

Corps support de la souffrance à l'adolescence : approche psychomotrice de la communication non verbale de l'adolescent déprimé dans une unité de pédopsychiatrie

Marion Le Felt

▶ **To cite this version:**

Marion Le Felt. Corps support de la souffrance à l'adolescence : approche psychomotrice de la communication non verbale de l'adolescent déprimé dans une unité de pédopsychiatrie. Sciences de l'Homme et Société. 2021. dumas-03287275

HAL Id: dumas-03287275

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03287275

Submitted on 15 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.

Collège science de la santé
Institut de Formation en Psychomotricité

MÉMOIRE

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

Corps support de la souffrance à l'adolescence

Approche psychomotrice de la communication non verbale de l'adolescent déprimé dans un service de pédopsychiatrie.

LE FELT Marion
Née le 14 mars 1999 à Gonesse

Directeur de mémoire : Jérémy JULIEN

Juin 2021

Remerciements

Je tiens à remercier en premier lieu tous les enfants et adolescents que j'ai pu rencontrer dans mes deux lieux de stages et qui m'ont accueillie avec leurs problématiques et leurs personnalités. Merci à vous de m'avoir aidé à évoluer dans ma pratique professionnelle, dans ma vision personnelle et de m'avoir permise de grandir à vos côtés.

Ensuite, je tiens également à remercier grandement mon maitre de stage et de mémoire Jérémy qui a été un réel soutien tant par sa gentillesse, son dévouement et sa pédagogie. Je te remercie car j'ai pu beaucoup apprendre à tes cotés et peux prendre mon envol dans ma future vie professionnelle plus sereinement.

Merci Paul, mon autre maitre de stage, pour m'avoir accueillie en pédopsychiatrie et pour m'avoir fait confiance comme tu l'a fait. Merci de m'avoir transmis ta vision de ce métier qui aura contribué grandement à forger ma future pratique.

Merci à toute ma famille et mes ami(e)s qui m'ont soutenue tout au long de ma formation en psychomotricité.

Merci à ma mère, Lise et Anais pour leurs relectures et conseils.

Merci à toute ma classe, la promotion 2018-2021, ainsi qu'aux professeurs et à l'administration de l'IFP pour avoir vécu tous ses moments à vos côtés et avoir pu rencontrer chacun d'entre vous.

Avant- Propos

Corps adolescent.
Corps qui démange, qui change, qui se transforme.
Corps qui agit impulsivement et qui vient barrer la route à la pensée.
Corps siège d'éprouvés étranges.
Corps excité.
Corps à fleur de peau.
Corps en relation, si sensible, en double adhésif ou en haine ravageuse.
Corps porte-parole d'une identité mise à mal, qui s'effrite au moindre coup de blues.
Corps porte-parole d'une souffrance le plus souvent sans nom.
Corps bannière qui clame sa seule appartenance au corps adolescent.

Catherine Potel Baranes

J'arrive pour mon premier jour de stage dans l'unité de pédopsychiatrie où je vais passer mon année. Une odeur d'hôpital me vient en premier, la vision des portes fermées à clef attire mon regard dans un second temps. Mon maitre de stage et moi-même passons cette porte blanche qui nous amène dans ce lieu, qui m'impressionnera au début, et où les multiples rencontres et moments d'échanges le transformeront en un endroit que j'affectionne. J'avance en regardant les murs colorés et aperçois, au milieu de l'unité, une dizaine d'adolescents tous différents les uns des autres. En un regard, je m'imagine une rencontre avec chacun de ces adolescents qui me donnent à voir une petite partie de leur histoire de vie par leurs postures, leurs mimiques, leurs regards…

Pourquoi sont-ils ici ? Qui sont ces jeunes qui ont besoin de souffler un temps ? Quelles sont leurs histoires ?

Certains se tiennent à distance de moi, personne inconnue qui arrive dans ce lieu de coupure, de repli, pour eux. D'autres viendront à ma rencontre, en quête d'attention et de relation. Mes pensées sont nombreuses mais celle qui domine est : c*omment vais-je m'investir dans une relation sécure avec chacun de ces adolescents aux défenses multiples ?*

Sommaire:

Introduction 5

Partie 1 Théorico-clinique 7

I/ La dépression à l'adolescence 7

A) L'adolescence 7

B) La dépression 13

II/ La communication Non-verbale 21

A) Généralités 21

B) La communication non-verbale de l'adolescent déprimé 27

III/ L'approche psychomotrice 33

A) Prise en charge Psychomotrice des états dépressifs 34

B) la communication non verbale en psychomotricité 34

C) la communication non verbale du psychomotricien 36

Conclusion de la partie théorique 41

Partie 2 : Clinique 42

I/ Présentation de l'unité 42

A) Locaux et organisation 42

B) L'équipe pluridisciplinaire 42

C) L'admission des adolescents et leurs suivis 44

D) La semaine du psychomotricien 45

II/ Tom : une symptomatologie cachée 46

A) Présentation générale 46

B) Son vécu dans l'institution 47

C) 1ère rencontre 49

D) Au fil des séances… 53

E) Fin de la Prise en soin 60

F) Conclusion 62

III/ Le groupe thérapeutique 63

A) Les enjeux du travail groupal et de la communication non verbale 63

B) Projet et objectif du Groupe 66

C) Le groupe Boxe 66

D) Cas cliniques et analyse 69

E) Conclusion 82

Conclusion finale 84

Bibliographie 87

Table des matières 90

Annexes 92

Introduction

Écrire sur l'adolescence a presque toujours été un souhait pour moi. Cette période me renvoie tout d'abord à ma propre histoire, mes propres difficultés adolescentes mais également à tous les enjeux qu'elle implique. Travailler avec les adolescents peut faire vivre, en tant que soignant, des émotions aussi intenses que celles qui les traversent. L'adolescence est une période difficile mais inévitable et c'est un tournant dans la vie d'une personne. C'est le moment de dire adieu à son corps et sa pensée d'enfant et de se redécouvrir dans un corps changeant, un corps adulte, un corps pourvu d'une sexualité génitale. On nous demande d'apprivoiser ce nouveau corps qui « s'impose ». C'est une période où tout ce que l'on croyait savoir est chamboulé, où nos assises narcissiques sont mises à mal, où tous les traumatismes vécus dans l'enfance refont surface et où la contenance de l'enveloppe corporelle est fragilisée. L'adolescent cherche sa place au sein du groupe social mais aussi sa place propre dans le monde.

J'ai donc décidé de réaliser mon stage dans une unité de pédopsychiatrie qui accueille des enfants et adolescents de 6 à 17 ans lors d'hospitalisations complètes. Néanmoins, nous rencontrons essentiellement des adolescents ayant des troubles de l'humeur avec différentes sortes de dépressions et de comorbidités (anorexie, boulimie, scarification, prises de toxiques, mises en danger...). La plupart viennent à la suite d'une tentative de suicide ou d'idées suicidaires, dernier moyen qu'ils ont trouvé pour échapper à leur mal-être.

Ce service d'hospitalisation brève va servir à évaluer, apaiser, contenir l'adolescent en situation de crise et réfléchir à une demande de soins afin de préparer sa sortie. Cette temporalité impose une rencontre particulière, dans une clinique brute avec des adolescents à fleur de peau qui fera de chaque séance un moment unique.

La prise en charge dans cette unité est pensée comme un temps coupé du monde. Un espace hors du temps où les contacts avec le monde extérieur à l'unité sont restreints à la famille ou les éducateurs. Le but étant de créer un endroit contenant, loin des difficultés et histoires extérieures afin de se concentrer uniquement sur soi et sa santé.

C'est cet ensemble d'un cadre contenant, de professionnels de santé à l'écoute et d'aidants dans leurs vies sociales, que les adolescents vont découvrir pour tenter de « reprendre appuis » dans leurs vies.

Ma rencontre avec chacune de ces personnes m'a marquée. Ils sont ici suite à des vécus douloureux qu'ils n'arrivent plus à gérer seuls. À cette histoire, se rajoutent les enjeux bio-psycho-sociaux de l'adolescence qui ne sont déjà pas simple à accueillir dans un contexte environnemental plutôt stable. Nous étions donc dans une clinique brute du rapport au corps changeant qui m'a poussée à réfléchir encore et encore sur la place du corps dans la thérapie psychomotrice auprès de ces jeunes. Des corps qu'il a fallu revaloriser pour leur montrer qu'ils pouvaient être un appui solide à la connaissance de soi et au bien être. Un corps en relation qui m'a poussée à me concentrer encore plus sur mes propres ressentis pour essayer de créer une relation soignant-soigné stable et contenante.

Trouver ce sujet n'a pas été chose simple car il y a énormément de possibilités d'axes de travail tous plus passionnants les uns que les autres. Je me suis alors demandée ce qui m'interpellait le plus. Après m'être renseignée sur les enveloppes corporelles pathologiques, les scarifications, les atteintes du corps à l'adolescence, j'ai cherché un sujet consensus qui mettrait en avant toute la fragilité corporelle de l'adolescent. Un jour, lors d'une séance où je tenais une place d'observatrice, j'étais assisse dans le coin de la salle et mon maitre de stage ne m'a volontairement rien dit sur la patiente. J'ai alors cherché à savoir, comment, rien qu'en observant son corps, je pouvais trouver ses problématiques psychomotrices. J'ai alors réfléchi à la manière dont les jeunes communiquaient avec moi quand bien même ils semblaient ne pas en avoir envie. Dans le livre *l'adolescent, son corps, ses « en jeux »: point de vue psychomoteur* de **Catherine POTEL**, on peut lire : « *La clinique de l'adolescent est une clinique de l'agir, au lieu d'une parole qui fait défaut* » (22, p.22). Phrase qui a totalement pris sens pour moi

Mes questionnements principaux ont donc été : **Pourquoi la communication non verbale de l'adolescent déprimé est-elle un appui important dans la prise en soin psychomotrice ? Comment le/la psychomotricien(ne) se saisit-il de cette communication non verbale comme élément fondamental pouvant mener à un apaisement et une facilitation d'accès à une symbolisation ?**

Dans un premier temps je vous parlerai de la dépression à l'adolescence, puis de la communication non verbale et de l'approche psychomotrice au regard de ces grands thèmes. Dans un second temps je vous présenterai une partie plus clinique dans laquelle j'exposerai le cas de Tom ainsi que le groupe thérapeutique de boxe mené au sein de l'unité. J'essaierai d'y lier en permanence la spécificité du rôle de la psychomotricité et de la communication non verbale dans ce soin.

Partie 1 Théorico-clinique

I/ La dépression à l'adolescence

La dépression est un trouble mental pouvant impacter tous les âges de la vie. En fonction de l'histoire, du vécu et de l'âge de chacun. Celle-ci va s'exprimer de différentes manières. Celle qui nous intéresse ici est celle qui arrive dans ce moment de vie particulier qu'est l'adolescence. Il va donc être nécessaire de comprendre les enjeux de cette période.

A) L'adolescence

Théo est un jeune qui a été admis quelques jours après mon arrivée. Il a été amené, après une énième tentative de suicide, par les éducateurs du foyer où il vit. Ce jeune homme enchaine les familles d'accueils et les foyers depuis son plus jeune âge. Théo a 15 ans, il est souvent d'apparence souriante et meneur du groupe dans l'unité. En effet, celui-ci est un habitué des hospitalisations. Ce cadre de vie plus que contenant, avec des horaires fixes, un petit espace, pas de lien avec le monde extérieur semble lui convenir. L'hospitalisation n'est pas vécue comme une punition, au contraire de beaucoup de jeunes dans le service. Il est constamment courbé sur lui même, sa tête marquée par l'acné est baissée et il a le regard fuyant. Dans sa démarche, il semble assez maladroit, étourdi, ne sachant que faire de son corps. Il présente régulièrement des scarifications aux chevilles et aux poignets qu'il réalise lors des temps en chambre, temps où l'on se retrouve seul face à soi.

Théo a du mal à gérer les distances, il rentre très souvent dans la bulle intime des personnes qui l'entoure. Lors d'un atelier autour des sens, le jeune homme exprime avoir du mal à « trouver sa place » dans la pièce. De plus, les moments de silence semblent difficiles pour lui qui ne peut s'empêcher de les combler par des « plaisanteries ».

1) *Définitions*

Le concept même d'adolescence est complexe à définir. Certains parleront des changements pubertaires et accentueront leur définition sur les faits physiologiques. D'autres donneront une limite d'âge, d'autres encore préféreront parler des enjeux psychologiques et sociaux. C'est pour cela que je trouve judicieux d'exposer différentes définitions et d'en faire un consensus.

Nous allons nous appuyer sur quatre modèles théoriques différents : le modèle physiologique, le modèle cognitif, le modèle psychanalytique et le modèle social.

► **Modèle physiologique** : Ils définissent l'adolescence comme « *l'ensemble des phénomènes de maturation, tant hormonaux, physiques que psychologiques. Classiquement, elle commence vers 10,5-11 ans chez la fille, et vers 12-13 ans chez le garçon.* » (21, p.29) Dans ce modèle, nous mettrons en avant les changements pubertaires qui vont marquer le début de la transition vers un âge adulte. L'apparition des poils, la poitrine pour les jeunes femmes et la mue de la voix pour les jeunes hommes vont être causés par des changements hormonaux. On admet que ces changements entraineront également des changements psychologiques potentiellement accompagnés de stress ou d'émotions variables.

► **Modèle cognitif** : l'adolescence signe le passage « *d'une intelligence, dite concrète, à un mode de pensée, dit abstrait, que l'on appelle aussi la pensée formelle*. » (21, p.33) De par la maturation neurologique, le jeune va pouvoir raisonner avec des hypothèses et se poser des questions existentielles. Il sera admis dans ce modèle que le cerveau des adolescents est puissant de par tous les changements qui s'opèrent mais que cela entrainera une difficulté à reconnaître les émotions des autres.

► **Modèle psychanalytique** : Dans ce modèle, l'adolescence signifie faire face à différentes problématiques :

- La dépendance et l'autonomie: accepter la séparation à leurs parents en sachant que l'on reste dépendant matériellement et affectivement parlant.
- Les problématiques corporelles et pulsionnelles: de nouveaux repères internes et externes se créent pouvant affecter son narcissisme. Ainsi le corps pourra être l'objet privilégié pour exprimer ses émotions.

- Les mécanismes de défense: sont d'autant plus actifs à cette période pour faire face aux changements, angoisses et pulsions (passage à l'acte, l'intellectualisation, clivages…).
- Le travail de deuil nécessaire pour grandir : perte des repères d'enfance.
- La place centrale du narcissisme chez un sujet en quête identitaire et identificatoire : le développement du narcissisme est nécessaire. En effet, le sujet doit choisir de nouveaux objets d'investissements, mais aussi se choisir soi-même en tant qu'objet à investir.

►**Modèle sociologique** : L'adolescence est un fait social qui dépend de l'histoire et de la culture de chacun. En fonction des ethnies, il y a ou non des rituels de passages. En sociologie, c'est une période assez compliquée de la vie où l'individu est encore un être dépendant à tous les niveaux, aussi bien économiques que civiques.

En psychomotricité, avoir tous ces éléments distincts en tête peut permettre une meilleure compréhension des patients. Théo représente bien les différents courants de pensées. En effet, ses changements pubertaires sont physiologiquement visibles avec l'acnée, sa taille, sa manière un peu « maladroite » de se mouvoir. De plus, il se pose des questions légitimes pour son âge, des questions existentielles et angoissantes : *quel est ma place ? comment la trouver ?*

Son rapport à la dépendance et son manque d'autonomie sont plus que marqués. De par ses évènements de vie, on peut imaginer qu'une des hypothèses serait que Théo n'a pas assez vécu dépendant de figures parentales et de soins maternants, ce qui le pousse à revenir encore et encore dans cette unité protégée. Trouver de nouveaux repères psychologiques est difficile pour lui au vu de la grande instabilité qu'il a toujours connu. Tout cela impacte sûrement ses mécanismes de défenses qui sont sur-investis (passages à l'acte, scarifications…) ainsi que ses figures identificatoires et identitaires.

2) *Enjeux : Une clinique de l'Agir*

On dit souvent que l'adolescence est une clinique de l'agir. En effet, avec tous les changements biologiques qui s'imposent au corps, il est parfois très difficile à cette période d'intérioriser et de comprendre tous les enjeux et les émotions qui nous animent. En plus des transformations physiques et de la sexualité naissante, tout un remaniement psychologique s'opère avec un tas de questionnements qui vont souvent venir fragiliser l'adolescent qui se rend compte qu'il va devoir s'éloigner de ses parents pour se subjectiver. Réussir à trouver sa place seul dans le monde et également au sein d'un groupe. Une vrai quête identitaire commence avec un double enjeux : « *se fondre dans un groupe pour échapper à l'angoisse d'être seul ET s'extraire du groupe pour affirmer sa singularité* » (30, p.25). **HEFEZ,** psychiatre et psychanalyste ayant travaillé dans le service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de la salpétrière, dira que cela *« pousse l'adolescent à sur investir l'externe plutôt que l'interne [...] ce qui conduit à privilégier la sensation et l'acte au détriment de la mentalisation et de la parole »* (30, p.21). On explique aussi le passage par l'acte[1] à l'adolescence par le fait que l'idéalisme de l'enfant qui pense que tous ses désirs sont réalisables et que l'amour parfait existe va peu à peu s'estomper. Une réalité décevante va alors s'extérioriser par l'action (passage à l'acte ou passage par l'acte) sur l'environnement alentour (vols, bagarres, casse…) ou sur soi (scarifications, coups, prostitution…) dans le pire des cas.

Ce passage par l'acte va en partie servir à se construire une image du corps où les affects vont être externalisés un temps pour laisser la possibilité au jeune d'acquérir les deux fonctions que **FREUD** disait indispensables à la subjectivation d'adulte : *« produire et se reproduire. »* (30, p.56)

Le but sera donc de transformer ce « vide intérieur » extériorisé par l'agir en un lieu sécure riche d'émotions, de sensations, d'outils pour la vie.
Tous les adolescents ne traversent pas cette période avec la même force ou intensité mais très peu vont la traverser avec facilité même avec un cadre de vie stable et sécure.

---

[1] L*e passage par l'acte (extériorisation par l'action qui trouve sens) est différent du passage à l'acte (action réalisée sous l'impulsion et qui ne trouve pas sens sur le coup).*

Dans le cas de Théo, l'agir est très présent dans son adolescence, il n'a jamais vécu dans un endroit stable, ce qui le fragilise d'autant plus. Il n'a pas encore réussi à trouver une sécurité d'enfant que son corps change déjà et les responsabilités adultes émergent petit à petit. Le monde extérieur est trop angoissant pour celui-ci qui multiplie les automutilations et tentatives de suicide. Il verbalise même *« je ne veux pas mourrir, je veux juste qu'on m'aide »*. Pour lui, c'est son seul moyen de s'exprimer.

POTEL dit que *« le passage à l'acte relève d'un débordement pulsionnel qui sort du psychique, qui est mis en dehors de la psyché, et qui est une action du corps sans pensée, sans représentation et sans élaboration des conflits » (1, p.67)*. En effet Théo semble débordé. *Qui suis-je ? D'où ? Qui va m'aider ? Comment ? Que se passe t'il ? Où est ma place ? Vais-je pouvoir être aimé et aimer en retour ?* sont autant de questions sans réponses. Les automutilations peuvent alors être interprétées comme une manière de marquer corporellement l'angoisse interne, une manière également de s'apaiser. Paradoxalement cela peut-être interprété comme une pulsion de vie, un moyen de se sentir vivant, de s'approprier son corps.

L'agir est aussi un moyen de penser, une défense opacifiant ce vide pour éteindre la possibilité de mise en pensée.

3) Place du corps à l'adolescence

Comme souligné précédemment, le corps a une grande place à l'adolescence. Tout d'abord avec tous les changements bio-psycho-sociaux que cela engendre et ensuite de par cette conduite dans l'agir. Pleins de nouvelles sensations corporelles vont apparaitre, l'image du corps va être grandement affectée tandis que le schéma corporel va continuer à changer en fonction de nos expériences de vie.

Ce mouvement de décharge de l'activité motrice de l'adolescent vers l'extérieur serait alors une manière de rejeter les éprouvés corporels pour maintenir un certain contrôle sur son corps. Le corps devient alors moins menaçant.

Le besoin de l'adolescent d'être indépendant de tout, même du temps, s'apparente à un besoin de pouvoir s'approprier son corps, objet étranger et en mutation. Cela explique donc que de nombreuses conduites passent par l'expression du corps.

Il faut pouvoir se l'approprier soi pour pouvoir comprendre qu'il n'est pas un objet mais un lieu capable d'accueillir l'autre et les émotions, c'est notamment ce qu'affirme Roland **OBEJI** (30, p.63). Comprendre qu'il ne s'agit pas que d'un espace interne mais d'un espace en relation avec les autres et l'externe qui viennent nourrir d'expériences l'interne. Il faut donc réussir à avoir accès au fait que le corps représente un dedans et un dehors, de plein et du vide, différentes formes et sensations. Tout cela en lien avec le fait que le corps aura un vécu, une histoire de vie durant l'enfance qui va grandement se raviver à l'adolescence.

À l'adolescence le corps sera donc l'un des médiums par lequel chaque personne pourra essayer de répondre aux questions existentielles qu'il se pose. Il pourra s'identifier à des stars ou des camarades de classe en copiant leurs styles vestimentaires, leurs expressions.. À la recherche de sensations et d'apprivoisement de celui-ci. Il pourra être un moyen d'expression de ses doutes par l'apparition d'automutilations, de troubles alimentaires, de conduites à risque (prise de toxique, prostitution, mise en danger en voiture ou autre..) mettant le corps à l'épreuve de ressentir.

Théo représente bien également la place du corps qui reste compliquée. Il s'auto-mutile, se recroqueville sur lui-même, dessine quelques matins des étoiles au crayon sous ses yeux.. De plus il semble mal à l'aise avec son corps et celui des autres, n'arrivant pas à trouver la bonne distance proxémique avec les autres.

B) La dépression

Julie est une jeune femme de 16 ans. Elle présente des idées suicidaires et se met en danger notamment en se prostituant contre de la drogue. Elle arrive au sein de l'unité pour tentative de suicide. Julie dort beaucoup et présente une anhédonie ainsi qu'une aboulie. Elle a, très jeune, vécu en foyer. Elle éprouvera régulièrement des sentiments amoureux à l'égard de ses éducateurs et éducatrices, ce qui engendrera chez elle beaucoup de passages à l'acte auto-agressif. Durant ses premiers jours elle ne parle à personne. Elle marche très doucement, en frôlant les murs avec les yeux dans le vide. Julie est amimique. Je la rencontre lors d'un entretien qui a pour objectif de lui expliquer ce qu'est la psychomotricité et pour pouvoir lui proposer d'essayer de venir en séance pour s'apaiser. Lors de cet entretien, Julie parlera très peu, expliquant seulement qu'elle vit une déception sentimentale. Elle finira par dire « *je n'ai pas besoin de vous, je ne ressens rien de toute façon* » . Néanmoins ses yeux laissent couler des larmes, ses mains tremblent et sa tête dit « non »….

La dépression est une pathologie psychiatrique qui touche tous les âges de la vie. Afin de déterminer la limite entre le normal et le pathologique, le DSM V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V) a établi des critères diagnostiques précis. Il distingue plusieurs sortes de dépressions notamment l'épisode dépressif majeur (unipolaire), la phase dépressive dans le cadre d'un trouble bipolaire, la dysthymie, la cyclothymie.

