



HAL
open science

**“ Miroir déformant ” Prise en charge et
accompagnement en psychomotricité des perturbations
de l’image du corps dans la pathologie de l’anorexie
mentale chez l’adolescente**

Noémie Garcia

► **To cite this version:**

Noémie Garcia. “ Miroir déformant ” Prise en charge et accompagnement en psychomotricité des perturbations de l’image du corps dans la pathologie de l’anorexie mentale chez l’adolescente. Sciences de l’Homme et Société. 2022. dumas-03716506

HAL Id: dumas-03716506

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03716506>

Submitted on 7 Jul 2022

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

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

UNIVERSITE de BORDEAUX

Collège Sciences de la Santé – Institut Universitaire des Sciences de la Réadaptation

Institut de Formation en Psychomotricité

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

« Miroir déformant »

Prise en charge et accompagnement en psychomotricité des perturbations de l'image du corps dans la pathologie de l'anorexie mentale chez l'adolescente.

GARCIA Noémie

Née le 09.09.1998 à GAP

Directrice de mémoire : Mme Marie NIVESSE

Juin 2022

Remerciements

Je tiens à remercier sincèrement :

Tous les professionnels rencontrés sur les différents lieux de stage qui ont pris du temps pour partager leur expérience et savoir-faire.

Les deux hôpitaux qui m'ont accueilli lors de ces stages ainsi que les patient(e)s rencontrés qui m'ont permis d'évoluer et me faire grandir en tant que professionnelle.

Mes maîtres de stage avec qui j'ai pu aborder la profession sur le terrain, en apprendre davantage sur les besoins des patient(e)s et sur moi-même.

Je pense également à ces amies de promotions avec qui les années de formation ont été riches en partages et bienveillance. Une pensée toute particulière pour Amandine pour son soutien et son amitié depuis notre rencontre en PACES.

Je remercie sincèrement Madame Marie Nivesse pour son soutien et sa patience dans l'accompagnement de cet écrit.

Enfin je remercie ma famille et tout particulièrement ma mère et ma grand-mère, qui, malgré la grande distance qui nous sépareit lors de ces études, ont toujours été présentes.

Sommaire

Remerciements	1
Sommaire	2
Introduction	3
I. Ce corps au reflet changeant	5
A. L'image du corps :.....	5
B. L'image du corps entravée par la pathologie :.....	21
II. De l'autre côté du miroir : la psychomotricité comme étayage de l'image du corps	44
A. Rencontre en psychomotricité :.....	44
B. De la médiation à la symbolisation :.....	55
III. Johanna	63
A. Histoire de vie :.....	63
B. Prise en charge en psychomotricité :.....	66
Conclusion	76
Bibliographie	78
Annexe	81

Introduction

L'anorexie mentale est une maladie grave qui touche principalement des adolescentes. Après avoir été à la rencontre de patient(e)s de tous âges et dans deux services de régions différentes, il s'est avéré que la majorité des personnes souffrant de cette pathologie sont des adolescentes ou jeunes adultes. Les personnes adultes rencontrées avaient pour la plus grande majorité déclaré le trouble également à l'adolescence et celui-ci s'est chronicisé. C'est pourquoi, tout au long de cet écrit, l'abord de la problématique anorexique se fera au féminin afin de faciliter la rédaction et concernera la population adolescente.

Généralement représentée dans l'imaginaire commun comme étant une personne ne souhaitant plus s'alimenter avec des apports suffisants, la patiente souffrant d'anorexie ne peut être résumée à cela. Bien souvent la faim est présente mais les jeunes femmes la contrôlent, la domptent, la transcendent. E. KESTEMBERG parlera « d'orgasme de faim ». Les troubles des conduites alimentaires (TCA) questionnent. Toute personne est concernée depuis toujours par le fait de s'alimenter. Nous avons parfois un idéal physique que nous souhaitons atteindre. Cela peut passer par le biais de régimes ou encore d'augmentation de l'activité physique en vue de se rapprocher de cet idéal. C'est pourquoi les TCA interrogent et peuvent être source d'inquiétude car renvoyant l'interlocuteur à ses propres préoccupations corporelles et alimentaires. À partir de quel moment ces intérêts particuliers peuvent-ils entrer dans ce qui serait de l'ordre du pathologique ?

Les comportements liés à l'alimentation sont les premiers à être généralement signe d'alerte. Or, ils ne représentent souvent que la partie visible d'un ensemble bien plus vaste et profond contre lequel les patientes luttent en permanence avec acharnement. Ces personnes, du fait de la pathologie sont progressivement entravées dans leur relation à elles-mêmes, à autrui et à leur environnement. Les différents éléments que la maladie vient impacter sont étroitement intriqués et interagissent entre eux.

Les adolescentes présentent une forte mésestime corporelle. Le trouble de l'image du corps est central. En effet, cette insatisfaction de son apparence physique entraîne alors des comportements parfois extrêmes sur le plan alimentaire mais également au niveau de l'activité physique en vue d'une déperdition calorique. L'image du corps étant une problématique centrale dans cette pathologie avec tous les aspects qu'elle englobe permet alors au psychomotricien d'apporter son regard afin de participer à la prise en charge pluridisciplinaire de cette affection.

« J'aimerais me voir comme vous me voyez »

Cette phrase prononcée par une adolescente qui sera nommée Johanna, avec les larmes aux yeux et une détresse certaine nous permet de rendre compte de la souffrance des patientes vis-à-vis de ce qu'elles perçoivent de leur morphologie. L'image du corps du point de vue des patientes fait référence à leur reflet qu'elles voient dans leur miroir, à ce qu'elles observent en posant les yeux sur leur anatomie.

L'approche de cette notion d'image du corps revêt un sens plus complexe et ne se réfère pas seulement au fait d'être en capacité " de voir". Ainsi, ces rencontres avec des personnes atteintes de cette pathologie ont été teintées de bienveillance et d'enrichissement et par les réflexions qui en ont découlé, ont permis d'orienter ce mémoire sur l'altération de l'image du corps dans la pathologie de l'anorexie mentale chez les adolescentes.

Certains soignants de l'unité dédiée aux troubles des conduites alimentaires évoquaient pour expliquer aux patiente le décalage entre leur vision et celle du corps médical qu'ils s'agissait du « miroir déformant de l'anorexie mentale ». Cette expression laisse entrevoir la complexité de la pathologie qui agirait comme un voile entre la patiente et la réalité.

Ainsi, le temps passé auprès des professionnels et des patientes a mené à questionner la manière dont la psychomotricité peut se positionner dans l'accompagnement et la prise en charge de ces patientes.

L'axe de réflexion suivant a alors pu émerger concernant :

La prise en charge et l'accompagnement en psychomotricité des perturbations de l'image du corps dans la pathologie de l'anorexie mentale chez l'adolescente.

I. Ce corps au reflet changeant

A. L'image du corps :

L'approche des problématiques liées à l'image du corps représente l'un des champs d'action du psychomotricien. Ceci est mentionné dans le décret de compétences du 6 mai 1988 dans l'article 1 alinéa 4 : « *contribution, par des techniques d'approche corporelle, au traitement des troubles [...] des régulations émotionnelles et relationnelles et des troubles de la représentation du corps d'origine physique ou psychique* ».

1. Description

L'image du corps est une théorisation. Sa définition varie donc selon les concepts et les courants à travers lesquels elle est mentionnée.

- **Définition :**

P. SCHILDER (neurologue, psychiatre et psychanalyste) évoquera : « *L'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit la façon dont notre corps nous apparaît à nous-mêmes* » (cité par B. Meurin, 2018, p50). Cette citation nous permet de penser aux notions sous-jacentes employées en psychomotricité que sont les sensations, perceptions et représentations. Ici, pour cet auteur, l'image du corps n'est pas seulement une affaire de sensation ni uniquement de la représentation seule. L'identité et la personnalité du sujet entrent en jeu. P. SCHILDER énonce également la part sociale de l'image du corps qui se compose de ce qu'autrui nous renvoie. Cette conceptualisation a permis de constituer les fondations du développement de cette notion.

F. DOLTO et J. LACAN en complémentarité de l'approche de P. SCHILDER évoqueront le lien à la libido, au désir et à l'inconscient. L'inconscient, théorisé par S. FREUD verra sa signification évoluer. Dans la première topique il constitue un élément à part entière, lieu d'accumulation des pulsions et traumatismes refoulés. Dans la seconde topique, il englobe une partie du « ça », du « moi » et du « sur-moi » et sera alors utilisé comme adjectif (comme nous pouvons parfois l'entendre encore en clinique à l'heure actuelle). « *L'image du corps réfère le sujet du*

désir à son jouir, médiatisé par le langage mémorisé de la communication entre sujets [...]. Elle est toujours inconsciente, constituée de l'articulation dynamique d'une image de base, d'une image fonctionnelle et d'une image des zones érogènes où s'exprime la tension des pulsions » (F. Dolto, citée par B. Meurin, 2018, p52). F. DOLTO définira alors l'image du corps comme étant propre à chacun, inconsciente, issue du vécu et des expériences singulières d'un individu au cours de son existence. Elle distinguera « l'image de base » ; « l'image fonctionnelle » et « l'image érogène » qui sont réunies et maintenues en cohésion par « la pulsion de vie » et « le désir de communiquer avec un autre sujet ».

Nous pourrions prendre en considération les apports de E. PIREYRE (psychomotricien) selon lequel cette approche psychanalytique reste incomplète quant à la réalité du travail de psychomotricien. En effet, notre profession au carrefour de plusieurs disciplines doit prendre en considération le champ des neurosciences qui en est l'un des piliers. En effet, le développement psychique d'un individu se réalise en parallèle de sa maturation cérébrale. Les interactions entre le sujet et son environnement sont également permises par différentes structures anatomiques. Selon lui, l'approche de F. Dolto bien que pertinente, pourrait être complétée avec ce qu'il nomme « l'image composite du corps » (E. Pireyre, 2021, p19).

Nous pouvons alors retenir la définition de Dolto tout en gardant à l'esprit les apports de E. Pireyre que nous développerons dans une autre partie. ***« L'image du corps est éminemment inconsciente [...]. L'image est la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles : interhumaines, répétitivement vécues à travers les sensations érogènes électives, archaïques ou actuelles. Elle peut être considérée comme l'incarnation symbolique inconsciente du sujet désirant ».*** (F. Dolto citée par E. Pireyre, 2021, p40).

- **Le schéma corporel considéré comme élément de base à l'image du corps :**

Tout comme la notion d'image du corps, celle de schéma corporel a connu de multiples définitions et applications selon le courant théorique via lequel il est abordé.

H. HEAD et G. HOLMES donnent une définition du schéma corporel en le décrivant comme étant un processus physiologique. Les effets de l'agencement neuronal permettant le mouvement sont perceptibles pour l'individu qui peut prendre conscience de la position de ses membres les uns par rapport aux autres dans l'espace. Ils donnent alors le terme de « schéma postural ». Cette approche physiologique laisse alors penser que seule une lésion cérébrale pourrait venir impacter négativement la structuration du schéma corporel.

H. BONNIER (neurologue) viendra compléter cette approche en mentionnant l'importance des sens pour accéder à une représentation de l'espace. Pour lui, il faut que le sujet passe par l'intégration des afférences générées par l'interaction avec l'environnement pour ensuite se représenter l'espace. Le schéma corporel consisterait en « rapports spatiaux ». Si nous prenons l'exemple d'une personne amputée d'un membre, il n'y a donc plus d'afférences possibles en provenance de ce membre. Pourtant, la représentation d'un corps complet et uni persiste. (C. Morin, 2013). Ceci laisse entendre que le schéma corporel serait relativement stable dans le temps. Son aspect en lien avec la physiologie écarterait toute subjectivité liée à l'individu.

Nous retrouvons cette approche à travers la définition donnée par F. DOLTO selon laquelle le schéma corporel serait propre à l'espèce humaine et nous permettrait de nous identifier en tant que sujet appartenant à cette espèce. Celui-ci malgré une apparente stabilité est évolutif dans le temps. Il se structure au cours du développement de l'enfant et intègre les modifications liées à un âge avancé.

A. BULLINGER aborde cette notion à travers la sensori-motricité. « L'espace du geste » et « l'effet spatial » du geste qu'il décrit peuvent s'apparenter à l'importance de la spatialité évoquée par H. BONNIER. (B. Meurin, 2018). Les expériences sensori-motrices d'un individu possèdent un caractère physiologique avec les différents récepteurs et voies neuronales impliquées. « *En effet, le couplage précoce perception-action est un processus fondamental qui permet la correspondance entre la perception d'une action, ses représentations sensori-motrices et sa réalisation, par l'activation de régions cérébrales comme le système des neurones miroirs* » (C. Assaiante, 2015, p41).

Ainsi, le schéma corporel est appréhendé par plusieurs auteurs comme étant lié à la « matérialité du corps », à la sensorialité. E. PIREYRE propose alors d'éclaircir ce terme en lui préférant, l'appellation de « **sensibilité somato-viscérale** ». Ceci permet de distinguer le schéma corporel qui est lié à la dimension physiologique et l'image du corps qui est empreinte de subjectivité. Cette sensibilité somato-viscérale liée à la sensorialité serait alors une composante de l'image du corps.

- **Les sous composantes de l'image du corps :**

L'image du corps revêt une dimension inconsciente, affective et biologique. Nous pouvons y associer les notions de désir et de libido que nous tenons de la psychanalyse. « *Ces aspects fantasmatiques peuvent, eux aussi, être reliés à la maturation du corps, c'est-à-dire l'organisme et le psychisme* » (E. Pireyre, 2021, p 50). Cette approche liant psychanalyse et

neurosciences faisant écho à la psychomotricité elle-même au carrefour de ces disciplines nous permet de penser l'image du corps comme étant composée de plusieurs éléments. Elle ne peut être relayée au sens commun que l'on pourrait lui attribuer, comme étant simplement la représentation qu'un sujet a de lui-même.

C'est pourquoi afin d'approcher la complexité de l'image du corps et son lien avec la psychomotricité, nous allons aborder ses sous-composantes telles qu'elles ont été sélectionnées par E. PIREYRE.

– La sensorialité

La sensorialité est le fait de disposer d'un système de traitement des informations sensorielles. L'Homme possède des récepteurs spécifiques pour différents flux sensoriels. La sensibilité peut être scindée en sous-groupes :

Intéroception	Perception de l'état physiologique interne, sensibilité viscérale
Extéroception	Sensibilité superficielle et extérieure
Proprioception	Sensibilité provenant des ligaments et articulations

Quels sont les types de récepteurs ?

- **Thermorécepteur** : sensibles au chaud et au froid.
- **Mécanorécepteur** : sensibles au toucher, à la vibration, à l'étirement et au mouvement des articulations ainsi qu'à la pression
- **Chémorécepteur** : sensibles aux molécules comme les molécules olfactives, aux différents goûts.
- **photorécepteurs** : sensibles à des longueurs d'onde.

L'information sensorielle est reçue par le récepteur, il s'agit d'un mécanisme périphérique. Elle va alors cheminer via les neurones afférents en direction du système nerveux central qui va traiter l'information entrante en vue d'élaborer une réponse qui sera transmise par les voies efférentes. Le mécanisme est alors central.

L'extéroception fait appel aux cinq sens : olfaction, gustation, tact, vision, audition. Le traitement des informations se réalise au niveau cortical. Les aires du cortex primaire sont généralement impliquées dans l'identification du stimulus tandis que les aires du cortex secondaire permettent une identification et l'élaboration de la réponse.

À noter que pour cheminer jusqu'à l'encéphale, l'information sensorielle passe par la moelle épinière et ses neurones / interneurones. L'information nerveuse est véhiculée si le seuil de potentiel d'action est atteint pour déclencher l'influx nerveux.

Nous avons donc deux éléments importants que nous pouvons relever. Tout d'abord, la sensorialité serait une affaire de seuils. Nous savons qu'ils ne sont pas identiques d'un individu à l'autre. Il n'y a qu'à penser à certaines pathologies ou au trouble du spectre de l'autisme pour s'en apercevoir. L'information, lorsqu'elle atteint le seuil nécessaire, passe par différents réseaux neuronaux où elle est modulée. La sensation « brute » ne parviendrait pas réellement au sujet si elle est modifiée, modulée par son système de traitement de l'information. De plus, l'organisme est soumis en permanence à une multitude de stimulations provenant de l'environnement et de sa propre activité interne. La formation réticulée, structure nerveuse du tronc cérébral joue le rôle de filtre.

Ceci nous amène donc à la boucle : sensation, perception, représentation et nous permet un début de compréhension. La sensation brute ne serait pas perçue par le sujet, cela passerait par le filtre de ses représentations. Les psychanalystes avancent le fait qu'un sujet n'a pas accès à la réalité. Celle-ci est toujours empreinte de sa subjectivité.

« Le développement du schéma corporel est très complexe à appréhender. On se réfèrera dès lors plutôt aux acquisitions qui relèvent de la sensori-motricité, soit en partie, ce qui est acquis au cours des deux premières années de la vie » (Pireyre, 2021, p 104). En effet, cette notion rend compte de la sensibilité interne de l'individu, du positionnement des segments les uns par rapports aux autres grâce aux récepteurs et au traitement cognitif. Ainsi, l'utilisation du terme : sensibilité somato-viscérale à la place du schéma corporel permet d'intégrer cette notion dans la partie « sensorialité » de la théorie composite de l'image du corps. Cette sensorialité est en lien avec l'affectivité du sujet car les informations reçues passent par le filtre de ses perceptions et représentations.

– Le tonus

Le tonus est considéré comme étant un état de tension des muscles. Il permet de maintenir une posture, réaliser des actions motrices et moduler les segments corporels dans l'espace en vue d'un maintien de l'équilibre.

Le tonus a une base physiologique. En effet, les motoneurones alpha sont plus impliqués dans le recrutement des fibres musculaires tandis que les motoneurones gamma ont un rôle plus modulateur. Les échanges d'informations se font via la plaque motrice accolée à une

myofibrille. Les stimuli sont transmis au système nerveux central (constitué de l'encéphale et de la moelle spinale) pour un traitement et l'élaboration d'une réponse.

Le nouveau-né présente une hypotonie axiale et une hypertonie des membres. Lorsque l'enfant est placé en décubitus dorsal ses membres sont en adduction avec une rotation articulaire interne. (Pireyre, 2021). Le développement de l'enfant lié à la maturation physiologique permettra aux alentours de la première année de vie d'inverser cet état tonique. Le tonus axial sera plus fort permettant la stature érigée et le tonus des membres sera plus facilement modulable par le sujet. Ceci peut s'observer lors des étapes de développement de la préhension et de l'acquisition de la marche.

Nous pouvons distinguer trois types de tonus. Le **tonus de fond** représente l'état minimal et permanent de tension musculaire. Il n'est pas uniforme. Certaines zones peuvent être plus ou moins tendues notamment du côté de l'hémicorps dominant. Le **tonus d'action** est impliqué dans la contraction volontaire. Enfin, le **tonus de posture** permet de maintenir les différents segments corporels dans une certaine ouverture et/ou orientation. Ceci est permis par sa fonction antigravitaire.

« Un organisme, une cellule, un corps, doit répondre à la pression externe et s'ajuster en permanence. C'est la fonction tonique ou tonicité. La pression externe est physique, mais aussi psychique. Elle se manifeste alors par la parole, le regard, l'exigence du milieu, des protagonistes » (B. Lesage, 2021, p 135). Ainsi, le tonus n'est pas uniquement une question de physiologie. En effet, le fait de résister aux contraintes externes est assuré, dans un premier temps, par l'objet maternant prodiguant une réelle **enveloppe tonique** pour le nourrisson. C'est ce que H. WALLON a pu décrire en évoquant le « dialogue tonique », terme qui sera à la base de la notion de « **dialogue tonico-émotionnel** » donnée par J. AJURIAGUERRA. Le tonus représente alors une véritable interface de communication entre deux partenaires. Dans le cas du nourrisson, son état de tension est ressenti par la mère ou objet maternant qui agit en conséquence. En retour, le bébé ressent l'état de tension de la personne qui s'occupe de lui et pourra s'apaiser ou non selon l'état émotionnel du sujet qui lui apporte des soins et de l'attention.

Par conséquent, le tonus peut être appréhendé dans son lien avec la notion d'image du corps via son aspect affectif et relationnel, trace de l'activité psychique du sujet mais également par la possibilité qu'il donne au sujet d'être en interaction avec son environnement. L'état de tension est ressenti grâce aux différents récepteurs.

– La représentation de l'intérieur du corps

L'organisation interne de l'organisme humain n'est pas totalement achevée à la naissance. En témoigne le processus d'ossification qui s'initie in-utéro et se poursuit jusqu'à l'âge adulte. « *Au tout début de la vie, les os ne sont pas encore assez physiquement construits pour être intégrés dans le développement psychoaffectif* » (E.Pireyre, 2021, p 79). Cette constitution physiologique laisserait supposer que la construction d'une représentation solide du squelette se réalise concomitamment à la maturation osseuse. Les os, dans un développement qui ne serait pas empreint d'une pathologie, permettent à l'individu de se sentir solide et ancré grâce à l'axe que représente la colonne vertébrale et aux appuis.

La même approche pourrait être réalisée concernant les muscles et les viscères. En effet, le nouveau-né présente une hypotonie axiale et une hypertonie des membres. L'intégration de l'axe n'étant alors pas encore possible nous pouvons aller dans le sens du développement progressif de l'image du corps en lien avec la maturation physiologique.

– Les enveloppes

La peau :

Le terme d'enveloppe peut être défini comme étant : ce qui entoure un objet, ce qui le contient. Si nous ramenons cette définition au corps humain, alors l'enveloppe serait la peau. Cette dernière représente l'organe le plus étendu du corps. Elle est en contact avec l'extérieur et possède un rôle de protection, d'échanges vis-à-vis de l'environnement externe.

Sa structure anatomique en trois couches (épiderme, derme, hypoderme) la rend semi-perméable. Cette qualité permet à l'organisme de capter des éléments essentiels tels que la vitamine D. En revanche, cela peut également être une voie de passage privilégiée pour certains agents pathogènes. Elle possède une capacité de régénération cellulaire et assure la conduction des informations sensorielles grâce à des récepteurs thermiques, des récepteurs à la douleur (nociception) et des mécanorécepteurs sensibles aux pressions mécaniques.

