



**HAL**  
open science

# La clinique du discontinu : la psychomotricité au contact de l'adolescence et de la psychose

Florine Bertin

## ► To cite this version:

Florine Bertin. La clinique du discontinu : la psychomotricité au contact de l'adolescence et de la psychose. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03337146

**HAL Id: dumas-03337146**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03337146>**

Submitted on 7 Sep 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.



**IFP de la Pitié-Salpêtrière  
Faculté de Médecine Sorbonne Université  
91, bd de l'Hôpital  
75364 Paris Cedex 14**

**La clinique du discontinu :  
La psychomotricité au contact de l'adolescence et de la  
psychose**

**Mémoire présenté en vue de l'obtention du Diplôme d'État de psychomotricien  
Session de juin 2021**

**Référent de mémoire :  
Alexandre CONSTANT**

**Nom de l'étudiante :  
Florine BERTIN**



---

## Remerciements

À Estelle, Alice, Sam, Nolan et Ariel et à tou·te·s les patient·e·s et usager·e·s qui m'ont rencontrée à leur manière.

À Claire, ma tutrice de stage, pour m'avoir soutenue, bousculée, relue, fait confiance et rassurée.

À Alexandre, pour m'avoir accompagnée pendant ces trois années.

À l'ensemble de l'équipe (personnels et stagiaires) de l'HDJ B. et toutes les équipes pluridisciplinaires qui m'ont accueillie en leur sein, pour avoir porté la construction de mon identité professionnelle.

À Eva, pour avoir été celle que je n'oublierai pas.

À Lili, pour avoir partagé avec moi ta poésie.

À mes collègues de promotions, ceux qui sont diplômés, ceux qui le seront.

À Ninon sans qui rien, Romain préposé jeu de mot et Camille mon inspirante coloc. Cette année était plus douce en votre compagnie.

À Margaux ma binôme, Charlène mon soleil et Anaïs ma pépite pour votre relecture attentive.

À Charlotte, Aude, François, Clara, Morgane, Solène, Aurélia, pour m'avoir tant donné.

À ma famille, pour m'avoir permis d'en être ici.

À Quentin, pour ton soutien sans faille, ta patience, tes heures consacrées à la relecture et ton amour.

---

# Sommaire

<b><u>AVERTISSEMENT.....</u></b>	<b><u>VI</u></b>
<b><u>INTRODUCTION.....</u></b>	<b><u>7</u></b>
<b><u>PARTIE 1 : CLINIQUE DE LA DISCONTINUTE.....</u></b>	<b><u>10</u></b>
<b><u>I. CONTEXTE DE LA RENCONTRE : L’HDJ B., LIEU ET TEMPS DU SOIN.....</u></b>	<b><u>10</u></b>
1. Un espace où se joue le soin .....	12
2. Des temps structurants .....	13
<b><u>II. LE SUIVI D’ESTELLE : DE RUPTURE EN RUPTURE .....</u></b>	<b><u>16</u></b>
1. Présentation de l’adolescente.....	16
2. Éléments du bilan.....	19
3. Un suivi chaotique .....	22
<b><u>III. COUPLE CONTINU DISCONTINU.....</u></b>	<b><u>25</u></b>
1. Continu/discontinu dans le champ du langage .....	25
2. Continu/discontinu dans le champ de l’expérience .....	26
<b><u>PARTIE 2 : LES TEMPS DU CORPS : ENTRE ADOLESCENCE ET PSYCHOSE .....</u></b>	<b><u>31</u></b>
<b><u>I. L’ADOLESCENCE : UNE TEMPORALITE QUI S’IMPOSE A ELLE.....</u></b>	<b><u>32</u></b>
1. La temporalité sociétale : le passage flou .....	32
2. La temporalité du corps : la rupture brutale.....	34
3. Le sentiment identitaire dans l’après-coup .....	36
<b><u>II. LA PSYCHOSE : DISCONTINUTE OU PROTECTION DE LA CONTINUTE ? .....</u></b>	<b><u>41</u></b>
1. Psychopathologie du Temps à l’adolescence.....	41
2. La psychose.....	43
<b><u>III. RECOURS AU CORPS : REPOSE AU CROISEMENT DE L’ADOLESCENCE ET DE LA PSYCHOSE</u></b>	<b><u>56</u></b>
1. Ici et maintenant : moment de l’effraction.....	58
2. La trace .....	65

**PARTIE 3 : LA RELATION, SUPPORT DE LA CONTINUITÉ .....70**

**I. SUPPORT TRANSFERENTIEL, MEDIUM MALLEABLE OU SUPPORT D'IDENTIFICATION ?.....71**

1. Le transfert.....71
2. Le médium malléable.....73
3. Le support identificatoire.....73

**II. MA RELATION AVEC ESTELLE.....75**

1. Ce qui m'est inaccessible.....75
2. Ce que je vois.....76
3. Ce que j'interprète .....77

**III. QUE FAIRE DE CE TRANSFERT PARTICULIER ? .....80**

1. Comprendre ma place .....80
2. Me laisser jouer.....81
3. M'ajuster.....86

**CONCLUSION.....89**

**BIBLIOGRAPHIE.....91**

---

---

## Avertissement

L'écriture inclusive est une forme d'écriture visant à limiter l'androcentrisme, marquée par l'utilisation de la forme grammaticale masculine, le fameux « le masculin l'emporte sur le féminin ». Ne reconnaissant ni ma clinique, ni ma considération des genres dans cette affirmation, je fais le choix d'employer le plus possible des termes épïcènes ou le point médian.

Le qualificatif « épïcène » désigne un mot qui peut être employé au masculin comme au féminin sans variation de forme. Par exemple, le terme « élève » peut désigner à la fois un ou une élève sans qu'aucune précision soit nécessaire.

Le point médian permet d'accorder en genre et en nombre des termes qui, en temps normal, ne le sont pas.

Je fais le choix de ne pas modifier les citations qui ne sont pas rédigées en écriture inclusive, afin de ne pas dénaturer la pensée de l'auteur·e.

Je suis bien consciente que la lecture risque d'en être impactée, notamment pour les personnes souffrant de dyslexie.

---

## Introduction

Ce mémoire est le fruit de quatre années à découvrir mon futur métier, quatre années au contact de psychomotrien-ne-s qui ont pris le temps de me dévoiler la singularité de leur engagement corporel. Durant ces quatre années, j'ai pu ressentir le besoin de prendre mon temps, d'en gagner, ou bien le sentiment que je perdais du temps, qu'il m'en manquait, qu'il pressait. Ainsi, en faisant le choix du report de mémoire, je me suis accordé du temps. On pourrait aussi dire que je me suis soustraite au temps imposé par la formation.

Ces quatre années m'ont appris à être à l'écoute des temporalités : la mienne d'abord, celle des patient-e-s ensuite, celle de nos rencontres enfin. Qu'elles soient trop courtes, trop rapides, trop lentes, hebdomadaires ou quotidiennes, ces rencontres ont toutes résonné en moi de manière différente. Chacun de ces rythmes, me plongeant tantôt dans l'urgence, tantôt dans l'immensité de l'existence, a enrichi ma compréhension et ma lecture des vécus corporels.

Cette dernière année est celle qui me met le plus à l'épreuve. À l'Hôpital de Jour B. (HDJ B.) cohabitent les temporalités de chaque patient-e, celles des soignant-e, les temps de la cure, les temps des interactions, les temps libres, les temps répétitifs, les temps de l'imprévu, les temps des évolutions, les temps éclatés. M'y accorder prend du temps, suffisamment pour reconsidérer la durée du stage, initialement de deux mois : on m'accorde une année, peut-être plus. Ce délai me permet de m'engager dans une rencontre avec Estelle.

Estelle est une adolescente que je rencontre dès mon premier jour à l'HDJ B. C'est une rencontre médiatisée par ma posture de stagiaire (du côté des soignants, donc) et la sienne de patiente, par les espaces de l'institution, sa temporalité. Ces éléments de cadre apportent une certaine distance entre elle et moi. Pourtant, je suis saisie par la violence d'une de ses crises dès mon premier jour. Je suis témoin d'une explosion spectaculaire de mouvements anarchiques, de cris injurieux, et de mobilier volant au travers de l'espace d'accueil. Estelle monte sur les tables, jette les chaises et se cogne contre le mur. Je me trouve impuissante face à cette situation, incapable d'agir, je la regarde. Les autres jeunes présent·e·s sont à leurs occupations, cette scène paraît faire partie du quotidien. Un soignant l'interpelle : « Ça ne va pas Estelle ? » Elle répond en criant : « Non ben non ça ne va pas, ça ne se voit pas ? Vous êtes aveugle ? » Effectivement, son mal-être saute aux yeux. Quelques minutes plus tard, elle se présente à l'infirmerie, le bras ensanglanté. Sa détresse n'est plus uniquement portée par sa parole (aussi sonore soit-elle), ses mouvements, ou son acte de se blesser, elle est inscrite de manière permanente sur son corps.

Comme aucun·e autre patient·e, Estelle me fait vivre un temps flottant qui me désarçonne, d'autant plus que le travail autour du corps et de la conscience qu'elle en a me paraît inaccessible. Plus que jamais je dois décomposer ce qui me traverse. Cet écrit retranscrit le plus fidèlement possible mes démarches, mes doutes, mes hypothèses et les différentes théories qui me permettent de penser ces ressentis.

**Je cherche à comprendre la manière dont le·la psychomotricien·ne peut penser la discontinuité psychocorporelle d'un·e patient·e à travers ses propres vécus dans la relation, et ainsi s'y ajuster.**

Je vous propose, dans un premier temps de vous faire entrevoir mon vécu à l'HDJ B., face au cadre, et dans ma relation avec Estelle. Je tente ici de relier mes ressentis aux concepts

universels de continuité/discontinuité. En explorant ce couple, je cherche entrevoir les dynamiques qui portent ma relation avec elle.

Dans un second temps, je suggère le détour par la compréhension de ces concepts de continuité/discontinuité au regard des théories de l'adolescence et de la psychose. Les recours au corps m'offrent une illustration de ces éprouvés de rupture et des tentatives pour les éviter.

Dans ce dernier temps, je vous propose d'explorer les différents outils, leviers et hypothèses qui me permettent de percevoir cette relation comme support, ou soutien, de la continuité psychocorporelle d'Estelle. Nous verrons que questionner sa posture et ses propres représentations en se laissant traverser permet d'ouvrir des espaces pour penser.

---

## **Partie 1 : Clinique de la discontinuité**

### **I. Contexte de la rencontre : l'HDJ B., lieu et temps du soin**

L'HDJ B. accueille plus de cinquante adolescent·e·s de douze à vingt ans souffrant en majorité de formes diverses de psychoses, bien que certain·e·s présentent des troubles de l'humeur ou des névroses invalidantes. Sa mission est de proposer, au quotidien, un lieu et un temps d'accompagnement dans lequel peuvent se déployer les expériences structurantes pour les jeunes.

Rattachée à une association gestionnaire de plusieurs structures de psychiatrie infanto-juvénile, cette institution assure la prévention et le soin des troubles psychiatriques, ainsi que l'accompagnement de l'insertion sociale et l'autonomie scolaire, psychique et corporelle des patient·e·s qu'elle reçoit. Ce projet d'établissement, ancré dans la psychanalyse, se tisse avec les valeurs de l'association et les recommandations de la Haute Autorité de santé et de l'Agence régionale de santé.

Les adolescent·e·s sont adressé·e·s par des hôpitaux de jour pour enfants, des instituts médico-professionnels (IMPRO), instituts médico-éducatifs (IME), des centres médico-psychologiques (CMP), centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), des hôpitaux publics, ou directement par des psychiatres consultants ou des établissements scolaires.

Comme tout Hôpital de Jour, l'HDJ B. est une alternative à l'hospitalisation complète, permettant aux adolescent·e·s de se maintenir dans leur environnement familial, social et parfois scolaire.

Les adolescent·e·s sont accueilli·e·s en temps complet de 9 heures à 16 heures ou en temps partiel par demi-journées selon les besoins et les possibilités.

Les modalités temporo-spatiales de prises en charge sont évaluées et discutées à l'arrivée de l'adolescent·e et lui sont proposées comme un réel travail d'appropriation du soin tout au long de sa cure<sup>1</sup>.

Le projet de soin individualisé est donc élaboré par le·la patient·e et l'équipe. Cette dernière est composée d'une Directrice Administrative et d'un Médecin Directeur psychiatre, d'une médecin psychiatre, de six psychologues, d'une psychomotricienne, de deux infirmier·e·s, de huit éducateur·rice·s spécialisé·e·s, d'une équipe administrative et logistique, et de nombreux·se·s stagiaires. À ces professionnels s'ajoutent les sept enseignant·e·s spécialisé·e·s mis·e·s à disposition par l'Éducation nationale, assurant le parcours scolaire du niveau primaire au niveau collège/lycée.

Ce lieu est tout à fait singulier, car il doit accueillir et contenir d'une part les problématiques adolescentes, et d'autre part les problématiques psychotiques, en recréant du lien entre les deux. L'organisation de la vie de l'établissement préserve donc le temps et l'espace nécessaires à l'autonomisation et à l'individuation. Elle accompagne, soigne et compense les difficultés psychiatriques.

---

<sup>1</sup> Le terme de « cure » est employé par l'équipe pour désigner la période d'accueil et de soin de l'adolescent·e. Ce temps est précédé de la « pré-cure » de trois semaines durant laquelle l'équipe et le·la jeune évaluent si l'établissement peut répondre à ses problématiques. La « cure » est suivie de la « post-cure », période de transition entre l'accueil à l'HDJ B. et un établissement pour adultes.

## 1. Un espace où se joue le soin

L'HDJ B. est une belle bâtisse, camouflée, à l'angle d'un boulevard très passant. La cour, protégée par un grand portail, est vaste, lumineuse, entourée de fresques colorées et de verdure. Le portail filtre les interactions avec le dehors et préservant l'espace du soin pour les jeunes, car les parents/l'entourage ne peuvent y accéder que lors d'un rendez-vous ou lors de fêtes institutionnelles. Malgré tout, cette barrière n'est pas opaque : les échanges entre l'intérieur et l'extérieur se font notamment par l'intermédiaire du téléphone et des réseaux sociaux.

À l'entrée du bâtiment se trouve un espace d'accueil. Je devine que les adolescent·e·s y évoluent en autonomie. Des fauteuils mobiles lacérés et des tables abîmées sont à leur disposition, ainsi qu'un baby-foot. L'espace me semble immense, et intentionnellement débarrassé de décoration. Au mur, les quelques affiches (dessins des jeunes ou cartes de Paris) sont arrachées. Les couloirs et l'escalier me donnent la même impression d'animosité, contrairement à toutes les autres pièces de l'établissement, colorées, décorées, vivantes. Tout laisse à penser que ces espaces de transition, sans autre fonction précise que le passage ou l'attente, sont difficilement investis et qu'une certaine violence s'y déploie.

Le bureau des éducateur·rice·s, celui de la secrétaire et le self donnent directement sur ce hall. Les autres pièces sont réparties sur quatre étages, desservis par un escalier en colimaçon. Les étages sont tous marqués d'une couleur pour les identifier. Les salles sont méthodiquement réparties selon les étages : l'étage marron pour les grandes pièces de vie (salle de forum, foyer, etc.), l'étage jaune majoritairement pour les classes de niveau primaire et le bureau infirmier,

l'étage rouge pour les classes de niveau collège/lycée et le dernier étage, vert, pour les bureaux des psychologues.

Au sous-sol se trouve la salle de psychomotricité. Ce choix d'emplacement pourrait tout à fait révéler un isolement de ce soin, ou encore un clivage entre l'école, travail psychique en hauteur, et le travail corporel en bas. Il me semble pourtant que cette remarque ne trouve pas de résonance dans la vie de l'institution : la psychomotricité a une place importante et l'emplacement de cette salle relève plutôt de la praticité et du besoin de calme pour l'exercice de la relaxation.

L'HDJ B. possède les éléments du soin tout en répondant aux besoins adolescents de socialisation et d'autonomie. Des éléments tels que les couleurs des étages ou les écriteaux sur les portes indiquant la fonction de la salle sont de bons soutiens au repérage spatial, tout en incitant à l'autonomie.

## **2. Des temps structurants**

L'organisation des soins se structure autour de plusieurs temps bien définis, à l'échelle d'une journée, d'une semaine, d'un mois, d'une année, et de la durée d'une cure à l'HDJ B. :

- Les matins du lundi, mardi, jeudi et vendredi sont dédiés aux temps scolaires.
- Les après-midi du mardi, jeudi et vendredi, ainsi que la journée du mercredi, sont les temps d'ateliers thérapeutiques.

Dans ces demi-journées, s'ancrent des grands moments de réunion pour les jeunes :

- Le forum a lieu toutes les semaines, le lundi après-midi. Tou-te-s les patient·e·s et, dans la mesure du possible, tou-te-s les soignant·e·s y sont convié·e·s pour discuter de la vie de l'établissement.
- Les groupes de parole sont organisés toutes les semaines. Les jeunes et quelques éducateur·rice·s y sont réuni·e·s par petits groupes pour échanger autour d'un sujet.
- Les réunions de groupe de référence sont, elles aussi, hebdomadaires et réunissent les adolescent·e·s ayant le·la même éducateur·rice référent·e.
- Les réunions de référence, pendant lesquelles chaque jeune rencontre son éducateur·rice référent·e et son·sa psychologue référent·e, ont lieu à une fréquence hebdomadaire.
- Les réunions avec chaque jeune, ses parents et ses référent·e·s sont, en théorie, mensuelles.

Ces temps, qui structurent la semaine, multiplient les échanges et permettent aux adolescent·e·s d'être impliqué·e·s dans la vie de l'établissement, d'être autonomes vis-à-vis des décisions.

Les temps attribués à l'échange clinique sont nombreux :

- La synthèse hebdomadaire réunit tout le personnel soignant de l'établissement pour transmettre les informations importantes de la semaine, mais aussi échanger autour d'une ou plusieurs situations cliniques.
- Le temps de séminaire du vendredi midi est réservé aux professionnel·le·s disponibles et il est dédié à la théorie principalement psychanalytique.

