention empêche toute perception de soi. Bien que contenance et contention peuvent cohabiter l'une et l'autre dans les enveloppes, la fixation du processus d'auto-contention dans la lutte contre des angoisses dévastatrices peut être apparentée aux processus de « seconde peau musculaire ». Dans les deux cas, les enveloppes se durcissent et perdent toute élasticité, voire toute consistance psychique (Mellier, 2005, p.462). Selon D. W. WINNICOTT, la formation de cette seconde peau musculaire est une véritable atteinte à l'image du corps.

Cette carapace tonique n'est pas forcément pathologique, car fréquemment observée à l'adolescence. En effet, Françoise DOLTO parle de « complexe du homard » pour décrire le besoin de l'adolescent de se fabriquer une carapace extérieure pour dissimuler sa grande vulnérabilité interne (Potel, 2009). Cependant, les jeunes filles anorexiques surinvestissent l'enveloppe musculaire, et c'est la pérennisation de cette manière d'être qui laisse à penser qu'elle fait office de seconde peau.

Enveloppe motrice et sensorielle :

Dans l'anorexie mentale, il est fréquent d'observer une hyperactivité motrice. Dans ce surinvestissement sportif, le corps est continuellement sollicité sous son versant sensitif (proprioceptif, musculaire, tactile, tendineux, nociceptif). Dans ce périple, les jeunes filles se confrontent à leurs limites musculaires et c'est ça qui les fait se sentir exister et consistantes. Toutefois, cette seconde peau empêche paradoxalement de ressentir et d'éprouver, car son but serait de « submerger » le sujet sous diverses sensations afin de l'empêcher de penser.

Dans la même idée, D. LE BRETON avance l'idée que la sensation de faim chez ces patientes serait un comportement entretenu pour la sensation elle-même, il dira : « *manger serait perdre son accroche sensorielle au monde* » (Le Breton, 2016, p.41).

Clara, patiente anorexique de 24 ans, nous avouera avoir recours à du « <i>spitting</i> » pour dissimuler son trouble, autrement dit elle a pris l'habitude de mâcher les aliments pour accéder au goût qu'elle apprécie, puis de les cracher pour éviter d'avaler et d'absorber des calories. Ce faisant, elle accède au goût des aliments sans réduire sa sensation de faim, qui reste omniprésente dans son quotidien.

Ainsi, par cette constance sensitive dans l'effort ou dans la faim, les jeunes filles anorexiques semblent se créer une accroche sensorielle au monde afin de renforcer leur sentiment de continuité d'existence et de rassemblement corporel.

Enveloppe intellectuelle :

On peut parler de seconde peau intellectuelle chez les patientes anorexiques dans la mesure où elles utilisent l'intellect, le savoir, la théorie, la pensée, de manière défensive afin de lutter contre leurs émotions et leurs affects.

Selon M. BERTHOLET-GUITTONNEAU, pour ces jeunes filles, l'effacement des affects serait nécessaire pour maintenir intacte leur frêle enveloppe psychique et corporelle. Elle dira : « *La mise au silence des affects constituerait alors le seul refuge, la seule enveloppe capable de servir, pour un temps au moins, de "seconde peau".* » (Bertholet-Guittonneau, 2012, p.245).

J. FONTANILLE, sémiologue de profession, explique que les émotions et les affects sont « *des forces susceptibles de modifier l'enveloppe, mais aussi d'y rencontrer leurs limites en y étant contenues* » (Fontanille, 2011, p.7).

Cette mise sous silence des affects dans l'anorexie mentale aurait donc pour but de préserver l'enveloppe et la psyché d'angoisses de perte de limites et de dissolution. Ce désinvestissement entraînerait l'immobilité psychique et corporelle de ces patientes. Selon M. BERTHOLET-GUITTONNEAU, cet effacement ne laisse aucune place au déploiement de l'affect, et cela quel qu'il soit. L'individu se met dans un état en « *dormition* », c'est-à-dire « *une sorte d'état suspendu par lequel le sujet se trouve protégé du risque de déchirure qui le guette, en attente d'une rencontre par laquelle pourront se décliner les affects sans que soit mise en péril son enveloppe* » (Bertholet-Guittonneau, 2012, p.248).

Ainsi privées d'affects, les patientes souffrent d'une incompréhension de soi à soi, mais aussi de l'autre. Elles perdent leur capacité à « résonner » et sont ainsi réduites à une sorte d'enveloppe vide. Ainsi, l'intellectualisation, tout comme l'hyperactivité motrice, serait l'une des stratégies pour désinvestir le corps émotionnel et sensible. Seraient-ce également des moyens pour ces patientes de se donner l'illusion de « se remplir » ? Seraient-ce des moyens de créer du plein dans un contenant ressenti comme vide ?

Enveloppe « esthétique » :

Il n'est pas rare d'observer des comportements d'enveloppement physique chez ces patientes : repliement dans l'axe vertical, auto-agrippement, enveloppement du corps dans un plaid ou sous d'amples vêtements.

L'investissement du corps des jeunes filles repose essentiellement sur un investissement narcissique. De ce fait, le style vestimentaire, le maquillage, la manière de se tenir, de paraître aux yeux du monde, font l'objet d'un surinvestissement. Ces comportements à visée d'embellissement viennent, d'une certaine façon, dissimuler et protéger le corps réel. Autrement dit, dans cette pathologie, l'esthétique prime sur le sensible, l'apparence prime sur l'être. Le regard de l'autre est anticipé et devient une préoccupation centrale : c'est par le regard de l'autre qu'elles peuvent se sentir exister. Ce regard peut être à la fois enveloppant (soignants, parents) ou au contraire faire l'objet d'auto-interprétations dénigrantes.

Naya dira au cours d'un entretien : « *Quand je suis à la plage, je vois les regards des autres sur moi, si je me mets en maillot de bain ils vont regarder mes défauts, mon gras, et c'est sûr ils vont penser que je me fais plaisir* ». Dans cette situation, Naya ne semble pas pouvoir faire face au regard de l'autre sur son corps et préfère garder ses vêtements, ce qui est plus sécurisant pour elle. Naya projette ses propres angoisses dans le regard de l'autre, elle semble se percevoir et se définir uniquement et exclusivement au travers du regard de l'autre.

Dans le cadre de ce mémoire, je souhaite orienter ma réflexion autour des éprouvés corporels et de l'expressivité. Au vu de la qualité défaillante supposée des enveloppes corporelles des patientes anorexiques, je me suis questionnée sur le rôle de la fonction contenante des enveloppes dans la perception des éprouvés corporels. Précédemment, nous avons interprété un défaut d'introjection de la fonction contenante en raison de l'investissement de diverses « secondes peaux » dans cette pathologie.

Ainsi, je viens finalement questionner l'importance pour le psychomotricien de contenir et d'envelopper ces patientes anorexiques lors de l'exploration de leurs éprouvés corporels, mais aussi de leur expressivité. Il est très intéressant, en tant que psychomotricien, de savoir que l'intégration de la fonction contenante nécessite à l'origine la présence de l'autre. Il sera alors important d'être contenant dans notre posture, mais aussi dans les médiations corporelles que nous serons amenés à leur proposer.

I. LES OUTILS THÉRAPEUTIQUES DU PSYCHOMOTRICIEN AUPRÈS DES PATIENTES SOUFFRANT D'ANOREXIE MENTALE

Auprès des patientes souffrant d'anorexie mentale, l'intervention du psychomotricien semble pertinente dans la mesure où ce professionnel s'intéresse au corps éprouvé, perçu, représenté, et à la manière dont il est vécu en relation. Pour établir les axes de travail, soutenir la prise de conscience corporelle et le réinvestissement narcissique de l'image du corps de ces patientes, le psychomotricien, au-delà des qualités qui lui sont propres (empathie, bienveillance, contenance...), détient plusieurs outils : le **bilan psychomoteur** et les **médiations corporelles**.

1. Le bilan psychomoteur

En général, dans le cadre d'une prise en charge psychomotrice, le bilan psychomoteur est proposé lors des premières séances et vient nourrir, soutenir et étayer la rencontre. Le principe de ce bilan psychomoteur est d'amener le patient à vivre un enchaînement de situations corporelles distinctes, afin de mettre en lumière ses difficultés mais aussi ses ressources. Pour le psychomotricien, le temps de bilan est un instant propice à l'observation qualitative de la manière dont le patient vit et se représente son corps et sa maladie. C'est également l'occasion d'évaluer son adhérence et ses résistances au soin ainsi que l'aisance ou la difficulté que le patient peut avoir dans les diverses situations. C'est en se rendant particulièrement attentif aux informations dispersées dans le langage de la patiente et son dialogue tonico-émotionnel que le psychomotricien va être capable d'établir des axes de travail. Il pourra ensuite penser aux outils thérapeutiques, de manière à ce qu'ils soient **ajustés** aux besoins, aux capacités et aux envies du patient.

Dans le cadre d'une prise en charge de patientes anorexiques, O. GAUCHER-HAMOUDI attribuera au bilan psychomoteur une fonction **thérapeutique**. En effet, il permet de rassurer la patiente sur ses capacités neuromotrices, bien souvent préservées, puis de l'amener progressivement à la prise de conscience de ses difficultés à vivre dans son corps. Le bilan psychomoteur aiderait dans certains cas à la levée du déni du trouble (Gaucher-Hamoudi et al., 2011, p.50).

Dans un contexte d'hospitalisation, la passation de bilan psychomoteur comme première rencontre peut être, à mon sens, délicate pour ces patientes très vulnérables sur le plan identitaire et narcissique à leur arrivée. Bien que le bilan psychomoteur possède un caractère sécurisant dans la mesure où il est très codifié, la perpétuelle recherche de performances et le perfectionnisme des patientes anorexiques mentales peuvent amener un mal-être dans le cas de difficultés ou d'échecs de certains items du bilan. Dans ce contexte, il me semble important de garder en tête que le bilan reste un moyen et non un but en soi, et qu'il peut être adapté et écourté si besoin.

C'est grâce à son observation et/ou au bilan psychomoteur que le psychomotricien est en capacité d'établir des axes de travail. Dans l'anorexie mentale, la dichotomie corps/psyché et l'image du corps fortement impactée suscitent généralement une demande de suivi en psychomotricité. C'est au travers des techniques à **médiation corporelle** que le psychomotricien peut accompagner ces patientes vers une prise de conscience corporelle et un réinvestissement narcissique de leur image du corps.

2. Médiation corporelle : outils thérapeutiques

*« La psyché a besoin de pouvoir se donner une représentation symbolique de l'expérience vécue, pour pouvoir parvenir à se l'approprier, elle a besoin de la **recréer** pour elle-même, de faire de l'expérience "en soi" une expérience "pour soi". »*

(Roussillon, 2012, p.31).

Par l'expérience sensori-perceptivo-motrice qu'elle permet, la médiation ouvre un espace d'expérimentation et d'étayage pour le corps vécu. L'aspect thérapeutique de la médiation se trouve dans la qualité de son objet médiateur (balles, costumes, instruments de musique...) à être **objet de relation** et « **médium malléable** ».

Objet de relation :

Le mot « médiation » est défini comme étant l'action de « *servir d'intermédiaire entre deux ou plusieurs choses* » (Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales, 2012c). En psychomotricité, et dans le soin en général, on considère que la « médiation » ou « l'objet médiateur » joue le rôle d'intermédiaire entre deux personnes minimum : le patient et le thérapeute.

C'est en créant un espace commun entre soi et autrui que la médiation devient un support au développement et à l'étayage des rapports relationnels entre les individus. C'est également un espace où le sujet peut se co-créeer avec le thérapeute afin de laisser émerger son expressivité singulière. C. POTEL considère que la médiation est thérapeutique quand elle ouvre un « **espace de transitionnalité** » entre le patient et le thérapeute (Potel, 2015, p.19).

Médium malléable :

S'inspirant de FREUD, WINNICOTT et MILNER, R. ROUSSILLON décrira le médium malléable comme étant totalement ou partiellement « *saisissable, facilement atteignable, immédiatement disponible, "animable", réceptif, indestructible, indéfiniment transformable, extrêmement sensible, constant, prévisible, fidèle, endurant* ». C'est dans ces conditions que l'objet médiateur se transforme en « *objet pour symboliser* » (Roussillon, 2013, p.191). Le médium malléable doit être en capacité de s'ajuster, résister, accueillir les éléments psychiques internes non symbolisés que le sujet va projeter sur celui-ci. La capacité de cet objet médiateur à supporter les contenus psychiques non représentés du sujet permet dans un second temps à ce dernier de les élaborer et de les intégrer psychiquement.