J'utilise le terme « déprimé » dans mon mémoire car le diagnostique de dépression n'est pas posé pour tous les jeunes que nous rencontrons. Néanmoins l'état déprimé ou l'humeur dépressive touche une grande partie des adolescents, peu importe les raisons de leurs venues.

1) *Critères diagnostiques*

L'épisode dépressif majeur (EDM) se déni chez l'adolescent par (5, p.3):

A. La présence quotidienne d'au moins 5 des symptômes suivants sur une période d'au moins 2 semaines constituant un changement par rapport au fonctionnement antérieur. Le critère 1 ou 2 doit nécessairement être présent :

1. Une humeur dépressive ressentie ou manifeste. A noter que chez l'adolescent, l'irritabilité plutôt que la tristesse est considérée comme un symptôme cardinal.
2. Une perte d'intérêt ou de plaisir marquée dans presque tous les domaines.
3. Une perte ou une prise de poids, une perte ou une augmentation de l'appétit.
4. Une insomnie ou une hypersomnie.
5. Une agitation psychomotrice ou un ralentissement.
6. Une asthénie ou perte d'énergie.
7. Sentiment d'inutilité ou de culpabilité intense, parfois délirant.
8. Difficulté de concentration.
9. Idées morbides ou suicidaires, tentative de suicide.

B. Ces symptômes ne répondent pas au critère d'un épisode mixte.

C. Ces symptômes ont un retentissement suffisant sur le fonctionnement global du sujet.

D. ne sont pas directement expliqués par la prise de substances ou par une cause somatique.

Les critères diagnostiques ressemblent aux critères de la dépression adulte. Néanmoins la sémiologie de la dépression des adolescents présente plusieurs formes différentes. L'irritabilité est notamment admise comme symptôme de premier plan. De même, les troubles des conduites externalisés (opposition, troubles des conduites, plaintes somatiques…) sont plus fréquents chez l'adolescent que chez l'adulte et peuvent masquer une dépression.
La Haute Autorité de Santé (HAS) précise que celle-ci est donc compliquée à repérer du fait de la confusion entre la «crise d'adolescence» et la dépression (16).

Il y a en effet des symptômes parfois trompeurs. De plus ils peuvent être fluctuants en fonction des différents lieux et de la capacité de l'adolescent à conserver un fonctionnement global « de surface ». Pour finir, l'agitation peut être présente et peut provoquer plus de la colère que de l'empathie chez l'adulte. Chez l'adolescent « sain », beaucoup de symptômes appartenant au registre de la dépression sont observables. Cela peut conduire à sous-estimer le diagnostic d'EDM causant une absence de prise en soin.

2) Les différentes formes de dépression à l'adolescence

Dans le *Traité européen de psychiatrie et de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent* (18, p.560 à 568*)*, **Pierre FERRARI** présente une clinique très variée de la dépression à l'adolescence. On y distingue :

▷**Le syndrome dépressif franc et sévère** entrainant : un ralentissement psychomoteur marqué, une humeur dépressive avec un sentiment de tristesse et une anhédonie, un fléchissement ou un désinvestissement scolaire, une perte de l'estime de soi, de la culpabilité, des préoccupations suicidaires pouvant aller de simples pensées désorganisées à une véritable mise en scène des idées suicidaires avec passage à l'acte, et, pour finir, des troubles alimentaires et du sommeil. L'adolescent demandera peu d'aide de manière spontanée car cela montrerait sa vulnérabilité. De plus, la symptomatologie dépressive adolescente visible se cache parfois derrière des attitudes de retrait et d'inhibition.

▷**La dépression mélancolique** est une dépression pouvant alterner ou non avec des accès maniaques. Ce diagnostique est complexe à poser à l'adolescence car, c'est à cette période que se déclenche les premiers symptômes. C'est une dépression qui signe la présence d'un trouble maniaco-dépressif.

▷**La dépression d'infériorité** est une des formes majoritaires de la dépression à l'adolescence. Elle est dominée par une perte de l'estime de soi (trouble narcissique) avec un sentiment d'infériorité dans diverses domaines. Est aussi observable un désinvestissement pour le monde extérieur. Cette dépression signe des difficultés d'identification chez l'adolescent. Ce sont des jeunes qui sont en mal d'identité stable,

n'arrivant pas à adopter ce que Freud appelait « l'idéal du moi », sentiment de toute puissance ressentie pendant l'adolescence.

▷**Les états dépressifs chez les adolescents présentant une pathologie limite avec syndrome abandonnique**. C'est un type de dépression qui s'observe régulièrement chez des jeunes ayant subit, dans l'enfance, des carences affectives, éducatives et des séparations. La période adolescente va donc raviver ce sentiment d'abandon. Elle se caractérise par un important sentiment de vide et d'angoisses d'abandons, une faible estime de soi avec une sensation de « non-valeur » ainsi que de nombreux passages à l'acte auto/hétéro-agressif.

▷**La dépression masquée** est un type de dépression où l'adolescent tente de repousser hors de sa conscience les symptômes dépressifs potentiels. **Ph. JEAMMET** dira que celles-ci se cachent derrière tout symptôme ou trouble du comportement de l'adolescent mais qu'on peut distinguer trois grandes catégories.

→ Les préoccupations corporelles : douleurs somatiques variées, hypocondrie et dysmorphophobie viennent témoigner des difficultés d'investissement et d'intégration des modifications corporelles de l'adolescent .

→ Les troubles du comportement : conduites agies (vol, fugues, conduites hétéro-aggresives..), anorexie mentale, troubles toxicomaniaques peuvent apparaitre comme des modes de défense contre le sentiment dépressif inélaborable.

→ Les attitudes d'inhibition fréquentes dans la dépression adolescente. Cela peut affecter différents champs de la vie d'un individu notamment l'inhibition intellectuelle à l'école, inhibition de contacts sociaux ou l'inhibition sexuelle montrant la crainte de s'investir dans la relation à autrui.

▷**Morosité de l'adolescent**, état décrit par **P. MÂLE**, et caractérisé par l'ennui, la tristesse, un désenchantement avec difficulté à trouver un intérêt au monde environnant et aux activités qu'il propose. Si cet état présente une tonalité d'allure dépressive, il se distingue cependant nettement d'une véritable dépression, notamment par l'absence de sentiment de culpabilité et d'inhibition et par le maintien d'une possibilité d'activités.

Julie ressemble beaucoup aux états dépressifs chez les adolescents présentant une pathologie limite avec syndrome abandonnique. En effet, celle-ci ayant vécu dans des foyers très jeune, elle transfère beaucoup sur les éducateurs qui l'accompagnent au quotidien. Ceux-ci remettent donc régulièrement le cadre vis à vis de la nature de la relation éducateur/ adolescent, ce qui met à mal Julie qui peut potentiellement se sentir rejetée et qui extériorise par de nombreuses idées suicidaires et passages à l'acte.

3) *Facteurs de risques*

Il existe différents types de facteurs de risques qui sont des facteurs favorisant l'apparition d'un trouble (5, p.7). Notamment :

- **Individuels**: Un âge plus élevé, le sexe féminin et les troubles des conduites ou troubles oppositionnels pendant l'enfance sont des facteurs de risques de développer une dépression à l'adolescence.

- **Familiaux**: Des antécédents familiaux de dépression constituent un facteur de risque majeur, notamment un enfant de parents déprimés qui a 3 à 4 fois plus de risques d'après la recherche menée par **Julie BRUNELLE et David COHEN** à Paris pour la fondation Pierre Deniker.

- **Environnementaux** : La précarité, les deuils, les séparations, les conflits intrafamiliaux, les maltraitances, les négligences, le harcèlement sont des facteurs favorisant l'entrée dans la dépression. De plus, on a pu se rendre compte que c'est surtout l'effet de répétition et de cumul des facteurs qui engendre la pathologie.

Julie a 16 ans, est une jeune femme et a vécu longtemps dans un environnement socio-affectif précaire, vivant de nombreuses séparations, des situations de maltraitance et de négligence dans l'enfance. On retrouve donc dans son histoire de vie des facteurs de risques individuels et environnementaux majeurs qui jouent sur son vécu de l'adolescence.

4) *Différents courants de pensées autour de la dépression adolescente*

Il y a des différents courants qui ont pensé la question de la dépression à l'adolescence. Pour en faire un consensus, voici leurs idées. (8) :

→ **Approche comportementale** : La dépression à l'adolescence peut se définir comme une réduction de fréquence des comportements adaptés. Dans le conditionnement opérant la diminution des comportements adaptés peut être la conséquence de la réduction prolongée des renforçateurs sociaux positifs par un mécanisme d'extinction. De plus, l'imitation d'un modèle présente dans l'entourage peut faciliter l'apprentissage des comportements dépressifs.

→ **Approche cognitive** : Les théories cognitives ont souligné le rôle des dys-fonctions de la pensée dans le passage des expériences conditionnantes négatives aux comportements dépressifs. **Seligman** a notamment théorisé l'impuissance apprise qui est le fait d'apprendre à se sentir impuissant face à diverses situations à cause d'un passé rempli d'expériences négatives incontrôlables (perte, maladie, séparations …).

→ **Approche systémique** : Cette approche considère la famille comme un système qui dysfonctionne et provoquant des désordres psychiques chez les individus qui la constituent. Lorsque les enjeux adolescents arrivent chez les enfants de ce système, l'équilibre de la famille peut être mis en danger et l'adolescent pourrait dominer ses parents et les réduire à l'impuissance par ses attitudes d'opposition et de refus, par la menace de violences, de conduites dangereuses, de passage à l'acte suicidaire ou toxicomaniaque.

→ **Approche psychanalytique** : Les psychanalystes expliquent la dépression adolescente par la réactivation des conflits infantiles. Cela sous les effets conjugués de la poussée instinctuelle pubertaire de la sexualité et de l'agressivité et des exigences externes. Ils mettent en avant le fait que si le refoulement ou la réactivation oedipienne est trop forte ou faible, cela va créer deux types de dépressions.

- Dépression dite « névrotiques » : Sentiment de perte des parents, perte de la sécurité liée au fait d'être un enfant entrainant la perte d'une partie de soi même.
- Dépression dite « limite » : le refoulement est insuffisant et un clivage va s'opérer avec une haine de soi, du corps sexué qui se manifeste par des conduites autodestructrices.

→ **Approche sociologique** : L'adolescence en tant que condition socioculturelle est déterminée par les changements de la société, de la famille, et des valeurs collectives qui peuvent être des facteurs de dépression, en particulier par leur retentissement sur l'estime de soi. Les adolescents peuvent ressentir le monde des adultes comme profondément décevant, d'autant que les préjugés à l'égard des adolescents, les stéréotypes sociaux négatifs dont usent les adultes pour les définir, peuvent aggraver le sentiment de rejet des adolescents.

Pour comprendre la dépression adolescente, il sera donc intéressant de faire un consensus de tous ces courants de pensées afin de prendre en compte un maximum de points de vues différents.

Dans le cas de Julie, beaucoup de facteurs divers entrent en jeux et peuvent être expliqués d'un point de vue comportemental avec la réduction de renforçateur positif dans sa vie; d'un point de vue systémique avec un système familial qui dysfonctionne; d'un point de vue psychanalytique avec la réactivation d'enjeux de l'enfance; ainsi que d'un point de vue sociologique.

5) Prise en charge Globale

(5, p.15) Dans un premier temps, est réalisée une évaluation du risque suicidaire afin de pouvoir agir en conséquence. Si le risque suicidaire est élevé, une hospitalisation, une intervention de crise et des médicaments sédatifs pourront être proposés.

Sinon, la psychopathologie de l'adolescent va être évaluée par l'équipe soignante qui va prendre en charge l'adolescent. Un médecin psychiatre va définir la sévérité de la dépression, si l'évolution est aiguë ou chronique et les comorbidités. Il va ensuite regrouper toutes ses informations avec les antécédents de la personne, une anamnèse du contexte environnementale et social. Il va également essayer de savoir si l'adolescent subit des stress psychosociaux au quotidien ou des violences physiques et sexuelles.

Puis l'équipe soignante va pouvoir commencer à créer l'alliance thérapeutique avec l'adolescent ainsi que ses parents si possible. Un choix de psychothérapie va pouvoir être proposé en fonction de l'évaluation de l'adolescent (Thérapie cognitivo-comportementale, psychothérapie individuelle, groupale…).

Le traitement pharmacologique n'est pas envisagé d'emblée. Il est proposé dans les cas où la dépression sévère persiste, si une comorbidité psychiatrique existe, si la psychothérapie n'est pas possible du tout ou qu'elle a échoué. De plus, avant de prescrire un traitement, il faudra s'assurer de l'acceptation de celui-ci par l'adolescent et sa famille et faire une bonne psycho-éducation pour la bonne prise du traitement ainsi que pour les effets secondaires possibles.

En cas de mise en danger ou de risque suicidaire, les patients sont pris en charge en hospitalisation complète. Durant celle-ci, un traitement médicamenteux peut être donné pour calmer les phases aiguës des troubles ou comorbidités. Un traitement de fond peut être décidé ou non par la suite et un suivi de prise en charge extérieur en libéral ou hôpital de jour sera réfléchi. Pour Julie, c'est ce choix qui a été fait de par son contexte psychologique instable et ses mises en dangers. Un suivi en hôpital de jour a été mis en place à sa sortie.

Ce qu'il est important de comprendre c'est donc la limite entre une humeur dépressive, modérée et transitoire apparaissant pendant l'adolescence, et un réel état dépressif. Lors de la période adolescente il est courant de voir apparaitre une série de symptômes comme : une instabilité émotionnelle, de la dévalorisation, un fléchissement scolaire, des reproches envers les parents, un ralentissement, de la morosité, etc..
Cette phase de dépressivité à l'adolescence est envisagée par certains psychanalystes comme étant nécéssaire au développement de celui-ci.
Néanmoins ce n'est pas pour autant à banaliser car peut se cacher derrière un trouble psychiatrique. Ce qui différencie le normal du pathologique est l'intensité et le retentissement des symptômes sur le quotidien de l'adolescent.

La prise en charge en psychomotricité sera détaillée plus tard dans ce mémoire.

II/ La communication Non-verbale

La communication, en général, est définie comme l'action de communiquer, de transmettre, d'informer. On y voit l'expression d'un message, la présentation de ce message et l'action qu'elle va produire sur autrui. La communication est composée d'un aspect verbal et non verbal qui se complète l'un et l'autre. Afin de bien communiquer il est nécessaire d'avoir un émetteur, un message et un récepteur. Hors l'aspect non verbal va avoir une grande importance dans l'émission et la réception du message. Le rire et l'expression de la douleur sont les expressions non verbales les plus universelles. Néanmoins ils doivent être interprétés en fonction du contexte. La signification d'un geste dépend de la situation, de l'émetteur, du récepteur, de la culture, de la religion.

A) Généralités

1) Définitions

CORRAZE dit que « *la communication non verbale est l'ensemble des moyens de communication existant entre des individus n'usant pas du langage humain ou de ses dérivés non sonores (écrits, langage des sourds muets, etc...)* » (19, p.15)

La communication non verbale (CNV) admet donc que c'est un ensemble de messages émis :

- par les individus vivants,
- qui ont pour unique fin la communication,
- externes au langage humain parlé ou à ses dérivés non-sonores,
- qui vont venir modifier le comportement d'une autre personne vivante susceptible de les réceptionner.

Les moyens de communication non verbaux sont multiples. Ils passent par: le silence, le regard, les expressions faciales, la posture, l'espace, les gestes, les attitudes, le paralangage[2], le toucher, les artéfacts et les 5 sens.

[2] *Pour Knapp (1972), seuls les éléments vocaux non verbaux tels que les qualités de la voix (intonation, timbre, volume, hauteur…), les vocalisations (rires, sanglots, soupirs..), ou les « pauses non grammaticales » définissent le « paralangage ». D'autres entendent par « paralangage » les activités non verbales, vocales et posturomimogestuelles*

Pour préciser la communication non verbale dans les paramètres psychomoteurs **ALPORT** et **VERNON** ont étudié une sémiologie du corps en mouvement en partant du postulat que *« toute région mobile du corps est expressive » (2, p.20)*. Ils appellent le *« style expressif individuel»* la manière unique que chaque personne a dans son affrontement moteur au monde. Ce style expressif comprend : l'amplitude d'un geste, la rapidité du mouvement, l'intensité, la tonicité, les habiletés de coordinations, la souplesse, la continuité ou fluidité de mouvement et la spontanéité de se mouvoir.

2) Fonctions

Lors d'une conférence sur la communication non verbale (CNV), **Christiane LE MANAC'H**, psychologue et référence en surdicécité, parlera de ces différentes fonctions. Les communications et comportements non verbaux vont permettre :

- D'assurer la signification des paroles.
- D'assurer un rétrocontrôle sur ce qu'a compris la personne réceptionnant le message.
- De compléter certains mots: propre à chaque culture.
- De fournir des informations sur le reflet de la personnalité et la présentation de soi.
- De traduire l'état émotionnel de l'émetteur qui peut être non conscient.
- De définir le degré d'intimité ou relationnel entre deux personnes : proxémie.
- De montrer un mode de fonctionnement relationnel ou d'ouverture vers les autres personnes.

Il est définit 3 degrés intention relationnelle dans les gestes et attitudes non verbaux :

- L'accordance : CNV tournée vers la recherche du lien.
- La discordance : CNV tournée vers l'opposition.
- L'isolement : CNV montrant un retrait de son environnement et un isolement.

3) Les sens

Il est important de détailler l'importance des sens dans l'émission et la réception des messages non verbaux. En effet, la sensorialité est un des outils des psychomotriciens pour pouvoir faire revivre des expériences primaires car, tout petit, nous découvrons le monde par le biais de nos sens et de notre subjectivité.

C’est donc un moyen assez instinctif pour les adolescents que de faire passer leurs maux par les sens et pour les thérapeutes de les interpréter via ces canaux également.

- **canal tactile** : le toucher est un des sens les plus intimes. C’est le sens en rapport direct avec notre peau qui est notre enveloppe. Les stimulations cutanées peuvent être affectives ou agressives.
- **canal olfactif** : c’est un sens très primaire puisqu’il se développe déjà in-utéro. Il nous permet de distinguer les bonnes ou mauvaises odeurs. Elles ont un rôle à jouer car inconsciemment certains adolescents ne vont plus se laver ou avoir une odeur « dérangeante » pour ne plus être approchés.
- **canal auditif** : transmet des signaux verbaux avec le para-langage non verbal associé. Il est porteur de multiples informations en fonction de la tonalité de la voix, du timbre, de la hauteur, du débit, des temps de réponses…
- **Canal visuel** : il a un rôle majeur dans la CNV. Par ce canal nous pouvons voir des signaux statiques comme la morphologie et l’habillement. Mais nous pouvons également voir des signaux cinétiques lents avec la posture, les rides.. Pour finir, le canal visuel permet de capter les signaux cinétiques rapides comme la mimique, les gestes, le mouvement du corps, le regard ..

4) Le rapport CNV/ Langage

La communication non verbale va en permanence interagir au langage. Le ton ou la prosodie de la voix, le geste ou le regard accompagnant les dires d’une personne va complètement influer sur la réaction et la réponse de la personne recevant le message verbal. On notera que la prosodie ou le ton de la voix font bien partie de la communication non verbale car ce ne sont pas les informations données dans la phrase qui nous intéresse mais bien la manière de l’exprimer.

EKMAN et **FRISEN** ont recensé trois types de rapports que les communications non verbales entretiennent avec le langage (33, p.7/8):

1. Elles se superposent pour illustrer ou réguler l'échange.
2. Elles peuvent se substituer au langage : permet de répondre sans les mots. Ce sont des gestes codés et dépendant de chaque culture (main disant « au revoir » , hochement de tête …).
3. Elles peuvent être entièrement indépendantes et renseignent alors sur l'état affectif de l'émetteur ou du récepteur du message. Ce sont des manifestations émotionnelles et physiologiques qui ont valeur de communication (larmes aux yeux, mains qui tremblent..). Elles ont la particularité de ne pas être exécutées avec la conscience.

5) Troubles de la Communication Non Verbale

Il peut arriver que la communication non verbale dysfonctionne dans l'émission ou la réception du message Elle dysfonctionne à des degrés variables en fonction de l'origine du problème. Cela peut être dû à une pathologie psychiatrique, à une affection biologique ou une maladie, ça peut être transitoire ou situationnel ..

« E*ntre ce que je pense, ce que je veux dire, ce que je crois dire, ce que je dis, ce que vous avez envie d'entendre, ce que vous entendez, ce que vous comprenez….il y a dix possibilités qu'on ait des difficultés à communiquer. Mais essayons quand même.. », Bernard Weber, Encyclopédie du savoir relatif et absolu* .

Cette phrase de **Bernard WEBER** est destinée de base à prouver que communiquer, même par les mots, est très compliqué en fonction du contexte, de la compréhension de la personne en face, de la disponibilité de chacun, des mots employés..

Ceci s'applique également à la communication non verbale qui peut être interprétée de différentes manières en fonction de chaque personne. Si un trouble y est associé il est d'autant plus compliqué de réussir à faire passer le message voulu.

→ troubles affectant la réception : la réception et l'interprétation des messages non verbaux nécessitent une fine discrimination pouvant faire défaut à certains individus qui ne peuvent pas accéder à tout le spectre d'affects possible. Notamment dans la schizophrénie, les troubles du spectre autistique, la dépression …

→ trouble affectant l'émission : on peut observer souvent pour certaines pathologies un appauvrissement, une restriction des communications non verbales due à une incapacité à interpréter le sens de celles-ci. Il peut également y avoir une discordance entre ce qui est dit verbalement et ce qui est montré de manière non verbale.

Des problèmes de distorsion ou de mauvaise interprétation de cette communication peuvent s'observer chez l'individu sain mais de manière transitoire tandis que la pathologie va provoquer une rigidité permanente à la compréhension.

6) Influences internes et externes

Il va y avoir des facteurs externes et internes à une personne qui vont influencer toute sa communication non verbale.

Facteurs internes :

- Motivation sociale : disposition du sujet à communiquer. La motivation à coopérer, attirer, rechercher l'approbation va influer sur notre communication. Le fait d'être gêné, honteux ou la dépression va réduire la motivation sociale à communiquer mais va engendrer tout autant de comportements non verbaux.
- Inhibition/ extraversion : Les comportements d'inhibition et d'évitement face à diverses situations peuvent engendrer une modification de la communication non verbale notamment par un manque d'aisance corporelle, une attitude souvent raide et des réactions tonico-émotionnelles. Cela peut également jouer sur le regard qui se baisse, la fluidité verbale et le ton de la voix. L'extraversion va au contraire pousser une personne à en faire trop, parler fort, ne pas respecter les distances interindividuelles.

- État émotionnel : L'expression émotionnelle a des bases biologiques, individuelles et culturelles. Suivant l'intensité de l'émotion, le contrôle de l'expression corporelle sera plus ou moins aisé.
- Anxiété : L'anxiété s'accompagne de tension musculaire, d'inhibition motrice et surtout de manifestations neurovégétatives (palpitations, accélération de la respiration, bouffée de chaleur, rougeurs…).

facteurs externes :

- l'environnement physique : sources d'interférence actives (bruits) ,
- L'aménagement matériel de l'espace : le lieu et le moment choisi pour communiquer
- L'environnement culturel
- La présence d'un public, d'une caméra = le fait d'être observé.
- le propos du discours
- les codes sociaux
- le type de relation avec l'interlocuteur

Tous ses facteurs seront à prendre en compte en séance pour l'observation de la communication non verbale des patients mais également quand il s'agira d'avoir un retour sur notre propre manière de répondre.