- Les réunions de l'équipe éducative et des psychologues ont toutes les deux lieu le jeudi matin, pendant la scolarité.
- Le matin, pendant l'arrivée progressive des jeunes, et le soir, après leur départ, les professionnel-le-s se retrouvent pour échanger sur la clinique, notamment autour des évènements quotidiens. Ce sont des temps informels mais compris dans les espaces de réflexion, et qui sont plutôt investis par l'équipe.

Ces temps témoignent d'un besoin institutionnel de partage des situations cliniques et d'une nécessité de faire des liens. Nous le verrons, une grande partie du travail des soignant-e-s est de démêler les temps confus de la psychose.

L'institution, par son cadre spatio-temporel, se place comme accueillant des problématiques entre adolescence et psychose. Animé par la psychothérapie institutionnelle, l'HDJ B. met l'accent sur les dynamiques relationnelles entre soignant-e-s et soigné-e-s. L'objectif est de faire émerger le singulier dans le collectif. En partant du principe que le-la patient-e n'investit pas de la même manière chaque soignant-e, l'équipe peut alors reconstituer le puzzle de son état psychocorporel.

## II. Le suivi d'Estelle : de rupture en rupture

### 1. Présentation de l'adolescente

Les éléments d'anamnèse d'Estelle sont ceux que j'ai pu recueillir auprès des professionnel-le-s, ou dans son dossier grâce au logiciel de l'institution, ou bien des informations issues de mes observations personnelles. On peut donc déjà remarquer qu'Estelle ne m'a pas apporté d'éléments de sa vie et ainsi qu'elle n'est pas en mesure de me raconter son histoire de manière globale et unifiée<sup>2</sup>. Elle peut faire référence à des souvenirs, mais elle éprouve des difficultés à s'inscrire dans le récit incohérent et discontinu de sa vie.

Il n'est, dans ces conditions, pas évident pour moi de réunir toutes les informations à son sujet. Certains éléments sont incomplets et mériteraient une investigation plus poussée auprès de ses parents. L'hypothèse selon laquelle ils retiendraient certaines informations pourrait alors révéler une forme de désinvestissement de leur part vis-à-vis de la pathologie et du soin de leur fille.

#### a. Le contexte de soin

Estelle est née en 2005. L'accouchement est décrit comme « violent » par la mère. Le développement psychomoteur et l'évolution cognitive de la petite fille semblent sans encombre jusqu'à ses six ans, âge à partir duquel elle présente un retard au niveau de l'autonomie et des difficultés relationnelles avec ses nourrices. Il semblerait que l'entrée en CP ait mis en lumière une instabilité affective chez elle.

---

<sup>2</sup> Je mets l'accent sur son incapacité à me faire part, à moi, de son récit de vie.

À onze ans, la jeune fille souffre de crises d'angoisse récurrentes et est en demande d'une présence exclusive et permanente de ses parents et de ses professeur-es, faisant de l'école un endroit qu'elle ne peut plus investir. Elle entame alors un suivi psychothérapeutique en CMP de secteur.

À douze ans, elle fait l'expérience d'une bouffée délirante aigue avec hallucinations visuelles et auditives<sup>3</sup>. Elle est alors admise, durant un mois, en unité d'hospitalisation de courte durée, dite post-urgence, pour jeunes de moins de quinze ans. Le psychiatre établit le diagnostic de troubles schizo-affectifs<sup>4</sup> accompagnés de théâtralisme, de crises clastiques explosives et d'automutilations. Elle reste hospitalisée un mois, et ne retournera plus en scolarité dite normale : un traitement antipsychotique est mis en place et montre une certaine efficacité sur les troubles délirants. S'ensuit une hospitalisation de six mois en institut psychiatrique pour adolescents.

Elle est admise à l'HDJ B., l'année de ses treize ans, en 2018. La cure d'Estelle est interrompue, début 2019, par une hospitalisation de quatre mois en unité de soin complet. Elle est de retour fin 2019 et n'a pas changé d'institution depuis.

---

<sup>3</sup> Les bouffées délirantes aiguës (ou BDA) sont des épisodes de délire survenant brusquement chez une personne n'ayant jamais manifesté auparavant de problème psychique de ce type (*vidal.fr*, consulté le 20 avril 2021). Pour Estelle, cela s'est manifesté par des hallucinations visuelles de corps décharnés et flottants. Nous pouvons noter que dans ses délires, même actuels, les morceaux de membre sont récurrents.

<sup>4</sup> Le trouble schizo-affectif est une entité nosographique caractérisée par une association de symptômes schizophréniques à des épisodes thymiques (*vidal.fr*, consulté le 20 avril 2021).

## b. Le contexte familial

La situation familiale d'Estelle est confuse, il nous revient, aux soignant-e-s et à moi, d'en reconstruire la chronologie.

Estelle est l'aînée d'une fratrie de trois. Elle a également un demi-frère et une demi-sœur bien plus âgé-e-s, issu-e-s du précédent mariage de leur père. Ses parents, qui ont entre quinze et vingt ans d'écart, sont séparés depuis août 2020. Sa mère est partie vivre au Liban avec le frère et la sœur d'Estelle. La jeune fille vit donc seule avec son père, en France, pour pouvoir continuer à bénéficier des soins à l'HDJ B.

Les parents d'Estelle sont d'un niveau socio-culturel plutôt élevé, son père étant professeur d'université. Son titre de professeur semblerait avoir une importance au vu des relations qu'il entretient avec l'institution. L'esprit de prestige et de réussite qui l'anime pourrait avoir un lien avec un déni de la pathologie de sa fille, accompagné d'un sentiment de toute puissance et de persécution. On peut penser qu'il entendrait dans le discours de l'établissement que les troubles de sa fille seraient de son fait.

L'équipe m'explique qu'il trouve toujours une façon d'être intrusif vis-à-vis du cadre, principalement des espaces et des temps. Il ne respecte pas l'heure annoncée pour un rendez-vous et arrive soit très en avance, soit très en retard, soit ne l'honore pas du tout. Lorsqu'il est en avance, il entre dans l'enceinte de l'établissement sans y être invité et brave ainsi les interdictions formulées. Il franchit la limite de la cantine pour se servir un verre d'eau, devant les adolescent-e-s. Il défie alors ouvertement l'autorité des soignant-e-s et installe une confusion des temps et des espaces, ce qui semble être une des difficultés principales d'Estelle.

Les professionnel-le-s observent une attaque des limites et, par là, une tentative de mise en échec de l'institution.

La mère absente et le père attaquant compromettent l'alliance thérapeutique d'après les soignant-e-s, d'autant plus qu'ils ne transmettraient pas les informations nécessaires au suivi d'Estelle. Estelle doit régulièrement porter une parole qui relève normalement de la responsabilité parentale, ce qui la met mal à l'aise. Par exemple, elle doit elle-même annoncer à toute l'équipe ses départs au Liban interrompant le soin, ses rendez-vous avec le juge, ses crises de la veille, etc.

Ces situations sont très importantes pour comprendre le rapport qu'entretient Estelle avec ses parents et l'institution, ainsi que le rapport à sa pathologie. Une tension est décelable entre les efforts qu'elle fournit pour préserver cet espace de soin et la culpabilité qu'elle ressent à se confronter à la volonté de ses parents. Elle semble ne pas pouvoir mettre de mots ni de sens sur ce conflit interne.

## 2. Éléments du bilan

Au vu de la fragilité de la relation thérapeutique avec Estelle, nous n'avons pas réalisé de bilan étalonné avec elle durant mon stage. Les éléments sémiologiques suivants sont issus de mes observations qualitatives et du compte rendu du bilan précédent auquel j'ai eu accès.

Estelle me paraît être une adolescente prise entre deux **extrêmes**, aussi bien dans son tonus que dans sa gestion des émotions, ou encore dans sa présence dans la relation.

Son investissement corporel témoigne d'un tonus oscillant entre hypotonie et hypertonie en fonction de son état émotionnel. Dans le mouvement, cela se manifeste soit par une grande lenteur, soit par une soudaineté s'apparentant presque à de la décharge motrice sans but et sans adresse. Le manque de nuance dans la palette gestuelle s'exprime aussi par l'absence de rebond

et d'amplitude. Estelle semble posséder des capacités motrices satisfaisantes, mais elles sont entravées par sa **labilité émotionnelle**, due notamment à l'aspect cyclique des troubles thymiques. En effet, elle éprouverait des difficultés à mettre des mots sur ses émotions, à les identifier et à les gérer. Elle se laisse rapidement envahir et déborder. Estelle est particulièrement sensible à la frustration.

Bien que les somatognosies soient bonnes, ses perceptions des limites du corps sont floues, ce qui laisse supposer une mauvaise intégration du schéma corporel. L'accès à une conscience corporelle et les descriptions des sensations corporelles dépendent du contexte relationnel et de son état émotionnel. Les verbalisations autour des vécus sont parfois pauvres, parfois plutôt riches et adaptés. Elle peut, par exemple, nous dire qu'elle se « sent vide à l'intérieur ». Il semble que cela soit une sensation envahissante et angoissante, qu'elle peine à gérer, à exprimer et à rattacher à un vécu propre. Estelle apparaît en perpétuelle recherche de sensations fortes.

La difficulté à prendre des repères dans son propre corps se répercute sur sa prise de repères extérieurs, qu'ils soient spatiaux ou temporels. Son rapport au temps est particulier, elle semble coincée **entre un passé effractant et un futur effrayant, ou inexistant**.

Elle semble éprouver son corps de manière très angoissante. Elle peut décrire des **angoisses massives de morcellement** grâce à un étayage verbal afin d'exprimer son vécu corporel, souvent **clivé**. Elle a régulièrement recours aux scarifications pour « décharger le trop-plein d'angoisse » selon les dires de son psychologue. Cette expérience particulière de son corps paraît être la source d'une dysmorphophobie et d'un trouble du comportement alimentaire sur un versant plutôt restrictif. Elle prête beaucoup d'attention à son poids et à son apparence. Son maquillage et ses vêtements sont par exemple toujours très colorés. Coloré me semble être un

euphémisme : elle customise ses vêtements de motifs particulièrement extravagants, et arbore tous les jours un très long et très épais trait de couleur sur les paupières qu'elle agrémente de symboles divers (cœurs, étoiles etc.)

Estelle présente une anxiété du regard de l'autre. Son théâtralisme témoigne de son besoin de l'interpeller, voire de l'instrumentaliser. Toutefois, en atelier-théâtre, elle se fige et fuit lorsqu'elle doit jouer une scène devant les autres. Comme toutes les ambivalences de son comportement, à savoir les oscillations toniques et émotionnelles, celle-ci révèle le conflit interne avec lequel Estelle doit négocier.

Ainsi, la fragilité de ses sensations et de ses représentations des limites menacerait l'intégrité corporelle d'Estelle, et remettrait perpétuellement en question son sentiment de continuité d'être. Alors incapable de s'inscrire comme sujet de sa temporalité, Estelle est prise dans l'urgence de la réassurance.

**Il semble important d'accompagner Estelle dans sa dynamique de construction des limites, tant corporelles que psychiques, afin d'apaiser ses angoisses. Les séances en psychomotricité lui permettront d'étayer son sentiment de continuité d'être, en soutenant le processus de subjectivation de son vécu corporel et temporel.**

### **3. Un suivi chaotique**

La séance hebdomadaire de psychomotricité avec Estelle a lieu le jeudi matin. Elle commence pendant la réunion de l'équipe éducative à laquelle nous participons, la psychomotricienne et moi : nous devons alors interrompre ce temps de réunion pour rejoindre la salle de psychomotricité.

Nous avons commencé les séances ensemble à mon arrivée en septembre ; depuis plusieurs mois déjà, Estelle refusait de venir. Cela a continué jusqu'en novembre.

En effet, la psychomotricienne me raconte qu'en début d'année 2020 il a été assez difficile pour Estelle d'investir régulièrement les séances. Elle montrait souvent des difficultés à venir. Lorsqu'elle venait, il était compliqué de discuter ou de proposer de nouvelles activités. Très instable, elle pouvait parfois exprimer vivre ce temps comme une contrainte et à d'autres moments demander à venir plus souvent ou plus longtemps. Les possibilités en séance étaient très dépendantes de sa disponibilité et de son état du moment. Après le premier confinement, Estelle refusait de venir en séance et il était compliqué de lui parler dans les temps informels.

Tous les jeudis, à 10 heures, nous la cherchions dans les couloirs, puis nous l'informions que cette demi-heure était son temps de psychomotricité. Son refus pouvait devenir assez violent, puis elle finissait par nous demander agressivement de partir, ce que nous faisons. Mes observations cliniques durant ces deux mois ne trouvent matière que dans ce que je voyais d'Estelle durant les temps informels (temps de pause, temps de repas) et dans les multiples refus et rejets de relation.

Un séjour thérapeutique d'une semaine a permis à Estelle et à la psychomotricienne de développer une relation thérapeutique, et de donner du volume à ses représentations de la psychomotricité.

Cela coïncide avec ma première interaction seule avec elle en atelier-théâtre<sup>5</sup>. Nous étions alors en binôme pour un exercice de faux coup de poing. Cet exercice était difficile pour elle : j'avais fait preuve de bienveillance en répondant à son besoin d'étayage. Pour la première fois, elle ne fuyait pas mon regard, elle le soutenait.

C'est donc suite à ces deux événements que nous commençons à la recevoir en séance de psychomotricité. Elle semble venir avec enthousiasme et demande systématiquement si je serai présente lors de la séance.

Sa demande est très claire : elle souhaite jouer. Cela étonne la psychomotricienne à qui elle demandait de « faire de la détente » plusieurs mois auparavant. Il me semble alors qu'elle investit des activités différentes en ma présence et que quelque chose de notre relation se joue déjà dans le choix de la médiation. Le jeu de société nous placerait toutes les trois sur un pied d'égalité. Cela est d'autant plus manifeste qu'elle annule toutes les propositions de détournement du jeu qui s'apparenteraient à une médiation.

Le suivi individuel d'Estelle, de novembre à aujourd'hui, est marqué de nombreuses discontinuités dues à ses absences, aux vacances ou aux absences de la psychomotricienne. Le nombre de séances s'élève à cinq sur mes sept mois de présence.

---

<sup>5</sup> J'ai pu moi-même assister à l'atelier-théâtre du mardi après-midi de septembre à novembre. C'est un atelier proposé en co-thérapie par la psychomotricienne, un éducateur spécialisé et une comédienne intervenante. Estelle n'y a participé que deux fois durant cette période.

Je remarque que, la relation étant fragile, nous la laissons choisir les médiations de peur qu'elle rejette les nôtres, et toute la psychomotricité avec. J'ai la sensation qu'à chaque fois qu'elle décèle une tentative de notre part d'accrocher l'activité à notre axe thérapeutique, elle décide d'en changer.

Le suivi global d'Estelle en psychomotricité me paraît chaotique. Elle nous fait vivre la discontinuité par ses refus de la relation, ses différents états émotionnels et ses variations dans la demande. À cette absence de continuité, j'ajouterais le ressenti d'une inertie et d'une certaine **immobilité**. En effet, ma relation avec elle s'installe seulement, ce qui m'empêche de penser sa prise en soin comme une évolution. Nous nous concentrerons donc sur ce qu'Estelle me fait ressentir de cette discontinuité.

J'ai la sensation que ce qu'elle nous donne à vivre nous renseigne sur son état psychocorporel décrit plus haut. La dynamique temporelle saccadée du suivi, de la relation et des propositions thérapeutiques seraient le miroir de ses propres failles narcissiques et identitaires, ainsi que de ses difficultés à se sentir exister de façon continue.

### III. Couple continu discontinu

En voulant mettre un mot sur mon vécu, j'ai immédiatement pensé au mot **discontinuité**. Comment appréhender ce terme visiblement opposé à continuité ? Nous allons tenter de comprendre ce qu'exprime ce concept, puis d'analyser ce que cela nous donne comme information à propos du suivi, et plus particulièrement de l'état psychocorporel d'Estelle à mon contact.

#### 1. Continu/discontinu dans le champ du langage

Dans le Trésor de la langue française informatisé (TLFi), qui me semble donner les définitions les plus complètes pour ce terme, les différents sens de *continuité* sont les suivants :

« Fait d'être continu.

**[Dans l'espace]** : Fait de ne pas être interrompu

**[Dans le temps]** :

1 – Fait de durer sans interruption ou presque

2 – Fait de se répéter à de brefs intervalles

**[En parlant de l'espace et/ou du temps]** : Expression : solution de continuité : interruption entre les parties d'un tout, auparavant continues. » (TLFi, continuité, s.d.)

Aussi, d'après son étymologie, le terme *continuité* vient du latin *continuus* (*contineo*) : tenir ensemble, joindre, attaché. Il est de la même racine que *continere* : contenir (Gaffiot, 1934, p. 419). Les deux termes se rejoignent dans le fait qu'ils créent une cohérence et maintiennent une unité. En allant plus loin, on peut imaginer que les deux se répondent dans la clinique.

Le préfixe *dis-* de discontinuité indique la séparation ou la négation. La discontinuité s'oppose alors à la continuité en étant soit **ce qui la sépare**, soit **ce qui n'est pas** continu. Dans un cas, elle est cette disjonction de ce qui était continu (ce qui implique une rupture spatiale et temporelle) ; dans l'autre, elle est ce qui est par nature saccadé ou épisodique.

Dans les deux cas, le continu disparaît lorsque le discontinu intervient. L'un ne peut être que parce que l'autre n'existe pas ou plus.

En rendant compte d'un état du temps et/ou de l'espace, la continuité, comme son opposé, se range du côté de l'expérience. En effet, le caractère continu ou discontinu d'une chose se définit par la sensibilité du sujet à ce qui les différencie.

## 2. Continu/discontinu dans le champ de l'expérience

### a. Éprouver la continuité

- Un couple finalement complémentaire

L'éditorial « La convergence cordiale » du numéro 82-83 d'*Espace-Temps : Les Cahiers* explore l'expérience du couple continu/discontinu : « Quelle réalité recouvre donc ce couple de déterminations applicable à la multiplicité des choses et à leur contiguïté ou juxtaposition dans l'espace ou le temps ? Il renvoie d'abord à une expérience quasi immédiate, celle d'une sensibilité à une différence dans l'espace et dans le temps » (2003, p. 3). L'auteur ajoute que « l'expérience de cette distinction est immédiate, coïncidant avec une organisation du monde dont la continuité n'a de sens que si elle contribue à engendrer des différences » (2003, p. 3).