Ainsi, les **effets thérapeutiques** des médiations corporelles se constituent dans l'expérience sensori-perceptivo-motrice dans l'ici et le maintenant, dans la relation, et surtout dans la **recherche de sens** et de signification de ce qui est vécu ou éprouvé (André et al., 2004, p.174). Le **temps de verbalisation** à la fin de chaque expérience permet la transformation de la symbolisation primaire en symbolisation plus secondarisée.

La médiation corporelle en psychomotricité :

R. ROUSSILLON dira que « *toutes les médiations sont corporelles, nécessairement* » (Roussillon, 2012, p.34). En psychomotricité, on peut considérer le **corps** comme le principal **objet médiateur** et **médium malléable**. En effet, il n'y a pas de médiation qui ne sollicite pas le corps et son expressivité. C'est la totalité du corps du patient, mais également de celui du psychomotricien qui s'engage dans la relation, qui sont continuellement dans l'action et le ressenti.

En psychomotricité, la médiation corporelle a plusieurs objectifs. C. POTELE en cite 3 :

- Proposer un lieu d'expériences, de sensations et de perceptions ;
- Favoriser le jeu du corps porteur d'une expression spécifique, dans un étayage relationnel structurant ;
- Aider à la transformation des éprouvés en représentations (Potel, 2019, p.403).

Dans le cadre de la médiation, le travail du psychomotricien portera sur le **choix de la médiation** ainsi que sur **l'analyse de l'usage même du médium par le sujet**. Le psychomotricien se doit de choisir une médiation avec laquelle il a lui-même une affinité et qu'il a pu investir et éprouver préalablement. Justement, c'est parce qu'il connaît « de l'intérieur » ce qui se travaille dans l'expérience proposée qu'il pourra donner du sens à ce qui est vécu, et qu'il aura la réflexion nécessaire pour que cette expérience soit thérapeutique pour le patient. Le choix de la médiation se fera aussi en fonction du patient et de ses besoins. Il est nécessaire que le thérapeute ait une connaissance théorique et technique suffisante de la médiation utilisée pour répondre de manière adaptée aux spécificités et aux caractéristiques du patient et de son trouble.

Il est important de préciser que, dans le cadre de la médiation thérapeutique, le psychomotricien ne recherche pas la performance ni la transmission de compétences, il n'est ni instructeur ni professeur. C. POTELE dira que la médiation aura « *une vraie valeur de symbolisation* » seulement si celle-ci est « *investie pour elle-même* » (Potel, 2019, p.400). Ainsi, la médiation corporelle est proposée pour le vécu corporel et l'expérience sensorimotrice qu'elle induit. Le regard du psychomotricien est, de ce fait, loin d'être évaluateur ou critique, mais au contraire se doit d'être bienveillant, non jugeant et contenant.

Tout au long de l'expérimentation, le thérapeute viendra étayer et soutenir le travail de symbolisation de son patient. Le psychomotricien ne se contente pas uniquement de regarder ce que fait le sujet avec l'objet médiateur, il étend son regard à tout ce que l'interaction avec cet objet créé et transforme chez le patient : les mimiques, l'engagement ou le désengagement corporel, la qualité des mouvements, l'organisation tonico-posturale, le déplacement, les regards...

C. POTEL insiste sur l'importance du vécu **contenant** et **sécurisant** de la médiation : « *Le dispositif de la médiation, en termes d'espace et de temps, doit être suffisamment sécurisant pour que puissent se vivre de vraies expériences psycho corporelles* » (Potel, 2015, p.20). C. POTEL, en mettant l'accent sur les conditions spatiales et temporelles, fait référence aux caractéristiques du **cadre thérapeutique** de la médiation corporelle. Véritable contenant, le cadre thérapeutique accueille et contient les contenus qui y sont déposés (éléments amenés et vécus par le patient) et permet leur transformation. En ce sens, le cadre thérapeutique fait office de véritable **enveloppe structurante**. Cette enveloppe peut venir faire suppléance aux enveloppes parfois défectueuses du patient (enveloppes corporelle et psychique, enveloppe familiale, enveloppes affective et sociale...). On peut supposer qu'une telle enveloppe externe contenante pourrait jouer le rôle de « seconde peau » chez les patientes anorexiques, à qui justement il « manquerait » un sentiment d'enveloppe sécurisée.

II. CADRE THÉRAPEUTIQUE ET SES DIFFÉRENTES ENVELOPPES

1. Cadre thérapeutique

« *Le cadre thérapeutique est ce qui **contient** une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée* » (Potel, 2019, p.321).

Le cadre de soin est thérapeutique dans la mesure où il assure :

- au patient un **sentiment de continuité** par sa **constance** en termes d'espace, de rythme, de rituels, d'horaires, de règles... ;
- un rôle **de par-excitation** qui va venir contenir, sécuriser et protéger le patient.

En psychomotricité, le cadre thérapeutique répond à des conditions d'espace, de temps, de matériel et d'encadrement (Potel, 2019, p. 322). Il doit pouvoir offrir un espace capable d'accueillir les excitations, les plaisirs provoqués par la mise en mouvement du corps. Il est délicat de penser un cadre sans savoir ce qu'il va contenir, c'est pourquoi le cadre se doit de trouver un juste équilibre entre souplesse et solidité. Pour ce faire, le cadre s'appuie sur des règles immuables bien souvent issues d'une réflexion commune (les règles institutionnelles, le cadre des séances) et par la suite dépend de l'adaptabilité du thérapeute par rapport au patient.

Ainsi, le cadre thérapeutique doit être suffisamment souple pour s'adapter à la fois au patient mais aussi à la médiation et au type de prise en charge proposé (individuelle ou groupale).

Notons que le groupe peut également venir faire enveloppe autour du patient. Le groupe agit comme une enveloppe contenant dans laquelle l'interaction, la différenciation, l'identification, le partage des émotions et des sentiments entre les différents membres, sont possibles. On parle **d'enveloppe groupale** (Ouchacoff, 2015, p.143).

Cependant, il est nécessaire de relever que les fonctions et caractéristiques de ce cadre, qui viennent envelopper de manière adaptée le patient, sont portées par le psychomotricien lui-même : c'est le psychomotricien, à l'image de sa propre contenance, qui garantit la contenance de son cadre et des médiations qu'il utilise.

2. Contenance du psychomotricien

C'est par la contenance du psychomotricien que le cadre thérapeutique et la médiation associée sont eux-mêmes contenant. Pour contenir ce qui est en mesure de déborder dans le vécu de son patient, le psychomotricien vient **contenir psychiquement** et **physiquement** son patient, avec le souhait que ce dernier puisse s'approprier progressivement cette contenance : la contenance du psychomotricien va **s'appuyer sur son corps**, mais aussi sur son propre **appareil psychique**.

D'un point de vue corporel, le psychomotricien a développé, au cours de sa formation et de ses expériences personnelles, des qualités de **présence** et de **conscience corporelles** qui lui servent de repères afin d'accueillir, de contenir et de transformer les vécus corporels non représentés de ses patients. Cette présence corporelle transparaît dans la conscience que le psychomotricien donne à ses appuis, son placement dans l'espace, l'utilisation de sa voix et de son regard, son organisation tonico-posturale... (Potel, 2019, p.365). L'écoute du psychomotricien s'étaye sur le partage émotionnel via le dialogue tonico-émotionnel ; en se rendant sensible à toutes les réactions psychocorporelles de son patient, il tente d'ajuster au mieux sa posture thérapeutique.

Selon N. KACHA, la fonction contenant du psychomotricien repose également sur :

- **l'attention** qu'il porte aux patients, à sa « *capacité psychique d'être présent* » ;
- sa qualité de **maintenance**, la manière dont il sert d'appui à ses patients, suffisamment solide et résistant ;
- sa capacité à **accueillir et transformer** les vécus primitifs de son patient (Kacha, 2011, p.87).

C'est en prêtant son psychisme à son patient, comme le ferait une mère avec son enfant dans les relations précoces, que le psychomotricien contient et aide à la mise en mots des éprouvés corporels vécus et à l'intégration de ce vécu. C. POTEL dira que c'est par « *la résonance émotionnelle en écho* » que le psychomotricien est capable d'étayer au mieux le vécu de son patient (Potel, 2019, p.360).

Pour soutenir son accompagnement, le psychomotricien a la possibilité de prendre appui sur l'équipe soignante, et plus largement sur l'institution. On pourrait dire que le psychomotricien, tout comme le patient, bénéficie de la fonction **contenante** et **sécurisante** que l'institution instaure. Tout comme le cadre thérapeutique, **l'enveloppe institutionnelle** se doit d'être à la fois solide et souple pour être en capacité de contenir ce qui se produit en elle. Cet équilibre s'appuie à la fois sur l'immutabilité des règles institutionnelles mais aussi sur la capacité adaptative des soignants. Les soignants peuvent s'appuyer sur le cadre de l'institution en cas de difficulté, et l'institution compte sur les soignants pour être porteurs et défenseurs des règles qui la constituent.

Lors d'une séance de psychomotricité, une patiente souffrant d'anorexie mentale est venue déposer des éléments de vie traumatiques (abandon, maltraitances physiques et psychologiques par différentes familles d'accueil, négligence). À la fin de la séance, la psychomotricienne du service et moi-même étions bouleversées, nous avons eu la possibilité immédiate d'aller en parler avec l'équipe soignante. C'est ainsi soutenues par les divers soignants que nous avons pu prendre du recul sur la situation et par la suite poursuivre la prise en charge de manière ajustée.

Dans le cadre de ce mémoire, je m'intéresse particulièrement à la démarche de soin psychomoteur, qui tendrait à s'orienter vers une mise en lien entre motricité, sensibilité, sensorialité et émotions chez les patientes anorexiques. Ainsi contenues, à la fois par l'institution et par le psychomotricien, je me questionne sur le choix de médiations que nous pouvons leur proposer : quelle médiation peut amener à une meilleure prise de conscience et un meilleur ressenti de l'enveloppe corporelle ?

Comment amener les patientes à réinvestir un corps sensible ? Quel objet médiateur peut les amener à exprimer et éprouver dans leur corps ? Mon choix se porte finalement vers une **médiation d'expressivité corporelle**, et plus précisément, au vu de mon expérience personnelle, vers la médiation clown.

III. LA MÉDIATION CLOWN

« Dans la médiation thérapeutique, devenir clown *est une invitation à se découvrir* (et donc investir sa propre façon d'être clown) *plutôt qu'à se recouvrir* (et donc faire le clown). »

(Bonange & Sylvander, 2012, p.60).

Naya et moi-même sommes sur « scène », un nez rouge posé sur notre nez, nous avons chacune un objet dans nos mains (foulard rose, figurine de grenouille). Nous improvisons un jeu expressif dans lequel nous débattons sur le meilleur objet. La psychomotricienne est en périphérie de l'espace de jeu sur un fauteuil (elle incarne le public), elle intervient verbalement pour soutenir, étayer ou relancer le jeu en cours. Lorsqu'elle applaudit, le jeu se termine, nous enlevons nos nez et nous nous asseyons dans les fauteuils pour verbaliser ce que l'on vient de vivre.

La médiation clown a pour objectif de **travailler sur l'expressivité** des patients à travers divers jeux d'**improvisation**, réalisés seul ou à plusieurs. Aucune performance n'est attendue. La médiation clown est un outil appréciable en psychomotricité car il permet au patient en relation de **s'éprouver autrement**. Cet espace d'expressivité est précieux afin de relancer l'élan créatif, un dialogue et une écoute avec son corps. C'est une thérapie centrée sur l'acceptation de nos émotions et l'engagement.

B. LESAGE dira que l'effet thérapeutique des techniques d'expressivité (dont fait partie la médiation clown) repose essentiellement sur l'attention que l'on porte sur notre tonus, notre posture, notre coordination, nos appuis et le lien qu'on peut faire avec nos affects dans l'ici et maintenant. Il ne s'agit plus d'avoir un corps mais d'être un corps. Cette prise de conscience est un moyen de se réapproprier son corps, et donc de le réinvestir. Cela a bien sûr une influence sur l'image de soi et l'estime que nous pouvons nous porter (Lesage, 2015, p.29).