Ce rôle de barrière mécanique et sensorielle permet la différenciation entre le dedans et le dehors. Qu'en est-il pour les orifices ? sur ces zones, la peau est qualifiée de muqueuse car souvent plus fine et avec une organisation cellulaire quelque peu différente. L'innervation est importante, notamment si nous nous intéressons à la bouche, les parties génitales et l'orifice anal. Ces zones sont importantes dans l'investissement libidinal sous-jacent au cours du développement.

La peau psychique :

Pour D. ANZIEU, auteur du « moi-peau », les enveloppes psychiques constitutives du « Moi » de l'individu peuvent être tactiles, sonores, olfactives, gustatives, visuelles, thermiques et douloureuses.

La peau, par son rôle d'enveloppe permet la **fonction de « maintenance »**. Pour le nouveau-né, l'objet maternant lui permet de maintenir une unité et une intégrité physique par le portage et les soins. Cela peut être résumé par les termes de holding (portage physique et psychique) et handling (les soins) de D. WINNICOTT. Elle possède, comme nous l'avons décrit, une **fonction contenante** du fait de l'unité qu'elle confère. Enfin, nous pouvons également mentionner la **fonction de pare-excitation**. L'épiderme protège les couches internes de la peau des agressions externes. Ceci est à mettre en parallèle avec le fait qu'un enfant, au cours de son développement, doit grâce à un étayage suffisant, pouvoir se défendre seul des agressions externes. La fonction de pare-excitation était auparavant assurée par l'objet maternant.

Il s'agit ici de quelques fonctions du moi-peau permettant la structuration de la personnalité et la singularité d'un sujet.

– Les angoisses corporelles archaïques

L'angoisse est considérée par S. FREUD comme trouvant sa source dans un conflit interne lié à la pulsionnalité, la sexualité ou encore à un désordre entre les désirs et les contraintes. En philosophie, certains auteurs comme P. JANET considèrent au contraire que l'angoisse serait une peur sans objet (A. Birraux 2009). Son origine peut être source de discussion. Ses effets, eux, sont notables. « *Que des scientifiques puissent invoquer un équipement génétique, biologique ou physiologique prédisposant certains individus à l'angoisse ou avancer que la prise de toxiques serait susceptible de l'induire ne contredit pas l'idée que l'angoisse est l'éprouvé somato-psychique d'un sentiment d'impuissance, d'une impossibilité à s'aider soi-même* ». (A. Birraux, 2009, P18). Cette impossibilité de s'aider soi-même comme le dit cette auteure nous amène alors à penser au cas du bébé qui est dépendant de ses parents pour survivre et évoluer.

L'angoisse peut alors être abordée selon différentes catégories. Nous traiterons ici des angoisses archaïques issues de la prime enfance. Ces angoisses ayant leurs racines au plus jeune âge du sujet, il nous faut alors différencier ce qui est de l'ordre de l'infantile et de l'archaïque.

L'archaïque concerne les premiers éprouvés. Ceux-ci peuvent laisser des traces dans le psychisme de l'individu et revêtir la forme de réflexes de défense, d'angoisses et de relations au monde particulières. Néanmoins, ces premiers éprouvés peuvent être recouverts par la

succession d'événements qui auront lieu lors du développement du sujet. Les conséquences de ces premiers éprouvés peuvent alors être enfouies et ne plus survenir dans la vie du sujet. Cependant il est également possible d'en trouver des reliquats.

L'infantile englobe la subjectivité du sujet. « *Cette expérience est toujours d'actualité, toujours vivante, plus ou moins discrète ou plus ou moins à l'avant de la scène subjective selon les contextes et les expériences. Elle coexiste avec des zones de la personnalité plus matures, qui ont été davantage transformées par les processus de développement* ». (A. Ciccone, 2008, p135). Le fait que cela soit en lien avec la subjectivité laisserait supposer que l'archaïque résiderait avant l'apparition du langage chez le sujet si nous nous plaçons d'un point de vue psychanalytique.

D. WINNICOTT parle d'angoisses « disséquantes primitives ». Il évoque en lien avec le traumatisme de la naissance le morcellement, une chute perpétuelle, la désorientation et enfin la perte de maîtrise de son corps.

L'angoisse de morcellement : celle-ci est considérée comme présente chez le nouveau-né sans que cela soit pathologique. L'enfant au cours de son développement et de la maturation de son système neurologique va acquérir au fur et à mesure de ses expériences une représentation unifiée de son corps. Dans le cadre de la pathologie, les sujets peuvent avoir le sentiment que leur image du corps est dissociée. Leurs sensations corporelles peuvent être perçues de manière chaotique.

L'angoisse d'effondrement : cette dernière est en lien avec l'angoisse de chute citée plus haut, relative au changement de milieu lors de la naissance et la soumission du corps du nourrisson à la pesanteur. L'angoisse de chute relève en réalité d'une angoisse d'effondrement. (Pireyre, 2021). Chez le bébé, nous pouvons l'évoquer via les réflexes. Nous pouvons citer le réflexe de Moro, l'enfant tente de se défendre lors d'une sensation de chute. L'agrippement lors de situations anxiogènes qu'elles soient relationnelles ou non entre aussi dans la catégorie d'angoisse d'effondrement.

L'angoisse de dévoration : repérable plus tard dans le développement, il est possible de déceler sa présence lorsque la perspective de voir le visage d'un adulte s'approcher pour l'embrasser, l'enfant puisse se mettre à pleurer. Certains peuvent être qualifiés d'enfants « mordeurs » en crèche ou à l'école. Phénomène qui préoccupe et inquiète tant les parents de l'enfant ayant réalisé ce comportement que ceux dont l'enfant a été mordu. (Pireyre, 2021).

L'angoisse de liquéfaction : implique la constitution d'un minimum d'enveloppes. Ainsi, l'enveloppe corporelle peut être perçue comme défaillante, perméable et ne pouvant plus assurer le maintien de l'unité du sujet au risque de voir l'intérieur du corps se répandre à l'extérieur.

Les angoisses corporelles archaïques sont considérées comme étant présentes dans la prime enfance. Cependant, il est possible d'en observer les effets dans le cadre de pathologies psychiatriques. Leur intrication entre développement physique et psychique et l'impact qu'elles peuvent avoir légitime leur place dans une théorie composite de l'image du corps.

– Les compétences communicationnelles du corps

La communication est un échange qui implique autrui. Cela nécessite que l'un des individus soit émetteur et l'autre récepteur. Le code utilisé doit être commun pour permettre la compréhension. Lors d'une interaction, la communication peut se réaliser à plusieurs niveaux : verbal ; para-verbal ; corporel (aussi appelé communication non verbale).

- La **communication verbale** : Il peut s'agir d'utilisation de phonèmes à travers le langage oral ou graphème via la transmission écrite. Le makaton et la langue des signes font également partis de cette catégorie car ils utilisent des signes linguistiques.

- La **communication para-verbale** : celle-ci correspond à l'utilisation d'onomatopées, à la prosodie et l'intonation lors de l'élaboration du discours.

- La **communication corporelle** : comme son nom l'indique, elle fait référence à tous les éléments véhiculés par le corps. Nous pouvons citer les micro-expressions du visage, les mimiques, la posture, l'attitude, la gestualité et la proxémie. Elle peut être à la fois consciente et inconsciente et passe par plusieurs canaux. La communication corporelle vient soutenir et compléter la communication verbale.

Les termes de posture et mouvement renvoient à un phénomène corporel. Les mots attitude et gestualité qui leur sont proches, ont en supplément la représentation psychique de ce phénomène. « *L'attitude est le message véhiculé par la posture* » (E.Pireyre, 2021, p88). Par son tonus, un individu peut faire part de son état émotionnel de manière intentionnelle ou non.

La communication corporelle permet de donner des informations à l'interlocuteur. Elle peut être en dissonance avec ce qui est prononcé verbalement. « *C'est la principale fonction du comportement non verbal ; il permet d'appréhender directement l'état émotionnel de l'émetteur mais aussi son attitude par rapport au récepteur et à la situation* » (JC. Abric, 2019, P 69). Cette situation peut d'ailleurs se présenter fréquemment avec une population souffrant d'anorexie mentale. Ainsi, la composante émotionnelle a une part prégnante dans la communication.

Qu'est-ce que l'émotion ? il s'agit d'une réaction à un événement en fonction de la manière dont ce dernier aura été interprété par l'individu. Cela dépendra du contexte et des expériences de vie du sujet. Nous pouvons citer les six émotions de base : joie, colère, tristesse, dégoût, peur, surprise. L'état émotionnel d'un individu peut avoir des répercussions sur des réactions physiologiques et inversement. Si nous prenons le cas de la peur, celle-ci va activer le système sympathique qui aura des conséquences au niveau corporel : augmentation de la fréquence cardiaque, sudation etc.

Outre le fait qu'elle soit présente dans la communication lors de l'échange, l'émotion est elle-même matière à être communiquée. Nous pouvons le remarquer dans de grands rassemblements où l'effervescence peut rendre l'émotion ambiante presque "palpable". G. RIZZOLATI et C. SINIGAGLIA (cités par E. Pireyre, 2021, p 112) évoquent l'implication d'une structure anatomique particulière : les neurones miroirs. « *L'observation d'un visage exprimant une émotion induirait une activation des neurones miroir du cortex prémoteur. Ceux-ci enverraient aux aires somato-sensorielles et à l'insula en copie une description de leur réseau d'activation (copie efférente) semblable à celui qu'elles décriraient si l'observateur vivait lui-même cette émotion. L'activation des aires sensorielles qui en résulte, analogue à celle qui en produit lorsque l'observateur exprime spontanément cette émotion serait à la base de la compréhension des réactions émotionnelles d'autrui* ».

Mais si nous reprenons cette image d'une foule où une émotion en particulier est dominante, l'observation du visage de l'autre n'est pas la seule explication pour rendre compte de ce sentiment qui peut nous affecter. Ce que nous pourrions décrire comme une "tension" ambiante ne serait-elle pas à mettre en lien avec la tension musculaire que nous percevons à travers le dialogue tonico-émotionnel ? L'exemple le plus parlant concernant cette notion reste l'interaction dans le lien mère et nouveau-né que nous avons déjà pu aborder.

- **La structuration de l'image du corps à travers le développement :**

- L'ontogenèse

Issu de la fusion de deux gamètes puis du passage aux stades de morula, blastocyte et enfin d'embryon avant de devenir fœtus, la constitution de l'organisme humain connaît des modifications cellulaires importantes. Nous retiendrons le stade particulier où l'être humain en devenir est constitué de trois feuillets superposés : ectoderme, mésoderme et endoderme. Chacun est responsable de la différenciation en systèmes et tissus spécifiques.

Feuillet	Structure qui en est issue
Ectoderme	Système nerveux
Mésoderme	Squelette axial, muscles, organes internes
Endoderme	Systèmes digestifs et respiratoires

L'appareil locomoteur est issu du mésoderme qui donnera lieu à des somites, elles-mêmes différenciées en trois segments qui donneront le dermatome (derme et hypoderme), myotome (muscles) et le sclérotome (squelette axial).

Au cours de son développement, le fœtus présente de plus en plus de possibilités d'actions dans le milieu intra-utérin. Il ingère environ 400ml de liquide amniotique par jour, ceci permettant aux systèmes internes de poursuivre leur maturation. A ce stade, nous pourrions penser l'organisme comme étant un tube faisant circuler des liquides. La sensorialité connaît ses premières ébauches concomitamment à la maturation des systèmes concernés. Les sens olfactif, gustatif et tactile sont les premiers à être efficaces. (JP. Lecanuet, 2001) Le contact avec la paroi utérine est initiateur de la future prise de conscience de son enveloppe corporelle. La sensibilité vestibulaire est un peu plus tardive à se mettre en place. L'audition et la vision sont actives in utéro mais sont moins finement développées. Nous pouvons alors penser à l'enveloppe sonore, gustative, olfactive et surtout tonique que représente la cavité utérine dans laquelle le fœtus se développe.

– Les premières interactions avec l’environnement extra-utérin

A la naissance, l’enfant passe d’un environnement où il baigne dans un liquide rendant ses mouvements aisés et fluides à un environnement où il est soumis à la force de l’attraction terrestre. Ses systèmes sont encore immatures. Ceci peut donner lieu à des angoisses corporelles archaïques qui, dans le cadre d’un développement non pathologique ne viendront pas entraver le fonctionnement de l’individu.

Le nouveau-né voit sa survie entièrement conditionnée par les soins qui lui sont apportés par l’objet maternant. Ce dernier à travers le dialogue tonico-émotionnel va permettre au bébé de se rassurer, se rassembler et progressivement se représenter les sensations internes et externes qui lui sont transmises. Ceci permet progressivement la représentation de son organisation corporelle. L’alimentation et la respiration permettent la distinction entre l’intérieur et l’extérieur. Le portage permet d’intégrer les sollicitations tactiles et se représenter son corps, le devant, l’arrière dans un premier temps. Puis avec l’acquisition des différentes étapes de développement et l’augmentation des possibilités motrices et des expériences, la représentation sera de plus en plus fine et précise.

Ainsi, l’image du corps au cours du développement voit ses bases instaurées dès la vie intra utérine grâce notamment au développement des organes sensoriels. La vie extra-utérine vient bouleverser l’organisation de l’enfant. L’image du corps est intrinsèquement liée à la maturation physiologique des systèmes de l’organisme.

Cependant, comme nous avons pu l’aborder, la notion d’image du corps ne repose pas uniquement sur les phénomènes purement physiologiques. Elle est liée à la subjectivité du sujet. Pour cela, le développement de la personnalité et de l’identité de l’individu est à prendre en considération. L’objet maternant, par ses soins, apporte un sentiment d’unité et de contenance à l’enfant. La mère interprète les émotions qu’elle perçoit de son nourrisson et les lui explicite. Ceci permet au nouveau-né d’associer une sensation à une émotion. C’est ce que W. BION explique à travers sa théorie des éléments alpha et béta. Le bébé ne peut mentaliser ce qui lui arrive et transmet des éléments bruts à sa mère : les éléments béta. La mère a la capacité d’accueillir ces éléments et les retransmettre à son enfant d’une manière qui sera acceptable et assimilable pour lui. On parle alors de fonction alpha de la mère.

Ainsi, le bébé s’individualise progressivement grâce à l’objet maternant. *« Si l’on définit l’intersubjectivité comme l’ensemble des processus permettant à l’enfant, plus ou moins progressivement selon les différentes théories, de ressentir, d’éprouver et d’intégrer profondément que lui et l’autre, cela fait deux alors il n’y a pas d’intersubjectivité possible sans rassemblement des différentes perceptions émanant de l’objet »* (B. Golse, 2011, p 100). Pour s’individualiser, l’enfant intègre les modalités perceptives qu’il reçoit afin de se représenter l’objet.

– Vers l'intégration d'une image du corps

Lorsque l'enfant a la capacité de se représenter un objet, cela signe son activité psychique. Il peut procéder à des images mentales des objets pouvant être en lien direct avec l'objet réel ou bien relater son concept. A. DAMASIO donnera le terme « d'encartage ». Ces mentalisations ne sont pas accessibles à la conscience. Une première ébauche de conscientisation est permise grâce au tronc cérébral par lequel le sujet y associe une connotation positive ou négative. Pour que l'individu ait accès à cette représentation mentale, il faut qu'elle s'inscrive dans les structures supérieures du cerveau. « *Pour Damasio, c'est là qu'on peut situer l'émergence d'un sens de soi, d'une capacité de rapporter à soi des états corporels même s'ils sont confus, d'une subjectivité* » (B. Lesage, 2021, p 329). Les structures cérébrales se complexifient et poursuivent leur maturation au cours du développement du sujet jusqu'à ce qu'il puisse se représenter lui-même avec son récit autobiographique.

Lorsque la maturation physiologique permet le bon fonctionnement psychique, l'image du corps est refoulée dans l'inconscient. Le rôle des stades de l'œdipe ont permis de fixer la libido sur des zones corporelles spécifiques et enfouir le fonctionnement psychique archaïque. L'image du corps, bien qu'inconsciente peut être accessible via des médiations permettant la régression. (E. Pireyre, 2021).

2. La période adolescente

- **Généralités :**

L'adolescence est une période transitoire de vie qui n'est pas perçue ni identifiée de la même manière selon les époques et les différentes cultures. En effet, l'acheminement de l'enfance à l'âge adulte est marqué dans certaines cultures par un rite de passage faisant office de transition directe. Dans nos sociétés occidentales, la période adolescente tant à se rallonger. La tranche d'âge des onze / douze ans était encore considérée il y a peu comme étant celle des pré-adolescents, dénomination qui tend à s'effacer afin d'englober cette tranche d'âge dans la période dite adolescente. Ainsi, celle-ci s'étendrait de onze ans à la majorité, fixée en France à dix-huit ans.

Si le début de l'adolescence est marqué par l'apparition de la puberté, il n'est pourtant pas uniquement question de cela. En effet, l'individu voit des modifications corporelles apparaître mais également des changements d'ordres familiaux, sociaux, affectifs et identitaires.

- **Les variations physiques et psychiques :**

- Les variations physiques

La période adolescente est donc marquée par l'avènement de la puberté. « *La puberté, processus physiologique posant d'emblée un ancrage corporel qui va imposer à l'adolescent un travail psychique d'appropriation d'un nouveau corps puis d'un nouveau statut social* » (V. Discour, 2011, p 40). Celle-ci, par des variations hormonales va engendrer des modifications faisant apparaître les caractères sexuels secondaires.

Chez l'adolescente : les hanches et les glandes mammaires se développent. La voix mue légèrement pour une tonalité un peu plus grave. La pilosité apparaît. Le statut pondéral se modifie également. Les organes sexuels sont matures pour assurer la fonction de reproduction, le cycle menstruel se met en place.

Ces variations corporelles impliquent pour l'adolescente la prise en considération de ce corps sexué pubère marquant la possibilité d'entrer dans la phase de sexualité génitale et une possible procréation. Ces changements engendrent des questionnements identitaires et une position sociale différente de celle auparavant occupée comme individu enfant. Les modifications somatiques liées à la puberté sont nombreuses. « *L'adolescent voit son corps se transformer, se modifier malgré lui, dans un sentiment de grande passivité. Tout comme le bébé a dû découvrir un univers sensoriel et corporel et distinguer la réalité externe et interne, l'adolescent va devoir composer avec une nouvelle « enveloppe ».* Outre ce développement physique majeur, le développement psychoaffectif se poursuit. » (V. Discour, 2011, p 43).

Dans le cadre de certaines pathologies, ces remaniements peuvent être source d'angoisse et générer une véritable lutte contre l'apparition de ce phénomène en vue de garder le contrôle sur ce corps changeant.

Alicia, 16 ans, est hospitalisée pour anorexie mentale. Elle s'interroge sur l'indice de masse corporelle (IMC) à atteindre, donc le poids qu'elle pense devoir peser pour que ses menstruations se remettent en place. « *J'ai peur de retrouver tout ça avec l'acné, la poitrine...* »

Ces transformations physiques ont un impact sur l'image du corps de l'adolescente qui connaît des perturbations rendant la fonction de protection de son enveloppe corporelle moins efficiente. Cette fragilisation de la fonction contenante des émotions, affects, désirs positionne l'adolescente dans une situation narcissique délicate.

– Les variations psychiques

L'adolescent voit son statut changer au sein de la cellule familiale et de la société. Il fait face à de nouvelles responsabilités et doit acquérir son autonomie vis-à-vis de l'adulte. Ceci implique d'accepter la perte des « objets infantiles ». Il s'agit de l'objet maternel mais également l'objet œdipien pour lequel ambivalence des sentiments et pulsionnalité se mêlent. « *Pour le dire autrement, l'adolescent va donc devoir réaménager ses investissements narcissiques (estime de soi) et les investissements objectaux (les autres)* » (V. Discour, 2011, p 44). Cet abandon des objets primordiaux constitue un véritable deuil selon A. FREUD. Deux mécanismes de défense possible peuvent être employés par l'adolescent déstabilisé par ces remaniements identitaires : l'ascétisme et l'intellectualisation. (H. Maïdi, 2012).

- **l'ascétisme** : il s'agit de contrôler et refuser les pulsions, la sensualité.

- **l'intellectualisation** : le sujet parvient à sublimer ses pulsions, à les aborder de manière abstraite et dénuée d'affectivité.

Dans le cadre de la pathologie de l'anorexie mentale, il n'est pas rare qu'une patiente se décrive comme étant très perfectionniste et souvent bonne élève. L'ascétisme et l'intellectualisation sont des recours utilisés par tout adolescent mais généralement employés de manière exacerbée chez les patientes souffrant d'anorexie mentale. Lorsque la pathologie arrive à une phase aigüe, nous pourrions alors faire le lien avec ce que décrit H. MAIDI concernant le fait que l'adolescente puisse attaquer son corps lorsque le recours au processus de défense n'est plus efficient. « *Le processus défensif de l'adolescent est en premier lieu lié à des angoisses concernant le corps sexué capable potentiellement de procurer des expériences de plaisir sur le plan libidinal et narcissique. Si ce recours processuel défensif échoue et que l'adolescent soit contraint d'attaquer son corps, le développement est dans l'impasse. Il est en breakdown* » (H. Maïdi, 2012, p 22).

De plus, les angoisses de l'adolescent trouvent également leur source entre l'inquiétude de l'écart entre le corps pubère imaginé avec un idéal esthétique et le corps pubère réel. Les préoccupations peuvent alors être augmentées sur certaines zones corporelles spécifiques avec une idée récurrente de volonté de changer ou modifier la partie concernée. « *Le danger d'être submergé a provoqué un clivage de l'image de son corps sexué en sorte que seule une partie doit en être rejetée* » (Mose et Eglé cités par H. Maïdi, 2012, p24). Ceci n'est pas sans

rappeler une des problématiques majeures de l'anorexie mentale où le sujet peut être absorbé par l'idée qu'une ou plusieurs parties de son corps sont difformes ou disproportionnées.