Pour conclure, la communication non verbale rassemble un nombre d'éléments très large, qui interagissent les uns avec les autres. Il existe les macro-expressions qui durent entre une demi seconde et 5 secondes qui sont les expressions corporelles pouvant être exprimées de manière naturelle ou qui peuvent être rejouées dans un travail de théâtre par exemple. Mais il y a également des micro-expressions entre un seizième et une demi seconde qui sont les expressions presque imperceptibles qui ne peuvent être imitées. On pourrait parfois avoir des patients qui « surjouent » de cette CNV mais le fait de devoir accentuer leurs maux face à nous est déjà un signe clinique. Dans la vie de tous les jours, la communication non verbale est interprétée de manière assez instinctive dans un niveau infra-conscient, un des travail du soignant sera justement de pousser encore plus son observation et son interprétation.

B) La communication non-verbale de l'adolescent déprimé

Karine a 14 ans. C'est une jeune femme vivant dans un milieu très carencé qui a vécu de nombreux traumatismes liés au fait qu'elle s'est faite kidnappée dans un réseau de pédocriminalité. Karine est très en colère, tout le temps, contre tout le monde. Sa communication verbale en est impactée mais le plus visible reste sa communication non verbale. Elle s'habille de noir, a tout le temps ses bras croisés sur son ventre, le regard baissé. Son axe est très droit avec une hypertonie de vigilance permanente, ses mâchoires sont serrées.

Un travail avec le groupe thérapeutique boxe a été pensé pour elle pour travailler à la fois l'extériorisation de sa colère, de ses émotions et également pour travailler le rapport au toucher et au corps de l'autre. Lors de ce groupe, nous pourrons voir Karine toujours très loin des autres, collée contre le mur, lui permettant d'avoir une vue d'ensemble. Elle est en permanence recroquevillée sur elle même, les gants contre son ventre et sans jamais aucun contact oculaire. Karine verbalisera en fin de séance que le plus dur pour elle est de faire confiance.

1) Éléments de la communication non verbale les plus visibles dans l'unité de pédopsychiatrie

1) **Les relations spatiales** : l'investissement de l'espace ainsi que les distances interpersonnelles sont déjà des informations renseignant sur un individu ainsi qu'une culture. **Edward T. HALL** a travaillé sur ces relations spatiales et **Vincent MABILLOT** a réinterprété ses travaux en distinguant 4 sphères :

- la distance intime (moins de 45 cm) : distance entre partenaires intimes (couples ou enfants)
- la distance personnelle (45 à 125 cm) : zone de l'affectivité dans la vie publique
- la distance sociale (1,2 à 3,6 m) : distance des relations interpersonnelles directes sans contact physique. Distance prise dans le cadre d'un entretien professionnel par exemple.
- la distance publique (+ de 3,6 m) : distance prise lors d'un discours ou devant une assemblée.

Ces distances sont variables en fonction du lieu où nous nous trouvons et de la culture.

En fonction de l'origine de leur dépression, les adolescents vont avoir des relations spatiales plus ou moins adaptées. Ils peuvent prendre énormément de distance pour s'éloigner de l'autre et se protéger des intrusions dans leur « bulle ». C'est le cas de Karine qui est toujours très à distance du groupe qui représente pour elle un danger. D'autres au contraire vont venir trop près comme dans le cas de Théo, comme pour une recherche d'attention et un besoin de proximité, parfois un besoin de contenance, dans d'autre cas, une difficulté à différencier soi et l'autre et encore dans d'autre situations, certains vont presque fusionner dans la relation de manière pathologique. Dans les deux cas ce ne sont pas des distances adaptées à une entrée en relation sécure.

2) **La posture** : La posture est en lien avec l'orientation des éléments corporels entre eux ou par rapport à d'autres corps. Elle peut exprimer la disposition ou non à communiquer du sujet. Elle peut soutenir le message émis si les deux concordent ensemble ou au contraire invalider le message. La posture reflète également l'état émotionnel interne, les émotions vont influencer la mobilisation du tonus, donc sur l'axe et les membres.

   Karine a une posture au quotidien très droite et tonique. Néanmoins, lorsqu'il faut se mobiliser corporellement dans l'atelier, celle-ci est regroupée sur elle-même, le dos fléchi les mains recentrées vers son nombril. Ce sont des postures qui alertent tellement elles sont particulières, car se regrouper sur soit face à un groupe n'est pas habituel. Même en cas d'angoisse, beaucoup chercheront à le cacher mais ici, cela semble trop difficile pour Karine.

3) L**a voix** : Le volume, le débit ou la tonalité de la voix vont également être un appui important dans la communication avec autrui. En fonction de l'envie de communiquer ou non on va plus ou moins opter pour un ton enjoué ou calme. Il agit directement sur la forme du message verbal. La dépression va avoir tendance à ralentir la prosodie, le discours s'appauvrit et peu d'énergie sera investie dans la parole. Celle-ci est souvent basse et semble fatigante. Cela s'explique par le manque d'envie de communiquer, le retrait social et les affects bas.

   Karine ne répond pas souvent aux questions, elle parle tout doucement et très peu.

4) **Les mimiques** : Cela correspond à tous les mouvements faciaux. Elles expriment des affects émotionnels mais sont également liées à la nature de l'échange et du contexte. **Paul EKMAN** a théorisé sur le lien entre émotions et expressions faciales et il en a déduit

6 expressions faciales de base : la colère, la tristesse, la peur, la joie, la surprise et le dégoût. S'est rajouté par la suite le mépris. **EKMAN** a également répondu à la question des vrais/ fausses mimiques. Pour lui, une mimique faisant passer une émotion vécue est quasi instantanée, nous réagissons par nos mimiques avant même d'avoir bien conscientisé l'information. Une mimique jouée va mettre plus de temps à émerger.

Lors de moments de soins ou d'ateliers thérapeutiques qui ont des cadres bien définis, Karine présentera plus des mimiques qu'on associerait à de la peur ou à de la tristesse. Néanmoins, dans les lieux de vie ou avec les autres jeunes, elle présentera plus des mimiques liées à de la colère ou du mépris.

5) **le regard** : Le regard est un organisateur conversationnel, il va permettre d'initier le départ d'une conversation et de réguler le tour de parole par un effet de centration/ décentration du regard. Une personne voulant parler va avoir besoin d'attirer le regard du receveur, le regard a donc valeur de signal de la volonté de communiquer. La quantité de regards augmente vers 4 - 5 ans, décline à l'adolescence et réaugmente avec l'âge. C'est une étude de **MAYO** et **LAFRANCE** (1979) qui a mis en lumière ce fait. Le regard est en lien étroit avec la proxémie. Les difficultés liées au regard chez certains jeunes de l'unité seront :

- Soit une absence de regard permettant de couper le lien et le dialogue, cela peut donner une impression de désintérêt ou d'hostilité à échanger. C'est ici le cas de Karine.
- Soit des sujets qui regardent trop leur interlocuteur et le regard peut alors devenir intrusif.

6) **les artéfacts** : Ce sont les modifications artificielles que l'homme fait apparaître sur son corps. Il ont une valeur d'affirmation et de communication sur comment nous voulons être vu par l'autre. Il y a des artéfacts corporels comme le maquillage, les tatouages, les coiffures et percings. Il y a également des artéfacts supportés ou tenus comme les bijoux, les vêtements, les chaussures …

Toute cette communication non verbale des adolescents démontre également l'état à un instant T de leurs images du corps. Pour **Dolto,** l'image du corps est composée de trois facettes: l'image de base, l'image fonctionnelle et l'image érogène. Le dernier étant « *la voie d'un plaisir partagé, humanisant en ce qu'il a valeur symbolique* », elle est exprimée par des mimiques, des actes et des mots.

Karine a des cheveux courts toujours mis en arrière, des grosses chaussures à semelles et des habits noirs. Elle porte très peu d'artifices sur elle. Elle a un style qu'on pourrait qualifier de neutre.

7) **Le silence**: Les silences font intégralement partie de la communication non verbale car ils expriment quelque chose d'une part et qu'ils permettent l'écoute et l'observation de l'autre. Un silence peut exprimer de multiples choses et peut être vécu de manière différente entre deux personnes qui communiquent. Un silence est interprété par chacun en fonction de ce que nous renvoie l'autre, il peut exprimer :

- De la colère ou de l'irritation, quelqu'un qui n'est pas en paix avec elle-même et avec les autres et qui cherche à s'isoler.
- De l'attention, quelqu'un qui écoute l'autre jusqu'au bout pour comprendre ce qu'il veut dire et recevoir son message, lui laisser l'espace pour déployer sa pensée.
- De l'ennuie.
- De l'indifférence, il se produit lorsqu'il n'y a pas la volonté de communiquer avec l'autre.
- De l'incompréhension à ce qui est dit, ce silence dubitatif renvoie au scepticisme ou à l'interrogation.
- Du respect vis-à-vis d'une tierce personne.
- De la supériorité, de l'arrogance.
- De la douleur ou du chagrin.
- Etc.

Karine laisse beaucoup de silences lorsqu'on lui parle. Elle ne saura pas expliquer pourquoi. Il n'est alors possible de faire que de simples suppositions qui sont basées sur mon observation à travers le prisme de ma subjectivité. Pour elle, c'est peut-être un silence dû à un mélange de gêne, de colère et de méfiance. Cela pourrait également être lié à une difficulté de subjectivation ou encore à un moyen de refuser la relation. Il était alors trop tôt pour moi pour connaitre son avis. Personnellement, je ressens ce silence comme une manière de me faire comprendre que je dois gagner sa confiance si je veux pouvoir l'aider.

Il est important de rappeler que les observations de tous ces éléments se font dans un contexte particulier qu'est l'hospitalisation complète, à un instant T et avec des adolescents qui ont chacun leur histoire et mode de vie ainsi qu'une culture. Nous allons donc prendre en compte le contexte culturel, idéologique, spatio-temporel, sensoriel (température..), normatif, social, interactionnel, relationnel, les enjeux et les intentionnalité.

2) Les comportements sociaux

W.S TSE et A. J. BOND (2001) ont déterminé 4 types de comportements sociaux adoptés dans une situation de communication:

→ Actif participant: répond rapidement avec des propos appropriés. Il y a la présence d'un contact oculaire, des mimiques amicales, une posture tournée vers l'autre et ouverte.

→ Passif participant: répond plus lentement mais de manière appropriée également. Néanmoins, il initie rarement la conversation. Il est tout de même coopératif et présent.

→ Actif non participant: répond rapidement de manière inappropriée. Il évite le contact oculaire, il est peu dans la relation et est beaucoup auto-centré.

→ Passif non participant: répond lentement, il n'a pas de sourire ni de contact oculaire. Il présente peu de mots avec un ton monocorde. Il n'initie jamais la conversation.

Nous pouvons avoir tendance à dire que les adolescents souffrant de dépression sont du type « passif non participant » mais il ne faut jamais oublier que les caractéristiques de la dépression adolescente sont larges et ne s'expriment par forcement de la même manière que chez l'adulte. On peut donc avoir à faire à d'autres types de comportements chez un adolescent déprimé.

3) L'impact des symptômes dépressifs sur le corps

a) lien corps/psyché

Albert CICCONE, lors d'une conférence pour la recherche en ITEP, parle du corps dans le développement et dans la souffrance psychique. Le corps va être au fondement de la vie psychique et de la perception du monde. C'est un lieu de transit de cette réalité de la psyché mais également un lieu d'expression de celle-ci.

On dit alors que le corps a trois fonctions :

1. Il est une voie d'évacuation des éprouvés émotionnels non pensables. Une des voies peut être le comportement, l'agir comme pour beaucoup d'adolescents. Une autre peut être le délire ou l'hallucination.
2. Il est une scène qui permet de déployer la conflictualité du psychique.
3. Il est un mode de traitement de la conflictualité car il localise le trouble, ce qui apaise le sujet.

C'est ce que **FREUD** appelait la complaisance somatique. Cela veut dire que le corps se prête pour donner forme à certaines scènes psychiques, à certaines conflictualités psychiques.

b) <u>Quand la psyché va mal…</u>

Joyce MCDOUGALL parlera lui du corps conçu comme une scène de théâtre sur laquelle un scénario se joue à défaut de pouvoir être symbolisé.
La dépression va donc avoir un impact direct sur le langage corporel ainsi que toutes les composantes de la communication verbale et non verbale de l'adolescent.

SHERER, ELLGRING et **FREY** ont réalisé tout trois des recherches sur les signes d'alertes de la dépression (2, p.53 à 60). Chez l'adolescent, malgré que celle-ci s'exprime de différentes manières, ces signes vont souvent apparaitre de manière similaire pour chacun dans un contexte d'entretien de soins médicaux. On pourra observer:

- Une faible tonicité.
- Une voix peu audible, hésitante, peu modulée et descendante sur les fins de phrases tandis que la fréquence de fond de la voix est plus aiguë que d'habitude. Cela est dû à la contraction de la musculature phonatoire en cas de stress.
- Une gestuelle arythmique et autocentrée. Nous appelons ça l'apragmatisme gestuel. Cela se représente par une parole sans gestes, une hypotonie, une posture abaissée, les bras croisés… Les gestes de communication sont donc absents avec des mouvements corpo-centrés (tapotement des mains, arrachages d'ongles…) qui permettent de réguler les tensions.
- Un détournement du tronc de manière latérale accompagné d'un regard très peu présent comme pour se couper du lien.

- Une motilité du visage faible mais présentant les composantes de la tristesse de manière plus ou moins figées. Les composantes de la tristesse se représentent par les sourcils fléchis en oblique et les coins de bouches tirés vers le bas.

En fonction du vécu et de l'histoire du patient on y associera des signes d'embarras, de culpabilité, de tension ou même de contradictions. Peu importe les raisons de ces signes corporels, il sera important de noter qu'ils sont là. On aura peut-être une explication verbale de la part du patient plus tard ou peut être pas, notre rôle sera en partie d'y prêter attention.

Rappelons nous Julie qui disait ne rien ressentir et n'avoir besoin de personne alors même que les larmes coulaient et que le mouvement de sa tête signifiait le contraire.

III/ L'approche psychomotrice

J'arrive à la moitié de mon stage, il est temps pour moi de commencer à avoir mes premières prises en charge et de continuer à forger ma future posture professionnelle. Je fais donc la rencontre de Tom, 16 ans. Durant ce premier entretien, je le rencontre, dans un temps donné, pour parler un peu de lui, savoir comment il se raconte. Il est important que je fasse attention aux mots choisis lors de mes entretiens mais également à toute la communication non verbale que je renvois aux patients.

Avec Tom, j'opte pour un moment de discussion dans de grands coussins enveloppants, sans support papier et en enlevant ma blouse blanche. Dans cette configuration je suis un peu en biais vis à vis de la place de Tom. Hors, ce jeune homme a un contact très fermé ne répondant que par « *c'est bizarre* » ou « *je sais pas*». J'ai donc du mal à avoir une discussion fluide et organisée. Je me rends compte que je renvois corporellement une image plus fermée que ce que j'aurai voulu, étant moi-même assez déstabilisée. Je fais un point sur ma posture : je suis enfoncée dans mon fauteuil, la voix un peu hésitante, le regard qui cherche un appui comme pour stabiliser la discussion. Je reprends appuis corporellement, me stabilise et me réoriente vers Tom pour la fin de l'entretien.

A) Prise en charge Psychomotrice des états dépressifs

Les états dépressifs affectent directement l'ensemble des compétences psychomotrices des adolescents. Ils se répercutent sur leurs fonctions toniques, leurs schémas corporels, leurs images du corps, leurs dialogues tonico-émotionnels ….

L'objectif thérapeutique sera donc de trouver un médiateur qui puisse permettre un soulagement des affects, une extériorisation du trop plein psychologique afin de revaloriser toutes les notions citées précédemment.

La prise de conscience corporelle, ressentir, être à l'écoute de soi, permet de revenir dans le corporel, de remettre du mouvement là où tout commençait à se figer. Cela permet par la suite d'aider à la reconstruction d'une image du corps plus sécure permettant à l'adolescent de prendre conscience de son identité. Pouvoir se subjectiver comme individu à part entière et ayant une identité est essentiel pour réactiver la capacité de symbolisation.

B) la communication non verbale en psychomotricité

1. L'entretien

L'observation de la communication non verbale commence même avant les premiers échanges verbaux. Quand on aperçoit un patient au loin nous pourrons avoir pour commencer une première lecture corporelle rapide avec nos premières impressions et représentations à partir d'indices partiels comme une idée de l'âge par exemple. Comment celui-ci nous accompagne jusqu'à la salle, se met-il à coté de nous ou bien derrière ? Il est possible d'observer la démarche, le ballant des bras, la verticalité, la portée du regard et la présentation générale.

Lors de l'entretien clinique, le style de conduite du psychomotricien ou du soignant va pouvoir prédéterminer ce qui sera exprimé ou censuré verbalement. Lors d'une relation d'aide comme celle-ci, le patient pourrait être en attente de signaux ou de mots sécurisants et emphatiques qui favoriseraient l'alliance thérapeutique et la relation. Notre propre communication non verbale peut donc être un allié à la dynamique générale de l'entretien car elle peut permettre de suggérer sans verbaliser.

Dans mon exemple, il est visible que la manière de réaliser l'entretien va être plus ou moins encadrant en fonction des personnalités des patients et de leurs pathologies.

Pouvoir observer leurs communications est très important mais il est essentiel également de se poser la question de ce que nous même renvoyons au patient.
L'observation et l'écoute de celle-ci va pouvoir permettre dans un premier temps d'apprendre à connaitre la personne en face de nous. Cela aide également à réfléchir aux objectifs de soins ainsi qu'à la construction du futur cadre matériel, spatio-temporel et corporel des séances à venir.

2. *Les séances*

Durant les séances en psychomotricité, la communication non verbale va être tout d'abord un support pour le patient, permettant de montrer ce qui se passe pour lui à un instant T dans son corps.

Cela sera également un support de réponse pour le psychomotricien qui pourra adapter au fur et à mesure le déroulé de ce qu'il se passe dans la séance.
Elle peut de plus être un support d'expression pour le patient comme pour le psychomotricien lorsque passer par les mots semble trop difficile et qu'il est plus simple de faire passer un message par l'expression du corps.

Cela peut également être la médiation de travail, jouer avec ce langage, cette communication pour mieux se comprendre et mieux comprendre l'autre, accentuer les traits. Pour cela passer par le théâtre, les mimiques, des imitations d'émotions par le corps semble possible. Faire en sorte de mieux se comprendre pour mieux se ressentir et avoir une porte d'accès à une symbolique.

3. *La fin de prise en soin*

Elle permet de pouvoir faire le point sur l'évolution du patient mais également sur l'évolution de son rapport au corps à travers la communication non verbale. La communication non verbale accompagne l'état psychique et corporel du patient. Lorsque la thérapie apporte un changement dans la vie du patient, sa communication en sera sûrement changée. De plus observer son propre langage corporel envers le patient est intéressant. Au fil des rencontres, la relation s'est plus ou moins créée, laissant place à un dialogue tonico-émotionnel particulier avec chacun des patients. Cela influencera consciemment ou inconsciemment notre manière de nous positionner et de nous engager corporellement dans la prise en soin.

Pour Tom par exemple, cela a été très visible dans sa prise en charge. Lui, ne me regardait jamais dans les yeux, était très renfermé sur lui-même et passait une grande partie du temps immobile dans l'espace, ne sachant que faire de son corps. Personnellement, j'étais plus hésitante dans ma voix face à l'étrangeté que me renvoyait ce patient, j'essayais de combler le vide par le mouvement ou un trop plein de paroles. Sur les dernières séances, j'étais en face de Tom, stable sur mes appuis, la voix posée, avec des temps de silence qui ne me gênaient plus. Tom pour sa part commençait à initier un contact oculaire de plus en plus présent, l'axe commençait à se redresser et l'investissement spatial était possible pour aider à la mise en place des médiateurs choisis.

Ce changement est également, et en grande partie, dû à la présence de mon maitre de stage lors des séances qui avait le rôle de superviseur pour moi. Permettant de m'aider à prendre conscience de ma posture et d'échanger sur ce qu'il se passait dans la séance.

C) la communication non verbale du psychomotricien

1) Fonction et qualités

Comme pour les adolescents, la communication non verbale du psychomotricien va permettre de communiquer, de faire passer un message. Il va pouvoir s'appuyer sur celle-ci pour étayer les mots qu'il emploie.

Le professionnel ne peut pas constamment contrôler sa communication non verbale car, comme tout autre être humain, il va réagir corporellement à ce qui lui arrive en fonction de sa spontanéité et de son vécu. Cela se retrouve notamment dans les micro-expressions qui ne durent que quelques millièmes de secondes.

Néanmoins il peut essayer de prendre conscience de celle-ci en faisant des retours réflexifs réguliers sur son état physique et psychique. Cela permet de voir plus facilement si un ajustement est nécéssaire pour ne pas mettre à mal la relation thérapeutique. D'autant plus que le postulat de la profession des psychomotriciens régit qu'un lien corps-psyché est permanent, donc que ce qui passe par notre psyché va impacter notre manière de communiquer. Avoir comme un « moi transcendantal[3] » peut donc nous guider dans le choix de la posture à adopter face à un patient.

---

[3] Définition (Husserl) = « La conscience pure, c'est-à-dire dégagée de toutes les données de l'expérience soit externe soit interne, seule réalité irréductible. » Cela serait comme avoir un deuxième soi qui s'observe.

Véronique Haynal-Reymond pense que pour cela il faut faire en permanence des va-et-vient entre « *se mettre dans la peau* » du patient et « *prendre distance* » (2, p.39). Pouvoir s'écouter au maximum pour se protéger des émotions trop fortes qui pourraient arriver et être d'autant plus disponible pour l'autre.

▷*Regard* :

Avec le toucher c'est l'un des modes de contact les plus importants et régi socialement. Certains patients auront le regard fuyant. Notamment dans les états dépressifs pour couper du contact. Se questionner sur quel sorte de regard sera le plus porteur à notre patient me semble important. Trouver le juste milieu entre le regarder assez pour l'aider à prendre sa place et ne pas trop le regarder pour ne pas être intrusif. Une coupure de contact oculaire peut avoir une réelle incidence sur le contenu de l'expression d'un personne. Notamment car chaque personne se vit dans et à travers le regard de l'autre.

▷*Voix* :

La voix est le canal originel à partir duquel se sont élaborées les premières compétences motrices du décodage pré-sémantique. Nous interprétons différemment la voix en fonction de l'intensité, du tempo, de la magnitude..

En fonction de l'adaptation de notre propre voix, nous allons pouvoir plus ou moins faciliter la confidence ou apaiser le patient. La prosodie a toute sa place dans le soin en psychomotricité. La prosodie est l'étude des phénomènes de l'accentuation et de l'intonation (variation de hauteur, de durée et d'intensité) permettant de véhiculer des informations liées au sens telle que la mise en relief, mais aussi l'assertion, l'interrogation, l'injonction, l'exclamation selon la définition du **LAROUSSE**. En fonction de la prosodie le message ne sera pas intercepté de la même manière par l'autre. Il ne fera pas appel au même ressenti et aux mêmes émotions.

▷*Posture :*

La posture va être un appui prédominant à la sécurisation de l'autre. C'est notamment grâce à celle-ci que nous allons pouvoir créer une relation de confiance. Les notions d'ouverture et de stabilité dans les appuis, qui sont primordiales dans la formation en psychomotricité, vont nous permettre d'accueillir et de nous positionner de diverses manières

en fonction du patient et de sa pathologie. Une posture renfermée ou instable face au patient n'aidera pas à la confidence ou au lâcher prise. Le corps du psychomotricien va être considéré dans la prise en soin comme un appui pour l'autre, il se doit donc d'être un appui fiable.

