



HAL
open science

Passage à travers le miroir : quand le corps est le reflet du mal de vivre adolescent - Pertinence de l'approche psychomotrice de l'image du corps chez l'adolescent en état dépressif

June Mascaron

► To cite this version:

June Mascaron. Passage à travers le miroir : quand le corps est le reflet du mal de vivre adolescent - Pertinence de l'approche psychomotrice de l'image du corps chez l'adolescent en état dépressif. Sciences de l'Homme et Société. 2022. dumas-03720987

HAL Id: dumas-03720987

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03720987>

Submitted on 12 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'État de Psychomotricien

Passage à travers le miroir : Quand le corps est le reflet
du mal de vivre adolescent

**Pertinence de l'approche psychomotrice de l'image du corps chez
l'adolescent en état dépressif**

MASCARON JUNE
Née le 28/04/1999 à Bordeaux (33)

Juin 2022

Directeur de mémoire : Marie TEXIER

Remerciements

Je tiens à remercier tous les adolescents et les autres patients rencontrés durant mes stages, avec qui j'ai pu partager des moments de vie, qui m'ont grandement enrichie, tant sur le plan humain que professionnel.

Merci à Marie Texier, ma directrice de mémoire et maître de stage de cette 3^e année, qui a pu éclairer ma vision psychomotrice, notamment sur le versant de la pédopsychiatrie, et affûter mes réflexions sur mon mémoire à l'aide de ses relectures.

Je remercie également l'équipe pluridisciplinaire de l'Hôpital de Jour de m'avoir accueillie.

Merci à Jean-Guillaume Lavielle, mon maître de stage sur ces deux dernières années de formation, de m'avoir transmis son regard sur ce métier avec pédagogie, bienveillance, et passion, ce qui aura contribué à construire sereinement ma future pratique.

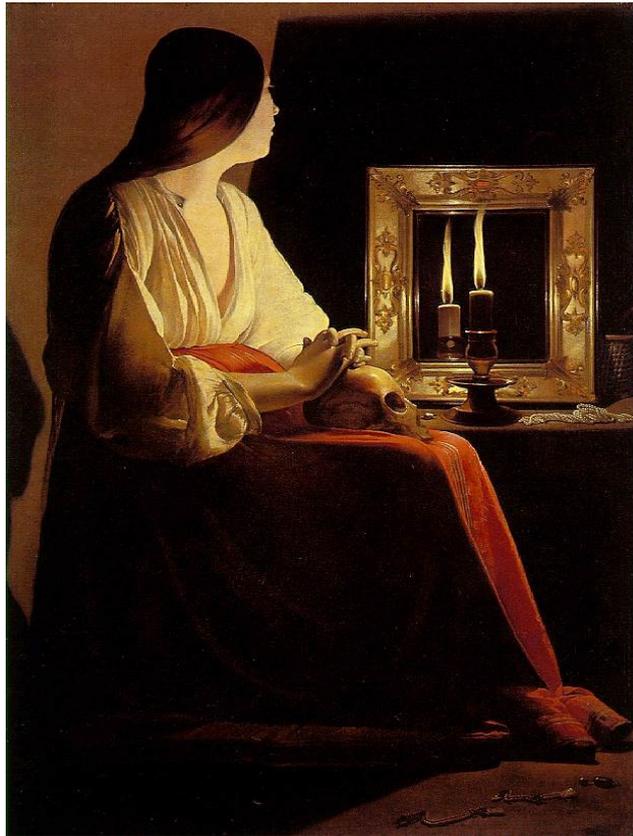
Merci à Olivier Moyano d'avoir pris de son temps pour relire quelques parties de mon mémoire.

Je remercie l'IFP, son équipe pédagogique pour son accompagnement, et ses intervenants pour la diversité de leurs enseignements, au cours de ces trois années.

Je garde en mémoire toutes les belles rencontres que j'ai pu faire au cœur de la promotion 2019-2022, les amis que j'y ai rencontré, la bienveillance de certains échanges.

Je remercie aussi mes proches, et ma mère,
sans oublier Cassandre et Quentin, pour leur soutien sans failles.

Avant-propos



G. De La Tour, La madeleine aux deux flammes, v.1640
Metropolitan Museum of Art, New York

« Dans notre jeunesse, nous étions entiers, et la terreur et la douleur du monde nous perçaient de part en part. Il n'y avait pas de séparation aiguë entre la joie et le chagrin, ils se fondaient dans un tout, comme notre vie éveillée se fond avec le rêve et le sommeil. »

H. MILLER

Sommaire

Introduction.....	6
Partie I – Théorico-clinique	8
1) Adolescence : Quand la dépression s'en mêle.....	9
A/ Adolescence.....	9
a) Définitions.....	9
b) Enjeux à l'adolescence.....	11
B/ Dépression.....	13
a) Généralités.....	14
b) Théories et courants autour de la dépression	21
2)Image du corps.....	25
A/ Généralités autour du concept.....	25
a) La représentation.....	25
b) Narcissisme.....	26
c) Les représentations du corps dans le développement psychomoteur.....	27
d) Théories sur les représentations du corps.....	31
e) L'image du corps parle à travers le corps.....	34
B/ Image du corps de l'adolescent déprimé.....	35
a) Image du corps à l'adolescence.....	35
b) Image du corps et dépression : Mouvements de l'image du corps.....	36
Partie II - Prise en charge et approche psychomotrice.....	40
1) Accompagner les états dépressifs.....	40
A/ Conscience corporelle, conscience de soi.....	41
B/ Une attention portée au corps par la médiation.....	41
2) Particularités de la psychomotricité auprès d'adolescents.....	44
A/ Le bilan psychomoteur à l'adolescence.....	44
B/ Enjeux de l'adolescence ... en séances.....	45
C/ L'adolescence : une clinique de l'agir.....	45
3) Image du corps et psychomotricité.....	46
A/ Engagement psychocorporel du psychomotricien.....	46
B) Un bilan de l'image du corps c'est possible ?.....	47

4) Pistes d'accompagnement de l'adolescent déprimé.....	48
A/ Créer une aire intermédiaire.....	49
B/ Fonctions de la médiation dans le travail de l'image du corps.....	50
C/ Rôle de l'étayage.....	52
 Partie III – Au cœur de la clinique.....	 53
1) Présentation de l'Hôpital de Jour	53
A/ Place de l'HDJ dans le suivi pédopsychiatrique.....	53
B/ Admissions et suivis des adolescents	54
C/ Le rôle du psychomotricien.....	54
2) Groupe thérapeutique.....	55
A/ Projet du groupe.....	55
B/ Enjeux.....	56
C/ L'image du corps dans la rela(x)tion.....	57
D/ Cas cliniques et analyse.....	59
E/ Conclusion.....	64
3) Marianne : un corps qui parle au delà des maux	65
A/ Présentation générale.....	65
B/ Première rencontre et bilan.....	66
C/ Séances et évolution.....	69
D/ Conclusion.....	75
4) Alyssa : un cheminement entre douceur et force.....	76
A/ Présentation générale.....	76
B/ Première rencontre et bilan.....	76
C/ Séances et évolution.....	78
D/ Conclusion.....	83
 Conclusion finale.....	 84
 Bibliographie.....	 86
 Tables des matières	 91

Introduction

Depuis mon entrée à l'Institut de Formation en Psychomotricité, je souhaitais porter mon attention sur l'adolescence dans ce travail de mémoire. En effet, ce qui m'a attiré vers les études de santé, a d'abord été, au delà de mon désir de soigner/prendre soin, mon intérêt pour la pédopsychiatrie. Écrire sur l'adolescence a donc été une évidence, je voulais découvrir la clinique adolescente de mon regard de presque psychomotricienne.

L'adolescence est une transition : un **passage, à travers le miroir** qui peut être l'autre ou soi même. L'adolescent se cherche dans son contact avec ses pairs, dans le reflet du miroir, à travers l'éprouvé de son corps.

C'est un moment de la vie crucial, où se joue une évolution tant sur le plan corporel, mental, que sur le plan relationnel. L'adolescent cherche sa place dans ce monde, qu'il souhaite s'approprier. Le corps est le médiateur entre lui et le monde, il est objet de doutes, parfois même de souffrance, notamment quand le **mal de vivre** s'y enracine : quand la dépression vient s'y mêler. Il s'agit donc de pouvoir **comprendre quand la souffrance vient faire corps avec la dimension du corps adolescent**.

L'image du corps s'est alors imposée comme un élément logique pour nourrir ce mémoire, c'est une dimension propre à chacun, qui vient parler de l'identité de l'individu. Quoi de plus riche en remaniements identitaires que l'adolescence ?

Il me semble intéressant de venir m'interroger sur le **pourquoi** de cette thématique de la dépression adolescente dans mon mémoire, afin d'être authentique dans ma façon de vivre cette expérience du mémoire, dans les rencontres et dans ma pratique avec les patients. « *Les adolescents rencontrent fréquemment des mouvements dépressifs, pour plus d'un tiers d'entre eux, lié au mal être adolescent et à l'ensemble des problématiques rencontrées lors du passage à la vie d'adulte.* » (Hauswald, 2016, p.123). Devant cette réalité, rencontrée en stage, et le nombre considérable des adolescents qui ont à traverser des états dépressifs, il me semblait impossible d'ignorer l'importance de ces troubles et leurs liens avec cette période de la vie. L'état dépressif est un espace-temps figé, dans lequel la personne supporte son corps, parfois trop présent, objet de souffrances, ou trop absent, comme étranger à lui même.

Dans la clinique psychomotrice, il m'a semblé intéressant d'évoquer le rôle de la

conscience corporelle qui est liée directement aux représentations du corps, donc d'image du corps et de schéma corporel. Les enjeux sensoriels, relationnels et symboliques autour de ce travail de conscience corporelle sont intéressants à lier à la prise en charge de la dépression.

Ces réflexions m'ont donc amenée à réaliser un stage en pédopsychiatrie dans l'Hôpital de Jour de Crise qui accueille des adolescents de 12 à 18 ans. C'est un service dans lequel nous rencontrons des adolescents pour des suivis pluridisciplinaires, des retours d'hospitalisations, des évaluations et des diagnostics, afin d'orienter la prise en soin des patients. Ce service vient articuler et lier des temps de prise en soin. Les adolescents y sont présents en demi-journées, pour un temps qui vient mettre en pause leur quotidien souvent compliqué. Ainsi il leur est proposé des suivis, des groupes thérapeutiques, des activités partagées avec l'équipe soignante durant les temps informels et des interactions avec leurs pairs possibles, dans un espace sécurisé, qui vient contenir pour un temps ce qu'il y a à accueillir...

Mes questionnements ont alors été, comment la psychomotricité accompagne les adolescents ? En tant que psychomotricien, comment est-il possible d'intervenir sur la dépression ? Comment le psychomotricien peut venir prendre en compte ce corps adolescent, à la fois support et projection de la souffrance ?

De ces observations et questionnements, j'ai dégagé la problématique suivante : Comment l'approche psychomotrice, en s'intéressant à l'image du corps chez l'adolescent en état dépressif, peut elle aider à soutenir et accompagner celui-ci ?

Dans un premier temps, j'évoquerai la dépression à l'adolescence, ensuite l'image du corps au cœur des représentations corporelles, ainsi que les mouvements de l'image du corps autour de la dépression adolescente. Dans un second temps, je développerai dans une partie suivante l'approche psychomotrice possible autour de ces thématiques.

Puis, enfin, j'aborderai une partie plus concrète contenant des éléments cliniques, en venant d'abord décrire brièvement le contexte de mon stage. Ensuite, une réflexion sur l'apport d'une prise en charge groupale chez des adolescents en état dépressif. Ainsi grâce à deux cas cliniques, j'exposerai comment à travers la psychomotricité, il est possible de travailler autour de l'image du corps chez l'adolescent et en quoi cela peut être aidant dans la dépression.

Partie I – Théorico-clinique

*« Quand le ciel bas et lourd pèse comme un fin couvercle
Sur l'esprit gémissant en proie aux longs ennuis,
Et que de l'horizon embrassant tout le cercle
Il nous verse un jour noir plus triste que les nuits ;
Quand la terre est changée en un cachot humide,
Où l'Espérance, comme une chauve-souris,
S'en va battant les murs de son aile timide
Et se cognant la tête à des plafonds pourris ;
Quand la pluie étalant ses immenses traînées
D'une vaste prison imite les barreaux,
Et qu'un peuple muet d'infâmes araignées
Viens tendre ses filets au fond de nos cerveaux,
Des cloches tout à coup sautent avec furie
Et lancent vers le ciel un affreux hurlement,
Ainsi que les esprits errants et sans patrie
Qui se mettent à geindre opiniâtrement.
– Et de longs corbillards, sans tambours ni musique,
Défilent lentement dans mon âme ; l'Espoir,
Vaincu, pleure, et l'Angoisse atroce, despotique,
Sur mon crâne incliné plante son drapeau noir. »*

C. BAUDELAIRE, « Spleen », Les fleurs du mal

1) Adolescence : Quand la dépression s'en mêle

L'adolescence est une étape de la vie où viennent évoluer différents aspects de la personne, tant sur le plan psychique que physique, durant laquelle l'identité se trouvera au cœur de ces chamboulements.

À l'adolescence, l'apparition de troubles psychiatriques, signalant une souffrance manifeste, s'inscrit aussi dans cette transition, cela viendra-t-il caractériser la personne dans ce qu'elle sera à l'âge adulte, ou cela fait-il partie de cette transformation complexe de l'adolescence ?

A/ Adolescence

L'adolescence, du latin *adolescere*, signifie « grandir vers », ce qui renvoie à la notion de mouvement, d'évolution, l'adolescent est donc celui qui grandit. Cette période est définie selon le Larousse comme « *la période de la vie entre l'enfance et l'âge adulte [...].* ».

F. DOLTO utilise une métaphore intéressante à propos de cette transformation « *L'adolescence, c'est le moment où l'on se sent comme un homard pendant la mue : la carapace a disparu, il faut en fabriquer une autre, mais, en attendant les dangers sont là.* » (Cannard, 2019, p.32).

L'entrée dans l'adolescence commence par le phénomène physiologique de la puberté « *Classiquement, elle commence vers 10,5-11 ans chez la fille, et vers 12-13 ans chez le garçon.* » (Hauswald, 2013, p. 29). Ces modifications corporelles sont accompagnées de modifications intrapsychiques. En effet, c'est un phénomène de maturation bio-psycho-sociale qui amène à une maturité psychomotrice, affective et cognitive. La fin de l'adolescence est marquée par l'acceptation et l'appropriation de ce statut d'adulte par le jeune.

Il est complexe de définir l'adolescence en se basant sur une tranche d'âge, tant cette période varie selon les points de vue culturels, sociaux, et tend à finir de plus en plus tard.

a) Définitions

Il me semblait important de croiser la pluralité des modèles traitant de l'adolescence, tant c'est un concept complexe à définir, avec des représentations qui sont multiples.

Voyons cela à travers le prisme des modèles biologiques, cognitifs, psychanalytiques, sociologiques, énoncés dans *L'adolescence en poche* de **G. HAUSWALD** :

➤ **Modèle physiologique** : La puberté signe les prémices de l'adolescence, avec l'apparition des caractères sexuels secondaires (pilosité, mue de la voix, poitrine chez la jeune femme), et gonadiques, lié à la maturation cérébrale du cortex hypothalamo-hypophysogonadique. Ce changement est basé sur les hormones GnRH sécrétées par le système endocrinien du système nerveux central : l'hypophyse et l'hypothalamus. L'hypophyse produit les hormones LH et FSH qui viendront agir sur les gonades en produisant les hormones sexuelles (la testostérone et l'oestradiol) qui amènent à la transformation du corps adolescent. Ces remaniements seront progressifs et concerneront la stature, les coordinations moins habiles des gestes, les caractères sexuels, la voix. Voir son corps changer s'accompagne bien souvent de questionnements.

➤ **Modèle cognitif** : Cette maturation adolescente s'accompagne d'une nouvelle forme d'intelligence qui passe du concret à l'abstrait « la pensée formelle ». **J. PIAGET** a décrit les stades de l'évolution de l'intelligence chez l'enfant, le stade formel qui existe entre 12 et 16 ans est celui où l'adolescent n'a plus besoin de passer par le concret, il a accès à un raisonnement abstrait, une démarche dite hypothético-déductive. **J. BJORK** décrit que le cerveau adolescent a besoin de plus de stimulations pour s'activer que le cerveau adulte, en effet le système de motivation du cerveau est plus difficile à activer chez le jeune que chez l'adulte de part son immaturité.

➤ **Modèle psychanalytique** : il y est décrit plusieurs enjeux à l'adolescence :

→ la **dépendance-autonomie** : le détachement des parents, l'investissement des pairs, tout en restant dépendant matériellement.

→ Les **problématiques pulsionnelles et émotionnelles**, en effet suite à l'enfance où les pulsions construisent le développement psychoaffectif, l'adolescent connaît l'avènement de la pulsion sexuelle orientée vers l'autre...

→ Des **mécanismes de défense** se mettent en place face aux changements, qui peuvent être source d'angoisse. Ce sont des processus mentaux automatiques et inconscients. **P. JEAMMET** et **D. BOCHEREAU** dans *La souffrance des adolescents* (2007, p.90-93) en décrivent quelques-uns :

- Le refoulement et le déplacement, qui sont des manières de déplacer des éléments dans

l'inconscient.

- L'intellectualisation et l'ascétisme, qui sont un moyen de lutter contre l'envahissement du corps et des pensées par les pulsions, en rationalisant et en contrôlant ses désirs.

Il existe d'autres mécanismes de défenses normaux à l'adolescence, mais qui sont dits psychotiques lorsqu'ils s'ancrent dans le fonctionnement relationnel de l'adolescent:

- l'identification projective, très répandue à l'adolescence, consiste à attribuer une pensée, un sentiment souvent négatif, à autrui, car il est difficile pour l'adolescent de reconnaître que cela lui appartient.

- Le déni, ne pas reconnaître des sentiments et émotions comme siens, ce qui conduit l'adolescent à occulter un pan de la réalité.

- Le clivage où la réalité se scinde en deux, le sujet n'en a pas conscience.