En ce qui concerne les patientes anorexiques mentales, l'objectif est de les aider à exprimer plus facilement ce qu'elles éprouvent. Par l'ajustement esthétique (accordage de l'éprouvé interne à l'expression), on peut espérer le développement d'une meilleure estime d'elles-mêmes et une sensibilisation à l'accordage tonico-émotionnel. La médiation clown vise premièrement à l'identification par la patiente de ce qui l'affecte, autant au niveau des sensations que des émotions, voire potentiellement des sentiments. Cette identification des affects se fait dans et par le jeu groupal, chaque participant constituant pour l'autre un miroir révélateur de soi.

J. B. BONANGE dira que « l'être clown » se prépare, il nécessite à la fois un recentrage psychique sur soi et une ouverture à l'autre. Ainsi, dans l'idéal, le temps d'improvisation est précédé de « **jeux préparatoires** » ou « **jeux d'accordage** » (jeux d'imitation, d'empathie, d'écoute, de prise de relai). Ces différents jeux se centrent sur la sensibilité, l'écoute, la réceptivité, le laisser advenir, l'émotion et l'imaginaire, mettant ainsi le clown en devenir dans un état d'hypersensibilité à son environnement et à ce qu'il se passe en lui (Bonange & Sylvander, 2012, p.111).

Les patientes souffrant d'anorexie mentale sont bien souvent noyées dans des perceptions brumeuses et indifférenciées de leur corps. C'est donc par un premier et primordial travail de conscience corporelle qu'on peut les amener progressivement à décoder leurs états corporels, pour par la suite accéder à un travail d'expressivité. M. RAVEL SARROLA dira qu'un travail sur l'expressivité devient réellement fructueux quand la patiente éprouve un sentiment de **sécurité de base** à se sentir bouger et être dans son corps. Les patientes acquièrent ce sentiment de sécurité par un travail préalable autour des éprouvés corporels. Ce travail d'impressions corporelles prépare au travail d'expression et permet d'accéder à un investissement et ancrage corporels de meilleure qualité, ainsi qu'à une meilleure prise d'assurance. Ce sentiment sert alors d'appui interne prenant part à l'assise narcissique (Sarrola, 2009, p.220).

L'être clown est donc un état d'éveil permanent qui permet à l'individu de prendre conscience de l'expressivité de son propre corps. Cette médiation engage un travail autour de la proxémie (espace de relation, péricorporel), du regard, de l'allure, de la posture, de l'ouverture, de l'orientation du corps dans la relation, du rythme propre, de la modulation tonique. Un tel travail d'expression, qui engage pleinement l'identité de chacun, rend primordiale la question du cadre suffisamment contenant, sécuritaire et souple.

1. Le dispositif clown : un cadre dans le cadre

La médiation clown se réalise dans un cadre spécifique. Le dispositif clown mis en place par J. B. BONANGE et B. SYLVANDER est pensé avec le matériel suivant : nez rouge, rideau, corde, clochette, et des accessoires (Bonange & Sylvander, 2012, p.112-113).

a. Corde, coulisse et clochette : temps et espace délimités

La corde, déposée au sol sur toute la longueur, vient délimiter l'espace scénique de celui du public. La clochette est utilisée par le thérapeute pour annoncer le début et la fin de l'improvisation. Cette délimitation temporelle et spatiale, perceptible à la fois par le public et par le clown, vient inscrire symboliquement la **distinction entre le monde réel et la fiction**.

Dans le dispositif de J. B. BONANGE et B. SYLVANDER, une partie de la scène est dissimulée par un rideau, cela délimite les coulisses : protégé du regard du public, l'individu va pouvoir y réaliser sa transformation en clown (accessoires, nez rouge) avant l'improvisation. Ce temps en coulisses marque un temps suspendu, où le clown en devenir fait le « vide » en lui et se rend attentif à ce qu'il se passe ici et maintenant. Par la suite, en fin d'improvisation, c'est aussi en coulisses que le clown est amené à ôter son nez rouge et à se retrouver lui-même.

b. Le nez rouge :

Le nez rouge pose à lui seul le cadre du clown. Il indique le jeu et assure un **regard distancié sur soi** : ce n'est pas moi, c'est le clown qui s'exprime et que l'on regarde. Ce **décalage**, associé au dispositif clown, protège l'individu qui peut alors s'autoriser à se montrer différemment de ce qu'il est habituellement. Ce décentrage permet à une expressivité plus libre d'émerger, réduisant l'autocensure. Derrière le nez de clown, tout devient possible, l'imaginaire peut se déployer, c'est le dispositif clown et le psychomotricien qui viennent contenir et protéger ce qu'il se passe sur scène.

« Sur scène : le nez rouge est un masque qui démasque »

(Bonange & Sylvander, 2012, p.75).

Ce décalage permet au clown d'être **vecteur d'authenticité**. En effet, j'ai pu moi-même constater cela au cours de mes propres expériences en tant que clown, lorsque protégée derrière le nez de clown, je me suis surprise à dévoiler certains aspects de ma personnalité sous le regard d'autrui. On pourrait croire qu'en découvrant de nouvelles facettes de son clown, on s'éloignerait de nous-même, mais en réalité on s'en rapproche dans une intégration progressive. En effet, le clown, à la fois fait de nous et différent de nous, nous permet de découvrir et de dévoiler des parties cachées de nous-même.

2. Le clown :

a. Être clown...

Dans la médiation clown thérapeutique, on demande au clown d'être singulier dans sa manière d'être ; le clown vit dans **l'ici et le maintenant** et doit, dans l'idéal, se rendre entièrement **disponible** à son environnement et à ses éprouvés corporels : il prend le temps de savourer les émotions qui le traversent. Il est **naïf** dans sa vision du monde, sans passé ni projet pour le futur, il vit l'instant présent et s'émerveille de toutes choses.

Le clown est amené à révéler ses **fragilités** et n'a pas honte de montrer les émotions le submerger, bien au contraire il joue avec. D'une certaine façon, le clown peut instaurer le droit d'être soi-même en dévoilant à autrui des facettes de nous-même qu'on ne montre pas habituellement, c'est en cela qu'il demande un **lâcher-prise**. Le jeu de clown existe grâce aux émotions vécues et montrées, de ce fait le clown est **authentique** (il ne ment pas sur ce qu'il ressent). Cette exploration de leur expressivité peut permettre aux patients de se découvrir et de finalement diversifier leurs registres d'expression.

b. ... seul, à deux ou à plusieurs...

L'improvisation peut se faire seule, à deux ou à plusieurs. Quand la scène est jouée à plusieurs, les clowns doivent se rendre disponibles à l'autre. À la fois dans une écoute de leur propre corps sensible, ils doivent aussi être à l'écoute de leur partenaire : les clowns doivent entrer dans un **dialogue tonico-émotionnel**.

c. ... sous le regard du psychomotricien...

Le psychomotricien peut avoir une place de spectateur particulier, dans la mesure où il peut intervenir verbalement dans le jeu pour soutenir ou contenir l'improvisation en cours. À l'image de la mère avec son nourrisson, le psychomotricien porte psychiquement le clown, par sa présence, son regard, la mise en mots de ce qu'il perçoit du jeu du clown. Ce faisant, il vient soutenir et contenir ce que le clown vit.

Quand il n'est pas spectateur, le psychomotricien peut être lui-même engagé corporellement dans le jeu avec les autres clowns. Le patient et le thérapeute partagent leurs « agirs » et leurs ressentis verbalement, mais aussi corporellement. Le psychomotricien met ses propres éprouvés au service du travail du patient.

Dans ce travail corporel partagé, le psychomotricien peut accompagner au plus près le patient dans une mise en lien psychocorporelle de son vécu. Les interventions verbales mais aussi corporelles du psychomotricien pendant l'improvisation vont permettre aux adolescentes « de s'auto-attribuer les émotions et les mouvements pulsionnels qui les parcourent » (Dupouey, 2017, p.26).

d. ... et celui du public

Le public est essentiel au jeu du clown. Le clown ne peut pas exister sans la présence du spectateur, qui l'observe et **réagit** à ce qu'il montre à voir. Le regard du spectateur rattache en permanence le clown à la réalité, il lui permet de s'aventurer plus loin dans son émotion et son imaginaire sans pour autant se perdre. Comme un miroir, il renvoie au clown son propre reflet, le faisant prendre conscience de ce qu'il exprime. Ce renvoi peut être relativisé grâce à la distance qu'offre le jeu. Le clown devient son propre spectateur au travers de la **fonction réfléchissante** du public : « *le fait que je sois sur scène pour créer un langage qui s'adresse à l'autre, m'impose de devenir conscient de mon jeu* » (Bonange & Sylvander, 2012, p.13).

Dans l'idéal, cette prise de conscience amènerait l'individu à mieux se connaître, mais aussi à mieux s'adapter aux autres dans la relation. En effet, cette connaissance de soi passe par une prise de conscience de ses propres moyens de communication, de ses facultés à se faire comprendre des autres. Cette assimilation et cette prise de conscience sont accompagnées par le psychomotricien lors du temps de reprise.

3. Temps de reprise :

Lorsque le nez est ôté, que les spectateurs applaudissent, chaque « acteur » quitte l'imaginaire pour retrouver la réalité : l'acteur **retrouve son rôle social, son identité, ses propres limites corporelles**. « *On a joué à se déformer pour mieux retrouver les formes de son corps. On a joué à mieux agrandir nos limites corporelles pour mieux les retrouver ensuite.* » (MF & ZEROLO MF, 1998, p.46).

Pour faciliter ce retour à la réalité et la prise de conscience de ce qu'il s'est passé durant le jeu, un temps de reprise est proposé. Ce temps donne à l'individu qui se retrouve la possibilité de mettre en mots ce qu'il a vécu. Le psychomotricien accompagne la mise en mots des sensations, des perceptions et des émotions du patient. D'une certaine façon, il aide le patient à différencier ce qui est interne de ce qui lui est externe, et ce faisant, il participe à la prise de conscience de l'enveloppe corporelle comme limite du dedans dehors.

Lors des temps de reprise, il faut être vigilant à l'**intellectualisation massive** des patientes souffrant d'anorexie mentale. En effet, ces patientes fonctionnent bien souvent dans le **clivage**. C'est par l'échange progressif et régulier de paroles autour des éprouvés vécus en séance que le psychomotricien peut amener progressivement ces patientes à dépasser ce bouclier défensif pour acquérir un discours sur leur vécu corporel plus authentique (Gaucher-Hamoudi et al., 2011, p.77).

Ainsi, le psychomotricien peut faire le choix d'utiliser la médiation clown pour amener les patientes souffrant d'anorexie mentale à s'éprouver autrement. On peut souhaiter qu'enveloppées par le groupe, contenues par le psychomotricien, son cadre thérapeutique et l'institution, les jeunes patientes puissent, par la prise de conscience progressive de leurs éprouvés corporels, réinvestir leur propre enveloppe corporelle.

IV. CAS CLINIQUES :

1. Cadre d'intervention

En juillet 2020, j'ai réalisé un stage dans un service hospitalier de court séjour en psychiatrie dans une Unité Jeunes Adultes (UJA). Cette unité médico-psychologique accueille exclusivement des patients âgés de 16 à 25 ans souffrant de troubles de l'humeur, de troubles psychotiques, de troubles anxieux ou de Troubles des Conduites Alimentaires. L'hospitalisation est de court séjour dans la mesure où elle est proposée seulement au cours de la phase aiguë des troubles psychiatriques nouvellement diagnostiqués ou issus d'une évolution. Cette hospitalisation a pour principal objectif la réadaptation des patients par la stabilisation de leur état général.

Chaque patient hospitalisé dispose d'un projet thérapeutique personnalisé et pluridisciplinaire, pensé et mis à jour lors des réunions d'équipe hebdomadaires. Des prises en charge spécifiques et transdisciplinaires, groupales et/ou individuelles, sont proposées au patient qui est libre d'y adhérer ou non. L'équipe pluridisciplinaire se compose de psychiatres, de psychologues, de diététiciennes, d'assistantes sociales, d'infirmiers, d'aides-soignants et d'une psychomotricienne.

À la sortie de l'hospitalisation, la prise en charge des différents professionnels du service peut être poursuivie en ambulatoire si le patient le souhaite et que le médecin donne son accord. C'est sous l'avis du médecin psychiatre que la psychomotricienne du service est amenée à rencontrer les patients. Aucun bilan psychomoteur n'est réalisé, le choix appartient à la psychomotricienne du service qui, au vu de la courte période d'hospitalisation et de la fragilité des patients, préfère faire émerger la demande du patient. Elle se situe davantage dans la rencontre et l'écoute de ce dont les patients auraient besoin dans l'ici et maintenant. C'est lors d'un entretien de présentation de la psychomotricité que les objectifs de prise en charge sont pensés et exprimés avec le patient, et cela tout en tenant compte des préconisations du médecin.