- **Remaniements identitaires :**

Dans sa quête d'individuation, l'adolescent cherche à s'autonomiser et doit maintenir la continuité de son identité personnelle malgré les mouvances qu'il traverse. Pour cela « *Le corps devient l'instrument de la différenciation et de la lutte pour l'identité.* » (C. Potel, 2006, p54). Il devient un véritable support d'expression de son identité. Cela passe par des modifications corporelles, qu'il s'agisse de tatouage, piercing, coupe de cheveux. Les vêtements sont un moyen de parer son corps, d'affirmer ses goûts et son appartenance à un groupe.

Le groupe revêt une importance essentielle dans l'affirmation de l'identité. C'est paradoxalement au contact de ses pairs et dans une certaine unité que l'adolescent s'affirme. Le groupe d'appartenance secondaire permet à l'adolescent d'affirmer son nouveau statut social.

B. L'image du corps entravée par la pathologie :

1. Les apports théoriques sur l'anorexie mentale

- **Les critères du DSM-5 :**

Le diagnostic and statistical manual (DSM-5) est une classification des pathologies psychiatrique américaine. Nous y retrouvons les critères permettant ou non d'inclure une symptomatologie repérée chez un patient dans une maladie identifiée.

Concernant la pathologie de l'anorexie mentale, trois critères principaux sont retenus. Il faut être en mesure de déterminer s'il s'agit d'une pathologie mentale ou d'une anorexie en lien avec une autre affection qu'elle soit psychiatrique ou non. En effet, ce terme d'anorexie est issu du grec et se décompose ainsi : « a » ayant une valeur privative et « orexis » qui signifie appétit. Cette perte d'appétit pourrait être consécutive à une maladie ou un traitement. Nous pouvons également la retrouver lors d'un épisode dépressif. Il est alors important de prendre

en compte les aspects spécifiques de l'anorexie mentale en vue de l'élaboration d'un diagnostic (celui-ci est posé par un médecin).

Voici les critères retenus par le DSM-5 ; ces derniers ont été quelque peu modifiés par rapport à la version précédente afin de correspondre au mieux aux éléments relevés sur le terrain auprès des patient(e)s.

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

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

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

Nous pouvons dès à présent appréhender ce en quoi la psychomotricité a sa place auprès de patientes souffrant de cette affection. Le premier élément concerne une approche très somatique du corps, ce en quoi une dénutrition sévère va altérer le bon fonctionnement d'un organisme. Les psychomotriciens auront une vision plutôt orientée vers le ralentissement psychomoteur des personnes qui peut paradoxalement être associé ou non à une forme d'hyperactivité.

Cependant, au-delà de l'aspect purement somatique, le sujet est impacté négativement dans la perception qu'il a de lui-même. Nous parlons généralement de la boucle « sensations-perceptions-représentations » qui nous permet de structurer et perpétuer notre image corporelle.

Cette peur de prendre du poids, de voir son corps changer engendre généralement des comportements dits de compensation. Ces derniers, nous permettent de distinguer deux sous-types d'anorexie mentale. Nous parlerons alors de **type purgatif** si la patiente a eu recours à des purges ou des épisodes de boulimie. A contrario, si aucun de ces comportements n'est décelé, nous parlerons de **type restrictif**. L'observation de ces conduites se fait sur les trois derniers mois.

La réalité du travail auprès des patientes rends compte de la difficulté à distinguer ces sous types. En effet, il est fréquent d'observer notamment après les prises alimentaires des comportements de purge mais également des compulsions d'amassage / stockage de nourriture qui sont parfois retrouvés en chambre lors d'une hospitalisation.

- **Le diagnostic différentiel :**

Le DSM-5 permet donc d'exclure de potentielles affections qui ne seraient pas de l'ordre de l'anorexie mentale. Parmi elles, sont généralement citées :

- atteintes somatiques (cancer, gastro-entérite etc).
- dépression
- schizophrénie
- trouble de l'usage de substances
- trouble obsessionnel dysmorphique : celui-ci peut intégrer le tableau clinique de la pathologie mais ne suffit pas à lui seul pour évoquer l'anorexie mentale.
- trouble obsessionnel compulsif (TOC)
- boulimie : l'anorexie mentale peut basculer sur un versant de boulimie. Cependant, la différence réside dans le fait qu'une personne atteinte de boulimie peut, malgré les conduites de purge, maintenir un poids qui ne met pas son organisme en péril.

Cependant, ces éléments peuvent être associés à la pathologie d'anorexie mentale en tant que comorbidités. En effet, ces dernières sont fréquentes.

- **Epidémiologie :**

L'épidémiologie est une discipline scientifique « *qui étudie, au sein de populations (humaines, animales, voire végétales), la fréquence et la répartition des problèmes de santé dans le temps et dans l'espace, ainsi que le rôle des facteurs qui les déterminent* ». Dictionnaire Larousse.

- Incidence et prévalence

Les patientes souffrant d'anorexie mentale peuvent être à un stade de leur pathologie où elles ne se rendent pas compte qu'elles sont malades. Nous pouvons parler d'anosognosie qui est

l'absence de conscience de son trouble. Il est également possible de retrouver une forme de déni. Ce dernier est un mécanisme de défense.

S. FREUD dans sa première topique décrit par sa métaphore une spatialisation de l'organisation mentale du sujet. Elle serait constituée de la conscience : accessible au sujet ; du préconscient et enfin de l'inconscient : inaccessible au sujet. Le déni permet au sujet de maintenir une certaine unité psychique et garder un traumatisme enfoui dans l'inconscient. Le retour à la conscience de l'élément traumatique se réaliserait par la levée d'un mécanisme de censure et pourrait mettre à mal l'organisation psychique de l'individu. Il est alors à différencier de la dénégation qui est le refus du sujet d'accepter quelque chose d'objectivable telle que la réalité de son trouble.

Ceci rend plus complexe l'élaboration de statistiques. C'est pourquoi il s'avère plus délicat d'indiquer la prévalence (nombre de cas) et l'incidence (nombre de nouveaux cas) de ce trouble en France. Cependant, ces données sembleraient stables dans le temps.

Ainsi selon le regroupement de plusieurs études publié dans une revue concernant les troubles alimentaires, sur la période de 2000 à 2018, la prévalence au cours de la vie de l'anorexie mentale atteindrait les 1.4% chez les femmes tous âges confondus et 0.2% chez les hommes. (M. Galmiche et Co ; 2019).

– Age d'apparition et sex-ratio

Les proportions avancées par cette étude appuient le fait qu'il s'agit d'un trouble majoritairement féminin. Il toucherait dix femmes pour un homme. Parmi la population féminine, les adolescentes sont les plus concernées. En effet, le pic de survenue de la pathologie se situe entre 14 et 18 ans.

Il est aussi question d'anorexie pré-pubertaire, pouvant commencer dès 8 ans. La précocité d'apparition du trouble est un facteur de mauvais pronostic.

En effet, la pathologie se déclare souvent à la puberté, période importante de remaniements identitaires, corporels, psychiques et de développement de la sexualité.

– Evolution

D'après l'institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), la durée moyenne d'un épisode anorexique serait comprise entre un an et demi et trois ans. Au-delà de cinq ans de trouble, celui-ci est considéré comme étant chronique.

– Mortalité

Le taux de patients qui décèdent est estimé à 5%. (Donnée de l'INSERM). L'anorexie mentale est la pathologie psychiatrique présentant le plus fort taux de suicide. Nous retrouvons en seconde position les causes de mortalités dues aux conséquences somatiques de l'affection telles que les infarctus du myocarde.

• Etiopathogénie :

L'étiopathogénie est « *l'étude des causes d'une maladie et des processus par lesquels ces causes agissent* ». Dictionnaire Larousse.

Cette pathologie revêt des facteurs multiples. Il est possible de prendre en compte des éléments biologiques, sociaux et individuels.

– Modèle biologique

Le microbiote :

L'intestin comporte des bactéries qualifiées dans leur ensemble de flore intestinale. Celle-ci interagit avec le reste de l'organisme via des échanges notamment par voie sanguine. Certaines études ont pu mettre en évidence une présence diminuée d'un type de bactérie qui produit des acides gras nécessaires à la protection de la paroi intestinale mais également utiles pour l'encéphale. En résulterait une inflammation et une stimulation de la réponse immunitaire. A contrario, une autre bactérie serait présente en surnombre : *Escherichia coli* productrice de la protéine ClpB. Cette protéine est similaire dans sa structuration à celle de l'hormone de satiété. La réponse immunitaire dirigée vers la protéine ClpB pourrait également se tourner vers les récepteurs de l'hormone de satiété et les détruire. La stimulation chronique de ces récepteurs pourrait mener l'individu à réduire ses apports nutritifs. La dysbiose pourrait être l'un des éléments entrant en jeu dans l'anorexie mentale.

Les hormones :

Une altération du fonctionnement hormonal est aussi questionnée. La ghréline, hormone responsable de la sensation de satiété serait chez certains sujets présente à des taux anormalement élevés engendrant une stimulation permanente de l'appétit chez l'individu, qui, en réaction pourrait adopter un comportement de répulsion vis-à-vis des prises

alimentaires. Une altération du fonctionnement des systèmes dopaminergiques et sérotoninergiques seraient également en cause.

La neurologie :

Cette altération des systèmes hormonaux de la dopamine et sérotonine serait le liant portant la pathologie de l'anorexie mentale à la limite d'un trouble d'addiction. En effet, la classification actuelle place ce trouble dans la catégorie des troubles des conduites alimentaires mais comme toute classification, les critères sont mouvants selon les découvertes scientifiques et les consensus. Plusieurs études dont une menée par l'Institut de psychiatrie et Neurosciences de Paris, par l'équipe GORWOOD, tendent à démontrer le lien étroit entre anorexie mentale et addictologie. Il s'agirait d'une altération du système de récompense. Dans le cadre de l'anorexie mentale « *Il a été suggéré que la minceur pourrait avoir une valeur de récompense dans l'AM.* ». (Equipe Gorwood, 2014).

En 2016, cette même équipe présente son expérience auprès de patientes souffrant d'anorexie mentale et de personnes non atteintes. L'étude porte sur la conductance cutanée et son traitement au niveau cognitif. La conductance cutanée est l'activité électrique observable à la surface de la peau. On parle alors d'activité électrodermale. Elle permet de rendre compte de l'activité des glandes sudoripares. Etant dirigées par le système central, les mesures relevées sont donc modulées par l'activité cognitive et émotionnelle du sujet. **L'étude de la conductance cutanée est un moyen de rendre compte de la perception d'un individu** dans une situation test et un environnement donné. Sont alors présentés aux patientes des modélisations de corps féminins en état de surcharge pondérale, poids considéré comme standard et poids insuffisant. La conductance cutanée des patientes souffrant d'anorexie montre une activité plus importante à la vue d'un corps féminin en étant d'insuffisance pondérale. Le résultat de cette expérience mis en lien avec d'autres amène les chercheurs à l'hypothèse suivante : « *l'anorexie serait plutôt un plaisir de maigrir plutôt qu'une peur de grossir.* »

La génétique :

La pathologie de l'anorexie mentale aurait un versant génétique qui influencerait sur certains symptômes tels que le lien entre maigreur et système de récompense. Aucun gène actuellement n'est identifié comme étant responsable de la maladie.

– Le modèle social

Outre les facteurs prédisposants et individuels, viennent s'ajouter des aspects sociétaux et environnementaux dans lesquels les individus évoluent au quotidien. Lorsqu'on échange avec une patiente souffrant de ce trouble, ce qui est spontanément énoncé ou remarqué par

l'interlocuteur, repose d'un côté sur les difficultés alimentaires, mais surtout sur cette mésestime corporelle et se rapport à l'image de soi qui est perturbé.

La culture et l'image du corps :

Les images alimentent notre quotidien. Elles sont véhiculées sur de multiples supports : publicités, affiches, cinéma, réseaux sociaux. Présentes en permanence et en abondance dans une société où la consommation est sans fin.

Les outils numériques sont utilisés par les adolescents, principalement les réseaux sociaux. Les images, à travers ses liens immatériels, permettent de s'inscrire ou s'affirmer comme appartenant à un groupe en adoptant ses codes. Les photographies postées sont commentées et relayées si elles véhiculent des caractéristiques considérées comme « tendance ». « *La logique des réseaux sociaux incite à quêter chez l'autre la valorisation de soi-même, suivant un objectif plus ou moins conscient d'acceptation et d'insertion dans des groupes* » (E. Eglem, 2017, p 100).

De plus, les outils numériques permettent de contrôler l'image que l'on souhaite donner à l'autre. Les photographies sont pensées sous un certain angle, une certaine luminosité et des filtres peuvent être employés. L'image peut alors être totalement construite et modelée par son propriétaire. Le corps s'expose et devient de la même manière objet que l'on regarde. L'approbation et la valorisation est attendue dans le regard de l'autre créant ainsi une forme de vulnérabilité. « *Le corps contemporain est appelé à incarner un corps idéal, devenant un instrument auquel on demande des performances et un objet que l'on façonne, que l'on habille, tant côté homme que côté femme* » (V. Micheli-Rechtman, 2005, p83).

Quelle image véhiculée pour le corps féminin ?

Le culte de la minceur reste ancré. La finesse des courbes laisse penser que la personne a le contrôle de son corps et de soi, ce qui est perçu positivement. Malgré des mouvements « body-positif » et des enseignes qui tentent de mettre en avant des mannequins avec une diversité de morphologies et des retouches photo moindre, le corps de la femme reste majoritairement présenté mince. À cela s'ajoute une hypersexualisation, principalement à travers les publicités. Or dans le cadre de la pathologie de l'anorexie mentale, la sexualité est souvent rejetée par les adolescentes. Les images véhiculent une vision de la femme assimilée au fait d'être une « bonne mère », travailleuse, désirable, maîtresse d'elle-même, autant d'exigences pouvant être source de pression pour une femme en devenir, encore à mi-chemin entre l'enfance et l'âge adulte. Cet idéal féminin mis en avant peut être source de mésestimes corporelles, les jeunes femmes sont nombreuses à réaliser des régimes au cours de leur vie. Ceci peut être un premier pas dans la maladie pour les plus vulnérables.

« Les types d'esthétiques du corps sont ainsi décrits comme « standardisés », suivant des directives prédéfinies et diffusées par les médias (notamment les réseaux sociaux) et identifiables par certains signes extérieurs : forme du corps, marques utilisées, alimentation. » (E. Eglem, p 83).

La culture et l'alimentation :

Les réseaux sociaux (entre autres) font circuler des tendances en matière de conduites alimentaires allant de pair avec celles concernant l'apparence physique. L'alimentation, est, au-delà de son aspect vital, une manière d'être en lien avec l'autre, d'appartenir à un groupe. R. BARTHES dira : « *Qu'est-ce que la nourriture ? Ce n'est pas seulement une collection de produits, justiciables d'études statistiques ou diététiques. C'est aussi et en même temps un système de communication, un corps d'images, un protocole d'usages, de situations et de conduites* ».

L'abondance d'images est à l'image de l'abondance de nourriture présente dans les pays considérés comme riches. La surconsommation générale est donc présente également en matière d'alimentation. Cette profusion de nourriture facilement accessible produit un effet de perte de repères. L'alimentation est à portée de main, tellement diverse qu'elle ne prend plus en considération le rythme naturel des saisons. Ici encore, les publicités bien présentes alternent entre alimentation catégorisée comme étant de la « malbouffe » et recommandations diététiques via des spots ciblés. D'un côté l'envie, de l'autre la culpabilité de fournir des apports sains à l'organisme.

À cela s'ajoutent les pratiques propres à chacun, toute personne peut définir son régime alimentaire, qu'il soit végétan, omnivore, végétarien, végétalien ou encore en lien avec des pratiques culturelles et religieuses. Manger n'est pas seulement un besoin vital. Il s'agit d'un mode de communication à l'autre.

Les facteurs Individuels :

Certains points communs sont relevés en ce qui concerne le tempérament des patientes. Les antécédents de trouble anxieux et de trouble obsessionnel dès l'enfance font partie du tableau clinique des facteurs de risque. Une rigidité comportementale et cognitive ainsi qu'un caractère perfectionniste peuvent également être remarqués.

Le milieu dans lequel l'individu évolue entre en compte. En effet, les sportifs de haut niveau, les mannequins, ou encore un milieu social valorisant la minceur sont des facteurs de risque.

– Le modèle psychanalytique

L'anorexie mentale a d'abord été abordée par le courant psychanalytique comme étant un symptôme pouvant être rattaché à de multiples pathologies psychiatriques. Elle a été accolée à une notion développée par S. FREUD : l'hystérie. Les conduites anorexiques représentaient une exposition de la souffrance de l'individu liée à une structure de personnalité névrotique. « *La névrose est un trouble psychique dont celui qui en est atteint, le névrosé, est parfaitement conscient. On en décrit plusieurs types, comme la névrose d'angoisse, la névrose obsessionnelle ou la névrose phobique* » (Dictionnaire Médical). Le conflit œdipien lié à la mère toute puissante a été évoqué.

Le bébé dépend de l'objet maternant. Celui-ci va répondre aux besoins de l'enfant, notamment alimentaires. Lorsque l'enfant pleure, le caregiver (celui qui prend soin) va apporter une réponse. Par ce mécanisme, le bébé va appréhender les notions d'attente et de frustration mais aussi de satisfaction. L'apport de nourriture pour combler le besoin alimentaire comporte l'aspect de « holding » énoncé par D. WINNICOTT. L'amour apporté par la mère va être recherché par l'enfant. Dans l'attente, il appréhendera alors la notion de désir. C'est pourquoi J. LACAN, successeur de S. FREUD abordera la problématique anorexique comme étant un besoin de « manger rien » plutôt que « ne rien manger ». Ce « rien » correspondant à l'amour apporté par la mère.

J. LACAN énoncera le fait qu'il ne s'agit pas uniquement d'un rapport à la mère et d'un refoulement des pulsions à travers l'oralité. Son assimilation historique avec l'hystérie a longtemps laissé penser à un lien entre fonction alimentaire et sexualisation. La phase de latence étant achevée, le désir et la sexualité génitale surviennent. Ces derniers seraient déplacés non pas sur la zone génitale mais sur la sphère orale impliquant un dégoût des aliments. Cette réaction d'aversion permettrait le refoulement des fantasmes et faire barrage aux pulsions sexuelles.

Par la suite, l'anorexie mentale a pu être associée à une forme de psychose. Dans le cadre de la psychose, le sujet n'a pas conscience de son trouble. Les symptômes sont nombreux, parmi eux il est possible de citer : les hallucinations, les idées délirantes, les troubles du cours de la pensée.

Le corps sexué est perçu comme dangereux, l'adolescente se met à distance de celui-ci. « *Tout se passe comme si l'anorexique aspirait à obtenir « un corps glorieux » en effaçant la marque des caractères sexuels secondaires, un corps qui ne serait pas affecté par le symptôme. Échapper au réel du sexe et de la mort par une tentative de subvertir la pulsion orale en accentuant paradoxalement son versant purement érotique (le manger rien) lui donne le plus souvent des allures quasi maniaques.* » (F. Guillen, 2006, p66).

Enfin, comme il a déjà été possible de l'évoquer, la classification de l'anorexie mentale au sein des troubles du comportement alimentaire peut porter à discussion au regard de son aspect proche de celui de l'addiction. P. JEAMMET considère l'anorexie mentale comme étant un comportement problématique signe d'un mécanisme de défense visant à préserver le Moi du sujet plutôt qu'un symptôme. De plus, cette approche permet d'écarter l'aspect culpabilisant vis-à-vis de la mère qui pourrait être perçu dans la présentation freudienne.

- **Les conséquences physiques et psychiques :**

- Les conséquences physiques

La dénutrition engendre des perturbations somatiques importantes. Parmi celles-ci, nous retrouvons l'**aménorrhée**. Elle peut être primaire ou secondaire. Le terme d'aménorrhée primaire est employé lorsque la pathologie survient avant l'arrivée des premières menstruations et des caractères sexuels secondaires. Cependant, cet arrêt des menstruations est réversible dès lors que l'organisme n'est plus en manque.

Les privations alimentaires risquent de créer des **carences** importantes lors de la croissance et entraîner un retard de développement staturo-pondéral. Le corps, en réaction aux modifications hormonales est plus sensible au froid et se couvre d'un duvet ou lanugo réactionnel.

Existe également la possible formation d'**œdèmes** lors de la phase progressive de renutrition. Certaines patientes ont le ventre qui gonfle. Il devient alors d'autant plus compliqué d'aborder avec elles la problématique de l'image du corps car ce ventre qu'elles pouvaient voir auparavant comme volumineux sans que cela soit avéré le devient finalement à cause des œdèmes lorsqu'elles reprennent un peu de poids. Ce phénomène ne touche pas toutes les patientes. Il s'agit généralement de personnes dont la dénutrition a été très sévère et prolongée dans la durée.

L'état de santé général se détériore. Des **problèmes hématologiques** peuvent être présents tels que l'anémie, un risque de thrombopénie, de leucopénie ; des **complications hépatiques, rénales** ou encore **cardiaques** sont possibles. L'ensemble de l'organisme est atteint. En cas de vomissements répétitifs les dents risquent une usure et une détérioration prématurées. Des carences nutritives prolongées augmentent le risque d'ostéoporose.

La plupart des altérations somatiques se résolvent une fois que le versant nutritif est amélioré. Cependant, la durée des épisodes de dénutrition peut avoir des conséquences sur le long terme.

– Conséquences psychiques

Les comorbidités avec d'autres pathologies psychiatriques sont recherchées dans le cas d'une anorexie mentale car ces dernières sont fréquentes. Nous retrouvons la dépression et l'anxiété. Le trouble corporel dysmorphique, contrairement à ce que nous pourrions penser n'est pas seulement un symptôme potentiellement présent dans l'anorexie mentale mais bel et bien une problématique singulière qu'il est possible de retrouver dans d'autres pathologies. Une restriction cognitive et affective peut faire partie du tableau clinique, notamment en phase aigüe du trouble. Les patientes ont tendance à vouloir contrôler leur environnement ainsi qu'elles-mêmes, la flexibilité cognitive est moindre. Cela peut être mis en lien avec le caractère perfectionniste qui peut se dégager dans toutes les activités entreprises par les patientes. Des pensées obsessionnelles peuvent venir entraver leur rapport au monde, accaparant toute leur énergie.