Cela nous apprend que, paradoxalement, la continuité n'existe que pour être interrompue et **générer du singulier**. En d'autres termes, contrairement à ce que nous avons vu dans le champ du langage, le vécu de discontinuité n'est possible qu'en comparaison avec l'éprouvé de continuité.

J. André, psychanalyste français, explique que « le contraire de continu » n'est pas « discontinu », mais « imprévisible » (2009, p. 1334). Contrairement au champ du langage qui exprime l'antinomie du couple, le champ existentiel révèle qu'ils sont les deux faces d'une même pièce, qui se complètent et ne peuvent aller l'une sans l'autre. La continuité représente le tissu temporel et/ou spatial de fond sur lequel peut s'inscrire l'événement qu'est le discontinu sans que ce dernier soit vain.

- La continuité permet de supporter la discontinuité

Dans l'expérience de maternage par exemple, le bébé éprouve la continuité temporelle par la permanence des soins. Sur la base des travaux de D.W. Winnicott à propos de **la préoccupation maternelle primaire** et de D. Marcelli sur les macrorhythmes et microrhythmes, M. Barraco de Pinto développe la notion de continuité dans l'accordage entre l'environnement maternant et le bébé. Selon elle, la répétition sécurisante des soins primaires fonctionne comme une suite de « rituels qui permettent au nourrisson d'**anticiper** une réponse calmante d'un malaise, par exemple, lui donnant confiance en l'environnement, et l'illusion qu'il est le centre du monde » (2010, p. 157). Anticiper, ou rendre prévisible, pour reprendre l'idée de J. André, c'est présupposer ce qui va arriver et y adapter sa conduite. Cela représente la première forme d'adaptation temporelle et d'assurance d'une constance de soi.

Les soins d'abord parfaits puis suffisamment bons apportés par l'environnement maternel au bébé constituent l'illusion d'expériences de continuité, étayant petit à petit un sentiment de sécurité chez le nourrisson. Celui-ci peut alors supporter la discontinuité par sa capacité à anticiper la réponse future.

- La discontinuité est créatrice

Les expériences de discontinuité éprouvées par le bébé l'obligent à mettre en place des stratégies pour conserver cette illusion de continuité. Toujours d'après les travaux de D. Marcelli, A. Ciccone reprend à son tour le concept de rythmicité dans les soins. Selon lui, le bébé tente de réparer et de combler l'absence. Ces travaux psychiques, notamment l'accrochage sensoriel, développent chez le bébé une forme d'activité mentale, ébauche de la pensée. Dans son article « Rôle de la rythmicité dans le développement du bébé », il explique que « l'anticipation permet par ailleurs au bébé de développer l'illusion non seulement de la permanence, mais de la création de l'objet » (2015, p. 518). Ainsi, nous comprenons que l'expérience de discontinuité peut être **créatrice** si elle s'établit sur un fond de continuité.

#### b. Sentiment de continuité

- Continuité et corporéité

Le **sentiment de continuité d'existence** est théorisé par D.W. Winnicott. D'après E. Pireyre, qui reprend son travail, c'est une « sorte de sécurité intérieure qui nous dit qu'à la seconde suivante nous serons toujours là et toujours "le même" » (2015, p. 55). Ce sentiment

s'élabore chez le tout-petit à partir d'expériences relationnelles et corporelles de continuité.

E. Pireyre place le sentiment de continuité d'existence comme composante de l'image du corps.

Le lien entre conviction de la continuité de soi et la perception du corps est fondamental. D.W. Winnicott l'établissait déjà en 1969 avec l'importance du rapport psyché-soma dans l'établissement du *self*, et A. Damasio l'a enrichi de sa pratique des neurosciences dans *Le Sentiment même de Soi*, trente ans plus tard. Il révèle que certaines structures cérébrales qui régulent les états corporels et cartographient les signaux corporels assurent chez l'humain la représentation invariante du corps.

- La continuité par rassemblement

Les expériences constitutives du sentiment de continuité d'existence sont d'abord corporelles. S. Robert-Ouvray explique dans son livre *Intégration motrice et développement psychique : une théorie de la psychomotricité* que le bébé vit son corps comme une alternance entre les deux extrêmes toniques. En effet, l'hypotonie axiale et l'hypertonie périphérique initiales du bébé ne lui permettent pas d'accéder à l'unité corporelle. De la même manière, la transition entre l'hypotonie liée à la satisfaction et l'hypertonie de l'insatisfaction se fait sans nuance. Le bébé expérimente son corps comme une suite d'états toniques non rassemblés en un, c'est-à-dire comme discontinus.

Les soins maternels lui permettent d'éprouver, dans un dialogue tonico-émotionnel<sup>6</sup>, les nuances toniques et le rassemblement. En accompagnant la tension et la détente d'une réponse

---

<sup>6</sup> Nous le verrons dans la suite de cet écrit, le dialogue tonico-émotionnel est un concept décrit par J. de Ajuriaguerra (1970) en approfondissant la notion de « dialogue tonique » proposée par H. Wallon. Selon lui, il correspond « au processus d'assimilation et surtout d'accommodation entre le corps de la mère et le corps de l'enfant [...] dans un échange permanent avec des postures maternelles. » (1985, p. 272)

adaptée, l'environnement permet d'associer l'état tonique avec la sensorialité d'abord, puis l'émotion et enfin la représentation. Ces paliers s'étayent les uns les autres et rendent possible l'accès à l'ambivalence. « Chaque stimulation interne ou externe sera intégrée à partir de ces paliers analytiques et constituera des unités événementielles pour l'enfant et des épisodes **cohérents** d'une expérience » (Robert-Ouvray, 2010, p. 85-86).

Pour résumer, par l'éprouvé des nuances toniques (par le *handling*<sup>7</sup>) et des réponses adaptées de la ou des personnes assurant les soins (par le *holding*<sup>8</sup>), le bébé se rassemble autour d'une palette d'état tonique et perçoit l'unité spatiale de son corps. Il peut également traverser des expériences différentes sans les vivre comme des ruptures.

On comprend que c'est notamment par la stabilité et la continuité des perceptions et représentations de soi et des autres, que se fonde le sentiment de continuité d'exister. S'il est suffisamment stable, ce sentiment est la trame de sécurité permettant au sujet de vivre la discontinuité, même corporelle, sans se désorganiser.

Finalement, ce choix de terme pour décrire mon expérience me paraît plus clair. J'ai pu me sentir attaquée ou fragilisée par la discontinuité imposée par Estelle. Cela relève probablement du fait qu'aucun fond stable et continu ne vient soutenir ces ruptures relationnelles. Par l'intermédiaire du transfert, que nous aurons l'occasion de questionner, elle semble me faire vivre ce manque de trame de sécurité qu'elle ressent, et ainsi son rapport si particulier à sa temporalité.

---

<sup>7</sup> D.W. Winnicott définit le terme *handling* par les contacts et mises en mouvement qui aident le bébé à sentir son corps comme une unité. L'environnement maternant, en effectuant les baigns, les frictions, les massages, lui permet de ressentir ses différents états toniques.

<sup>8</sup> D.W. Winnicott désigne par le terme *holding* le travail consistant à tenir et contenir l'enfant corporellement et psychiquement. Cela correspond donc à la façon dont on porte l'enfant dans ses bras, mais aussi à tout ce qui lui est fourni en termes de soin.

---

## **Partie 2 : Les temps du corps : entre adolescence et psychose**

Au fil des mois, en essayant de démêler et de relier les informations de son dossier, celles de l'équipe soignante et mes observations, je m'aperçois qu'Estelle est prise entre les conflits liés à l'adolescence et la symptomatologie de la psychose.

Sur ses failles narcissiques et corporelles datant de l'enfance, la période pubertaire semble être à la source d'une réelle désorganisation : Estelle a expérimenté la discontinuité par des transformations corporelles, psychiques et représentationnelles. L'absence ou la défaillance de la trame de sécurité l'empêche de rendre cette discontinuité créatrice de subjectivité.

Se pose également la question de la place de la psychose dans ses souffrances. Je fais l'hypothèse que son trouble psychique se place comme lutte contre l'anéantissement, l'engloutissement de son être dans la discontinuité corporelle et temporelle de la puberté. Nous verrons que, face à la discontinuité destructrice, le sujet peut mettre en place des défenses corporelles le plongeant dans un perpétuel atemporel.

Nous observerons alors que les comportements de préservation, comme le recours à la scarification, sont un moyen d'apaiser cette angoisse et une tentative de mise au travail des conflits psychiques.

## **I. L'adolescence : une temporalité qui s'impose à elle**

Il m'apparaît que l'entrée dans l'adolescence d'Estelle a rompu l'équilibre déjà fragile de ses assises narcissiques. Elle s'est vue imposer une temporalité déchirante : celle de changements physiques et psychiques importants.

Face à ce vécu de passivité potentiellement traumatique, Estelle semble déployer des modalités très particulières dans son rapport au Temps<sup>9</sup>. Intolérante à la frustration et presque incapable de s'adapter au rythme de l'autre, elle tente de garder une maîtrise sur ce qui l'envahit. J'enrichirai ma réflexion de la clinique d'autres adolescents de l'HDJ B.

### **1. La temporalité sociétale : le passage flou**

Selon le TLFi, la définition d'*adolescence* est la suivante : « âge de la vie qui suit l'enfance et qui s'étend jusqu'à l'âge adulte » (TLFi, s.d.), soit comme une période de transition. Par définition, elle représente une grande rupture corporelle, relationnelle et représentationnelle dans la vie du sujet. Distincte de la puberté, qui se traduit par des transformations dans le réel du corps, l'adolescence me semble être un vaste concept tant les modifications pour devenir un·e adulte sont nombreuses et non bornées dans le temps.

Le psychiatre français P. Huerre rencontre manifestement la même difficulté. En s'appuyant sur les écrits du sociologue M. Fize, il nous dit que l'adolescence telle qu'elle existe aujourd'hui est « une notion imprécise, impossible à définir d'un point de vue physiologique. [...] Sa limite supérieure, signant le passage à l'âge adulte, accuse un flou absolu. Est-ce la fin

---

<sup>9</sup> Selon B. Blanchard et T. Balkan, la majuscule exprime la dimension subjective du Temps vécu comme « expérience temporelle » plutôt que la réalité objective du temps mesurable.

de la croissance osseuse, de la maturation cérébrale, de la maturité psycho-affective, est-ce l'autonomie par rapport aux parents, l'indépendance financière ? » (Huerre, 2001, p. 6). En effet, rien ne marque la fin de cette période qu'est l'adolescence, pas même une fin symbolique apportée par le groupe, comme les rituels initiatiques dans les sociétés traditionnelles d'hier et d'aujourd'hui.

Comme le souligne P. Jeammet, psychanalyste et pédopsychiatre français, « l'adolescence est un âge de la vie qui semble s'étirer de plus en plus » (2008, p. 31). Elle n'est pas marquée temporellement, sans début ni fin, et empêche donc ceux·celles qui la vivent de prendre des repères temporels externes. Cette situation floue et ce manque d'ancrage temporel se joignent à l'inévitable vécu d'étrangeté du·de la jeune face à son corps.

Sam est un adolescent de dix-sept ans de l'HDJ B. Il est désorganisé dans l'espace et le temps et peine à trouver des repères stables. Il est suivi en parallèle dans un CMP enfant depuis l'âge de six ans. Des démarches sont en cours pour qu'un CMP adolescent prenne le relais. Pour lui, cela signifie son entrée dans l'adolescence. Cette transition d'institution est signifiante et lui permet de s'identifier réellement dans la temporalité de son développement. Depuis l'évocation de ce changement, ses intérêts ont évolué. Il s'intéresse à ce qui caractérise les adolescents : il se renseigne par exemple sur la masturbation. Il prend la majorité comme repère de sortie de l'adolescence<sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> Les textes encadrés sont des illustrations cliniques du propos, en dehors de notre objet d'étude qu'est la relation avec Estelle. Ces illustrations concernent les adolescent·e·s de l'HDJ B.

## 2. La temporalité du corps : la rupture brutale

Estelle nous dit au détour d'une séance qu'elle est « restée bloquée dans le passé », quand elle avait environ dix ans, et que cela l'empêche « d'être dans le présent ». L'âge de dix ans peut nous évoquer à peu de chose près l'âge de son premier épisode psychotique.

C'est aussi la période de l'effritement de l'âge enfantin et l'entrée dans la préadolescence, c'est l'âge où tous les repères de l'enfance sont intacts et intégrés. À dix ans, Estelle a eu le temps d'éprouver son corps, de se le représenter et de se constituer un **schéma corporel** fiable.

Ce schéma est la perception que l'on a de notre propre corps qui nous donne un repère spatio-temporel immuable pour percevoir le monde. C'est sur cette base corporelle que s'établissent les représentations de nous-même et de notre environnement (de Ajuriaguerra, 1970). À dix ans, Estelle pouvait s'appuyer sur l'expérience de son corps pour être au monde.

Le premier épisode psychotique éprouvé par Estelle a eu lieu peu de temps après les premières transformations de son corps dues à la puberté. Nous pouvons entendre ce symptôme délirant comme une manifestation du sentiment d'étrangeté face à son corps qui n'est plus le même.

### a. Transformations adolescentes

Le corps adolescent est un chantier en cours sous l'impact de la puberté. Le contrôle hormonal donne au corps de nouvelles formes, de nouvelles dimensions, une nouvelle texture, une nouvelle odeur. Il ne produit pas les mêmes sons et sécrète de nouveaux fluides. L'adolescent·e voit soudainement et malgré lui·elle disparaître son corps d'enfant et apparaître

un corps sexué et sexuel qui lui est inconnu. Les capacités perceptives sont entravées par le rythme des modifications.

C. Potel cite E. Kestemberg et nous dit que « la transformation dont les adolescents sont à la fois objet et sujet est déterminée par une modification de leur corps et donc par une remise en cause de leurs relations antérieures avec leur corps » (2006, p. 57). En effet, le sujet perd brutalement tous ses repères et se voit engagé dans une refonte de ses représentations corporelles. Ces modifications sont rapides, « au point de le conduire à ne plus se reconnaître, jusqu'à éprouver ce sentiment d'étrangeté au plan identitaire » (Marty, 2015, p. 10).

Le corps, interface entre soi et le monde extérieur, est méconnaissable car ses limites palpables sont mouvantes. Ce ressenti corporel étrange implique des perceptions de l'extérieur nouvelles. Le lien qu'entretient le sujet avec son environnement est modifié. Cela entraîne une remise en cause des frontières symboliques entre soi et l'environnement. Le sentiment d'identité s'en trouve impacté.

#### b. Le temps des transformations

B. Blanchard et T. Balkan nous expliquent que « le processus pubertaire plonge le sujet dans le vécu d'un Temps non borné, contingent, au sein duquel la prévisibilité et l'anticipation structurantes de l'enfance se voient brutalement battues en brèche » (2009, p. 381). Le Temps vécu de l'enfance, connu et structurant, est donc révolu. Le corps n'est plus le vecteur d'appropriation du Temps : il le désorganise, l'effracte.

En outre, le sujet adolescent doit s'autonomiser des rythmes parentaux pour se structurer un rythme propre, intégrant tous les nouveaux rythmes qu'il investit (les rythmes des pairs, de la libido et des responsabilités nouvelles, par exemple).

Or, nous l'avons vu, l'anticipation est ce qui permet de supporter la discontinuité. L'adolescent·e doit donc faire face à « une forme de déracinement temporel » (2009, p. 381), lié à la déchirure de la trame temporelle de son existence.

Le corps d'Estelle, depuis « l'arrêt sur image » de ses dix ans, ne semble plus porter cette fonction de cadre temporel et spatial qu'il remplissait auparavant. Depuis les premiers changements physiques, la fonction de repère réel et psychique de soi ne serait donc plus assurée par son corps ni par la société, plongeant l'adolescente dans l'angoissante menace d'anéantissement.

### **3. Le sentiment identitaire dans l'après-coup**

Les modifications corporelles et sociales font évoluer l'adolescent·e dans son rapport à lui·elle-même. C'est son sentiment identitaire et sa conscience de lui·elle-même qui se retrouvent mis à mal. Pour préserver son sentiment d'existence, et ainsi se tourner vers l'avenir, il est nécessaire que l'adolescent·e tisse des liens entre son vécu présent et son enfance. Il·elle doit pouvoir accéder à une construction autobiographique construite à partir de la mémoire sensorielle, émotionnelle, et du corps en relation afin de retrouver une continuité dans ses représentations corporelles et identitaires.

a. Entre l'actuel et l'archaïque

À quinze ans, Estelle est une adolescente qui dégage une forme de lourdeur et de gravité, portée par sa posture et le poids que semblent supporter ses jambes. Contrairement à ses vêtements, son maquillage et ses cheveux, tous trois très colorés, elle est rarement d'humeur légère et joviale.

Elle ressent régulièrement le besoin d'exprimer cette lourdeur par la parole auprès d'un·e soignant·e. Elle se montre alors préoccupée par un passé qui menacerait le présent. Très logorrhéique dans ses ruminations, elle ne laisse pas la possibilité à son interlocuteur de lui répondre. Estelle ne semble d'ailleurs pas rechercher un échange parlé, mais plutôt un réceptacle à ses angoisses et à ses ruminations, ou bien un moyen de les faire exister à l'extérieur. C'est du moins dans cette position, que je qualifierais de « vase », que je me suis retrouvée lors d'une séance avec elle et la psychomotricienne.

Estelle s'est présentée très agitée et perturbée lors de notre cinquième séance ensemble (et dernière à ce jour). Elle a posé son téléphone, s'est assise à table avec nous, puis nous l'avons écoutée durant les trente minutes de la séance. Elle s'est déchargée par les mots et le corps de cette lourdeur. Ses gestes ressemblaient davantage à des mouvements soudains, presque incontrôlés (jusqu'à casser son bracelet) qu'à un langage intentionnel ou à un quelconque moyen de communication. Ses yeux étaient exorbités et ne témoignaient pas d'un regard adressé ou en relation.