En faisant ainsi, la psychomotricienne positionne le jeune adulte comme acteur de sa prise en charge, ce qui améliore son adhésion au soin. Au cours des séances de psychomotricité, ma position en tant que stagiaire est variable : j'alterne entre une position d'observatrice lors des temps d'entretien, et une participation active dans le deuxième temps de séance lors des expériences psychocorporelles.

2. Naya

Naya, jeune adulte de 18 ans, souffre d'anorexie mentale évoluant depuis 2016. Je la rencontre dans le cadre d'une prise en charge psychomotrice en ambulatoire. Pendant 5 semaines, tous les jeudis à 14h avec la psychomotricienne du service, j'ai rencontré Naya en séance individuelle.

a. Anamnèse

Naya est fille unique et vit seule chez sa mère, avec qui elle dit entretenir une relation fusionnelle. Son père est décédé brutalement en janvier 2018.

En 2019, après l'obtention de son bac, elle a souhaité entreprendre des études de médecine sur Paris. Elle retournera rapidement au domicile familial quand elle sera déclarée inapte à poursuivre ses études par la Médecine Universitaire au vu de sa pathologie. En juin 2020, elle est acceptée dans un Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) dans sa ville natale.

Naya est célibataire. Elle montre un tempérament solitaire mais parvient à maintenir un semblant de vie sociale avec quelques amis proches, bien qu'elle ait tendance à beaucoup se comparer et à rapidement se dévaloriser à leurs côtés.

C'est au cours de sa puberté, à l'âge de 14 ans, que Naya déclenche les premiers symptômes d'anorexie mentale. Je n'ai que très peu d'informations sur le contexte scolaire et familial dans lequel Naya se trouvait à cette période. Cependant, Naya, comme toute jeune adolescente, a dû faire face à des changements hormonaux, physiques et psychiques. En effet, à l'adolescence, en plus des transformations physiques, le sujet entre dans une crise identificatoire et narcissique majeure où le travail psychique d'élaboration de l'Œdipe et la problématique de séparation sont réactualisés et résolus. C'est une période pendant laquelle l'adolescent quitte l'enfance pour investir progressivement un corps adulte sexué.

Si l'on se réfère à une approche explicative psychodynamique, le comportement anorexique par l'amaigrissement qu'elle induit « *constitue une ligne de défense stratégique et radicale pour faire face aux changements corporels impulsés par la puberté, mais aussi à tout le travail psychique induit par ces mêmes transformations.* » (Boutinaud & Chabert, 2013). Autrement dit, la pathologie de Naya pourrait potentiellement venir traduire sa peur inconsciente de devenir adulte.

b. Antécédents médicaux et histoire de la pathologie :

Naya souffre d'anorexie mentale **restrictive** évoluant depuis 2016, le diagnostic sera posé en janvier 2017 dans un centre expert des Troubles du Comportement Alimentaire. Dans son histoire familiale, l'anorexie mentale n'est pas inconnue. En effet, la mère de Naya a présenté des épisodes d'anorexie alors qu'elle avait 15 ans, aujourd'hui résolus. Naya a aussi une cousine paternelle qui a été hospitalisée à deux reprises pour anorexie mentale restrictive.

Naya sera hospitalisée pour la première fois à l'UJA en juin 2017, alors âgée de 15 ans. Elle pesait 37 kg pour 1 m 64. Naya présentait alors un Indice de Masse Corporelle (IMC) de 13,8 kg/m², son IMC le plus bas atteint à ce jour : son pronostic vital était engagé. Cette première hospitalisation à l'UJA sera suivie de 5 autres entre 2017 et 2020. Entre les différentes hospitalisations, Naya poursuit des suivis ambulatoires hebdomadaires avec la psychologue et la psychomotricienne du service. Sa dernière hospitalisation remonte à juin 2019 (IMC = 15,9 kg/m²) lors du passage de ses épreuves du baccalauréat, le contexte anxiogène avait alors réactivé ses difficultés alimentaires.

À chaque hospitalisation, Naya présente une dénutrition sévère avec une quasi-aphagie qui nécessite une nutrition entérale (sonde naso-gastrique), c'est uniquement grâce à cette solution nutritive que Naya est en mesure de prendre du poids. De manière générale et paradoxale, bien qu'elle se montre conciliante aux soins, Naya adopte des comportements récurrents d'évitement à la prise de poids : elle vide sa poche nutritive et cache sa nourriture.

Sur les 3 dernières années, Naya a montré une évolution hétérogène. En effet, sur le plan nutritif, elle est encore aux prises à de fortes angoisses pondérales et son évolution est lente voire stagnante. En revanche, du point de vue de la connaissance de sa maladie, de l'identification des distorsions cognitives (pensées critiques et idées dévalorisantes), de ses besoins (sans pour autant avoir encore la capacité d'y répondre) ainsi que sur l'affirmation de soi, Naya présente une nette progression.

c. Projet thérapeutique :

L'indication initiale en psychomotricité émise par le médecin était de travailler sur **la dysmorphophobie** de Naya, qui est un symptôme renforçateur des comportements restrictifs.

En ce qui concerne la demande propre de Naya en psychomotricité, elle évolue au cours des 3 ans de prise en charge. En effet, elle aura eu tout d'abord le souhait **d'améliorer son estime d'elle-même** ainsi que d'acquérir une **image corporelle satisfaisante** en prenant plus soin d'elle (maquillage, coiffure...). Ensuite, en mars 2020, elle exprimera le besoin de travailler autour de sa **rigidité** et de son **hyperactivité**, entre autres en ce qui concerne l'organisation de ses journées. En effet, pendant le premier confinement, toujours en quête de minceur, Naya s'est mise à pratiquer le sport de manière intense et ses journées sont devenues très ritualisées : son emploi du temps était organisé à la minute près. Son désir de contrôle, qui jusqu'à présent se limitait uniquement à son corps, avait pris de nouvelles proportions en se déployant également au temps et à l'espace qui l'entourait.

Enfin, en juillet 2020, le jour de notre rencontre et dans le cadre d'une mise à jour des axes de travail en psychomotricité, Naya verbalisera son envie et sa difficulté à « **lâcher prise** ». Ainsi, le projet thérapeutique de Naya s'orientera ce jour-là vers un « lâcher-prise corporel » dans l'expressivité.

d. Rencontre, impressions et observations psychomotrices

Naya arrive systématiquement à l'heure aux rendez-vous. Bien qu'elle soit âgée de 18 ans, elle fait beaucoup plus jeune. C'est une impression qui m'est sûrement induite par sa petite taille, l'absence totale de formes féminines et son important amaigrissement. Elle a les yeux bleus et les cheveux bruns lisses qui lui tombent jusqu'à la taille. Elle semble donner une grande importance à son apparence (ongles manucurés, port de bijoux, vêtements adaptés, maquillage discret). Elle arrive vêtue légèrement (short et débardeur), ce qui me laisse à penser dans un premier temps qu'elle a une volonté de montrer son corps, cependant je note par la suite la présence de cette longue chevelure qui vient recouvrir et envelopper ce corps « découvert ». Comme une barrière aux regards, ses cheveux viennent la protéger physiquement du regard de l'autre.

Ma première rencontre avec Naya a suscité chez moi un sentiment de vide, sans que je sois capable sur l'instant de décrire pourquoi. C'est plus tard que j'ai relié cette impression à l'absence de dialogue tonico-émotionnel. En effet, Naya semble figée dans une manière d'être au monde impersonnelle et défensive. Dans sa démarche et sa posture, Naya montre un **tonus élevé** et des **raideurs** importantes de l'axe corporel. Elle se présente au monde dans une posture repliée dans l'axe vertical, au travers de laquelle **aucune expressivité corporelle ni mimogestualité** ne semble pouvoir émerger. La seule expressivité que Naya s'autorise à nous montrer est sa grande anxiété, par des mouvements nerveux réguliers de sa jambe gauche, ou encore des comportements d'auto-agrippement au niveau de ses bras et de ses mains.

Le lien entre tonus et émotions n'étant plus à faire, l'hypertonie de Naya vient restreindre sa modulation tonique et donc son expressivité. Enveloppée dans cette carapace tonique, comparable au concept de « seconde peau musculaire » d'E. BICK, Naya semble s'**auto-contenir**, empêchant les éléments internes psychiques de s'exprimer, mais on peut aussi imaginer à ses éprouvés corporels d'être ressentis. En ce sens, on peut faire l'hypothèse que l'hypertonie dans laquelle Naya semble s'envelopper a une fonction par-excitatrice.

Cette restriction gestuelle et expressive chez Naya est aussi perceptible sur le plan langagier. En effet, son expression verbale est empreinte d'une lenteur car Naya laisse peu de place à sa spontanéité et intellectualise beaucoup. Elle ne sera jamais à l'initiative dans l'échange verbal et se donnera un temps de latence élevé avant de donner chacune de ses réponses. Toute parole, tout geste, semble être réfléchi, pensé en amont, avant d'être réalisé.

De par mes observations au cours des différentes séances, Naya semble présenter un **schéma corporel structuré**, latéralisé, coordonné et équilibré, sûrement renforcé et entretenu par l'entraînement sportif qu'elle s'impose tous les jours. Elle connaît les noms des différentes parties de son corps, même si certaines parties sont complètement bannies de son langage (fesse, ventre, cuisse).

Par ailleurs, Naya présente une altération de son image corporelle dans la mesure où elle fantasme sur un corps idéalisé très éloigné de son corps réel. Plus cet écart est grand, plus l'insatisfaction corporelle et la détresse émotionnelle sont importantes. Chez Naya, on retrouve une forte **insatisfaction corporelle** induite par des affects et des croyances négatives vis-à-vis de son apparence. Au cours d'une séance, elle dira : « *le gras est partout, c'est dans mes jambes, mes joues, mon ventre, mes bras... Quand j'y pense je me sens triste, dégoûtée et j'ai peur* ».

L'investissement de son corps reposant essentiellement sur un investissement narcissique, Naya présente **une faible estime d'elle-même**. Son image du corps semble perpétuellement attaquée au travers de sa **dysmorphophobie**, ainsi que par diverses **angoisses corporelles archaïques** de type débordement et explosion : « *quand je bois mon complément alimentaire j'ai l'impression que je vais exploser* », ou encore : « *Je vais déborder de partout, ça va se voir d'un coup et tout le monde va le voir, mon ventre va être tellement gonflé qu'il sera proche d'éclater* ».

La préoccupation exagérée de Naya à propos de sa prise de poids est étroitement liée à sa peur d' « *avoir du gras de partout et de devenir énorme et molle* ». La prégnance de ces angoisses du mou chez Naya vient me questionner vis-à-vis de son sentiment de sécurité interne : la peur de devenir molle viendrait-elle traduire l'absence d'objet interne de support suffisamment intégré et fiable ? J. BOUTINAUD et C. CHABERT diront que, dans l'anorexie mentale, « *la dureté protectrice recherchée trouverait un appui sur l'étayage osseux* » (Boutinaud & Chabert, 2013, p.70). Ainsi, peut-on associer l'importance que Naya donne à la visibilité de son ossature au potentiel besoin de réassurance de sa propre solidité interne ?

e. Le cadre thérapeutique :

Le cadre thérapeutique instauré avec Naya est sécurisé et rassurant dans la mesure où il est immuable en termes d'espace et de temps. En effet, on se retrouve toujours à la même heure (14h) dans le même lieu (la salle de psychomotricité).

Les séances s'organisent toujours de la même façon : elles débutent systématiquement par un temps de parole suivi d'une expérience psychomotrice. De nouveaux rituels se sont mis en place au vu de la situation sanitaire du moment : gel hydro-alcoolique, dépôt des affaires à un endroit précis.

Ainsi, à l'entrée du patient dans la salle, je me suis vue investir spontanément le rôle de la distribution du gel hydro-alcoolique à chaque personne présente dans la pièce. Cela fut un moyen pour moi d'être active dans les premiers temps de rencontre.

f. Exploration des éprouvés corporels :

À notre première rencontre, Naya verbalisera spontanément que ma présence ne la dérange pas. Néanmoins, lors de cette première séance, elle ne me regardera et ne me parlera pas, comme si je n'existais pas, elle restera dans une relation exclusivement duelle avec la psychomotricienne. Cependant, ma présence ne l'empêchera pas d'aborder des vécus corporels très intimes ni même d'expérimenter corporellement. Au fil de nos rencontres, Naya m'inclura progressivement pleinement dans les séances et prendra régulièrement appui sur moi dans les jeux d'expression. Une nouvelle dynamique s'installera alors progressivement entre nous trois.