▷*Proxémie*:

Savoir interpréter la communication non verbale des patients va pouvoir aider le psychomotricien à trouver la juste distance entre lui et l'autre. La bonne distance est différente en fonction de chaque patient et également du vécu du psychomotricien. Certains pourront être intrusifs et d'autres au contraire vont vouloir s'éloigner au maximum. Il sera important de ne pas intruser l'espace de l'autre mais également de remettre le cadre ou de réadapter sa propre distance lorsque l'on se sent intrusé par le patient. En tant que professionnel de santé, il sera important d'être attentif à la proxémie qui se joue naturellement au début de la rencontre. De plus, les psychomotriciens sont au coeur d'un métier de corps en relation. Il est donc très important de savoir la distance minimale et maximale qu'il est possible d'avoir avec chaque patient pour leur garantir une sécurité du cadre et une sécurité relationnelle.

▷*Mimiques* :

Le psychomotricien prêtera une attention particulière aux mimiques du patient qui permettent parfois d'exprimer ce qui est plus difficile de dire par le langage. Mais il faut également se rappeler que le patient aura également en retour un point de vue et une interprétation de nos propres mimiques. Des expressions faciales montrant du dégoût, de la peur, de la colère ou tout autre affect pouvant être interprété de manière négative va avoir un impact sur le déroulé du travail en cours. De plus, avoir des mimiques renvoyant du positif au patient peut contribuer à l'émergence d'un apaisement et faciliter l'échange et la symbolisation.

▷*Silence* :

Savoir user de moments de silence lors de la séance peut être très intéressant notamment pour le psychomotricien qui peut prendre parti de laisser le corps s'exprimer plus que les mots. Il sera important de prêter attention à ce qu'un silence renvoie corporellement à l'autre et quelles émotions cela peut-il provoquer en lui.

2) *L'empathie*

L'empathie est une proximité à distance. Elle représente notre capacité à nous ajuster à autrui en fonction de notre faculté à pouvoir nous mettre à la place de l'autre tout en restant nous-même. C'est la capacité d'arriver à attribuer des affects ou états en tout genre à l'autre. Sans l'empathie, l'accordage relationnel est très compliqué. Celle-ci est en partie liée à l'intuition et l'observation de la communication non verbale.

Par ce que je ressens et vois, j'arrive à imaginer le possible vécu d'autrui. Cette expérience est possible par des sensations corporelles et kinesthésiques. La visualisation d'un mouvement va provoquer dans la cerveau de l'observateur, des opérations semblables à ce qu'il pourrait ressentir si il faisait lui même ce mouvement. Cela s'explique par l'existence de neurones miroirs notamment. L'empathie c'est également un canal d'accès sensori-moteur vers l'expérience de la vie intérieur d'autrui.

Certaines pathologies vont inhiber temporairement, partiellement ou définitivement la reconnaissance des émotions, ce qui provoquera un déficit empathique. Sans celle-ci, l'accordage et le soin sont plus compliqués.
En tant que soignants, nous ressentons des émotions et frustrations qui vont avoir une influence sur les comportements.

DAVIS différencie deux sortes d'empathies :

- L'empathie parallèle quand on partage et comprend les affects d'autrui.
- L'empathie réactive qui consiste à rebondir sur ce qu'exprime l'autre avec une attitude et une réponse personnellement construite. Par le biais de cette empathie nous pouvons par exemple chercher à répondre verbalement et corporellement parlant dans une direction qui nous semble acceptable et stable pour le patient.

Pour pouvoir apporter de l'aide, explorer sa propre problématique émotionnelle sera un des aspects du travail du psychomotricien. Pour pouvoir apporter du soin et accueillir la souffrance de l'autre en soi, il est utile de comprendre nos propres émotions et les techniques qui nous permettront de trouver la bonne distance. Ressentir une grande tristesse ou du désarroi face à chacun des patients pourrait mettre en péril la stabilité du cadre et de la relation.

3) *Dialogue tonico-émotionnel*

Le dialogue tonico-émotionnel est un mode de relation particulier, il va passer par le biais parfois ou l'appui du verbal mais se ressent et se vit de manière non verbale. C'est une des spécialités du psychomotricien. C'est **AJURIAGUERRA** en 1970 qui évoque le premier ce terme. Le concept de dialogue tonico-émotionnel va nous permettre de relier corps et émotions au travers de la dynamique psychomotrice, source de notre mouvement de vie.

Pour **WALLON**, « *les émotions sont une formation d'origine posturale et elles ont pour étoffe le tonus musculaire* » (31, p.7). Le dialogue tonico-émotionnel serait le reflet des états émotionnels des deux partenaires avec la possibilité d'une transmission de l'un à l'autre dès le plus jeune âge. S'intéresser au dialogue tonico-émotionnel revient à s'intéresser à la manière dont les émotions peuvent être transmises entre deux sujets. Pour **AJURIAGUERRA** cette interaction est un véritable outil de communication, un dialogue. Le tonus, avec toute sa charge affective, représente le moyen privilégié d'échange et de communication.

Le psychomotricien est sensibilisé depuis le début de sa formation à ce dialogue non verbal qui permet de partager un vécu émotionnel par le corps. Celui-ci peut d'abord servir d'appui pour essayer de ressentir ce que le patient ressent dans son corps. Il peut également être une voie par laquelle on peut essayer de communiquer notre propre état tonique pour apaiser, éprouver, contenir…

Trouver la nuance entre ce qui vient de l'autre et ce qui vient de soi nécessité une écoute fine du dialogue. C'est pour cela que c'est un aspect faisant partie de la vision du psychomotricien qui est à travailler au quotidien.

Comme on peut le voir dans la vignette clinique, l'accordage tonique et émotionnel est dépendant de nous, de l'autre, du cadre, de la pathologie et d'un tas d'autres facteurs. Il s'ajuste au fur et à mesure et nécessite d'abord une prise de conscience de notre propre état tonique et émotionnel afin de se questionner sur « *pourquoi ces ressentis et comment répondre de manière ajustée ?* ».

Conclusion de la partie théorique

La communication non verbale de l'adolescent déprimé est un réel appui pour le soin là où l'échange verbal va être plus compliqué. C'est une période charnière de la vie où la place du corps est centrale. Le psychomotricien étant un spécialiste du corps en mouvement et en relation il est important de s'appuyer sur cette expression du corps qui peut se trouver riche. Cela pourra nous donner une idée de comment l'adolescent habite son corps, ses ressentis et émotions afin d'imaginer les axes du soin à venir. De plus le psychomotricien va possiblement pouvoir s'appuyer sur ses propres ressentis et sa propre communication non verbale pour forger une alliance thérapeutique forte, notamment dans cette unité où les rencontres sont singulières. Ce support corporel est un bon atout dans les prises en soin où les maux parlent plus que les mots.

Réussir à se saisir de cette communication participe activement à trouver la direction de soin la plus efficiente et adaptée à chaque patient.
Cette communication permet également de mettre en lumière ce qui n'est pas forcement conscientisé ou symbolisé par le patient. En effet il est beaucoup plus simple de mentir à l'oral que dans notre communication par le corps. Se saisir de celle-ci, notamment à cette période où le corps a une place centrale, peut s'avérer être une voie vers l'apaisement, la symbolisation, la subjectivation et la compréhension de soi-même. C'est notamment ce que je vais essayer de démontrer dans la partie clinique de ce mémoire.

Il faudra prendre en compte dans la partie suivante que le contexte sanitaire du COVID-19 va directement impacter une partie de leur communication non verbale des jeunes. Notamment dans mon observation de leurs mimiques ou dans leurs compréhensions de ma communication non verbale avec le port du masque chirurgical. Néanmoins, j'ai pu m'attarder sur tous les autres aspects de cette communication. J'ai pu également deviner les mimiques de leurs bouches à travers leurs traits tirés au niveau des tempes ou leur modification de regards.

Partie 2 : Clinique

I/ Présentation de l'unité

A) Locaux et organisation

L'unité dans laquelle j'effectue mon stage est une petite unité qui forme un ovale. Au centre se trouve une cour centrale et non loin se trouve le bureau infirmier où tous les jeunes peuvent aller demander des services, prendre leurs médicaments et où tous les infirmiers et aides soignants se retrouvent pour faire leurs transmissions. Les chambres sont toutes les unes à côté des autres. Une salle commune est également présente pour les temps de repas et d'activités de groupe. À côté de cette forme en ovale se trouve un couloir dans lequel se trouve une salle d'apaisement, les bureaux des médecins, psychologues, et éducateurs, une salle de classe, une bibliothèque et une salle d'activité manuelle.
C'est une toute petite unité qui a pour but d'être contenante. C'est un espace clos, sécurisé qui a été pensé pour protéger au maximum les adolescents des dangers extérieurs mais également d'eux-même.

La temporalité est une notion clef au sein de cet établissement. En effet, c'est une unité de crise où il faut agir dans l'urgence. Le temps est compté pour aider chaque patient à se stabiliser. Les patients défilent les uns après les autres. Les professionnels de santé rencontrent en permanence de nouveaux jeunes avec lesquels il faut lier, un à un, une relation particulière. Pour les patients, au contraire, le temps se fait long. C'est un temps où l'unique objectif est de se concentrer sur ce qui ne va pas et où les journées se ressemblent.

B) L'équipe pluridisciplinaire

L'équipe pluridisciplinaire est composée :

- De trois médecins psychiatres ainsi que deux internes qui sont ici pour rencontrer les jeunes à leurs arrivées, les rencontrer régulièrement pour évaluer leurs états de santé et pour mettre en place un traitement avec consentement des parents et de l'adolescent si besoin. Une des médecins utilise également l'EMDR pour travailler autour des traumatismes.

- Du cadre de santé qui organise les emplois du temps, met en place les réunions, fait du lien entre les différents membres de l'équipe soignante et gère le budget de l'unité.

- Des infirmiers qui sont présents 24H/24H pour accompagner les jeunes au quotidien, pour réaliser des temps personnalisés avec chacun si besoin, administrer les traitements, réaliser des activités avec les adolescents, être à l'écoute, faire du lien avec les familles et les éducateurs, rédiger des transmissions quotidiennes sur chaque patient.

- Des aides soignants qui aident au rangement et nettoyage des chambres, à l'accompagnement des jeunes au quotidien, à la réalisation de certains ateliers.

- Deux psychologues rencontrent les jeunes régulièrement pour les aider à parler de leurs vécus, des raisons de leurs venues à l'unité et des éléments de vie de chacun. Elles organisent également des groupes de paroles permettant pour certains d'écouter les autres et de partager un moment groupal car parler en face à face est trop difficile pour eux.

- Un psychomotricien qui reçoit les patients après indication médicale pour réaliser quelques bilans mais surtout pour mettre en place un projet thérapeutique sur le court terme dans un moment de vie difficile. Le psychomotricien crée également des groupes thérapeutiques autour de diverses médiations corporelles.

- Une assistante sociale qui s'occupe d'accueillir et d'informer les familles et les jeunes quant à leurs droits, qui les accompagne également pour tout ce qui concerne les dépôts de plaintes, les signalements et placements.

- Une éducatrice spécialisée qui fait du lien avec les familles et éducateurs des jeunes qui en ont. Elle organise également diverses activités au sein de l'unité et accompagne les adolescents dans la construction de projets de vie après l'hospitalisation.

- Une professeur qui est là pour essayer d'aider les patients à ne pas décrocher complètement de l'environnement scolaire. Elle organise l'emploi du temps de chaque patient, coordonne

la venue de divers enseignants et prépare la reprise en douceur des études de chaque jeune à l'extérieur de l'unité avec par exemple des emplois du temps aménagés.

Toute cette équipe travaille en coopération pour garantir la sortie la plus sécurisante possible. Des projets de vie, de soin, de lieux de vie sont réfléchis en équipe avant chaque sortie. Des réunions sont réalisées tous les lundis et jeudis matins pour cela.

C) L'admission des adolescents et leurs suivis

Les adolescents sont admis dans l'unité soit par le biais d'une demande d'hospitalisation par le médecin traitant ou le médecin d'un établissement médico-social, les proches ou les patients eux même. soit par le biais des urgences pédopsychiatriques à la suite d'un passage à l'acte auto/hétéro-agressif ou d'idées suicidaires.
Ils arrivent alors dans ce lieu où tout le fonctionnement leur est présenté:

- Les portables et leurs effets de toilettes sont mis à part dans un casier. Ils peuvent téléphoner avec le téléphone fixe de l'unité 10 minutes/jour/patient.
- Une chambre leur est attribuée, chambre dans laquelle ils peuvent disposer leurs affaires. Aucun autre patient n'est autorisé à entrer dans leur chambre car c'est leur espace personnel.
- Il y a dans l'unité des ateliers thérapeutiques. Ce sont des ateliers qui ont lieu chaque semaine et où la présence est obligatoire. Les patients ne peuvent pas s'y inscrire eux-même car ce sont des groupes qui sont réfléchis en réunion d'équipe le lundi matin. Si le patient refuse d'effectuer un atelier dans lequel il est inscrit, il devra rester en chambre durant le temps de l'atelier.
- Il y a des ateliers facultatifs durant lesquels chaque patient est libre de s'inscrire (sport, cuisine, journal…).
- Les temps en chambre sont obligatoires de 13H30 à 14H30 et de 18H00 à 19H00. Ces temps en chambre sont à visée thérapeutique pour prendre le temps de réfléchir sur soi. Si ces temps sont trop difficiles, il y a possibilité de demander un poste de musique, des activités créatives ou le passage d'un soignant pour discuter. De plus, il est possible d'aller en salle d'apaisement qui est une salle où il y a la possibilité d'écouter de la musique, de faire de la boxe ou tout simplement de se relaxer.

- Il y a des heures de coucher et de réveil qui doivent être respectées.
- Divers rendez-vous médicaux et paramédicaux vont leur être proposés.
- Un lien avec les parents va être fait le plus régulièrement possible.
- Tous les vendredis se déroulent les réunions soignants/soignés où toute l'équipe de soin et les patients se réunissent afin de discuter de la vie au sein de l'unité et des problèmes rencontrés.

D) La semaine du psychomotricien

Le psychomotricien a une place importante au sein de l'équipe pluridisciplinaire de cette unité.

Tous les lundis se déroule le STAFF dans lequel il participe activement pour parler des patients vus dans la semaine. Il expose à l'équipe le travail fait et les axes de réflexions pour la semaine à venir. De plus, un point sur les nouveaux patients admis est fait afin que les médecins puissent communiquer leurs recommandations de nouvelles prises en soin.
Il organise ses séances en fonction de son temps et du nombre de patients. Il réalise chaque semaine des entretiens de rencontre, des séances autour de médiateurs corporels, et des fins de prise en charge.

De plus, il réalise chaque semaine divers ateliers thérapeutiques autour d'un travail groupal. Lorsque je suis arrivée dans cette unité, étaient présents l'atelier des sens qui est un atelier de relaxation autour des sens ainsi que l'atelier Boxe. Cet atelier permet un travail autour de l'agressivité, le rapport au corps de l'autre, à soi et aux émotions. De plus, une réflexion autour d'un nouvel atelier a été menée et a abouti à un « atelier des émotions » en collaboration avec une psychologue du service.

Pour finir, celui-ci est régulièrement convié à des réunions réflexives autour de textes ou de cas cliniques dans l'unité. Ce sont des moments où toute l'équipe soignante se documente, se renseigne sur divers sujets.

II/ Tom : une symptomatologie cachée

A) Présentation générale

Tom est né à Bordeaux en décembre 2004, il a donc 16 ans et 1 mois lorsque nous le rencontrons. Peu d'informations nous seront données lors de l'arrivée de Tom dans l'unité. Nous saurons juste que c'est lui-même qui a demandé à être hospitalisé et qu'il est en instance judiciaire pour avoir réalisé un acte illégal. Il est de taille moyenne, les cheveux bruns, les épaules basses, le pas lent, le regard fuyant..

Tom a un suivi dans un CMP depuis quelques années où un suivi médical et psychologique s'effectue chaque semaine. En ce qui concerne son parcours scolaire, celui-ci se trouve dans une filière de BAC professionnel informatique.
Sur son dossier médical nous pouvons également voir qu'il a un frère de 22 ans qui a été diagnostiqué schizophrène il y a quelques temps.

Autour d'une conversation avec la psychologue de l'unité qui a communiqué avec la psychologue du CMP, j'apprendrai que la dynamique familiale est assez particulière. Pour Tom, la personne centrale dans sa vie est son frère qu'il adule et copie depuis longtemps. De plus, la mère ne verrait ses enfants qu'uniquement par le prisme de la maladie, amenant depuis leurs plus jeunes âges Tom et son frère dans tous types de suivis, tant persuadée qu'ils sont malades. Tom a alors déjà eu depuis son enfance divers suivis psychologiques, orthophoniques ainsi qu'un bilan en ergothérapie (à 11ans) et un autre psychomoteur (à 11ans). Le père n'est jamais présent dans les dires de Tom ou de sa mère malgré le fait que le couple parental soit toujours ensemble.

Dans ses premiers échanges avec l'équipe pluridisciplinaire, Tom se présente en tant que Schizophrène. Ses erreurs du passé seraient dues aux voix dans sa tête et il dit se sentir intrusé en permanence. Il dit que toutes les personnes qui l'entourent sont des robots et présente, en entretien avec les médecins et psychologues, des barrages, des arrêts et des idées incohérentes. Néanmoins, l'équipe se questionne sur le diagnostic à poser pour Tom. Celui-ci ne présente ses bizarreries qu'au regard de l'autre. Lorsqu'il est seul dans sa chambre ou que les soignants ne le regardent plus, il reste plutôt calme, sans attitudes interpellantes.

B) Son vécu dans l'institution

Tom est entré dans l'unité avec pour projet de s'apaiser et de comprendre ce qui lui arrivait. c'est lui-même qui était en demande de soin et venir dans l'unité lui a permis de centraliser les prises en charge. Il y est resté du 04 janvier 2021 au 11 février 2021.
Pour l'équipe pluridisciplinaire, l'objectif était de comprendre le fonctionnement psychologique de ce jeune afin de l'orienter vers le diagnostic le plus probable. Il est alors décidé que Tom rencontrerait la psychologue afin d'évaluer son fonctionnement psychique et le psychomotricien pour voir sa manière d'investir son corps.

Au sein de l'institution, Tom renvoie à beaucoup de personnes une sensation d'étrangeté. Il erre dans les couloirs, les épaules basses et le regard orienté vers le sol. Souvent il se placera devant la fenêtre du bureau infirmier puis commencera ses « bizarreries ». Par exemple, il pouvait se mettre à tourner sur lui-même ou à rigoler tout seul. De plus, régulièrement, il entrait dans le bureau de la psychologue ou du psychomotricien, disant ne pas savoir pourquoi il est entré ou ne plus savoir où il est. Cela était l'occasion pour lui de toucher tous les objets de la salle mais également de rentrer en contact avec le personnel soignant.

À chaque fois qu'on posera une question à Tom ou qu'on le sollicitera, celui-ci répondra uniquement par « *je sais pa*s » ou « *c'est bizarre* ». Avec tous ses éléments de communication verbale et non verbale, une première impression peut déjà se créer.
Tom a été le premier patient que j'ai pu prendre en charge dans l'unité, épaulée de mon maître de stage. Je n'ai pas lu son dossier médical, me basant uniquement sur les premières observations que je pouvais avoir dans l'unité. De prime abord, Tom me semblait déprimé. En effet sa posture baissée, son regard vide, sa demande d'aide, et sa manière d'entrer dans divers espaces de soin sans prévenir m'ont évoqué une certaine insécurité omniprésente. Le fait de répondre uniquement par « *c'est bizarre* » m'évoquait également une difficulté de Tom de penser ce qu'il vit et ce qui l'entoure. À ce moment-là, je ne savais pas qu'une suspicion de schizophrénie était envisagée.

▷*Avec les soignants* :

Avec les infirmiers, Tom était très souvent gêné de parler. Ne sachant pas quoi leur dire quand ceux-ci s'intéressaient à lui. Il disait alors qu'il ne savait pas s'ils étaient des robots ou non et n'arrivait pas à parler de lui-même. Néanmoins, lorsque les infirmiers étaient dans le bureau, Tom les sollicitait régulièrement pour toutes sortes de jeux ou de demandes. Comme avec beaucoup d'autres personnes, Tom fuyait le regard et avait tendance à se refermer lorsqu'un soignant lui parlait. Dans ces moments d'échanges avec les adultes Tom changeait de comportement en fonction de la présence ou non d'autres adolescents. Seul, il baissait les épaules ainsi que la tête et son axe était enroulé vers son centre. De plus, la prosodie de sa voix était hésitante et basse. En présence des autres, Tom semblait se donner un peu plus de contenance, avec une voix un peu forte et assurée, et il essayait de répondre aux soignants. Néanmoins, le regard était toujours aussi fuyant, préférant regarder la réaction de ses camarades.

Avec la psychologue, qu'on appellera ici C., Tom semble bloqué. Parler de lui est très difficile et C. rapportera que les entretiens sont assez pauvres. Il se racontera au début comme étant schizophrène, il dira être désorienté, se sentir surveillé et entendre des voix. Néanmoins, C. me rapportera qu'il n'a pas du tout inspecté la pièce quand il y est entré la première fois. C'est une choses que les patients schizophrènes font régulièrement car ils se méfient qu'il y ai des caméras et des micros. C. apprendra également que Tom s'est énormément informé sur la schizophrénie de son frère et connaît absolument tous les symptômes de cette maladie. Il est alors encore plus dur de comprendre quelle pathologie présente Tom. L'entretien autour du langage est donc chose compliquée mais sera maintenu chaque semaine pendant son hospitalisation. Il sera alors observé que Tom n'arrivait pas à parler de lui mais que lors de la fin de l'entretien c'est là qu'il commençait à parler. De plus, lorsque C. lui signifiait qu'il pouvait partir car la séance était finie, il n'arrivait pas à partir, s'appuyant sur tous les supports qu'il trouvait dans la salle pour garder le lien avec C.

En psychomotricité, le lien sera encore différent. De base, il avait été indiqué dans cette prise en soin afin de rendre compte de la manière dont Tom investissait son corps, la relation à l'autre et le cadre spatio-temporel. Une demande de Bilan n'a pas pu aboutir au vu de la présentation de Tom au début de son hospitalisation.

▷*Avec les autres jeunes de l'unité* :

Avec les autres jeunes de l'unité, le contact est également compliqué notamment avec les filles. Tom semble mal à l'aise avec elles, ne les regardant jamais dans les yeux et n'allant pas vers elles. De plus, au moment de son hospitalisation il y a une majorité féminine avec seulement 3 patients masculins. À la fin de son hospitalisation, Tom sera même le seul garçon. Lors des réunions soignants/soignés, face à tout le monde, Tom se plaçait dans le coin de la salle, contre le mur, recroquevillé sur lui-même.

Il a néanmoins pu se lier d'amitié avec un autre jeune de l'unité, de 16 ans également, avec lequel Tom semblait un peu « régresser ». Il demandait tout le temps à jouer avec lui, faisant des blagues et cherchant le contact et l'attention de celui-ci. Lorsque l'on parlait séparément à Tom et à Vivian, l'autre patient, chacun trouvait de l'autre qu'il était bizarre. Comme si l'étrangeté que ressentait en permanence Tom était projetée vers l'extérieur, notamment sur l'autre.