Madame B contacte l'hôpital de jour dans lequel j'ai effectué un stage et tente de joindre la psychomotricienne. Elle appelle pour sa fille âgée de 17 ans : « ce matin ma fille s'est regardée dans le miroir et s'est effondrée en pleurs. Elle a vu son état de maigreur, s'est comme si un voile c'était levé. Je suis très inquiète »

Les pertes de poids peuvent être extrêmement rapides et conséquentes modifiant l'apparence de la patiente. L'anorexie mentale semble de manière imagée s'apparenter à un voile occultant, déformant la réalité. Ce retour au « réel » peut représenter un véritable choc à surmonter pour la patiente. Or cette pathologie met déjà à mal la sécurité interne des adolescentes dans leur rapport à leur corps et au monde. La préoccupation majorée pour une ou plusieurs parties du corps semble opérer une forme de clivage entre les parties considérées comme « difformes » et le reste du corps.

L'anorexie mentale peut parfois s'apparenter à un appel à l'aide, les patientes bénéficiant en retour d'une attention particulière qu'elles recherchent, et ce, de manière inconsciente. La pathologie vient bouleverser l'organisation familiale dont elle devient le cœur.

La maîtrise de leur faim, de leurs désirs, le contrôle massif et agressif exercé sur leur corps peut leur donner le sentiment de réussir quelque chose de spécial.

Les personnes souffrant de cette affection montrent des signes de dévalorisation, de faible estime de soi. Le risque suicidaire doit toujours être évalué du fait du taux de suicide élevé.

- **Ce que la pathologie vient entraver :**

- Du sens à la sensorialité

Un défaut d'intégration sensorielle en cause dans l'apparition de la pathologie ?

L'adolescente traverse une période de mouvance à laquelle elle doit s'adapter. La modification de son image corporelle lui demande d'intégrer entre autres, de nouvelles expériences sensorielles. Cependant, si la construction psychique du sujet présente des failles notamment dans la symbolisation primaire, alors des angoisses peuvent ressurgir. Le sentiment de continuité d'existence serait susceptible d'être mis en péril.

- Symbolisation primaire : notion abordée par D. ANZIEU puis reprise par R. ROUSSILLON évoquant un processus de constitution de représentations en présence de l'objet ou de « symboles primaires » possible par des inscriptions perceptives.

« Son défaut ferait courir au sujet le risque d'une régression pathologique à l'endroit même où le corps et la psyché ne sont pas suffisamment différenciés. Et pour certains adolescents, c'est justement à l'endroit où cette différenciation corps/psyché n'est pas aboutie que le corps vient nous raconter une histoire sans parole, sous forme de somatisations, d'agirs, d'acting out ou encore d'« actes symptômes » pour reprendre le vocabulaire de J. McDougall (1978). » (S. Barouh-Cohen, 2014, p790). L'acting-out serait dans notre cas, le développement de la symptomatologie anorexique.

Quel est le rapport des patientes à leur sensorialité une fois la pathologie déclarée ?

Le vécu d'un corps adolescent changeant est mis à distance par l'adolescente. Elle peut donner l'impression de ne plus avoir accès à ses perceptions sensorielles ni parvenir à se les représenter. Le contrôle du corps peut passer par une négation des informations sensorielles qu'il véhicule. *« Ainsi les anorexiques anticipent constamment la façon dont elles veulent réaliser leur imaginaire pathologique. Cela a pour fonction de résister aux ressentis corporels » (M. Henniaux, 2009, p37).*

La sensation de faim est généralement ressentie par les patientes mais maîtrisée et dominée de manière presque jouissive. E. KESTEMBERG (cité par H. Lazaratou, D.C. Anagnostopoulos, 2006 p22) donnera l'expression « d'orgasme de faim » pour évoquer ce phénomène.

En séance de psychomotricité ou lors de temps informels, la question des ressentis suite à un contact ou une activité ne laisse généralement place qu'à peu de verbalisations. Certaines récurrences dans les réponses adviennent : « je ne sais pas » ; « c'est bizarre ».

« Cette « ignorance », qui se dégage du « n'en sait rien » est le fruit d'une métabolisation psychique du corps qui, seule, permet de mettre un voile sur le Réel de la chair et au corps de devenir un corps psychique. » (S. Barouh-Cohen, 2014, p789).

Au-delà du contrôle excessif généré par la patiente, il est possible d'aborder la sensorialité dans sa valeur de lien à autrui comme cela a déjà été évoqué à travers le dialogue tonico-émotionnel, les odeurs, la façon de se présenter à l'autre notamment. Dans la pathologie de l'anorexie mentale, la patiente semble s'immerger dans une sensorialité autogénérée et contrôlée via l'inanition, l'exposition au froid ou à la chaleur, l'hyperactivité ou encore le manque important de sommeil.

Les afférences sensorielles ne sont pas vécues de la même manière d'une patiente à une autre puisque cela dépend du vécu de chacune et de sa singularité. Les potentielles difficultés ne seront pas similaires d'une adolescente à une autre.

Youna 16 ans : « sous la douche je ne peux pas me laver le bas du corps, je n'aime pas me toucher, même avec la fleur de douche j'ai du mal. »

Une fois la pathologie présente et ses conséquences déjà enracinées dans le quotidien de la patiente, la distorsion de l'image du corps et la faible estime de soi viennent entraver son rapport à son propre corps. Certaines pouvant dire que la sensation du contact des os sous la peau ne leur plaît pas voire les « dégoûte » mais que l'instant d'après elles se perçoivent comme étant « grosses ». Le sens visuel semble comme voilé par la pathologie concernant leur propre morphologie et leur permet également de se comparer aux autres adolescentes de l'unité.

Esther 14 ans : « Je n'aime pas me voir dans le miroir, je vois que je suis maigre, surtout des bras et je trouve ça moche. D'autres fois je me vois et me trouve énorme. »

– Sous tension

« Dans une rencontre, les premiers traits qu'un partenaire, un patient, nous donnent à percevoir, sont sa posture et son flux de mouvement, ou plus précisément son jeu postural et la façon dont il tient - ou pas ! - » (Lesage, 2021, p 71).

Le tonus, étant un support de communication au monde, nous renseigne sur l'état émotionnel d'un individu. Les manifestations toniques peuvent signer la singularité d'un sujet, notamment

lorsqu'on pense au tonus de fond qui n'est jamais réellement uniforme. Certains troubles toniques dont l'intensité peut être très variable nous donnent une sorte de carte d'identité tonique de l'individu. Les **syncinésies** sont des contractions musculaires d'un segment qui n'est pas impliqué dans l'action motrice en cours. Les **paratonies** sont des contractions musculaires dont la détente n'est pas possible de manière volontaire. Ces caractéristiques toniques peuvent être présentes chez tout un chacun sans présenter une entrave au développement ou à la vie quotidienne.

L'intensité et l'impact dans le quotidien du sujet permettront de considérer ce trouble tonique comme symptôme ou non d'une pathologie. Dans le cas de l'anorexie mentale, le sujet est dans un mode de relation au monde altéré. Ceci peut se remarquer via son tonus musculaire par deux versants principaux qui sont courants.

- **L'hypertonie :**

Les patientes souffrant d'anorexie mentale présenteraient un sentiment de sécurité interne fragilisé. Afin de maintenir une unité psychique, c'est-à-dire protéger le Moi, elles peuvent avoir recours à un mécanisme de défense. Pour cela, l'une des réactions possibles est le recours à une hypertonie. E. BICK évoque le tonus comme moyen de préserver l'unité du sujet par la constitution d'une enveloppe tonique, elle peut parfois être douloureuse pour le sujet. Les mécanismes de défense sont inconscients. Dans le cadre de l'anorexie mentale, cette hypertonie peut être en partie inconsciente mais également être une manière dont l'adolescente choisit de se présenter dans son environnement.

Johanna 16 ans : « Lorsque j'entre dans une salle, je réfléchis toujours à la manière dont je vais me tenir, bouger. Je m'assois en bord de chaise, le dos très droit, les jambes surélevées afin que le muscle ne s'étale pas et que mes cuisses paraissent moins grosses. »

Cette patiente présente un trouble corporel dysmorphique très important au niveau de ses cuisses les voyants difformes et de taille disproportionnée. Ce sentiment, faisait partie de la symptomatologie anorexique entraîne des comportements particuliers et envahissants pour les patientes.

- **L'hyperactivité motrice :**

Ce sentiment d'avoir une partie du corps volumineuse ou l'objectif d'une déperdition calorifique peuvent motiver une hyperactivité motrice. Les patientes peuvent ressentir le besoin de procéder à une activité en particulier sans quoi des angoisses corporelles ressurgissent. Le corps est malmené et contrôlé jusqu'à ses limites.

Johanna : « après le repas, je reste debout en salle commune au minimum une heure sinon j'ai l'impression que mes cuisses deviennent énormes car toute la nourriture ingérée vient se mettre à ce niveau si je ne fais rien ».

L'hyperactivité motrice peut devenir si importante que la patiente ne se rend plus compte de la manière dont elle agit. Une des patientes de l'unité marchait toute la journée. S'asseoir lui était insupportable. Pour rester au même endroit lors d'une activité de groupe, elle se balançait alors d'un pied sur l'autre. Ce mouvement constant a impacté la démarche de l'adolescente qui au lieu de présenter les phases classiques de déroulé du pied vers l'avant, basculait son poids sur la tranche externe d'un pied puis de l'autre.

Cette hypertonie et hyperactivité sont également des moyens de se mettre à distance de ses ressentis corporels permettant une négation de ce corps adolescent.

– L'intérieur du corps

« Quelles sont les parties du corps qui sont à l'intérieur et qu'on ne voit pas ? »

Cette question issue du questionnaire d'Olivier MOYANO permet d'appréhender les représentations corporelles que peut se faire une patiente de l'intérieur du corps.

Youna 16 ans : « à l'intérieur du corps il y a le cœur, les veines, les os, l'estomac, le foie et le cerveau (qui est le plus important). A l'extérieur on voit les os, les veines, tout le corps. »

En relation avec la question de la constitution d'enveloppes, l'abord de cette question auprès d'une population souffrant d'anorexie mentale peut nous donner des pistes de questionnements quant à la différenciation de l'intérieur et de l'extérieur du corps, élément qui s'acquière au cours du développement.

Johanna 16 ans : « à l'intérieur du corps il y a l'estomac, le cœur, la colonne vertébrale avec du gras autour et des organes avec du gras partout. »

Ici, la patiente nous confie à travers sa réponse une forte angoisse résultante de la symptomatologie anorexique : une préoccupation majeure de la forme d'une partie du corps et des distorsions de la représentation.

Ici l'intérieur du corps est souvent associé par les patientes à l'appareil digestif. F. TUSTIN donne le terme de « Moi corporel tuyau » faisant référence au « Moi-peau » de D. ANZIEU. La représentation de l'intérieur du corps semble regroupée autour de l'axe vertébral. L'appareil digestif allant de la bouche à la zone anale constitue un autre axe vertical interne.

- Les enveloppes fragilisées

Peau psychique :

Le développement des assises narcissiques est possible dans un premier temps grâce à l'étayage de l'objet maternant. Ces dernières, lorsqu'elles sont équilibrées, permettent au sujet d'acquérir un sentiment d'unité et de continuité de lui-même. La forte mésestime corporelle et la distanciation avec la question de la sexualité peut interroger l'enveloppe psychique primaire dont l'adolescente a bénéficié au cours de sa prime enfance.

Lorsque la période adolescente prend place avec ce qu'elle implique, la patiente souffrant d'anorexie mentale peut recourir à divers moyens pour tenter de se sécuriser et pallier l'angoisse. L'intellectualisation massive dont elle peut faire preuve lui permet d'écarter l'aspect émotionnel qui serait trop prégnant. L'adolescente semble se réfugier derrière une muraille faite d'intellectualisation qui la protège des émotions et ressentis corporels perçus comme menaçants.

Alba 14 ans : lors d'une entrevue avec la psychomotricienne de l'unité la patiente lui confie alors « Je suis plus dans le verbal que dans le mouvement. »

Peau physique

Certaines conduites observées chez les patientes souffrant d'anorexie mentale laissent entrevoir des fragilités précoces dans la construction de l'image corporelle faisant penser à la notion des enveloppes.

Dans le service de troubles des conduites alimentaires : Une patiente s'est achetée une bouée « taille 4 ans ». Le groupe d'adolescentes essaie la bouée, menant à des commentaires concernant le confort de pouvoir entrer dans cette petite taille ou encore l'angoisse générée par le fait de s'y sentir trop à l'étroit.

Cette scène d'essayage nous fait penser à l'aspect contenant de l'objet et au corps qui serait donc le contenu. Dans le même registre, les tenues vestimentaires peuvent refléter cette idée, certaines patientes privilégiant des vêtements amples comme une « enveloppe molle » qui

serait peut contenante, d'autres privilégiant des tenues moulantes. (J. Boutinaud, P. Chabert, 2013). Outre le fait d'exhiber la maigreur, ces dernières permettraient de jouer un rôle contenant, comme une seconde peau.

La peau, dans cette pathologie, devient de plus en plus proche des os jusqu'à donner l'impression d'y adhérer au fil de la perte pondérale. Cette peau n'est-elle pas assez ressentie comme contenante ? viendrait-elle se coller aux os en recherche d'une solidité interne ? Elle est également le support de possibles attaques de la part de l'adolescente. Les scarifications sont des alternatives pour délimiter et maintenir les limites corporelles en vue du maintien d'un sentiment d'unité aussi bien physique que psychique. Elles permettent de maîtriser et repousser des émotions et représentations trop angoissantes.

Elles représentent « *une voie de figuration d'éprouvés difficiles à traiter sur la scène interne en permettant la circonscription via la douleur physique et en favorisant la représentation d'un intérieur corporel moins menaçant.* » (S. Vibert, M. de Luca, 2014, p31)

– Les angoisses corporelles archaïques

Dans le cadre de la pathologie de l'anorexie mentale, il semblerait que les représentations ainsi que l'investissement mortifère du corps permettent à la patiente de générer une attitude de protection face à des angoisses archaïques telles que la liquéfaction, l'effondrement notamment. L'angoisse d'une pénétration intrusive pourrait être ajoutée.

En reprenant le terme de « moi tuyau », il est alors possible d'envisager le possible lien entre la représentation de l'intérieur du corps et une angoisse de liquéfaction par la perte de fluides et matières corporelles due à un tuyau « mal sphinctérisé »

Johanna 16 ans : « J'ai peur de grossir et que ça ne s'arrête plus. J'ai peur de voir mes cuisses se toucher, je sais qu'elles vont finir par se toucher et j'essaie de l'accepter. »

Lorsqu'une patiente évoque une peur excessive de grossir sans limites, cela pourrait être rattaché à une angoisse de morcellement, la prise de masse illimitée pouvant laisser craindre une explosion de l'enveloppe corporelle. (J. Boutinaud, P. Chabert, 2013).

Youna 16 ans : « Je n'ai jamais fait le jeu de la bouteille j'ai peur d'aller en arrière et que les autres ne me rattrapent pas. Même seule je ne me laisse jamais tomber en arrière sur mon lit même si je sais qu'il est là j'ai peur, c'est comme s'il y avait un trou dans lequel je pouvais tomber. »

Le témoignage de Youna pourrait nous faire penser à une fragilité des enveloppes qui induirait la persistance d'une angoisse archaïque d'effondrement.

« La souffrance psychique la plus intolérable est toujours celle éprouvée par la partie infantile du soi, l'enfant en soi, voire le bébé en soi. La souffrance de l'adulte n'est jamais la plus désorganisatrice ; même si elle est violente, douloureuse, elle touche des parties matures qui peuvent utiliser des ressources adaptatives. C'est la souffrance infantile qui est la plus scandaleuse, la plus désorganisatrice, la plus insupportable » (A. Ciccone, 2008, p133).

– Un mode relationnel impacté

Le corps est l'interface par laquelle le sujet « raconte » son expérience subjective lorsque celle-ci ne peut être formulée verbalement. L'anorexie mentale étant souvent associée à des épisodes dépressifs et un mode de relation à l'autre perturbé, la posture de l'adolescente nous permet d'appréhender son état tonique et émotionnel.

La question des émotions :

En lien avec un potentiel trouble perceptif, H. BRUCH évoque le fait que les patientes pourraient présenter des perturbations de perception sensorielle, notamment intéroceptive. Ceci engendrerait des difficultés à prendre en considération leurs sensations ainsi qu'à les associer à un état émotionnel. Sont relevées également des difficultés de régulation émotionnelle, de reconnaissance de ses propres émotions et de celles d'autrui. Les désordres émotionnels liés à la pathologie sont accrus par l'ampleur des symptômes et de la dénutrition. (D. Romel ; JL. Nandrino, 2015). Ces caractéristiques liées au traitement des états émotionnels et à leur reconnaissance peuvent être regroupées sous le terme d'**alexithymie**.

Youna 16 ans : « Je n'arrive pas à dire à quelqu'un que je suis en colère contre lui et encore moins à le montrer. Quand je suis en colère je ne bouge pas, regarde le sol et me mets à pleurer. »

La posture :

Le contrôle important exercé par l'adolescente sur son corps peut engendrer une entrave à la relation à autrui. La patiente peut être amimique, se déplacer avec peu de fluidité donnant l'impression d'avoir un corps en deux dimensions et peu investi. La communication corporelle s'appauvrit. L'image du corps est abrasée donnant le sentiment que l'adolescente est en décalage avec son corps.

De plus, une dénutrition sévère ralentit les capacités cognitives ce qui vient impacter la capacité relationnelle de la patiente.

Esther 14 ans : une rigidité se dégage de l'adolescente dans ses déplacements. Lors de son début d'hospitalisation (IMC 12.5), Esther change de direction en tournant à angle droit, les trajectoires courbes sont coupées, il n'y a pas de fluidité. Ses regards sont rarement adressés. L'adolescente présente des difficultés d'intégration au groupe de patiente, sont abord laissant transparaître la symptomatologie de la maladie met à distance les adolescentes plus avancées dans leur hospitalisation.

Ici, la situation de Esther pourrait être mise en lien avec les paragraphes précédents concernant le tonus, la sensorialité, l'alexithymie. La réaction de rejet des autres patientes à la vue de sa silhouette et de ses attitudes, pourrait nous laisser faire l'hypothèse que l'agressivité projetée sur Esther qui expose le plus les caractéristiques de la symptomatologie anorexique puisse être la manifestation de l'agressivité ressentie de manière individuelle des autres patientes contre leurs propres symptômes. Les capacités de communication de Esther semblent impactées par la pathologie. Sa gestualité, son tonus sont teintés par la maladie ce qui engendrerait une réaction négative chez les autres patientes qui pourraient peut-être voir Esther comme la personne leur renvoyant l'image de leur anorexie.

- **Les éléments symptomatiques observables en lien avec l'altération de l'image du corps :**
 - Le déni de la maigreur

L'adolescente souffrant d'anorexie mentale peut montrer des signes de déni parfois massif. Cette muraille protectrice qu'elle se constitue afin de mettre à distance ses ressentis corporels par l'intellectualisation, l'ascétisme et l'hypertonie tendent à renforcer ce phénomène. La patiente peut marquer la volonté de devenir « un pur esprit » exerçant un contrôle sur son corps mais aussi l'environnement social, familial. En effet, l'éclat de la symptomatologie anorexique bouleverse la dynamique familiale. Les préoccupations s'articulent autour de la pathologie et de ses manifestations. L'adolescente occupe l'attention des objets parentaux et fait preuve via son corps des conflits latents liés aux objets d'attachement infantiles.

– Le trouble corporel dysmorphique

Le terme « dysmorphophobie » faisant référence à la phobie de la difformité du corps de manière ciblée ou non est remplacé par l'appellation «trouble corporel dysmorphique». Nous utiliserons l'abréviation BDD pour «Body Dysmorphic Disorder» employé dans le DSM-5.

Décrit pour la première fois en 1871 par E. MORSELLI, ce trouble peut se retrouver dans diverses pathologies psychiatriques dont l'anorexie mentale. Celui-ci représente un symptôme de vécus corporels éprouvants marquant une atteinte importante de l'intégrité de l'image du corps du sujet.

L'attention de l'individu est focalisée sur une partie du corps perçue comme trop volumineuse ou anormale. Les patientes atteintes d'anorexie mentale ont tendance à cibler leur attention sur les cuisses, hanches, fesses et ventre, délaissant le reste du corps. Cette vision presque clivante tend à renforcer le fait que l'adolescente va chercher à poursuivre sa perte pondérale, car la perception de son état de maigreur ne lui est pas accessible.

Le BDD peut parfois donner l'impression chez certaines patientes qu'il agit comme une seconde conscience, une voix qui serait dans leur tête.

Youna 16 ans : la dysmorphophobie me parle. Elle me dit « tu es trop grosse, ne mange pas ça ». J'essaie de ne pas l'écouter. Certains jours elle est très présente, d'autres non.

– Le rapport au temps et à l'espace

Les sous composantes de l'image du corps abrasées peuvent laisser supposer des répercussions au niveau du rapport à l'environnement, aussi bien en termes d'espace que de temps. Il est à considérer que l'impact peut être plus ou moins important selon le profil de la patiente, tout comme celle-ci peut ne présenter que peu ou pas de difficultés particulières.

Le temps :

Youna 16 ans : « Je ne supporte pas d'être en retard, ça me stresse. J'ai besoin d'organiser mes journées avec plusieurs activités. »

Ce témoignage rend compte d'un besoin de « remplir » la journée, de ne pas laisser place au vide. Les angoisses des patientes sont prégnantes et génèrent des conduites adaptatives de la part des adolescentes qui tentent par tous les moyens de les contrôler et les mettre sous silence. Il est fréquent d'observer des patientes dont les journées sont parfaitement organisées, rythmées par de l'activité physique, parfois des conduites de purge, les temps de

repas source de souffrance. Les diverses occupations possibles permettent de surinvestir la sphère psychique.

Marisol 16 ans : « je n'ai plus d'amis à l'extérieur, depuis la maladie ils se sont éloignés ».