Lors de notre première rencontre, Naya évoquera son désir de lâcher prise, elle verbalisera être tiraillée par ce mot qui veut à la fois dire pour elle : « *respirer, penser à moi en bien, me détendre, accepter l'imprévu* » mais aussi : « *manger énormément, ne rien faire, ne plus m'occuper de mon apparence ni de mon corps qui deviendra alors lâche et mou, comme un mollusque* ».

En lien avec l'expression de ses angoisses, nous avons proposé à Naya d'explorer ses sensations sur un mode ludique et expressif avec **support musical**. Le but est qu'elle puisse ressentir dans son corps quelle est la différence entre avoir un corps détendu, un corps lâche, un corps mou, un corps mince, un corps gros et un corps énorme, des termes qu'elle utilise sans forcément les distinguer. Par cette expérience corporelle partagée, Naya a pu amener son corps à investir l'espace de différentes manières, à réguler son tonus, mais aussi à être à l'écoute de ses éprouvés corporels. C'est un travail qui lui est accessible grâce à ses trois années de prise en charge en psychomotricité et à la qualité d'alliance thérapeutique instaurée avec la psychomotricienne. C'est en mouvement, portées par la musique, que toutes les trois nous avons fait l'expérience de notre corps dans ces différentes modalités.

Au commencement de ces expériences, dans les déplacements, Naya se positionne de sorte à ce que je ne la voie pas (dans mon dos). Elle reste en périphérie de la salle et garde son masque, bien que l'offre de l'enlever lui soit faite. Je respecte ce besoin qu'elle semble avoir de se dissimuler à ma vue, je décide donc de me mettre moi-même au centre de la pièce afin de lui laisser la liberté de se montrer à moi quand elle le souhaite. Je me permets « d'ignorer » visuellement Naya car je suis consciente que la psychomotricienne du service est présente pour soutenir son expérience par son propre regard et son implication corporelle.

Ce sera lorsque nous aurons chacune un gros ballon dans les bras « pour être le plus énorme possible » que Naya se mettra timidement dans mon champ de vision. La présence d'objets entre elle et moi fait barrière à la vision que je pourrais avoir de son corps, la situation semble suffisamment rassurante pour qu'elle accepte enfin de croiser mon regard.

Ma simple présence, par le changement du cadre thérapeutique habituel, est venue modifier les repères de Naya et potentiellement induire un sentiment d'insécurité. Dans ce temps d'expressivité, se sentait-elle vulnérable sous mon regard ? Était-il trop intrusif ? Quoiqu'il en soit, la confrontation frontale à ce moment lui fut difficile. Naya a pu se sentir exposée, ce qui a induit ce besoin de s'éloigner de l'élément perturbateur, de s'approcher de quelque chose de solide et immuable (les murs) et de prendre appui sur la personne en qui elle avait confiance (imitation de la psychomotricienne, cherche son regard). La posture d'enroulement autour d'un objet rond et contenant semble avoir aidé à ce que mon regard soit plus supportable.

Ainsi, grâce à la dissimulation de nos corps respectifs derrière le ballon, on parvient à se croiser et à s'observer mutuellement. Après ces brefs échanges de regards, un jeu s'instaure. En effet, au cours de l'expérimentation, un cri d'effort m'échappe face à la difficulté que j'ai à soulever mon pied devenu « si lourd ». En face de moi, Naya, surprise, laisse échapper un rire et refait par mimétisme ce même cri. Nous finissons par crier toutes les trois à l'unisson pour soulever notre corps devenu si lourd.

Au terme de cette première séance, Naya exprimera son plaisir à expérimenter, elle sourit, et son agitation anxieuse initiale a quasiment disparu. Elle exprime que les sensations et mouvements sont différents de ses représentations initiales et semble avoir compris la distinction entre détendu (relâché) et mou (effondrement au sol). Elle terminera la séance allongée en étoile sur le sol, à cet instant Naya semble s'autoriser à remplir l'espace de son corps. Elle dit se « *sentir bien et détendue* ».

La séance suivante, Naya accepte spontanément d'enlever son masque. En le faisant, elle me regarde, semblant chercher une réaction de ma part. C'est la première fois que je vois son visage en entier. Naya semble petit à petit baisser ses défenses et se dévoile progressivement à moi. Cette marque de confiance se confirme lors du temps d'entretien : en effet, à la différence des premières séances, Naya semble accepter ma présence et percevoir ma disponibilité car elle m'adressera sa parole et son regard autant qu'à la psychomotricienne du service.

g. L'expérience clown :

En amont de sa venue, avec la psychomotricienne, nous avons réfléchi à l'utilisation de la **médiation clown** avec Naya comme support d'expérimentation émotionnelle et de relation, une médiation qu'elle connaît bien pour l'avoir pratiquée dans un groupe thérapeutique pendant l'année 2019. L'affirmation de soi, la confiance en soi et la subjectivité de Naya y seront bien sûr sollicitées. Toutefois, l'un de nos principaux objectifs pour cette médiation est de permettre à Naya de réinvestir et de faire l'expérience de son **corps sensible** qui éprouve, différent du corps objet (esthétique et de performance) qu'elle sollicite en permanence. En se reconnectant à ses éprouvés corporels lors d'expériences agréables et en les associant à des représentations positives, on peut potentiellement amener Naya à **améliorer globalement son image du corps**, que l'on sait très altérée. Par le biais de ce schéma corporel et cette image du corps empruntée à notre imaginaire, il est possible d'actualiser voire d'avoir une prise de conscience de notre propre image du corps (MF & ZEROLO MF, 1998, p.46).

Loin de son apparence, la propre image du corps de Naya est distanciée, mais ce clown qu'elle a elle-même créé détient tout de même tout son être : son clown reflète son imaginaire, il exprime de manière détournée ses peurs et ses fantasmes probablement mieux que Naya ne pourrait le faire avec son apparence habituelle.

Notre proposition s'appuie principalement sur la simple **utilisation du nez rouge**. Notre pratique s'éloigne de la vision de B. SYLVANDER et J. B. BONANGE, mais nous nous appuyons sur la distance qu'induit l'utilisation du nez rouge pour amener Naya à exprimer quelque chose d'elle-même sans se sentir personnellement exposée. Le jeu peut se faire avec ou sans public, seul ou à plusieurs, on s'adapte aux besoins et aux envies de Naya.

Lors de son jeu, Naya incarnera un clown plutôt introverti avec un côté très malicieux, un clown qui me rappelle mon propre clown. Parfois, dans son jeu, Naya prendra appui par imitation sur ma propre improvisation, mais finira toujours par s'approprier la scène et en faire quelque chose de totalement différent. Bien que nos deux clowns se ressemblent, ils sont aussi très distincts, notre propre subjectivité transparaissant et se dévoilant à travers lui.

1. Renouer avec son corps émotionnel :

Pour rassurer et soutenir l'expression de Naya, nous avons fait le choix de débiter cette médiation avec des exercices simples très prévisibles, durant lesquels elle a la possibilité de garder un certain contrôle : offrir et recevoir un cadeau avec une émotion que **nous avions choisie** en amont. Lors de ces premiers jeux, il n'y a pas de scène ni de public, bien que nous ayons le nez rouge, nous sommes toutes un peu actrices et spectatrices de ce qu'il se passe. La musique est de nouveau utilisée pour soutenir l'improvisation et l'incarnation de l'état émotionnel demandé. Naya se montre volontaire et prend sans hésiter des émotions ou attitudes avec lesquelles elle se sent à l'aise (timidité, curiosité, amusement), mais montre quelques résistances face aux émotions et attitudes plus démonstratives qu'elle connaît peu (impatience, excitation, fierté, admiration). Elle verbalisera que la musique fut très aidante et source d'inspiration pour elle. Dans les premières scènes de la séance, Naya présente un « surjeu » qui finit progressivement par laisser place à plus d'authenticité, comme si Naya avait besoin d'un certain temps afin de se reconnecter à son corps sensible et/ou pour abaisser ses défenses.

La séance se poursuit avec un autre jeu, « j'ai perdu mon nez », où elle incarne spontanément un clown en colère. C'est à partir de ce jeu que nous instaurons la distinction entre public et clown : il y a toujours un public pour un clown sur scène, celui-ci est installé dans des fauteuils en périphérie de l'espace de jeu. L'improvisation commence au moment où le nez rouge (en papier) est porté et que la musique est lancée, le langage oral est autorisé. L'improvisation se termine quand le public applaudit, la musique est coupée, le nez rouge est alors enlevé. Bien entendu, aucune performance n'est attendue. C. POTELE dira : « *Dans la thérapie à médiation corporelle, l'enjeu se décale de la compétence* » (Potel, 2019, p.400).

Tout au long de l'improvisation, la psychomotricienne et/ou moi-même sommes en mesure d'intervenir pour soutenir, étayer, relancer ou contenir l'improvisation en cours. À la fin de chaque passage, un temps de verbalisation est proposé, au cours duquel la transformation de la symbolisation primaire en symbolisation plus secondarisée est réalisée.

Lors de cette séance, Naya me demande systématiquement de passer avant elle afin de préparer son propre passage. Une fois en scène, Naya semble prendre du plaisir, elle fait durer les scènes, prolonge le jeu, investit l'espace, fait preuve de beaucoup d'humour et son engagement corporel est plus visible au fur et à mesure que son anxiété diminue (au début, elle évalue son angoisse à 6/10, puis rapidement à 2/10).

Elle interagit spontanément avec le public en l'interpellant, cherchant ses réactions et son approbation. Le rire qui accompagne son jeu clownesque vient également le soutenir en constituant ce que l'on peut appeler une « enveloppe bienveillante ».

Durant son improvisation en solo, je laisse généralement la psychomotricienne interagir et soutenir le jeu de Naya tandis que je reste dans ce rôle externe d'observateur actif (celui du public), si important dans la création du regard sur soi, « *le fait que je sois sur scène pour créer un langage qui s'adresse à l'autre, m'impose de devenir conscient de mon jeu* » (Bonange & Sylvander, 2012, p.13). À la fin de cette séance, Naya exprime son plaisir et verbalise le soutien que lui apportent l'autre et la musique.

2. Un clown dédramatisant :

Au fil des séances, le cadre de jeu devient de moins en moins prévisible (laisse la place à l'improvisation) et plus personnel. Le but est de venir un peu dédramatiser la réalité de Naya. Nous faisons le choix de rajouter un deuxième clown pour soutenir Naya dans son improvisation. Ainsi, Naya joue des situations telles que :

1. « Mon clown monte sur la balance et voit qu'il a pris 7000 kg » ;
2. « Discussion autour du "se faire plaisir" avec un autre clown » ;
3. « Manger du Sdroumf (plat imaginaire) chez un autre clown » ;
4. « Aller à la piscine avec un autre clown ».

Naya donne son accord pour aborder ces thèmes et décide de l'ordre des scénarios (celui présenté ci-dessus).

Durant les différents jeux, Naya semble se libérer, elle se montre très créative dans son jeu et joue avec les imprévus (nez qui tombe, elle se surprendra à employer des mots qu'elle qualifie d'interdits, tels que « fesse », « ventre », « cuisse » « fromage », « rougail », et à en rire). Son jeu me semble authentique et son clown « incarné » : il ressent, rigole, blague et est. En revanche, j'ai également remarqué que lorsqu'elle se sent en difficulté, il n'est pas rare de la voir se réfugier dans une logorrhée. Dans ces moments-là, le langage corporel tend à disparaître complètement. En restant dans une dynamique corporelle et en s'ajustant constamment d'un point de vue mimo-gestuo-postural, le deuxième clown (joué par moi-même ou la psychomotricienne du service) donnait à Naya un support identificatoire sur lequel elle pouvait prendre appui et retrouver contenance. Naya était très réceptive à ce portage-là.

Naya alterne entre une position de clown et de spectatrice. Elle prend plaisir, et cela se voit (sourire, rire). Elle parvient à verbaliser autour de nos propres prestations : « *Tu m'as surprise, je n'avais pas vu la situation de cette manière* ».

Durant ses prestations, le regard du public était très important : en effet, le public a permis à quelques reprises de rétablir la distance entre la réalité et le jeu. Ici, je pense à Naya qui doit monter sur la balance lors de sa première improvisation et se fige alors complètement, comme sidérée, elle ne parvient pas à décrocher le regard du poids indiqué.