C) 1ère rencontre

Lors de notre première rencontre, Tom ne savait rien de la psychomotricité. En le croisant dans le couloir, mon maître de stage lui a expliqué que c'était moi, en tant que stagiaire, qui allait lui présenter la salle de psychomotricité. Tom a accepté sans nous regarder. Il est entré timidement et n'a plus bougé. Son corps était immobile, les yeux orientés au sol. Je lui ai montré un peu tout l'espace de la pièce pour qu'il puisse s'imaginer le travail réalisé en psychomotricité et pour qu'il puisse peut-être déjà s'approprier un médiateur. Nous nous sommes ensuite posés tous les trois dans des gros poufs autour d'une table pour apprendre à faire connaissance. L'entretien que j'ai mené avec Tom a été raconté en page 31 de ce mémoire.

Celui-ci était recroquevillé, comme « absorbé » par le pouf, il avait la tête baissée, était très fuyant du regard et préférait regarder la fenêtre. Néanmoins, dès qu'il le pouvait, il lançait de brefs coups d'oeil vers moi lorsque je ne le regardais pas. Il se touchait régulièrement les mains avec une certaine énergie. Tom semblait présenter à la fois une grande vigilance de par ses mouvements de mains et oculaires brefs et à la fois un grand désinvestissement de son corps de par la grande hypotonie visible dans son axe et le faible maintien de sa tête. Quand je laissais des silences pour réfléchir à des questions pouvant

faciliter le déroulé de l'entretien, Tom me fixait enfin, comme si il attendait la suite alors que ma première impression avait été que je raccourcisse le temps d'échange. Hors, lorsqu'il reprenait le contact oculaire face moi, j'avais plus l'impression qu'il voulait que cet entretien continue mais qu'il n'était tout simplement pas à l'aise avec le fait de parler de lui car tout simplement « il ne savait pas » qui il était. Lorsque j'essayais d'en savoir un peu plus sur lui, le discours était pauvre, ne parlant que de son frère. L'espace en psychomotricité lui semblait étrange, il ne comprenait pas réellement qui nous étions ni pourquoi « jouer » pouvait l'aider. Néanmoins, aucun signe de barrages ou de désorientations n'ont pu être perçus.

Je lui ai alors proposé une petite mise en mouvement pour faire connaissance autour du médiateur Boxe. En effet, les gants de boxes ont été la première chose qui l'a attiré dans la salle, seul moment de cette rencontre où Tom a pu s'exprimer assez spontanément en disant « *c'est cool la boxe mais je frappe fort alors ça va être compliqué* ». Cette phrase que j'ai interprété personnellement comme une sorte de mise en garde, où il fallait que je ne l'envahisse pas trop car il pouvait potentiellement faire mal. Le but était d'avoir un avis un peu plus clair sur le rapport de Tom à l'autre dans le face à face ainsi qu'une idée de ses possibilités de mise en mouvement corporelle. J'ai pris le parti de proposer ce médiateur car c'est le seul pour lequel Tom avait montré un certain engouement. Il a alors accepté.

Tom n'investissait pas corporellement l'espace, il bougeait peu et ne me regardait pas quand je lui parlais. Il semblait douloureux pour celui-ci de se mouvoir, de ressentir, de comprendre son corps. À l'évocation d'une des règles mise en place dans le cadre de la boxe, Tom a réagit. À la règle « personne ne doit se faire mal ou faire mal à l'autre » , Tom dit que cela va être compliqué car il dit « taper très fort ». Quand la mise en jeu commence, Tom n'est pas à l'aise dans le contact et ne touche, au contraire que faiblement.

Lors d'un exercice où celui-ci est autorisé à frapper de toutes ses forces dans un tapis prévu à cet effet, Tom explose de rire, comme débordé et un peu effrayé d'une possible agressivité sommeillant en lui. Je décide alors de passer sur un jeu plus triangulaire qui permet de décentrer le regard de l'autre, Tom a eu à ce moment des esquisses de sourires. C'était un jeu qui consistait à tenir un plateau en mousse dans un gant et d'essayer de faire tomber les plateaux des deux autres joueurs. Un jeu pouvant paraitre plus « enfantin » comme le jeu du chat et de la souris qui a semblé être un bon moyen d'amener Tom a entrer en

relation. En effet, la règle du jeu comprenait le fait que l'on devait s'approcher de l'autre pour gagner. Tom peut alors se permettre de s'approcher de nous sans que cela soit étrange. L'enjeu de gagner lui permet de se mettre en mouvement de manière plus instinctive, il avance pour approcher le plateau de l'autre, recule pour protéger le sien et rigole de la situation. À ce moment là, on perçoit chez Tom une certaine prise de plaisir, un amusement, des sourires et rires qui me montrent la voie pour pouvoir accéder plus simplement à la relation avec Tom : des jeux triangulaires, avec des règles simples qui semblent permettre à Tom de se détendre et de lâcher un peu ses défenses.

Sa communication non verbale me laissait percevoir un jeune homme très insécure dans la relation, qui avait du mal à trouver sa place et également à donner une place à l'autre. Les éléments qui me permettaient de ressentir cela était principalement ce regard qui avait du mal à trouver une place face à l'autre, cette fermeture du buste avec un enroulement autour de l'axe, cette prosodie basse et lente de voix qui renvoyait une sensation d'étrangeté, mais également sa proxémie avec moi. En effet, s'approcher de moi semblait compliqué car une sensation de gêne était visible dans sa mimique et sa posture encore plus fermée.

Néanmoins je trouvais que celui-ci montrait quand même une envie d'entrer en relation car lorsque je laissais volontairement des moments de silence dans l'entretien, celui-ci s'orientait vers moi et me regardait dans les yeux. De plus, il semblait plus simple pour lui de se mettre en mouvement lors de jeux triangulaires, sans regards francs et lors de jeux sensori-moteurs amenant de la régressivité. Lors de ces moments, nous revivions des sensations, des enjeux sans doutes déjà vécus dans l'enfance. Il était question ici d'être à trois, ensemble ou les uns contre les autres, mais toujours dans un but d'amusement dans la relation.

Sa manière de se laisser complètement envelopper dans le pouf m'a orienté vers une certaine insécurité et un besoin de contenance. Cela m'a évoqué un besoin de percevoir d'une manière plus lisible pour lui ses limites corporelles en lien avec des limites psychiques qui ne semblaient pas bien définies. Une meilleure perception et délimitation de ses enveloppes pourraient peut-être permettre une meilleure contenance de la pensée pouvant aider à une meilleure compréhension de lui-même. J'ai donc pu réfléchir, avec mon maître de stage, à une ritualisation sécurisante des séances.

Je savais donc beaucoup de choses sur Tom après ce premier entretien. Tom n'était pas à l'aise dans la relation duelle, il semblait également vite gêné et trouvait beaucoup de choses « bizzares ». Tom ne semblait pas avoir trouvé son identité et celles des autres. Il allait donc falloir passer par l'analyse de sa communication non verbale pour essayer de faire revivre à Tom une certaine contenance corporelle pour essayer de redonner matière à sa pensée.

Il semblait également avoir besoin de retrouver une sécurité interne portée par un cadre contenant. De plus, les jeux triangulaires favoriseraient potentiellement mieux la relation qui était est train de se créer et des jeux sensori-moteurs régressifs semblaient lui apporter amusement et détente. Mon objectif était donc de prendre en compte toutes ces informations pour essayer d'apporter un peu d'apaisement à Tom et pouvoir potentiellement l'aider à symboliser et intérioriser ce qui se passait pour lui dans la compréhension de lui et des autres.

Après réflexion et discussion avec mon maitre de stage, ma communication non verbale était également riche. Ce malaise, ressenti par Tom, je l'ai également ressenti. Moi-même étais gênée, voyant que la relation n'était pas simple à lier et que l'échange n'était pas fluide. Je n'arrivais pas à savoir si mes questions intrusaient trop ce patient ni à comprendre ce que celui-ci recherchait et attendait de cette hospitalisation. Tout était « bizarre » dans ce que je lui racontais, peut-être Tom projetait-il sur l'extérieur cette sensation d'étrangeté ressentie en permanence dans sa vie. Au fur et à mesure de l'entretien, ma posture s'est également affaissée dans le fauteuil, comme pour me cacher. Mon regard fuyait de plus en plus vers mon maître de stage, ma voix semblait moins assurée, plus désorientée. Lorsque j'ai pu prendre conscience de tout cela j'ai pu reprendre appui corporellement, prendre le temps de réfléchir à ce que je disais plutôt que d'essayer de combler le vide par un flot de paroles et proposer une mise en jeu corporelle plus sereinement. Néanmoins, l'insécurité que je renvoyais au patient à ce moment-là n'a pas dû aider à la mise en mot. Mon premier ressenti s'est donc tourné plus autour d'un jeune homme insécure avec un fond dépressif qu'il faut accompagner dans la compréhension de ce qu'il se passe pour lui et l'aider à accéder à une symbolisation pour mieux se subjectiver.

À la suite de cet entretien je rencontrerai Tom une fois par semaine pendant 6 semaines.

D) Au fil des séances…

Au vu de tous ces éléments, il a fallu construire une ritualisation sécurisante qui permettrait potentiellement à Tom de s'ouvrir à nous et de laisser le temps de la séance ce sentiment d'étrangeté permanente qui semblait être une défense de Tom pour réagir face aux situations de la vie. Lors de la deuxième séance a été introduit le rituel d'entrer dans la salle, d'enlever ses chaussures, d'aller s'asseoir dans les poufs et d'utiliser une «roue des émotions», chacun son tour, pour aider à comprendre nos états du moment. (Annexe 1)

C'est une roue proposant de décrire son ressenti par une image météo et un mot puis de trouver ensuite en dernier une activité qui nous aiderait à aller mieux. Ce médium a été choisi au vu de la grande difficulté d'expression de Tom.

Lors des 2 premières séances, Tom a choisi les mêmes cases de la roue des émotions : « nuit, soucieux et … » . Les points de suspension signifiaient qu'il ne savait pas quoi faire pour aller mieux. Néanmoins au fil des séances, Tom s'est autorisé à se dévoiler un peu plus avec la roue. Peut-être était-ce du à un ensemble de facteurs comme la relation qui se tissait, le cadre contenant et ritualisé, l'évolution de Tom dans l'unité. Parfois il disait être content ou neutre avec une envie de jouer et d'autre, il disait se sentir nostalgique et avoir besoin de tendresse.

Il n'en dira jamais plus, se contentant de tourner la roue en réfléchissant à ses émotions puis il me la tendait pour que je la lise à haute voix. Il ne voulait jamais en dire un mot mais pouvoir réfléchir à ce qu'il ressentait, lui, était un premier accès à une subjectivation et un accès au symbolique par le biais d'un médiateur non verbal. De plus, sa posture, lors de ce moment semblait évoluer. Il était toujours affaissé, enveloppé dans le pouf mais son regard était fixé sur moi, attendant ma réaction ou attendant que j'en dise un mot. De plus, lorsque mon maître de stage ou moi même montrions notre état émotionnel du moment, Tom se redressait pour regarder notre roue, il ne réagissait pas par la parole mais bien corporellement. Ses pieds reprenaient appui sur le sol, remettant un peu de tonus dans ses jambes et ses hanches pour ressortir un peu du pouf, son buste se redressait ainsi que son axe pour que son regard puisse atteindre la roue, ses mains prenaient également appui sur le fauteuil pour l'aider à redresser son buste. De plus, ses sourcils se relevaient comme pour montrer qu'il était attentif à ce qui était marqué sur cette roue. Cela m'indiquait qu'il s'intéressait à nous,

que malgré sa difficulté à donner sa place à l'autre, il en avait envie. Cela a été une information majeure dans la progression des séances car cela m'a permis de voir que malgré ses difficultés d'être regardé par l'autre, une envie d'être ensemble semblait se manifester.

Ensuite, je lui présentais systématiquement tout le déroulé de la séance avant de commencer pour ne pas inquiéter Tom qui était vite fragilisé par l'inconnu. Il me devançait d'ailleurs régulièrement en me demandant ce qu'on allait pouvoir faire aujourd'hui. Cela étant un des rares moments de la séance où Tom pouvait me regarder droit dans les yeux.

Nous commencions ensuite chaque séance par un éveil corporel. Remettre du mouvement et revenir à du sensoriel semblait nécessaire pour Tom qui errait régulièrement dans les couloirs sans savoir ce qu'il ressentait ni qui il était. Au début nous avons commencé par des étirements en tous genres, de manière assez classique car tous les exercices sortant du cadre ordinaire dérangeaient Tom. Une marche sur le ressenti des ses appuis au sol ou en se concentrant sur son ressenti propre était déjà trop difficile d'accès pour lui qui exprimait ne pas comprendre l'utilité de cela et qui le montrait dans sa manière d'être (mimique étonné, rires nerveux ....). Nous avons donc alterné entre des étirements/échauffements, pour ressentir les muscles et articulations du corps (sensations profondes), et des massages avec diverses balles, pour ressentir le contour de son corps (sensations périphériques et plus superficielles). Cela était des moments appréciés par Tom qui réalisait les exercices en se concentrant sur lui. Il profitait souvent des étirements pour « redécouvrir » son corps, s'amusant de voir que ses orteils pouvaient craquer ou qu'il était capable d'étirer son dos plus loin que nous. Cela était propice au réinvestissement de son tonus. Durant cet échauffement, Tom arrivait à se redresser dans son axe, à ressentir la verticalité permettant un léger redressement du regard.

De plus, Tom exprimait souvent adorer les balles présentes dans la salle de psychomotricité, il prenait le temps de toutes les toucher dans ses mains ou d'essayer sur son bras avant d'en prendre une pour les automassages. L'objet médiateur de la balle semblait être un stimulant pour Tom qui pouvait exprimer spontanément de la joie.

Lors de ces moments, Tom avait une communication non verbale plutôt apaisée, pas de signe d'étrangeté, de regard baissé ou de renfermement. Au contraire, celui-ci se redressait, se contentait de suivre les instructions données, tout en montrant de plus en plus d'aisance au fur et à mesure des semaines, pouvant même me devancer sur les dernières séances. Ces exercices conduisaient à son ouverture face à l'autre et à l'appropriation de ses limites corporelles. Ce tout pouvant faciliter l'accès à la représentation et au fait de trouver sa place, dans cet espace et face à l'autre, amenant en partie à sa subjectivation et symbolisation.

Puis, nous continuions par divers exercices en collaboration que je préparais avant la séance. Certains ont énormément plu à Tom et d'autres le gênaient trop. L'important pour moi, était qu'il en dise quelque chose, qu'il soit acteur de son ressenti, qu'il puisse trouver sa place dans notre trio.

Un jour a été essayé un jeu à trois, en miroir. J'étais face à Tom et mon maître de stage, et ceux-ci devaient reproduire en miroir mes gestes. Je savais que le regard en face à face était compliqué pour ce jeune patient mais je voulais voir si celui-ci, dans sa progression au sein de l'hôpital, pouvait mieux le supporter. Celui-ci a, quasiment instantanément commencer à baisser les yeux, à rire de manière nerveuse et à recroqueviller son buste vers son centre. Une insécurité visible m'indiquait que cela n'était pas agréable pour lui mais je voyais également qu'il n'était pas prêt à s'exprimer de lui-même sur ce qui se passait. J'ai donc pris l'initiative de lui dire ce que je voyais quand je le regardais faire cet exercice pour pouvoir peut-être l'aider à verbaliser. En effet, le fait de lui dire qu'il me semblait que cela le mettait peut-être mal à l'aise et que peut-être cet exercice ne lui plaisait pas lui a permis de dire qu'il voulait arrêter et qu'il trouvait ça trop bizarre. Faire attention à ce que corporellement m'a renvoyé Tom m'a permis de m'ajuster et de ne pas trop insécuriser celui-ci. Par timidité ou juste parce qu'il ne savait pas comment le dire, Tom aurait pu continuer cet exercice qui ne lui plaisait pas et cela aurait pu impacter la relation de confiance qui commençait à bien se lier entre nous.
Il expliquera d'ailleurs en fin de séance : « *il y a beaucoup de choses qui me mettent mal à l'aise et que j'aime pas* ».

Suite à cela, a été décidé qu'après les échauffements, seraient réalisés des jeux sensori-moteurs qui pourraient amener de la régressivité à Tom. Nous avons donc commencé à réaliser des jeux d'échanges de balles, à 2 puis à 3 avec plusieurs balles différentes. Le but était que Tom éprouve une sensation de sécurisation autour d'un médiateur qu'il aime mais également qu'il arrive à s'accorder corporellement à l'autre. Avoir un ajustement tonique opérant n'était pas chose simple pour lui qui avait du mal à se décentrer. Par le biais des balles et de l'éprouvé de la rythmicité que provoquait le son de celles-ci contre le sol, Tom prenait plaisir à s'orienter vers l'autre et à avoir un échange. Lors de ces moments, le sourire montait timidement, l'axe se relevait et la discussion était plus fluide. De plus, une impression de légèreté et d'amusement enfantin pouvait alors animer Tom dans ses mimiques et son regard devenant moins fuyant.

Nous avons également commencé à lui proposer de réaliser tous ensemble des parcours psychomoteurs. Le but imaginé dans cet exercice était en premier lieu que Tom puisse prendre sa place dans la construction du parcours, qu'il puisse investir l'espace et la relation en ayant un but commun. Dans un second temps, il était également intéressant de voir comment Tom réinvestissait le mouvement sur les parcours et comment celui-ci arrivait à se réajuster. Comme pour beaucoup de jeux différents, la première impression de Tom a été de trouver cela « bizarre ». Au début de la première construction de parcours, son dos recommençait à se vouter, ses mains allaient dans ses poches et son regard se réorientait vers le sol. Lorsqu'il a fallu faire un choix de matériel pour le positionner, le corps de Tom était presque immobile, ne bougeant plus dans la salle. De plus, il restait à distance de nous.

Mais notre aide a permis à Tom de, petit à petit, se saisir des objets environnants pour pouvoir lui trouver une place tous ensemble. Très vite, nous avons pu observer que ce jeune patient allait nous proposer des éléments de parcours nécessitant l'enroulement autour de l'axe et l'enveloppement dans des constructions visant à former des « *tubes dans lesquels il faut ramper* ». Lors de ces moments, Tom semblait redevenir un enfant, de grands sourires sont visibles, il est attentif à qui réussissait le mieux le parcours et semblait prendre plaisir à jouer tous ensemble. Dans les derniers parcours, nous avons rajouté divers difficultés : faire les parcours à 2 avec des cordes et des balles à ne pas faire tomber ou alors faire le parcours yeux fermés guidés par un autre participant. Cela était des moments où la relation était plus aisée et où les repères spatiaux de Tom semblaient plus stables. Cela se ressentait dans sa

voix, sa manière de se mouvoir qui était un peu plus dynamique avec une grande possibilité d'adaptation pour réussir à tout prix le parcours, dans sa posture plus droite et son regard plus élevé. Mais je le ressentais également dans mon corps avec une plus grande aisance à cadrer les séances et à m'adapter à Tom. Au début, de manière assez instinctive, je cadrais les séances avec une voix plus rapide, une posture droite et plus de mouvements et de déplacements, comme pour inciter Tom à bouger avec moi, à s'investir ensemble. Néanmoins, il a très vite adhéré au fait de partager ses moments ce qui a pu me permettre de me poser et de ralentir mon rythme, ma manière de me mouvoir et ma prosodie, permettant de privilégier « l'être » au « faire ». C'est-à-dire que j'ai ressenti que, petit à petit, j'accueillais avec plus de spontanéité ce que Tom me montrait ou me disait, j'essayais de co-construire à trois plutôt que d'être dans un objectif de déroulé précis de séance.

À la fin de chaque séance, a été réalisé un dessin. Ce rituel de fin avait pour but de pouvoir se poser après la mise en mouvement et de pouvoir échanger d'une manière plus ludique autour de la séance qui venait de passer. Au début de la prise en charge, une symbolisation ou même une conscientisation de ce que ressentait Tom dans son corps était très difficile. La consigne première était « *dessine quelque chose en rapport avec la séance que l'on vient de passer, soit une émotion, un ressenti ou un moment que tu as apprécié* » Celui-ci était très insécure dans sa présentation et à la demande du premier dessin, celui-ci a répliqué « *bah j'en sais rien, je sais pas quoi dessiner, je fais toujours le même dessin je vais vous le faire* ». Lorsqu'il dessine, Tom est « avachi » dans son coussin et réalise celui-ci très rapidement. Il dira avoir dessiné ce dessin car c'est le seul qu'il savait faire. Nous lui avons alors demandé s' il y avait un rapport avec la première séance durant laquelle le médiateur boxe avait été utilisé. Il a alors réfléchi et a dit que ce dessin montrait que l'on avait été gentils les uns avec les autres. Même s' il a fallu aider Tom à faire le lien entre son dessin et la séance, une première imagination de symbolisation a pu se greffer à son dessin. (annexe 2)

Petit à petit, des explications un peu plus élaborées ont pu être exprimées par Tom. Le deuxième dessin de Tom (annexe 3) représente un zombie car nous avions fait des parcours les yeux bandés et cela lui a fait penser que « *les zombies ne voient pas mais ils sentent* ». Une phrase pouvant montrer que Tom a pu, lors de cette séance, se recentrer sur son ressenti pour accéder à l'apaisement pour ensuite le symboliser dans ce dessin.

Puis le troisième (annexe 4) représente un exercice où nous avions dû tenir une grosse balle entre deux cordes sans jamais la faire tomber. Au-delà de ça, Tom prend le temps de rajouter une phrase qui symbolise le ballon comme étant la terre et a écrit « *la terre est entre nos mains* ». J'interprète cette phrase comme un commencement de maitrise de la part de Tom. Lui qui semblait toujours dépassé par tous les événements environnants semblait trouver dans cet espace en psychomotricité une certaine forme de sécurité permettant un accès à une maitrise de ce qu'il se passait. De plus, la relation duelle commençait à être perçue comme un support ou une aide qui avait du sens. Ici pour porter le ballon tandis que le premier dessin représentant deux bonhommes qui s'enlacent n'a pas pris sens directement pour Tom, semblant néanmoins montrer son besoin d'affection même si celui-ci ne l'exprimait pas comme tel.

Dans l'évolution de ces trois dessins, Tom prenait de plus en plus de place sur la feuille. De plus, il prenait plus de temps à réfléchir et à choisir ses couleurs. Lorsqu'on le questionnait sur ses dessins, Tom arrivait à en dire quelques mots, à y mettre un certain sens.
Lorsque nous dessinions, nous ne parlions pas, chacun prenait un temps pour soit dans le silence. Le silence gênant du début se transformait en silence permettant le calme et la réflexion. Par le regard présent sur moi, Tom attendait mes questions. De plus, il était attentif à nos dessins et nos explications, même si nous regarder était compliqué dans ces moments, nous pouvions voir un regard appuyé sur le dessin et des mimiques en réaction à nos dires.

Après ces moments de partage, je mettais fin à la séance en expliquant à Tom qu'il pouvait remettre ses chaussures, et prendre le post-it que je lui tendais pour le prochain rendez-vous. Comme avec la psychologue, Tom avait du mal à partir des séances. S'accrochant aux objets de la salle pour nous interpeller, il tournait en rond dans cet espace et lui rappeler qu'il pouvait sortir était nécessaire pour finir la séance. Dans ces moments-là, Tom marchait lentement, disait au revoir avec une voix un peu hésitante et fermait la porte tout doucement. Même si Tom ne le communique pas verbalement, sa difficulté à couper le lien est plus que visible. Chez Tom, nouer le lien semblait aussi difficile que de le défaire. Son insécurité dans la relation à l'autre l'empêchait de nous quitter sereinement.