Je me suis sentie comme ce récipient dans lequel seraient versés ses souvenirs d'enfance. J'ai accueilli ses bouts de récit décousus et discontinus concernant sa famille. J'ai rapidement compris que j'accueillais par la même occasion ses angoisses massives passées, qui l'empêchent d'être en relation **dans l'instant**. En tentant de jouer mon rôle de contenant, je me

suis aperçue qu'il me revenait également de refaire du lien dans sa narration, de raccrocher les bouts du puzzle des événements.

Je lui prête alors mon appareil à penser<sup>11</sup>. J'accepte en moi ses morceaux de récit, je les décrypte avec mes représentations propres, et je lui donne une interprétation qui est la mienne : « Ce que tu nous dis avec tes mots, c'est que tu ne te sens pas écoutée, ni auprès de ton père, ni de ta mère, ni du personnel de l'autre institution, ni de personne ? C'est bien ça ? Tu as beau crier aussi fort que tu peux, personne ne t'entend vraiment ? » Elle acquiesce vaguement et continue son récit désorganisé. Qu'elle soit juste ou non, son propre appareil à penser semble trop précaire ou trop encombré pour s'approprier mon interprétation et en dire quelque chose.

Lorsque j'essaye face à mes notes de délier et relier ses paroles, je me trouve face aux souvenirs embrouillés d'une adolescente dont le corps est au centre des angoisses. Il m'apparaît clairement qu'elle éprouve des difficultés à se représenter son passé de manière suffisamment stable pour qu'il fasse entièrement partie de son être. Les réminiscences<sup>12</sup> d'Estelle font irruption dans tout son corps. Les images intactes du passé ne trouvent pas de représentation dans sa parole, ni dans les mouvements de son corps, ni dans l'écoute de l'interlocuteur·rice.

J'ai la sensation que son enfance, avant ses dix ans, est entièrement clivée et détachée de son vécu actuel, comme si l'adolescence avait creusé un trou béant dans la trame continue de son existence. L'aller-retour n'est pas fluide : elle ne peut pas subjectiver son passé pour le faire sien.

---

<sup>11</sup> Au sens de W. Bion (2004).

<sup>12</sup> Dans le sens de « souvenir où domine plus ou moins l'élément affectif » du TLFi (TLFi, réminiscence, s.d.).

b. Le retour urgent du passé

B. Blanchard et T. Balkan définissent ainsi l'**inquiétante temporalité** : « celle-ci se caractérise par l'irruption du passé dans le présent, l'instabilité d'un flux temporel écartelé entre fuite et stagnation » (2009, p. 381). Ce passé, en revenant sur le devant de la scène psychique et corporelle, tente de trouver un ancrage temporel dans un ici et maintenant qui semble infini et illimité. L'inquiétante temporalité est nommée ainsi en référence au livre de S. Freud, *L'inquiétante étrangeté*, dans lequel il décrit le concept éponyme comme le point de rupture entre connu et non connu, comme sentiment surgissant, lié à une perception altérée du familier.

L'inquiétante temporalité renvoie à un sentiment dérangent face à un passé devenu étranger qui fait irruption dans le présent et ne prend pas sens. L'adolescent·e est alors pris dans l'urgence à temporaliser ses éprouvés et dans l'attente d'un présent qui ne vient jamais.

Le·la jeune doit pouvoir intégrer que son corps n'est pas simplement témoin d'un temps suspendu. Il y a un avant et un après ce moment présent. Il·elle doit pouvoir s'approprier son corps dans ses ressentis passés pour s'ouvrir vers le futur : « Hier c'était déjà du moi, demain ça sera toujours du moi. »

D'un point de vue psychanalytique, il est question de réactivation des fixations infantiles qui s'inscrivent dans un projet de réécriture subjectivante de ce Temps passé.

Certaines pulsions de l'enfance refont surface à l'adolescence et témoignent d'un retour à des stades libidinaux antérieurs. S. Freud a identifié quatre stades précédant l'adolescence : le stade oral (de la naissance à douze mois), le stade anal (de douze mois à deux ans), le stade phallique et/ou urétrale (de deux à sept ans), la période de latence (de sept ans à la puberté). L'adolescence représente la phase génitale. Pour que la sexualité puisse passer d'auto-érotique

à hétéro-érotique, il faut que l'adolescent·e retrace ses phases aut centrées afin de les ancrer dans une trame narrative dont il·elle est le sujet. (Blanchard & Balkan, 2009, p. 382-385).

Ainsi, Estelle semble vivre ces retours du passé, pourtant nécessaires, comme des brèches dans son sentiment de continuité ; ils s'imposeraient à elle. Elle ne semble pas accéder à l'inscription du temps de l'enfance dans une trame de vie continue. Son rapport au Temps est marqué par la désarticulation et la répétition mortifère de la pathologie.

Plusieurs possibilités s'offrent à moi pour appréhender le lien entre adolescence et psychose :

- Il est possible d'envisager les troubles psychiques d'Estelle comme une entrave au processus de **subjectivation temporelle**<sup>13</sup> en l'empêchant de se constituer une biographie interne. Autrement dit, ses troubles seraient une discontinuité supplémentaire.
- Nous pouvons aussi concevoir la psychose dont elle souffre comme une réaction défensive face au vécu de bouleversement des assises identitaires à l'adolescence, et donc comme une lutte contre la discontinuité.

---

<sup>13</sup> La subjectivation temporelle correspond au mouvement qui permet à l'adolescent·e de construire sa position de sujet à travers l'intégration du Temps. Il est donc question d'articuler les « différents temps qui circulent au sein de l'appareil psychique [...], ce qu'André Green appelle l'"hétérochronie". » (Blanchard & Balkan, 2009, p. 385).

## II. La psychose : discontinuité ou protection de la continuité ?

### 1. Psychopathologie du Temps à l'adolescence

#### a. Adolescence et psychopathologie

Le lien entre adolescence et psychopathologie a toujours été étroit. L'adolescence est le temps de l'éclosion de nombreuses pathologies psychiques. C'est une période de vulnérabilité pour le Moi.

C. Potel nous explique qu'en fonction des capacités de travail psychique de l'individu, l'adolescent·e peut être débordé·e par « les changements trop angoissants, et il peut s'enfermer dans des positions régressives de protection » (2006, p. 68-69).

D. Marcelli et A. Braconnier, dans leur ouvrage *Adolescence et psychopathologie*, citent M. Laufer : « L'éclosion des troubles pathologiques chez de jeunes adultes doit être comprise comme le résultat d'une cassure ("breakdown") dans le processus développemental » (2018, p. 50). Ils comparent ce que M. Laufer appelle *breakdown* à un sentiment d'étrangeté, voire à une rupture du sentiment de continuité de soi.

Si les bases narcissiques et temporelles ne sont pas suffisamment stables, la menace du sentiment de continuité de soi de l'adolescence peut s'avérer traumatique. Ainsi, la pathologie psychique et corporelle à l'adolescence serait un ensemble de luttes contre cette discontinuité.

b. L'atemporel de la pathologie

P. Jeammet, cité par B. Blanchard et T. Balkan, considère que la psychopathologie de l'adolescence constitue une « confrontation au problème du temps et une tentative de l'éviter » (2009, p. 390-391). Les deux auteurs supposent que les manifestations psychopathologiques à l'adolescence sont à la fois des impasses dans le processus de temporalisation pubertaire et une défense face au conflit temporel de la discontinuité.

Ils ajoutent que « la symptomatologie aigue [à l'adolescence] serait plus particulièrement caractérisée par un vécu **de submergement** et **de télescopage**, la désarticulation des différents registres de temporalité intrapsychique désorganisant le sentiment même d'une continuité temporelle de soi et du monde » (2009, p. 391). Face à un vécu temporel traumatique comme celui de l'adolescence, le sujet peut développer des défenses psychiques, corporelles et comportementales qui lui confèrent l'illusion de **pouvoir maîtriser le Temps**. Le sujet vit le Temps du symptôme et se l'approprie comme sien. Le symptôme impose sa propre atemporalité et rythmicité.

En inscrivant ainsi tous ses éprouvés dans un continuel atemporel de la pathologie, l'individu perd son propre Temps, le fige et le rend prévisible : il retrouve l'anticipation qui lui manquait pour maintenir son sentiment de continuité de soi. Cette béquille à la conviction de continuité est tout de même bancal et doit sans cesse être réactualisée, ce qui explique notamment l'agrippement perceptivo-moteur de certain·e·s jeunes.

Les différents rythmes de l'environnement se retrouvent synchronisés avec celui du symptôme, empêchant également les rythmes interactionnels de se mettre en place.

Le Temps, enfermé sur lui-même, n'est plus ouvert à l'altérité, là où le sujet s'est retiré de son expérience subjective face au vécu d'empiétement du Moi. Ce phénomène de répétition

en dehors de la conscience du Temps est décrit par A. Green comme la « forclusion de la temporalité<sup>14</sup> » (Green, 2000, p. 180).

## 2. La psychose

Je fais le choix de développer la partie psychotique de la symptomatologie d'Estelle. Bien sûr, l'aspect thymique a des répercussions sur son vécu corporel, sur sa manière d'être au monde, ne serait-ce que dans l'aspect cyclique et donc discontinu de l'humeur.

C. Potel, dans son livre *Corps brûlant, corps adolescent : des thérapies à médiations corporelles pour les adolescents*, place la psychose comme un échec de la résolution de la crise d'adolescence. Elle y écrit les phrases suivantes : « L'adolescence a souvent été comparée à la psychose. Les changements pubertaires donnent à l'adolescent une impression d'étrangeté et d'irréalité qui l'inquiète. Être dans un corps qui ne lui ressemble plus, qu'il ne maîtrise plus, dans lequel il ne se reconnaît plus comme étant lui-même, autant de sensations et de sentiments que l'on pourrait approcher des états de **dépersonnalisation**. Chez l'adolescent, cela n'est pas forcément pathologique et ne laisse rien présumer de son avenir, dans la plupart des cas, mais on sait aussi que l'adolescence est une période électorale pour l'éclosion d'une psychose » (2006, p. 65-66).

---

<sup>14</sup> La forclusion est un terme de J. Lacan pour désigner le *Verwerfung* de S. Freud, le mécanisme de défense à l'origine de la psychose. À l'inverse du refoulement, l'affect autour de l'expérience de la castration dans la forclusion est rejeté, comme si elle n'était jamais advenue. Le signifiant est rejeté en dehors de la sphère symbolique du sujet, il est forclus hors de la psyché. Les signifiants ne font pas leur retour depuis l'intérieur par l'intermédiaire du rêve, mais depuis l'extérieur par l'intermédiaire du délire ou des hallucinations que le sujet ne reconnaît pas comme siens. La forclusion témoigne d'un décrochage entre signifiant et signifié.

a. Concept de psychose

Il est difficile pour moi, à ce jour, de définir avec précision la psychose. En m'intéressant brièvement à ses différentes conceptions dans les trois principaux domaines, je pourrais m'approcher de la signification qu'elle prend pour l'équipe qui m'accueille.

Elle désignerait, selon la phénoménologie, une **façon d'être au monde** dans lequel l'enchaînement logique ou la cohésion des expériences est mis en question.

H. Maldiney, figure majeure de la philosophie française du XX<sup>e</sup> siècle, parle de la psychose comme une « catastrophe de l'exister ».

D'après les psychanalystes, la psychose relève de la **structure psychique** dont la manifestation visible est cette façon d'être au monde. Une structure psychique correspond à une organisation stable du Moi et des moyens de défense dont il dispose. Ainsi, la structure psychotique se cristallise autour de la lutte contre toute une partie de la réalité (déli, clivage et forclusion), contrairement à la structure névrotique qui s'organise autour du refoulement des pulsions.

En psychopathologie, il est question de troubles psychotiques. Il s'agit de troubles à conséquences psychiques, comportementales, sociales et corporelles traduisant une perte de contact avec la réalité et une perte des limites du Moi. Il s'agirait donc de **l'ensemble des affections** relevant de la structure psychotique dont il est question plus haut.

La difficulté de compréhension se trouve dans le fait que le terme *psychose* regroupe une diversité de significations, de la conséquence visible jusqu'à la cause structurelle. On peut

par exemple lire : « Récemment Bergeret<sup>15</sup> (2004) remettait en question le fait d’avoir donné à la structure le nom de son état pathologique puisque l’adjectif “psychotique” renvoie généralement à celui qui décompense sur ce mode » (Husain *et al.*, 2009, p. 184).

La caducité de l’emploi du mot *psychose* dans les nouvelles classifications psychiatriques<sup>16</sup> est d’ailleurs probablement une conséquence de cette confusion sémantique et du souhait de séparer la psychopathologie de la psychanalyse. En effet, dans la nosographie psychiatrique actuelle, le substantif *psychose* a tendance à disparaître, au profit de *spectre de la schizophrénie*, à l’instar de *névrose* majoritairement remplacée par *troubles anxieux*.

En pratique, le concept clinique de psychose et son opposition à la névrose restent pertinents, notamment à l’HDJ B., où il reste très utilisé. Ses critères cliniques et sa symptomatologie représentent un réel repère diagnostique pour les psychiatres, et repère de soin pour les équipes soignantes. Les manifestations cliniques de la psychose, qu’il s’agisse de symptômes positifs ou négatifs, seraient l’expression d’une tentative de préservation, par la maîtrise ou l’évitement, du Moi (Bürgin, 2009, p. 457). En effet, les vécus du corps dans la psychose témoignent de la difficulté à maintenir un sentiment continu d’exister.

Dans la suite de cet écrit, nous envisagerons, à la manière de D.W. Winnicott, la psychose comme une manifestation de la résistance du sujet face à l’effondrement ou à une « agonie primitive » (1975, p. 38), voire à la menace du sentiment de continuité et d’unité.

---

<sup>15</sup> C’est à J. Bergeret, psychanalyste français, que nous devons le modèle de la psychopathologie structurale

<sup>16</sup> Il est question de la 5<sup>e</sup> édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5, 2005) de l’Association américaine de psychiatrie.

b. Défense contre la perte d'unité corporelle

La plupart du temps, le sujet psychotique ressent son corps comme morcelé, c'est-à-dire « composé de parties disjointes » (Pous, 1995, p. 30). La perception ainsi que la représentation de l'unité et de la cohérence semblent faire défaut. L'expérience corporelle de la psychose est caractérisée par une difficulté à distinguer le dedans du dehors et à intégrer les différentes informations sensorielles reçues. La peau n'est pas investie comme limite entre intérieur et extérieur et les sensations sont difficilement assimilées comme siennes.

- Un défaut dans l'intégration sensorielle

La théorie de l'intégration sensorielle, de l'ergothérapeute A. Jean Ayres, établit le lien entre l'expérience des flux sensoriels, l'appropriation de ceux-ci en perception et la modulation tonique conditionnant l'organisation gestuelles.

B. Lesage s'approprie cette théorie et nous renseigne sur l'implication du traitement par l'organisme des perceptions dans l'élaboration d'une représentation de soi et de ses limites (2012, p. 130). Ses travaux font à la fois écho à la notion d'enveloppe comme moyen de différenciation, et à la notion d'axe corporel comme support de la représentation du soi et du non-soi. Selon lui, la cohérence de l'espace interne dépend de l'intégration des sensations de solidité de sa propre charpente osseuse. Un défaut de représentation psychique de cette structure interne et résistante, la distinction entre soi et non-soi est difficile et certaines sensations peuvent s'avérer inquiétantes pour l'individu.

- Le Moi-Peau défaillant

Le Moi-Peau, théorisé par D. Anzieu, est une fonction psychique qui s'étaye sur la fonction biologique de la peau. C'est « une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface de son corps » (Anzieu, 1995, p. 61). Les huit fonctions décrites du Moi-Peau<sup>17</sup> sont susceptibles d'être défaillantes et de générer des angoisses chez le sujet psychotique.

Par exemple, si la représentation de la peau n'est pas suffisamment stable pour **maintenir** ensemble les contenus psychiques, les **contenir** en soi, les **protéger de l'excitation** intérieure comme extérieur, les inscrire dans un vécu de soi **unique et différencié**, ou bien **relier les sensations** entre elles, alors toute perception peut envahir le Moi et menacer de l'anéantir. À l'inverse, tout contenu psychique peut se trouver propulsé à l'extérieur.

Dans la psychose, on retrouve, selon la théorie sur laquelle nous nous appuyons, une enveloppe-peau altérée, dans ses fonctions de représentation, et poreuse, ou bien une mauvaise intégration de l'axe corporel comme support de l'espace interne. Dans les deux cas, l'intérieur et l'extérieur ne sont pas suffisamment différenciés pour identifier certaines sensations et se les approprier.

---

<sup>17</sup> Les cinq fonctions décrites ici : maintenance, contenance, pare-excitation, individuation de soi et inter-sensorialité dont il est question, se voient complétées de trois autres : Le soutien de l'excitation sexuelle, la recharge libidinale et l'inscription psychique. À ces huit fonctions, D. Anzieu y ajoute la fonction d'autodestruction aussi appelée fonction toxique.

Face à ces sensations énigmatiques, le sujet peut développer des stratégies pour les élaborer. Les troubles psychomoteurs peuvent alors être interprétés comme le signe des défenses mises en place contre la perte de l'unité corporelle, contre la discontinuité de l'enveloppe-peau.

- Troubles des sensations

Certaines sensations et perceptions représentent une potentielle menace pour le Moi. Cela laisse place à diverses manifestations :

- **Le corps trop perçu** : les sensations sont décuplées, presque douloureuses et envahissantes. Cela témoigne d'une tentative de mise en sens et de représentation de ces perceptions. Pour se rassurer quant à la nature des sensations, le sujet psychotique trouvera plus facilement un sens à celle-ci dans la représentation mécanique du corps.

Nolan est un adolescent de dix-sept ans. Ses préoccupations corporelles sont extrêmement envahissantes. Il questionne les adultes sur l'intérieur de son corps, les organes, les circuits et les mécanismes. Ses sensations, notamment de l'intérieur du corps, étant trop angoissantes, il tente de se les expliquer en y apposant des termes compliqués et qui ne font pas sens pour lui.

- **Le corps non perçu** : « le corps dans son entier ou en partie n'est pas perçu » (Pous, 1995, p. 30). Cela peut témoigner du clivage entre la sensation et sa représentation. Le manque de perception mène à une recherche active de sensations, notamment dans des conduites dangereuses.