Lors du temps de verbalisation qui suit ce premier jeu, Naya tient un langage très fin et riche sur ce qu'elle a éprouvé, montrant ainsi l'étendue du travail réalisé en amont en psychomotricité sur la perception du corps sensible : « *je me suis sentie triste, j'avais comme une boule dans la gorge, j'ai eu envie de pleurer mais j'étais bloquée et ne pouvais détacher mes yeux du poids* ». Naya n'a pas réussi à jouer et montrer les ressentis qu'elle verbalise, mais elle validera la difficulté qu'elle a eu à entrer dans ce premier jeu « la balance ». C'est à ce moment que je me rends compte que, par souci de temps, nous proposons à Naya de devenir clown immédiatement après l'entretien. Cela ne lui laissait pas le temps d'intégrer le passage entre la réalité et le jeu, pourtant si important lorsque les sujets d'improvisation sont aussi personnels. Naya n'était donc sûrement pas encore complètement clown à son entrée sur scène.

Je me suis alors demandée les bienfaits que pourrait apporter le fait de proposer un temps de transition, par exemple à l'aide de courts jeux d'accordage tonico-émotionnel ou jeux préparatoires, comme présenté par B. SYLVANDER et J. B. BONANGE. Travailler davantage le dispositif clown en démarquant davantage l'espace de jeu de l'espace du public, pour faciliter la transition entre réalité et imaginaire.

Ayant terminé ce stage en août 2020, nous avons réfléchi à l'évolution des séances avec Naya. La question de son intégration au sein d'un groupe s'est vite posée et nous semblait être envisageable et très pertinente. Le groupe peut amener de la contenance à la médiation mais également tous les effets d'amplification, de miroitage, et tous les enjeux relationnels qui lui sont alloués. Si cela devait être mis en place, le groupe se composerait uniquement de patientes prises en charge en ambulatoire et souffrant de la même pathologie. Cela permettrait la création d'un groupe homogène dans les difficultés, hétérogène dans leur subjectivité et régulier dans leurs venues.

Pour Naya, la médiation clown est un outil qui semble lui permettre de se dévoiler à elle-même, et venir dédramatiser sa réalité. C'est un espace où sa créativité et sa subjectivité peuvent s'exprimer. Il y a un décalage notable entre la Naya qui entre dans la salle et celle qui en sort : plus ouverte, moins rigide, plus souriante, plus vive. Naya est une patiente qui réalise un travail en psychomotricité depuis maintenant 3 ans, cela se perçoit et lui a aussi permis d'entrer dans cette médiation de manière plus sereine et authentique. Même si au quotidien elle souffre toujours de sa pathologie, ce temps sous le nez de clown lui permet de se vivre dans son corps différemment.

Je suis bien consciente que nous ne pouvons généraliser les effets thérapeutiques de la médiation clown observés chez Naya à toutes les patientes souffrant d'anorexie mentale. En effet, selon leur avancée dans la maladie, l'alliance thérapeutique, leurs représentations, les effets de cette médiation peuvent être variables. Le cas d'Ana me semble pertinent pour illustrer ce fait.

3. Ana :

Ana, jeune adulte de 20 ans, souffre d'**anorexie mentale** évoluant depuis 2016. Je la rencontre dans le cadre d'une hospitalisation volontaire. C'est sa première hospitalisation, elle est dans le service depuis mai 2020 (soit 2 mois). Sur ce temps d'hospitalisation, elle a su investir positivement les différentes prises en charge et laisse l'équipe soignante très optimiste quant à son évolution. Au total, au cours de mon stage, je la rencontre 15 fois sur des temps individuels et groupaux.

a. Anamnèse :

Ana est la troisième dans une fratrie de quatre enfants (un frère et une sœur plus âgés, et une petite sœur). Jusqu'à présent, elle vivait avec sa mère et sa sœur de 12 ans. Son père est décédé d'une rupture de l'aorte en 2011 alors qu'elle avait 11 ans. Suite au décès de son mari, la mère d'Ana a réalisé 2 tentatives de suicide, qui sont venues amplifier le vécu abandonnique d'Ana. Depuis, Ana entretient une relation qu'elle qualifie de conflictuelle avec sa mère.

En ce qui concerne sa scolarité et ses activités extrascolaires, Ana est étudiante en deuxième année de psychologie, jusqu'à ses 16 ans elle a fait du patinage artistique et de la danse (dont de la danse classique).

Ana souffre d'anorexie mentale **de type hyperphagique** évoluant depuis 2013 et diagnostiquée en janvier 2016. Elle ne prenait alors plus de repas en famille depuis l'aménagement du compagnon de sa mère au domicile familial. À cela s'est ajouté progressivement des restrictions alimentaires et des vomissements provoqués.

Associé à l'anorexie mentale, Ana présente un trouble de la personnalité de type **borderline** à l'origine de plusieurs épisodes dépressifs l'ayant menée à faire une tentative de suicide en 2017 par intoxication médicamenteuse volontaire (IMV) et alcool.

En mars 2020, pendant le confinement, les difficultés à gérer la relation conflictuelle avec sa mère ont eu pour conséquence d'aggraver son trouble alimentaire, avec notamment un arrêt des repas. Elle sera en demande d'hospitalisation à l'UJA pour prendre de la distance avec sa mère, ainsi qu'en demande d'aide pour la reprise alimentaire et pondérale. Elle sera hospitalisée en juin 2020 alors qu'elle faisait 45,1 kg, soit un IMC de 16,77 kg/m².

C'est au cours de cette hospitalisation, dans ce cadre contenant et sécurisant, qu'elle évoquera pour la première fois de sa vie ses **deux agressions sexuelles**. Ces souvenirs survinrent suite à des avances inappropriées d'un autre patient du service : alors qu'elle avait 3 ans, son grand frère, alors âgé de 18 ans, lui aurait demandé de lui faire des fellations à plusieurs reprises, et à 14 ans, son ex-petit copain n'a pas respecté son souhait de ne pas avoir de rapport sexuel.

b. Projet thérapeutique :

Dans le cadre de l'hospitalisation, le médecin a indiqué un suivi en psychomotricité pour **travailler autour de la dysmorphophobie** d'Ana.

En psychomotricité, on accueillera Ana sur des temps groupaux et individuels. En individuel, on axera la prise en charge autour de la dysmorphophobie et une prise de conscience des éprouvés corporels ; on utilise comme médiation la relaxation et la méditation pleine conscience. En groupe, on proposera notre prise en charge sur la créativité, l'affirmation de soi, les émotions et l'estime de soi (la médiation clown, l'atelier art et corps, l'atelier couture, groupe estime de soi, groupe autour des émotions). Les buts de ces temps groupaux et individuels sont d'amener Ana à un réinvestissement corporel ainsi qu'à trouver une autre forme d'expression de soi que la privation.

c. Observations psychomotrices :

Ana a les cheveux châtain et les yeux marrons, elle possède plusieurs grains de beauté sur l'ensemble de son corps. Ana prend énormément soin de ses cheveux, elle les lisse tous les matins et fait en sorte qu'ils soient toujours coiffés et propres. Sa pathologie n'est pas visible physiquement, en effet elle fait très mince mais elle est loin de l'état de maigreur que l'on associe généralement à l'anorexie mentale.

Ana présente une posture rigide, on retrouve une certaine raideur et **hypertonie** de l'axe vertical. Sa **mimogestualité est très pauvre**, elle ne se résume qu'à un sourire crispé parfois accompagné d'un rire nerveux. Tout au long de nos rencontres, je n'arrive pas à me détacher de cette impression de manque d'authenticité qui se dégage d'Ana. Elle montre une image totalement lisse, elle semble presque « trop parfaite », elle s'adapte parfaitement à ce qu'on attend d'elle et dit ce que l'on souhaite entendre.

Cet hyperconformisme et cette suradaptation à l'environnement m'amène à me demander si Ana s'est organisée sur un **faux-self** ? Est-ce que son estime d'elle-même se construit exclusivement par l'appréciation et le regard des autres ?

Du point de vue des **représentations corporelles**, Ana présente un schéma corporel structuré, latéralisé et coordonné, qui s'est sûrement perfectionné grâce à ses activités extrascolaires (danse classique, patinage artistique).

L'image du corps d'Ana est altérée par sa **dysmorphophobie**. Grâce à l'utilisation de bandelettes, nous avons pu évaluer qu'Ana surévaluait le volume de son corps de 4,5 cm de chaque côté lorsqu'elle est de face et de 3 cm lorsqu'elle est de profil. Confrontée au volume de son corps réel, Ana se sent confuse : « *je n'arrive pas à y croire* ». Pour se rassurer, elle rajoute : « *ça reste tout de même énorme* ». Les pensées dévalorisantes qu'elle a à son égard sont souvent en lien avec cette dysmorphophobie encore bien active.

Le **désinvestissement corporel** d'Ana est perceptible sur plusieurs points : son intellectualisation massive, l'évitement des exercices psychocorporels, le refus d'être touchée, l'absence d'expressivité corporelle, l'ignorance de ses éprouvés corporels. Ce déni du corps est retrouvé dans des représentations 2D qu'Ana a pu faire lors de différents ateliers groupaux.

Dans l'atelier art et corps, dont le thème est « les émotions », Ana, en compagnie de trois autres patientes, fait le choix de réaliser une silhouette asexuée, elles collent les émotions soit au niveau du cœur soit au niveau du cerveau. Ana ne rattache à aucun moment les émotions aux ressentis corporels. Lors d'un atelier couture, Ana représente une jeune fille de dos avec une longue natte, mais ne représente pas le corps ni ne dessine les contours, elle fait le choix d'envelopper et par la même occasion de dissimuler l'intégralité du corps d'un châle. Nous devinons que l'individu est de sexe féminin uniquement grâce à la longue tresse représentée, mais l'âge nous est complètement inconnu. Dans cette représentation, seuls les cheveux sont discernables, qui sont aussi la seule partie de son corps qu'Ana semble valoriser chez elle. Cette représentation vient me questionner sur les **limites corporelles** d'Ana, d'autant plus qu'elle a présenté, durant de longues années et jusqu'à son hospitalisation, des comportements de **scarification** dont elle garde encore des cicatrices sur ses bras et ses cuisses.

D'un point de vue relationnel, Ana se « montre » très sociable dans le service. En effet, elle n'hésite pas à aller vers les autres patients afin qu'ils « *se sentent bien et accueillis dans le service* ». À notre première rencontre, à l'image de son comportement dans le service, elle tente immédiatement de me faire sentir à l'aise. Elle me regarde droit dans les yeux, me sourit et me fait la discussion. Cependant, en séance, elle verbalisera la charge mentale que cela lui demande. Bien qu'elle l'exprime avec nous, elle ne parviendra jamais à poser des limites et à respecter sa fatigue mentale et physique. Au cours d'une séance, Ana finira par exprimer que ce qui l'attire dans la maigreur et l'anorexie : c'est le dégoût que cela peut induire chez l'autre et donc « *ça a tendance à éloigner les gens de moi* ».

D'un point de vue comportemental, Ana présente une **hyperactivité motrice** mais aussi **psychique**. Dans le service, elle est constamment dans le hall d'entrée, occupée soit à faire des activités manuelles (dessin, bracelet, collier), à s'occuper de ses cheveux ou bien à parler avec d'autres patients du service. Il est rare qu'elle prenne du temps pour se reposer, bien qu'elle se dise très fatiguée. Elle identifie ses besoins mais les ignore. Elle tend à **remplir** constamment son temps et l'espace qui l'entoure de paroles, de pensées ou d'activités.

À l'image des épisodes hyperphagiques, Ana semble ne pas bien vivre le **sentiment de vide** (vide affectif, silence, estomac vide, ennui). Est-ce que lors des épisodes d'hyperphagie Ana aurait l'impression de reprendre le contrôle sur le « vide en elle » ? Cet investissement particulier de l'espace oral (par la restriction ou le remplissage compulsif) peut-il être mis en lien avec les atteintes sexuelles dont elle a été victime à 3 ans ? Rejoue-t-elle cette scène traumatique avec l'alimentation, et par la répétition tente-t-elle de l'intégrer ? Cherche-t-elle à reprendre le contrôle sur ce qui entre et sort de son corps ? Dans ce remplissage compulsif, cherche-t-elle à s'empêcher de penser et de ressentir ?