Au fur et à mesure des séances, ma propre communication non verbale a changé et j'ai pu en faire une analyse après coup avec l'aide de mon maître de stage. Sur les dernières séances, une observation et une adaptation plus fine de celle-ci était visible. Je pense que ma communication non verbale a évolué également grâce à la relation qui s'est créée au fur et à mesure et à l'aide de l'appui des ritualisations qui sécurisaient Tom et qui, en parallèle, me sécurisaient également, voyant ce patient mieux investir cet espace.

Néanmoins, lors de l'installation de divers médiateurs comme la roue des émotions ou des rituels, Tom arrivait mieux à communiquer avec moi et cela le mettait moins dans une situation de stress, ce que je ressentais également. De plus, l'habituation à la sensation d'étrangeté et de déprime de Tom m'a permise de mieux analyser ma posture, mes mots et mon engagement corporel dans la relation. J'ai pu alors accepter de laisser des silences en montrant à Tom que cela n'était pas grave, cela n'était plus des silences qui se déroulaient sans trop savoir pourquoi mais des silences laissés volontairement, en conscience de ce que je voulais faire vivre à Tom durant ces moments-là. J'ai également fait l'effort de peser mes mots, prendre le temps de parler et de ralentir ma voix. De plus, dans mon déroulé de séance, j'ai pris parti de ne plus être dans une performance de faire au maximum de choses mais plus de nous laisser le temps de vivre chaque exercice. Il était plus important de voir où Tom prenait du plaisir pour faire perdurer ce moment et lui permettre d'expérimenter, d'apprivoiser la relation sécure à l'autre et le partage. Une légèreté voulue et un ralentissement se sont opérés et m'a permis, dans un premier lieu, une observation fine de la communication corporelle de Tom, puis, dans un second temps, une observation de ma propre communication permettant un ajustement à celle de Tom et un moment de détente.

C'est lors de cette détente, de ma part puis de la sienne qui a suivi, qu'a pris sens tout le concept de dialogue tonico-émotionnel de **J. de AJURIAGUERRA.** Un apaisement général émotionnel et tonique de ma part a pu permettre à ce patient de s'apaiser également, d'expérimenter divers sensations et de s'habituer à ce que l'espace de psychomotricité soit un lieu où il peut jouer sans être jugé. Chaque moment semblait normal pour lui qui n'a plus dit une seule fois « bizarre » dans les trois séances qui ont suivi. Chaque moment était ritualisé et même le moment de dessin était attendu. De plus, certaines expressions spontanées pouvaient arriver de sa part pour argumenter un moment ou me parler de sa semaine dans l'unité.

E) Fin de la Prise en soin

Lors de la dernière séance, Tom était heureux de venir en psychomotricité. Il est arrivé avec un air détendu, a enlevé ses chaussures automatiquement et est allé directement s'installer dans son pouf. Néanmoins, il exprimait un sentiment spontané de nostalgie. Je lui ai demandé pourquoi mais il n'a pas su me répondre. J'imaginais bien que cela était lié au fait que nous allions nous quitter et finir sa prise en soin en psychomotricité mais il était important que je ne le verbalise pas à sa place et qu'il puisse en prendre conscience seul. Tom était encore une fois enveloppé dans son pouf, attendant que je lui tende la roue des émotions et que j'explique le programme du jour. La consigne était un peu différente ce jour-la car je lui ai demandé d'exprimer ce que lui faisait ressentir la fin de prise en soin. Tom a pu répondre « soleil, content et liberté ». Il a ensuite exprimé qu'il avait mis liberté car il était heureux de retrouver plus de liberté et de pouvoir rejouer aux jeux vidéos et continuer d'apprendre à conduire. Une expression plus libérée avec un regard plus net et plus haut était visible.

Lors de cette dernière séance, il est décidé que je réaliserai la première partie d'échauffement et que la partie de mise en mouvements serait décidée par Tom. Le premier réflexe de Tom au moment de choisir son activité a été de dire « je sais pas » et de regarder vers le sol. Un mécanisme de défense qu'il a vite réussi à surmonter avec mon étayage. Sentant le malaise venir, je me suis alors tournée vers lui. J'ai baissé ma voix et ai bougé dans la pièce pour lui montrer les divers possibilités de jeux. Il a alors très rapidement choisi un jeu de fléchettes et a pris plaisir à compter les points de la partie. Son axe s'est relevé, un ajustement du tonus a été observable pour viser le mieux possible et des mimiques de sourire semblaient montrer son amusement.

Pour finir, nous avons pris le temps de dessiner, chacun, comment nous avions vécu la psychomotricité tous les trois. Tom a réellement pris le temps de réfléchir à ce qu'était la psychomotricité pour lui et pour la première fois, diverses émotions ont pu être marquées sur le papier (annexe 5). Il a écrit de différentes manières diverses sensations ressenties lors des séances et a expliqué qu'il a dessiné deux bonhommes différents car il avait à la fois des émotions drôles et positives et des émotions plus gênantes et négatives.

À la suite de ça, nous nous sommes tous levés et avons souhaité à Tom d'aller mieux dans son suivi à l'extérieur. Il s'est alors redressé, est parti, comme toujours, un peu hésitant mais a su se retourner pour nous regarder dans les yeux et nous dire merci.

Tom est arrivé avec une présentation assez particulière, ne sachant pas s' il y avait ou non un état dépressif avéré ou si une psychose s'installait. Ce qui était le plus marquant était sa présentation générale déprimée et étrange à la fois. Il est venu dans l'unité pour essayer de trouver de l'aide pour se stabiliser et comprendre qui il était. En sortant de l'unité, ce travail de compréhension psychique était loin d'être fini et un long chemin de tests et de prises en soin allaient continuer à se mettre en place pour essayer de déterminer quel est le réel besoin de celui-ci. Néanmoins, l'objectif d'apaisement et de stabilisation de l'état psychique et émotionnel est en partie réussie. En effet, sa présentation générale a évolué durant le mois et demi de son hospitalisation et il a réussi à re-mobiliser assez d'énergie pour retrouver sa vie habituelle avec ses prises en soin au CMP. Au vu des observations plutôt positives visibles en psychomotricité, nous l'avons réorienté vers une des psychomotriciennes du CMP qui allait commencer un suivi avec Tom. De plus, celui-ci allait passer des bilans pour savoir si une schizophrénie s'installait ou non et il allait également continuer ses prises en soins habituelles du CMP.

F) Conclusion

Pour conclure, j'ai choisi de vous présenter le cas de Tom car c'est une prise en soin qui reflète très bien le sujet de ma problématique. Tom a été un patient qui parlait peu, où l'accès à un dialogue verbal était fastidieux et qui avait difficilement accès à son ressenti propre. Néanmoins, sa communication non verbale était riche et très facilement observable. À défaut de pouvoir dire ce qui le dérangeait, Tom a pu montrer ce qui le gênait ou non, ce qui m'a permis d'adapter en permanence la séance et ma propre position en tant que future soignante. Pouvoir m'appuyer sur sa manière de se mouvoir m'a permis d'ajuster la mienne pour essayer de sécuriser et d'apaiser au mieux ce patient ainsi que de trouver un déroulé de séance qui pourrait lui convenir. Certaines choses lui ont directement plu ce qui a facilité une ouverture de sa part, d'autres, l'ont mis mal à l'aise et m'ont montré la voie pour m'ajuster en fonction. Malgré le petit temps d'adaptation, cela nous a permis de créer, à trois, une relation sécure permettant un dialogue et un ajustement tonique régulier. Ces observations ont donc permis une mise en mouvement, une relation sécure qui l'ont aidé à accéder petit à petit à un apaisement visible et une certaine symbolisation qui est encore assez pauvre et dure à comprendre pour Tom mais qui commençait néanmoins à apparaître par le dessin et un peu par le langage.

III/ Le groupe thérapeutique

Dans L'unité, la prise en soin groupale est largement favorisée pour de nombreuses raisons qui vont être énoncées par la suite. En effet, il existe plusieurs moments groupaux qui sont menés lors d'ateliers de paroles avec la psychologue par exemple ou lors d'activités ou de sports menés par l'éducatrice. De plus, la réunion soignants/soignés est un moment très riche d'informations. En effet, c'est un moment où tous les jeunes sont ensemble avec les soignants et où la communication non verbale de chacun va agir sur les autres. Pour finir, la psychomotricité accorde également une place importante à ce que l'enveloppe groupale[4], théorisé par **ANZIEU**, peut libérer ou montrer d'un jeune. Il existe alors trois ateliers: l'atelier des sens, le groupe boxe et l'atelier des émotions. Dans cette partie, j'axerai mon analyse sur le groupe Boxe qui a pu être riche d'observations pour moi malgré le fait que chaque médiation ou groupe révèle une communication non verbale différente et riche.

A) Les enjeux du travail groupal et de la communication non verbale

Comme nous l'avons vu un peu plus haut dans ce mémoire, l'adolescent doit pouvoir se détacher de son cadre familial de base pour s'individuer et trouver qui il est vraiment. Pour cela, le groupal est important car en général, c'est une période où nous nous tournons vers les autres adolescents pour faire groupe, trouver sa place, s'identifier. **Catherine POTEL** dira d'ailleurs : « *Pour que le groupe puisse remplir les effets de contenant et de repérage dont l'adolescent a besoin, les rôles de chacun vont se distribuer en fonction des personnalités : le leader, le modérateur, l'intellectuel, le souffre-douleur, le comique, le « consolateur », le confident, etc*. » (1, p.112).

Pouvoir travailler les problématiques adolescentes au sein du groupe pourra donc nous montrer en premier lieu comment chaque patient de l'unité agit avec d'autres jeunes, *quelle place prend t'il ? comment s'adapte t'il aux personnes en face? Est-il porté par le groupe ou au contraire angoissé?*

Cela pourra nous donner une idée de comment, à l'extérieur, celui-ci est plus ou moins mis à mal par les autres ou arrive à s'intégrer et à prendre une place, un rôle dans cette mini-société.

---

4 *délimite un dedans et un dehors, un contenant, qui permet une circulation fantasmatique et identificatoire entre les personnes*

De plus, **POTEL** a également théorisé sur les trois intérêts majeurs du groupe thérapeutique.

Il y a tout d'abord les effets de contenance. En effet, à contrario d'un groupe qui se constitue de manière libre dans la vie de tous les jours, le groupe est choisi pour un objectif précis. Le but est d'avoir des patients sélectionnés avec soin et avec un objet médiateur qui va pouvoir orienter les interactions et relations qui vont se créer durant ce temps donné. « *le groupe va proposer une scène imaginaire, fantasmatique, où se tisseront des liens entre tous, patients, thérapeutes, où s'exprimeront conflits, agressivité, séduction, rivalité, toute la gamme des sentiments qui émergent dès que l'on est en relation à l'autre* » (27, p.83) . En effet, ce travail va permettre l'émergence de pleins d'émotions et vécus qui vont se partager, s'étayer les uns et les autres, parfois se confronter. Cet effet de contenance va être primordial et porté par le cadre thérapeutique. Dans l'unité, le travail autour de la boxe se doit d'être extrêmement bien contenu et mené car c'est un temps donné où le rapport au toucher et à l'agressivité de soi et de l'autre, vont potentiellement réveiller en chacun un vécu douloureux. Le travail autour des émotions va également pousser les jeunes participants à réfléchir sur ce qu'ils ressentent, chose qui n'est pas simple dans un temps de crise comme ils sont en train de vivre.

Il y a ensuite l'effet de la diffraction des investissements. C'est-à-dire que l'on s'éloigne du risque d'un transfert[5] trop massif envers le thérapeute qui peut parfois se faire dans la relation duelle. Cela au profit d'un apaisement du transfert grâce à la possibilité d'adossement des jeunes aux autres adolescents. Cela dans l'objectif de mieux travailler la différenciation. En effet, il arrivait parfois que certains jeunes de l'unité n'ajustent pas la bonne distance face aux thérapeutes. Certains entraient dans un jeu de séduction du soignant quand d'autres étaient dans un rejet total. Trouver la juste distance était d'ailleurs un travail réalisé dans le groupe boxe pour pouvoir atteindre le corps de l'autre avec les gants mais ne pas entrer non plus dans la sphère intime de l'autre.

Pour finir, il y a un enjeu identificatoire dans le groupe. Proposer un groupe permet de proposer aux adolescents divers figures d'identifications très différentes, d'autres jeunes, des soignants adultes, des garçons, des filles, des caractères différents, des physiques différents..

---

5 *« processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent sur certains objets dans le cadre d'un certain type de relation établi avec eux » Laplanche et Pontalis*

Grâce aux soignants et à la médiation, les jeunes peuvent « se lancer » à aborder l'autre autour d'un thème ou d'une activité qui donne sujet à échanger, à faire ensemble et vient enrichir ses expériences relationnelles.

Nous l'avons donc compris, un tas d'enjeux vont se créer dans le travail groupal, notamment à cette période adolescente. De ces groupes thérapeutiques découleront des communications non verbales individuelles et d'ensembles riches qui orienteront le soin, agiront sur les uns et les autres et viendront impacter le déroulé de la séance et la dynamique générale.

En effet, la communication non verbale de chacun va être d'autant plus riche qu'il y a d'individus composant le groupe car chacun va réagir à l'autre à sa manière. À un même comportement ou événement, sera associé autant de réponses différentes.

Dans le groupe, les jeunes vont réagir avec leurs émotions et sensations, cela interagissant avec les réactions émotionnelles des autres et également à l'ambiance groupale générale et au rapport au médiateur commun.

Pour certains des jeunes qui sont peu expressifs en séance individuelle, le groupal peut se révéler surprenant et riche d'informations car se confronter à d'autres adolescents réactivent certains enjeux sociaux.

D'autres, qui sont très expressifs voire beaucoup trop dans la relation duelle, vont au contraire, s'inhiber.

B) Projet et objectif du Groupe

Le groupe boxe est un atelier de psychomotricité d'une séance par semaine le vendredi après-midi de 14h30 à 15h45.
C'est un groupe ouvert. Au vu de la temporalité spéciale qu'impose l'hospitalisation complète, la composition des groupes change quasiment chaque semaine.

Les objectifs de travail sont :

- Tempérer le passage à l'acte, mettre du sens et rendre symbolisable les pulsions en passant par l'acte moteur. Contenir son impulsivité.
- Prendre conscience de ses éprouvés corporels, de ses émotions et tenter de les exprimer.
- Pouvoir se confronter, s'affirmer sans être débordé. Réguler les tensions internes.
- Travailler sur le dialogue tonico-émotionnel, la régulation tonique.
- Renarcissiser le sujet et sa confiance en soi et en l'autre.
- L'acceptation de la règle, de l'interdit, des limites.
- Travailler sur l'image du corps et le schéma corporel.

En plus de tous ses objectifs de soin, le médiateur de la boxe va éveiller beaucoup de sensations et d'émotions chez les jeunes participants qui rendront leurs communications non verbales riches et qui rendra l'interaction et le dialogue tonico-émotionnel au centre du travail corporel.

C) Le groupe Boxe

En psychomotricité, l'utilisation de médiations corporelles vont éveiller chez les patients des sensations et émotions intenses. La mise en mouvement va permettre de vivre ou revivre des expériences de la vie qui vont se manifester dans tout le corps. Il est donc primordial, dans ce métier du corps en relation, de prêter plus qu'attention au langage corporel et à la communication non verbale.

1. la boxe

L'utilisation de la médiation de la boxe va pouvoir renvoyer aux patients différentes images en lien avec les idées qu'ils ont au préalable sur ce sport. Certains arriveront avec une envie de se défouler, de frapper, avec une idée d'agressivité voir de violence sous-jacente. D'autres arriveront au contraire avec une appréhension ou une peur de cette médiation.

À l'arrivée dans ce groupe thérapeutique, nous nous asseyons en rond pour faire un tour des humeurs de chacun. Ensuite sont présentées les trois règles de base qui doivent être à tout prix respectées :

- Personne ne repartira en ayant eu mal de cet atelier, il faudra donc faire attention à l'autre et à soi.
- Nous avons le droit de toucher uniquement les points de touches suivants: le nombril, le sternum, les épaules, le menton, le nez, le front et les deux oreilles. Il est interdit de toucher en dessous de la ceinture ou dans le dos.
- Ce sont des touches qui sont réalisées et non des coups ou des frappes. Il sera autorisé de frapper dans certains exercices dans les gants de partenaires mais uniquement quand la règle sera énoncée.

Après l'instauration de ce cadre, il est demandé à chaque patient s'il ressent des douleurs et s'il y a des zones de touches autorisées où il ne souhaite pas être touché. S'il y en a, nous répétons ensemble les différents endroits à ne pas toucher chez l'autre.

Le déroulé de séance est ensuite pensé de l'accordage à l'opposition mais cela est malléable en fonction des groupes et de ce qu'ils apportent au fur et à mesure. En effet, les séances sont initialement pensées pour créer une cohésion de groupe avec des jeux au début pour arriver petit à petit à de l'opposition pour ne pas que les jeunes soient débordés directement par le face à face. Néanmoins, certains auront au contraire besoin d'être d'abord seuls dans l'opposition avant de pouvoir faire confiance et faire groupe.

La boxe est une médiation qui demande d'être face à l'autre, où nous devons nous confronter à son regard et son corps. C'est une médiation de contact qui éveille notamment tous les enjeux de l'adolescence c'est à dire se confronter au corps de l'autre et à son corps

propre. Pour toutes ses raisons, le cadre sera très important et participera à l'obtention d'un apaisement des adolescents.

POMMEREAU dira que le cadre est « *le support, le châssis, ce qui constitue la structure de l'espace de soins. Il est donc question de contenance, non de détention. Il est aussi question de souplesse et non de rigidité*. » (22, p.1)

ANZIEU complète cette idée en disant qu'il est « *un contenant maternel , une enveloppe protectrice qui a le rôle d'une seconde peau psychique, où les pensées du sujet peuvent se déployer* » (26, p.109)

C'est ici tout le but du groupal en médiation boxe: permettre l'extériorisation de ses pulsions et émotions dans un espace contenant et contenu de manière malléable de sorte à pouvoir accueillir les différents vécus, les laisser s'exprimer et les sublimer en pensées plus élaborées.

2. *Une communication non verbale de groupe riche*

Cette médiation va donc éveiller de nombreuses choses pour les patients , choses qu'ils vont beaucoup nous communiquer de manière non verbale car parler face au groupe, évoquer ses difficultés ou faiblesses est trop compliqué, notamment et encore plus à l'adolescence où l'image et le regard de l'autre est important.

En plus de tous les éléments de communication non verbale déjà évoqués plus haut comme le regard, la proxémie de chacun, la posture, le tonus, la prosodie, etc…, il est très intéressant de voir comment chaque adolescent va changer sa manière de communiquer en fonction de la personne qu'ils ont en face d'eux. Des fois, la communication du jeune est beaucoup plus fluide avec les soignants en comparaison avec les autres adolescents et inversement. Parfois la communication non verbale en individuelle et en groupe change totalement et parfois une discordance verbal/ non verbal est plus que visible.

D) Cas cliniques et analyse

Une proxémie parlante *:*

Aujourd'hui, nous avons quatre participantes. Karine dont la vignette clinique a été détaillée en page 27 , Sofia présentant des idées suicidaire suite à une agression sexuelle, Isis, ici pour crises clastiques et Ana qui revient régulièrement en hospitalisation car elle présente une dépression chronique depuis 3 ans. Ce jour-là, nous avions à faire à un groupe peu expressif, avec un rapport à l'agressivité et au toucher qui était très compliqué. C'était un groupe qu'il allait falloir porter pour qu'elles puissent se mobiliser.

Le plus marquant à observer dans ce groupe est la proxémie qu'elles peuvent présenter les unes avec les autres. Comme s'il était indispensable de s'éloigner au maximum pour ne pas entrer dans leurs bulles.

Karine se met dès le début dans un coin de la pièce, recroquevillée sur elle-même, en hypervigilance par le regard et le tonus.

Sofia se met contre un des murs, sans discuter avec les autres et observe également.

Isis se place, elle, au centre de la pièce.

Ana s'installe dans un autre coin de la pièce, dans un pouf, après une longue discussion en chambre pour qu'elle veuille bien essayer de venir.

Dans ce groupe, la règle d'essayer au maximum de participer a été énoncée mais lorsqu'il y a besoin de prendre un peu de distance pour souffler, il est possible d'aller s'asseoir dans un pouf pour mieux revenir ensuite. Cela est porteur pour les filles qui sont toutes restées dans l'atelier en allant, chacune leur tour, observer et souffler dans le pouf quelques minutes avant de revenir. Ce besoin pour chacune de prendre de la distance était visible, d'où le fait de leur laisser, dès le début, cette possibilité pour que tout se passe au mieux.

Durant les différents exercices, Karine, peu importe avec qui elle boxe, garde au maximum ses distances, touchant à peine l'autre quand elle étire son bras de tout son long. Elle présente également des réactions de prestance et des réflexes d'éloignement quand l'autre essaye de la toucher. Elle qui cherche dans l'unité à se bagarrer avec tous les soignants, révèle ici toute sa fragilité. Elle exprime avoir peur qu'on la frappe ou de frapper

quelqu'un sans faire exprès, suite à cela, nous proposons donc un exercice de maitrise de la force pour lui montrer qu'elle est tout à fait capable de faire attention aux autres et inversement.

Ana, elle, est souvent dans le pouf, amimique, sans contact oculaire, en hypotonie totale. Elle exprime avoir peur de faire mal. Nous avons donc changé tous les jeux d'opposition proposés habituellement en fin de séance par uniquement des jeux d'accordage, « ensemble ». Cela lui a permis de venir d'elle-même sur les derniers exercices.

Sofia, malgré la distance qu'elle prenait au début, réussit à se rapprocher de ses partenaires et finalement à prendre plaisir à boxer ensemble. Elle a besoin de temps en temps d'aller dans le pouf mais revient après avoir soufflé pour participer avec dévouement aux exercices en cours.

Pour finir, Isis, bouge peu dans l'espace de la pièce, elle semble avoir du mal à « prendre de la place ». Elle qui était là pour des débordements chez elle, avait du mal à s'approcher de l'autre en partageant cette même peur groupale de faire mal. Néanmoins, comme Sofia, elle a su apprécier les divers exercices et permettre un léger rapprochement et une mise en mouvement sur la fin de séance.

Dans ce groupe, pour pouvoir travailler autour du rapport à l'autre et à soi, il était primordial de trouver la juste distance. La juste distance entre elles, avec nous, dans les jeux proposés, dans l'espace à utiliser et dans le cadre à imposer. Pour pouvoir être soignant, une observation fine de leurs réactions était nécéssaire car nous avions un groupe qui parlait peu et qui pouvait être vite fragilisé.

L'observation de la dynamique groupale a donc été le premier axe de travail. Chacune avait peur de blesser les autres et préférait rester dans sa bulle plutôt que de créer une bulle de groupe. Il a fallu beaucoup encadrer, étayer les propositions et nos observations en prenant un temps après chaque exercice pour échanger sur comment nous nous sentions et quelles étaient nos difficultés dans chaque exercice.