Alice est une adolescente de quinze ans. Elle me fait part de ses angoisses corporelles. Elle dit ne pas ressentir la douleur physique et ne pas ressentir sa peau. Cela l'oblige à « se faire du mal », tant physiquement (en s'automutilant) que psychiquement (en pensant à des souvenirs douloureux), pour ressentir son corps.

- **Le corps mal perçu** : certaines sensations sont éprouvées sans stimulus extérieurs. Les hallucinations seraient des perceptions que le sujet psychotique ne pourrait sentir comme appartenant à son corps. Les sensations n'étant pas identifiées comme « à soi », le psychisme leur donnerait une cause extérieure, en dehors de la réalité objective.

Ariel est une adolescente de dix-neuf ans. Elle éprouve des difficultés à identifier certaines sensations comme siennes. Elle entend par exemple des voix dévalorisantes qu'elle n'attribue pas à sa perception.

Qu'elles soient trop ou pas assez présentes, voire étranges, les sensations corporelles du sujet psychotique sont sources d'angoisses et témoignent d'aménagements contre l'anéantissement du Moi.

- Troubles toniques

Le tonus est l'état de tension permanente active et involontaire des muscles. Il est variable en intensité selon les actions ou états émotionnels, qui le renforcent ou l'inhibent. Il se décompose en trois niveaux : le **tonus de fond**, permanent et involontaire, lieu d'inscription des émotions, étaye le **tonus postural**, permettant de maintenir une posture et préparant le **tonus d'action**, qui est un soutien du mouvement.

Il est soumis à la régulation tonique qui permet un dosage adapté de celui-ci et une fluidité gestuelle et posturale. Les trois tonus peuvent différer : cela donne des combinaisons toniques quasi illimitées pour répondre aux stimulations internes et externes. En étant plus ou moins recruté, le tonus peut être vecteur de sensations, couper le sujet des sensations extérieures, le rendre perméable aux perceptions, etc. On peut alors parler d'enveloppe tonique exerçant elle aussi certaines fonctions : d'autoconservation, de pare-excitation, de communication avec autrui, normative et d'appétence.

Le tonus étant marqué par les éprouvés émotionnels et les expériences corporelles du sujet, il est, dans le vécu psychotique, une expression des conflits internes et une adaptation aux menaces de perte de limites :

- **L'hypertonie** – augmentation de la résistance d'un muscle à son propre étirement – peut constituer un palliatif à l'absence de sentiment de continuité du corps. La tension musculaire permet de mieux percevoir le corps dans son entier et de se rassembler. Lorsqu'elle devient permanente, l'hypertonie peut devenir une véritable carapace tonique protégeant alors le sujet de tout envahissement. L'hypertonie s'installerait ainsi comme compensation : soit des fonctions défaillantes de contenance et de pare-excitation du Moi-Peau, soit une béquille au manque d'ancrage en soi, dans sa solidité propre.
- **L'hypotonie** – diminution de la résistance d'un muscle à son propre étirement – s'accompagne d'un affaissement postural. L'enroulement sur soi tend à abaisser le regard au niveau du sol, à signifier une fermeture vis-à-vis de l'environnement.

Le tonus doit pouvoir varier pour s'adapter aux situations. Pour cela, le sujet dispose d'une palette de nuances toniques. Lorsque le tonus s'établit sur un seul mode, ou s'il varie d'un extrême à l'autre sans nuance, on peut parler de **dysharmonie tonique**. Elle reflète la dissociation et la désorganisation corporelle du sujet, car elle impacte grandement la motricité.

Cette dysharmonie tonique est particulièrement visible chez Estelle. Oscillant d'un extrême à l'autre, le tonus réagit dans l'urgence comme pour reboucher les trous laissés par son enveloppe-peau. Cette cristallisation tonique en pôle opposé, très liée à la valeur émotionnelle de la situation, empêche une certaine souplesse et une motricité expressive dans certaines situations. De la même façon, ne pouvant plus s'étayer sur le vécu corporel, les facultés de représentation s'appauvrissent et les verbalisations autour du corps perdent en incarnation.

Le vécu d'étrangeté du corps influe sur la perception de l'espace corporel, qui est mise à mal sur plusieurs plans : la différenciation de son corps, la distance entre soi et non-soi, la reconnaissance et la relation entre le sujet et l'Autre.

### c. Défense contre la perte de la continuité temporelle

Le psychotique peut entretenir une relation particulière à son corps qu'il vit alors en morceaux détachés les uns des autres et fusionné avec l'environnement. L'espace du corps est difficilement investi comme lieu d'inscription des éprouvés.

Le clivage corporel serait donc éminemment spatial, et ainsi le miroir du clivage temporel chez le sujet psychotique, comme le souligne A. Ciccone : « Le clivage dans le temps est à la fois tributaire du clivage dans l'espace et à l'origine du clivage dans l'espace (c'est parce que les expériences bonnes et mauvaises se sont succédé de façon rythmique qu'a pu se

réaliser la perception d'une qualité bonne et qu'une qualité mauvaise et qu'ont pu être séparés dans l'espace) » (2001, p. 180).

À l'image du vécu corporel, l'éprouvé du temps dans la psychose est coloré de ruptures rapprochant le sujet de l'expérience de la catastrophe de ne plus être. Le liant temporel faisant défaut, l'existence psychotique ne serait qu'une suite d'instantanés déliés et incohérents : « le déni du passé en tant que temps vécu empêche le présent d'être ressenti comme la suite d'un déploiement continu qui tisse les fils de l'avenir » (Marty, 2009, p. 182).

La tentative de maîtrise du Temps est une solution pour lutter contre l'incohérence et la discontinuité. Je vous propose d'illustrer mon propos avec les récits cliniques du rapport d'Alice aux différentes temporalités externes. En effet, nous pouvons remarquer, chez Alice comme chez Estelle, des stratégies d'annulation des rythmes qui s'imposent à elles.

- Les temps institutionnels

Les temps de l'établissement sont bien définis par un emploi du temps qui est toujours le même. Pourtant, la temporalité institutionnelle peut être une véritable violence infligée au patient·e.

Alice peine à s'inscrire dans la temporalité de l'établissement. Elle ne s'inscrit pas temporellement ni en scolarité le matin, ni en atelier l'après-midi. Elle erre dans les couloirs, attend qu'on vienne la chercher et part avant le reste du groupe. Elle tient cependant à conserver sa liberté de choix et d'errance puisqu'elle refuse les aménagements temporels. « Mercredi, on lui a proposé de ne pas venir en classe le lendemain matin et tous les autres jeudis. Elle est arrivée, le lendemain, dans un état de détresse et de crise clastique. C'était insupportable pour elle qu'on lui refuse ce temps », nous dit son éducatrice référente en réunion de synthèse.

La dynamique temporelle des projets de soin se retrouverait contrainte par la discontinuité qui l'envahit.

Il est pertinent de noter qu'Estelle montre les mêmes signes qu'Alice. Elle peine à s'approprier les temps imposés par l'HDJ B. et les annule.

- Les temps du traitement

La prise de traitement est une autre violence subie par les patient·e·s. La temporalité étendue et infinie du traitement peut les plonger dans la passivité face à leurs troubles.

Alice refuse de prendre son traitement principal antipsychotique le matin. Elle se présente tous les matins à l'infirmerie de l'HDJ B. en demandant son traitement « si besoin ». C'est un médicament qui permet de gérer, comme son nom l'indique, l'urgence de la situation de crise. Alice ne s'inscrirait alors pas dans une temporalité de traitement de fond et au long terme, elle entretiendrait cette discontinuité et garderait un pouvoir dessus.

- Les temps relationnels

Dans la psychose, les rythmes de l'autre peuvent représenter de réelles menaces pour le Moi. En gardant une maîtrise sur les rythmicités de la relation, le sujet s'assure de ne plus subir les temps de l'autre.

La vie d'Alice semble rythmée par les temps relationnels. En effet, elle « se branche<sup>18</sup> » sur l'autre en permanence. Nous comprenons ici qu'elle annule le rythme « présence/absence » de l'autre en préservant une présence permanente. Nous observons que, lorsqu'elle n'est pas en relation directe avec un·e soignant·e ou un·e patient·e, elle appelle sa maman, son petit copain ou écoute les enregistrements de la voix de sa mère sur son téléphone.

- Les temps biologiques

Les différents rythmes biologiques (veille/sommeil, faim/satiété, menstruation, etc.) s'imposent de manière endogène au sujet. L'impuissance ressentie face à ces cycles peut s'avérer angoissante dans la psychose.

Alice, comme Estelle, fait régulièrement des nuits blanches et efface par la même occasion l'alternance veille/sommeil. De la même façon, en ne mangeant pas, ou peu, elle évite les rythmes de faim et de satiété et exerce un contrôle dessus.

---

<sup>18</sup> Expression imagée employée par la psychologue d'Alice et reprise par l'ensemble de l'équipe.

Pour E. Minkowski, la désorganisation de la psychose coupe le patient de l'écoulement naturel du temps, ou plutôt du lien entre cette fluidité naturelle et son vécu intérieur. Il note l'**immobilité** de la temporalisation dans un présent englué, mal liée dans ses divers moments. Cette temporalité brisée, tronçonnée, déliée rend compte de la **discontinuité psychique**.

En effaçant les rythmes, Estelle et Alice sont dans une sorte de **perpétuel identique**. En ne mangeant pas ou peu, Estelle n'est jamais tout à fait affamée, ni tout à fait repue. Alice n'est jamais tout à fait en classe, ni tout à fait en dehors. Il en va de même avec son traitement.

Le temps ne circule plus dans un sens, il est réversible. En s'inscrivant dans un temps qui est toujours le même, Alice et Estelle éprouveraient la **mêmeté** de leur existence. La *mêmeté* selon P. Ricœur désigne le caractère du sujet dans ce qu'il a d'immuable. La rigidité de l'inchangé permettrait de conserver le sentiment de continuité d'être qui fait défaut dans la psychose.

Cette notion d'idéal du perpétuel identique dans la psychose m'aide à penser mes ressentis au contact d'Estelle. Cette immobilité que j'ai pu éprouver, que j'ai rapprochée de l'inertie, pourrait être une des conséquences de cette lutte pour que « rien ne bouge autour puisque tout bouge à l'intérieur ».

La psychose serait donc un aménagement de protection du moi. Les symptômes-défenses se rigidifieraient et se cristalliseraient autour de l'apaisement de l'angoisse dans la recherche de limites psychocorporelles. En effet, entre la discontinuité imposée par l'adolescence et l'atemporalité de la psychose, le recours au corps semble être un moyen privilégié pour tenter de résoudre les conflits internes ainsi que pour maintenir une maîtrise sur ce qui échappe.

### **III. Recours au corps : réponse au croisement de l'adolescence et de la psychose**

« Le recours au corps est à l'adolescence un moyen privilégié d'expression. Le corps est en effet un repère fixe pour une personnalité qui se cherche et qui n'a qu'une image de soi flottante. Il est le point de rencontre entre le dedans et le dehors, en marquant les limites... Enfin, le corps est un message adressé aux autres. Il signe généralement les rituels d'appartenance, notamment sous la forme de la mode » (Jeammet, 1980 cité par *Marcelli et al.*, 2018, p. 132).

Estelle a régulièrement recours à la scarification pour soulager ses angoisses depuis trois ans. Il me semble que ce recours au corps, en particulier, se trouve à la limite entre ses problématiques adolescentes et ses troubles psychotiques.

Elle a commencé lors de son séjour en hospitalisation en soin complet en 2019. Elle évoque les adolescentes qui l'ont initiée à cette pratique. On peut parler d'une véritable rencontre avec l'automutilation, puisqu'elle répond en tout point aux problématiques qu'elle présente.

La formule de son psychologue, « pour décharger le trop-plein d'angoisse », me paraît tout à fait juste, mais insuffisante aux vues de ses vécus corporels.

À l'HDJ B., tout le monde sait qu'Estelle s'automutile : ces moments prennent souvent l'allure de mises en scène. Je me suis habituée au rituel « tu es au courant pour Estelle ? » du jeudi matin à mon arrivée. On me rapporte des scènes chaotiques de cris, de larmes et de sang. J'ai moi-même été témoin d'une de ces crises clastiques, sans effusion de sang cette fois-ci, mettant en branle tout l'établissement.

Pourtant, Estelle peut aussi bien pratiquer des séances d'automutilation méthodiques dans le secret de sa chambre. Quand c'est le cas, il n'est pas rare qu'elle apporte la lame à son éducatrice référente, le lendemain matin, et demande à l'infirmière de lui mettre des pansements (« ceux qui se voient bien »). Elle cache ses cicatrices sous des manches très longues camouflant ses doigts, et se dérobe ainsi au regard de tous. À l'inverse, il arrive qu'elle impose ses marques à l'autre. Ce jour-là, en séance de psychomotricité, elle a levé sa manche et a placé son bras juste devant mon visage, me pointant la trace d'une entaille fraîche. « T'as vu ? Elle est profonde hein, celle-là ! J'ai mis des objets dedans hier, j'aurais voulu que ça s'infecte. » Il arrive qu'elle poste des photos de ses cicatrices sur des groupes d'adolescentes pratiquant elles-mêmes la scarification. Elle expose fièrement ses marques comme traces de son identité.

Elle fait preuve d'un certain amusement quand elle évoque ses cicatrices. Elle parle du « bien » que ça lui fait de voir sa chair, la toucher, mettre le doigt dedans. Elle rouvre régulièrement ses anciennes cicatrices. Parfois, elle se scarifie avec Alice. Il semble qu'elles ne se blessent pas l'une l'autre mais qu'elles se coupent l'une en face de l'autre, en même temps. L'autre devient le double. Elles se rencontrent dans un peau-à-peau presque en miroir. Estelle évoque le plaisir qu'elle ressent à toucher l'intérieur du corps de l'autre.

Nous allons tenter de comprendre comment Estelle trouve une forme d'apaisement dans cette attaque du corps au regard de ses troubles connus. Cela pourrait nous ouvrir des perspectives quant à sa prise en soin en psychomotricité. Pour cela, nous allons l'envisager sous deux angles différents :

- Premièrement, nous considérerons l'acte en lui-même comme césure entre un avant et un après. Il s'agira de concevoir le moment d'effraction comme événement de mise au travail de la peau et ancré dans le présent.

- Nous nous pencherons ensuite sur la trace laissée comme inscription de l'événement sur soi et sa valeur de communication et d'identité.

### **1. Ici et maintenant : moment de l'effraction**

L'automutilation trouve sa place dans la clinique de l'agir qui regroupe plusieurs concepts :

- La mise en acte, aussi appelée passage par l'acte d'après la formule de R. Roussillon, est la modalité agie de l'élaboration psychique du conflit. On pourrait parler de mentalisation par le corps.
- L'*acting out* est une mise en scène, une monstration de ce qui n'est pas dicible.
- Le passage à l'acte traduit le débordement de l'angoisse en l'absence de recherche relationnelle et de capacités de mentalisation.
- Le recours à l'acte est une lutte agie contre un vécu d'anéantissement, pour tenter de sauvegarder un sentiment d'existence.

L'agir, peut se présenter sous ces différentes facettes, si l'on ne peut affirmer qu'il correspond à l'un de ces quatre concepts. L'automutilation peut avoir valeur de mentalisation par le corps, d'appel au regard de l'autre, de décharge pulsionnelle ou de défense contre l'effondrement.

L'adolescence et la psychose réactionnelle peuvent convoquer chacune de ces formes d'agir, auxquelles l'automutilation vient répondre. Cela répond à la double valence (voire quadruple) du processus de subjectivation adolescent : tenter de se séparer de l'autre en explorant par l'autre les strates indifférenciées de son développement.

a. Activation sensori-motrice

L'absence de liaisons solides avec le passé et l'absence de capacités d'anticipation suffisamment contenantantes obligerait Estelle à actualiser perpétuellement le présent. Cela passe nécessairement par son corps, témoin du présent. L'ancrage perceptivo-moteur apporte du volume au présent désincarné et délié du reste de l'existence. Le recours aux sensations représenterait un moyen d'interrompre l'urgence, de faire exister l'ici et maintenant et de ramener la conscience dans l'espace du corps.

« L'entaille est une incision de réel, elle confère aussitôt un enracinement du sujet dans l'épaisseur de son existence. La restauration brutale des frontières du corps, de l'unité de soi, arrête la chute dans la souffrance, elle efface le vertige et provoque la sensation d'être vivant et réel » (Le Breton, 2006, p. 477).

En effet, nous l'avons vu, Estelle éprouve des difficultés à ressentir les limites de son corps et dit se sentir vide à l'intérieur. Cela la pousse à chercher dans ce qui l'entoure des sensations intenses. Elle écoute par exemple de la musique très fort le soir pour s'apaiser. La psychomotricienne m'explique que lors des séances avant mon stage, lors de temps de relaxation, Estelle demandait des objets apportant beaucoup de stimulations sensorielles (coussin vibrant, couverture lestée, ballon posé).

Les incisions qu'elle s'inflige pourraient représenter une sorte d'autostimulation, une autre de ces recherches sensorielles lui permettant de se « **remplir** » de sensation et de faire exister son corps. Cette activation sensori-motrice fait réapparaître un niveau de fonctionnement archaïque et convoque l'organisation infantile.

En rendant ainsi conscientes les sensations, Estelle restaure le sentiment même d'exister dans son propre corps en retissant le lien psyché-soma. Il s'agit ici d'un recours à l'acte comme défense contre l'anéantissement. En d'autres termes, elle a l'illusion d'une certaine maîtrise de ses sensations.

b. Décharge de l'angoisse dans un geste temporalisé

À l'inverse, on pourrait concevoir la scarification comme une tentative de « **se vider** » des angoisses envahissantes. Le geste aurait alors pour valeur de court-circuiter la pensée en diminuant les tensions psychiques accumulées dans le corps, qui menacent de déborder. La douleur physique prend une valeur de soulagement de la souffrance psychique.

Se vider de ses angoisses nous amène inévitablement à concevoir l'acte de scarification comme une manière de se vider de son sang. Le sang, en s'écoulant, emporte avec lui les affects et vécus bruts que le sujet ne peut pas se représenter.