Ce qui ressort d'Ana est un mal-être général, ainsi qu'une préoccupation corporelle exagérée sur l'apparence et le regard des autres vis-à-vis de ce corps. Elle donne une grande importance à être appréciée des autres, allant parfois jusqu'à ignorer ses propres besoins.

d. Prise en charge :

1. Temps individuel : évitement du corps ressenti

La prise en charge individuelle d'Ana nous a beaucoup questionnées. En effet, Ana surinvestit généralement le temps d'entretien et est très réticente à l'exploration psychocorporelle que l'on peut lui proposer par la suite. Le thème des séances change d'une semaine sur l'autre, il est compliqué d'établir un axe de travail et de suivre un fil rouge au cours des séances. Ainsi, sur 5 semaines, nous avons abordé plusieurs problématiques sans approfondir aucune d'elles (dysmorphophobie, identification des besoins, prise de conscience corporelle, identification de ses limites (apprendre à dire non)...).

J'ai eu l'étrange impression de ne « faire qu'un travail de surface ». Mais ce que j'entends aussi, c'est que derrière cette résistance, Ana cache peut-être une **indisponibilité à ressentir son corps**. En effet, il faut préciser que ce temps d'hospitalisation a permis à Ana d'évoquer des vécus traumatiques, et ce simple fait l'a épuisée sur le plan psychique, ce qui l'a probablement rendue temporairement indisponible à un travail corporel. L'évitement et le refus de ressentir son corps peuvent-ils être liés au fait qu'à ce moment elle revivait psychiquement les atteintes sexuelles dont elle a été victime plus jeune ?

Les temps de séance individuels ont donc pris rapidement le versant de donner un **temps de répit** à Ana, ouvrir un espace de parole sécurisée où elle peut verbaliser ses difficultés ou son traumatisme, besoin qu'elle a su nous exprimer : « *j'ai l'impression que j'ai encore tellement besoin d'en parler* ». Il n'est pas rare que l'on propose par la suite des séances de relaxation afin de lui permettre d'accéder à un peu de détente (modulation tonique), de repos, vivre un moment agréable dans l'être dans son corps tout en sollicitant une prise de conscience corporelle. À chacun de ces moments, elle s'enveloppe du plaid le plus doux, se met dans une position d'enroulement allongée sur le côté, elle demande à ce que l'on dépose le coussin lesté sur ses épaules douloureuses. À chacun de ces temps, Ana s'endort. Est-ce une réelle fatigue qui s'exprime à travers le lâcher-prise ou plutôt une fuite du ressenti corporel et de la détente ? Son hypertonie est peut-être ce qui lui permet de tenir, modifier cet état d'être est peut-être encore impossible ou trop vécu comme trop déstructurant pour Ana.

Malgré la difficulté qu'Ana éprouve à entrer dans une expérimentation corporelle, elle est volontaire et semble apprécier de venir en séance. À la fermeture du service en août, et donc à sa sortie d'hospitalisation, elle sera en demande de poursuivre le suivi en psychomotricité.

Une alliance thérapeutique de qualité et une relation de confiance semblent s'être instaurées entre la psychomotricienne du service et Ana, malgré son appréhension et sa fuite de l'approfondissement de ses problématiques.

2. Temps groupal : initiation à la médiation clown

Tous les lundis de 14h à 15h, nous proposons aux **patients hospitalisés** un groupe « **atelier autour du corps** », où nous proposons un premier contact avec la médiation clown. La composition du groupe peut être variable, à l'image des temps d'hospitalisation des patients qui diffèrent. Ainsi, au fil des semaines, certains patients sont en mesure de quitter ou d'intégrer le groupe, mais on a tout de même essayé de maintenir une stabilité dans la composition du groupe.

Nous avons fait le choix de ne pas faire apparaître le mot clown dans l'intitulé du groupe, car ce mot peut être associé à des représentations culturelles et stéréotypées, qui pourraient être à l'origine de résistances. Nous avons pensé particulièrement à Ana lors du choix du nom du groupe, car nous la savions déjà réticente à exprimer avec son corps.

La réticence d'Ana fut tout de même perceptible dans les premiers temps du groupe. En effet, les deux premières semaines, elle nous indiquera au dernier moment ne pas pouvoir venir. Elle semble être dans un évitement actif de cet atelier. Comment pouvons-nous interpréter ce double acte manqué ? Je me suis demandée si l'on devait continuer à proposer ce groupe à Ana ou respecter et entendre son souhait de ne pas y participer ? Est-ce que sa résistance relève d'anxiété anticipatoire de ce que ce groupe pourrait être, ou relève-t-elle vraiment d'une indisponibilité de sa part ? Nous avons fait le choix de lui proposer toutes les semaines de venir, lui laissant le choix de venir ou non. C'est à notre troisième proposition qu'elle se présentera finalement pour la première fois au groupe.

Lors de la première venue d'Ana, je vais la chercher dans le service. Cette dernière est extrêmement angoissée, sa posture est totalement refermée sur l'axe vertical et elle s'enveloppe de ses bras. Un sourire est figé sur son visage, s'approchant plus d'un rictus que d'un véritable sourire. La voyant dans cet état, je tente de la rassurer, je commence par lui annoncer les membres du groupe qui seront présents, et je lui explique brièvement ce que nous allons faire ensemble. Nous allons chercher ensemble l'autre membre du groupe, nous serons 4 au total.

À chaque début de séance, on rappelle le cadre, et plus particulièrement que tout ce qu'il se passe dans le groupe reste dans le groupe. Pour les premières séances, nous avons fait le choix de mettre en place de nombreux jeux qui préparent à l'être clown. Ce sont des jeux qui viennent stimuler l'accordage tonico-émotionnel, la disponibilité vis-à-vis de l'environnement, mais aussi l'écoute de ses ressentis corporels. Ensuite, nous avons proposé quelques petits jeux très prévisibles où nous rajoutons **le nez rouge** (offrir et recevoir un cadeau avec une émotion, se déplacer dans la pièce avec une attitude attribuée). Cela permet aux patients de se familiariser progressivement avec le personnage clown et de découvrir la distance qu'il permet d'offrir avec soi-même.

Au cours des différents jeux, Ana parle beaucoup et à de nombreuses reprises se perd dans des fous rires nerveux. Elle recherche systématiquement du soutien dans notre regard et la validation orale qu'elle fait les exercices correctement. Progressivement, Ana parvient à se libérer de sa quête de performances et parvient à ajuster de manière plus adaptée son tonus avec son partenaire. Elle commence à prendre de plus en plus confiance dans les divers jeux et commence même à prendre des initiatives.

Au moment où nous proposons de porter le nez rouge, Ana se fige et refuse immédiatement de le mettre. Nous respectons son choix, cependant elle semble être tiraillée entre suivre le mouvement ou s'affirmer dans son choix. Elle finira par mettre le nez rouge dans sa poche.

Munis de notre nez rouge (sauf Ana), nous nous mettons en mouvement dans la pièce afin d'incarner diverses attitudes. L'expressivité et les déplacements d'Ana sont très minimes, elle observe beaucoup et s'appuie sur l'imitation de ce qu'elle voit chez les autres. Elle est toujours la première à arrêter l'expérience et écourte au maximum ses passages. Lorsqu'on arrive à incarner la « surprise », Ana se fige au milieu de la pièce, dit : « *je ne sais pas comment faire ça* » et refuse de tenter quoi que ce soit. Nous décidons de ne pas la pousser et de la laisser observer si elle en sent le besoin ou l'envie.

En cette première séance, elle sera dans un investissement minime de son corps et de l'espace physique. En refusant de mettre le nez rouge, Ana s'affirme mais, ce faisant, elle se prive de la distanciation que le nez procure et s'autocensure. Dans la verbalisation de fin de séance, Ana exprime sa difficulté à se mettre en mouvement « *sous le regard des autres* », elle décrit que ces situations sont relativement peu connues pour elle et qu'elle ne sait pas faire.

Lorsqu'on aborde avec elle sa difficulté à accorder ses émotions à ce qu'elle en montre, Ana identifie une « interdiction » et une absence d'écoute et de prise en compte de ses émotions avec ses parents. Je ne saurais pas dire si elle a pris plaisir à expérimenter mais en revanche, elle dira se sentir « *plus détendue corporellement* » et elle associera ce ressenti au dernier exercice (jeu d'imitation avec et autour d'un drap tenu par chacun des membres du groupe), qui était plus actif corporellement et moins centré sur l'expression émotionnelle.

À la seconde séance, l'anxiété d'Ana est toujours présente mais à moindre intensité. Au cours des différents jeux, elle accepte finalement de porter le nez rouge. Elle montrera une meilleure participation et expérimentera de manière plus autonome. Elle s'appuiera beaucoup sur la deuxième patiente présente, qui montre de l'aisance dans les jeux d'expressivité. C'est une patiente qu'elle connaît bien et avec qui elle participe à de nombreux groupes.

Le regard qu'elle porte sur les clowns sur scène varie entre amusé et apeuré. Quand elle voit le jeu très expressif que la psychomotricienne ou moi-même pouvons amener, elle se réfugie dans un rire nerveux. Ce comportement vient-il traduire un manque de confiance, la peur de ne pas y arriver ? À son passage, elle écoute le passage et ne dit ni ne montre grand-chose. Elle verbalisera que même si exprimer ses émotions est coûteux et qu'elle n'a pas l'habitude de le faire, elle ressent à chaque fois de « *l'apaisement et se sent plus légère* ».

De manière générale, les jeux d'improvisation semblent avoir mis Ana en difficulté. Pour réduire son angoisse, je pense que nous aurions pu davantage nous appuyer sur l'imitation et proposer des improvisations avec un deuxième clown pour venir soutenir son jeu. Afin de faire évoluer Ana dans cette médiation, il me semble essentiel de continuer à soutenir le minimaliste et le tout petit qu'elle met en jeu, ainsi qu'à valoriser sa singularité.

Quoi qu'il en soit, la proposition de la participation d'Ana à une telle médiation m'a beaucoup questionnée : était-ce trop prématuré au vu de ses résistances et de sa difficulté à accéder à ses ressentis corporels, ou au contraire cette proposition est-elle tombée au bon moment pour relancer la dynamique de la prise en charge, là où l'individuel tendait à stagner ? Le dispositif et/ou cette médiation étaient-ils adaptés pour elle ? Ana est venue d'une certaine manière mettre en lumière pour moi les limites de cette médiation.

e. Les limites de la médiation clown

Une des limites et des risques de cette médiation serait d'être dans une **recherche de performances**, « faire le spectacle ». Parfois, cette recherche de performances vient traduire la **peur du regard de l'autre** et la **peur du jugement** (peur d'apparaître ridicule, déviant, infantile, fêlé, anormal, irresponsable, provocateur, ou encore peur de rater, de ne pas trouver, de rester bloqué). Ces peurs sont des freins à l'improvisation et au lâcher-prise. Ces peurs, déjà exacerbées en temps normal dans l'anorexie mentale, sont souvent à l'origine de l'apparition de comportements défensifs de type évitement, mimétisme (identification adhésive), et peut amener les patientes à user d'une **intellectualisation massive**, ce qui est à l'antithèse de l'être clown.

De manière générale, et particulièrement dans la médiation clown, Ana **intellectualise** beaucoup et se positionne ainsi loin de l'être clown recherché. Cette intellectualisation peut venir traduire la difficulté qu'elle éprouve à s'exposer au regard de l'autre ainsi qu'à ressentir et exprimer dans et par son corps. Cependant, il me semble que cette résistance peut être relativisée, dans la mesure où Ana **découvre cette médiation** et qu'il faut lui laisser le temps de s'approprier cet outil. Cette appropriation doit peut-être dans un premier temps passer par l'expression de cette résistance. On peut espérer que la répétition, l'intégration du cadre, l'apaisement de l'anxiété anticipatoire, amèneront Ana à prendre confiance en ses capacités et à investir les différents jeux pour ce qu'ils sont, et non plus par la recherche de performances.

Afin de réduire les résistances de ces patientes, il est nécessaire d'établir une relation de confiance en instaurant un cadre sécure, contenant et bienveillant, et cela commence par laisser le temps à l'alliance thérapeutique de se construire. Proposer trop tôt ce type de médiation peut venir **fragiliser l'alliance thérapeutique** et pourrait donc se montrer contreproductif. Il faut respecter le rythme de la patiente à accepter et intégrer les expériences corporelles.

f. Conclusion :

Pour conclure, nous pouvons dire qu'Ana est dans une période de transition. À la recherche de son identité et de sa personnalité, Ana semble avoir le désir de s'individuer et de s'autonomiser. La séparation avec son environnement familial lui a permis de s'affirmer, d'évoluer et de devenir plus mature. Elle se montre volontaire aux différentes propositions des soignants et souhaite réellement sortir de sa pathologie. Ces difficultés (clivage, regard des autres) sont encore des freins à son évolution mais on peut espérer qu'au plus long terme, des améliorations soient visibles.