En adoptant une posture ouverte, douce et empathique, propice à l'échange, la parole a pu peu à peu se libérer. Parfois il était intéressant de dire aux filles ce que nous, nous avions perçu. Par exemple, lorsque Karine se regroupait sur elle même ou qu'elle reculait pour ne pas être touchée, nous nous permettions de lui dire que l'on avait vu son recul, que ce n'était pas du tout grave mais que nous voulions savoir si elle s'en était rendue compte. Cela permettait l'échange et l'expression de leurs craintes ou sensations pour orienter la suite de la séance. Grâce à cela, nous pouvions répéter régulièrement le cadre aux adolescentes. « *Attention rappelez vous que Karine préfère qu'on l'approche doucement » ou encore « tout le monde fait attention aux autres pour que personne ne ressente de douleur, on hésite pas à exprimer si quelque chose nous dérange* ».

L'observation du non verbal permettait l'émergence du verbal et une prise de conscience de ses états émotionnels et toniques. Nous avons pu voir un léger déliement de la communication non verbale qui semblait plus apaisée sur la fin de la séance. Une légère ouverture du torse de Karine était observable même si la vigilance restait très présente. Une plus grande mise en mouvement de Sofia et d'Isis se remarquait et une participation active d'Ana, avec l'émergence d'un petit plissement au coin de ses yeux, qui était jusque là passive, semblaient signifier qu'elles faisaient plus groupe qu'en début de séance. De plus un rapprochement de l'autre a été petit à petit possible, pour finir la séance en créant un petit cercle de parole où les unes et les autres se sont placées naturellement côte à côté sans laisser de grands espaces entre elles..

L'adaptation de la séance était un deuxième axe de travail qui découlait du premier. Dans les séances de boxe en général, nous commencions par des jeux d'accordage pour finir la séance sur des jeux d'opposition plus ou moins affirmés en fonction de la personnalité de chaque personne constituant le groupe. Cette fois-ci, il a été décidé, au vu de la présentation générale du groupe, de commencer par des petits jeux d'opposition qui ne nécessitaient pas beaucoup de mouvement pour avancer et finir la séance sur des jeux d'accordage. Cela a été réfléchi également avec ce que chacune nous montrait à voir d'elle. Pouvoir faire confiance à l'autre était trop compliqué d'emblée. Il nous a alors semblé nécessaire que chacune puisse apprivoiser sa propre capacité à se protéger avant de pouvoir oser approcher l'autre. L'alliance groupale qui se formait habituellement grâce aux jeux de groupe, a pu ici se faire au contraire en prenant le temps d'être seul. Il y a ici un exemple du fait que l'observation de la

communication non verbale nous emmène à construire nos séances en étant plus dans l' être que dans le faire, c'est-à-dire que celle-ci nous guide pour créer des séances plus adaptées au groupe plutôt que de rester sur des exercices de bases prévus avant la séance.

Dans cette séance, la distance qui a été montrée dès le début par les adolescentes a, au contraire, permis de faire groupe. Chacune a pu exprimer des peurs similaires et voir qu'elles n'étaient pas seules à éprouver la même chose. Pouvoir se rendre compte de cela a pu aider à apaiser l'ambiance de base et aider à entrer petit à petit dans un travail approfondi des ressentis pour finir sur un temps où les défenses de base semblaient s'être abaissées.

La question du regard *:*

Comme nous l'avons déjà soulevé dans ce mémoire, le regard de l'autre est très important à l'adolescence et influe également beaucoup sur le notre. La temporalité des hospitalisations oblige très souvent à changer au moins une personne dans le groupe en fonction des départs et des arrivées. Mais, exceptionnellement cette fois-ci, il a été possible de faire un travail en boxe avec le même groupe, composé de trois jeunes, pendant trois semaines d'affilée. Sofia, vu précédemment, qui a donc réalisé 4 séances de boxe au total dont 3 dans ce groupe. Joyce qui aura réalisé trois séances et qui est ici pour idées suicidaires après un viol intra-familial et Tatiana qui est ici pour idées suicidaires scénarisées, et qui aura réalisé également trois séances.

Connaitre les personnes du groupe a été facilitant pour les trois adolescentes qui ont montré une évolution de leurs capacités et de leurs communications non verbales de manière assez visible pendant ces trois semaines.

Lors de la première séance, les trois adolescentes se regardent peu. Le plus visible est pour Joyce qui garde la tête baissée en permanence, ne regarde jamais dans les yeux quand on lui pose une question, et présente de grosses crises de TICs dès que les regards portent sur elle, ce qui la gêne d'autant plus. Elle présente alors une posture complètement voutée, ne bouge pas du tout dans l'espace de la salle et oscille entre hypertonie avec les TICs et hypotonie pour se cacher. Joyce ne répond d'ailleurs pas au peu de questions que l'on pose au groupe.

Tatiana est également fuyante du regard, elle parle très peu et très doucement, elle n'occupe également pas beaucoup de place dans l'espace de la pièce et se touche les mains en permanence.

Sofia, participant à sa deuxième séance est un peu plus confiante dans sa posture. Elle est plus droite dans son axe, attend les consignes, peut nous regarder, mon maitre de stage et moi dans les yeux mais pas encore les deux autres participantes.

Une séance de l'accordage à l'opposition se fait alors. Lors des jeux d'accordage où il faut être en duo avec l'autre, les crises de TICs de Joyce s'accentuent, elle semble se replier d'autant plus et s'énerve contre elle-même. Les deux autres adolescentes semblent compréhensives mais gênées pour elle, faisant tout pour éviter de la regarder. Nous décidons alors de passer plus rapidement à des jeux d'opposition où chacune agit pour soi.

Nous commençons par un jeu où il faut d'abord décharger ses poings rapidement contre un tapis puis souffler pour venir toucher tout doucement le nez d'un autre participant. Ce jeu a permis à Joyce de décharger l'énervement qui commençait à monter en elle et les crises de TICs se sont atténuées. À la fin de séance, plus de TICs visibles et l'opposition a beaucoup plu aux trois jeunes femmes qui ont commencé à relever le regard, à oser se lancer des oeillades pour finir sur une opposition franche mais bienveillante. Toutes trois, qui étaient plus réservées voir repliées au début de séance, sont à la fin droites dans leurs axes et actives dans le mouvement. Tout l'espace de la salle est occupé et des rires se font entendre. Sofia dira que la boxe lui fait du bien et lui permet de reprendre confiance, Tatiana dira que cette première séance l'a amusée et Joyce dira avoir aimé la décharge et l'opposition et exprimera elle même que « j'ai remarqué qu'à la fin j'avais plus de TICs comparé au début ».

Lors des deux séances suivantes, et de plus en plus, les filles semblent prendre confiance dans cet atelier. Elles arrivent d'elles-mêmes, prêtes à travailler. Elles s'installent dans la pièce en rond, discutent des « potins » de l'unité et se regardent les unes et les autres. Joyce arrivera à la troisième séance en étant très bavarde, en rigolant et en enlevant pour la première fois son gros pull qu'elle mettait tout le temps dans l'unité et dans les prises en soins. La question autour du regard et de la confiance a continué à être travaillée en même temps que tous les enjeux de la boxe. Mon maitre de stage ou moi avons proposé divers exercices. L'observation des réactions de celles-ci continuait à être fine car malgré la nette amélioration du groupe, elles restaient peu expressives par les mots. Lors d'un jeu où il faut

fermer les yeux pour se laisser guider par l'autre, Tatiana devient hypertonique. Elle commence à bouger fortement ses paupières et sa respiration s'accélère. Privée du regard, cela semble être compliqué pour elle. Nous décidons alors d'arrêter l'exercice pour demander si tout le monde va bien. Tatiana dit aller bien mais quand nous la questionnons sur ce que nous avons vu elle finira par dire que c'est trop dur pour elle et qu'elle ne peux pas fermer les yeux. Nous avons donc continué la séance en arrêtant cet exercice.

Dans ce cas là, nous avons une évolution sur plusieurs semaines qui a pu être riche d'informations.
Dès la première séance, le regard semble compliqué pour les trois jeunes femmes. Regarder dans les yeux peut paraitre très intrusif. De plus, regarder quelqu'un c'est oser se confronter à son retour sur nous même. Pour ces trois adolescentes qui viennent revaloriser leurs images et leurs capacités à se protéger et à faire confiance à l'autre, ce n'était pas chose aisée.

Leurs communications non verbales ont donc orienté en premier lieu un travail général sur le regard de l'autre mais également le regard de soi envers nous-même. Des jeux de boxe autour du regard direct, du regard périphérique, du rapprochement puis de l'éloignement à l'autre ont été proposés. Nous encouragions régulièrement les jeunes femmes à faire attention aux mimiques de l'autre pour voir si un malaise ou un mal-être y était présent. En tant que soignant, cela nous a également orienté sur comment poser notre regard envers chacune d'entre-elles. Un regard balayant régulièrement chacune des filles était plus propice à l'échange alors que dans certains groupes il était nécessaire d'appuyer plus son regard vers certaines personnes plutôt que d'autres.

Cela nous a également aidé à orienter la séance et les jeux proposés en fonction des réactions de chacune. Par exemple, lors du jeu les yeux fermés, Tatiana n'osait pas exprimer spontanément sa gêne et pouvoir observer cela et s'en saisir était primordial pour garder la sécurité du cadre. Laisser Tatiana vivre une expérience désagréable pour elle aurait pu impacter l'alliance thérapeutique et l'équilibre du groupe. De plus, cela a permis de discuter ensuite sur l'écoute de soi et de ses limites et jusqu'où il était bon ou pas de repousser ses limites. Prendre un temps pour se poser et prendre conscience des sensations que cela lui provoquait semble l'avoir détendue. En effet, le tonus s'est peu à peu régulé chez elle et son

regard qui commençait à se rabaisser a pu rapidement retrouver un appui dans le regard de l'autre.

Les trois adolescentes exprimaient régulièrement un besoin de se dépenser dans le groupe boxe, un besoin de remise en mouvement qui se ressentait dans la motivation engagée dans les exercices d'opposition. Sur la dernière séance, nous avons pu discuter à 5 sur les progrès réalisés durant les trois semaines passées. Les jeunes pourront elle-même parler de leurs évolutions dans leurs manières de penser les choses et cela se remarquait en séance dans leurs manières de se mouvoir. En effet, Sofia qui avait du mal à se laisser toucher ou approcher lors des deux premières séances, éprouvait beaucoup moins de mal à aller vers l'autre et à se laisser approcher, ce qu'elle exprimera. Joyce était elle aussi beaucoup plus dans l'action, le regard en avant, allant vers l'autre et le dira également. Tatiana remarquera qu'il est encore difficile pour elle de faire confiance en général mais que dans le groupe elle se sentait à l'aise et que c'était un bon moment ensemble.

Dans ce groupe qui parlait peu et qui semblait manquer de confiance, l'écoute du corps a permis d'orienter la manière de parler, de regarder, de proposer les exercices. Cela nous a permis de travailler leurs problématiques pour que chacune puisse exprimer à la fin avoir trouvé de l'apaisement dans cet atelier. Quand parler est tabou et que les enveloppes corporelles sont plus que fragilisées par divers traumas, il est très important de pouvoir travailler ce rapport à l'autre et à l'agressivité qui sont en général deux sujets qui angoisse les jeunes. L'observation de leurs communications non verbales a donc été un réel support de travail et d'écoute pour chacune d'entre elles. Chacune ressortira en se connaissant un peu mieux. Sofia est même venue en fin de séance pour venir nous remercier de l'avoir aidée.

<u>Un dialogue tonico-émotionnel riche</u>:

C'est la première fois que je participe au groupe Boxe. Sont présents aujourd'hui trois jeunes: Kylian (14ans), Corinne (14ans), Louane (13 ans) et mon maitre de stage. Ce sont trois profils de jeunes très différents où les enjeux sont multiples.

Kylian est ici pour hétéro-agressivité et crises clastiques, il arrive en montrant et en disant qu'il n'a pas envie de réaliser l'atelier. Il se place dans un pouf au fond de la pièce, les bras et les jambes ouverts, la tête en arrière et regarde vers le ciel.

Corinne n'a également pas envie de venir, elle n'aime pas bouger du fait de son surpoids. Elle est ici pour idées suicidaires. C'est une jeune femme qui est régulièrement hospitalisée. Elle vient en trainant des pieds et se colle à son amie Louane.

Louane est aussi là pour des idées suicidaires suite à un vécu de violences. Elle arrive la tête relevée, une démarche énergique, une posture ouverte, prête et contente de participer nous dira t'elle.

La construction de la séance va de l'accordage à l'opposition.
Dans ce groupe, les jeux d'oppositions ont été riches d'observations. Louane disait n'avoir peur de rien, bougeait beaucoup et dans tous les sens pour esquiver les autres. Cela a entrainé une dynamique de groupe très énergique où Kylian semblait être dans la compétition et Corinne semblait être débordée par tout cela.

Lors des face à face, Kylian est précis, il a une posture droite et fait attention à l'autre. Sa force est ajustée, il arrive à se mouvoir dans la pièce et à participer à la majorité des exercices malgré le fait qu'il se soit positionné en observateur à la fin de la séance.

Louane bouge beaucoup, dans tous les sens, et n'arrive pas à toucher son adversaire. Son tonus s'ajuste difficilement entre les différents moments de protection/avancer vers l'autre. Dès que l'on approche Louane, beaucoup de réactions de prestance sont observables. On y voit beaucoup de sursauts, ses yeux qui roulent vers le ciel, des réflexes de reculs qui sont réguliers. Pourtant celle-ci n'arrête pas de répéter « j'ai peur de rien moi, l'opposition c'est ce que je préfère ».

Corinne, elle, se protège beaucoup, ne va pas beaucoup dans l'opposition et présente des mouvements lents et hypotoniques. Entre les exercices, elle cherchera à faire rire en ayant une motricité très éparpillée. Une excitation est notable dans cet atelier alors qu'elle est plutôt calme dans l'unité.

J'ai pu porter une attention particulière à chacune des personnalités que j'avais en face de moi pour essayer de m'ajuster au mieux. Il était important également de s'intéresser à comment la dynamique de groupe influait sur les uns et les autres.

En effet en tant que soignant, faire attention à la communication non verbale des jeunes fait parti de notre métier mais les jeunes entre eux ne vont pas forcément avoir cette même écoute ou regard, ce qui va provoquer parfois de riches réactions.

a) Louane :

Dans ce groupe, l'attitude désinvolte de Kylian semblait animer chez Louane un besoin de paraitre forte. Il était grandement visible qu'elle boxait plus rapidement, plus anarchiquement face à Kylian. Ses appuis au sol n'étaient plus stables, elle bougeait dans tous les sens, rigolait beaucoup, voire trop. Louane semblait être débordée d'émotions avec un dialogue tonico-émotionnel fort qui a augmenté en intensité et en rapidité à ce moment là.

Toutes les réactions de prestance de Louane pouvaient montrer une fragilité cachée à laquelle il fallait faire attention. Même si elle exprimait vouloir plus d'opposition et d'affront, il semblait judicieux de ne pas trop lui en proposer, pour ne pas franchir ses limites qui ne semblaient pas encore bien définies. Quand je boxais avec Louane, j'essayais donc de ralentir le rythme, d'être bien stable au sol, de ne pas trop bouger, de ne pas trop aller vers elle. Celle-ci arrivait à être plus douce et plus attentive, bougeant moins, étant plus précise et moins dans la recherche de contact. Un ajustement tonico-émotionnel était plus facile à créer avec les femmes qu'avec les hommes pour Louane. Cette dernière semblait sensible à ce dialogue et au support du corps de l'autre pour s'apaiser.

x

b) Kylian :

Kylian, face à Louane, a vite été happé par toute cette énergie. Avoir en face de lui une personne qui bougeait beaucoup et qui était très tonique a réveillé chez lui ce même engouement. Les deux adolescents se sont ajustés sur la même énergie et émotion. Néanmoins, Kylian semblait plus précis et ajusté dans ses mouvements. Il pouvait plus facilement toucher son adversaire et faisait attention à ne pas faire mal à l'autre.

Il était intéressant que mon maitre de stage ou moi, en fonction de qui était l'observateur à ce moment là, puisse se poser à coté d'eux, stable dans notre posture et nos appuis pour canaliser l'exercice. Il était aidant pour eux de prendre une voix claire, assurée et douce. Dans ces moments où un observateur se posait à coté d'eux, l'énergie arrivait à se canaliser. Le dialogue tonico-émotionnel d'un tiers impactait celle du binôme et permettait un apaisement de la relation duelle pour permettre que chacun puisse être dans le ressenti de ses émotions et sensations plus que dans le débordement.

c) Corinne:

Corinne, elle, était très agitée entre les différents exercices, cherchant le regard de ses compères et fuyant les nôtres. Elle rigolait beaucoup et mettait du temps à réussir à revenir dans les exercices en cours, nécessitant de souvent répéter le cadre de l'atelier thérapeutique. Néanmoins, lorsque les jeux commençaient, elle pouvait paraitre hésitante, n'allait pas souvent au contact duel de l'autre, ne regardant pas son binôme de jeu. Lorsqu'il fallait atteindre les différents points de touches de l'autre, elle avait une posture en recul, la tête vers l'arrière, le poing qui effleurait à peine l'autre ainsi qu'une mise en mouvement presque invisible, statique dans la pièce. Cela pouvait nous indiquer un certain malaise à aller à l'encontre de l'autre, une hésitation dans le toucher qui semblait nous montrer qu'il était difficile pour elle de s'opposer. Les émotions de peur et d'hésitation se ressentaient également dans son tonus qui était très faible dans des moments où la majorité des jeunes mobilisaient leurs forces. Face aux divers participants, celle-ci avait du mal à ajuster son dialogue tonico-émotionnel à l'autre, restant constante dans sa manière de se présenter, même face à quelqu'un de très tonique comme Louane.

Avoir une vue d'ensemble sur cette scène : Louane avec Kylian qui bougeaient beaucoup et mon maitre de stage avec Corinne qui bougeaient peu était très enrichissant pour moi car la dynamique groupale n'était pas du tout en phase entre tous les participants. Néanmoins, en demandant de changer de binôme juste après, la dynamique générale s'homogénéisait. De plus l'investissement de l'espace était mieux réparti. La communication non verbale de chacun restait les mêmes mais en fonction de la personne en face, cela était plus ou moins apaisé car ce groupe était composé de jeunes qui avaient des capacités de compréhension et d'adaptation à l'autre.

Le psychomotricien était ici pour leur faire ressentir ces différentes sensations et projections dans un cadre sécure afin de se poser en fin de séance pour parler de chaque ressenti et essayer de sublimer toutes les sensations et émotions qui ont émergé face aux différents enjeux. Avoir cette vue d'ensemble des corps qui interagissaient nous a permis de réagir et d'adapter les exercices ainsi que notre comportement à adopter avec chaque binôme qui se formait. Cette observation de leur communication non verbale et des dialogues tonico-émotionnels divers nous ont aidé à comprendre un peu mieux chaque jeune pour les aider à s'apaiser dans cette médiation pour permettre d'en ressortir un vécu, des sensations, leur permettant d'élaborer en fin de séance. Il était intéressant de leur faire prendre conscience de leurs états toniques pour qu'ils puissent tourner le regard vers eux et vers leur binôme. À la fin de cette séance, Kylian dira que « *ça a été cool même si je voulais pas venir de base* », Louane dira vouloir « *recommencer parce que j'ai besoin de me dépenser* » et Corinne dira qu'elle « *avait pas peur d'être touchée mais avait par contre peur de faire mal à l'autre* ».

C'est ici un bon exemple d'un des moments où la dynamique groupale a été riche car chaque personne va animer chez l'autre quelque chose. Observer ce dialogue tonico-émotionnel qui des fois s'ajuste et des fois non, a été riche de sens et de soin. Les adolescents ont souvent des comportements de prestance les uns envers les autres dans l'unité et se relâchent complètement en séance individuelle. Le groupal leur permet parfois de lâcher un peu leurs défenses et d'apprendre à mieux se connaître les uns et les autres et permet aux soignants de les voir interagir entre personnes du même âge.

***Changements dans la communication**:*

Ce jour-là, sont présents deux jeunes, une étudiante infirmière qui vient voir l'atelier boxe, mon maitre de stage et moi. Les deux jeunes en question sont Vivian et Tom rencontrés plus haut dans ce mémoire.

Il avait été indiqué d'essayer le groupe boxe avec Tom pour voir son fonctionnement avec un autre jeune de l'unité, notamment le seul adolescent avec qui il pouvait passer un peu de temps. Vivian est dans l'unité pour crises clastiques dans son foyer, il arrive en disant être content de venir en boxe, suivi de Tom qui disait avoir oublié la séance du jour alors qu'il était venu vérifier trois fois dans la matinée si le groupe aurait bien lieu.

Dès l'entrée dans la pièce, Tom cherche Vivian du regard. Il est visible que celui-ci cherche à jouer et à entrer en relation avec son compère mais de manière assez maladroite: il rigole fort, perturbe l'énonciation des règles, fait des blagues très enfantines et se fait beaucoup entendre, lui qui, en individuel et dans l'unité en général, ne parle à personne. À l'énonciation des règles, Tom cherche à se donner une contenance en disant « je m'en fiche de frapper fort moi, pas grave si on a mal » , mais ses épaules son affaissées, son buste replié sur lui-même, sa voix basse presque inaudible et son regard est dirigé vers le sol. De plus, ses propos ne plaisent pas du tout à Vivian qui lui répète qu'il ne faut pas se faire mal et qu'il faut faire attention, d'autant plus qu'il y a des filles.

Cette séance commence par des jeux d'accordage où Tom aura tendance à « coller » à Vivian pour toujours se mettre avec lui. Dès qu'il est avec l'autre adolescent, il rigole beaucoup, rentre dans la bulle personnelle de Vivian, bouge dans tous les sens, ne respecte pas les consignes, comme complètement débordé par la relation avec un jeune de son âge. Quand il change de partenaire, Tom redevient immobile, touche à peine, baisse le regard et redevient hypotonique.

Dans les jeux ensemble, il est question d'accorder son dialogue tonico-émotionnel à l'autre en tenant un bâton entre nos paumes de mains et de se laisser guider par l'autre. C'est un exercice où Tom aura beaucoup de mal à ressentir l'autre et où Vivian montrera de grandes difficultés à s'adapter à Tom qui est trop rapide.

Dans les jeux d'opposition, le même schéma se répète avec un réel face à face avec Vivian qui sera d'ailleurs plus précis dans ses gestes et adapté, il gagne souvent.
Vivian est très calme, concentré dans les jeux proposés et fait très attention aux autres.

En tant qu'encadrant de séance, il aura été nécéssaire de répéter régulièrement les règles et d'essayer de faire prendre conscience à Tom de ses différences d'états toniques.

Nous lui demandons à la fin s'il sait pourquoi il avait autant ri à cette séance et pourquoi il trouvait que ce n'était pas grave de faire mal, il cherche à répondre en rigolant et en cherchant un appui dans le regard de Vivian mais ne le trouve pas, il perd alors son sourire et répondra « je sais pas, c'est bizarre » en haussant les épaules.

Il est ici plus que visible la différence de la communication non verbale de Tom en fonction de l'individuel ou du groupal. Tom est très isolé dans sa vie de tous les jours et n'arrive pas trop à trouver sa place au sein du groupe et notamment avec des jeunes de son âge. Tom ne semble pas comprendre ou savoir quand et comment s'arrêter d'essayer de rentrer en contact avec Vivian qui montrait bien ne pas être intéressé pour rigoler à ce moment-là. En effet celui-ci restait calme, droit dans sa posture et sur ses appuis, nous regardait droit dans les yeux quand nous énoncions les consignes à suivre, rappelait régulièrement les règles à Tom et bougeait de manière adapté dans la pièce.