Les patientes plongent progressivement dans une temporalité qui ne leur permet plus d'être en relation avec les autres. L'isolement des pairs peut être très important et renforcer un état dépressif. Les temps de « vide » sont parfois vécus comme étant propice à la résurgence d'angoisses.

Marisol 16 ans : « je ne supporte pas le retard, ni le mien ni celui des autres. Si quelqu'un est en retard, je vais toujours imaginer le pire et avoir beaucoup d'angoisses concernant la personne. »

Marisol est une adolescente qui montre de très fortes angoisses de morts vis-à-vis de ses parents lorsque ces derniers ne sont pas en sa présence. Cette crainte, majorée dans le cadre d'une hospitalisation, s'est déplacée vers les autres patientes. Marisol redoutant de les savoir seules, sans pouvoir vérifier d'elle-même leur état, les accompagne aux WC, reste debout dans leur chambre avec elles, demande à déjeuner en salle à manger et non en chambre, ce qui déclenche une réaction de rejet de la part des autres adolescentes.

La situation de Marisol pourrait nous faire penser à un lien particulier entretenu avec ses objets d'attachement que sont ses parents ainsi qu'un possible conflit sous-jacent traduit par une projection d'un désir de mort de l'adolescente. En lien avec le développement de sa pathologie, nous pourrions émettre l'hypothèse que la solitude, le vide, puissent être révélateurs de son angoisse. Elle adopterait alors comme mécanisme de défense, une omniprésence et une tentative de contrôle de son environnement et de ses pairs que nous retrouvons dans la symptomatologie anorexique.

L'espace :

Dans le développement, l'espace est d'abord appréhendé sur soi avant de pouvoir découvrir et explorer l'espace environnant. Il est alors possible de se questionner sur l'impact de l'altération de l'image du corps sur la perception de l'espace et la manière d'interagir avec celui-ci. En effet, s'y projeter nécessite d'avoir conscience de ses limites corporelles, or, nous l'avons vu, la question de l'enveloppe corporelle et donc de ses limites peut faire défaut chez

les adolescentes souffrant d'anorexie mentale. L'investissement de l'espace et l'appréhension des proportions peuvent parfois être altérés chez les patientes.

Youna 16 ans : « avant j'étais "bordélique", depuis la maladie, j'ai besoin que tout soit parfaitement ordonné et classé. Ce matin j'étais stressée alors je suis allée organiser le placard d'une autre patiente ».

Dans l'unité d'hospitalisation, il est fréquent d'observer que certaines patientes laissent la porte de leur chambre sans arrêt ouverte laissant la possibilité aux autres de regarder à l'intérieur ou entrer. Les adolescentes en groupe semblent peu préserver leur intimité et les espaces qui leur sont personnels. Diverses hypothèses sont possibles et à mettre en lien avec ce que la patiente peut verbaliser ou non. La chambre ne serait pas investie comme formant une enveloppe matérielle sécurisée. Il pourrait s'agir d'un besoin de contrôler et observer par la même occasion ce qu'il se passe à l'extérieur.

L'amaigrissement important modifie la connaissance initiale que l'adolescente a de son corps. Des bleus qui ne seraient pas expliqués par des conduites hyperactives pourraient questionner sur l'investissement de l'espace par l'adolescente. Il serait possible de penser à des heurts contre le mobilier du fait de la non intégration des variations de ses limites corporelles.

L'altération de la relation au temps et à l'espace est très variable d'une personne à une autre laissant de nombreuses hypothèses et observations possibles selon le profil de la patiente.

Résumé partie I

L'anorexie mentale est une pathologie qui touche majoritairement des adolescentes et jeunes adultes. Elle est considérée comme chronique au-delà de cinq ans. Son origine est multifactorielle. Les conséquences physiques et psychiques sont importantes. Le risque de décès lié à la dénutrition mais également au suicide est à prendre en considération.

Il est possible de remarquer une forte dévalorisation et une image du corps abrasée voire clivée. La symptomatologie se déclare généralement à l'adolescence, période de transition source de nombreux changements pour le sujet qui ne peut plus fonctionner comme il le faisait enfant. Ses relations, ses émotions et affects exprimés, son estime de lui-même et son image corporelle sont modifiés. Les moyens de défense dont il dispose pour faire face à ce regain de pulsionnalité et de désir ne sont pas toujours suffisants. Le corps sexualisé peut devenir anxiogène menant à des conduites extrêmes de restriction, de contrôle.

Ces variations peuvent positionner l'adolescente dans une insécurité notoire. Son corps source d'angoisses est aussi le support de l'affirmation du futur adulte. L'écart possible entre le corps pubère imaginaire et réel peut engendrer des insatisfactions corporelles. Ces éléments sont exacerbés dans la pathologie de l'anorexie mentale. L'impact de la maladie est notable sur les différentes sous composantes de l'image du corps présentée et a des répercussions sur l'interaction du sujet avec lui-même, autrui et son environnement.

II. De l'autre côté du miroir : la psychomotricité comme étayage de l'image du corps

A. Rencontre en psychomotricité :

1. Le cadre de prise en charge

« *Le cadre thérapeutique est une question fondamentale qui, en psychomotricité, va prendre une valeur toute particulière et originale, au regard d'autres spécialités thérapeutiques. Il faut donc des conditions particulières pour qu'un travail psychomoteur puisse se faire.* » (C.Potel, 2019, p358). Le cadre vient entourer, protéger, créer un espace propice aux décharges émotionnelles et pulsionnelles ainsi qu'à contenir et recevoir les expériences sensorielles et motrices. Il englobe des conditions d'espace, de matériel, de dynamique institutionnelle dans laquelle s'inscrit la prise en charge psychomotrice et une certaine temporalité.

- **Hospitalisation en accueil de jour (HDJ) :**

L'unité dédiée aux troubles des conduites alimentaires propose aux patientes un accueil de jour en accord avec leur médecin référent. L'adolescente participe à divers ateliers et groupes thérapeutiques, mange sur place et voit différents professionnels en consultations. Ceci permet un suivi de l'état de santé somatique de la patiente ainsi que son évolution dans la pathologie. La patiente peut venir plusieurs fois par semaine selon les indications et les possibilités.

- L'HDJ pré-hospitalisation

Elle permet à l'adolescente d'appréhender les lieux, et faire connaissance avec quelques soignants et patientes de l'unité. Ceci pourrait lui permettre de se représenter et se projeter dans une hospitalisation à temps complet si son parcours de soin tend vers cela.

- L’HDJ post-hospitalisation

À l’issue de leur hospitalisation, les patientes peuvent poursuivre leur suivi à l’unité. Leurs rendez-vous individuels avec les différents professionnels sont mis en place en accord avec ces derniers. Concernant les groupes thérapeutiques, l’équipe soignante propose un ou plusieurs ateliers selon les besoins et la personnalité de la patiente. Les groupes sont constitués d’adolescentes en hospitalisation à temps complet et d’HDJ post-hospitalisation.

Dans les deux cas de l’HDJ, les patientes rencontrent la psychomotricienne du service qui propose différents ateliers en coanimation avec un autre professionnel de santé.

- **Hospitalisation à temps complet (HTC) :**

- La période de séparation avec l’environnement extérieur

L’hospitalisation est décidée d’un commun accord entre le médecin, la patiente et les parents. Une période de séparation est généralement observée pour une durée d’un mois. Pendant ce temps, les parents sont reçus par le médecin afin de s’investir dans cette prise en charge. L’intérêt de cette séparation est de laisser à l’adolescente un temps où elle pourra se recentrer sur elle-même. En effet, les possibles tensions et enjeux du milieu familial, les études sont d’autant de possibilités pour l’adolescente d’éviter au maximum la confrontation avec la symptomatologie anorexique. Cette période est généralement difficile pour la patiente comme pour son entourage. Cependant elle permet également d’investir ce lieu de prise en charge et nouer de nouveaux liens au sein de l’unité en s’intégrant à un groupe.

- L’espace dédié à la patiente

L’unité dispose de huit chambres individuelles et une médicalisée réservée aux urgences. Une hospitalisation dure en moyenne trois mois. Les adolescentes arrivent généralement après plusieurs hospitalisations dans différents services avant qu’une place ne soit disponible dans l’unité.

L’adolescente a la possibilité d’investir cette chambre en amenant des éléments de décoration, en dessinant sur sa porte à la craie. La manière dont elles investissent cet espace peut nous aider à appréhender quelque peu la personnalité voire même certaines angoisses sous-jacentes de la patiente.

Alba 14 ans : « j'ai rempli ma chambre de poster, ça me rassure, ça fait comme un vide à remplir ».

Lors de cette annonce, Alba était en restriction alimentaire et hydrique importante, sondée en chambre et disait avoir très faim mais s'interdisait de manger.

Léanne 14 ans : dessine un bâton pour chaque jour qui passe et barre l'ensemble lorsqu'une semaine est passée.

Léanne est une adolescente pour qui la prise en charge est complexe, teintée d'appels à l'aide et refus de soins. Ce qu'elle affiche sur sa porte comme étant le sentiment d'être en prison laisse entendre une résistance vis-à-vis du soin mais également une forte souffrance affichée à toute personne passant devant sa porte.

– L'espace commun

Afin de favoriser les interactions entre les patientes, ces dernières ont la possibilité de se réunir comme elles le souhaitent dans leur salle commune. Elles sont responsables de son organisation et peuvent la décorer selon leurs envies. De plus, avec la pandémie mondiale de coronavirus, les patientes ont été invitées à ne pas se rassembler à plus de deux en chambre et à privilégier les échanges en salle commune, plus spacieuse.

Retrouver une dynamique de groupe et des interactions avec des personnes du même âge est important pour ces adolescentes qui ont parfois vécu des situations d'isolement liées à la pathologie.

– La sonde

Lors de la période de séparation, la patiente arrive généralement dans un état de dénutrition important et peut être en grande difficulté lorsqu'il est question de prises alimentaires. La sonde nasogastrique peut être envisagée. Outre le fait de maintenir et restaurer l'aspect nutritif, elle permet également à l'adolescente de se reposer sur celle-ci et ne pas se soucier des prises alimentaires afin de réduire un des facteurs de stress.

Cette pose de sonde est souvent appréhendée par les patientes et vécue de manière différente. Certaines parviennent à s'alimenter en même temps afin d'atteindre un poids qui

leur permettra qu'elle leur soit retirée. Pour d'autre le vécu s'avère complexe à gérer du fait du remplissage direct de l'estomac, de la vision du nombre de poche et donc de calories qu'elles vont ingérer de manière passive.

Clara 17 ans porteuse de sonde nasogastrique : « je me sens souillée »

Il est possible ici de se questionner sur la représentation de l'intérieur du corps des patientes notamment par le fait qu'elles peuvent vivre leur système digestif comme leur structure verticale interne à l'image du « moi-tuyau » évoqué par F. TUSTIN.

- Les contrats de poids

Lorsque la patiente est prête, elle peut convenir d'un contrat de poids avec son médecin. Il s'agit de baliser la période d'hospitalisation avec des points clés qui l'amèneront vers une projection sur l'extérieur. Deux étapes importantes marquent ce parcours.

Un seuil pondéral peut être décidé pour une levée partielle de séparation (LPS). La patiente peut alors disposer de son téléphone portable et de l'accès à internet deux heures par jour. Le seuil de levée complète de séparation (LCS) lui permet de garder son téléphone et sortir deux heures en « permission » dans la semaine, quatre le week-end. La LCS permet également de partir en week-end dit « administratif » qui consiste en un retour au domicile familial. L'adolescente renoue avec son mode de vie tout en ayant les appuis de l'hospitalisation notamment sur l'aspect alimentaire car la diététicienne du service conseille la famille à ce sujet-là. De plus, un accompagnement scolaire est proposé lorsque leur état somatique et leur disponibilité psychique leur permet. Ceci a souvent lieu après plusieurs semaines d'hospitalisation et permet de préparer la sortie du service.

- **La salle de psychomotricité :**

- Le lieu

Située à l'étage inférieur de l'unité, la salle de psychomotricité par son aspect ne semble pas être une pièce d'un milieu hospitalier conventionnel. Les objets présents, ludiques comme les gros ballons, confortables comme la couverture lestée mais aussi redoutés comme le miroir sont disposés.

En forme de L avec un rideau permettant de séparer la pièce en deux, la pièce offre des possibilités d'installation variées. À leur arrivée, les patientes sont invitées à se déchausser et à s'installer à l'endroit qui leur convient le mieux.

Certaines cherchent les rayons du soleil pour se réchauffer (du fait de leur maigreur les adolescentes sont plus sensibles au froid). D'autres cherchent l'appui d'un mur ou d'un angle pour s'adosser, préférant le contact dur plutôt que l'espace vide au centre de la pièce.

– La place du miroir

Chaque patiente relate un vécu différent avec le miroir. Leurs propos peuvent évoluer selon l'avancement de leur prise en charge. Souvenons-nous du témoignage de Esther disant qu'elle se voit tantôt « maigre » tantôt « difforme ». Le miroir revêt à la fois la qualité de « mauvais objet », source d'angoisses mais également de « bon objet » lorsque celui-ci permet au symptôme anorexique de prendre sa place par le biais de la contemplation de la maigreur.

Dans la salle de psychomotricité, le miroir est masqué derrière un rideau. Les patientes savent qu'il est là mais ne demandent pas à ce qu'il soit mis au jour. L'image du corps ne se résume pas à ce que nous voyons de notre reflet comme nous avons pu le décrire précédemment, c'est pourquoi le miroir, bien que présent ne possède pas une place au premier rang dans cette salle

2. Entretien et bilan en psychomotricité

• **Entretien :**

Les patientes sont rencontrées lorsque leur disponibilité physique et psychique le leur permet. Ceci nécessite parfois plusieurs semaines selon l'état somatique dans lequel elles se trouvent. Avant de commencer les séances individuelles en psychomotricité, un entretien est proposé dans une salle de consultation de l'unité qui a une valeur de neutralité, d'espace intermédiaire.

Celui-ci a pour but d'initier l'alliance thérapeutique avec la patiente. Diverses informations sont recueillies et un potentiel bilan en psychomotricité est évoqué. Les loisirs, le sport sont autant d'éléments pouvant être abordés afin d'une part de personnaliser notre approche et propositions selon les goûts de la patiente et d'autre part, faire le lien avec la présence ou non d'hyperactivité et perfectionnisme selon ce que l'adolescente peut évoquer de son quotidien

hors hospitalisation. Cette séance préalable au bilan permet à l'adolescente d'anticiper le prochain rendez-vous, marquer sa semaine d'un certain rythme par des moments définis.

- **Bilan psychomoteur :**

Le bilan permet au psychomotricien d'appréhender les capacités et zones de fragilités d'un patient à un moment donné. Il n'a pas pour vocation de figer les observations mais au contraire de rendre compte d'une potentielle évolution après des mois ou années de prise en charge. Les grandes notions de la psychomotricité sont abordées, qu'il s'agisse de l'espace, du temps ou de l'image du corps. L'observation clinique peut être étayée par l'utilisation de tests standardisés où les résultats sont comparés à ceux d'un étalonnage et à des observations plus cliniques.

Le bilan est à adapter selon la patientèle rencontrée. La psychomotricienne Odile Gaucher-Hamoudi a publié un ouvrage concernant un exemple de bilan psychomoteur (O.Gaucher-Hamoudi, 2011) pouvant être proposé à une population souffrant d'anorexie mentale. Celui-ci se compose de cinq grandes parties. (Annexe 1).

Grands axes du bilan de O.Gaucher-Hamoudi :

1	Organisation temporelle
2	Organisation spatiale
3	Schéma corporel
4	Corps en communication
5	Somatisations

L'appréciation de l'altération de l'image du corps d'une patiente n'est pas évaluée via une épreuve spécifique. En prenant en considération la théorie composite de l'image du corps, nous pouvons à l'aide de ce bilan, rassembler divers éléments pouvant nous renseigner sur ce qu'il en est pour la patiente.

En effet, l'image du corps d'un individu a un impact sur son rapport à l'espace et au temps tout comme ces derniers sont des facteurs de sa structuration. Le tonus, les compétences communicationnelles ainsi que les verbalisations de la patiente seront des éléments importants à observer. Ceci est permis par le bilan.

Chez les patientes souffrant d'anorexie mentale, le schéma corporel est généralement intact mais on remarque une image corporelle abrasée, entravée, qui vient interférer négativement entre la patiente et le monde.

– Le temps

1) Afin d'appréhender le rapport au temps subjectif, il est possible d'interroger la patiente sur le rapport qu'elle a avec ce dernier. Ceci permet de manière indirecte d'apprécier le degré d'hyperactivité de l'adolescente.

Trouve-t-elle que le temps passe vite ou au contraire de manière lente ?

Est-elle souvent en retard ?

Est-elle plutôt organisée au quotidien ?

Quel rapport a-t-elle à l'ennui ?

2) Sur la même idée, il est proposé de citer quatre actions quotidiennes avec leurs heures précises. Ici, certaines patientes vont décrire l'intégralité d'une journée bien remplie afin de n'omettre aucun détail, oubliant une partie de la consigne. D'autres, peuvent montrer une attention focalisée sur les repères temporels liés aux prises alimentaires

Esther 14 ans : « à 8h je déjeune ; ensuite à midi je mange ; à 16h je prends un thé avec les autres patientes ; puis à 19h on mange encore ».

3) L'hyperactivité peut influencer sur le rapport au temps des patientes notamment pour ce qui est de leurs déplacements dans l'espace. Il leur est alors demandé de se déplacer dans un premier temps dans la salle à un rythme qui leur convient. Ceci permet d'observer le tonus d'action, le ballant des bras et d'éventuelles réactions de prestance. Puis, plusieurs rythmes (standard, lent et rapide) sont produits en claquant des mains, les adolescentes ont pour consigne de se déplacer dans la salle au rythme des frappes. Suite à la proposition, elles sont invitées à nommer les différentes cadences qu'elles ont effectué. Il est possible de questionner les patientes si pour elles cette épreuve est simple ou non et quel rythme leur est le plus confortable

Esther 14 ans : « alors le rythme était : lent, très lent et moyen. J'aurais aimé aller plus vite ».

Youna 16 ans : « Le rythme était normal, lent et rapide, j'ai trouvé ça simple ».

Pour cette patiente, après la passation des trois rythmes de base, quatre autres lui ont été proposés afin d'observer son adaptation aux changements. Youna a montré une désorganisation progressive. Les premiers temps, elle faisait correspondre son pas au frappé, puis, elle ne modifiait pas son allure malgré les variations de tempi. Lors des dernières propositions, qu'elles soient lentes ou rapides, Youna marchait dans les silences et modifiait peu son allure ou manquait plusieurs frappés.

Esther est une patiente dont l'hyperactivité est marquée dans le service ainsi qu'en séance. Elle ne peut s'asseoir. L'immobilité est très mal vécue, elle marche sur place lorsqu'elle doit rester statique. Son hyperactivité constante pourrait marquer l'altération de son rapport au temps du fait de cet envahissement.

Le cas de Youna qui ne différencie pas toujours les changements de rythme et ne parvient pas à se déplacer sur une certaine cadence peut questionner sur la structuration temporelle et la gestion de l'attente, de la durée.

– L'espace

1) L'occupation de l'espace de la salle de psychomotricité fait partie des éléments à observer au cours du bilan.

Comment la patiente se déplace-t-elle ?

Ajuste-t-elle la distance interpersonnelle ?

Présente-t-elle une éviction particulière de certaines zones et si oui pourquoi ?

Se dit-elle maladroitement au quotidien ?

2) Transposition d'un trajet dans la salle

Pour s'orienter dans l'espace, notre corps nous sert de repère, notamment grâce à notre axe corporel qui nous permet de discerner la droite de la gauche, le plan frontal et dorsal. Se représenter l'espace environnant nécessite d'avoir pu appréhender et expérimenter par ses mouvements les différents plans de l'espace ainsi que les rapports d'objets entre eux. Reproduire le plan de la salle avec les différentes ouvertures peut être proposé à la patiente.

Les proportions des meubles et de l'espace général du centre de la pièce peuvent évoquer « l'effet de vide ou de remplissage de la représentation graphique dans une projection de l'image du corps » (O.Gaucher-Hamoudi, 2011, p 57). Une production graphique de petite

taille pourrait laisser entrevoir une forme d'inhibition de la patiente. La faible délimitation des cloisons, voire leur absence, dans cette idée de « projection », laisserait paraître un sentiment de faible délimitation du Moi.

Marisol 16 ans : la patiente prend un meuble comme référentiel et construit son schéma à partir de celui-ci. Elle ne peut se situer dans la pièce sur ce plan qu'à l'aide de repère spatiaux donnés par la psychomotricienne. Après trois tentatives essai/erreur, l'adolescente parvient à réaliser le schéma dont les proportions sont plutôt cohérentes.

Ici, il est possible de s'interroger sur les limites du Moi de Marisol qui ne s'appuie pas sur ses propres repères corporels pour s'orienter et se situer dans la pièce.

Une fois les repères de la salle signifiés sur le schéma, un tracé est réalisé. La patiente est invitée à transposer ce parcours dans la pièce en respectant les distances et orientations indiquées par le plan. La plupart des patientes rencontrées ont réussi cet item. Leur particularité se trouvait plutôt dans la manière de se déplacer, donnant l'impression pour certaines d'être en deux dimensions, sans fluidité de mouvement, négligeant les plans médian et sagittal.

- Le schéma corporel

Généralement intégré, il est appréhendé en évaluant la latéralité, l'imitation de postures, la reproduction d'un enchaînement de gestes non signifiants, les coordinations faciales, la somatognosie (par monstration et nomination sur soi et autrui, par la sensibilité via le dépôt de sacs lestés sur différentes zones corporelles).

- L'image du corps et les représentations corporelles

Seul le dessin d'une personne est proposé dans le bilan d'O.GAUCHER-HAMOUDI. Il permet d'ouvrir la discussion avec les patientes concernant le rapport à leur propre corps car elles projettent souvent leurs craintes et préoccupations via le graphisme.

Youna 16 ans (antécédent d'obésité) : dessine plusieurs silhouettes allant de la maigreur à l'obésité. Il n'y a pas de tête. Certaines zones sont coloriées d'une couleur qui indique en légende si cette celle-ci correspond à quelque chose qu'elle n'aime pas beaucoup, qu'elle déteste, qu'elle ne veut pas avoir.