L'acte est circonscrit dans le temps. L'outil pénètre la chair, puis en ressort. Il est donc marqué par un début et une fin. Ce temps délimité de la coupure peut être un ancrage rassurant dans la temporalité illimitée et diffuse du présent.

c. La peau et symbolisation

Si la scarification se range du côté de la mentalisation par le corps, alors c'est la peau qui est mise au travail. Nous l'avons vu, dans la psychose, elle n'est pas investie comme limite entre intérieur et extérieur.

- Défaillance du Moi-Peau

Comme mentionné plus haut, les fonctions du Moi-Peau sont susceptibles d'être défaillantes dans la psychose. Il semblerait que l'entaille de la chair agisse comme béquille de certaines fonctions défaillantes :

- Face à une défaillance de la fonction de **maintenance** ou de **contenance**, la scarification interviendrait comme une représentation consciente de la discontinuité d'un « Moi-Peau passoire<sup>19</sup> » : une mise en scène des trous psychiques dans le réel du corps.
- Suite au défaut de **pare-excitation**, le sujet viendrait constituer une enveloppe de souffrance de substitution pour se protéger des agressions extérieures et mettre au-dehors les pulsions internes.
- La fonction d'**inscription des traces** est également sollicitée si elle est insuffisante. La peau imprimerait les scarifications à défaut d'enregistrer les autres traces sensorielles comme partie prenante du Moi.

- Double feuillet : l'enveloppe et la surface

Ces fonctions ne sont pas assurées par le même feuillet du Moi-Peau.

En effet, le Moi-Peau est une structure en double feuillet : une face tournée vers le dedans et une face tournée vers le dehors. La première face représente l'enveloppe. Elle entoure le contenu, limite, protège et assure la fonction contenante, tandis que la deuxième face est la surface sur laquelle s'inscrivent les expériences du corps et l'interface avec l'environnement.

---

<sup>19</sup> Le « Moi-Peau passoire » est défini par D. Anzieu comme un ressenti de l'enveloppe trouée dont peuvent s'échapper les pensées et les souvenirs.

Elle assure la fonction de conteneur. Cette structure confère à la peau la double position : à la fois dedans et dehors.

En s'attaquant à sa propre peau, Estelle a une double posture. En agissant, elle se place au-dehors, en active de l'automutilation, et en recevant la blessure, elle se place au-dedans, comme passive de la coupure ; « double position qui cherche à garantir **la maîtrise** du "jeu" » (Matha, 2010, p. 263).

Nous pouvons alors nous interroger sur ce qui est mis au travail dans les scarifications d'Estelle. Les deux faces du Moi-Peau n'en font qu'une, et la relation contenant-contenu n'est pas préservée. La face unique « est tordue à la manière de l'anneau décrit par le mathématicien A.F. Moebius » (Anzieu, 1995, p. 150). D'après lui, les troubles de la distinction entre ce qui vient du dedans et ce qui vient du dehors sont une conséquence de cette structure en anneau. La difficulté à contenir les affects les ferait migrer vers la périphérie. Ils sont mis au-dehors sur la surface d'inscription : le contenu devient contenant.

En se scarifiant, Estelle expulse ses angoisses et son vide de sens au-dehors d'elle. Elle les inscrit sur sa peau. Seulement, le fait qu'elle s'inscrive dans une répétition de ces agirs nous montre qu'une fois mises au-dehors, les angoisses ne contiennent pas. Cette structure ne permet pas de maintenir un sentiment de contenance suffisamment stable : « le contenu mal contenu devient un contenant qui contient mal » (Anzieu, 1995, p. 150).

d. L'autre, le double

Si l'autre tient une place importante dans la clinique des automutilations, c'est d'abord par son rôle de double.

- Peau commune

Les scarifications à deux d'Estelle et Alice m'évoquent d'abord les vécus d'arrachement de la peau commune comme mise en scène de la séparation.

Le fantasme de **peau commune** est, d'après D. Anzieu, l'illusion qu' « une même peau appartient à l'enfant et à sa mère, peau figurative de leur union symbiotique » (1995, p. 63). Selon lui, « l'autonomie croissante de l'appareil psychique repose sur le fantasme d'une peau commune à la mère et à l'enfant, sur la subdivision de cette peau psychique en une surface d'excitation et une surface de signification, sur la construction d'un appareil à penser les pensées (les contenir, les représenter, les symboliser, les conceptualiser) » (1995, p. 261). En l'inscrivant dans le réel de la surface cutanée, Estelle et Alice rejoueraient le processus de dé-fusion avec leurs mères respectives et tenteraient de remettre en marche les processus identificatoires.

La mise en scène de la séparation ne s'arrête pas là. Les deux adolescentes apprécieraient de mettre le doigt dans la blessure de l'autre. Cette interpénétration pourrait mettre en jeu la fusion, et l'incorporation de l'autre en soi et de soi en l'autre. Par cette mise en corps de fantasmes archaïques, Alice et Estelle chercheraient à se représenter un dedans de soi et un dedans de l'autre en articulant les dynamiques d'individuation et de différenciation.

Le phénomène de contagion de scarification dans le groupe adolescent prend naissance dans le désir d'imitation entre pairs. Ce processus d'identification est comme un « véhicule emprunté par la libido pour relier les individus » (Dargent, 2014, p. 52).

- Sexualité

Estelle éprouverait une forme de jouissance à entreprendre cet acte d'autopénétration et de pénétration de la chair de l'autre. L'entaille corporelle représente un nouvel orifice et peut donc être investie comme nouvelle zone érogène. On peut supposer que la scarification s'apparente à une activité masturbatoire et d'exploration de la sexualité – seule ou à deux.

F. Dargent et C. Martha envisagent la scarification comme un repli narcissique sur son propre corps, c'est-à-dire comme un contre-investissement autoérotique. (2011, p. 156).

- Rituel initiatique

Cette scène pourrait également prendre valeur de rite de passage. Les rites de passage sont des événements célébrés par un groupe qui accompagnent les changements biologiques et sociaux d'un individu. Les scarifications sont, dans les sociétés traditionnelles d'hier et d'aujourd'hui, très investies comme épreuves soutenant le processus d'affirmation identitaire au sein du groupe. Ces événements ont pour objectif d'organiser de manière groupale le chaos interne individuel. Ils sont un moyen de donner sens à des moments de passage, qui sont par définition des moments de fragilité narcissique, en marquant un avant et un après. La marque sur le corps permet d'immortaliser l'événement important et de mettre un terme à une situation d'incertitude et de transition.

## 2. La trace

L'acte de scarification s'accompagne d'une cicatrice plus ou moins profonde, plus ou moins visible. Cette marque porte en elle la violence et l'urgence du geste.

Estelle présente un investissement affectif particulier à ses cicatrices. La relation qu'elle entretient avec ses cicatrices est très liée à l'image qu'elle a de son corps, et au regard de l'autre.

### a. Maîtrise sur l'image du corps

L'image du corps est une notion psychomotrice complexe qui prend ses racines dans la psychanalyse avec P.F. Schilder et F. Dolto.

P.F. Schilder ne différencie pas le schéma corporel de l'image du corps, les deux représentent l'image tridimensionnelle qu'on se fait de notre corps. Il met l'accent sur le rôle de la libido et de l'investissement sensoriel. Les zones de fixation de la libido influent sur l'image du corps qui se structure à partir des sensations. Il mentionne tout de même la dimension sociale de ces concepts.

F. Dolto, quant à elle, différencie les deux notions. L'image du corps se différencie du schéma corporel par son caractère individuel. Elle relève de la somme d'expériences émotionnelles dans le vécu relationnel, « elle est la trace structurale de l'histoire émotionnelle d'un être humain » (Dolto, 2014, p. 48) et se structure en trois modalités : l'image de base, qui est le fait de ressentir une continuité de soi, l'image fonctionnelle, qui correspond aux ressentis induits par les besoins et les désirs, et l'image érogène, qui est le lieu de plaisir et de déplaisir.

E. Pireyre développe la notion d'image composite du corps constituée de neuf éléments : la sensation de continuité d'existence, la subjectivation, l'identité sexuée, la peau psychique et physique, la représentation de l'intérieur du corps, le tonus, la sensorialité, les compétences communicationnelles du corps et les angoisses corporelles archaïques.

Les trois définitions impliquent que l'image du corps est le support corporel de l'affectivité, et est liée au sujet et à son histoire.

#### b. Écriture de soi

Nous l'avons vu, le corps adolescent subit des mutations profondes que F. Dolto qualifie de « complexe du homard » (1990). Elle compare le vécu d'enveloppe de l'adolescent·e à la mutation de changement de carapace de l'animal ; l'image du corps est en construction. Dans la psychose, la représentation stable d'une image de soi est entravée, les parties perdent leur lien avec le tout. Cette dissociation empêche le sujet psychotique d'accéder à une représentation unifiée de soi et à un sentiment d'identité solide.

Ainsi, pour l'adolescent·e, en particulier psychotique, le corps devient le support de l'identité. La marque est un moyen d'inscrire de l'immuable sur un corps en transition. Elle devient un repère dans le brouillard de la puberté, une tentative de maîtrise sur un corps qui échappe.

Les scarifications sont pour C. Rioult, psychanalyste française, « une pseudo-écriture [...] dans le sens d'une trace instituée, compréhensible par les initiés au premier coup d'œil. Cette forme écrite fait fonction de signature, de carte d'identité, et permet l'affiliation à un groupe ou l'intégration à une communauté » (2015, p. 50-51).

Ces traces affichent une singularité permettant de s'inscrire, maladroitement, dans la démarche d'individuation et de séparation nécessaire à l'adolescence.

c. Trace du temps

Si l'acte de se couper est un moyen de faire exister un présent, la trace persistante fait exister une durée. En effet, la marque agit comme support de mémoire. L'expérience vécue trouve une inscription dans le réel du corps, et ne se perd pas dans l'atemporalité symptomatique.

En témoignant d'un présent déjà advenu, la marque corporelle implique que l'événement, alors passé, peut être pensé et mentalisé. La cicatrice devient le témoin de la continuité temporelle du sujet.

d. Regard de l'autre

- Fonction réflexive de l'autre

En exposant la souffrance, la marque corporelle interroge le regard de l'autre, l'image qu'il lui renvoie de lui-même : en miroir. L'autre opère une fonction proche de la fonction alpha décrite par W. Bion. Celui-celle dont le regard se pose sur la trace reçoit l'élément brut de la trace non mentalisée et doit la métaboliser dans son propre appareil à penser pour lui rendre.

Dans la clinique, cela se manifeste par les réponses verbales ou corporelles de l'environnement à la vue des cicatrices ou face au récit de la scarification. Ces réactions permettent à l'individu de percevoir une image de lui décodée et mise en forme.

- Montrer/cacher

Le jeu de montrer/cacher d'Estelle est un moyen de maintenir une maîtrise sur le regard de l'autre quand celui-ci devient trop menaçant, ou au contraire trop absent. L'HDJ B. est le lieu de ce mouvement de démonstration/dissimulation. Elle se dévoile à certain·e·ss (soignant·e·s comme soigné·e·s) et se masque à d'autres, encore une fois en fonction de son état émotionnel et de la situation : d'un jour à l'autre, elle peut se montrer totalement différente à une même personne.

La plupart du temps, elle est introuvable dans l'établissement, mais « se fait voir et entendre » assez régulièrement et assez bruyamment. F. Dargent souligne l'utilisation fréquente des institutions « au sens de l'utilisation de l'objet proposé par D.W. Winnicott, en ce qu'elles favorisent le déploiement de mises en scène qui procèdent autant de la compulsion de répétition que de l'ouverture possible à une reprise des processus de subjectivation » (2014, p. 53).

La maîtrise du regard de l'autre implique une mise en jeu de la distance entre soi et l'autre. « Se cacher est un plaisir, mais ne pas être trouvé est une catastrophe » (D.W. Winnicott, 1963, cité par Cascarino, 2018, p. 154).

Au regard de cette réflexion clinico-théorique, il semble évident que, pour Estelle, sa rencontre avec la pratique de la scarification a véritablement fait écho à son vécu psychocorporel. L'étude plus approfondie de ce comportement nous révèle que les composantes sensorielles, identitaires, temporelles et relationnelles répondent aux conflits qui se trouvent au

croisement de l'adolescence et de la psychose. Cette illustration symptomatique nous pousse à réfléchir les troubles d'Estelle et leur prise en soin en psychomotricité sous différents éclairages. Je remarque que la compréhension de l'aspect relationnel est cruciale pour s'ajuster. Que ce soit dans son versant de double ou de miroir, du faire ensemble ou du faire contre, dans le support d'identification ou de différenciation, l'autre tient un rôle important dans sa symptomatologie.

Estelle investit différemment chacun des membres du personnel de l'HDJ B. Comprendre l'investissement envers moi et envers la psychomotricienne, et par la même occasion nos investissements respectifs envers elle, me permet de décrypter quel autre je représente et à quel moment, pour pouvoir m'y ajuster corporellement.

« De tous les comportements dérangeants de nos patients, l'automutilation est certainement le plus difficile à comprendre et à soigner [...]. Le clinicien ressent souvent un mélange de sentiments d'impuissance, d'horreur, de culpabilité, de colère, de trahison, de dégoût et de tristesse. » Voilà ce que nous dit A. Frances (1987), cité par M. Perret-Catipovic (2005, p. 454). Tous ces sentiments m'ont évidemment traversée. Le plus prenant, y compris aujourd'hui, est le sentiment d'impuissance face à la souffrance imposée à moi et pourtant inaccessible.

---

### **Partie 3 : La relation, support de la continuité**

D'après la psychomotricienne, témoin de la différence des séances en mon absence et en ma présence, Estelle aurait un transfert particulier avec moi. C'est aussi auprès d'elle qu'Estelle dit qu'elle est « trop contente » de ma présence chaque semaine.

Je dois avouer que cela ne me saute pas tout de suite aux yeux. Estelle m'ignore la plupart du temps, y compris en séance. Nous jouons ensemble, toutes les trois, tantôt au Dobble®, tantôt aux cartes, tantôt au Loto des odeurs®. La psychomotricienne et moi sommes aux extrémités de la table, tandis qu'Estelle se trouve sur un côté, entre nous deux. Elle est généralement tournée vers la psychomotricienne, se plaçant de dos ou de trois quart par rapport à moi.

Au début de l'année, je suis presque frustrée qu'elle ne m'autorise pas, à moi aussi, ces séances de relaxation pendant lesquelles elle peut mettre au travail son vécu corporel et sa sensorialité. Je le prends comme un manque de confiance envers moi, voire une méfiance ou une défiance. En prenant du recul par rapport à ce vécu, avec l'aide de la psychomotricienne, je suis arrivée à m'interroger sur la nature de ce transfert, et ainsi sur la nature du contre-transfert. Ce travail d'analyse de mes propres éprouvés à son contact m'a permis d'identifier la discontinuité comme fil rouge.

J'ai compris que le travail de relaxation n'est pas mieux, plus important ou plus intéressant que ce qu'elle apporte en ma présence et qu'au contraire notre relation était véritablement ici l'objet du travail. Estelle semble venir prendre ce qu'elle a à prendre de chacune de nos individualités, que ce soit dans le jeu, dans la détente ou dans la discussion.

# **I. Support transférentiel, médium malléable ou support d'identification ?**

## **1. Le transfert**

Selon le TLFi, le *transfert* en psychanalyse désigne le « mécanisme par lequel le sujet, au cours de la cure, reporte sur le psychanalyste les sentiments d'affection ou d'hostilité qu'il éprouvait primitivement surtout dans l'enfance pour ses parents ou ses proches » (TLFi, transfert, s.d.).

D'après J. Boutinaud (2013), le cadre de la thérapie psychomotrice n'est pas le même que celui de la psychanalyse, dans le sens où il n'est pas pensé pour favoriser et majorer l'émergence des mouvements transférentiels. Il reprend le travail du psychomotricien, O. Moyano, pour établir que le·la psychomotricien·ne n'est pas un support des projections transférentielles comme le·la psychanalyste, mais un support symboligène. D'après lui, « cela signifie que le trouble psychomoteur n'est pas adressé au psychomotricien » (2013, p. 255). L'autre différence fondamentale est que l'affect partagé appelle à faire naître une expérience neuve, un médium malléable, et non seulement à faire revivre et à élaborer une expérience antérieure (Raynaud *et al.*, 2007 ; Gatecel, 2012).

Il est intéressant de noter que le terme de *transfert* est utilisé en séance de psychomotricité à l'HDJ B. Il a un intérêt clinique puisque tous les membres soignants maîtrisent ce terme. Nous l'utilisons pour parler de l'investissement particulier d'un·e soignant·e par le·la patient·e. Les caractéristiques qualitatives (la nature) et quantitatives

(l'intensité) de celui-ci nous renseignent, si le·la soignant·e est suffisamment attentif·ve à son propre contre-transfert, sur les mouvements projectifs et identificatoires qu'engage le·la patient·e.

À l'HDJ B. s'ajoute à cet emploi du terme, celui de J. Oury (2003). Il met en évidence le fait qu'on doit envisager le transfert sur l'institution même. En effet, le·la patient·e peut engager des investissements divers sur les acteur·ice·s du soin. Le regroupement des différents mouvements transférentiels permet d'avoir une perception unifiée du·de la patient·e malgré son éclatement psychique (et ainsi identificatoire).

Le contre-transfert en psychomotricité, comme le définit S. Robert-Ouvray, est la sensibilité et l'ajustement aux sensations et tensions que le·la patient·e provoque dans le corps du·de la psychomotricien·ne. En éprouvant son corps par l'expérimentation du corps de l'autre, le·la psychomotricien·ne vit un enracinement de l'autre dans sa propre structure psychocorporelle. Il·elle doit alors pouvoir différencier ce qui lui appartient de qui vient du·de la patient·e pour y répondre de manière ajustée.

Après m'être interrogé sur leur utilisation, je fais le choix d'utiliser les termes « transfert » et « contre-transfert » dans la suite de cet écrit, car ce sont ceux que nous utilisons au quotidien à l'HDJ B.