Ces trois mécanismes sont utilisés si l'angoisse devient trop importante et impossible à réguler d'une autre manière.

→ Le **deuil**, des repères affectifs de l'adolescent, avec la perte de l'objet œdipien, c'est à dire le détachement des parents, de l'image idéalisée d'eux. Mais aussi le deuil des repères psychocorporels, de son corps d'enfant.

→ La **place du narcissisme** dans la quête identitaire, nécessaire à l'investissement de soi et des autres, en choisissant des nouveaux objets d'identification afin de construire sa propre identité. Aux trois instances narcissiques décrites par **S. FREUD**, le Ça (comprenant l'inné et le pulsionnel), le Moi (siège des décisions), et le Surmoi (exigences parentale, régule les autres instances), s'ajoute l'Idéal du moi, l'adolescent est en recherche constante d'une image de lui qui le satisfasse.

➤ **Modèle sociologique** : L'adolescence est aussi un concept social qui diffère selon l'histoire et la culture. Selon les ethnies, il existe des rites de passage à l'âge adulte, parfois sans adolescence transitoire. Plus une société est complexe plus l'adolescence y est ancrée.

b) Enjeux à l'adolescence

Durant cette transition adolescente de nombreux enjeux apparaissent.

Il y a les **enjeux identitaires**, à travers cette émancipation parentale et le deuil de l'enfance, l'adolescent cherche et affirme sa personnalité. En parallèle à ce besoin d'individualisation de l'adolescent par rapport aux figures parentales, se fait sentir de le besoin

de s'identifier à autrui. Les assises narcissiques sont fragilisées par ce besoin d'investir. De nouveaux objets d'investissement narcissiques sont recherchés par l'adolescent à travers ses pairs ou dans des figures qui suscitent l'admiration.

Les enjeux **sociaux** sont majeurs à cette période, le jeune a besoin d'un groupe de pairs, fait ses premières expériences amoureuses et amicales, tout en découvrant des codes sociaux, qui l'amènent vers l'autonomie et la responsabilité. Ces nouveaux rôles et enjeux relationnels lui permettent d'évoluer vers un statut de jeune adulte.

Au cœur de ces enjeux adolescents, on retrouve le corps. Comme exposé précédemment, le corps a en effet une place centrale dans les enjeux de la période adolescente. Le schéma corporel est remanié suivant la maturation biologique, ce qui entraîne une nouvelle image du corps, de nouveaux éprouvés corporels, qu'il faut comprendre et donc s'approprier. **D. MARCELLI** et **A. LAMY** « *L'image du corps, telle que l'adolescent la ressent et telle qu'elle est perçue par les autres, devient le véhicule central de cette affirmation, d'où sa sensibilité extrême à l'image (...)* » (Marcelli et Lamy, 2013, p.25).

Au delà du processus de maturation psychique et physique, le corps est à la fois un nouvel objet d'investissement narcissique et un matériau malléable. Le corps est en relation avec l'espace, et aussi le lieu d'expression de soi. Et pour habiter ce corps, cela passe par le contrôle de l'aspect extérieur de celui-ci.

L'identité sociale s'affirme, cela s'exprime par le style vestimentaire, qui, comme une seconde peau quand il est investi, permet alors d'affirmer son corps et son identité. Le marquage du corps (tatouage, piercings) touche l'enveloppe corporelle et permet à l'adolescent de s'approprier son corps et de l'historiciser dans un but de donner du sens ou purement esthétique, qui nourrit l'estime de soi.

Ainsi, nous avons pu voir qu'à l'adolescence des transformations tant sur le plan psychique, que physique vont participer à la construction de l'individu. Le corps adolescent sera donc le moyen d'expression à travers lequel le jeune cherchera à répondre à ses interrogations. Il sera le lieu de recherche de soi, d'expression des questionnements et de la possible souffrance adolescente dans une mise à l'épreuve des ressentis. Il y a autant d'adolescents, que de modes de relation à leurs corps.

B/ Dépression

Mathilde est une jeune fille de 12 ans. Elle a vécu en foyer, et son climat familial est instable (conflits, violence physique, suspicion d'inceste). Elle est accueillie à l'hôpital de jour suite à une hospitalisation à temps complet, car elle présente des idées suicidaires, un antécédent traumatique et un état dépressif.

Je la rencontre pour un premier entretien d'évaluation. Elle semble fatiguée, absente, son corps bouge peu et lentement. Son ventre gargouille, elle s'en étonne et dit qu'elle n'a pas faim. Lorsqu'on l'interroge sur le motif de sa venue à l'HDJ, elle dit que « les médecins trouvent qu'elle va mal, ce qu'elle ne comprend pas ».

Ma maître de stage et moi lui demandons de localiser sur une silhouette du corps à quels endroits elle ressent une émotion qu'elle a pu évoquer. C'est un support utilisé en séance de psychomotricité afin de médiatiser la relation, afin de pouvoir aider le patient à évoquer ses ressentis, sans passer par des questionnements directs. Mathilde peine à localiser précisément les sensations qu'elle décrit lorsqu'elle dit être stressée ou en colère. Elle dit avoir le « blues » mais ne sait pas comment le dessiner, je lui demande alors ce qu'elle fait quand elle a le blues « Je n'arrive à rien faire », elle entoure alors tout le corps. Mathilde présente des scarifications sur ses bras, elle dit en souriant timidement que c'est « censé faire mal, mais que ça la soulage ». Lorsqu'on lui demande de localiser une émotion qu'elle ressent souvent, elle s'exclame « la peur » sur un ton enjoué, nous lui demandons de quoi elle a peur, elle répond sur un ton détaché avoir peur des comportements de ses parents. Ses propos sont assez discordants et notent un émoussement affectif.

La dépression est un trouble psychiatrique susceptible de toucher tous les âges de la vie. Cela induit donc une multitude de signes repérables, avec des manifestations cliniques diverses. Anciennement rangée dans les troubles de l'humeur, elle est actuellement classifiée selon le DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5) dans les troubles dépressifs.

a) Généralités

Après un passé de remise en question de la crise d'adolescence et des dépressions masquées, il fallut attendre 1980, pour qu'une sémiologie de la dépression adolescente soit décrite, lors de la publication du DSM-III, confirmant le postulat ancien de **J. E. ESQUIROL** d'une symptomatologie similaire à l'adulte (Chabrol, 2001, p.12)

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), 8% des adolescents entre 12 et 18 ans souffriraient de dépression (HAS, 2014). Actuellement, une augmentation des troubles anxiodépressifs a été relevée chez les adolescents, due au contexte de la pandémie de Covid-19.

À l'adolescence peu d'états dépressifs majeurs ou caractérisés (EDM) sont retrouvés, j'emploierai le terme « état dépressif » pour décrire les jeunes rencontrés lors de mon stage, en effet cette nuance « d'état » vient définir le caractère à la fois transitoire et présent dans lequel ils sont.

1 – Critères et diagnostics chez l'adolescent

L'épisode dépressif majeur (EDM) se définit chez l'adolescent par (Brunelle et Cohen, 2016, p.3):

A. La présence quotidienne d'au moins 5 des symptômes suivants sur une période d'au moins 2 semaines constituant un changement par rapport au fonctionnement antérieur.

Le critère 1 ou 2 doit nécessairement être présent:

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

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

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

D. Ne sont pas directement expliqués par la prise de substance ou par une cause somatique.

E. En cas de deuil, on n'évoque un EDM que si persistance des symptômes au-delà de deux mois.

Il existe des similarités entre l'EDM adulte et adolescent, avec quelques particularités chez l'adolescent : irritabilité, troubles externalisés (trouble d'opposition, trouble des conduites), des plaintes somatiques plus fréquentes qui peuvent masquer la dépression.

L'épisode dépressif majeur est aussi appelé EDC (Épisode Dépressif Caractérisé).

Selon la HAS, le diagnostic d'un EDC est clinique et repose sur l'association de :

- symptômes : troubles de l'humeur, du cours de la pensée, troubles physiques et instinctuels, cognitions négatives et idéations suicidaires ;
- une souffrance cliniquement significative ;
- un retentissement sur le fonctionnement.

Les symptômes doivent durer au moins 15 jours et être au minimum au nombre de cinq, comprenant un des deux symptômes cardinaux : humeur dépressive (ou irritable) ou perte d'intérêt (ou de plaisir).

Le diagnostic d'EDC est défini par la CIM-10 et le DSM-5

Il est nécessaire d'apprécier :

- son intensité : légère, modérée, sévère ;
- ses caractéristiques symptomatiques : mélancolique, atypique, anxieuse, mixte, psychotique

Par ailleurs, il est recommandé de faire un diagnostic différentiel de l'EDC vis-à-vis de certaines pathologies complexes comprenant des manifestations dépressives ou des perturbations liées à :

- une consommation à risque de substances psychoactives ;
- une affection médicale générale ;

- un épisode mixte ou un trouble bipolaire ;
- un trouble dépressif persistant ;
- un trouble de l'adaptation dépressif ou anxio-dépressif et autres troubles psychiatriques.

L'adolescence est souvent associée à l'idée de déprime, et la diversité des manifestations dépressives à l'adolescence rendent le diagnostic peu évident. La Haute Autorité de Santé décrit l'épisode dépressif à l'adolescence comme pouvant passer inaperçu à cause de la fluctuance des symptômes, de la persistance de certains domaines et de cette confusion entre EDC et dépressivité à l'adolescence.

2 – Sémiologie chez l'adolescent

La sémiologie est similaire à celle de l'adulte, elle est évoquée par **D. MARCELLI** dans *Les états dépressifs à l'adolescence* et **P. FERRARI** dans le *Traité européen de psychiatrie et de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent* (2012, p.560-568), qui sont les livres sur lesquels je m'appuierai pour cette partie.

- **Épisode dépressif majeur (EDM)** : Il est semblable à celui de l'adulte. Caractérisé par un ralentissement psychomoteur, une humeur dépressive avec une anhédonie (perte de plaisir dans la réalisation d'activités), un fléchissement scolaire, de l'autodépréciation, une préoccupation suicidaire, des troubles du comportement alimentaire et du sommeil.
- **Dépression mélancolique** : Avec ou non une présence des aspects maniaques, n'existe pas pendant l'enfance, est présente à l'adolescence, peu fréquente, souvent le diagnostic est mis en lien avec des antécédents familiaux.
- **Dysthymie** : Le début des troubles ressemble à une dépression classique et sévère. Le diagnostic ouvre sur la présence d'antécédents familiaux. Elle est associée à des troubles phobiques névrotiques anxieux, des troubles du comportement et des affections somatiques.

Certains tableaux sémiologiques sont plus spécifiques de l'adolescence :

- **Dépression d'infériorité** : la problématique y est essentiellement narcissique, caractérisée par une baisse importante de l'estime de soi touchant de nombreux domaines et un désinvestissement marqué. Cela implique chez l'adolescent des difficultés identificatoires, et face à une angoisse de perte d'identité, l'idéal du Moi y est fragilisé.
- **Dépression d'abandon ou état dépressif chez l'adolescent présentant une pathologie limite avec syndrome abandonnique** : Elle est présente chez les adolescents ayant subi dans l'enfance des carences affectives. Les points importants sont des sentiments de vide et des angoisses abandonniques importantes, des passages à l'acte auto/hétéro-agressifs, un sentiment d'infériorité.
- **Dépression masquée** : L'adolescent est dans une négation de son vécu dépressif. **P. JEAMMET** évoque trois types de troubles rencontrés dans cette forme de dépression :
 - Des préoccupations corporelles, venant traduire des difficultés d'intégration de son corps et de son narcissisme, cela peut se manifester par de l'hypochondrie ou de la dysmorphophobie.
 - Des troubles du comportement, caractérisés par des passages à l'acte venant empêcher la mentalisation et donc la prise de conscience de la dépressivité.
 - Des attitudes d'inhibition, ce sont les modalités privilégiées d'expression de la dépression à l'adolescence, qui affectent de nombreux domaines sociaux montrant la crainte de s'engager dans une relation affective.
- **Dépressions dans le cadre d'autres affections** :
 - organiques : maladies chroniques, handicaps.
 - dépression atypique : entrée classique dans la schizophrénie.
- **Morosité de l'adolescent** : état entre le normal et le pathologique décrit par **P. MALE**, assez fréquent, cela se caractérise par un désintérêt pour le monde extérieur et une humeur triste, tout en conservant la possibilité de réaliser des activités. Cet état fait écho à la période d'individuation de l'enfant.

L'état de Mathilde ressemble aux états dépressifs masqués, en effet ses passages à l'acte auto-agressifs, son attitude inhibée et le fait qu'elle semble ignorer pourquoi les médecins pensent qu'elle va mal, montrent qu'elle n'a possiblement pas conscience de cet état dépressif. Son vécu familial complexe et la vie en foyer à son jeune âge laissent penser que son état dépressif est possiblement consécutif aux antécédents traumatiques qu'elle a vécu.

3 – Facteurs de risques chez les adolescents

Un facteur de risque est un élément qui augmente la probabilité de survenue d'une maladie. Ils peuvent faire partie de la personne et sont dits individuels, ou peuvent être environnementaux. Dans ces deux cas, ils sont intéressants à connaître pour la prise en soin des patients, car ils peuvent être mis en lien avec leur vécu et font partie de leur histoire de vie.

La Haute Autorité de Santé a défini deux grandes catégories de facteurs de risque :

- **Facteurs de risque individuels** : Des antécédents de trouble psychiatrique, notamment de symptômes dépressifs, d'EDC, de risque suicidaire (idéation suicidaire, tentative de suicide, scarification), de troubles des conduites alimentaires et plus largement l'ensemble des troubles internalisés (dont les cognitions négatives) et des troubles externalisés (les fugues, les conduites à risque, la consommation à risque de substances psychoactives, les transgressions et la déscolarisation). Les antécédents traumatiques : état de stress post-traumatique, agression physique ou sexuelle, être témoin de violence.
- **Facteurs de risque environnementaux** : De mauvaises relations familiales et conflits intrafamiliaux, de mauvaises relations sociales, un événement négatif : agression, mort d'un proche, perte interpersonnelle, conflit, séparation parentale. Toute psychopathologie parentale, notamment la consommation à risque de substances psychoactives et la dépression maternelle.

La seconde cause de mortalité à l'adolescence, en France, est le suicide (Hauswald, 2016, p. 126). La dépression étant un facteur de risque, il est recommandé de rechercher des signaux d'alerte suicidaire chez l'adolescent.

Mathilde a vécu depuis toujours dans un environnement socio-affectif instable, a traversé des situations de maltraitance (agressions physiques et possiblement sexuelle), des conflits intrafamiliaux. À travers son histoire de vie, on peut donc retrouver des éléments qui sont des facteurs de risques individuels et environnementaux qui vont influencer sur son état dépressif et donc sur son vécu de l'adolescence.

4 – Traitements et thérapies

D'après la HAS, dans la prise en charge de la dépression à l'adolescence « *Il est recommandé d'assurer un maximum de continuité entre les personnes impliquées dans le repérage, le diagnostic et la prise en charge thérapeutique. Lorsqu'on repère une situation à risque, une attitude favorisant le soutien et l'empathie participe à la mobilisation de facteurs de résilience.* » (HAS, 2014).

L'évaluation et le traitement de l'adolescent déprimé consistent d'après **J. BRUNELLE** et **D. COHEN** (2016, p.15), dans un premier temps à évaluer et pallier le risque suicidaire (hospitalisation, sédation, intervention de crise). Ensuite, l'équipe soignante et le médecin psychiatre sont chargés d'évaluer la psychopathologie de l'adolescent et son contexte (sévérité et évolution de la dépression, comorbidité, environnement familial...). L'équipe soignante va pouvoir alors commencer à instaurer l'alliance thérapeutique avec le patient et sa famille. Les traitements de première indication à l'adolescence sont non médicamenteux. De l'évaluation, va pouvoir découler le choix d'une approche psychothérapeutique.

Selon la HAS, « *Il est recommandé de réaliser en première intention une psychothérapie chez un adolescent présentant un EDC. Des approches à médiation corporelle, imaginaire ou créatrice peuvent être proposées en association pour favoriser l'acceptation des soins psychothérapeutiques par l'adolescent et sa famille.* ». (HAS, 2014)

Les psychothérapies les plus usuelles citées sont la thérapie de soutien, la thérapie psychodynamique, les thérapies cognitivo-comportementales, la psychothérapie interpersonnelle, les thérapies systémiques et les thérapies psychocorporelles (engageant un travail pré-réflexif sur le corps propre). L'efficacité de la thérapie sera évaluée après 4 à 8 semaines.

Les traitements médicamenteux à l'adolescence sont réservés en seconde intention dans les cas de dépression sévère et persistante, et mis en place après avoir débuté un suivi auprès d'un médecin, ils sont régulièrement repensés et contrôlés selon les besoins du patient.

Un suivi somatique régulier est aussi nécessaire afin d'éliminer un diagnostic éventuel et surveiller les effets du traitement médicamenteux mis en place. Des règles hygiéno-diététiques peuvent aussi être mises en place, après installation d'une alliance thérapeutique.

Une intervention sur l'environnement peut être entreprise selon les besoins et le contexte. Ces interventions peuvent être centrées sur la famille (guidance familiale), la scolarité et la protection. Lorsque des interventions relèvent de la protection, il peut s'agir de placements dans une famille d'accueil, afin que le jeune puisse recréer des liens avec des adultes dans un milieu sécurisant. Il existe des interventions juridiques, telles que les Aides Éducatives en Milieu Ouvert (AEMO), le Placement éducatif à Domicile (PEAD). Sur le plan socio-éducatif, des Aides Éducatives à Domicile (AED) peuvent venir faire du lien avec les familles. Sur le plan du soin, le SAFT (Service d'Accueil Familial Thérapeutique) qui est un service de soin de l'hôpital, peut être proposé aux jeunes afin de les accueillir, sur indication du médecin. Des temps de prise en charge à temps complet existent (hospitalisations, structures de soins études) dans les cas les plus urgents.

Quelle est la place de la psychomotricité dans ces traitements ?

L'indication pour les thérapies psychocorporelles, place la psychomotricité comme un soin possible auprès des adolescents en dépression. Selon les structures, la présence d'un psychomotricien est possible, en hôpital de jour et en hospitalisation complète, le suivi en psychomotricité est indiqué par le médecin psychiatre référent du patient.