« La poitrine et les fesses j'ai mis que je n'en voulais pas car avant j'en avais beaucoup quand j'étais en surpoids. Mon ventre et les cuisses je ne les aime pas du tout, mes bras je ne les aime pas trop. Le buste je m'en fiche un peu je n'ai jamais fait attention à ça là-bas (fait un geste de mise à distance avec le bras en partant du buste). J'aime bien mes cils, mon sourire et mes cheveux. Je n'ai pas dessiné de visage sur les corps car je n'aime pas mélanger ce que j'aime bien avec quelque chose que je n'aime pas. »

– Tonus

1) Le tonus s'observe tout au long du bilan à la manière dont nous apparaît la patiente dans sa posture, ses déplacements.

2) Le test du ballant / extensibilité/ résistance à la poussée

Cet item permet entre autres d'appréhender la possible hypertonie générale de la patiente pouvant donner l'impression que peu de mouvements et de fluidité sont autorisés. Cette partie du bilan implique que soignant et soignée entrent en contact physique. Observe-t-on des réactions de prudence de la part de la patiente telles que des sursauts ou rires ? La patiente a-t-elle accès à la détente et au relâchement lors des mobilisations passives ?

Youna 16 ans à la question « comment vous sentez-vous suite à cette expérience ? » : Je ne sais pas c'est bizarre. Ce n'est pas facile de confier une partie de son corps.

Cette adolescente présente des possibilités d'apaisement et de détente par moment suivies de reprises toniques importantes notamment lors de la mobilisation passive du membre inférieur qui représente pour elle une source de préoccupation majeure.

D'autres cas peuvent laisser transparaître une apparente détente globale qui peut parfois questionner lorsque qu'une hypertonie a été observée avant. Est-ce un état de détente réel ou la patiente procède-t-elle à une forme d'abandon de son corps ?

– Les compétences communicationnelles du corps

Il s'agit ici de prendre en compte la potentielle alexithymie dont peut faire preuve la patiente.

1) Une fiche avec différents personnages exprimant chacun une émotion différente est présentée (similaire au test présent dans la NEPSY II), la patiente doit alors nommer les émotions.

2) Puis, il peut lui être proposé de mimer les principales émotions. Certaines patientes peuvent présenter des difficultés notamment si elles tentent de contrôler et réprimer leurs émotions tout en exécutant la consigne.

3) Le mime

La créativité est mobilisée. Les mimes choisis peuvent, à l'image du dessin d'une personne, rendre compte de situations vécues par la patiente comme mimer une dispute ou manger en ressentant de la tristesse. Ce jeu de postures laisse entrevoir la spontanéité de l'adolescente, sa manière d'investir l'espace et le temps qu'elle prend pour le réaliser.

Les patientes souffrant d'anorexie mentale ont généralement des capacités opérantes concernant les actions opératoires mais se retrouvent en difficulté lorsqu'il s'agit du corps en relation, de la mise en jeu des affects.

– Les Représentations corporelles, un test intéressant : le questionnaire de Moyano

(Annexe 2)

Ce test est intéressant dans la mesure où il permet d'accompagner la patiente à verbaliser certains ressentis mais également de comprendre sa perception qu'elle a du corps. Il est fréquent d'observer l'énumération d'actions sportives à la question « *que peut-on faire avec son corps ?* ». Le corps est un instrument fonctionnel, malmené, oublié et poussé à ses limites les plus extrêmes.

L'intérieur du corps est parfois décrit comme composé uniquement de l'appareil digestif, de graisse, d'organes. Les os, et les muscles ne sont pas toujours cités ce qui fait lien avec ce sentiment d'axe vertical interne que représente l'appareil digestif, le squelette n'est plus perçu comme une structure solide.

L'extérieur du corps est souvent considéré avec une focalisation exacerbée sur certaines zones corporelles.

B. De la médiation à la symbolisation :

« *La médiation est ce qui sert d'intermédiaire entre soi et l'autre* » (C.Potel, 2019, p 401).

Elle est ce qui permet de concrétiser l'espace intermédiaire entre soignant et soigné ou entre les membres d'un groupe. Quelle que soit la proposition de médiation, celle-ci, grâce au réel investissement du psychomotricien et du patient permet de mettre en place les éléments nécessaires à la symbolisation. Cette même médiation employée dans un contexte autre que thérapeutique n'aurait pas la même portée du fait de l'absence de cadre thérapeutique et d'implication professionnelle du soignant. Elle ne fait pas office de prétexte à la relation. L'engagement est total : corporel, émotionnel, psychique.

Or, comme nous avons pu l'aborder, la période adolescente est elle-même déjà source de variations physiques et psychiques impliquant la nécessité de prise en compte des modifications de l'image du corps. Les sensations et leur intégration sont à la base de la symbolisation primaire permettant la représentation des choses. Par la suite, des stades plus élaborés sont possibles par la symbolisation secondaire qui fait référence à la capacité de mettre en mots ces représentations.

Les patientes souffrant d'anorexie mentale sont dans une situation où leur pathologie vient entraver ces différentes sphères rendant la symbolisation moins accessible, comme figée à un stade régressif, et ce, de manière transitoire. Il leur est alors d'autant plus complexe d'appréhender les modifications corporelles. C'est pourquoi, différentes médiations peuvent leur être proposées au regard de la théorie composite de l'image du corps de E. PIREYRE et des connaissances que nous avons concernant la pathologie avec ses conséquences pour le sujet.

C. POTELE décrit trois principaux objectifs d'une médiation. Celle-ci doit permettre les **expérimentations corporelles** en passant par le canal des sensations et perceptions. Chez les patientes souffrant d'anorexie mentale, cette boucle : sensation – perceptions – représentations est altérée, rendant les capacités de symbolisation parfois peu efficaces. Elle doit également favoriser la **mise en jeu corporelle et la relation** par le biais d'un canal expressif particulier. Enfin, elle doit **soutenir la mentalisation et la représentation des éprouvés corporels**.

Les actions motrices des patientes souffrant d'anorexie mentale peuvent revêtir un aspect symptomatique en lien avec une hyperactivité, une mise à distance de son propre corps et ressentis. Pour pallier l'angoisse, les patientes se veulent omnipotentes, contrôlant l'ensemble de leur environnement. Autrui est soumis au même traitement, la rencontre et la communication en sont impactées.

Ainsi, initier une proposition autour du mouvement peut être un levier dans l'accompagnement des troubles de l'image du corps. En effet, il s'agit de renouer avec ses propres expériences corporelles, en découvrir de nouvelles et cela, dans un cadre adapté. Ici le mouvement n'est pas associé à une quelconque hyperactivité. Il est néanmoins nécessaire de prendre en considération l'état somatique de la patiente. Une personne trop dénutrie ne pourrait pas participer à la proposition. Prenons quelques exemples de médiations pouvant être réalisées avec un groupe de patientes. Il est à noter que les mêmes propositions sont réalisables en séance individuelle en adaptant le contenu.

1. La médiation par le mouvement

- **La danse thérapie :**

« *Danser, c'est mettre en œuvre le mouvement en dehors d'une finalité instrumentale* » (B. Lesage, 2009, p12).

Comme nous avons pu le décrire plus haut, les patientes souffrant d'anorexie mentale présentent généralement des aptitudes instrumentales opérantes mais se voient en difficulté lorsqu'il s'agit de mouvement à portée communicative, affective, symbolique. Ainsi, une proposition autour du mouvement dansé est une approche intéressante pour plusieurs aspects concernant l'image du corps :

- stimulation des récepteurs sensoriels
- modulation du tonus
- communication non verbale avec les autres membres du groupe
- rapport au temps et à l'espace

« *Les représentations que nous produisons constamment naissent des éprouvés corporels, ce qui dépasse largement les limites du corps puisque nous intégrons aussi les interactions avec ce qui nous entoure, avec une attention toute particulière à nos congénères. Les états corporels fluctuent en permanence, et nous maintenons cependant une continuité.* » (B. Lesage, 2021, p 335).

Vivre l'instant présent, stopper cette course à l'hyperactivité physique et psychique le temps d'un atelier, retrouver de la fluidité dans sa gestualité et s'autoriser à expérimenter des éprouvés corporels sont les éléments pouvant être porteurs dans une proposition d'atelier, notamment dans une unité d'hospitalisation.

B. LESAGE (qui propose des formations en danse thérapie et auteur d'ouvrages portant sur le sujet) évoque le fait que le danseur ne peut se mettre à distance de sa réalisation. Il s'agit de se vivre et se mouvoir. Ceci implique les différents éléments anatomiques et physiologiques en lien avec l'image du corps que nous avons pu développer plus haut. La gestualité apporte une qualité de présence par son aspect sensoriel, ludique, relationnel qui permet d'aborder des notions pouvant être bridées dans la pathologie de l'anorexie mentale. Les mouvements des patientes paraissent être souvent dans le même plan, avec un registre limité, sans volumes, rigides, à l'image de Marisol, notre patiente qui se déplace très droite sans réaliser des courbes dans l'espace et marchant à angle droits. Cette recherche d'expressivité a également pour but de favoriser le déploiement d'un registre gestuel et aller de plus en plus vers la réalisation de mouvements volumineux, d'enroulement, en lien avec le reste du groupe.

Régime psychocorporel	Chaîne musculaire	Présence	Identification
Centration/ancrage	Antéro-médiane	Sensorielle	Je sens donc je suis
Confrontation	Postéro-médiane	Rationnelle	J'agis donc je suis
Axialité	Postéro-antérieure	Intuitive	Je suis
Écllosion/dynamique	Antéro-postérieur	Ludique	Je joue, je m'adapte donc je suis
Préservation/recueillement	Antéro-latérale	Rythme relationnel intro/extraversion	Je communique donc je suis
Expansion/contact	Postéro-latérale		

Tableau issu du livre : *La danse dans le processus thérapeutique* par B. LESAGE, 2009, p 59

Les mouvements dansés faisant référence au « régime psychocorporel » mobilisent la gestualité des patientes, leur relation à elle-même mais aussi aux autres notamment avec la « confrontation » par laquelle l'ajustement mutuel peut avoir lieu et où chaque individu affirme sa singularité à sa manière. De plus, chaque mouvement est rendu possible par les chaînes musculaires spécifiques et favorise ainsi la prise en considération de son tonus, sa sensorialité. Les déplacements et différents positionnements du corps dans l'espace dans le cadre d'une médiation thérapeutique viennent chercher aussi bien la créativité et par conséquent la singularité de chacune mais aussi le lien à autrui, le jeu, les sens. C'est pourquoi une médiation danse peut être un vecteur d'accompagnement de l'altération de l'image du corps des patientes anorexiques car elle aborde les principales notions de la théorie composite de E. PIREYRE.

- **Le théâtre :**

A travers la médiation théâtrale, nous pouvons alors penser à la capacité de mimer, exprimer des émotions diverses qui peut être entravée dans la pathologie de l'anorexie mentale : l'alexithymie. Le médium mobilise comme la danse thérapie la sensorialité, la gestualité, la communication. La scène possède elle-même une propriété contenant faisant office d'enveloppe dans l'enveloppe déjà constituée par le groupe et le cadre thérapeutique. (T. Guénoun, 2016).

Le groupe d'adolescentes permet la constitution d'un « appareil psychique groupal » favorisant la symbolisation primaire selon D. ANZIEU. La médiation théâtre permet l'expression individuelle tout en contenant les angoisses et en les mettant en jeu de manière détournée. « *Celui qui joue fait résonner ce qu'il joue dans son corps, par ses moyens d'expression propres jusqu'à en donner une représentation spectaculaire devant les spectateurs* » (T. Guénoun, 2016, p 122).

2. Une approche sensorielle en atelier thérapeutique

- **Présentation de l'atelier « je(u) en formes » :**

- Le cadre de l'atelier

Le même jour, au même horaire, dans la salle dédiée. Trois soignants sont présents. La psychomotricienne du service a pour rôle de porter l'atelier et les propositions en s'occupant du déroulé de la séance. Le binôme de soignants peut être changeant selon le roulement des plannings. Cependant, leur place dans l'atelier, quelque que soit la personne disponible sera pour l'un d'être « joueur » au même titre que les patientes tandis que l'autre sera « l'observateur écrivant ».

- Le groupe de patiente

Ici se rencontrent les patientes en HTC et celles en HDJ. Il s'agit donc d'un groupe ouvert puisque sa constitution change chaque semaine. Le groupe de patientes en hospitalisation à temps complet est scindé en deux afin que chaque demi-groupe participe une fois sur deux à l'atelier. Les adolescentes en HDJ viennent selon le parcours de soin qui a été pensé pour elles.

Cet atelier par le biais de différents médiateurs plastiques, qu'il s'agisse d'argile, de peinture ou autre, a pour vocation de **favoriser une expérience sensorielle, la surprise, le lâcher prise dans un cadre thérapeutique contenant**. L'esthétisme n'est pas l'objectif des propositions mais plutôt un laisser-aller des exigences envers ses productions. Cet élément est souvent notifié aux patientes qui présentent généralement un perfectionnisme important et cherchent à se conformer à ce qu'elles pensent avoir perçu des "attentes" de cet atelier qu'elles découvrent.

Les manipulations des différents médiateurs plastiques ont pour intérêt de **mobiliser les traces perceptives d'expériences sensorielles** (prémices de la symbolisation) vécues à un stade de développement antérieur. Par son attitude, son investissement ou non de la proposition, la patiente nous transmet de manière indirecte son vécu psychique par projection sur un support matériel. Les différents médiateurs employés ont la qualité d'être « malléables », nous utiliserons alors le terme de « médium malléable ».

La qualité sensorielle du médium et la façon dont le sujet va s'en saisir ou non « *renvoient à une inscription des premières expériences de la relation à l'objet, expériences d'ordre sensoriel et affectif* » (A. Brun, 2014, p 439). Le médium selon M. MILNER représente tant le matériel et la matière utilisés que le thérapeute. Ainsi, le médiateur à lui seul ne suffit pas pour proposer une médiation thérapeutique, il doit s'inscrire dans un cadre particulier comme pour cet atelier proposé à l'UTCA.

Ainsi, l'approche par une médiation favorisant l'activité de symbolisation renvoie à la notion de « **signifiant formel** » développée par D. ANZIEU, « formel » faisant référence à la « forme ». Il s'agit de toutes les sensations internes, qu'elles soient coenesthésiques, posturales, d'équilibration, proprioceptives... les signifiants formels « *renvoient à des proto-représentations de l'espace et à des états du corps ; ce sont des représentations des configurations du corps et des objets dans l'espace, ainsi que de leurs mouvements. En définitive, il s'agit de représentations d'enveloppes et de contenants psychiques* ». (A. Brun, 2014, p 449).

Ainsi, par cet atelier, les patientes peuvent d'une part attester de leurs angoisses et préoccupations de manière non verbale, s'essayer à s'autoriser une forme de plaisir mais également mobiliser leurs perceptions et représentations d'enveloppes. Cette médiation plastique s'intéresse donc à des composantes de l'image du corps et de la problématique de la pathologie de manière ludique.

« *Au travers des activités ludiques, c'est toute l'expression du corps et sa fonctionnalité qui se déploient au service d'une maturation et d'une construction "d'être soi"* ». (C. Potel, 2019, p 405).

– Les patientes et les médiateurs

Prenons l'exemple d'une des propositions de cet atelier : « peinture peau », qui consiste à choisir une ou plusieurs parties du corps et différents objets pour peindre avec une matière adaptée pour la peau. Les réactions sont diverses parmi les patientes.

Clara 17 ans, patiente en HTC : Clara verbalise le fait de ne pas aimer être touchée mais dit à son binôme de choisir où elle veut peindre. Clara semble se mettre à distance de la situation et de son corps. Invitée à choisir elle-même si elle souhaite réaliser la proposition ou non, elle finit par choisir sa main. Clara tourne la tête et ne regarde pas son binôme lui peindre la main. « Je ne veux pas voir, c'est comme les prises de sang, je préfère ne pas regarder ». Elle ferme les yeux et adopte une posture en enroulement.

Le toucher semble perçu comme intrusif pour cette patiente ce qui questionne sur son vécu. Elle semble se mettre à distance de sensations désagréables pour elle, montrant une forme d'abandon de la partie concernée.

Chloé 16 ans, patiente en HTC : Chloé peint le tatouage de son binôme. « Ça m'a canalisé, j'étais concentrée à remplir les vides, ça m'a aidé, sinon seule je ne sais pas peindre ».

Par ses verbalisations, nous pourrions penser à un besoin de contenance, de « vide à remplir » que nous retrouvons souvent dans la pathologie de l'anorexie mentale.

Prenons à présent un exemple de proposition où les sensations sont procurées par la gestualité de la patiente et non par le fait qu'une autre personne vienne stimuler les récepteurs tactiles de son binôme. Le « jeu de l'arène » : les participantes sont par deux et disposent d'une grande feuille. Elles sont invitées à tracer un grand cercle représentant l'arène. Elles choisissent ensuite une craie grasse et viennent affronter leur binôme, craie contre craie, en essayant de le faire sortir du cercle. La seconde partie de l'atelier consiste à transformer les tracés laissés en autre chose, créer, raconter une histoire.

Cette proposition permet la rencontre avec l'autre, entrer en communication, ressentir le tonus de son binôme, s'affirmer, jouer. La partie plus créative mobilise l'imagination.

Youna 16 ans, patiente en HTC : Youna n'apprécie pas de se salir les mains et le mentionne pendant les ateliers. Cette fois, prise par le jeu, elle en oubliera de faire attention à ne pas se tâcher et se surprendra à rire avec sa partenaire. Lors de la transformation des tracés, elle proposera à son binôme de réaliser une assiette avec différents aliments disposés dessus.

Dans cette situation, la patiente expose ses angoisses sur le papier, ce dont elle fait difficilement part aux soignants de manière verbale habituellement.

– Les notions importantes

Il serait possible de citer une multitude de médiations diverses et variées potentiellement intéressantes pour un accompagnement d'une population adolescente souffrant d'anorexie mentale. L'abord de cette vaste notion qu'est « l'image du corps » en lien avec cette pathologie en se basant sur la théorie composite nous permet d'élaborer la prise en charge psychomotrice.

En effet, le psychomotricien pourra en premier lieu penser le cadre thérapeutique de prise en charge. La sensorialité, la mise en jeu corporelle qui permet de mobiliser des éprouvés corporels anciens ou nouveaux, la relation à l'autre, à soi, sont autant d'éléments qui pris en compte dans la médiation peuvent accompagner la patiente dans son trouble. La question des enveloppes, notamment psychique peut se présenter grâce à la qualité du groupe thérapeutique. Il est d'ailleurs intéressant de considérer le fait que grâce au groupe, l'adolescente puisse préserver son unité, identité et aborder la question douloureuse de l'image du corps de manière indirecte (selon son point de vue) en présence des autres avec leurs propres problématiques.

Nous avons essentiellement abordé la prise en charge psychomotrice à travers des propositions groupales. Les séances individuelles permettent à l'adolescente de bénéficier d'un espace propre. Les propositions sont pensées de la même manière en les adaptant à une relation soignant/ soigné.

Mobiliser la symbolisation primaire et amener à l'élaboration de représentations, s'autoriser du plaisir, l'expressivité et la relation à autrui sont des éléments faisant office de fil conducteur dans la prise en charge psychomotrice d'une population souffrant d'anorexie mentale. L'aspect verbal n'est pas à négligé pour autant, bien au contraire. La mise en mot et l'expression des ressentis individuels qu'ils soient en début, fin de séance ou les deux sont porteurs. « *Dans ce travail profondément psychomoteur, les mots viennent lier les sensations et les éprouvés à des émotions et des affects, afin que des processus de symbolisation plus secondarisés puissent prendre le relais des processus plus primitifs* » (C. Potel, 2019, p 404).

Résumé partie II

Il n'existe pas de bilan propre à l'image du corps. Cependant, la théorie composite de cette notion nous permet de mettre en lien les différents items pouvant être réalisés lors d'un bilan psychomoteur comme : le tonus, la question des enveloppes, le corps en communication, les représentations corporelles (dont l'intérieur du corps). La sensorialité est abordée dans différents items. Observer le rapport particulier et subjectif de la patiente à l'espace et au temps nous permet de mieux comprendre sa problématique car ces notions sont étroitement liées à l'image du corps.

Concernant la prise en charge en psychomotricité, la question du cadre thérapeutique est très importante car elle permet de mettre en place un aspect contenant et sécurisant, propice aux expériences corporelles et à l'élaboration psychique. Les médiations à valeur expressive, sensorielles, en mouvement sont propices à un accompagnement du trouble de l'image corporelle en mobilisant les différences composantes de cette dernière. Le temps de verbalisation des ressentis et émotions font également partie du processus de prise en charge.

Cependant, l'abord de ce trouble nécessite du temps, de la répétition et de la variation dans les propositions. Le lieu de prise en charge sera plus ou moins propice à cet étirement dans le temps des séances pour permettre une intégration au niveau corporel et psychique des expériences.

III. Johanna

A. Histoire de vie :

1. Anamnèse et historique du trouble

- **Anamnèse :**

Johanna est une adolescente de seize ans souffrant de trouble des conduites alimentaires. Je la rencontre dans l'unité dédiée à ce trouble (UTCA). Elle se présente spontanément lors de mon arrivée dans le service. Je devine un sourire caché derrière son masque chirurgical. Son profil attire mon attention au milieu du groupe d'adolescentes souffrant de la même pathologie. Johanna semble à la fois joyeuse et spontanée par moments mais aussi réservée et timide.

A mon arrivée, la patiente a signé un contrat de poids avec son médecin indiquant un seuil à atteindre pour obtenir une levée partielle de séparation (LPS). Ainsi, lorsque je la rencontre dans l'institution, Johanna n'a pas encore atteint son poids de LPS, elle ne communique pas avec l'extérieur.

Les rencontres avec Johanna se feront toujours le même jour, une fois par semaine. Je participe à un atelier en groupe organisé par la psychomotricienne. Johanna y est présente une semaine sur deux. Je la retrouve également en fin de journée pour sa séance hebdomadaire de psychomotricité. Ma position sera celle de « l'observateur » lors des ateliers en groupe. Pendant les séances individuelles je pourrai être observatrice et/ou actrice selon les propositions.