CONCLUSION

Au cours de mon stage dans un service de psychiatrie jeune adulte, j'ai fait la rencontre de jeunes patientes souffrant d'anorexie mentale. C'est au fil de ce mémoire que j'ai tenté de réfléchir, penser, comprendre et illustrer ce que j'avais perçu de cette pathologie, mais aussi de la place du psychomotricien dans l'accompagnement de ces patientes.

Nombreuses des problématiques de ces jeunes adultes pourraient être lieu d'une réflexion psychomotrice (trouble de l'image du corps, désinvestissement corporel, hypertonie, clivage psyché-soma, difficulté relationnelle, organisation en faux-self ...). Pour ma part, j'ai fait le choix d'amorcer ma réflexion sur la difficulté que les patientes anorexiques ont à exprimer corporellement leurs émotions. Cette capacité sous-entend de pouvoir moduler son tonus, mais aussi de ressentir et éprouver dans son corps, capacités que l'on sait impactées, entre autres à cause de l'hypertonie de ces patientes. C'est justement l'utilisation de cette « seconde peau » qui est venue me questionner sur la qualité de l'enveloppe corporelle de ces jeunes femmes. J'en ai supposé que, ne se sentant pas suffisamment contenues dans leur propre corps, ces patientes utilisaient l'auto-contention pour rétablir un semblant de sécurité interne. Rétablir ce sentiment d'enveloppe et de sécurité interne me semble essentiel dans la prise en charge de ces patientes, afin de les amener progressivement à réinvestir leur corps.

L'efficacité de la prise en charge des patientes anorexiques s'établit par une approche globale et pluridisciplinaire touchant à la fois les aspects médicaux, biologiques, psychologiques et corporels. La psychomotricité y a toute sa place car, par les médiations corporelles qu'il utilise, le psychomotricien mobilise les patientes anorexiques dans leur globalité (sur le plan corporel et psychique), et ce faisant il tente d'accompagner ces jeunes femmes vers un réinvestissement corporel. La médiation clown est une médiation qui peut permettre à ces patientes de mettre en jeu leur expressivité. C'est enveloppées par le dispositif clown, le cadre thérapeutique et le psychomotricien lui-même, que nous espérons donner la possibilité à ces patientes d'accéder à une écoute fine de leur corps sensible et à une expressivité plus authentique et spontanée. Dissimulées derrière un nez rouge et une image du corps qui s'éloigne de la leur, les patientes peuvent potentiellement se libérer de leurs chaînes et découvrir une autre manière d'être dans leur corps. Cet exercice n'est pas aisé et nécessite un long travail d'appropriation et une alliance thérapeutique de qualité. Bien qu'intéressante à proposer avec cette population, il faut tout de même être conscient des limites de cette médiation.

BIBLIOGRAPHIE

- Allaoua, C. (2015). *Être psychomotricien : Du fond poétique commun de l'expressivité du corps à la thérapie psychomotrice* [Mémoire de psychomotricité].
- André, P., Benavides, T., & Canchy-Giromini, F. (2004). *Corps et psychiatrie—2ème édition révisée et argumentée*. Éd. Heures de France.
- Anzieu, D. (1985). In *Le Moi-peau* (p. 57-62 ; 84-87 ; 119-131 ; 219-236 ; 256-273). Dunod.
- Bertholet-Guittonneau, M. (2012). L'effacement des affects comme restauration d'une enveloppe psychique et corporelle : Œuvre de Thanatos ou d'Éros ? *Cliniques méditerranéennes*, 1(85), 241-255.
- Bick, E. (1986). Further Considerations on the Function of the Skin in Early Object Relations. : Findings from Infant Observation Integrated into Child and Adult Analysis. *British Journal of Psychotherapy*, 2(4), 292-299.
- Bonange, J.-B., & Sylvander, B. (2012). *Voyage(s) sur la diagonale du clown : En compagnie du Bataclown* (Vol. 1-1). l'Harmattan.
- Boutinaud, J., & Chabert, P. (2013). Anorexie mentale et troubles de l'image du corps : À propos de leur prise en compte en psychodrame psychanalytique individuel. *Adolescence*, T. 31 n°1(1), 65-76.
- Bronstein, C., & Hacker, A.-L. (2012). Bion, la rêverie, la contenance et le rôle de la barrière de contact. *Revue française de psychanalyse*, Vol. 76(3), 769-778.
- Brouwer, A.-C., Mirabel-Sarron, C., & Pham-Scottez, A. (2009). Les troubles des conduites alimentaires. In *Les addictions comportementales* (p. 133-203). Mardaga.
- Bullinger, A. (2007a). La régulation tonico-posturale chez le bébé. In *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars* (p. 76-80). Érès.

- Bullinger, A. (2007b). Sensori-motricité et psychomotricité. In *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars* (p. 70-75). Érés.
- Busnel, M.-C., & Héron, A. (2010). LE DEVELOPPEMENT DE LA SENSORIALITE FOETALE. In *LA NAISSANCE : histoire, cultures et pratiques d'aujourd'hui*. (p. 1401). Albin Michel.
- Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales. (2012a). *Définition de CONTENIR*.
<https://www.cnrtl.fr/definition/contenir>
- Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales. (2012b). *Définition de ENVELOPPE*.
<https://www.cnrtl.fr/definition/enveloppe>
- Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales. (2012c). *Définition de MÉDIATION*.
<https://www.cnrtl.fr/definition/m%C3%A9diation>
- Ciccone, A. (2001). Enveloppe psychique et fonction contenante : Modèles et pratiques. *Cahiers de psychologie clinique, n° 17(2)*, 81-102.
- Ciccone, A., & Lhopital, M. (2019). Chapitre 1. L'introjection, son rapport à la construction de l'appareil psychique. *Psychismes, 3e éd.*, 21-38.
- Dupouey, L. (2017). De « L'Antre-Jeu » à « L'Entre-Je », perspectives théoriques des groupes thérapeutiques à médiation corporelle auprès d'adolescents. *Enfances Psy, N° 76(4)*, 14-24.
- Fontanille, J. (2011). La manifestation figurative des corps-actants : L'enveloppe et la chair mouvante. *Formes sémiotiques*, 81-101.
- Gaucher-Hamoudi, O., Carrot, G., & Faury, T. (2011). *Anorexie, boulimie et psychomotricité* (Vol. 1-1). HdF, Heures de France.
- Granier-Deferre, C., & Bayle, B. (2017). 3. La sensorialité fœtale. In *Psychiatrie et psychopathologie périnatales* (p. 21-30). Dunod.

- Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. (2020). *Anorexie mentale*.
<https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/anorexie-mentale>
- Kacha, N. (2011). La fonction contenante du thérapeute. In *Groupe, contenance et créativité* (p. 85-96). ERES.
- Le Breton, D. (2016). *Corps et adolescence* (Vol. 1-1). Éditions Fabert Yapaka.be.
- Lesage, B. (2015). Chapitre 5 -Approches corporelles transversales et intégratives. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité , Tome 2 : Méthodes et techniques* (p. 22-57). De Boeck-Solal.
- Mellier, D. (2005). La fonction à contenir. Objet, processus, dispositif et cadre institutionnel. *La psychiatrie de l'enfant, Vol. 48(2), 425-499*.
- Metral, M. (2016). *Interaction entre le schéma corporel et les comportements moteurs dans l'anorexie mentale et chez le sujet sain* [Thèse, Université Grenoble Alpes].
<https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01692521>
- Metral, M. (2021). *De l'anorexie mentale à l'obésité, un cerveau aveugle aux changements corporels majeurs* [Communication oral]. <https://youtu.be/IGiGejyPIxM>
- MF, Z., & ZEROLO MF. (1998). *A vue de nez : Le clown, un chemin possible en psychomotricité: Vol. n°113*.
- Ouchacoff, L. (2015). Chapitre 3.2—Prises en charge en groupe. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité , Tome 2 : Méthodes et techniques* (p. 137-153). De Boeck-Solal.
- Pireyre, É. W. (2015). La peau dans l'image du corps. In *Clinique de l'image du corps : Du vécu au concept* (2e éd, Vol. 1-1). Dunod.
- Potel, C. (2009). Du corps à l'enveloppe corporelle. *Sante mentale*, 33-39.
- Potel, C. (2015). Chapitre 4—Introduction aux pratiques psychomotrices et à la médiation thérapeutique en particulier. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité , Tome 2 : Méthodes et techniques* (p. 14-21). De Boeck-Solal.

- Potel, C. (2019). *Être psychomotricien : Un métier du présent, un métier d'avenir* (Nouvelle éd. augmentée, Vol. 1-1). Éres.
- Rommel, D., & Nandrino, J.-L. (2015). Chapitre 4. Processus émotionnel et trouble de la régulation émotionnelle dans l'anorexie mentale. In *L'anorexie mentale* (p. 117-151). Dunod.
- Roussillon, R. (2012). Médiation et création. *Le Journal des psychologues*, n° 298(5), 30-34.
- Roussillon, R. (2013). Chapitre 7. La fonction médium malléable et les pathologies du narcissisme. In *Manuel des médiations thérapeutiques* (p. 188-202). Dunod.
- Sarrola, M. R. (2009). À la recherche du corps perdu ou l'abord corporel de l'anorexie mentale. In *À la recherche du corps perdu ou l'abord corporel de l'anorexie mentale: Vol. 2e éd.* ERES.
- Vibert, S. (2015). Clinique de l'anorexie mentale. *Que sais-je?*, 7-17.
- Winnicott, D. W. (1989). *De la pédiatrie à la psychanalyse* ([Nouvelle édition de 1989]). Payot.
- Winnicott, D. W. (1992). *Le bébé et sa mère*. Payot.
- Wykretowicz, H., Saraga, M., & Stiefel, F. (2019). À propos d'un trouble de l'évidence corporelle dans l'anorexie. *L'Évolution Psychiatrique*, 84(1), 185-197.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	2
INTRODUCTION	4
L'ANOREXIE MENTALE.....	6
I. TABLEAU CLINIQUE DE L'ANOREXIE MENTALE.....	6
1. Définition, critères diagnostiques et épidémiologie.....	6
2. Symptomatologie.....	8
3. Un corps en souffrance : un retentissement somatique conséquent.....	9
4. Psychisme et anorexie.....	10
5. Approches explicatives	11
II. PSYCHOMOTRICITÉ ET ANOREXIE MENTALE:	13
1. Un corps subi	13
2. Un corps vécu	14
3. Un corps perçu	15
4. Un corps représenté	17
5. Corps en relation	19
6. Une enveloppe corporelle défaillante ?	21
 LES ENVELOPPES PSYCHIQUES ET CORPORELLES DES PATIENTES ANOREXIQUES MENTALES : UNE FONCTION CONTENANTE DÉFAILLANTE ?	 22
I. ENVELOPPES PSYCHIQUE ET CORPORELLE	22
1. La peau physique	23
2. La peau dans l'anorexie mentale	24
3. Le Moi-Peau.....	27
II. LA FONCTION CONTENANTE	30
1. Cavité utérine : premier contenant	30
2. La naissance.....	31
3. Soins maternels	32
4. Introjection de la contenance.....	34
5. Le défaut d'introjection de la fonction contenante : « seconde peau musculaire »	37
6. Les enveloppes suppléantes dans l'anorexie mentale	38

LA MÉDIATION CLOWN : RENOUER AVEC SON CORPS AFFECTIF	42
I. LES OUTILS THÉRAPEUTIQUES DU PSYCHOMOTRICIEN AUPRÈS DES PATIENTES SOUFFRANT D'ANOREXIE MENTALE.....	42
1. <i>Le bilan psychomoteur</i>	42
2. <i>Médiation corporelle : outils thérapeutiques.....</i>	43
II. CADRE THÉRAPEUTIQUE ET SES DIFFÉRENTES ENVELOPPES	46
1. <i>Cadre thérapeutique</i>	46
2. <i>Contenance du psychomotricien</i>	47
III. LA MÉDIATION CLOWN.....	49
1. <i>Le dispositif clown : un cadre dans le cadre.....</i>	50
2. <i>Le clown</i>	52
3. <i>Temps de reprise</i>	53
IV. CAS CLINIQUES :	54
1. <i>Cadre d'intervention.....</i>	54
2. <i>Naya.....</i>	55
3. <i>Ana :.....</i>	67
 CONCLUSION.....	 77
 BIBLIOGRAPHIE	 78
 TABLE DES MATIÈRES	 82