<p>Ainsi pour Mathilde, il a été décidé d'une hospitalisation à temps complet, puis à sa sortie, le relais en hôpital de jour pour adolescent a été mis en place. Un PEAD (placement éducatif au domicile) est actuellement mis en œuvre, alliant protection judiciaire pour Mathilde, tout en élaborant un partenariat éducatif avec ses parents.</p>
--

Les épisodes dépressifs sont souvent sous évalués à l'adolescence. Il est donc nécessaire de comprendre la limite entre la « déprime adolescente » souvent connue comme une instabilité émotionnelle, une morosité, des difficultés scolaires, une baisse de l'estime de soi, et un réel état dépressif. Ce qui viendra différencier un état « normal », d'un état « pathologique », sera l'intensité et l'installation des symptômes, et l'impact sur la vie de

l'adolescent. **C. PAUMEL** évoque en effet « *la différence avec la « déprime adolescente » est l'intensité et la durée de la douleur morale, la haine de soi, l'avènement d'une idéation suicidaire, et le retentissement sur le fonctionnement social, intellectuel, scolaire.* » (2019, p.245)

b) Théories et courants autour de la dépression

1 – Sur la dépression

Les deux approches, psychanalytiques et biologiques présentées ici traitent de la dépression d'un point de vue général sur l'individu, avant de pouvoir découvrir des approches centrées sur l'adolescence.

➤ **Approche psychanalytique :**

Certains psychanalyses envisagent les phases de dépressivité comme faisant parties du développement de l'individu.

→ **S. FREUD** : En tant que père de la psychanalyse, qu'il a fondé en 1910, Freud s'est penché sur la mélancolie, qu'il relie à l'état de deuil, dans la similarité face à la perte d'objet. Ce qui vient différencier la mélancolie du deuil, est le trouble de l'estime de soi.

→ **M. KLEIN** : Psychanalyste qui a travaillé sur le développement de l'enfant, elle reprend les travaux de **S. FREUD** et ajoute la dimension de réactivation de la position dépressive infantile dans la mélancolie. Chez les personnes à tendance dépressive, les bons objets internes n'étant pas suffisamment solides, la position dépressive n'a pas pu être surmontée.

→ **D. W. WINNICOTT** : Pédiatre et psychanalyste, met en exergue l'importance des soins maternels dans le développement de l'identité et du narcissisme chez l'enfant. Il décrit le concept de mère suffisamment bonne, dans lequel l'objet maternel fait face aux manifestations agressives du bébé, l'amenant ainsi à différencier réalité et fantasme de destruction. Si ce n'est pas le cas, alors ces pulsions dominent et l'enfant s'enferme dans une culpabilité. Les carences dans les soins donnés par les figures d'attachement fragilisent l'enfant sur le plan identitaire et narcissique.

➤ **Approche biologique :**

En plus des modifications affectant l'humeur, la dépression se traduit aussi par une perturbation des fonctions cognitives. Ces perturbations viendraient de déficits dans certains neuromédiateurs, dont la sérotonine, ce qui induit l'approche biologique de la dépression à s'appuyer sur le traitement par antidépresseurs.

La dépression sur le plan neurobiologique serait une pathologie de la connexion entre différents systèmes. Particulièrement le système cortico-limbique : « *Le manque relatif de régulation corticale du système limbique en réponse à un stress cognitif, émotionnel ou somatique pourrait expliquer l'hypersensibilité au stress, l'irritabilité et la tendance au suicide, qui sont des caractéristiques majeures et persistantes chez les sujets dépressifs.* » (Krebs et al., 2010, p.359)

Les altérations cognitives retrouvées dans la dépression ont pu être identifiées par les progrès de la neuro-imagerie. Les zones affectées sont le cortex préfrontal, l'amygdale et l'hippocampe. Le cortex préfrontal gère la mémoire à court terme et la planification, dans la dépression l'altération de cette zone provoque un ralentissement psychomoteur. L'amygdale correspond au centre de la gestion des émotions. L'hippocampe gère le processus de mémorisation, ainsi que la mémoire sémantique et épisodique.

Cela amène à conclure que les difficultés cognitives touchent essentiellement les capacités attentionnelles, la mémoire et les fonctions exécutives.

D. MARCELLI évoque des liens entre dépression et une éventuelle vulnérabilité biologique mettant en jeu ces structures cérébrales chez l'adolescent : « *Des études montrent des anomalies neurobiologiques [...] : des anomalies morphologiques, en particulier des anomalies de volume du complexe amygdalo-hippocampique, mais aussi des anomalies en imagerie fonctionnelle.* » (2010, p. 56)

H. CHABROL dans son livre *La dépression de l'adolescent* (2001, p.58-83) décrit les différentes approches autour de la dépression adolescente.

- **Approche comportementale :** La dépression à l'adolescence se définit comme une réduction de la fréquence des comportements adaptés. L'acquisition des comportements dépressifs met en jeu des mécanismes de conditionnement. Le conditionnement opérant par exemple, induit la diminution des comportements adaptés, suite à la réduction de renforçateurs positifs par un mécanisme d'extinction.
- **Approche cognitive :** Montre le rôle des dysfonctions de la pensée dans le passage des expériences conditionnantes négatives à des comportements dépressifs. **M. SELIGMAN** a décrit un modèle cognitif « l'impuissance apprise » qui vient faire le lien entre des événements négatifs incontrôlables du passé (perte, maladie...) qui conditionnent l'individu à se penser impuissant, développant ainsi troubles des affects, de l'estime de soi, de la motivation et la dépression.
- **Approche systémique :** La famille y est désignée comme un système dont les dysfonctionnements expliquent les désordres psychiques des membres. Les enfants y ont un rôle de stabilisateur et toute promesse de leur autonomie future représente un danger pour cet équilibre. Les comportements déviants ou les états dépressifs et suicidaires de l'adolescent viennent signaler celui du système.
- **Approche sociologique :** Le retentissement sur l'estime de soi chez l'adolescent des changements de valeurs et de société autour de cette période se traduit par un sentiment de rejet et d'impuissance, ce qui contribue à l'apparition d'un état dépressif. Certains préjugés et stéréotypes sociaux négatifs envers l'adolescence peuvent augmenter le sentiment de rejet et de déception vis à vis du monde des adultes à l'adolescence.
- **Approche psychanalytique :** La dépression adolescente est décrite par les psychanalystes comme la réactivation des conflits infantiles, subissant les effets de la puberté, de l'avènement de la sexualité, l'agressivité et les exigences externes. Selon l'intensité du refoulement ou de la réactivation œdipienne cela va induire deux types de dépression adolescente. Premièrement, la dépression dite « névrotique », avec un sentiment de perte des parents, la perte de la sécurité d'être un enfant. La dépression

dite « limite » avec un refoulement insuffisant, qui amène un clivage avec une haine de soi, du corps sexué, qui se manifeste par des conduites autodestructrices.

Nous pouvons donc en conclure, comme le dit si justement **C. PAUMEL** « *Une menace dépressive pèserait sur l'adolescent. Il est confronté au nécessaire désinvestissement et deuil des objets infantiles, ce qui réactive des angoisses de perte. De plus, les investissements à venir sont parfois vacants, l'adolescent se sentant alors perdu, seul, sans perspective. Cette période de transition suscite des vécus très douloureux, qui peuvent s'aggraver en sentiments profonds de vide intérieur avec absence de plaisir, angoisses d'effondrement, voire vécus de dépersonnalisation. Certains adolescents manifestent les effets d'un retrait narcissique : apragmatisme, inhibition, dépression franche. D'autres luttent contre la dépression par l'agir.* » (2019, p.243)

Toutes ces approches, sociologiques, psychanalytiques, systémiques et cognitivistes, permettent de prendre en compte les différents paramètres entrant en jeu dans la dépression de l'adolescent.

À propos de Mathilde, de multiples facteurs entrent en jeu, en croisant les différentes approches il est possible d'y trouver des pistes d'explication de son état dépressif. En effet, d'un point de vue comportemental, la réduction d'un renforçateur positif est à noter, d'un point de vue systémique son milieu familial est un système qui semble dysfonctionner. L'approche sociologique joue certainement aussi un rôle et du point de vue psychanalytique, la réactivation de conflits infantiles, la puberté récente et l'avènement des enjeux adolescent sont liés.

2) Image du corps

Aborder l'image du corps comme axe de travail dans ma problématique, m'amène à décrire les représentations du corps, pour avoir une idée plus complète de cette notion clé en psychomotricité. « *La représentation du corps renvoie à la manière dont le sujet s'attribue ses expériences corporelles. Elle repose sur une activité de représentation globale qui donne sens aux perceptions sensorielles et l'inclut dans une résonance affective.* ». (Giromini et al. 2015, p.227). Le schéma corporel, décrit sur des bases neurophysiologiques, proche du corps réel, et l'image du corps qui est l'incarnation identitaire du corps, sont deux facettes de ces représentations corporelles que nous sommes amenés à prendre en compte. « *Chacun a construit au fil de son histoire une identité, une unité psychomotrice qui nous définissent dans nos repères d'être et d'agir. Nous nous matérialisons au monde et nous existons par notre dimension corporelle* » (Marcos, 2002, p.101).

Les expériences corporelles viennent nourrir la psyché et participent à l'élaboration de la perception de soi. Le corps est la source des sensations, qui sont ressenties (perçues) et finissent par être connues (représentées). Avoir conscience de son corps provient de la perception de soi, qui se base sur les sensations corporelles.

L'image du corps est alors à la fois consciente et inconsciente. Ainsi, **H. BERGSON** développe deux notions, **l'image du corps** et **l'image de corps**. L'image de corps est la perception du corps à travers soi, c'est à dire le vécu corporel conscient, basé sur la perception. L'image du corps est la représentation inconsciente du corps, affectée par la perception.

La manière dont la personne a conscience de son corps évolue à l'adolescence et sera affectée dans le cas d'un état dépressif.

A/ Généralités autour du concept

a) La représentation

La sensation est à la base de tout, c'est une réaction de l'organisme à un stimuli reçu par les sens (toucher, odorat, goût, vision, ouïe). C'est une caractéristique à la fois universelle

(tous les êtres humains en relation avec leur environnement en ont une perception), mais aussi individuelle car il existe une variation interindividuelle dans le ressenti des sensations. La perception désigne la traduction des informations sensorielles perçues en les conscientisant. La représentation est l'action d'associer une figure, un symbole, un signe. C'est une image mentale associée à un objet, une situation connue, cela comprend une part d'interprétation.

En effet, la perception comprend une part de compréhension mais aussi de subjectivité. Cela amène pour chacun des sensibilités différentes en fonction de l'identité, du milieu socio-culturel, et des expériences vécues. Ces informations sensorielles, vécues, traduites et comprises sont archivées dans le cerveau par les processus de mémorisation. Cela permet lors de l'avènement de nouvelles perceptions de pouvoir les associer à des représentations déjà vécues.

b) Narcissisme

Afin d'étayer la compréhension du remaniement des assises narcissiques à l'adolescence, il me semblait important de venir définir le narcissisme et sa place dans les représentations du corps. Par narcissisme, **P. ANDRE** entend « *investissement affectif de soi, de sa propre personne, à l'origine du sentiment de sécurité, de confiance en soi, de l'estime de soi et qui fonde la connaissance de soi et l'identité.* » (2006, p.256). L'image du corps est subjective, dispose d'une part inconsciente, elle est le support de l'identité, donc intrinsèquement liée au narcissisme.

Dans son œuvre *Pour introduire le narcissisme*, **S. FREUD** décrit le narcissisme comme un investissement pulsionnel, nécessaire à la dimension subjective, en lui donnant une place dans la structuration de la personnalité du sujet. Lors du développement de l'enfant, les expériences corporelles l'amènent à découvrir son corps et se l'approprier. « *Le narcissisme consiste en un investissement préférentiel de la libido sur sa propre personne ou sa propre image. Le narcissisme est un stade normal mais très précoce du développement libidinal [...]. [il] donne l'impression d'accepter l'existence de l'autre, mais en fait, il réduit cette existence au service de la sienne ou à quelque manière d'être qui en est la négation* ». (Hanus, 1990, p. 269)

Le narcissisme primaire désigne, selon **J. LAPLANCHE** et **J. B. PONTALIS** un état précoce où l'enfant investit toute sa libido sur lui-même. Le sujet investit le Moi, le corps est

le premier objet d'investissement des pulsions et il se crée une image de lui même. La libido est définie par **S. FREUD** comme l'énergie motrice des instincts de vie. C'est lors de cette étape que le stade du miroir a lieu.

Le narcissisme secondaire, d'après **J. LAPLANCHE** et **J. B. PONTALIS** est le retournement sur le moi de la libido, retirée de ses investissements objectaux, c'est le bénéfice que la personne retire de l'autre, car cela vient nourrir le Moi. À l'inverse du narcissisme primaire, l'autre objet est réel, donc l'idéal se déplace, le sujet n'est plus l'idéal à lui-même mais il recherche l'idéal chez l'autre : c'est l'Idéal du Moi, la recherche chez l'autre de la représentation de ses propres valeurs.

Cette recherche de soi à travers l'autre et le développement de l'Idéal du Moi, sont deux thématiques présentes à l'adolescence.

c) Les représentations du corps dans le développement psychomoteur

Le corps est le premier lieu d'expérimentations corporelles et support de la symbolisation. Comment les mouvements, les sensations, la qualité des interactions précoces notamment avec les figures parentales, amorcent ces premières représentations chez le tout petit ? À la base de la construction des représentations du corps, en suivant le développement psychomoteur de l'enfant, on retrouve :

- Le rôle de l'étayage :

L'étayage d'une figure parentale, souvent associée à la mère dans de nombreuses théories, est nécessaire dans le développement des représentations de l'enfant. Les premières interactions du bébé avec la figure d'attachement, viennent nourrir l'enfant, notamment sur le plan de ses premières représentations. Dans *Clinique du Narcissisme : L'adolescent et son image* de **H. MAIDI** (2012, p.146), sont évoquées les théories de ces auteurs : **D. WINNICOTT** pour qui le visage du parent est le premier miroir de l'enfant et **D. MELTZER** qui dit que la mère est le premier objet perçu comme beau pour ses qualités sensorielles externes et sa toute puissance à répondre aux besoins du nourrisson.

Le parent prête son appareil à penser au bébé en interprétant et en décryptant ses éprouvés corporels pour connaître ses besoins. C'est ce que **W. BION** a théorisé, la figure

d'attachement possède une fonction alpha qui accueille et donne du sens aux sensations, angoisses et affects du bébé, qui sont les éléments bêtas. Ces vécus bruts (sensations, émotions) que sont les éléments bêtas, sont transformés par la fonction alpha du parent, en éléments alphas mentalisés. Le parent donne du sens aux perceptions de l'enfant, par ses paroles, ses actes, ses réponses et aide ainsi l'enfant à pouvoir différencier ses besoins et ses sensations. Le parent tient un rôle primaire dans l'élaboration de la symbolisation du tout petit, et tout au long de la vie, l'autre est indispensable dans ce processus.

- La symbolisation :

La symbolisation est un processus graduel, qui s'instaure dès les premières années de la vie. La symbolisation primaire, décrite par **D. ANZIEU** et reprise par **R. ROUSSILLON** se définit comme la production de représentations se basant sur les perceptions, lors des prémices de la formation du Moi. Ces représentations sont nommées par **R. ROUSSILLON** « représentations de choses ». Cette symbolisation primaire se fait en présence de l'objet, qui est la figure d'attachement, l'objet devient l'espace d'accueil et de mise en forme de la matière psychique brute de l'enfant. La symbolisation secondaire a lieu en l'absence de l'objet, il s'agit de la représentation traduite dans le langage verbal, dite « représentation de mot ».

- Le stade du miroir :

H. WALLON est le premier à s'être intéressé au rôle du miroir dans l'identification primordiale de l'enfant. Il décrit alors un stade du miroir, qui permet l'unification du corps et la connaissance d'une image extériorisée de soi. Ce stade se déroule entre 6 et 18 mois, d'abord l'enfant n'est pas en capacité de se reconnaître, il identifie l'image de ses parents, puis peu à peu, il comprend qu'il est en face d'une personne qui est lui même. **J. LACAN** s'est penché sur les travaux de **H. WALLON** et a décrit l'image spéculaire, qui est celle que l'enfant découvre dans ce miroir, une forme d'entité humaine qu'il n'associe pas encore à lui même, c'est un processus d'identification global, fondateur du « je ». Cette étape est un pas vers l'accès à la conscience de soi et à la symbolisation.

- Le développement des représentations du corps :

→ construction du schéma corporel :

Le schéma corporel fait appel à la somatognosie (connaissance de son corps) développée par **P. BONNIER**, en 1893 il introduit le terme de schéma corporel, qu'il définit comme la représentation permanente d'une figuration spatiale du corps et des objets, la dimension du corps en relation avec l'espace est à prendre en compte dans cette construction.

J. DE AJURIAGUERRA propose une définition du schéma corporel qui : « *s'édifie sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise, dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification* » (Giromini et al., 2015, p.228). Donc sensations et espace vont de pair dans la construction du schéma corporel. C'est ce que l'on retrouve dans la théorie développée par **A. BULLINGER** à propos du développement des espaces corporels (espace oral, du buste, du torse et du corps) qui se mettent en place à travers les expériences de l'enfant. Ainsi, il décrit que l'interaction de l'organisme avec son milieu aboutissent à des représentations qui organisent et orientent les mouvements.

L'apprentissage de la marche permet au bébé d'avoir accès à un espace en trois dimensions, et donc la verticalisation apporte de nouveaux repères corporels.

Le développement psychomoteur s'appuie sur une boucle comprenant la sensation, la perception et la représentation, qui est présente dans la construction des représentations du corps et notamment du schéma corporel.

J. LE BOULCH a décrit des stades de structuration du schéma corporel :

De 0 à 3 mois, c'est le stade du **corps subi**. La communication à cet âge est non-verbale et passe par le dialogue tonico-émotionnel. La vie de l'enfant est soumise aux sensations internes, aux besoins primaires (alimentation, sommeil, température corporelle, élimination et douleur éventuelle).