## **2. Le médium malléable**

Le médium malléable est un concept introduit en 1979 par M. Milner, puis repris en 1991 par R. Roussillon. Il se définit comme une matière transformable et utilisable pour matérialiser la problématique interne d'un sujet par sa mise en forme. R. Roussillon lui attribue cinq caractéristiques : indestructibilité, extrême sensibilité, indéfinie transformation, inconditionnelle disponibilité et vie propre. Le médium se rend totalement disponible pour être utilisé à des fins représentatives. En ce sens, le·la psychomotricien·ne peut être un médium malléable et se laisser traverser et modeler par les mouvements induits par le·la patient·e. L'empreinte ainsi laissée par le·la patient·e sur le·la psychomotricien·ne l'affecte dans sa subjectivité propre.

## **3. Le support identificatoire**

Par son corps, son implication corporelle, sa disponibilité, le·la psychomotricien·ne assure la fonction de support d'identification<sup>20</sup>. Selon J. Laplanche et J.-B. Pontalis, l'identification est « un processus psychologique par lequel un sujet assimile un aspect, une propriété, un attribut de l'autre et se transforme, totalement ou partiellement, sur le modèle de celui-ci » (1967).

Mais l'identification n'est pas seulement un mouvement d'assimilation en soi, c'est aussi une reconnaissance chez l'autre de ce qui appartient à soi également. C'est une exploration

---

<sup>20</sup> Le processus d'identification est théorisé par Freud en 1923. Il se compose de deux étapes : l'identification primaire comme fusion entre le sujet et l'objet, et l'identification secondaire comme intériorisation des images des objets qui l'entourent. Ce processus tient un rôle central dans la construction de l'identité.

du semblable. Le·la psychomotricien·ne, parce qu'il·elle a un corps, soutient cette quête du semblable nécessaire à la quête de soi.

En somme, l'individualité du·de la psychomotricien·ne est en jeu : c'est son corps, ses émotions, sa subjectivité son vécu qui rencontrent le·la patient·e, dans un dialogue. Ce corps, en relation, se laisse toucher, traverser, modeler à sa façon par l'autre. Quels que soient les termes employés pour en parler, ces mouvements donnent au·à la psychomotricien·ne des informations sur le fonctionnement psychocorporel du·de la patient·e et sur la façon de s'y ajuster.

Afin de mettre le doigt sur la discontinuité que me fait sentir Estelle et savoir comment m'y ajuster, je dois donc prendre le recul nécessaire face à ce qui me traverse. Ce qu'Estelle me donne à vivre passe par plusieurs canaux. D'abord, nous nous pencherons sur ce que la psychomotricienne me rapporte de leurs échanges, auxquels je n'ai pas accès. Puis nous verrons ce qu'elle me montre, sa manière d'être en relation avec moi. Enfin, nous tenterons d'articuler ces deux canaux pour en saisir la dynamique.

## II. Ma relation avec Estelle

### 1. Ce qui m'est inaccessible

La psychomotricienne me rapporte l'essence de ses échanges avec Estelle et son point de vue à ce propos. Elle me raconte, comme nous l'avons vu précédemment, que sans moi Estelle demande à « faire de la détente », sur un versant très sensoriel et quasi régressif<sup>21</sup>. Elle constate la différence évidente entre les séances avec et sans moi. Avec moi, Estelle fait preuve d'une excitation psychocorporelle qui dénote avec son calme dans le cadre de la détente. Elle compare aussi les variations dans la demande d'Estelle : avec moi, Estelle joue et veut à tout prix gagner, comme dans le cadre d'une compétition.

La psychomotricienne me raconte, comme vu précédemment, qu'Estelle se renseigne systématiquement au sujet de ma présence en séance. Quand la psychomotricienne lui dit que je serai là, elle dit qu'elle est « trop contente ». Nous cherchons alors ensemble des interprétations à cela. La psychomotricienne me confie qu'elle pense à un transfert fondé sur l'identification autour de l'image du corps, ce qui la pousserait à entrer dans une sorte de compétition avec moi par le jeu.

En y repensant, je m'aperçois que la psychomotricienne est le seul témoin de ce transfert qui serait pourtant si particulier avec moi. Je me demande alors si tout cela ne vient pas exprimer un mouvement qui leur appartient, de leur relation à toutes les deux : que ma présence l'indiffère ou non, Estelle éprouve le besoin, conscient ou non, de faire ressentir à la

---

<sup>21</sup> La régression dans ce cadre renvoie au retour un état psychocorporel déjà traversé. Il n'est pas question ici de l'opposer au terme de progression, qui supposerait une inertie, une immobilité dans la régression, mais plutôt de la considérer comme une ré-exploration sensorielle.

psychomotricienne qu'elle m'investit d'une manière particulière, tout en la plaçant comme seul témoin de cela. Cela me décentre du débat, ce qui me permet de le penser autrement.

En disant à la psychomotricienne qu'elle est « trop contente » de me voir, que souhaite-t-elle inconsciemment provoquer chez elle ? Pourquoi la place-t-elle comme destinataire de cette information ? En allant plus loin dans cette hypothèse, pourquoi entretiendrait-elle l'illusion d'un transfert particulier avec moi, qui serait en fait adressé à la psychomotricienne ?

## **2. Ce que je vois**

Ce que je perçois, moi, de notre relation, c'est l'indifférence. Comme dit précédemment, elle ne m'adresse la parole lors des temps informels que lorsqu'elle y est obligée.

En séance, elle ne semble pas m'investir plus que ça. Elle me tourne régulièrement le dos et s'adresse à la psychomotricienne quand elle parle. Elle ne me rejette pas, mais elle ne donne pas corps à ces mots, « trop contente ». Nous pouvons supposer qu'elle trouve un intérêt à me faire ressentir que je n'ai pas accès à ce qu'elle exprime à la psychomotricienne.

Ce que je vois de notre relation est relativement pauvre. Concentrons-nous sur ce que j'en perçois avec mes autres sens : le rejet n'est pas franc, elle me tourne le dos comme pour susciter chez moi un intérêt. À la manière d'un animal sauvage, elle ne se laisse pas apprivoiser facilement. De toute évidence, elle se dévoile suffisamment à moi pour éveiller ma curiosité et l'entretenir, mais se cache assez pour ne pas me donner accès à l'objet d'intérêt. À son contact, je suis traversée par une forme d'étrangeté. Il m'arrive de sentir comme un mystère que je voudrais percer à jour. Je me demande si le fait qu'elle soit aussi éloignée, clivée de son corps en ma présence n'interpelle pas en moi le besoin de refaire du lien, le désir de soigner.

### 3. Ce que j'interprète

#### a. Ma place de tiers

En articulant les deux points de vue, il est tout à fait envisageable qu'Estelle ne nous donne pas à voir les mêmes aspects d'elle lorsqu'elle est en relation duelle ou à trois.

La relation triangulaire, au-delà des personnes qui la composent, est très différente de la relation à deux. Être trois dans la relation implique de nouvelles dynamiques, de nouvelles ouvertures, de nouvelles possibilités à explorer, mais cela rend impossible certaines dispositions. Peut-être qu'Estelle ne se sent pas prête à être totalement détendue et vulnérable si nous sommes deux personnes autour d'elle. Peut-être profite-t-elle du fait que l'on soit trois pour jouer à des jeux qui seraient impossibles à deux.

Le tiers à la fonction de **séparateur** : il prend son rôle au sein de la dyade. En créant de la triangulation, il apporte de la distance entre les deux individus qui constituent la dyade. En ouvrant des espaces, le tiers offre de nouvelles aires pour penser. Le tiers est un rôle paternant<sup>22</sup>, c'est-à-dire qu'il sépare le bébé du parent qui tient le rôle maternant. Il permet, par cette séparation, l'individuation du bébé.

En jouant ce rôle de tiers dans la relation entre Estelle et la psychomotricienne, je participe à la séparation de leur dyade. La psychomotricienne, en accompagnant Estelle dans des mouvements, que l'on peut qualifier de régressifs, lors de la relaxation, joue un rôle plutôt maternant. En m'introduisant dans cette relation, je permets de la penser différemment et d'envisager de nouveaux mouvements, plutôt dans une dynamique de différenciation par le jeu.

---

<sup>22</sup> Je parle ici de rôle paternant et non de père, car il me paraît nécessaire d'inclure dans cette réflexion les parents de même genre. De la même manière, nous ne parlerons pas de mère, mais d'environnement ou de rôle maternant.

b. Ma place de stagiaire, l'entre-deux

En ne me donnant pas un direct accès à ses difficultés, à sa vulnérabilité, et en ne me donnant pas les mêmes choses qu'à la psychomotricienne, Estelle me renvoie à ma posture de stagiaire : dans **l'entre-deux**.

Elle me fait vivre, qu'elle le veuille ou non, l'instabilité de ma posture professionnelle. Avec elle, je ne fais pas totalement parti des soignant·e·s : je ne me trouve ni tout à fait en dedans, ni tout à fait en dehors. « Le stage revêt en effet une fonction bien particulière par la position d'entre-deux dans laquelle il place le stagiaire, à la fois dedans et dehors, inclus dans un travail d'équipe, y compris dans la saisie de subtilités, mais exclu de responsabilités formelles, en l'absence d'un contrat de travail, y compris avec une convention de stage » (Ballouard, 2011, p. 163).

Cette place peut s'avérer confortable : explorer, sous le regard de l'autre, ses propres constructions d'identité professionnelle et les mettre en place en prenant suffisamment confiance. Pourtant, Estelle me fait ressentir le déséquilibre de cette place de stagiaire, ce qui me pousse à entrevoir ses propres déséquilibres.

Son manque d'assise identitaire fait résonner en moi mon propre manque d'assise professionnelle. En m'ignorant, elle me fait penser : « Je ne peux rien pour elle, je la regarde évoluer sans pouvoir y faire quoi que ce soit ». Elle me relègue au rang de spectatrice, impuissante, passive.

Cette passivité fait écho à sa propre passivité face à son vécu. Nous l'avons vu, elle semble subir l'adolescence comme une rupture dans sa trame temporelle. Elle ne me fait pas

seulement vivre sa discontinuité, mais aussi sa passivité face à cela : nous sommes dans un vécu semblable.

c. Ma place de support d'identification

De cette place d'entre-deux naît un jeu identificatoire. La quête du semblable entre elle et moi, en **miroir**, lui permet, dans des allers-retours successifs, d'élaborer le sens de son identité propre. En effet, C. Potel nous dit que « ce sont bien les appuis que l'adolescent trouve dans ses relations aux adultes qui vont lui permettre de s'identifier, de conflictualiser et d'élaborer ce qui se passe en lui » (Potel, 2006, p. 78).

Mon corps représente une surface de projection : mon âge, mon physique, mon apparence, mon maquillage et mes vêtements lui apportent de quoi se reconnaître en moi. Cette surface de projection n'est pas lisse : s'introduisent, par mes tatouages, mes cheveux colorés et mes piercings, des points d'accroche à ce miroir. Il est d'ailleurs intéressant de relever que ces modifications corporelles font partie des centres d'intérêt, voire de fascination, d'Estelle et qu'il est d'autant plus étonnant qu'elle n'aborde pas ces sujets avec moi. Cette question se pose avec Estelle, pour qui l'apparence et l'autre sont au centre des problématiques : il est pertinent de noter qu'elle ne se pose pas en élément à penser dans les autres prises en soin à l'HDJ B. Il est possible que la relation entre Estelle et moi se joue autour de l'identification à l'image du corps.

Ces hypothèses sont au travail dans nos séances avec Estelle : cela implique une réflexion sur mon ajustement corporel. Je m'interroge alors sur la manière dont je peux

répondre à ces mouvements transférentiels, suffisamment proches pour me laisser traverser, suffisamment à distance pour lui permettre de développer sa subjectivité.

### **III. Que faire de ce transfert particulier ?**

#### **1. Comprendre ma place**

##### a. La relation thérapeutique

La relation thérapeutique en psychomotricité s'apparente à une relation d'aide. En cela, ce n'est pas une relation horizontale dans laquelle les protagonistes sont impliqués de la même manière. En thérapie psychomotrice, la relation est « au cœur même du processus thérapeutique, le socle du travail » (Potel, 2010, p. 316), tandis qu'en rééducation psychomotrice ce lien est « un support de mise en confiance et de revalorisation au service des apprentissages » (Potel, 2010, p. 317).

De cette distinction dépendent la position du·de la psychomotricie·nne et la mise en place de la juste distance.

##### b. La distance relationnelle

La relation thérapeutique émergerait, d'après J. Sarano (1977), de la présence d'un espace transitionnel<sup>23</sup>. Cet espace est non seulement matérialisé par l'espace physique de la

---

<sup>23</sup> L'espace transitionnel est théorisé par D.W. Winnicott comme une transition entre le moi et le non-moi, entre le dedans et le dehors, entre la réalité extérieure matérielle et la réalité intérieure psychique et qui, *in fine*, permet un décollement d'avec l'objet maternel ou son substitut.

salle et des corps, mais également par l'espace symbolique entre le·la patient·e et le·la psychomotricien·ne. Par définition, cet espace naît du décollement et de ce qui relie les protagonistes de la relation, qui ne se trouvent donc ni trop loin ni trop près.

Pour créer ensemble un espace intermédiaire potentiel, il faut trouver une juste distance. Celle-ci doit permettre d'éviter l'indifférenciation, de définir distinctement la place de chacun. Il s'agit de rendre les places suffisamment distinctes et solides pour pouvoir s'appuyer dessus, et suffisamment souples pour ne pas les figer.

J'ai ressenti le besoin d'interroger cette distance avec Estelle. À première vue, elle me semble contradictoire. Elle me tient à distance de ses éprouvés, mais je sens parfois comme un collage au niveau des représentations corporelles. On pourrait d'ailleurs considérer que c'est cette proximité menaçante qui pousse Estelle à me maintenir à l'écart.

## 2. Me laisser jouer

- Le jeu de modelage de ma personne

Il me semble que la construction des limites psychiques et corporelles d'Estelle se fait conjointement à l'établissement des limites entre elle et moi.

Je me dois, en tant que médium malléable, de me laisser traverser et modeler par Estelle. Elle doit pouvoir me placer à sa guise dans le rôle passif et éprouver sa maîtrise sur notre relation.

Je pense pouvoir dire que c'est précisément parce que je supporte de manière répétée les rejets, les dos tournés, les discontinuités, la passivité et l'entre-deux de ma posture que je peux représenter un support de travail assurant la **continuité**. En effet, le point commun qui

revient d'une séance à l'autre, c'est bien les relations qui nous animent (psychomotricienne-moi, Estelle-moi, la psychomotricienne-Estelle).

L'empreinte qu'elle laisse sur moi, cette frustration que je peux élaborer seraient l'équivalent de cette trace qu'elle laisse sur son corps : un témoin d'un temps qui a existé. À la manière d'un enfant qui regarde les vaguelettes sur l'eau dans lequel il vient de jeter un caillou, Estelle apprivoise sa capacité à agir sur le monde et sur l'autre.

Dans ce jeu entre indifférenciation et rejet se structurent l'individualisation et la subjectivation. C. Potel considère qu'« à partir du moment où un thérapeute intègre le jeu comme moyen de communication et de relation avec un patient, il y a “chevauchement d'aire intermédiaire” dans laquelle vont se tisser des liens et se rencontrer deux créativités en relation » (2006, p. 34-35).

- Le jeu en tant que tel

Le jeu est la médiation qui sépare le·la patient·e et le·la psychomotricien·ne, et qui éclôt dans une aire intermédiaire d'expérience. Cette espace permet au·à la patient·e de faire les allers-retours nécessaires entre son intériorité et le monde extérieur afin de dialectiser la perception objective de l'environnement et sa perception subjective : l'éprouvé de sa réalité psychocorporelle.

D.W. Winnicott sépare le *playing* (jeu spontané et créatif) du *game* (jeu à règles préexistantes). Pour beaucoup, le jeu en psychomotricité correspond au jeu au sens de *playing* car il met au travail l'imagination et le jeu partagé. Ici, il est question du jeu autant au sens de *game* que de *playing*.

Les règles qui préexistent dans le jeu produisent un langage commun entre toutes les personnes jouant à ce jeu. Les règles du jeu prennent le rôle d'enveloppe sécurisante : je ne peux pas tout faire, mes actions sont limitées, cela donne un cadre à mes affects. Par le jeu sont éprouvées les capacités à être en relation. Les jeux auxquels nous jouons nous mettent tantôt en compétition, tantôt en équipe.

Lorsque nous sommes les unes contre les autres, Estelle éprouve une urgence à gagner, à finir en premier. Il semble que plus rien n'existe, elle est embarquée par une excitation et une volonté de nous battre. Elle me place en rivale. Lorsque nous sommes en équipe, elle peut prendre des initiatives sans nous consulter, laissant aller son impulsivité et son individualité dans le cadre sécurisant de la séance. Elle peut aussi suivre l'avis du groupe et se départir de son individualité pour faire exister le groupe.

Il me semble que la quête du soi parmi les autres est un processus caractéristique de l'adolescence. Grâce à cette considération, je peux me représenter qu'Estelle joue avec moi ce qu'elle ne peut jouer seule avec la psychomotricienne.

a. Protéger l'espace où elle peut jouer l'enfant

Nous l'avons vu, avec la psychomotricienne, Estelle cherche plutôt une relation maternante. En effet, la relaxation induit des mouvements régressifs, qu'elle semble pouvoir supporter quand ils sont contenus par la psychomotricienne. Cette dernière accompagne Estelle dans l'exploration sensorielle de la détente dans des conditions de silence, de lumière atténuée. Cette exploration a valeur d'étayage du psychisme sur le corps et l'état tonique. La psychomotricienne offre à Estelle l'opportunité de se constituer, par sa fonction contenante et

sécurisante, une enveloppe psychique (d'après le concept de D. Anzieu) et une peau psychique (d'après le concept d'E. Bick).

On peut considérer l'expérience de la relaxation, dans les conditions qu'elle demande (avec de multiples stimulations sensorielles) selon deux aspects, d'après C. Potel (2006, p. 153) :

- comme support de l'élaboration autour du schéma corporel, pour nourrir une image du corps fragile ou morcelé ;
- comme un dispositif qui engage la sensorialité primitive et archaïque, dans un mouvement de régression.