Lors du jeu des bâtons, Tom ne semblait également pas se rendre compte qu'il ne suivait pas son partenaire et que Vivian avait du mal à le suivre. Pourtant, celui-ci grimaçait, semblait perdu dans son regard, devait se « tortiller » pour ne pas faire tomber le bâton qui est d'ailleurs tombé plusieurs fois sans que Tom ne se dise qu'il fallait peut être faire plus attention.

De plus, celui-ci montrait une réelle discordance entre son verbal et son non verbal. Que cela soit avec Vivian ou les autres participants, Tom n'est pas stable. Avec l'autre adolescent il ne l'est pas du fait de son rire débordant et de ses mouvements anarchiques. Avec les soignants, il ne l'est pas non plus du fait de son regard absent, de ses gestes lents et imprécis.

Malgré les paroles de « violence » de Tom, c'est celui qui était le moins opposant et qui touchait le moins fort.

Il a fallu beaucoup recadrer les débordements de Tom pour qu'il puisse ressentir certaines sensations et qu'il ne perturbe pas le groupe du jour. Régulièrement, nous lui posions la question de ce qu'il ressentait en faisant l'exercice ou pourquoi il riait beaucoup mais une symbolisation était encore trop dur d'atteinte malgré le petit groupe contenant pensé pour la séance du jour. Néanmoins, le calme général a finalement permis à Tom, en fin de séance d'abaisser un peu la tension qu'il montrait depuis le début et de participer de manière plus sérieuse.

La communication non verbale de Tom a été très riche dans ce moment de groupe. Très souvent, une discordance entre ce qu'il disait, « *je m'en fiche de frapper fort* » « *je contrôle pas ma force* », et ce qu'il montrait à voir était observable. En effet il disait cela en ayant la tête baissée, les mains qui bougeaient, une prosodie très faible et lente, un regard absent. Tom essayait ici de se créer une identité qui ne semblait pas être la sienne. Cela a permis aux soignants et même à Vivian de lui faire remarquer qu'ici il était en sécurité et que les règles étaient là pour être respectées. Car cette nonchalance d'apparence semblait cacher en réalité une grande insécurité. Voir ses réactions nous a donc orienté vers un rappel très récurrent du cadre de l'atelier et vers des temps de pauses pour prendre conscience de nos émotions pour permettre un apaisement du groupe et notamment de Tom. Cela permettait également à celui-ci de tourner son regard vers lui même pour essayer de comprendre son ressenti. Car en effet, Tom semblait avoir une grande difficulté à ressentir réellement ses émotions et sensations, préférant partager un vécu semblant différent du sien.

E) Conclusion

Dans ces divers exemples, j'ai donc cherché à mettre en avant l'importance de la communication non verbale dans le groupal, d'autant plus que c'est une période où les enjeux sociaux sont élevés. Nous l'avons vu, la communication de celle-ci peut changer en fonction des personnes présentes dans le groupe, des problématiques personnelles, de notre rapport à la médiation et elle peut radicalement changer d'une prise en soin individuelle à groupale.
Elle nous apporte de riches informations sur la direction à prendre dans la séance et sur les objectifs individuels et communs à travailler. Le but restera le même: faire éprouver des

sensations et émotions qui vont venir réveiller des choses en nous afin de mieux se comprendre, mieux s'éprouver, trouver l'apaisement qui nous aidera à mieux symboliser.

En général, dans la majorité des groupes boxe que j'ai pu vivre ou réaliser au fur et à mesure de l'année, les fins de séances étaient agréables avec un bon ressenti général. Beaucoup de jeunes appréhendaient ce groupe boxe mais exprimaient en sortant un certain apaisement et une mise en mouvement qui fait du bien dans ce lieu où tout parait tout le temps ralenti. Beaucoup se découvraient des capacités de protection, des capacités d'affront à l'autre et se surprenaient à prendre du plaisir ou rigoler en étant ensemble. Bien sûr, il était parfois trop dur pour certains de s'investir dans une médiation telle que la boxe qui renvoie à beaucoup d'images divers et variées et qui nécessite une mise en mouvement intense et en face à face. Mais pour ceux qui se lançaient, beaucoup de choses ressortaient et beaucoup étaient capable d'exprimer ce qu'ils leur avaient plu, déplu, dans cet atelier et qu'elles avaient été leurs peurs ou appréhensions. Parfois, il était même possible pour certains de faire des parallèles avec leurs vies à l'extérieur sur le fait de savoir ou non bien se protéger.

Dans ces groupes où la composition des participants change tout le temps, où chaque jeune n'a pas le temps de se sentir sécure avec chaque personne du groupe, la communication non verbale est un appui très riche de construction de séance et d'interaction pour aller à l'essentiel car s'exprimer verbalement face aux autres est très souvent trop compliqué, surtout quand on ne connait pas tout le monde.

C'est pour cela que c'est un réel appui permettant bien souvent des découvertes de la part des adolescents qui se surprennent à avoir divers réactions. De plus, écouter les ressentis des autres est souvent très intéressant pour eux qui se rendent compte des multiples vécus. Cela permet souvent de discuter brièvement sur comment est-il possible de savoir si l'autre va bien ou pas ou encore sur le fait que des fois on montre à voir aux gens des choses qui sont en discordance avec notre vécu réel.

Pour finir, le groupal, lorsqu'il est est bien écouté et qu'il comble et rassure toutes les personnes qui le compose, va souvent apporter du bien-être et de l'apaisement aux jeunes qui retrouvent une certaine assurance.

Conclusion finale

Durant ces trois années de formation on a parlé, on a expérimenté, on a ressenti, on a observé, on a discuté de corps en relation, de thérapies corporelles, d'expression corporelle, de sensation/perception et représentation. Et quel exemple plus criant pour moi que la souffrance à l'adolescence pour me confirmer tout ce que j'ai pu apprendre.
Dans cette période si particulière d'une vie qui va déterminer en partie l'adulte que l'on sera demain, le corps tient une place centrale. Certains traverseront cette période avec quelques secousses, quelques déceptions divers, quelques chamboulements, mais arriveront à mobiliser la force nécessaire pour trouver leurs chemins. D'autres n'auront pas cette chance et auront besoin d'un peu d'aide. Pleins de facteurs divers vont venir impacter les choix de vie que chaque adolescent va décider de mener: des facteurs environnementaux, sociaux, personnels, plus ou moins de résilience.

Dans tous les cas, ce qui m'a sauté aux yeux de jour de stage en jour de stage, c'est leur souffrance imprimée, ancrée dans leurs corps quand il est trop difficile de l'exprimer verbalement. Le lien permanent corps-psyché qui régit la façon de penser de notre profession prenait forme sous mes yeux. Mon regard, ma perception, mes sens qui ont été entraînés à observer et ressentir ce que me dit le corps de l'autre et le dialogue qui s'installe avec le mien. Interagir et prendre appui sur ce corps en perpétuel mouvement du rythme de la vie. Avoir cette vision psychomotrice qui s'affine au gré de l'expérience que j'acquière au fur et à mesure des rencontres. Pouvoir apprendre à entendre ce qui n'a pas encore été dit.

Bien entendu, ce travail autour de l'écoute de la communication non verbale des jeunes, de la mienne, de celles liées aux interactions ne se suffit pas à elle-même. Mon objectif était d'en affiner mon observation pour essayer de comprendre la direction à prendre dans une future prise en soin et délier au maximum ce qui était encore trop bloqué. Bien entendu, j'essayais d'observer de la manière la plus objective possible mais une part de subjectivité en chacun ne peut pas se soustraire à ce regard. D'où l'importance de prendre appui sur ce que nous donne à voir le corps pour essayer d'amener le patient, petit à petit, à apaiser ce moment de crise dans sa vie pour éclaircir ses idées, pensées et permettre une verbalisation ou au moins une meilleure compréhension de ce qui se passe pour lui. Pouvoir permettre d'apaiser un langage non verbal souvent brut, interpellant, pour venir remettre en

sensation et en sens les problématiques de chacun. Atteindre cette symbolisation que le patient doit lui-même comprendre pour que cela puisse l'aider à avancer dans sa vie. L'objectif étant de l'aider à comprendre qui il est, qui il voudrait être, comment et l'aider dans les démarches à suivre pour s'en sortir.

Cette année de stage à leurs côtés a été très riche pour moi également. Ces échanges m'ont permis de me poser des questions sur comment créer ma future pratique, de me remettre en question, de prendre conscience de l'importance des notions de contenance du cadre, des mots, des médiations mais également et surtout de prendre conscience de comment je communiquais avec eux. Comment prendre appui sur tout ce que j'ai pu apprendre dans ma formation pour communiquer le bon message quand le verbal ne prend pas toujours sens. Comment me positionner, quel tonus renvoyer à l'autre, quel regard sera le plus contenant, quelle prosodie sera la plus rassurante, quelles médiations viendront, je l'espère, apaiser chacune des personnalités que je croise quand certains auront besoin de relaxation calme et d'autres de mouvements.

J'ai eu l'occasion de rencontrer tous ces adolescents dans des moments de crises de leurs vies où comprendre pourquoi ils ressentent tout ça ou au contraire pourquoi ils semblent ne plus rien ressentir dans leur corps, est primordial avant de pouvoir remonter la pente. Cette temporalité très serrée de l'hospitalisation complète nécessite de s'appuyer sur tout ce que le patient peut nous donner à voir pour apporter le plus de soin possible. En effet, dans une temporalité plus que serrée pour nous, soignants, c'est un moment où les patients ont besoin, eux, de prendre leur temps, de souffler, de mettre du sens. Ils ne sortent pas « guéris » de l'unité mais, je l'espère, en ayant de nouveaux appuis, de nouveaux objectifs et une nouvelle manière de s'écouter et de se faire confiance malgré toutes les peurs à surmonter à cet âge là.

Ce mémoire m'aura permis d'avoir une vision encore différente de la psychomotricité. Dans ma future pratique, l'observation fine de la communication non verbale de mes patients et de ma réponse sera un axe de travail permanent de réflexion qui, j'en suis sûre, m'aidera à avancer dans chacune des prises en charge à construire.

"*L'adolescent s'effraie d'être. La singularité d'être – pure sensation chez l'enfant – se transforme en un problème et une interrogation, en une conscience qui interroge [...]. Ainsi l'adolescence est à la fois l'âge de la solitude et celui des grandes amours, de l'héroïsme et du sacrifice. Avec raison, on imagine généralement les héros et les amants sous les traits d'adolescents*." Octavio Paz, Le Labyrinthe de la solitude

Bibliographie

(1) Baranes, P. C., & Marcelli, D. (2013). *Corps brûlant, corps adolescent (L'ailleurs du corps) (French Edition)*. Eres.

(2) Barrier, G. (2019). *Les langages du corps en relation d'aide : La communication non verbale au-delà des mots (Psychologies et psychothérapies) (French Edition)*. ESF.

(3) Braconnier, A., & Jeammet Lavoisier, P. (2012). L'adolescent, ses interrogations, ses inquiétudes et ses troubles. Dans *Traités* (p. 544−547). Lavoisier.

(4) Breton, L. D. (2007). *En souffrance (Traversées) (French Edition)* (Traversï¿½es éd.). METAILIE.

(5) Brunelle, J., & Cohen, D. (2016). La dépression chez l'adolescent. *Fondation Pierre Deniker*, *2*, 1−12. https://www.fondationpierredeniker.org/uploads/factSheets/d212cf94a002444917079a20a52acc06323188c9.pdf

(6) C. (2011). *MISE EN JEU ET ENJEU DU CORPS (REVUE DE PSYCHOTHERAPIE PSYCHANALYTIQUE)*. ERES.

(7) Castarède, M.-F. (2013). L'entretien avec l'adolescent. Dans C. Chiland (Éd.), *L'entretien clinique* (p. 119−138). Presses universitaires de France.

(8) Chabrol, H., & Sais-Je ? , Q. (2001). *La Dépression de l'adolescent (QUE SAIS-JE ?)* (0 éd.). Presses Universitaires de France - PUF.

(9) Ciccone, A. (Éd.). (2016). *la scène du corps dans le développement et dans le fonctionnement psychique et dans les situations de souffrance*. AIRe.

(10) Cointot, F. (2020). De la douleur de penser au plaisir de rêver. Dans *Adolescence* (T.38 éd., Vol. 1, p. 25−37). greupp.

(11) Corcos, M., Gumy, M., & Loisel, Y. (2019). *Pratique des médiations corporelles à l'adolescence (Psychothérapies) (French Edition)*. DUNOD.

(12) Cosnier, J. (1996). Les gestes du dialogue, la communication non verbale. *Psychologie de la motivation*, 21−138. http://www.icar.cnrs.fr/pageperso/jcosnier/articles/II-9_Les_gestes_communication.pdf

(13) De Luca, M. (2020). cicatrices, scarifications et travail de frontière. Dans *Adolescence* (T.38 éd., Vol. 1, p. 11−23). Greupp.

(14) de Kernier, N. (2019). *30 grandes notions de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Dunod.

(15) de Passera, D. (2013, juin). *Soigner la dépression en psychomotricité : Prendre conscience de son corps, aller à la rencontre de soi, devenir sujet*. https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00936033/document

(16) *Dépression de l'adolescent : comment repérer et prendre en charge ?* (2014, 16 décembre). Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1795182/fr/depression-de-l-adolescent-comment-reperer-et-prendre-en-charge

(17) Dolto, F. (1988). *La cause des adolescents*. Robert Laffont.

(18) Ferrari, P. (2012). Dépression de l'adolescent. Dans *Traités* (p. 560−568). Lavoisier.

(19) Gauteyron M. (2020). *Communication non verbale & polyhandicap : La psychomotricité en soutien à la communication non verbale auprès de sujets présentant un polyhandicap* (Mémoire). https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02894704/document

(20) Goldman, C. (2015). Langage du corps, langage verbal. Dans *Les Ateliers du praticien* (p. 186−201). Dunod.

(21) Hauswald, G. (2016). Définitions de l'adolescence. Dans *L'adolescence en poche : Comprendre et aider nos adolescents* (p. 27−48). Érès.

(22) *Intervention Xavier Pommereau « Adolescents difficiles » 13 decembre 2003 Angers*. (2003). psyfontevraud.free.fr. http://psyfontevraud.free.fr/pedopsychiatrie/13decembre/Pommereau.htm

(23) Le breton, D. (2017). *Corps et adolescence* (Temps d'arrêt : lectures, n° 87, (février 2017) éd.) [E-book]. Yapaka.be. https://www.yapaka.be/sites/yapaka.be/files/publication/ta-87-lebreton-corpsadolescence-web.pdf

(24) Le Manac'h, C. (s. d.). *La communication non verbale*. longuevieetautonomie.fr. https://www.longuevieetautonomie.fr/sites/default/files/editor/files/INTERVENTION%20%202%20DU%20GESTIONNAIRE%20DE%20CAS%202016.pdf

(25) Lecourt, E. (2008). Groupe, corps et sexualité. Dans *Introduction à l'analyse de groupe* (p. 262−271). ERES.

(26) Martin, M. (2001). Le cadre thérapeutique à l'épreuve de la réalité. Dans *cahier de psychologie clinique* (p. 103−120). De Boeck Supérieur.

(27) Potel, C. (2009). Adolescence et relaxation : Le groupe, un contenant thérapeutique privilégié à l'adolescence. Dans *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe* (p. 79−89). Érès.

(28) Potel, C. (2010). Quand le corps parle trop. Dans *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe* (p. 109−121). ERES.

(29) Potel, C. (2019). *Être psychomotricien : Un métier du présent, un métier d'avenir (Trames) (French Edition)* (édition revue et augmentée éd.). Eres.

(30) Potel, C., Baranes, J. J., & Hefez, S. (2018). *L'adolescent, son corps, ses « en jeux »*. Amsterdam University Press.

(31) Pry, R. (2017, 8 juin). *Régulation posturale et conduites autocentrées chez l'enfant autiste*. presse.fr. https://www.persee.fr/doc/enfan_0013-7545_2000_num_53_2_3174

(32) Rahoux. (2002). *Évaluation et prise en charge d'un groupe sur l'expression et l'interprétation des communications non verbales avec des jeunes de l'IMPro* (Mémoire). http://psychomot.free.fr/mem/pdf/2002-6.pdf

(33) Theyssier P. (2002). *Étude des communications non verbales chez l'enfant : approche dans l'incapacité d'apprentissage non verbal*. http://psychomot.free.fr/mem/pdf/2002-1.pdf

(34) Thomas, M., Drieu, D., Jerar Oulidi, J., & de Fleurian, A. (2016). Intérêt des groupes avec médiations. *Adolescence*, *T.34*(1), 129. https://doi.org/10.3917/ado.095.0129

Table des matières

Remerciements 2

Avant- Propos 3

Sommaire: 4

Introduction 5

Partie 1 Théorico-clinique 7

I/ La dépression à l'adolescence 7

A) L'adolescence 7

1) Définitions 8

2) Enjeux : Une clinique de l'Agir 10

3) Place du corps à l'adolescence 11

B) La dépression 13

1) Critères diagnostiques 14

2) Les différentes formes de dépression à l'adolescence 15

3) Facteurs de risques 17

4) Différents courants de pensées autour de la dépression adolescente 18

5) Prise en charge Globale 19

II/ La communication Non-verbale 21

A) Généralités 21

1) Définitions 21

2) Fonctions 22

3) Les sens 22

4) Le rapport CNV/ Langage 23

5) Troubles de la Communication Non Verbale 24

6) Influences internes et externes 25

B) La communication non-verbale de l'adolescent déprimé 27

1) Éléments de la communication non verbale les plus visibles dans l'unité de pédopsychiatrie 27

2) Les comportements sociaux 31

3) L'impact des symptômes dépressifs sur le corps 31

a) lien corps/psyché 31

b) Quand la psyché va mal… 32

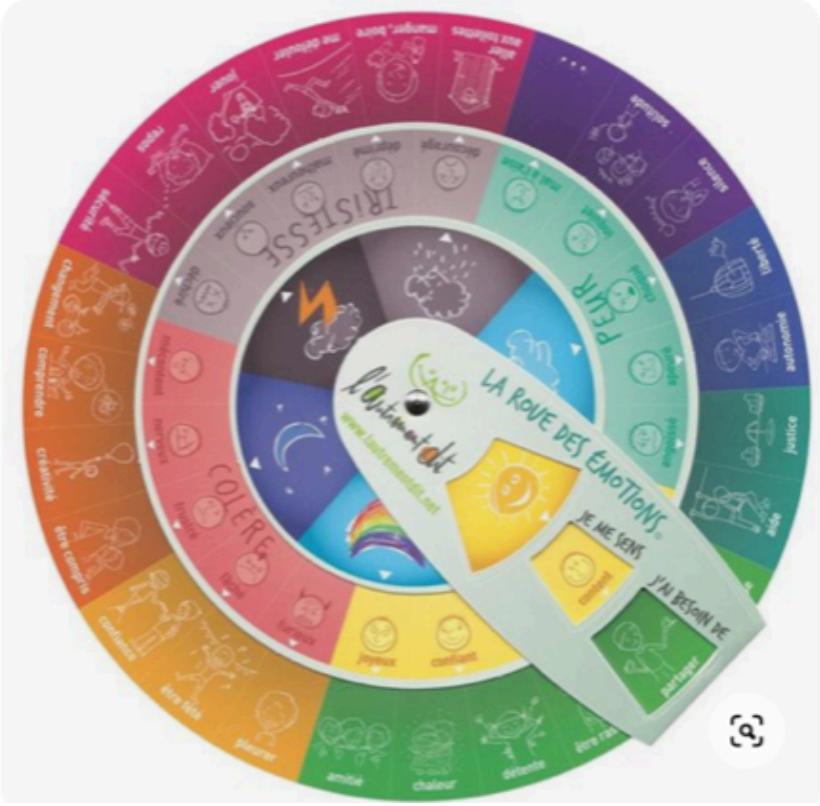
III/ L'approche psychomotrice 33

A) Prise en charge Psychomotrice des états dépressifs 34

B) la communication non verbale en psychomotricité 34
1. L'entretien 34
2. Les séances 35
3. La fin de prise en soin 35
C) la communication non verbale du psychomotricien 36
1) Fonction et qualités 36
2) L'empathie 39
3) Dialogue tonico-émotionnel 40
Conclusion de la partie théorique 41
Partie 2 : Clinique **42**
I/ Présentation de l'unité 42
A) Locaux et organisation 42
B) L'équipe pluridisciplinaire 42
C) L'admission des adolescents et leurs suivis 44
D) La semaine du psychomotricien 45
II/ Tom : une symptomatologie cachée 46
A) Présentation générale 46
B) Son vécu dans l'institution 47
C) 1ère rencontre 49
D) Au fil des séances… 53
E) Fin de la Prise en soin 60
F) Conclusion 62
III/ Le groupe thérapeutique 63
A) Les enjeux du travail groupal et de la communication non verbale 63
B) Projet et objectif du Groupe 66
C) Le groupe Boxe 66
1. la boxe 67
2. Une communication non verbale de groupe riche 68
D) Cas cliniques et analyse 69
E) Conclusion 82
Conclusion finale 84
Bibliographie 87
Table des matières 90
Annexes 92

Annexes

Annexe 1



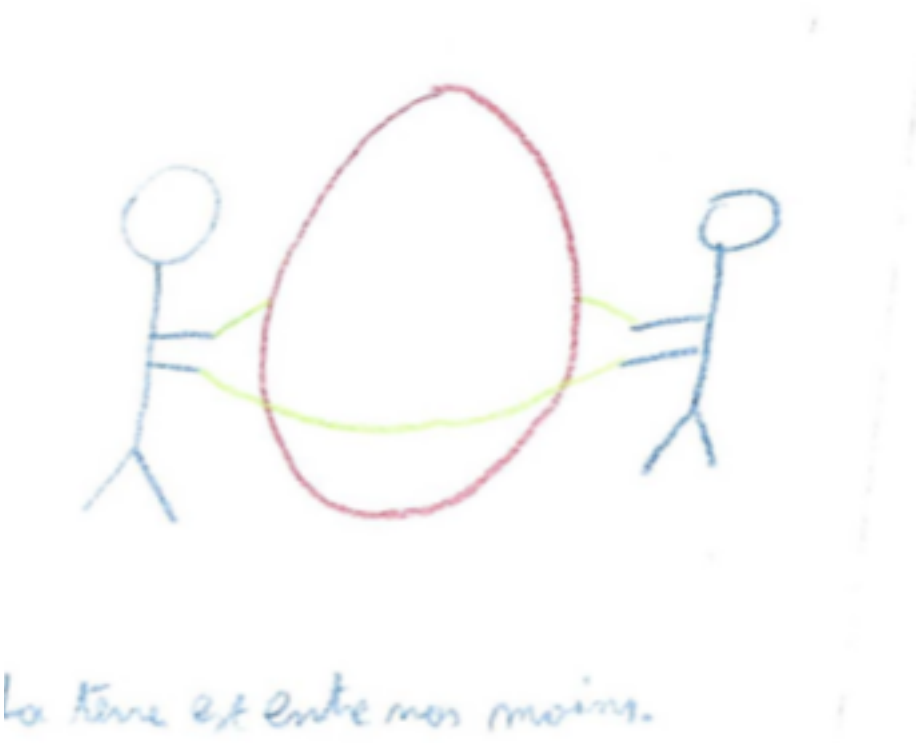
Annexe 2:



Annexe 3:



Annexe 4:



Annexe 5:


Psychomotricité :
Rigolo
Voloigant
passe-temps
Bizarre
cool
ça remonte le moral