De 3 mois à 3 ans, lors du stade du **corps vécu**, la différenciation et l'interaction des différents systèmes de sensibilité (intéroceptif, proprioceptif et extéroceptif) vont permettre l'accès à la conscience corporelle. Quand l'enfant a accès à une notion de corps propre c'est à dire du corps vécu, il peut avoir une conception globale de son corps. Les différentes parties du corps sont reconnues mais non intégrées avant cette étape et celle du **stade du miroir**.

Dès le début de la deuxième année de vie **E. FREINET** parle d'un « tâtonnement expérimental » lorsqu'un résultat nouveau est obtenu, parfois par hasard, l'enfant cherche à le reproduire avec des variantes. Ce sont les premières manifestations de la fonction symbolique. L'enfant est alors capable d'utiliser un schéma intériorisé pour une situation nouvelle dont il a découvert la similarité entre les structures. Par l'expérience vécue du moment, l'enfant délimite progressivement son « corps » du monde des objets. S'établit alors une première ébauche des représentations corporelles en tant que représentations conscientes.

De 3 à 7 ans, stade du **corps perçu** : la perception du corps propre évolue en rapport avec la verbalisation, donc l'arrivée du langage en fait partie. C'est l'avènement de la fonction symbolique, qui continue son développement avec l'apparition de l'imitation différée selon **J. PIAGET**. Cette acquisition implique la représentation, c'est à dire l'intériorisation de modèles qui existent à l'état d'image. Arrivera ensuite le « jeu symbolique » qui se différencie du simple jeu d'exercice fonctionnel dans lequel l'enfant cherchera à reproduire des situations intégrées dans ses représentations. Le développement du langage est à associer étroitement avec l'évolution des représentations du corps. L'enfant peut porter une attention perceptive sur son corps, à 6 ans, il a une bonne représentation topologique de son corps, et peut percevoir la distribution spatiale des différents segments de son corps et accéder à l'espace orienté. Les progrès les plus significatifs portent sur l'ajustement postural qui bénéficie d'une régulation tonique mieux équilibrée.

De 7 à 12 ans, le dernier stade est celui du **corps représenté**. C'est une représentation mentale du corps, qui permet d'être utilisée comme référentiel. Il y a apparition de la structuration spatio-temporelle, l'enfant connaît la latéralité sur soi vers 6 ans et acquiert la réversibilité à 8 ans : il a accès à un repère egocentré et exocentré.

Nous retiendrons que le **schéma corporel** est une représentation topographique de notre corps qui permet de s'ajuster à l'environnement, c'est un repère d'organisation dans l'espace. Sa structure commune nous permet de nous reconnaître comme appartenant à l'espèce humaine. Le schéma corporel se construit chez l'enfant grâce aux expériences motrices, sensorielles, émotionnelles et affectives rencontrées. C'est un concept que l'on peut donc dire subjectif puisque modelé par les expériences du sujet, et en évolution tout au long de la vie selon les expériences et modifications corporelles.

→ Construction de l'image du corps :

J-M. ALBARET en propose une définition « *L'image du corps (système de perception des formes) sert à l'identification et à la reconnaissance du corps et répond à la question « Quoi ? » (Quel corps suis-je ? Quelles sont les particularités de mon corps ou de mon apparence corporelle ?). Elle regroupe des perceptions et des attitudes à l'égard de son propre corps qui s'expriment par des pensées, des convictions, des sentiments mais aussi des comportements. Il s'agit d'une construction composite dans laquelle se retrouve des évaluations portant sur la satisfaction ou l'insatisfaction de l'image du corps, mais aussi un investissement de cette image du corps, qui aura des conséquences à la fois comportementales, cognitives et affectives. Cette image du corps est influencée par un ensemble de facteur socioculturel, psychologique, biologiques. Elle est par définition consciente.* » (Busschaert et al., 2015, p.216). L'image du corps a donc une part consciente, peut être source de satisfaction ou d'insatisfaction et se base sur des facteurs socio-culturels, biologiques et psychologiques.

Nous pouvons donc en résumer, que **l'image du corps** est le lien entre le corps et le psychisme, dans l'idée que chacun se fait de son corps. Sa dimension subjective permet de dire qu'elle est impactée par les représentations que chacun se fait de son corps, par la relation à l'autre et à l'environnement. L'image du corps est aussi soumise à la part inconsciente des assises narcissiques de l'individu. L'image du corps est une composante de l'image de soi, qui permet d'avoir le sentiment d'habiter son corps, de se sentir soi, ce qui permet de s'approprier son corps. En lien avec la manière de se percevoir, l'estime de soi peut être associée à l'image du corps. La représentation de soi est une construction que l'enfant développe grâce à l'étayage de son entourage, et aux expériences passant par le corps. Ces représentations sont en perpétuel remaniement tout au long de la vie, notamment avec les enjeux de la période adolescente.

d) Théories sur les représentations du corps

Dans cette partie, je citerai différents auteurs issus de différents domaines et leurs apports théoriques sur les représentations du corps (schéma corporel et image du corps) en suivant une trame chronologique pour montrer l'évolution autour de ces concepts :

- **P. SCHILDER** : Neurologue, psychiatre et psychanalyste, nourri par les travaux de **HEAD** et **S. FREUD**, est le premier à théoriser l'image du corps, à la parution de son

ouvrage L'image du corps en 1935. Il utilise en premier le terme de schéma corporel et d'image du corps avec peu de nuances entre les deux, et ajoute la dimension sociale dans la construction de l'image du corps.

➤ **F. DOLTO** : Elle s'intéresse aux représentations du corps, notamment à l'image du corps dans la prime enfance. Elle distingue image du corps qu'elle nomme « image inconsciente du corps » et schéma corporel de la manière suivante :

- à propos du **schéma corporel**, elle propose une idée anatomique et physiologique commune à toute l'espèce humaine qui se structure par l'apprentissage et l'expérience.

- à propos de **l'image du corps**, elle développe l'idée de subjectivité « *propre à chacun : liée au sujet et à son histoire.* » et insiste sur la notion d'image inconsciente. Elle affine les deux concepts et propose une vision sur trois niveaux : image de base, image fonctionnelle, image érogène.

Elle développe ainsi ces trois sous-composantes de l'image du corps :

→ L'**image de base** qui fait appel à une structure permettant la continuité d'exister le sentiment d'être soi, à la fois corporel et spatio-temporel. Elle est reliée par **F. DOLTO** à ce qu'elle appelle un narcissisme primordial qui traduit le désir de vivre.

→ L'**image fonctionnelle**, chargée libidinalement dite aussi « image sthénique d'un sujet » a une fonction dynamique de satisfaction des besoins.

→ L'**image érogène**, en lien avec le plaisir et le déplaisir dans la relation à l'autre.

➤ **E. PIREYRE** : Psychomotricien de formation, il décrit **l'image composite du corps** dont le schéma corporel est une sous composante nommée « *la sensibilité somato-viscérale* ». Pour lui l'image du corps ne peut pas être monolithique, car elle s'appuie sur plusieurs éléments, il évoque neuf sous-composantes de base de l'image du corps :

- La **continuité d'exister**, aussi appelée subjectivité, se constitue avec la sensorialité dans le développement psychoaffectif de l'individu.

- L'**identité**, qui se construit à partir de la sensorialité, du dialogue tonico-émotionnel dans les interactions précoces et de la mémoire. La part subjective et l'appropriation des souvenirs du sujet en font aussi parti.

- L'**identité sexuée** (depuis l'édition 2021 de Clinique de l'image du corps dite de genre), se construit plus tardivement dans le développement, elle dépend aussi des sensations corporelles, de l'assignation consciente et inconsciente des parents, et des croyances subjectives et sociales.
- L'**enveloppe**, qui comprend la peau à la fois physique, et psychique. L'enveloppe est la représentation psychique de la peau, elle comprend aussi les orifices du corps qui appartiennent au bases du développement psychoaffectif de l'enfant.
- La **sensorialité**, ou sensibilité somato-viscérale, est pour **E. PIREYRE** une question de seuils, qui diffèrent chez chacun selon deux mécanismes : la sensation, décomposée en sensibilité somatique (somesthésie) et viscérale (intéroception). Et la perception, qui serait le traitement affectivo-moteur de la sensation. L'appareil sensoriel serait lié aux représentations subjectives que nous construisons du monde et de notre corps.
- L'**intérieur du corps**, fait allusion à l'architecture osseuse, aux muscles, pouvoir se construire une représentation d'un axe du corps osseux n'est pas inné, en effet lors du développement de l'enfant l'intérieur du corps est n'est perceptible *« que par les afférences proprio- et interoceptives qui sont fournies par le rythme respiratoire, la douleur éventuelle ainsi que par le trajet interne du bol alimentaire. »* (Pireyre, 2021, p.79). L'enfant doit donc se baser sur les informations de son corps à la fois sensorielles, tactiles, vestibulaires, pour prendre conscience de l'intérieur de son corps et ainsi le différencier du monde extérieur.
- Le **tonus**, renvoie aux états toniques de l'individu et à ses éventuelles particularités, **E. PIREYRE** dit *« Il s'agit de traces, inscrites dans le corps, des premières expériences relationnelles. »* (2021, p. 96) il le relie à la vie psychique et vient ainsi y faire le lien avec l'image du corps.
- Les **communications corporelles**, le corps est le support primaire de la communication, ainsi il s'agit de toutes les attitudes de communication non verbale qui impliquent le corps, à l'image du dialogue tonico-émotionnel décrit par **H. WALLON**.
- Les **angoisses corporelles archaïques**, sont inconscientes et se constituent lors du développement de l'enfant. Elles appartiennent à l'histoire du sujet et peuvent être des angoisses d'effondrement, de morcèlement, de liquéfaction, de dévoration.

Selon **E. PIREYRE**, les trois sous composantes décrites par **F. DOLTO** sont indirectement reliées à l'image du corps et donc à remodeler en image composite du corps :

→ l'image de base est associée à la continuité d'existence.

→ l'image fonctionnelle est l'identité.

→ l'image érogène est l'identité sexuée, nouvellement identité de genre.

- **J.D. NASIO** : Psychiatre et psychanalyste, il dit que l'image du corps pourrait venir constituer le **Moi** : « *Je tiens l'image du corps pour la substance même de notre Moi. [...] Nous sommes ce que nous sentons et voyons de notre corps. Notre Moi est l'idée intime que nous formons de notre corps, c'est à dire la représentation mentale de nos ressentis corporels, représentation changeante [...].* » (2007, p.81).
- **O. MOYANO** : Psychologue et psychomotricien, il qualifie les représentations du corps de **dynamiques**, ainsi que le corps lui même, modelé par l'histoire de vie : « *Les représentations dynamiques du corps, si elles existent, ne peuvent être définitives, à l'instar des images, mais des représentations sans cesse en remaniement et transformation à la faveur des événements offerts par la vie et les situations cliniques.* ». (Branchard et Moyano, 2018, p.212)

e) L'image du corps parle à travers le corps

Précédemment, il a été évoqué la manière dont l'adolescent sait se saisir du style vestimentaire pour s'exprimer, or cette expression de l'image du corps qui est consciente, peut se révéler dans les aspects inconscients et fonctionnels du corps.

Le corps est un outil de communication et cette communication passe entre autres par la communication non verbale.

- **Communication non verbale** : cela regroupe tout ce qui n'est pas transmis par la parole et a une place majeure dans les échanges. D'après **J. CORRAZE**, les communications non verbales sont « *l'ensemble des moyens de communication existant entre des individus n'usant pas du langage humain ou de ses dérivés non sonores (écrits, langage des sourds muets,...)* » il s'agit donc selon lui des gestes, des postures, des orientations du corps, des singularités somatiques, naturelles ou artificielles, et des rapports de distance entre les individus. On peut donc établir qu'il s'agit d'un langage corporel, qui correspond aux mimiques faciales qui permettent

l'expression des affects (sourire, regard,...), la voix qui grâce à ses modulations permet de laisser filtrer les émotions, à la posture, au toucher, aux gestes qui ont pour valeur de renforcer nos propos. Toute cette mise en jeu corporelle signe la façon dont l'individu habite son corps.

- Le **Tonus**, qui est aussi un élément de la communication non verbale, permet l'intégration du moi corporel avec sa fonction de cohésion de l'ensemble du corps porté par la contenance tonique. Cette cohésion passe par la sensation interne du corps propre, de la perception et de la conscience de soi. La conscience de soi passe par la conscience d'être en relation, la conscience d'être en mouvement. Associée au tonus par la théorisation du dialogue tonico-émotionnel de **H. WALLON**, reprise par **J. DE AJURIAGUERRA**, la dimension affective de l'individu s'ancre dans le vécu corporel. En effet, **W. REICH** dit que « *Toute rigidité musculaire contient l'histoire et la signification de son origine* ». (Delourme et Marc, 2014, p.141). Ainsi le tonus vient exprimer le vécu corporel et émotionnel qui forment l'identité du sujet.

B/ Image du corps de l'adolescent déprimé

a) Image du corps à l'adolescence

La puberté, du fait des remaniements corporels et psychiques qu'elle entraîne, est en corrélation avec une difficulté à voir son corps changer à l'adolescence. Il s'agit de faire le deuil de son corps d'enfant, pouvoir apprivoiser ce corps en transformation, il y a un décalage entre le corps réel et l'image de soi. Il est possible que l'adolescent ait un sentiment d'étrangeté face à son image dans le miroir ou à des éprouvés nouveaux. « *Pour stabiliser les représentations corporelles intégrant les nouvelles données anatomiques, sensorielles, émotionnelles, l'adolescent doit donc ré-éprouver son corps, le ré-apprivoiser, pour apprendre à le connaître avant de pouvoir de nouveau se reconnaître.* » (Paumel, 2019 ,p.232)

L'adolescent est fasciné par l'image à commencer par sa propre image. La recherche de l'image de soi fait partie du processus adolescent, le jeune cherche à se retrouver visuellement à travers les photos, les vidéos et le miroir, ainsi que ses pairs. Intrinsèquement lié au narcissisme et à l'image, évoquer le miroir à l'adolescence (dont le rôle est structurant pour l'identité dans le stade du miroir) revient à parler de l'image spéculaire et de la fonction miroir de l'autre. L'image spéculaire renvoie au double perçu dans le miroir. Ce double est aussi

recherché chez l'autre à l'adolescence afin de nourrir un sentiment d'appartenance et ainsi l'identité. **C. POTEL** à propos de la relation à l'autre à l'adolescence « *La relation en double, en jumelage, est un thème classique de l'adolescence. L'autre est un reflet de soi, qui rassure et consolide* ». (2015, p.77)

b) Image du corps et dépression : Mouvements de l'image du corps

Selon **J. D. NASIO** l'image du corps constitue le Moi, d'après **S. FREUD** le Surmoi qui est l'instance critique serait responsable de la culpabilité du Moi, en pouvant devenir persécuteur. **S. FREUD** dit aussi que « le Moi est avant tout un Moi corporel » (Dejours, 2009, p.228). La culpabilité éprouvée par le Moi du déprimé évoquée précédemment, amène à penser que le mal être du déprimé dirigé vers le Moi, est donc dirigé sur son image du corps.

Selon **F. DOLTO**, les pathologies de l'image inconsciente du corps sont un échec de la symbolisation. Les pathologies touchant l'image du corps viennent signer une altération de la capacité de mentalisation. D'où l'importance d'un travail thérapeutique s'intéressant à relancer les processus de symbolisation. Ainsi, le travail du psychomotricien visera à relancer ces processus de symbolisation en réunifiant et renarcissant le corps désinvesti ou support de projection dans la dépression.

A. CICCONE évoque la place du corps dans la souffrance psychique. L'expérience corporelle est selon lui la base de la vie psychique et de la perception du monde. Comme **S. FREUD** avant lui, il dit que le corps est un lieu de transit de la réalité psychique, il en est la source et le lieu d'expression : « *Non seulement, il fabrique de la réalité psychique, il est le terreau à partir duquel se construit la substance psychique, mais il est le lieu d'expression de cette réalité.* » (2016, p. 48). **A. CICCONE** décrit alors trois fonctions du corps. En premier lieu, l'évacuation des éprouvés non pensables, on retrouve cette forme dans l'agir adolescent. Ensuite, le corps est aussi une scène qui permet d'exprimer la conflictualité psychique. Et enfin, il est un mode de traitement de la conflictualité, car il localise le trouble par un symptôme, ce qui apaise le sujet.

F. LADAME étaye ce postulat dans le film « À la rencontre de la dyade corps-psyché » réalisé en 2003 par **L. BIELER** et **I. CHARPINE-PISCAGLIA** : « *La psychopathologie de l'adolescent va s'exprimer au travers du corps : un adolescent qui va mal a en général une haine de ce corps. Le corps devient une sorte d'écran de projection de la mauvaiseté de tout ce qui est haïssable en lui.* » (Biéler et Charpine-Piscaglia, 2012, p.28)

Crystal a 15 ans au moment de notre rencontre, il se genre au masculin depuis deux ans et possède un style vestimentaire travaillé. Lors de nos entretiens d'évaluation, il présente peu de mimiques et de modulations de la voix. Il se dit être en dépression dès notre première rencontre. Il peut alors décrire une angoisse liée à l'école et à la foule, qui déclenche des crises d'angoisses. Nous lui proposons de pouvoir localiser sur un dessin d'une silhouette du corps les éléments évoqués précédemment. Crystal dessine la dépression tout autour du corps, et localise de manière vague les sensations qu'il a pu décrire.

Il dessinera lors d'une séance suivante une silhouette, avec une sorte de gribouillage au crayon noir sur le visage, qu'il intitulera « la tempête... ».

Les éprouvés corporels témoignent du vécu de l'individu, il s'agit des sensations, perceptions autour du corps.