Dans les deux cas, la relaxation participe à l'intégration de l'unité psychocorporelle et l'appropriation des éprouvés. M. Guiose (communication personnelle) fait le parallèle entre la relation relaxateur·ice/relaxé·é et la situation de maternage. Cela me paraît pertinent dans la clinique, puisque l'expérience de la relaxation (aussi régressive soit-elle) implique d'être portée physiquement (par le tapis, le coussin, l'enveloppement dans une couverture) et psychiquement (par la voix, l'attention, les inductions et la disponibilité du·de la relaxateur·ice). De plus, la relaxation permet l'accès à une intériorité grâce aux qualités de contenance et de pare-excitation du·de la thérapeute.

Seule avec la psychomotricienne, Estelle « vient chercher<sup>24</sup> » cette sensation de détente. Elle chercherait à venir se déposer dans les mains maternantes de la psychomotricienne, de la même manière qu'elle dépose par la parole ses souvenirs d'enfance de manière anarchique : elle suscite chez elle la position de soutien psychique et physique.

---

<sup>24</sup> D'après les mots de la psychomotricienne. Son choix de terme implique qu'elle peut se sentir parfois objectifiée par Estelle quand celle-ci demande « à faire de la détente ».

b. Lui permettre de jouer l'adolescente

En ma présence, les séances sont très différentes. Estelle laisse émerger son vécu d'adolescente. Cette quête de soi parmi les autres, dont il est question plus haut et qui est au travail lors de nos séances, est une recherche caractéristique de l'adolescence entre identification et différenciation. Le jeu en groupe permet de mettre en corps et d'intégrer les enjeux relationnels et par conséquent de s'inscrire dans une collectivité qui vient soutenir une singularité.

Les jeux qu'Estelle choisit sont souvent des jeux auxquels elle a l'habitude de jouer avec sa petite sœur. Elle nous fait part de ses souvenirs en jouant : quelque part, elle rejoue sa relation sororale avec nous par le jeu. Cela permet de faire émerger les difficultés qu'elle a à maintenir son rôle de grande sœur ainsi que la culpabilité qu'elle ressent vis-à-vis d'elle, de peur d'être « un mauvais exemple ».

Avec la psychomotricienne et moi, Estelle peut explorer les postures de rivale, de coéquipière, de gagnante, de perdante, de passive et d'active sans avoir à être le modèle. Elle peut s'autoriser à être adolescente, avec ses affects débordants, son vécu d'étrangeté, en se sentant en sécurité.

### 3. M'ajuster

#### a. Rythmiquement

Estelle nous impose un rythme qui me semblait discontinu jusqu'alors, une alternance entre posture de régrédience et de progrédience. L. Dehais et J. Villain, dans leur écrit *Portances*, reprennent les dires de G. Lavallée à propos de ces deux mouvements. D'après elles, « le mouvement régrédié s'appuie sur le sensoriel et l'expérientiel, dans un mouvement pulsionnel centripète, quelque chose du recentrage sur soi-même » (2018, p. 24). Le mouvement de progrédience, à l'inverse, est davantage centrifuge et correspondrait à une ouverture à l'autre dans une démarche de subjectivation.

Ces mouvements répondent à la mise au travail des ruptures développementales par une alternance de posture entre passif et actif. Les accueillir et se laisser traverser participe à l'accompagnement de l'inscription de ce passé, au plus près du vécu du corps. Le travail d'élaboration se situe ensuite dans le tissage rythmique entre ces mouvements dans la relation.

Dans l'alternance de moments de détente et de moments d'excitation, dans l'espace immuable de la salle de psychomotricité, Estelle met en forme des processus tantôt régrédiés, tantôt progrédiés. Faire exister, ne serait-ce que par la parole, l'un et l'autre simultanément, invite Estelle à s'identifier à l'un et l'autre des mouvements, à s'approprier cette permanence de soi dans la différence de situation et de relation : une continuité.

## b. Toniquement

En y regardant de plus près, les variations dans la demande (jeux ou détente) sont, au-delà des enjeux relationnels, des moyens de mettre en jeu les extrêmes toniques et, pourquoi pas, de se les approprier.

Chez Estelle, la discontinuité tonique est visible dans les dysharmonies entre son tonus basal, postural et d'action. Corporellement, cela se manifeste par une tonicité d'action souvent très forte qui s'établit sur une posture en enroulement. L'aider à trouver une souplesse dans la répartition du tonus entre l'axe et la périphérie lui permettrait d'accéder à une sensation d'unité corporelle par le rassemblement.

Ensuite, la discontinuité tonique se joue sur un plan temporel. Estelle se vit, à la manière d'un nourrisson, comme alternance entre deux extrêmes toniques. Associer un état tonique à des sensations d'abord, puis à des émotions, pourrait participer à la représentation de ses états toniques et à la construction d'une palette tonique plus large qu'hypotonie-hypertonie, et contribuer à la perception de son unité temporelle.

Le dialogue tonique est un outil essentiel pour accompagner les modulations toniques des patients. H. Wallon décrit la communication non verbale des états émotionnels par ajustement tonique réciproque, qu'il nomme dialogue tonique.

J. de Ajuriaguerra, dans son sillage, qualifie ces échanges de dialogue tonico-émotionnel.

Mes interactions avec Estelle sont donc teintées de ce dialogue tonique par nos échanges de regards, nos postures, nos voix, nos mimiques, nos rythmes, nos gestes. En m'ajustant toniquement à elle dans un jeu d'accordage/désaccordage, je lui propose d'expérimenter, par l'intermédiaire de mon corps, les potentialités expressives du tonus. La verbalisation autour de

mes propres éprouvés corporels, au contact des siens, vient soutenir les représentations de ses vécus toniques et émotionnels. Je me place à son écoute dans toute ma corporéité.

Lors de la troisième séance avec Estelle, nous jouons au Dobble®. C'est un jeu de cartes, de rapidité et d'observation. Je constate la montée de l'urgence dans son recrutement tonique, dans sa posture, se rapprochant petit à petit du tas de cartes, dans ses gestes saccadés, dans son regard de plus en plus exorbité et dans le volume croissant de sa voix. Elle me donne l'impression de se laisser déborder par son excitation, qui pourrait, si elle était contrôlée, l'aider à maintenir son attention sur l'objectif et à gagner.

Je décide plus ou moins consciemment de prendre le contre-pied tonique. Je pose des mots sur ma propre crispation. Je me replace contre le dossier de ma chaise. Je détends mes muscles crispés par un petit geste d'étirement. Je porte mon attention sur la vitesse de mes gestes et leur souplesse. Je descends le volume de ma voix, j'en arrive presque à chuchoter.

La psychomotricienne propose de porter ensemble notre attention au volume de notre voix et de jouer avec ses variations. Nous alternons entre les cris s'accompagnant de recrutements toniques et les chuchotements assortis d'une détente musculaire. Estelle, elle, ne modifie rien. À la fin de la partie, elle nous dit : « Oh, vous avez trop crié, ça m'a stressée ! » Elle ne peut pas, sur induction, accéder à une conscience de sa propre excitation, mais est sensible à l'excitation des autres. Cela donne des pistes pour la suite.

---

## Conclusion

Ce travail avait pour intention de comprendre la façon dont l'approche psychomotrice, enrichie de la thérapie institutionnelle, permet une lecture de la discontinuité psychocorporelle chez Estelle. Il m'a permis de mettre en lien mon vécu de la relation et sa construction psychocorporelle. Cet écrit n'a pas valeur de vérité, mais il ouvre, à son échelle, à des perspectives plus générales dans le soin en psychomotricité des adolescent·e·s.

La rencontre avec Estelle a fait émerger chez moi un éprouvé de discontinuité que j'ai pu rapprocher de son vécu de rupture et de passivité d'adolescente. Face à ce potentiel traumatisme, il m'a semblé qu'elle développait des stratégies pour conserver une illusion de continuité : la psychose. Grâce aux différentes théories et le travail à l'HDJ B., j'ai identifié ses comportements pathologiques comme un moyen de maintenir à bout de bras son sentiment de continuité d'exister, au détriment de la qualité créatrice de la discontinuité. Cet abord temporel de la continuité et discontinuité m'a aidé à dérouler les fils entremêlés, et éminemment corporels, de la rencontre entre la psychose et l'adolescence. L'étude du recours au corps, entendu entre l'ici et maintenant de l'acte, et l'éternité de la trace, m'a permis de dégager plusieurs axes de réflexions comme la sensorialité, la relation à l'autre, et l'image du corps.

Il m'a semblé que ces éléments sont au travail dans notre relation à toutes les trois, Estelle, la psychomotricienne et moi. J'ai alors ressenti le besoin d'interroger ces dynamiques relationnelles aussi bien dans les représentations d'Estelle, hypothétiques donc, que dans les miennes, de future psychomotricienne. Que ce soit dans une place de tiers, d'entre-deux professionnel ou de miroir, elle me donne à vivre une discontinuité, qui me paraît désormais fondamentale au travail thérapeutique engagé.

Ainsi, raconter l'histoire de notre rencontre, la mettre en récit de manière cohérente et en résignifier corporellement sa trajectoire, c'est accorder à notre relation une unité dans le temps et dans l'espace : une identité narrative. C'est aussi lui attribuer un rôle de « trame narrative temporellement orientée » (Blanchard & Balkan, 2009, p. 386) sur laquelle peuvent s'inscrire les éprouvés partagés, détachés de l'instantanéité.

Ma pensée et ma réflexion autour d'elle, ainsi que les grands concepts qui les soutiennent, peuvent alors faire office de cadre thérapeutique, au même titre que le temps et le lieu de la séance, dans ses fonctions de contenance et de sécurité assurant la continuité (Potel, 2010, p. 321). À mon tour alors de supporter la discontinuité à la place d'Estelle, de la rendre créatrice et source de singularité et d'élaboration, grâce à cette enveloppe relationnelle continue et orientée.

Il s'avère que je réemprunterai cet espace d'accueil, lieu d'errances dans lequel se débattent les adolescent·e·s de l'HDJ B. Je retraverserai ce hall pour y poursuivre ma relation avec Estelle et les autres, en tant que psychomotricienne. Cela occasionnera probablement des remaniements dans nos dynamiques relationnelles et, par la même occasion, dans le suivi. J'imagine que nous pourrions supporter cette discontinuité de posture pour la rendre créatrice, ensemble.

*« Accompagner le sujet dans ce questionnement corporel sans préjuger de la réponse est une condition nécessaire à la réunification du corps ; la reconnaissance de l'émiettement du corps et l'incertitude concernant la nouvelle forme que prendront ces miettes permettent alors au sujet de se refaire un corps. »*

(Cascarino, 2013, p. 97)

## Bibliographie

André, J. (2009). L'événement et la temporalité. L'après-coup dans la cure. *Revue française de psychanalyse*, 73(5), 1285-1352.

Anzieu, D. (1995). *Le moi-peau*. Dunod.

Ballouard, C. (2011). *L'aide-mémoire de psychomotricité. En 25 notions s: Vol. 2e éd.* Dunod.

Barraco de Pinto, M. (2010). Le rythme : Trame de la vie psychique. In *Continuité des soins, continuité psychique* (p. 153-159). Érès.

Bion, W., & Robert, F. (2004). *Éléments de la psychanalyse*. Puf.

Blanchard, B., & Balkan, T. (2009). La temporalité à l'adolescence : Les avatars du processus de temporalisation pubertaire. *La psychiatrie de l'enfant*, 52(2), 373-402.

Boutinaud, J., Rodriguez, M., Moyano, O., & Joly, F. (2013). Les thérapies psychomotrices aujourd'hui : Perspective dialectique et approche intégrative. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 61(4), 250-258.  
<https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2013.03.003>

Bürgin, D. (2009). Approche psychodynamique des premières psychoses dans l'adolescence. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 57(6), 456-463.

Cascarino, A. (2013). Ouvrir la peau, ouvrir les corps : Quelle politique des scarifications ? *Champ psy*, 64(2), 83-97.

Cascarino, A. (2018). Le Body Art : Un autre modèle pour penser les scarifications. *L'Évolution Psychiatrique*, 83(1), 149-160.

Ciccone, A. (2015). Rôle de la rythmicité dans le développement du bébé. *Temps, temporalité et rythmicité : aspects développementaux et psychopathologiques*, 41(4, Supplément 1), S15-S21.

Ciccone, Albert, & Lhopital, M. (2001). *Naissance à la vie psychique : Modalités du lien précoce à l'objet au regard de la psychanalyse*. Dunod.

Dargent, F. (2014). Scarifications rituelles. *Adolescence*, T. 32 1(1), 47-56.

- Dargent, F., & Matha, C. (2011). *Blessures de l'adolescence*. Presses universitaires de France.
- de Ajuriaguerra, Julián. (1970). *Manuel de psychiatrie de l'enfant*. Masson.
- de Ajuriaguerra, Julian. (1985). Organisation neuropsychologique de certains fonctionnements. *Enfance, tome 38, n°2-3, 1985. L'ordinateur et l'écolier (II) : recherches expérimentales*.
- Dehais, L., & Villain, J. (2018). *Portances*.
- Dolto, F. (2014). *L'image inconsciente du corps*. Editions du Seuil.
- Dolto, F., Dolto-Tolitch, C., & Percheminier, C. (1990). *Paroles pour adolescents ou le Complexe du homard*. France loisirs.
- Gaffiot, F. (1934). *Dictionnaire illustré latin—Français* (Nachdr. der Ausg. 1934). Hachette.
- Gatecel, A. (2012). *La psychomotricité relationnelle*. EDK, Groupe EDP Sciences.
- Green, A. (2000). *Le temps éclaté*. Editions de Minuit.
- Huerre, P. (2001). L'histoire de l'adolescence : Rôles et fonctions d'un artifice. *Journal français de psychiatrie, 14(3)*, 6-8.
- Husain, O., Choquet, F., Lepage, M., Reeves, N., & Chabot, M. (2009). Le diagnostic de psychose et ses enjeux : Apport des tests projectifs. *Psychologie clinique et projective, 15(1)*, 179-212.
- Jeammet, P., & Sarthou-Lajus, N. (2008). Les contradictions de l'adolescence. *Études, 409(7-8)*, 30-40.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Pr. Univ. de France.
- Le Breton, D. (2006). Les scarifications comme actes de passage. *L'information psychiatrique, 82(6)*, 475-480.
- Lesage, B. (2012). *Jalons pour une pratique psychocorporelle. Structures, étayage, mouvement et relation*. Érès.
- Marcelli, D., Braconnier, A., Tandonnet, L., & Widlöcher, D. (2018). *Adolescence et psychopathologie*.

Marty, F. (2009). *Psychopathologie de l'adulte 10 cas cliniques*. In Press.

Marty, F. (2015). Ce corps étranger. *L'école des parents*, 612(1), 9-12.

Matha, C. (2010). De l'inscription à la représentation. Les scarifications à l'adolescence comme recherche de symbolisation ? *La psychiatrie de l'enfant*, 53(1), 255-283.

Oury, J. (2003). *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle*.

Perret-Catipovic, M. (2005). Blessures auto-infligées à l'adolescence : Un survol de la littérature. *Adolescence*, T. 23 2(2), 447-456.

Pireyre, É. W. (2015). *Clinique de l'image du corps. Du vécu au concept*. Dunod.

Potel, C. (2006). *Corps brûlant, corps adolescent. Des thérapies à médiations corporelles pour les adolescents*. Érès.

Potel, C. (2010). *Être psychomotricien un métier du présent, un métier d'avenir*. Érès.

Pous, G. (1995). *Thérapie corporelle des psychoses : « des enveloppements aux massages »*. Ed. L'Harmattan.

Raynaud, J.-P., Danner, C., & Inigo, J.-P. (2007). Psychothérapies et thérapies psychomotrices avec des enfants et des adolescents : Indications, spécificités, différences. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 55(2), 113-119.

Rioult, C. (2015). L'écriture ou la vie. *L'école des parents*, 612(1), 49-53.

Robert-Ouvray, S. B. (2010). *Intégration motrice et développement psychique : Une théorie de la psychomotricité*. Desclée de Brouwer.

Ruby, C. (2003). La divergence cordiale. *Espaces Temps, Continu/Discontinu. Puissances et impuissances d'un couple, sous la direction de Christian Ruby*.(82-83). [https://www.persee.fr/doc/espat\\_0339-3267\\_2003\\_num\\_82\\_1\\_4211](https://www.persee.fr/doc/espat_0339-3267_2003_num_82_1_4211)

Sarano, J. (1977). *La relation avec le malade : Obstacles et perspectives de la relation entre soignants et soignés*. É. Privat.

Winnicott. (1975). La crainte de l'effondrement. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 11, 335-344.

---

## **Résumé**

L'adolescence est une période de grands bouleversements corporels, psychiques, relationnels, représentationnels, et peut s'avérer être une véritable déchirure dans l'existence de ceux ou celles dont les assises identitaires et affectives sont chancelantes. La rupture développementale peut se retrouver comblée par la pathologie psychotique, donnant une illusion de continuité, enfermant le·la jeune dans un perpétuel atemporel. Le recours au corps par la scarification semble être un moyen privilégié pour tenter de résoudre les conflits internes ainsi que pour maintenir une maîtrise sur ce qui lui échappe. L'approche psychomotrice peut apporter une lecture psychocorporelle de cette double temporalité, et un cadre contenant pour qu'une relation thérapeutique s'y déploie.

Ce travail est le récit de mon stage en Hôpital de Jour pour adolescent·e·s, de ma rencontre avec Estelle, de mes réflexions, de mes doutes, de mes hypothèses et des différentes théories qui me permettent de penser ces ressentis.

Mots-clefs : Adolescence, Psychose, Relation Thérapeutique, Temporalité, Psychomotricité.

---

## **Abstract**

Adolescence is a period of great bodily, psychic, relational and representational upheavals and can be a real breach in the existence of those whose identity and affective foundations are unsteady. The developmental rupture can be filled by psychotic pathology, giving an illusion of continuity, confining the teenager in a perpetual atemporal. Self-injury seems to be a preferred means of tempting to resolve internal conflict or to maintain control over what escapes them. The psychomotor approach brings a body-mind interpretation of this double temporality, and a containing framework for a therapeutic relationship to unfold.

This work is the narration of my internship in a day center, of my relationship with Estelle, of my reflections, my doubts, my assumptions, and of the various theories that support the thoughts around those feelings.

Keywords : Adolescence, Psychosis, Therapeutic Relationship, Temporality, Psychomotricity.