Il est également important de noter que le jeudi est le jour de la pesée hebdomadaire des patientes. Cela génère beaucoup d'angoisses pour les adolescentes. En effet les décisions pluridisciplinaires sont prises à la suite des pesées concernant l'évolution du parcours de soin des patientes : en rapport avec les contrats de poids, l'éventuelle nécessité d'une pose de sonde nasogastrique, la préparation d'un week-end administratif ou de la fin de l'hospitalisation complète.

- **Environnement familial :**

D'après le dossier de Johanna, le déroulement de la grossesse et de la prime enfance semble s'être réalisé sans encombre.

Johanna est actuellement en classe de seconde. Ses parents sont divorcés depuis quatre ans. Il existe de fortes tensions entre eux ce qui est source d'anxiété pour l'adolescente. Un système de garde alternée a été mis en place. Elle vit au domicile de la mère et se rend chez son père deux week-ends par mois.

Elle est la seconde d'une fratrie de six enfants. Sa mère vit avec un nouveau compagnon depuis un an. Johanna s'entend bien avec lui. Elle décrit une relation compliquée avec son père du fait d'incompréhensions mutuelles et de non-dits.

Johanna dit ne pas avoir de loisirs particuliers mais apprécie la lecture. Elle est bonne élève et décrite comme étant très perfectionniste.

2. Historique du trouble

- **Apparition des symptômes :**

Son trouble des conduites alimentaires a débuté en classe de 4^{ème}. Cela s'est manifesté par des restrictions le midi au self. Johanna consommait alors uniquement du pain et de l'eau dans l'objectif d'une perte pondérale suite à des remarques désobligeantes reçues vis-à-vis de sa morphologie. L'adolescente confie se trouver « grosse » depuis l'école primaire. Son comportement de restriction s'étend à la sphère familiale, où, lors des repas, elle veille à ne pas ingérer de féculents ni d'aliments considérés comme trop caloriques.

Les parents se rendent compte du changement d'attitude de leur fille et cela génère de nombreuses disputes au sein du couple. Johanna arrête d'elle-même les restrictions après un mois et demi.

D'autres symptômes vont se manifester en classe de 3^{ème} : l'hyperactivité motrice et les pensées obsessionnelles.

- **Diagnostic :**

Le diagnostic d'anorexie mentale est posé en mars 2020 par un psychiatre. Un suivi avec un psychologue est indiqué mais ne pourra pas avoir lieu de manière continue à cause du confinement lié à la pandémie mondiale de coronavirus. Le poids minimum atteint par Johanna est de 30kg pour 155cm représentant un indice de masse corporelle (IMC) de 12.5. La valeur classiquement indiquée pour un état de bonne santé est supérieure à 18.

(A noter qu'il faut prendre en considération les facteurs génétiques propres à chacun, le sexe, l'âge et le mode de vie. Il s'agit d'une mesure indicative pour laquelle un écart très important à la norme peut alerter).

- **Prise en charge du corps médical :**

Johanna est hospitalisée en pédiatrie générale de septembre à décembre 2020 soit quatre mois. Elle est ensuite transférée dans un service de psychiatrie de décembre 2020 à mai 2021 soit cinq mois. Elle commence un suivi en accueil de jour dans l'unité dédiée aux troubles des conduites alimentaires, et cela à partir de janvier 2021.

Elle sera à nouveau hospitalisée trois mois après la fin de sa prise en charge en unité psychiatrique suite à une perte de 9kg en trois mois. Elle entre donc à l'UTCA dans laquelle je vais la rencontrer en août 2021.

.....

Parcours de soin de Johanna de décembre 2020 à décembre 2021 :



.....

A son arrivée au centre, les différents bilans pluridisciplinaires rendent compte d'un profil psychologique présentant un envahissement obsessionnel avec une restriction cognitive et affective.

La patiente est asthénique. Elle a stoppé elle-même toute médication pendant la période hors hospitalisation (arrêt antidépresseur et anxiolytique). Elle accepte de prendre une supplémentation en vitamines et éléments essentiels une fois au centre et a la possibilité de prendre du Valium (équivalent au diazépam appartenant à la famille des Benzodiazépines) en cas de besoin.

B. Prise en charge en psychomotricité :

1. Entretien et bilan psychomoteur

Je ne suis pas présente lors de la première séance de bilan, mon stage n'ayant pas encore commencé. Johanna a été vue en entretien au préalable par la psychomotricienne dans la salle de consultation. A ce moment-là, la patiente porte une sonde nasogastrique. Celle-ci sera retirée pour la seconde séance de bilan.

- **Schéma corporel :**

- latéralité : orientation sur soi ; sur autrui, positionnement d'objets entre eux : Fonction opérante.

- reproduction gestuelle, imitation de postures en statique et dynamique : pas de difficultés particulières.

- dessin d'une personne : Dessine une personne dont les traits de féminité sont absents. Johanna trace un buste large et rectangulaire, des jambes larges également et indique que c'est comme ça qu'elle perçoit les siennes. La personne n'a pas de cheveux, son visage est souriant.

- somatognosie : fonction opérante.

- Sensibilité avec sacs lestés : Cette proposition est réalisée en fin de bilan et permet d'appréhender, au-delà de la somatognosie et de la sensibilité tactile de Johanna, son rapport au toucher. Son accord lui a été demandé au préalable. Avant de s'allonger, la patiente prend le temps de manipuler et commenter les particularités sensorielles des différents sacs lestés. Certains sont plus lourds que d'autres et avec un tissu différent. Une fois allongée, les sacs sont posés un à un sur les reliefs osseux et sont accompagnés de légères pressions au rythme de la respiration.

Johanna n'exprime que très peu de ressentis corporels. Il est possible d'observer de nombreuses réactions de prestance notamment des rires incontrôlés et des sursauts.

- **Organisation temporelle :**

- reproduction tempo : Réalisé avec aisance.

- **Organisation spatiale :**

- transposition d'un trajet dans la salle à partir d'un parcours dessiné sur une feuille : non réalisé car l'adolescente porte une sonde naso-gastrique, son état de fatigue oriente le bilan vers des propositions peu énergivores.

- lieu ressource perçu comme sécuritaire et lieu perçu comme insécuritaire : Elle décrit un champ dans lequel elle peut s'allonger au soleil. Le lieu perçu comme insécuritaire serait une pièce humide étroite et sombre.

- **Tonus :**

- ballant ; extensibilité ; résistance à la poussée : Johanna présente de nombreuses réactions de prestance, des sursauts malgré le fait qu'elle soit prévenue avant chaque contact. Elle présente une hypertonie générale lors de la résistance à la poussée.

- Déplacements avec variation de tonus : démarche très légère à travers la salle (« comme un chat ») puis très lourde (« comme un hippopotame »). Johanna module aisément son tonus et adapte sa posture selon les termes employés : très léger et lourd.

- **Le temps de verbalisation à la fin du bilan :**

Johanna exprime être satisfaite de ne pas avoir été particulièrement en difficulté sur les différentes propositions. Les patientes présentent généralement une importante mésestime d'elle-même. Le fait de leur proposer des éléments qu'elles peuvent réaliser sans être mises en difficulté permet de les renarcissiser quelque peu.

Elle évoque être en souffrance vis-à-vis de son trouble corporel dysmorphique au niveau des cuisses et aimerait se voir « comme nous la voyons ».

Un item supplémentaire de test lui est alors proposé : le test de la cordelette.

Celui-ci est réalisé pour le ventre et les cuisses. Concernant le ventre, elle évoque le fait que cela ne peut qu'être que « gros » à cause de la quantité de gras qui se trouve autour de la colonne vertébrale et des organes (les muscles ne sont pas évoqués). Il est intéressant ici de noter sa représentation de l'intérieur du corps qui est pour le moins particulière et en lien avec la pathologie.

La circonférence perçue par Johanna de sa cuisse présente un écart important avec la circonférence réelle de cette dernière. L'adolescente se fige, adopte une posture repliée sur elle-même et sanglote. Elle dit ne pas comprendre cette différence et pourquoi elle ne se voit pas « telle qu'elle est ». Elle recherche l'avis de la psychomotricienne pour savoir si elle « est grosse ou non ». Johanna recherche l'appui d'autrui et semble montrer une importante ambivalence : elle verbalise très bien ne pas se percevoir comme les autres la voient mais reste convaincue de la véracité de sa représentation de l'intérieur de son corps ainsi que le résultat du test de la cordelette qui selon elle ne correspond pas à la réalité.

Johanna présente une hyperactivité. Cette dernière n'a pas été particulièrement observée en séance individuelle ni groupale mais l'adolescente confie procéder à des aller-retours dans les couloirs en compensation d'un temps passé assise. De même, suite aux prises alimentaires elle reste debout pendant au moins une heure sans quoi elle a le sentiment que la nourriture ingérée va se loger directement dans ses cuisses et va leur faire prendre « encore plus de volume ». Ces comportements ont été observés par l'ensemble de l'équipe soignante.

Les conséquences du trouble corporel dysmorphique ont un impact direct sur le comportement de l'adolescente et engendre des idées délirantes quant à la prise de poids qui serait immédiate et ciblée. De plus, elle adopte des postures qui ne sont pas naturelles. En effet, elle déclare réfléchir en permanence à la manière de se positionner dans l'espace afin que ses cuisses ne soient pas perçues comme volumineuse. Elle va par exemple favoriser des postures en bord de chaise, le dos droit, les jambes surélevées afin que le muscle « ne soit pas

relâché et ne s'étale pas ». Elle place généralement ses mains entre ses cuisses pour « rentrer le muscle pour qu'il ne prenne pas de place ».

Elle a également recours à des conduites de vérification. Elle dit être angoissée si elle ne peut plus faire le tour de sa cuisse avec ses mains ou encore si elle ne peut plus passer le poing entre celles-ci sans que cela ne touche.

- **Conclusion du bilan psychomoteur :**

Le schéma corporel de Johanna est intégré et ne semble pas entravé par la pathologie. On remarque une importante altération de l'image du corps avec présence d'un trouble corporel dysmorphique au niveau des cuisses essentiellement. Celui-ci engendre des comportements adaptatifs de la part de l'adolescente pour camoufler ce « défaut ». Des pensées obsessionnelles et envahissantes sont toujours présentes.

Johanna ne verbalise que très peu ses ressentis corporels. Les réactions de prudence au toucher avec médiateur semblent orienter dans un premier temps la prise en charge en psychomotricité autour du mouvement et des éprouvés corporels.

L'hypertonie générale que l'on peut observer chez la patiente (notamment lors du test de résistance à la poussée) peut être mis en lien avec ce que E. BICK décrivait chez les bébés comme une carapace tonique permettant une unification d'une enveloppe perçue comme perméable et défaillante, source d'insécurité. Cette hypertonie ferait office d'enveloppe protectrice.

Il est également possible de relever l'aspect sensoriel décrit par Johanna lorsqu'elle parle d'un lieu sûr et insécure. Ceci peut dénoter avec le fait que dans cette pathologie les patientes peuvent avoir tendance à rester à distance à nier les sensations corporelles. De plus, Johanna est une adolescente faisant preuve d'une grande sensibilité. Il lui est possible d'exprimer sa tristesse et pleurer. Par sa présentation générale, l'adolescente ne présente pas un profil avec une alexithymie.

Les items du bilan en lien avec les notions d'espace et de temps n'ont pas mis en difficulté la patiente. Ceci pourrait indiquer que l'altération de son image du corps n'ait pas impacté ses capacités.

Ainsi, Johanna présente une symptomatologie anorexique que nous pourrions qualifier de typique.

- **Concernant l'image du corps selon la théorie composite :**

- Sensorialité : Johanna reste à distance de ses sensations et ne verbalise que peu de ressentis corporels avec le soutien de la psychomotricienne.

- Tonus : la patiente présente une hypertonie, la détente ne semble pas accessible en début de prise en charge.

- Représentation de l'intérieur du corps : Johanna n'évoquera que le buste avec la colonne vertébrale (qui ferait office de structure solide pour maintenir le corps, elle n'évoque pas l'ensemble du système digestif comme ce que F. TUSTIN a pu développer avec sa notion de « MOI corporel tuyau). Elle insistera sur la présence de gras, sa crainte du « mou ».

- Les enveloppes : Johanna porte souvent des vêtements amples lors de nos premières rencontres de bilan. La proximité physique de l'autre peut engendrer des réactions de prudence. Nous pourrions émettre l'hypothèse que la proximité et le contact avec l'autre puisse être vécu comme étant intrusif.

- Les angoisses corporelles archaïques : lors du bilan il n'y a pas d'éléments particuliers ayant laissé paraître leur potentielle persistance.

- Les compétences communicationnelles : Johanna est en mesure d'exprimer sa tristesse et ses peurs et à de rares occasions la colère (qu'elle ne montre pas mais peut exprimer verbalement). Elle adopte des postures inadaptées par préoccupation de la forme de ses cuisses et la crainte du regard des autres.

L'ensemble des composantes de son image du corps est impacté. Johanna présente un trouble corporel dysmorphique marqué et envahissant.

L'ensemble de ces observations orientera la prise en charge individuelle de Johanna autour du mouvement et des éprouvés corporels sans passer par le contact direct dans un premier temps.

2. Les séances en psychomotricité

- **Les séances au groupe thérapeutique « je(u) en formes :**

Au début de son suivi, Johanna s'installe généralement dans des positions qui paraissent peu confortables. Elle s'installe souvent aux côtés des mêmes patientes avec qui elle a déjà commencé à établir des liens au sein de l'unité. Johanna est très attentive au groupe et notamment aux patientes dont elle est la plus proche physiquement.

Elle semble très attentive aux consignes de l'animatrice et tente de réaliser les choses de manière esthétique sans forcément s'intéresser aux sensations que procure son action.

Son perfectionnisme est notable. Elle est toujours la dernière à finir la proposition, parfois après insistance de la psychomotricienne. Nous pourrions questionner ici la potentielle difficulté de Johanna dans les moments de séparation. En effet, l'adolescente se montre toujours demandeuse à participer à l'atelier thérapeutique et déploie au fil des séances sa spontanéité. Elle fait preuve d'humour et d'initiatives dans les propositions.

Le cadre thérapeutique de cet atelier, par sa régularité et ses rituels semble apporter une enveloppe sécurisante pour Johanna, qui, au sein du groupe de patientes, dévoile sa personnalité. La fin de l'atelier marquerait le démantèlement temporaire de cette enveloppe groupale sécurisante. Le temps de rangement signifie cette transition vers la fin de l'atelier ce qui pourrait laisser penser que Johanna sécurisée par ce contexte chercherait à repousser le plus possible cette échéance en étant la dernière à terminer les propositions ou à remettre ses chaussures pour quitter la salle.

Plutôt discrète dans le groupe en début de prise en charge, Johanna prendra une place plus importante. Elle s'autorise des positions moins contraignantes, elle est plus facilement en relation avec les autres et se laisse plus aller à porter son attention sur ses éprouvés corporels.

Lors d'un atelier avec l'argile comme médiateur, Johanna se montre plutôt enjouée et rit avec une autre patiente. Outre le fait qu'elle puisse plus facilement exprimer ses émotions en groupe, nous pouvons nous interroger ici sur ce que le toucher de l'argile lui procure. En effet, c'est une matière molle et malléable, et, nous l'avons évoqué dans d'autres circonstances, la patiente n'apprécie pas ce qui fait référence au « mou ». Lorsque la proposition invite à fermer les yeux et se constituer "sa propre bulle" afin de se centrer sur soi et ses sensations, Johanna rit de manière intempestive, ouvre les yeux par moments. Nous pourrions émettre l'hypothèse que derrière ces réactions, l'adolescente ne soit peut-être pas aussi à l'aise avec le contact de l'argile sur sa peau que ce qu'elle laisse paraître. Avec les yeux ouverts, la patiente réalise des petits objets et interagit beaucoup avec les autres patientes.

- **Le suivi en individuel :**

Le bilan s'est étalé sur trois séances plus une dédiée au test de la cordelette. Les rencontres axées sur différentes propositions seront au nombre de cinq jusqu'à sa sortie d'hospitalisation.

- Le rituel de début

En début de séance, Johanna est invitée à choisir un coussin et s'installer au sol avec la psychomotricienne et moi-même. Elle adopte généralement une position en tailleur avec le buste enroulé vers l'avant notamment lorsqu'elle aborde ses difficultés de la journée liée à la pesée et à son trouble corporel dysmorphique.

Johanna évoque pour elle l'importance de pouvoir se confier sur ses ressentis liés à cela. La salle de psychomotricité représente un lieu à part qui n'est pas sur le même étage que le reste du service où elle passe ses journées. Le temps dédié à la verbalisation par la fonction contenante et sécurisante de la pièce mais aussi de la psychomotricienne avec sa capacité à accueillir, contenir les émotions et jouer le rôle de pare excitation permet par la répétition de consolider ces mêmes éléments dans l'appareil psychique de Johanna afin de l'aider à renforcer son enveloppe psychique et son sentiment de sécurité interne.

- Les mises en mouvements et la photo

Ainsi, pendant quatre séances successives, différentes propositions seront réalisées autour de cette thématique. Des clichés seront pris dans différents contextes ce qui lui permettra de commenter ce qu'elle voit et ce qu'elle ressent.

Je jouerai le rôle de « la photographe » tandis que Johanna et la psychomotricienne réaliseront l'activité.

Ici l'utilisation de la photographie a eu pour but de permettre à la patiente d'investir et participer activement à sa prise en charge puisqu'il s'agissait d'une demande de sa part. De plus, du fait de son contrôle excessif sur elle-même et son environnement, le fait d'être actrice permettrait qu'elle soit plus en confiance et puisse à terme s'autoriser à moins contrôler et se laisser porter par les propositions et ce que cela lui évoque. Nous pouvons nous interroger sur le fait que la photo soit un loisir qui l'intéresse ou plutôt le fait que cela permette d'observer à distance sa morphologie. Cependant, cette partie avec photo vient clôturer la séance en

permettant une verbalisation des ressentis avec l'appui des clichés. Le cœur de la séance est consacré aux expérimentations en mouvement.

Une fois arrivée dans la salle, Johanna s'installe sur un coussin et se crispe soudainement, place ses mains entre ses jambes et penche son buste vers l'avant. L'adolescente est recroquevillée avec les larmes aux yeux. Elle expliquera ne pas avoir pris le temps de réfléchir à comment s'asseoir et que ses cuisses ont par conséquent été « affichées » comme « grosses ».

Ce que nous pouvons remarquer en ce début de séance est la capacité de Johanna à verbaliser ses ressentis. De plus, elle a remarqué ne pas avoir procédé à un comportement de contrôle de sa posture de manière spontanée. Cette possibilité de détente, bien que transitoire marque néanmoins un léger relâchement du contrôle corporel et intervient après quelques semaines de suivi en groupe thérapeutique mais également suite au bilan qui représente en lui-même une rencontre et une mobilisation des différents items relatifs à la théorie composite de l'image du corps.

Il lui sera proposé dans un premier temps de choisir une image représentant une silhouette dans une certaine position puis de la réaliser afin que nous puissions retrouver l'image en question par la suite. Johanna reproduit les figures avec quelques erreurs mais peut se corriger avec le modèle sous les yeux. Elle évoquera après coup le fait d'être attentive à l'ensemble de son corps pour correspondre au modèle.

Les séances suivantes auront pour but de poursuivre les expérimentations, toujours en mouvement. Les débuts de séances sont parfois marqués par quelques mouvements de yoga en passant par « la salutation au soleil ». Ceci est réalisé à la demande de la patiente. Le yoga est un moyen de procéder à un éveil des sens en douceur, réaliser des mouvements ou postures en pleine conscience. Cette pratique corporelle permet de renouer les liens de manière progressive avec ses sensations pas la mobilisation des différents segments corporels, le maintien de certaines positions pendant une durée plus ou moins longue. De plus, le yoga présente l'avantage d'améliorer en douceur la souplesse, l'équilibre. (A.L. Moscone et Al, 2015). Et, nous avons pu le remarquer lors du bilan, les patientes souffrant d'anorexie mentale ont tendance à être figées et dans une hypertonie visible par la rigidité de leurs mouvements.

Le déroulé de ces propositions est passé par la réalisation de posture statiques en prenant le temps de remarquer la position des différents membres dans l'espace, la forme globale du corps à des propositions engageant la motricité dynamique.

– La troisième séance avec support photo et le début de la relaxation

Johanna décrit à nouveau le fait de se surprendre à ne pas faire attention à sa posture, et cela, en dehors des séances de psychomotricité, parfois en salle commune en présence des autres. Cette « absence de précaution » la stresse lorsqu'elle y pense. Nous pouvons remarquer l'ambivalence des propos de Johanna qui décrira ensuite ne plus subir les effets de son trouble corporel dysmorphique et accepter ses cuisses telles qu'elles sont et « qu'elles finiront par se toucher ». Cette idée de prise de volume qui serait sans fin pourrait nous faire penser à une angoisse corporelle archaïque de morcellement comme nous l'avons décrit précédemment.

Johanna dira apprécier l'approche avec la photographie car les clichés sont pris de manière « objective » et que c'est différent de « quand elle se regarde dans le miroir ». À travers nos rencontres, il a été possible de remarquer des regards parfois appuyés sans qu'elle ne s'en rende compte marquant l'importance de la comparaison qu'elle effectue avec les autres. Le support photo lui a permis de verbaliser ce ressenti.

En fin de séance un temps de relaxation lui est proposé à travers un toucher médiatisé (par des sacs lestés ou des balles selon le choix de la patiente). La première fois, Johanna choisit le tapis le plus dur. Lorsque la psychomotricienne l'interroge sur son choix elle répond qu'elle s'enfoncera moins donc aura le sentiment d'être moins lourde et que ses cuisses ne pourront pas trop se relâcher.

– La dernière séance autour du sens du toucher et de la créativité

À l'aide d'un foulard, Johanna, la psychomotricienne et moi-même mimons des situations en détournant le sens premier de cet objet. Johanna mimera le déplacement d'une femme avec une grande robe et une longue traine, puis l'utilisation d'une corde à sauter, une religieuse qui se déplace en priant... Johanna se montre très créative et spontanée. Ses mouvements sont fluides dans la pièce. Elle est souriante et semble prendre du plaisir à cette proposition.