Ce corps éprouvé dans la dépression revêt différents aspects selon l'individu et la particularité du vécu corporel de chacun. **P. ANDRE, T. BENAVIDES** et **F. GIROMINI** disent que « *Le déprimé ne trouve plus l'étayage nécessaire à une bonne image de lui même (...) L'appui corporel n'existe plus, ce qui renforce le malaise dépressif* » (2004, p.84). Le corps est alors perçu par l'individu comme faillible. Ce corps peut être désinvesti et cela se traduit par des sensations et des représentations du corps abrasées. La temporalité est perturbée, la personne est dans un espace-temps dans lequel il est difficile de pouvoir se projeter autrement. Parfois les états dépressifs sont associés à des vécus traumatiques, qui amènent à un clivage ou une séparation du corps et de l'esprit qui provoque des états dissociatifs, tels que la déréalisation, la dépersonnalisation.

Le désinvestissement du corps et l'aboulie (manque de motivation) peuvent être associés à des états d'incurie, dans lesquels le fait de prendre soin de soi en répondant aux besoins basiques de propreté devient trop complexe à réaliser. Le dégoût de soi, est souvent retrouvé dans les états dépressifs. Parfois couplé à des événements de vie complexes (traumas) cela signe un vécu douloureux de l'image du corps et de l'estime de soi. Le corps vécu a perdu toute capacité à être agréable et source de plaisir.

Le ralentissement psychomoteur retrouvé dans les manifestations dépressives, s'exprime de manière observable avec des gestes plus lents et décomposés, une lenteur idéatoire, pouvant parfois être perçue par l'individu. Cela oblige à dépenser de l'énergie

supplémentaire pour des actions autrefois plus simples à réaliser. Cette fatigue peut aussi être reliée alors à une baisse de motivation (aboulie) et une incapacité à commencer une action (inertie).

Comme Crystal l'a dessiné, la dépression peut affecter toute la perception du corps de l'adolescent.

2 – Stratégies d'expression corporelle de la souffrance

Le corps peut être un support à l'expression de la souffrance psychique dans les états dépressifs, ce qui peut induire une auto-agressivité tournée contre le corps. Cette l'auto-agressivité est parfois soumise à l'impulsivité du sujet qui amène le passage à l'acte, parfois anticipée, ou ritualisée. Dans le contexte de l'agir adolescent, du fait de la difficulté à réguler les tensions, ce recours à l'acte est plus fréquent dans les manifestations dépressives.

Dans les états dépressifs adolescents liés aux troubles du comportement alimentaires, le corps est là aussi à la fois objet et instrument de la souffrance.

Alizée est une jeune fille de 15 ans, elle sort d'hospitalisation à temps complet lorsque je la rencontre. Elle est accueillie à l'hôpital de jour car elle présente des idées suicidaires, un état dépressif et une suspicion de TCA.

Alizée est assise dans une posture regroupée lors de l'entretien d'évaluation, lorsqu'elle nous parle elle semble absente, son regard entre peu en contact avec celui de ma maître de stage ou le mien. Elle tremble tout au long de la séance, malgré le manteau épais qu'elle porte. Alizée pratique peu d'activités à part le maquillage ou le sport, qu'elle dit pratiquer tous les jours dans sa chambre. Nous lui proposons un questionnaire du corps développé autour de questions à propos du corps et de l'adolescence, et des ressentis autour de ces thèmes, c'est un support utilisé dans les séances de psychomotricité à l'hôpital de jour. Cela permet ainsi de venir médiatiser la relation autour d'un support favorisant les échanges. À la question « qu'est ce qu'un corps », elle répond « on vit dedans », elle évoque les menstruations et la croissance comme l'entrée dans l'adolescence. Une grille permet d'indiquer la manière dont on sent son corps, Alizée viendra y noter « fatigue », « lenteur » et « source de déplaisir ». Son ton de voix reste détaché, y compris quand elle évoque des scarifications pour soulager son angoisse ou sa propre entrée dans l'adolescence par des menstruations « très jeune ». Elle semble détachée de son corps, elle y « vit dedans » mais paraît étrangère à tout ce qui y est lié.

3 – Impact des symptômes dépressifs sur le corps adolescent

L'aboutissement de ce vécu de souffrances, à la fois perçues et inconscientes, induit chez l'individu dans un état dépressif, des somatisations, un vécu du corps associé à des douleurs chroniques, une fatigue constante. Les rythmes de sommeil et d'alimentation peuvent aussi être perturbés.

Aline a 17 ans, lorsque je la rencontre en Hôpital de Jour pour adolescents. Elle sort d'une hospitalisation à temps complet. Lorsque nous l'accueillons en entretien, ma maître de stage et moi, elle nous dit en premier « Je ne vais pas créer de problèmes ». Sa posture est très figée, elle bouge peu et très lentement. Elle est amimique, et présente une prosodie lente. Lorsque nous lui posons des questions, elle met du temps à pouvoir y répondre ce qui laisse percevoir une lenteur idéatoire.

Nous lui demandons ce qui l'amène à l'hôpital de jour, elle se dit être en dépression. Alors, elle commence à nous expliquer que c'est un trouble de l'humeur, et évoque les liens avec le fonctionnement du cerveau. Aline évoque ses idées noires, qui lui donnent du dégoût et de la peur, qu'elle situe au niveau de son ventre. Aline décrit avoir des contractions au niveau des trapèzes, liées à son stress, ce qu'elle vient représenter sur la silhouette du corps où nous lui avons proposé d'y localiser ses émotions. Elle nous dit être angoissée, ce qu'elle associe à son eczéma et à « se faire du mal » lorsqu'elle se gratte. Lorsque nous cherchons à en savoir plus sur le versant de l'automutilation, elle nous décrit aussi avoir fait de la trichillomanie.

« *Le symptôme qui prend forme dans la plainte corporelle est à entendre comme une manifestation de l'angoisse* ». (Potel, 2015, p.246) Les possibles somatisations viennent traduire une angoisse, comme dans le cas de Aline qui fait d'ailleurs le lien entre son eczéma et son angoisse. **C. POTEL** dit « *La souffrance somatique prend la place d'un conflit encore impensable et la demande d'aide qui est avant tout une demande de soulagement, aura pour effet -dans les bons cas- d'ouvrir cet impensable.* » (2015, p. 246), en effet, parfois l'adolescent déprimé aura tendance à parler plus facilement de ses symptômes physiques que de la douleur psychique.

Après avoir exploré les spécificités de la dépression à l'adolescence, des représentations du corps, de l'image du corps, il est temps de s'interroger sur la place de la psychomotricité et sur l'accompagnement qu'il est possible de proposer.

Partie II - Prise en charge et approche psychomotrice

« Les mots du corps sont les mots de l'âme, ainsi on ne doit pas chercher à guérir le corps sans chercher à guérir l'âme. »

PLATON

Le psychomotricien dans sa pratique est au cœur de plusieurs versants : un versant rééducatif et un versant thérapeutique, qu'il s'appropriera et adaptera à sa pratique. C'est cet aspect de thérapie psychomotrice qui est en jeu dans la prise en charge des adolescents et des états dépressifs. Les thérapies psychomotrices placent la relation, les émotions, et l'expression comme éléments centraux dans le processus, tout en proposant des médiations corporelles qui viennent être le support de l'expression. **C. POTEL** suggère une définition de ces médiations corporelles, d'après elle « propose un espace « entre » un objet commun à partager et à créer, cet objet se faisant en quelque sorte témoin de la relation existante entre deux personnes ou entre les membres d'un groupe » (2019, p.401).

Le corps est le premier support des représentations et de l'expression, il est donc l'élément essentiel dans la prise en charge.

1) Accompagner les états dépressifs

La psychomotricité est une thérapie à médiation corporelle, **C. POTEL** décrit quelques objectifs de ces médiations « proposer un lieu d'expériences, de sensations et de perceptions ; [...] aider à la transformation d'éprouvés en représentations » (2019, p. 403). Pouvoir retrouver de la sécurité et de l'ancrage dans son propre corps, permet de retrouver un accès à la symbolisation. En effet, les représentations du corps sont appauvries et la symbolisation est abrasée dans les états dépressifs. Ainsi, les propositions de médiations visant à la conscience corporelle, peuvent être aidantes, notamment dans la prise en charge des états dépressifs.

A/ Conscience corporelle, conscience de soi

Selon E. PIREYRE « *Prendre conscience de son corps, c'est, pour le système nerveux central, recenser et analyser des afférences sensorielles de la périphérie ou de l'intérieur du corps et y consacrer une certaine quantité d'énergie attentionnelle.* » (2021, p. 215). Pour favoriser l'accès à la conscience corporelle, il s'agit de pouvoir proposer dans l'espace de la psychomotricité une médiation, qui viendra nourrir les représentations du corps à l'aide d'informations sensorielles, venant refaire du lien avec la triade sensation, perception et représentation. Ainsi, cela permettrait un retour réflexif à soi même, à son identité.

Ce lien entre le corps et l'esprit, une fois permis, la personne peut avoir accès à une conscience corporelle d'elle même, qui viendra revaloriser ses assises narcissiques. E. PIREYRE développe cette idée à propos de la conscience corporelle, en ajoutant « *En se situant à l'interface de la sensorialité et des processus représentationnels, elle permet l'accès à certaines composantes de l'image du corps.*» (2021, p. 215) venant affirmer l'interaction entre image du corps, conscience corporelle et représentations (corporelles).

B/ Une attention portée au corps par la médiation

Il n'existe pas de médiation spécifique pour cela, tout ce qui permet d'amener de l'attention vers les états du corps est adéquat. La médiation proposée doit être adaptée au patient, à ses besoins, ses symptômes. Les médiations possibles qui viennent refaire du lien avec la conscience corporelle que je choisis d'aborder sont la relaxation et le toucher thérapeutique.

La relaxation

Le Larousse en propose deux définitions, selon la première, la relaxation est une « *détente physique et mentale résultant d'une diminution du tonus musculaire et de la tension nerveuse* ». La seconde s'approche de la pratique psychomotrice de la relaxation en la définissant comme « *la méthode visant à obtenir cette détente par le contrôle conscient du tonus physique et mental afin d'apaiser les tensions internes et de consolider l'équilibre mental du sujet* », or l'équilibre mental est central dans ce qui pousse à consulter en pédopsychiatrie et ce sur quoi le psychomotricien est amené à travailler en refaisant du lien

avec le corps. Au cœur de ces deux définitions, on retrouve le tonus et l'attention sensible à soi.

La relaxation s'appuie sur la triade sensation, perception, représentation afin d'amener à une réappropriation globale du corps. Cette boucle permet une mise en sens au niveau psychique, grâce aux expériences et aux sensations vécues, qui permet l'accès à la représentation.

La pratique de la relaxation se déroule en quatre étapes : la mise en place du cadre sécurisant, l'application de la technique proposée avec appréciation du relâchement musculaire, la reprise et la verbalisation. La mise en mot des éprouvés corporels est une étape importante à la symbolisation : le langage, les mots qu'ils soient du patient ou du psychomotricien font tiers symbolique, et refont du lien entre le corps et l'esprit. Ce cheminement permet alors une actualisation du schéma corporel (par une reconnaissance topographique et affective des parties du corps et de leurs articulations) et peut ainsi amener à un réinvestissement narcissique de l'image du corps.

Deux méthodes de relaxations, parmi celles que j'ai pu proposer aux patients, me semblent pertinentes à aborder, de part la manière dont le sujet est « acteur » de cette relaxation, et leur relation avec la conscience corporelle.

Le training autogène de Schultz

J. H. SCHULTZ psychiatre et neurologue allemand, élabore sa technique du training autogène de Schultz entre 1908 et 1912, inspiré de travaux sur l'hypnose et le sommeil. Il publie en 1932 sa première édition du Training autogène.

C'est une technique de détente consciente, d'auto-hypnose, visant à l'autonomie du patient, qui après un apprentissage est à même d'avoir accès à la détente. Le but est d'amener cette détente à se généraliser dans tout le corps.

Les conditions de l'environnement sont à mettre en place en premier, **J. H. SCHULTZ** recommande de « *pratiquer le training dans une pièce tranquille de température moyenne, dans une demi-obscurité* » (2013, p.28) afin de favoriser la concentration. L'attitude corporelle du patient doit éviter la survenue de tensions, il peut être en position debout ou assise, sa posture doit être confortable en favorisant un maximum l'appui des bras ou de la tête. Inspiré de l'hypnose, le training commence par un rituel de début invitant à fermer les yeux, puis une induction au calme. La méthode est découpée en six exercices de base, composés d'inductions verbales à la première personne du singulier axées sur des sensations

(pesanteur, chaleur, fraîcheur) associées à des parties du corps. Elles invitent à ressentir : l'expérience de la pesanteur, l'expérience de la chaleur, le contrôle du cœur, le contrôle respiratoire, la chaleur de l'abdomen, et la fraîcheur du front. Le rituel de reprise est constitué de mouvements de flexion de l'avant bras, de respirations profondes, et d'une demande d'ouvrir les yeux.

La relaxation progressive de Jacobson

Méthode élaborée en 1928, par un médecin américain **E. JACOBSON**, c'est une relaxation dite active, qui travaille sur la décontraction musculaire. La détente naît de la perception d'un état physiologique, d'abord de tension, puis de relâchement.

Elle agit à six niveaux, la détente des bras, des jambes, de la respiration, du front, des yeux et de la gorge, découpés en trois étapes : d'abord l'étude de la tension musculaire, puis du relâchement et la prise de conscience des muscles individualisés avant.

Dans cette méthode, le patient suit la guidance verbale du thérapeute, tout en restant acteur de la relaxation en initiant les mouvements et en étendant sa perception du corps aux muscles.

Le Toucher Thérapeutique

L'action de toucher implique une dynamique relationnelle, c'est une prise de contact physique, c'est aussi porteur de nombreuses significations et d'une valeur émotionnelle.

Le toucher thérapeutique met en œuvre « *le développement du soi corporel d'un patient par le biais de la sensation, de la conscience immédiate, du mouvement et de la posture* » (Charpentier, 2017, p.10), en s'appuyant sur la communication non verbale, la respiration, le regard du patient. Le psychomotricien est alors impliqué psychiquement et corporellement dans le toucher thérapeutique, sa présence se doit d'être contenante et son étayage doit soutenir la mise en sens des éprouvés des patients. C'est une médiation complexe qui nécessite le respect de la volonté du patient, dont il faut connaître les limites « *il est important de veiller à ce que la personne soit en mesure psychiquement et corporellement de le recevoir. La dimension relationnelle est importante ainsi que le sentiment de confiance* » (Charpentier, 2017, p.54). Le toucher thérapeutique peut prendre différentes formes, telles que le toucher-massage psychomoteur, le toucher médié par un objet, le toucher direct.

Lors d'un état dépressif le corps peut être vécu comme faillible et source de déplaisir, par conséquent cette pratique peut permettre un réinvestissement positif du corps. En

s'appuyant aussi sur la boucle sensation-perception-représentation, le toucher thérapeutique permet un accès à une forme de représentation. Ces fonctions présentes dans le toucher thérapeutique peuvent permettre d'investir le schéma corporel et l'image du corps du patient déprimé.

Chaque patient est différent, pour certains un accès à l'éprouvé et à un vécu corporel agréable par la relaxation sera complexe. Le toucher thérapeutique est aussi une médiation particulière, qui ne sera pas à aborder avec tous, et c'est notre adaptabilité et notre écoute du patient, en tant que thérapeute, qui nous permettra de trouver la médiation adaptée.

2) Particularités de la psychomotricité auprès d'adolescents

La prise en charge d'adolescents en psychomotricité introduit des particularités liées à cet âge. À l'adolescence, le bilan psychomoteur est spécifique, car il est à la fois épreuve et médiation, c'est une rencontre dont les enjeux d'évaluation auront une connotation toute particulière à cet âge où l'estime de soi et le narcissisme sont fragilisés.

A/ Le bilan psychomoteur à l'adolescence

Il est important de désacraliser cette notion d'évaluation et d'en expliquer le but, de valoriser les adolescents en mettant en avant des compétences qu'ils ne soupçonnaient pas. C. PAUMEL dit à propos du bilan psychomoteur chez l'adolescent : « *Il offre déjà un espace-temps pour parler de son corps dans ses différentes dimensions et non pas seulement de manière morcelée, prise dans la question du sexuel émergent de manière trop excitante, ou dans le registre de l'agir.* » (2012, p.18) cela permet de mettre des mots et d'historiser le corps. Le bilan apparaît comme une médiation dans sa dimension projective et ludique, son aspect structuré peut aussi être sécurisant pour certains jeunes.

B/ Enjeux de l'adolescence ... en séances

En tant que psychomotricien, nous sommes amenés à prendre en compte l'adolescence et ses particularités dans les médiations corporelles. L'évolution de l'image du corps et les remaniements identitaires placent le corps adolescent comme insécure, l'espace psychocorporel de l'adolescent est fluctuant, il est donc crucial de trouver la distance ajustée à la fois physiquement et psychiquement.

Des enjeux de séduction émergent aussi à l'adolescence, les jeunes veulent plaire, construire leur identité passe aussi par la satisfaction de l'estime de soi. Dans le cadre thérapeutique, les enjeux de séduction sont présents lorsque les adolescents cherchent à se faire porter par le regard du psychomotricien, ils cherchent une approbation qui rappelle celle du jeune enfant dans le regard du parent. Il s'agira alors de travailler avec ces adolescents, en trouvant la juste distance thérapeutique avec des activités sensorimotrices, afin qu'ils puissent accéder ou renouer avec leur propre regard vis à vis d'eux même. Qui dit séduction, dit aussi éléments pulsionnels pouvant être débordants, notamment au cœur d'un travail corporel. Il est donc nécessaire pour le psychomotricien d'incarner les limites du cadre et la fonction pare-excitation qui vient filtrer les stimulations.

C/ L'adolescence : une clinique de l'agir

L'adolescence fait aussi appel à une clinique psychomotrice dite de l'agir, c'est un terme que l'on retrouve souvent chez les professionnels et auteurs en pédopsychiatrie. Les changements corporels, les questionnements de l'adolescent sont parfois difficiles à comprendre et garder à l'intérieur du corps, ce qui provoque chez l'adolescent des débordements. Les enjeux pulsionnels à cette période sont compliqués à mettre en mot, à contenir et les passages à l'acte permettent de les canaliser en extériorisant. Cela peut être par des actions sur l'extérieur ou sur soi. C'est une défense, dont **R. OBEJI** dit « *ce passage par l'acte favorise la construction d'une image du corps sur le mode de la décharge où le dedans est exclu au dehors, où l'intériorité affective est externalisée le temps pour le jeune de récupérer, comme le définissait Freud, les deux fonctions assignées « à la réalisation subjective de l'adulte : produire et se reproduire* » (Baranes et Potel, 2018, p56), ces éléments extériorisés du corps semblent moins menaçant et plus sous contrôle.

En psychomotricité, le but sera de pouvoir aider à la construction d'un espace interne sécuritaire, qui soit ressource pour donner du sens aux émotions, et aux vécus de l'adolescent.

3) Image du corps et psychomotricité

J. DE AJURIAGUERRA dans les années 1950, propose un postulat nouveau sur le lien corps-psyché et fonde à partir de cela une pratique nouvelle, celle de la psychomotricité. C'est une profession qui s'ancre sur des concepts anciens à propos de l'image du corps et du schéma corporel.

Le positionnement professionnel du psychomotricien vis à vis des représentations du corps est décrit via le décret d'acte : décret n°88-659 du 6 mai 1988 relatif à l'accomplissement de certains actes en rééducation psychomotrice stipule que le psychomotricien est un spécialiste « *de la prise en charge des troubles du schéma corporel* » et « *des troubles de la représentation du corps d'origine physique ou psychique* » (Ballouard, 2011, p.204)

Ce qui en fait la seule profession a pouvoir travailler sur les représentations du corps, en passant par l'éprouvé corporel de celui-ci.

A/ Engagement psychocorporel du psychomotricien

Dans la relation thérapeutique, le psychomotricien se met en jeu corporellement, et psychologiquement. Ce double engagement, place le psychomotricien dans une réflexion permanente de ce qu'il renvoie. Cependant le corps du psychomotricien porte aussi son propre vécu, sa propre sensibilité, qui forment sa disponibilité psychocorporelle.

En premier lieu, le psychomotricien est garant du cadre thérapeutique de la séance, de part ses attitudes, sa voix, son positionnement tant psychique que physique, cela participe à l'élaboration d'un cadre sécurisant et contenant.

Aussi, le corps du psychomotricien est engagé dans la communication non verbale, par le dialogue tonico-émotionnel, il accueille, rassure, contient, propose. Le psychomotricien peut percevoir les états corporels et émotionnels des patients, ainsi apporter une réponse adaptée. Cet accordage relationnel nécessite la capacité d'empathie du thérapeute, c'est à dire de pouvoir s'ajuster à autrui en pouvant se mettre à sa place, tout en restant soi même. **V. DEFIOLLES-PELETIER** parle d'empathie tonique, il s'agit d'une disponibilité à recevoir le vécu du patient par une mise en éveil de la sensibilité sensorielle et tonique. L'empathie est donc également un canal d'accès sensori-moteur à la vie intérieure du patient.

Rappelons alors la théorie de **W. BION** sur la mise en place des processus de pensée, dans laquelle le parent possède une fonction Alpha, qui est la capacité d'accueillir les émotions et vécus bruts de l'enfant (nommés élément Bêta), pour les transformer en éléments alphas. Ce processus constitue le premier travail de représentations chez l'enfant, la prise en soin psychomotrice se base sur cette même transformation. Ainsi, le psychomotricien prête son appareil psychique au patient : il lui permet d'être à l'écoute de son corps, une intériorisation psychique des affects, éprouvés, que le patient n'est pas en mesure de mentaliser, et d'acquiescer de nouvelles perceptions de son image du corps.

Cela exige une attention et une présence à soi du psychomotricien, afin de mentaliser l'expérience relationnelle vécue. **E. HUSSERL** décrit le « moi transcendantal » qui agit comme un spectateur externe de l'expérience, qui permet au psychomotricien de nourrir un travail réflexif sur soi pendant et après la séance.

Le corps est donc au cœur du travail du psychomotricien, qu'il s'agisse du sien ou de celui des patients.

Le psychomotricien doit composer avec différentes conceptions du corps : le corps instrumental, le corps fonctionnel, le corps médiateur d'expression et le corps symbolisé. Le corps imaginaire est l'image spéculaire vue dans le miroir et décrite par **J. LACAN**. Le corps symbolique est le corps que l'on évoque lorsqu'on parle. Et le corps réel est le corps en relation avec le monde, l'espace, qui comporte les sens, la motricité. C'est avec ce corps réel qui porte les symptômes du patient que le psychomotricien travaille, tout en prenant en compte ses dimensions imaginaires et symboliques.

B) Un bilan de l'image du corps c'est possible ?

Il existe différentes manières dont les psychomotriciens peuvent apprécier cette notion en séance de bilan. Il n'y a pas d'outil proprement technique dédié à l'image du corps, étant donné sa dimension subjective, et peu de demandes de consultations pour trouble de l'image du corps, il faut s'appuyer donc plus sur de l'observation clinique.

En prenant en compte l'individu dans sa globalité, on peut se rendre compte que ce concept d'image du corps s'inscrit en interactions avec plusieurs domaines, les représentations du corps sont reliées à l'identité (goûts, traits de personnalité, style vestimentaire), aux aspects

psychocorporels (éprouvés corporels, mise en récit du vécu) qui viennent s'inscrire dans la dimension spatio-temporelle, le tonus, la relation l'autre et à soi. La théorie de l'image composite du corps de **E. PIREYRE** et ses neuf sous-composantes se prête à l'évaluation de ces domaines, et fourni des pistes d'observation clinique.

Les contes projectifs de **J. TYCHEY** et **J. ROYER**, notamment le conte de la fourmi de **J. ROYER** créé en 1978, viennent explorer les dimensions symboliques et narcissiques.

Le dessin du bonhomme, qui est un test projectif mis au point par **F. GOODENOUGH**, peut aussi être un support intéressant dans la compréhension des représentations du corps du patient.

L'entretien sur les représentations corporelles, qui reprend le dessin du bonhomme, le conte de la fourmi et une liste de questions, développé par **O. MOYANO**, permet d'explorer les données affectives concernant l'investissement narcissique du corps. Les différentes questions renvoient aux notions de corps connu et corps vécu, permettant de mieux connaître les représentations du corps des patients.

4) Pistes d'accompagnement de l'adolescent déprimé

En se basant sur les trois notions développées par **D. W. WINNICOTT**, à savoir le *handling*, le *holding* et l'*object presenting*, il est possible de faire une analogie avec la prise en soin psychomotrice. Le *handling* équivaut au portage psychique et aux soins dispensés par les figures d'attachement à l'enfant et qui permettent la constitution du Moi, en séances de psychomotricité, ce portage psychique est présent dans la manière d'accueillir la personne. L'*object presenting* qui se traduit par présenter un objet à l'enfant, en psychomotricité il s'agit de faire vivre à la personne des expériences, en lien avec les problématiques amenées par la personne. Le *holding* ou portage physique, qui amène de la contenance, passe en psychomotricité par les médiations corporelles, telles que la relaxation.

Ces trois notions permettent le développement de la sécurité interne chez l'enfant. Pouvoir les reprendre et les appliquer en psychomotricité, permet de travailler le sentiment de continuité d'existence, d'identité de l'individu, qui sont les supports de l'image du corps, malmenés dans la dépression et nécessaires à l'adolescence.

A/ Créer une aire intermédiaire

D.W. WINNICOTT parle d'une « *aire intermédiaire d'expérience* » dans laquelle « *contribuent simultanément la réalité intérieure et la vie extérieure* » (2002, p.30) qui subsistera tout au long de la vie dans les expérimentations internes de l'individu. C'est un lieu psychique où le sujet va pouvoir vivre sa créativité, affirmer son autonomie et son existence.

Dans le cadre de la psychomotricité, « *Une séance de psychomotricité, peut être considérée comme une aire intermédiaire entre réalité externe et réalité interne, proposée à l'adolescent en souffrance pour lui donner la possibilité de s'éprouver, de (re)trouver une « identité psychomotrice intégrée » [...]* » (Paumel, 2015, p.280). Cet espace transitoire, à la fois contenant et faisant fonction de pare-excitation, permet à l'adolescent déprimé de revivre dans un cadre sécurisé des expériences corporelles, qui viennent refaire du lien entre le corps et l'esprit. Le vécu psychocorporel de l'adolescent affecté par la symptomatologie dépressive se traduit par une insécurité, qui nécessite de pouvoir être accueillie, contenue, et accompagnée.

La décharge motrice, qu'elle passe par le corps ou sur le corps en tant que support de l'auto-agressivité chez l'adolescent déprimé, signe une panne de la symbolisation. Ces éléments sont accueillis par la fonction pare-excitatrice du cadre thérapeutique du psychomotricien, qui filtre ainsi les stimulations. Pouvoir décaler les éléments du corps propre, de la symptomatologie dépressive, permet ainsi de mettre en œuvre des remaniements psychocorporels, entre autre dans le domaine des représentations du corps, de l'estime de soi.

L'adolescent déprimé comme nous l'avons vu peut vivre son corps comme figé, lent par un ralentissement psychomoteur et idéatoire. Grâce à une mise en mouvement du corps, il est alors possible de retrouver une mise en mouvement psychique. La mise en pensée du corps passe par la médiation et le décryptage des éprouvés bruts du patient par le psychomotricien.

Accompagner l'engagement corporel de l'adolescent, demande donc de créer des aires intermédiaires, dans lesquelles la médiation aura la place d'un « *objet d'investissement facilitateur d'expériences* » (Potel, 2015, p.61), prenant en compte l'insécurité psychocorporelle en lien avec son état dépressif.

B/ Fonctions de la médiation dans le travail de l'image du corps

De l'expérience naît la sensation, qui couplée au mouvement, grâce à la perception, permet au sujet d'accéder à des représentations. C'est par l'expérience que l'enfant construit son schéma corporel et son image du corps, à l'adolescence la proposition d'expériences psychomotrices permet de porter attention aux éprouvés corporels, au corps propre et donc à l'image du corps.

La médiation permet de proposer des **expériences sensori-motrices** au patient. Cela vient impliquer émotionnellement, corporellement et psychiquement, le patient en relation. **F. JOLY** décrit que « *Le plaisir du fonctionnement du corps et du sensori-moteur dans la relation identificatoire à l'autre vise à l'amendement symptomatique, au soutien développemental, voire au remaniement psychique et narcissique* » (2012, p.17). Ces expériences viennent alors proposer un ancrage dans le présent, une attention à soi. Chez les adolescents en état dépressif, être en lien avec soi-même est complexe, les états dissociatifs possibles (déréalisation, dépersonnalisation), le désintérêt pour le corps, l'anhédonie et l'aboulie, estompent la possibilité d'un ancrage dans le réel. Il s'agira alors par le mouvement, par l'expérience sensorimotrice, d'amener à nouveau du mouvement dans les représentations de ces patients.

Le médiateur est un intermédiaire à la **relation** avec le patient. La médiation peut être à la fois objet ou technique, le but sera toujours de permettre l'interaction avec le patient afin de le comprendre et l'aider. À l'adolescence, comme nous l'avons vu précédemment, la médiation a toujours ce rôle d'intermédiaire, d'autres enjeux viennent s'y ajouter lorsque la prise en compte de l'image du corps et la dépression s'y mêlent.

La psychomotricienne **C. PAUMEL** décrit trois axes thérapeutiques dans la prise en soin d'adolescents en souffrance (2021, p.278), il s'agit de renforcer :

- les compétences et ressources,
- la socialisation et l'engagement relationnel (s'affirmer, s'autonomiser, un travail thérapeutique en groupe),
- les assises identitaires (le soutien à la structuration psychocorporelle et l'intégration des processus identificatoires par différents types de médiations).

Ces axes peuvent être travaillés à travers les médiations proposées. Le mouvement qui passe par le corps, étayé par une écoute sensible du psychomotricien à travers le dialogue tonico-émotionnel, une symbolisation primaire, viendra créer des remaniements dans le psychisme avec un accès à la symbolisation secondaire. En venant prendre en compte l'image du corps dans cette dynamique, nous allons voir en quoi la médiation permet l'accès à la symbolisation et une renarcissisation chez le patient adolescent.

À l'aide de la symbolisation, le sujet transforme une matière psychique qui est non pensable sous sa forme première, en une forme plus acceptable : la représentation. La médiation peut permettre cette fonction d'élaboration de la **symbolisation**. *« L'intervention du psychomotricien, quand elle est centrée sur l'image du corps, est thérapeutique. Par la prise de conscience du corps, elle mobilise le patient au niveau sensoriel, émotionnel, affectif et relationnel, conscient et inconscient. Elle facilite l'identification des perceptions, l'émergence et la reconnaissance de sentiments et de représentations. »* (Pireyre, 2021, p.21). Comme évoqué précédemment, relancer l'imaginaire et les processus de symbolisation chez les personnes dans un état dépressif peut passer par des propositions mettant en jeu la conscience corporelle.

À l'adolescence, la fragilité et le remaniement des assises narcissiques sont à prendre en compte dans la prise en soin, d'autant plus dans un contexte de trouble dépressif, qui vient affecter l'image de soi. Ainsi, entamer un processus de **renarcissation** chez le patient adolescent est un axe de l'accompagnement en psychomotricité. En valorisant l'estime de soi de l'adolescent, en proposant un espace-temps dans lequel il peut partager ses préoccupations, cela le place en position de sujet et renforce le sentiment identitaire.

Quand le corps de l'adolescent déprimé est support de projection de la souffrance ou désinvesti, pouvoir à nouveau le considérer comme source de plaisir permet de retrouver de l'estime de soi. Proposer des médiations corporelles telles que la relaxation, le toucher thérapeutique, les automassages, favorisant la conscience corporelle, invitent alors à un retour à soi.

C. POTEL évoque l'importance de la créativité dans la renarcissisation : *« Aussi proposer aux adolescents des médiations qui vont soutenir leur créativité personnelle et groupale, c'est les aider à se construire, dans leur corps comme dans leur tête, et les valoriser narcissiquement. »* (2015, p. 153). En effet, la médiation a pour qualité de révéler les capacités du patient, avec l'étayage du psychomotricien, de stimuler la confiance en soi et

ainsi l'affirmation chez l'adolescent. En venant prendre en compte l'identité du patient, il est ainsi possible de venir dynamiser l'image du corps affectée chez l'adolescent en état dépressif.

C/ Rôle de l'étayage

La médiation vient permettre la rencontre, celle du patient et du psychomotricien, cet échange aura alors pour fonction de nourrir l'image du corps du sujet, à l'aide des mots posés sur le corps. La verbalisation vient consolider le processus de symbolisation des éprouvés corporels bruts. « *Concernant la prise de conscience du corps, il est bon d'être deux pour déjouer les « pièges » de notre image du corps. Faire sentir à l'autre ses tensions, ses points forts, ses capacités psychomotrices ainsi que ses émotions représente un outil thérapeutique certain.* » (Jaquet et al., 2014, p.26). Ainsi, le rôle du psychomotricien dans cette dynamique de retour à soi et à ses éprouvés est **l'étayage**.

La prise en soin de l'adolescent dépressif en psychomotricité proposera alors un espace favorisant l'expression, qui sera reçue et accompagnée.

Partie III – Au cœur de la clinique

« Je me sens comme le passeur du guet, qui aide au franchissement du torrent. Les rives sont plus ou moins éloignées, les flots plus ou moins tumultueux. Il faut parfois attendre tranquillement que l'orage cesse de gronder. Il faut parfois ramer plus vite pour franchir les tourbillons. Reculer pour mieux avancer est parfois utile, voir nécessaire. Gagner la terre ferme prend du temps. Je suis le passeur du guet, mon radeau est un appui et je l'espère solide pour mes passagers que sont les adolescents. »

Catherine POTEL, Corps brûlant, corps adolescent

Dans la prise en charge de l'adolescent atteint de dépression, l'accueil en hôpital de jour est une orientation de soin pensée lorsqu'il se doit d'être plus régulier et intensif.

1) Présentation de l'Hôpital de Jour

Le cadre dans le soin a son importance, il me semblait donc utile de décrire celui dans lequel j'ai rencontré les patients que j'évoque dans mon mémoire, afin de donner des éclairages sur le contexte de leur prise en charge.

A/ Place de l'HDJ dans le suivi pédopsychiatrique

La structure a été ouverte en mars 2020, c'est une structure ressource d'un centre medico-psychologique (CMP) spécialiste de la consultation adolescente, qui accueille des patients nécessitant un suivi plus intensif et des cas complexes.

L'hôpital de jour accueille des adolescents de 12 à 18 ans avec une symptomatologie instable, aiguë et intense, qui nécessite une prise en charge en ambulatoire. Afin de pouvoir établir des diagnostics, orienter et proposer aux patients un suivi pluridisciplinaire.

B/ Admissions et suivis des adolescents

Les médecins psychiatres du CMP pour adolescents indiquent des patients à l'hôpital de jour dans lequel je réalise mon stage. En tout, huit adolescents peuvent y être accueillis en demi-journées.

Chaque patient est accueilli autour d'un projet thérapeutique personnalisé et pluridisciplinaire, qui est pensé et régulièrement actualisé lors de réunions d'équipes dites « points cliniques » dirigés par les médecins psychiatres référents de ces patients au CMP.

Le suivi des patients est pensé sur des demi-journées qui s'organisent en plusieurs temps :

- Un temps d'accueil : appelés temps informels dans une salle commune, première prise de contact avec les lieux, les soignants, les autres adolescents. Il y a différents jeux, supports, espaces propices à médiatiser la relation. Les temps informels aussi appelés moments interstitiels, participent aussi à la contenance en hôpital de jour, **M. CARTON** évoque leurs aspects contenantants « *Cet espace aidera l'enfant à constituer ce lieu imaginaire interne où les tensions peuvent se relâcher, où les excitations peuvent s'apaiser, où la solitude n'est pas désespoir...* » (Marciano, 2009, p. 165).
- Un temps d'atelier co-animé par un binôme de soignants (infirmiers, éducateurs, psychomotricienne).
- Un temps de post-atelier partagé avec l'équipe soignante avant que la demi-journée d'accueil se termine.

Autour de ses temps s'articulent d'autres temps de prise en charge individuelle, afin de proposer un suivi psychiatrique régulier, d'affiner des éléments diagnostics.