Elle a atteint son poids de LCS. En fin de séance, elle se dirige vers le matelas dur pour s'installer puis accepte d'essayer le plus mou. Le toucher est réalisé sans médiateur. La psychomotricienne réalise des pressions au rythme des expirations de la patiente. Johanna demande à ce que le contact soit plus appuyé. Nous ne remarquons plus de réactions de prestance, elle semble se détendre et apprécier ce moment. La relaxation après avoir réalisé diverses mobilisations dans la pièce permet d'un côté de favoriser le relâchement musculaire lorsque cela est possible et de l'autre d'attirer l'attention sur les diverses sensations corporelles qui peuvent être perçues. Le parcours de l'ensemble du corps et son contour

signifié par un contact a pour objectif en plus d'une potentielle détente de rendre compte d'un sentiment d'unité corporelle. Un vécu unifié de son corps permettrait d'accompagner la consolidation d'un sentiment psychique unifié également à l'image de ce que D. ANZIEU développait concernant la peau physique et psychique.

- **Son évolution au fil de la prise en charge :**

Johanna a commencé sa prise en charge avec un envahissement très important de son trouble corporel dysmorphique. L'altération de son image du corps et sa forte mésestime d'elle-même impactaient son mode de relation à autrui et à elle-même principalement.

Nous avons pu observer au cours de l'avancement de son hospitalisation un déploiement vers les autres. D'une posture très figée et d'une mise à distance des sensations, Johanna a progressivement pu aller à s'autoriser le jeu, le plaisir, les mouvements plus fluides et un accès à la détente.

Elle s'habille avec des vêtements plus près du corps et dit prendre plaisir à faire les magasins lors de ses week-ends. Un bref retour de ses menstruations apparaît, ouvrant la discussion quant à la féminité et aux transformations corporelles liées à cela. L'adolescente exprime des émotions joyeuses et dit souhaiter que cela se poursuive. Malgré cet abord qui semble positif, son discours reste très ambivalent quant à l'évolution pondérale.

- **L'adaptation de la prise en charge :**

Johanna quittera le service en décembre 2021. Son suivi se poursuit en HDJ post hospitalisation. Son état psychique et somatique sont améliorés mais restent néanmoins très fragiles. Une forte ambivalence concernant ses cuisses persiste dans le discours de la jeune femme. Nous pouvons cependant garder à l'esprit que cette patiente semble réceptive aux médiations impliquant le mouvement. Elle est créative, a des capacités de verbalisation de ses ressentis, envies et difficultés. Au cours de sa prise en charge dans un cadre contenant et avec l'implication de la psychomotricienne, Johanna a montré un envahissement moins important de son trouble corporel dysmorphique et de sa mésestime corporelle. Cependant la prise en charge n'est pas achevée, l'adolescente est toujours en lutte contre sa pathologie, sa sortie de l'hospitalisation complète (qui lui confère un environnement isolé et sécurisant vis-à-vis de l'extérieur) vient mouvementer le sentiment de sécurité interne qu'elle renforce progressivement. Johanna demandera vivement à poursuivre son parcours de soin individuel auprès de la psychomotricienne, ce qui sera mis en place. Je ne serai plus présente lors de ces rencontres car elles ne correspondent pas à mon jour de présence.

Conclusion

La clinique auprès de patientes souffrant d'anorexie mentale est riche. Les adolescentes traversent une période faite de mouvances et de remaniements physiques psychiques et identitaires. La présence de la maladie vient d'autant plus mettre en difficulté ces jeunes femmes en devenir. Il est possible de retrouver de manière non pathologique une forme de trouble corporel dysmorphique au cours de la puberté mais qui ne se montre pas envahissante et tend à disparaître avec le temps. Dans le cadre de l'anorexie mentale, le BDD peut se retrouver de manière pathologique.

Communément admis que l'anorexie mentale engendre un trouble de l'image du corps, la psychomotricité trouve sa place aux côtés des autres professions médicales et paramédicales dans l'accompagnement des patientes.

En effet, les patientes dans un contrôle extrême de leur morphologie tendent à effacer toute trace de puberté, à nier les formes féminines. La faim est domptée, sublimée, la patiente se distance de ses sensations et éprouvés corporels. Leurs capacités de symbolisation peuvent sembler pour certaines comme figées momentanément, à l'image de leur gestualité. Certaines présentent une hyperactivité motrice plus ou moins prononcée. Le corps est le moyen de procéder à des actions purement opératoires.

Afin de penser une prise en charge en psychomotricité de l'altération de l'image du corps des patientes souffrant d'anorexie mentale, nous pouvons nous appuyer sur la conception composite de cette notion proposée par E. PIREYRE, qui, par ses travaux condense les écrits et recherches effectués sur le sujet par différents auteurs.

La sensorialité, le tonus, les compétences communicationnelles, les enveloppes, les représentations de l'intérieur du corps et les angoisses archaïques sont des notions abordées en psychomotricité et grâce auxquelles nous pouvons affiner les observations lors du temps de bilan et en séances. Cela nous permet également de préparer les prises en charges groupales et individuelles.

Ainsi, l'accompagnement des patientes est pensé dans un cadre thérapeutique contenant, favorisant le sentiment de sécurité et faisant office d'enveloppe. L'investissement du professionnel est également porteur par sa capacité à recevoir, contenir, sublimer les pulsions et angoisses. De nombreuses médiations pourraient être proposées en lien avec les goûts et possibilités de la patiente et du psychomotricien. Les médiations favorisant le mouvement, la créativité, l'expressivité semblent être appropriée et légitimes. Proposer des groupes thérapeutiques pourrait également donner une dynamique pour contribuer à la symbolisation qui elle-même permet une élaboration psychique plus poussée : la capacité de représentation.

Cependant, nous savons que cette pathologie peut être présente pendant des années voire se chroniciser. La prise en charge en psychomotricité permet de travailler de concert avec les autres professionnels dans cet accompagnement sur la durée. De plus, les possibilités de prise en charge pour un soignant psychomotricien dépendront de son lieu d'exercice professionnel. En effet, en unité d'hospitalisation, les patientes sont présente lors d'une phase aigüe de leur maladie. L'état somatique est à prendre en considération et le suivi est limité dans le temps. Selon les sorties d'hospitalisation, les patientes peuvent poursuivre leur accompagnement en psychomotricité en HDJ lorsque cela est possible ou un relais peut être mis en place auprès de professionnels exerçant en libéral.

Bibliographie

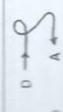
- Abric, J.-C.** (2019). Chapitre 4. La dimension non verbale de la communication. In *Psychologie de la communication: Vol. 3e éd.* (p. 59-69). Dunod; Cairn.info. <https://www.cairn.info/psychologie-de-la-communication--9782100790937-p-59.htm>
- Assiante, C.** (2015). Construction du schéma corporel au cours du développement sensori-moteur de l'enfant. In *Les effets de la gravité sur le développement du bébé* (p. 41-60). Érès; Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/eres.absm.2015.01.0041>
- Barouh-Cohen, S.** (2014). Le corps de l'indicible. *Adolescence, T. 32 4(4)*, 787-796. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/ado.090.0787>
- Belouadheh, S.** (2020). *Mémoire : Les espaces relationnels en mouvement : Réflexion sur les leviers thérapeutiques en psychomotricité auprès de l'adolescent hospitalisé en séjour court pour anorexie mentale* (DE psychomotricité). Université de la Sorbonne.
- Birraux, A.** (2009). Chemin faisant avec l'angoisse. *Enfances & Psy*, 42(1), 18-27. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/ep.042.0018>
- Boutinaud, J., & Chabert, P.** (2013). Anorexie mentale et troubles de l'image du corps : À propos de leur prise en compte en psychodrame psychanalytique individuel. *Adolescence, T. 31 1(1)*, 65-76. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/ado.083.0065>
- Brun, A.** (2014). Médiation thérapeutique picturale et associativité formelle dans les dispositifs pour enfants avec troubles envahissants du développement. *La psychiatrie de l'enfant*, 57(2), 437-464. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/psy.572.0437>
- Ciccione, A.** (2008). L'archaïque et l'infantile. *Spirale*, 45(1), 133-147. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/spi.045.0133>
- Desmazieres, L.** (2021). *Mémoire : Anorexie mentale et médiation clown : Invitation à l'expressivité et à un réinvestissement corporel.* (DE psychomotricité). Université de Bordeaux.
- Discour, V.** (2011). Changements du corps et remaniement psychique à l'adolescence. *Les Cahiers Dynamiques*, 50(1), 40-46. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/lcd.050.0040>
- Eglen, E. (2017). Représentations du corps et réseaux sociaux : Réflexion sur l'expérience esthétique contemporaine. *Sociétés*, 138(4), 99-110. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/soc.138.0099>
- Equipe Gorwood.** (2014, février 25). *Vulnérabilité aux troubles psychiatriques et addictifs* (INSERM 1266). https://ipnp.paris5.inserm.fr/recherche/equipes-et-projets/11-equipe-gorwood#tab_fiche-detaillee
- Frapplier, L.** (2017). *Mémoire : Des enveloppes sans faim auprès d'adolescentes anorexiques mentales : Approche psychomotrice de l'anorexie mentale vers une (re)construction d'une sécurité de base interne et d'une enveloppe sécurisée.* (DE psychomotricité). Université de Bordeaux.

- Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., & Tivolacci, M. P.** (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period : A systematic literature review. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 109(5), 1402-1413. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy342>
- Gaucher-Hamoudi, O., Carrot, G., & Faury, T.** (2011). *Anorexie, boulimie & psychomotricité*. Heures de France.
- Golse, B.** (2011). Des sens au sens. La place de la sensorialité dans le cours du développement. *Spirale*, 57(1), 95-108. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/spi.057.0095>
- Guénoun, T.** (2016). Médiation thérapeutique par l'improvisation théâtrale. *Adolescence*, T. 34 1(1), 117-128. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/ado.095.0117>
- Guillen, F.** (2006). L'anorexie mentale : Symptôme ou acting-out ? *Psychanalyse*, 5(1), 59. <https://doi.org/10.3917/psy.005.0059>
- Henniaux, M.** (2009). Le fonctionnement du corps dans les troubles des conduites alimentaires. *L'information psychiatrique*, 85(1), 35. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8501.0035>
- Lazaratou, H., & Anagnostopoulos, D. C.** (2006). Le défi thérapeutique de l'anorexie mentale. *Psychothérapies*, 26(1), 21. <https://doi.org/10.3917/psys.061.0021>
- Lecanuet, J.-P.** (2001). Dans tous les sens... bref état des compétences sensorielles fœtales. In *Que savent les fœtus ?* (p. 17-34). Érès; Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/eres.greni.2001.01.0017>
- Lesage, B.** (2009a). Les structures du corps. In *La danse dans le processus thérapeutique* (p. 31-65). Érès; Cairn.info. <https://www.cairn.info/la-danse-dans-le-processus-therapeutique--9782749205410-p-31.htm>
- Lesage, B.** (2009b). Présentation. In *La danse dans le processus thérapeutique* (p. 11-12). Érès; Cairn.info. <https://www.cairn.info/la-danse-dans-le-processustherapeutique9782749205410-p-11.htm>
- Lesage, B.** (2021a). Corporel, psychocorporel et médiations. In *Un corps à construire* (p. 27-67). Érès; Cairn.info. <https://www.cairn.info/un-corps-a-construire--9782749269771-p-27.htm>
- Lesage, B.** (2021b). Intégration corporelle : Corps et représentation. In *Un corps à construire* (p.323-365). Érès; Cairn.info. <https://www.cairn.info/un-corps-a-construire--9782749269771-p-323.htm>
- Lesage, B.** (2021c). Tonicité : Modulation, accordage, expressivité et rencontre. In *Un corps à construire* (p. 119-174). Érès; Cairn.info. <https://www.cairn.info/un-corps-a-construire--9782749269771-p-119.htm>
- Maïdi, H.** (2012). Chapitre 1—Le corps et son image à l'adolescence. In *Clinique du narcissisme* (p. 17-64). Armand Colin; Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/arco.maid.2012.01.0017>
- Meurin, B.** (2018). De l'image du corps de Paul Schilder aux représentations corporelles d'André Bullinger. In *La construction des représentations corporelles du bébé* (p. 41-60). Érès; Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/eres.absm.2018.01.0041>

- Micheli-Rechtman, V.** (2005). L'anorexique et sa confrontation aux images contemporaines du féminin. *Enfances & Psy*, 26(1), 81-88. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/ep.026.0081>
- Morin, C.** (2013). 1. Le schéma corporel. In *Schéma corporel, image du corps, image spéculaire* (p. 19-37). Érès; Cairn.info. <https://www.cairn.info/schema-corporel-image-du-corps-image-spectulaire--9782749237404-p-19.htm>
- Moscone, A.-L., Leconte, P., & Le Scanff, C.** (2015). Rôle du yoga adapté dans le traitement thérapeutique de l'anorexie mentale. *Corps*, 13(1), 187-195. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/corp1.013.0187>
- O'Boyle, E.** (2014). *La question de la dysmorphophobie dans l'anorexie mentale à l'adolescence : De l'enjeu diagnostique aux implications thérapeutiques*. Faculté mixte de médecine et pharmacie de Rouen.
- Pireyre, É. W.** (2021). *Clinique de l'image du corps. Du vécu au concept: Vol. 3e éd.* Dunod; Cairn.info. <https://www.cairn.info/clinique-de-l-image-du-corps--9782100794911.htm>
- Poidevin, A.** (2021). *Mémoire : « Non c'est toi... » Une réflexion autour de la clinique du corps à travers un accompagnement en psychomotricité.* (DE psychomotricité). Université de la Sorbonne.
- Potel Baranes, C.** (2019). 19. La question du cadre thérapeutique. La contenance, les limites, le corps. In *Être psychomotricien* (p. 357-381). Érès; Cairn.info. <https://www.cairn.info/etre-psychomotricien--9782749264264-p-357.htm>
- Potel, C.** (2006). 4. L'adolescence : Un passage. In *Corps brûlant, corps adolescent* (p. 57-70). Érès; Cairn.info. <https://www.cairn.info/corps-brulant-corps-adolescent--9782749206588-p-57.htm>
- PROVOST, B.** (2012). *Mémoire : Bilan psychomoteur chez l'adolescent(e) anorexique.* (DE psychomotricité). Faculté de médecine Toulouse Rangueil.
- Rommel, D., & Nandrino, J.-L.** (2015). Chapitre 4. Processus émotionnel et trouble de la régulation émotionnelle dans l'anorexie mentale. In *L'anorexie mentale* (p. 117-151). Dunod; Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/dunod.nandr.2015.01.0117>
- Vibert, S., & de Luca, M.** (2014). Scarifications et anorexie : Un féminin attaqué. *Le Carnet PSY*, 183(7), 31-34. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/lcp.183.0031>

Annexe 1

Bilan psychomoteur proposé par O. GAUCHER-HAMOUDI :

ANORHEXIE, BOULEMIE ET PSYCHOMOTRICITÉ		3. LE « BILAN PSYCHOMOTEUR » COMME INTRODUCTION AU SOIN	
62	BILAN PSYCHOMOTEUR – (HOPITAL BELLEVUE – UMS7CA)		
Nom	Date de la passation		
Date de naissance	Téléphone		
1. ORGANISATION TEMPORELLE			
1	Narration chronologique de 4 activités quotidiennes	0	1 2 3
2	Reproduction de temps	0	1 2 3
3	Reproduction d'un rythme simple puis complexe (structures de Mira Stambak)	0	1 2 3
2. ORGANISATION SPATIALE			
1	Observation de l'occupation de l'espace ; espace sûr/inquiétant	0	1 2 3
2	Dessin du plan d'une pièce connue	0	1 2 3
3	Transposition d'un trajet dans la salle à partir d'un parcours dessiné		
3		0	1 2 3
4		0	1 2 3
5	Reconnaissance et reproduction de figures géométriques	0	1 2 3
6	Dessin d'un cube, sans modèle	0	1 2 3
3. SCHEMA CORPOREL			
1	Latéralité : orientation sur Soi/Orientation sur autrui	0	1 2 3
	Reproduction gestuelle		
	Imitation de postures		
2	Reproduction d'un enchaînement gestuel sans signification (coordination-dissociation)	0	1 2 3
	Coordonnations faciales		
3	Dessin d'une « personne »	0	1 2 3
4	Équilibre statique : tenir sur un pied debout, yeux fermés, compter jusqu'à 20	0	1 2 3
5	Équilibre dynamique : observation de la démarche/ résistance à la poussée	0	1 2 3
6	Sensibilité : énumérer, yeux fermés, les parties du corps touchées	0	1 2 3
4. LE CORPS EN COMMUNICATION			
1	Tonicité : couché, recherche de mobilisations passives	0	1 2 3
2	Expression mimogestuelle des émotions	0	1 2 3
3	Jeu : mimer des actes de la vie quotidienne	0	1 2 3
4	Le vêtement, le corps comme outils de relation	0	1 2 3
5. SOMATISATIONS			
1	Traduction corporelle de l'angoisse	0	1 2 3
2	Manifestations corporelles dépressives	0	1 2 3
3	Autres	0	1 2 3
AUTRES OBSERVATIONS			

Annexe 2

Questionnaire de O. MOYANO, les représentations corporelles :

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

Table des matières

Remerciements	1
Sommaire	2
Introduction	3
I. Ce corps au reflet changeant	5
A. L'image du corps :.....	5
1. Description.....	5
• Définition :.....	5
• Le schéma corporel considéré comme élément de base à l'image du corps :	6
• Les sous composantes de l'image du corps :	7
– La sensorialité.....	8
– Le tonus	9
– La représentation de l'intérieur du corps.....	11
– Les enveloppes	11
– Les angoisses corporelles archaïques.....	12
– Les compétences communicationnelles du corps.....	14
• La structuration de l'image du corps à travers le développement :.....	16
– L'ontogenèse	16
– Les premières interactions avec l'environnement extra-utérin.....	17
– Vers l'intégration d'une image du corps	18
2. La période adolescente.....	18
• Généralités :	18
• Les variations physiques et psychiques :.....	19
– Les variations physiques	19
– Les variations psychiques	20
• Remaniements identitaires :	21
B. L'image du corps entravée par la pathologie :.....	21
1. Les apports théoriques sur l'anorexie mentale.....	21
• Les critères du DSM-5 :.....	21
• Le diagnostic différentiel :.....	23
• Epidémiologie :.....	23
– Incidence et prévalence.....	23
– Age d'apparition et sex-ratio.....	24
– Evolution.....	24
– Mortalité.....	25
• Etiopathogénie :	25
– Modèle biologique.....	25
– Le modèle social	26
– Le modèle psychanalytique	29

• Les conséquences physiques et psychiques :.....	30
– Les conséquences physiques	30
– Conséquences psychiques	31
• Ce que la pathologie vient entraver :.....	32
– Du sens à la sensorialité	32
– Sous tension.....	33
– L'intérieur du corps maître de mémoire qui parle de l'intégrer aux enveloppes.....	35
– Les enveloppes fragilisées	36
– Les angoisses corporelles archaïques.....	37
– Un mode relationnel impacté.....	38
• Les éléments symptomatiques observables en lien avec l'altération de l'image du corps :	39
– Le déni de la maigreur	39
– Le trouble corporel dysmorphique.....	40
– Le rapport au temps et à l'espace	40
II. De l'autre côté du miroir : la psychomotricité comme étayage de l'image du corps	44
A. Rencontre en psychomotricité :	44
1. Le cadre de prise en charge	44
• Hospitalisation en accueil de jour (HDJ) :.....	44
– L'HDJ pré-hospitalisation	44
– L'HDJ post-hospitalisation	45
• Hospitalisation à temps complet (HTC) :.....	45
– La période de séparation avec l'environnement extérieur.....	45
– L'espace dédié à la patiente	45
– L'espace commun	46
– La sonde.....	46
– Les contrats de poids.....	47
• La salle de psychomotricité :.....	47
– Le lieu.....	47
– La place du miroir	48
2. Entretien et bilan en psychomotricité	48
• Entretien :.....	48
• Bilan psychomoteur :	49
– Le temps	50
– L'espace	51
– Le schéma corporel.....	52
– L'image du corps et les représentations corporelles	52
– Tonus	53
– Les compétences communicationnelles du corps.....	54
– Les Représentations corporelles, un test intéressant : le questionnaire de Moyano	54

B.	De la médiation à la symbolisation :	55
1.	La médiation par le mouvement.....	56
•	La danse thérapie :	56
•	Le théâtre :	58
2.	Une approche sensorielle en atelier thérapeutique.....	58
•	Présentation de l'atelier « je(u) en formes » :	58
–	Le cadre de l'atelier	58
–	Le groupe de patiente	58
–	Les patientes et les médiateurs.....	60
–	Les notions importantes	61
III.	Johanna	63
A.	Histoire de vie :	63
1.	Anamnèse et historique du trouble.....	63
•	Anamnèse :	63
•	Environnement familial :	64
2.	Historique du trouble.....	64
•	Apparition des symptômes :	64
•	Diagnostic :	65
•	Prise en charge du corps médical :	65
B.	Prise en charge en psychomotricité :	66
1.	Entretien et bilan psychomoteur	66
•	Schéma corporel :	66
•	Organisation temporelle :	67
•	Organisation spatiale :	67
•	Tonus :	67
•	Le temps de verbalisation à la fin du bilan :	68
•	Conclusion du bilan psychomoteur :	69
•	Concernant l'image du corps selon la théorie composite :	70
2.	Les séances en psychomotricité	71
•	Les séances au groupe thérapeutique « je(u) en formes :	71
•	Le suivi en individuel :	72
–	Le rituel de début	72
–	Les mises en mouvements et la photo	72
–	La troisième séance avec support photo et le début de la relaxation	74
–	La dernière séance autour du sens du toucher et de la créativité.....	74
•	Son évolution au fil de la prise en charge :	75
•	L'adaptation de la prise en charge :	75
	Conclusion	76
	Bibliographie	78
	Annexe	81