C/ Le rôle du psychomotricien

C'est sur l'avis du médecin psychiatre, que la psychomotricienne du service est amenée à rencontrer les patients en séances d'évaluations (trois séances sur trois semaines).

Ces séances sont basées sur de l'observation clinique, afin de voir l'attitude des patients en relation, l'ajustement tonique, les repères spatio-temporels, les compétences instrumentales, l'intégration et la construction des représentations du corps (schéma corporel et de l'image du corps). L'objectif de ces séances est de rencontrer l'adolescent, connaître ses

besoins, s'il pense que cet espace de psychomotricité peut être aidant pour lui, afin de l'inscrire dans une posture d'acteur de son soin.

En effet, à l'adolescence les assises narcissiques sont fragiles, d'autant plus quand il s'agit d'adolescents en situation de crise subissant des symptômes, leur demander si cet espace pourrait les aider les place dans une position d'acteur de leur suivi. Instaurer cette position d'acteur de leur propre soin pour les adolescents, pose les bases de l'alliance thérapeutique, l'inscrivant dans la clinique de l'agir. Ensuite, si le patient adhère à la psychomotricité et que son médecin valide la prise en soin, il est possible de décider de continuer le suivi en individuel ou en prise en charge groupale.

2) Groupe thérapeutique

Les ateliers en groupe sont une modalité de prise en soin fréquente en hôpital de jour. Sur mon lieu de stage, il existe différentes thématiques d'ateliers, un autour du jardinage animé par une infirmière, un autre en binôme infirmier-éducatrice. Ce sont des espace-temps à part, où d'autres facettes des patients peuvent émerger, d'autres modes de communication et de relation se mettre en œuvre. Ces échanges permettent aux soignants d'avoir une pluralité de regards croisés, ainsi que de nourrir et réfléchir une vision plus large de ces prises en soin. Dans l'unité, le groupe thérapeutique de psychomotricité intitulé « expression corporelle » auquel je participe a lieu le vendredi après midi.

Dans cette partie, j'orienterai mon analyse sur la médiation « relaxation » qui a pu être proposée au groupe, et qui s'est révélée riche en observations.

A/ Projet du groupe

Le groupe thérapeutique appelé « expression corporelle », est co-animé par un binôme de soignants composé de la psychomotricienne et d'une infirmière. Il a lieu une fois par semaine, sur le vendredi après-midi pour une durée de une heure. L'organisation de cet atelier a été pensée sur des cycles de trois séances autour d'un même thème ou médiateur mettant en jeu le corps. C'est un groupe semi-ouvert dont la composition varie peu. Les adolescents attendus à cet atelier viennent pour l'après-midi et restent les mêmes, sauf si un changement dans le projet de prise en soin les amènent à changer leurs jours de présence pour d'autres

suivis. L'objectif de ces rencontres groupales est commun, mais aussi propre à chacun.

Les patients rencontrés dans ce groupe ont tous été rencontrés par la psychomotricienne lors des trois séances d'évaluation, auparavant certains ont pu ensuite avoir un suivi individuel en psychomotricité. Ils sont aussi rencontrés pour des entretiens infirmiers et médicaux sur leurs autres jours de présence.

B/ Enjeux

L'humain est un être social, ce qui lui permet d'évoluer tout au long de sa vie au contact de ses pairs. L'enjeu adolescent de l'individualisation face au cadre familial, se mêle au désir de s'identifier aux autres adolescents, dans le but de trouver sa place. En replaçant cela dans le contexte de l'hôpital de jour, certains jeunes rencontrés vivent au sein de cellules familiales particulières, et beaucoup sont en décrochage scolaire, ce qui ne permet pas une socialisation favorable au bien être des patients adolescents. *« Pour que le groupe puisse remplir les effets de contenant et de repérage dont l'adolescent a besoin, les rôles de chacun vont se distribuer en fonction des personnalités : le leader, le modérateur, l'intellectuel, le souffre-douleur, le comique, le « consolateur », le confident, etc. Cette distribution n'est ni fixe, ni définitive. Elle évolue dans le temps. »* (Potel, 2015, p 135). Cela permet de s'appuyer sur la dynamique du groupe pour comprendre comment les patients peuvent interagir entre eux, comment prennent-ils leur place, comment en relation peuvent-ils s'adapter à l'autre ?

C. POTEL a théorisé les trois intérêts majeurs d'un groupe thérapeutique : les effets de contenance, la diffraction des investissements et la pluralité des identifications.

Premièrement, les effets de contenance sont définis par la composition du groupe, qui est choisie pour un objectif précis sur un temps donné. Il s'agit de pouvoir faire se rencontrer les patients autour d'un médiateur, qui orientera les interactions, et permettra à chacun d'en vivre son expérience en pouvant être porté par cette dynamique.

Ensuite, la diffraction des investissements permet d'éviter un transfert trop important envers un des soignants, ce qui peut arriver en relation duelle. La présence de plusieurs adolescents, leur permet de trouver la bonne distance face aux thérapeutes.

Enfin, l'enjeu identificatoire dans un groupe est comblé par les diverses figures d'identification, les soignants, les garçons, les filles, tout ces caractères et ces rapports au monde différents, qui viennent enrichir l'expérience relationnelle. *« L'adolescence est*

également une période de fragilité narcissique, et le collectif permet une dilution de l'individuel dans le groupe tout autant qu'un étayage par le Moi auxiliaire qu'est l'autre et le groupe. » (Martin-Excoffier et al, 2022, p.89).

Les enjeux de la prise en charge groupale sont donc multiples, mêlés aux enjeux adolescents. De cette expérience de groupe découleront des vécus corporels, psychiques et relationnels différents, qui permettront d'ajuster le soin, nourrir la dynamique et le partage.

C/ L'image du corps dans la rela(x)tion

Les objectifs de cette médiation sur ce temps, tels qu'ils ont été décrits aux patients, sont de pouvoir prendre un temps pour soi, expérimenter d'autres sensations, d'autres vécus corporels, en passant par le calme ou par le mouvement selon les séances. De pouvoir vivre cela pour soi, au sein d'un groupe. En effet, *« lorsque la construction identitaire – les identifications, support du narcissisme, l'avènement de la relation à l'autre- est au centre du travail de groupe, l'image du corps est convoquée »* (Giromini et al, 2015, p.145). L'objectif en tant que psychomotricienne était de pouvoir les amener à se tenter sur ce temps, à conscientiser si possible les éprouvés corporels, les émotions et les exprimer.

Décrire les objectifs aux patients, penser les séances en amont, trouver un enchaînement dans une dynamique logique et agréable au déroulé de la séance (entre l'éveil corporel, la relaxation et la reprise), participe à l'élaboration d'un cadre sécurisant pour vivre cette expérience. **D. ANZIEU** décrit le cadre comme *« un contenant maternel , une enveloppe protectrice qui a le rôle d'une seconde peau psychique, où les pensées du sujet peuvent se déployer »* (1987, p.39), en effet l'un des objectifs de la relaxation étant de remettre en lien le corps et l'esprit, cela nécessite un cadre contenant, sécurisant qui puisse accueillir les vécus parfois intenses et régressifs que la relaxation peut faire émerger.

C. POTEL dans *Corps brûlant, corps adolescent*, avance que la relaxation avec les adolescents au delà d'avoir une fonction de médiation, est à considérer :

« - Comme une expérience de construction, comme un moyen pour aider à l'intégration ou à la réappropriation des éléments du schéma corporel et pour nourrir une image du corps immature ou figée. [...]

- *Comme un dispositif psychothérapique, qui engage le corps et la parole.* ». (2015, p.195)
Comment venir nourrir cette image du corps chez l'adolescent dans un état dépressif à travers la relaxation ?

Deux cycles de relaxation, que j'ai pensé et dirigé, et co-animés avec l'infirmière et ma maître de stage, ont pu être proposés à un groupe d'adolescents. Chaque séance était construite sur une même trame ritualisée, engageant une routine prévisible et rassurante pour les patients. Pour introduire la séance, une brève présentation du déroulé et de la thématique était faite aux patients, puis s'ensuivait «la météo du jour » une manière proposée à chacun de décrire son humeur en l'associant à un état climatique. Je proposais ensuite aux jeunes de marcher dans la pièce sur de la musique, jusqu'à trouver un endroit où ils souhaitent s'installer, afin qu'ils puissent s'approprier le lieu et y trouver un confort pour la suite de la séance. Puis un éveil corporel (yoga, automassage...) est proposé, pour permettre de se recentrer sur son corps et réactualiser le schéma corporel, ensuite une transition vers le moment de relaxation se fait avec la distribution de plaids et d'oreillers. Vient le temps de reprise, puis une transition afin ranger les tapis pour délimiter ce temps de relaxation et le conclure. À la fin, j'invite les adolescents à se retrouver en cercle afin de partager le temps de mise en mots ou en images (sur un support de cartes illustrées) du vécu de la séance.

Les trois séances avaient chacune une thématique différente, la première était pensée comme une introduction à la relaxation sur un temps tourné vers soi, la seconde autour d'une invitation à être acteur de sa relaxation et la troisième engageait un toucher médiatisé par plusieurs objets.

D/ Cas cliniques et analyse

Le groupe semi-ouvert est composé de cinq adolescents durant ces deux cycles de relaxation. La présence du binôme de ma maître de stage et de l'infirmière permettent de venir faire d'autres liens avec les jeunes et de pouvoir venir prendre en charge un adolescent si besoin lors de la relaxation tout en permettant que la séance continue.

Ce sont des adolescents aux profils assez différents, qui connaissent tous des éléments dépressifs et sont traités par des antidépresseurs.

Mélissa, 15 ans, a été diagnostiquée d'un trouble schizophrène, avec fléchissement thymique. Elle prend part aux propositions, se mêle peu aux autres et choisit toujours une carte illustrée lors des temps d'échanges à la fin, avec une explication très imagée de son vécu de la séance, qui vient coller à l'illustration.

David, âgé de 14 ans, est indiqué à l'hôpital de jour pour idées suicidaires, un trouble anxieux, et un état dépressif. Il porte toujours des vêtements trop grands ou trop petits pour lui, ce qui vient parfois le gêner. David vient quelquefois chercher l'autre (soignant ou adolescent) dans ce temps de groupe avec l'humour, et a particulièrement identifié un espace de la salle comme le sien.

Lucie 13 ans, présente un trouble dépressif avec des idées suicidaires récurrentes, elle est craintive vis à vis du regard de l'autre sur des séances antérieures, et se tente lors de ces temps de relaxation. Elle a souvent besoin de Justine comme présence ressource pour elle lors de ces temps. Parfois, elle aura besoin d'être rassurée, elle reprendra souvent le mot « apaisée » pour décrire son vécu sur ces séances.

Justine, 14 ans, est ici pour un état dépressif, après des hospitalisations pour idées suicidaires, avec des passages à l'acte violents. Elle présente aussi des éléments de dysmorphophobie. Elle s'inscrit de plus en plus dans la dynamique groupale surtout sur des propositions en mouvement, elle est capable de partager de la connivence avec Lucie et avec l'infirmière qui co-anime le groupe.

Baptiste à 14 ans, il est indiqué à l'HDJ pour des TOCs, une tristesse de l'humeur, un trouble de l'opposition avec de l'irritabilité, il fait aussi des crises clastiques. C'est un garçon plutôt calme quand nous le rencontrons en séances groupales, qui se met à l'écart lors des temps de relaxation. Il tente de partager en fin de séance, quand c'est possible pour lui et dit préférer quand « L'autre le masse car lorsque c'est lui il ne sent pas ».

Je choisis de porter mon attention sur deux participants, afin de pouvoir raconter leurs vécus sur ces temps de groupe.

David, un temps de pause

Ce jour là, troisième et dernière séance du premier cycle de relaxation, autour du toucher médiatisé. Lors de l'éveil corporel, au cours duquel la proposition était d'entrer en contact avec l'épaule de l'autre sur le temps de la musique, David reste dans un coin de la pièce et surveille avec appréhension les autres. Il finit par se tenter à entrer au contact de l'autre. Lors du temps de toucher médiatisé, il accepte chaque objet médiateur proposé, et refuse systématiquement le passage sur la tête. David garde les yeux grands ouverts et surveille ce que je fais. Il semble un peu plus détendu après le passage du gros ballon, qui permet une induction sur les sensations musculaires : son pied droit est plus ouvert, ce qui indique une détente musculaire. Cette séance exprime beaucoup de vigilance présente chez David. Il dira qu'il a préféré le premier objet, qui était la baguette en bambou. Passée sur le corps avec des percussions, elle induit plutôt des sensations au niveau de la charpente osseuse. Lors du temps de mise en mots et en images à la fin de la séance, il réfléchit et dit « je n'ai pas de carte, j'ai un mot : pause ». Nous l'interrogeons alors s'il s'agit plutôt une pause entre deux moments ou dans son quotidien, il réfléchit et répond que c'est dans son quotidien.

Je le retrouve pour la première séance du deuxième cycle, lors de laquelle la relaxation est une visualisation autour du thème de la forêt. Lors de l'éveil corporel, je propose aux adolescents de suivre des postures de yoga, telle que la posture de l'arbre qui vise à tenir sur un pied. David cherche son équilibre, teste ses deux pieds, se réajuste, invite les autres à le regarder en disant au groupe qu'il a l'habitude de ce genre de postures. J'invite les jeunes à s'allonger et trouver une posture confortable, David adopte une position qui est pour lui sa posture habituelle de repos lorsqu'il s'allonge sur ces temps de relaxation et qui rappelle celle du réflexe de l'escrimeur chez le bébé. Il s'agit une position asymétrique dans laquelle le buste est en torsion, le visage tourné d'un côté et les jambes croisées. Lors de la visualisation, il a les yeux fermés et a des mouvements crispés du visage. Sur le temps de mise en mots, il dit chercher le mot juste pour pouvoir le partager. Il choisit une carte représentant une forêt sous une cloche de verre, il décrit alors le « bocal » comme son

« esprit qui contiendrait un univers intérieur » et vient faire le lien avec la visualisation autour de la forêt. Cette séance montre un soucis de l'autre chez David dans sa difficulté à trouver le bon mot. Le choix de la carte et ce qu'il y associe verbalement montre que David a pu symboliser l'expérience qu'il venait de vivre et l'associer à une image.

À la séance suivante, il arrive dans la salle et se met dans le coin qu'il choisit habituellement. Lorsque je demande la météo du jour de chacun, il dit au groupe ne pas savoir quoi dire, alors il choisit le brouillard. Je propose aux adolescents de marcher dans la pièce jusqu'à un endroit où ils souhaitent s'installer pour le reste de la séance. David imite une marche sur place en restant à l'endroit qu'il choisit à chaque séance. Il ajuste son tapis à l'espace des autres. L'éveil corporel est basé sur du Qi Gong, qui consiste à effectuer des mouvements lents sur des respirations. David suit avec sérieux les mouvements que je propose au groupe et marque scrupuleusement les temps de respiration. Lors du temps de relaxation, il se rassemble en position fœtale et peu avant la fin, s'endort, il émerge difficilement lors du temps de reprise. Pour le mot de la fin, il choisit une carte avec un pendule/montre et dit avoir choisi cette montre à gousset mais verbalise ne pas savoir expliquer pourquoi il l'a choisie.

Le suivi de David a commencé à l'hôpital de jour dans un contexte bien particulier, le deuil ancien de son père, avait engendré chez lui une amnésie probablement traumatique, et une tristesse de l'humeur persistante. Il était mutique et l'intensité de son repli au domicile et sa déscolarisation ont été des éléments d'alerte. Son désinvestissement corporel était assez prégnant avec la présence d'incurie, cela se manifeste toujours par une difficulté à prendre soin de lui, mettre des vêtements à sa taille. Sa difficulté d'élaboration place la médiation corporelle au centre des propositions de soin pour David, cela lui permet un espace d'attention à ses sensations, favorisant l'introspection dans une relation partagée. Son état dépressif a évolué depuis, il est capable d'être plus en relation avec ses pairs sur les temps de groupe, son corps s'est remis en mouvement, il se tente même à l'humour.

David est un adolescent pour lequel ces séances de relaxation ont vraiment été parlantes. Lors des médiations proposées précédemment trouver un mot ou une carte illustrée afin de partager son vécu de la séance était complexe. Le choix du bon mot est important pour David, qui s'attache à cela dans le but qu'il soit partageable et compréhensible par l'autre. Un vrai soucis de l'autre se manifeste sur ces temps où il essaie de faire lui même le lien avec son

propre vécu de la séance. Les propositions de visualisation ont pu amener chez lui plus de facilité à transmettre son vécu par des images (les cartes illustrées).

Sur les temps d'éveil corporel qui induisaient des coordinations dynamiques générales, David était très investi, cherchant parfois à ramener l'attention du groupe sur lui en nous montrant comment il faisait.

La vigilance exprimée par David lors des mobilisations avec les objets médiateurs m'avait d'abord décontenancée, cela exprimait une insécurité par rapport à ce temps. Pouvoir me rendre compte que si je lui renvoyais à mon tour, cela ne lui permettrait pas de vivre sereinement cette séance m'a permis de me réajuster, j'ai alors ajusté ma posture pour être plus confortable et j'ai posé ma voix. Je me suis attachée à lui demander à chaque mobilisation si ça allait et si c'était possible de pouvoir passer au niveau de la tête, afin qu'il puisse dire ses limites et savoir qu'elles seraient respectées.

C. POTEL évoque à propos des adolescents et de la relaxation « [...] *il apparaît qu'un abord corporel sera profitable pour favoriser l'accès à des processus de symbolisation plus secondarisés, en passant par des éprouvés, des sensations, des verbalisations qui s'accrochent et s'associent directement aux vécus corporels.* » (2015, p.260), ce cheminement rappelle celui de David, qui a pu associer son vécu de la séance à la carte illustrée et ainsi symboliser son ressenti.

Justine : La tête dans le brouillard

Dès l'annonce de la médiation « relaxation », Justine se verrouille lors des premières séances. Elle s'installera d'abord assise, sans chercher d'appui autour d'elle et ne cherchera pas une position confortable lorsque c'est proposé. Son regard dans le vide marquera son absence sur ce premier temps intitulé « pour soi », autour d'une visualisation ayant pour thématique la mer. Lorsque vient le temps de la mise en mot ou en image, elle choisit une carte sur laquelle est dessinée un visage entouré d'un brouillard. Elle peut en dire que « ça représente ce qu'elle vit, mais qui n'est pas en rapport avec la séance ».

Justine pratique le sport régulièrement, je la retrouve plus présente dans le « faire » lorsqu'un temps de relaxation autour de la méthode Jacobson est proposé. Elle peut se tenter à s'allonger et exécuter les mouvements.

Justine exprime souvent avec désinvolture qu'elle fait au hasard pour choisir sa météo

du jour, ce jour là elle dira « soleil ». Durant l'éveil corporel, elle initie les mouvements de yoga proposés au groupe, y associe des pompes et du gainage. Sur le temps de relaxation, elle ajuste sa position assise en prenant appui contre le mur, ses pieds bougent, elle ferme les yeux. Lors de la mise en mots, elle choisit à nouveau la carte représentant un visage enveloppé d'un brouillard, qu'elle avait choisi lors de sa première séance. Elle verbalise associer ses pensées au brouillard comme sur la carte.

Justine redemande un tour des prénoms du groupe au début de la séance, groupe dont elle connaît déjà les participants. Sa présence est discontinue. Elle peut s'allonger lors du temps de relaxation, exécute les mouvements de contraction et décontraction sous ma guidance verbale, mais son regard se perd au niveau du plafond, elle bouge ses bras en venant toucher le mur derrière elle sur les temps d'immobilité. Elle se plaint d'inconfort au niveau des lombaires, la psychomotricienne lui porte alors une couverture pour ajuster sa posture. Lors du temps de parole à la fin, elle est à l'écart du cercle. Elle penche la tête, son regard est fuyant, ses cheveux tombent sur son visage, elle ne peut pas partager son ressenti de la séance.

Le mouvement est porteur chez Justine, elle nous le dira d'ailleurs, lorsque c'est trop calme les pensées viennent plus à elle et elle se met alors à l'écart. C'est sur des séances plus en mouvement, dans lesquelles elle peut être actrice de ces gestes, que sa présence au groupe se fera plus sentir.

Justine arrive parfois à mettre des mots et partager ce qu'elle ressent, ce qui explique et nous permet de comprendre son attitude préoccupée. Le fait qu'elle ait pu quelques fois nous le partager est nouveau, lors d'autres médiations proposées au groupe, elle ne trouvait pas quoi en dire à la fin. Avec cette proposition de relaxation et de temps pour soi, cela est venu toucher chez elle des préoccupations sous-jacentes difficiles à partager, avoir pu les verbaliser est déjà une prise de conscience de son état psychique interne. **F. DOLTO** dit en effet « *Tout contact avec l'autre, que ce soit de communication ou d'évitement de communication, est sous-tendu par l'image du corps, car c'est dans l'image du corps, support du narcissisme, que le passé résonne dans la relation présente* » (Giromini et al, 2015, p. 143).

Malgré sa présence discontinue, elle a pu ajuster peu à peu sa posture, son corps a petit à petit pu trouver des appuis, au mur, et parfois elle a pu s'allonger au sol. Qu'elle ait été dans

la recherche de plus de confort, montre un petit pas dans le lâcher prise, et dans la prise de conscience de son corps, sur ces temps de relaxation.

E/ Conclusion

À travers ces deux illustrations cliniques, j'ai cherché à mettre en avant les vécus de ces adolescents au cœur du groupe et ce que cela venait évoquer à propos de leur image du corps.

Grâce à la relaxation psychomotrice, il a été possible d'accompagner ces adolescents sur le chemin de la prise de conscience psychocorporelle, afin qu'ils puissent être présents à eux même et à leurs émotions.

Dans ce groupe, la composition est restée la même, les patients ont pu être dans un cadre stable et se sentir sécure pour interagir lors de ce médiateur relaxation, ce qui leur a permis de s'ouvrir parfois lors des temps de mise en mots. Cela a pu faciliter parfois une certaine connivence entre les adolescents, nécessaire sur ce temps où parler de soi était difficile et nouveau.

En adoptant une posture à l'écoute et empathique à l'égard des patients sur les temps d'échanges, la parole a pu circuler. Ces jeunes pour lesquels la verbalisation n'était pas évidente, ont nécessité un étayage suffisamment contenant et ajusté. Ma maître de stage, l'infirmière et moi, participions aussi au rituel de fin de séance autour du choix d'un mot ou d'une carte illustrée, en venant poser des mots sur notre perception de la séance. Cela a permis parfois aux jeunes de rebondir sur ce que nous avons partagé, et ainsi de faire du lien avec leur propre vécu.

De légers mouvements de l'image du corps ont été possibles pour ces jeunes, par cette écoute sensible portée au corps, à soi, durant ces temps de relaxation. Certains ont pu accéder à une forme de symbolisation de l'expérience vécue comme David, d'autres porter un peu plus d'attention à leur confort, comme Justine. Certains ont pu dire qu'ils avaient passé un bon moment, qu'ils se sentaient apaisés. Je reprendrais l'expression de David pour dire que ces séances de relaxation ont été « une pause dans leur quotidien », un espace-temps partageable avec d'autres jeunes, afin de pouvoir se tourner vers eux mêmes.

3) Marianne : un corps qui parle au delà des maux

Marianne a 16 ans, lorsque je la rencontre dans le cadre de cet hôpital de jour pour adolescents. Elle est suivie en psychomotricité depuis peu dans le service et a déjà passé une séance de bilan avant mon arrivée. Il a été complexe de poser un diagnostic pour elle, car l'adolescence est un temps où certains troubles peuvent émerger sans devenir une composante de la personnalité. Mais aussi, on le verra par la suite car tout ce qui fait symptôme pour Marianne est très contextuel, lié à son histoire de vie, et ses conditions de vie actuelles. Elle est déscolarisée, présente un mutisme sélectif, un état dépressif, des troubles anxieux, et une phobie sociale qui l'empêche de sortir de chez elle.

A/ Présentation générale

Marianne a 16 ans, elle vit avec sa mère et elle est fille unique du couple parental. Elle a des demi-frères et sœurs plus âgés, avec qui elle n'est pas en contact. C'est une adolescente dont le cadre familial est complexe. Enfant, elle a pu assister à des violences conjugales de ses parents en état d'ébriété, et a longtemps dormi avec eux, ce qu'elle continue de faire avec sa mère. Son père est décédé il y a 4 ans, d'un cancer probablement en lien avec son alcoolisme. Le couple avait vécu plusieurs séparations, avant que le père revienne vivre au domicile à l'annonce de sa maladie. Sa mère a déclaré une maladie neurodégénérative (Charcot-Marie-Tooth) il y a 10 ans et présente de l'alcoolisme. Marianne est susceptible de développer à son tour cette maladie neurodégénérative, mais ne pourra pas se faire tester avant d'avoir 18 ans, ce qui l'inquiète. Elle doit assumer auprès de sa mère un rôle d'adulte (elle dit qu'elle la gronde quand elle boit). Sa grand-mère à qui elle était très attachée est décédée l'an dernier, l'accueil de Marianne à l'HDJ a été reporté car elle assistait aux obsèques, elle arrive donc dans un contexte de deuil.

Elle est née prématurée à 8 mois sans conséquences sur son développement. Suite à un entretien de l'interne du service avec la mère de Marianne, nous apprenons que dans sa petite enfance, sa mère répondait à ses pleurs en la prenant dans ses bras, sans arriver à différencier ses besoins. Son développement psychomoteur était dans la norme.

Marianne a été scolarisée jusqu'en début de seconde. Elle a arrêté d'aller en cours du jour au lendemain, ce qui coïncide avec la période du confinement. Sa déscolarisation a poussé sa mère à consulter une psychiatre en libéral, qui fera une information préoccupante suite à la révélation de l'alcoolisme de sa mère, cela débouchera sur une enquête sociale encore en cours. Elle les a aussi orientées vers le CMP spécialisé dans la consultation adolescente, afin d'entamer un suivi intensif. Après la rencontre du médecin du CMP, et suite aux difficultés d'entrée en relation avec Marianne pendant les consultations, ainsi que l'intensité du repli au domicile, il y a eu une orientation vers l'HDJ pour une évaluation pluridisciplinaire. Un bilan psychologique a été réalisé, durant lequel il y a eu la passation d'un test de Rorschach, dont le compte rendu décrit des pulsions pubertaires non mentalisées, un fléchissement thymique et une contamination des pensées.

B/ Première rencontre et bilan

Lors de sa première séance de bilan psychomoteur, avant mon arrivée en stage, ma maître de stage lui avait fait dessiner sur une silhouette du corps les sensations corporelles qu'elle a pu évoquer lors de cet entretien. Elle y décrit des sensations primaires : le chaud, la faim qu'elle a située au niveau du ventre, la fatigue sur l'ensemble du corps, et le stress/la douleur au niveau de la tête, des yeux, du ventre et du cœur. Elle présenterait ainsi de nombreuses somatisations. Marianne a pu décrire qu'elle n'apprécie pas la lumière, et l'a dessiné autour de sa tête, ce qui peut être lié à l'absence de sorties à l'extérieur.

Avant que je la rencontre, ma maître de stage me la décrit comme ayant des rythmes nyctéméraux inversés car elle veille sur sa mère la nuit.

La première fois que je la vois, c'est lors des temps informels partagés avec l'équipe soignante. J'aperçois une grande adolescente, debout, un peu voûtée, ses cheveux courts cachent son visage. Elle participe avec un engagement corporel assez raide, qui implique uniquement ses bras, à la construction d'une tour avec une infirmière, une autre infirmière arrive et fait mine de trébucher pour initier une interaction avec Marianne et renverse la tour. Marianne sans mots dire, poursuit sa construction.

Puis viens le temps de notre première rencontre, qui est la deuxième séance

d'évaluation pour elle. Je me présente et suite à ça elle retiendra mon prénom, tout au long du suivi. La psychomotricienne lui demande de choisir parmi des images où un dessin et une émotion sont associés pour décrire son humeur du jour. Elle attribue des images à ma maître de stage et moi, mais ne choisit pas pour elle. Elle est peu accessible aux questionnements directs. Je me rends compte qu'elle parle très peu et juste pour dire des mots. Elle s'appuie beaucoup sur des stéréotypes (elle choisit le mot curieuse pour moi car « j'apprends »). La psychomotricienne lui présente ensuite des photos de visages qui expriment différentes émotions, pour explorer la théorie de l'esprit, c'est à dire sa capacité à identifier les émotions sur soi ou d'autrui, imaginer des scénarios, afin de médier la rencontre. Elle les nomme avec justesse, et s'étend longuement sur la photo d'une personne âgée en faisant des phrases, elle y associe une histoire qui évoque sa grand-mère. Cela permet de voir ses capacités associatives, de voir comment elle peut se raconter, à travers un médiateur auquel elle est sensible, à l'inverse des questionnements directs.

Un matin, nous étions censées la recevoir, ma maître de stage et moi, pour sa troisième séance d'évaluation, après une prise de sang prescrite par un médecin du service. Marianne avait pu préparer mentalement cette prise de sang en préparant un en cas avant de venir à l'HDJ et c'est un soin qui avait été anticipé avec elle par l'équipe soignante. Nous avons été prévenues par les infirmières qu'elle faisait une crise d'angoisse dans l'infirmerie, donc ma maître de stage et moi sommes allées la chercher. Elle était dans une posture hypertonique et tendait son bras piqué à l'opposé de son corps, comme si elle cherchait à le détacher de son corps.

Après avoir pu se déplacer en salle de psychomotricité avec étayage, l'état de Marianne ne s'est pas amélioré, elle pleure toujours et gémit en tenant son bras. Elle adopte une attitude très régressive, enroulée sur elle même. Ma maître de stage tente de lui proposer des balancements au bras. Marianne alterne des états de contractions où elle se tend, et des états dans lesquels elle essaie d'être disponible à ce qu'on lui propose. Lors d'un de ses états de tension, je propose à Marianne une couverture qu'elle accepte, dans l'idée d'apporter de la contenance. Je l'entoure avec, en lui faisant un massage dans son dos pour venir jusque dans ses mains en évitant la zone à priori douloureuse du bras, dans l'idée de revenir à une sensation plus unifiée de son corps. Au bout d'un moment, nous lui proposons à boire et à manger, afin de se restaurer corporellement par des sensations agréables, elle s'apaise et retrouve ses capacités associatives, le chocolat chaud ingéré lui fait associer à celui préparé par sa grand-mère. Elle évoque ensuite les membres de sa famille qui ont déjà eu des piqûres,

leur courage face à ça.

Lors d'une transmission à propos de cet événement, les infirmiers nous préviennent qu'ils n'ont pas pu prélever du sang, mais que Marianne a dit sentir quelque chose couler. En discutant avec ma maître de stage, nous avons pu nous accorder sur le fait que Marianne n'a pas une phobie des prises de sang mais associe possiblement cela à des personnes proches malades ou décédées. Je fais l'hypothèse que son enveloppe psychique déjà fragile a été atteinte physiquement par cette prise de sang. Cette séance questionne l'intégration de la fonction d'enveloppe corporelle soit la fonction de contenance, imperméabilité, solidité.

Comme évoqué précédemment, **E. PIREYRE** décrit l'enveloppe corporelle comme une composante à part entière de l'image du corps. L'enveloppe est à la fois corporelle (peau) et psychique, le sentiment d'enveloppe se construit avec des sensations corporelles, cutanées et un portage psychique. Ce que **D. WINNICOTT** nomme *holding* qui comprend le portage physique mais aussi psychique de l'enfant qui nécessite un accordage entre le bébé et le porteur. **B. GOLSE** dit à propos du *holding* que cela joue essentiellement une fonction de protection contre toutes les expériences, et s'il est assuré de manière suffisante et régulière, le sentiment continu d'exister est préservé et la maturation du nourrisson est alors possible. Cela permet en grandissant une conscience de l'unité corporelle, des sensations propres à l'individu, d'une différenciation des espaces externe/interne du corps. Le sentiment continu d'exister, qui est aussi une sous composante de l'image du corps, permet alors la formation d'une unité interne stable que l'individu perçoit de lui même. Cela permet de protéger le Moi des angoisses. Marianne renvoie l'image d'un bébé peu porté psychiquement, et qui a toujours besoin de l'être dans les séances de psychomotricité où son attitude deviendra souvent régressive, et le besoin d'étayage verbal plus important. **D. CALIN** évoque deux éléments de la fonction contenante du thérapeute : la fonction d'apaisement (accueillir les angoisses, tension, les absorber et les réduire) et la fonction d'adossement (favoriser chez les autres, la liaison, l'unification, de leurs mouvements émotionnels, pulsionnels et de leurs représentations psychiques). Cette séance a été fondatrice de l'alliance thérapeutique avec Marianne, sa désorganisation psychomotrice et son angoisse ont pu être accueillies, accompagnées et contenues.

Lors de ma troisième rencontre et dernière séance de bilan pour Marianne, la psychomotricienne choisit d'utiliser des ballons et de se les faire passer pour observer ses coordinations dynamiques générales, sa régulation tonique, son investissement de l'espace, sa

latéralisation. Ses mouvements sont très rigides et s'inscrivent peu dans les trois plans de l'espace, son hypertonie se voit au niveau de ses épaules, ses mouvements sont peu articulés et il n'y a pas de rotation de l'axe. Elle imite les lancers précédents et peut aussi initier une autre manière d'envoyer le ballon.

C/ Séances et évolution

Du fait de son investissement durant les séances, le suivi en psychomotricité est poursuivi. Son organisation psychomotrice globale est affectée, cela se traduit notamment par une image du corps avec un vécu de ses sensations en deçà de la perception, et une impossibilité à pouvoir se raconter. L'état dépressif est manifeste de par son repli et son effondrement massif. La psychomotricité est indiquée pour Marianne, car elle entre plus aisément en relation avec un médiateur. Le projet de soin en psychomotricité est d'accueillir, contenir ses angoisses et mouvements régressifs quand elle en a besoin, et qu'elle puisse peu à peu acquérir des repères internalisés à l'aide d'expériences psychomotrices. Tout cela en étayant ses sensations corporelles, afin qu'elle puisse les traduire en éprouvés.

Les séances débutent systématiquement par un petit temps de dialogue, durant lesquels les besoins du jour de Marianne sont questionnés, suivi d'un temps d'expérimentation psychomotrice.

Un matin, lors du temps informel, elle est en repli dans un coin de la salle, assise dans un fauteuil et reste fermée face à la psychomotricienne, qui tente d'entrer en interaction avec elle. Arrivée dans la salle de psychomotricité, elle garde cette attitude fermée jusque dans sa posture enroulée sur elle-même assise dans le pouf, son regard est fuyant. On la questionne sur ce qu'elle aimerait faire aujourd'hui en séance. Rien n'accroche son attention. Ma maître de stage verbalise qu'elle voit de l'émotion dans ses yeux, et là Marianne s'effondre : à la fois émotionnellement, elle se met à pleurer, et corporellement, elle se couche en position fœtale dans le pouf, enroulée sur elle-même, cache son visage. La mise en mot donne un miroir de l'état émotionnel perçu, **D. WINNICOTT** décrit la fonction de miroir du soignant, qui joue un rôle dans le maintien du sentiment continu d'exister « *si je fais suffisamment bien cette tâche, le patient trouvera son propre soi, sera capable d'exister et de se sentir réel.* ». (1971, p. 213). Son ressenti intense la désorganise corporellement, sa respiration devient irrégulière,

son corps se tend, elle présente des dystonies, lutte pour ne pas pleurer, cela aboutit à une crise d'angoisse. Au bout d'un moment, nous lui proposons de revenir dans une position assise, ma maître de stage l'invite à se focaliser sur sa respiration, je mets mes mains dans son dos pour l'aider à sentir sa respiration. Marianne est toujours dans cette tension globale qui se concentre au niveau de son plexus, et bloque sa respiration, ça dure longtemps. Marianne n'arrive pas à se restaurer, ma maître de stage lui propose de se relever et marcher, nous l'accompagnons dans ce mouvement. La mise en mouvement permet de faire évoluer l'état tonique passif, en s'appuyant sur les éléments physiques, soit la pesanteur, les coordinations dynamiques pour qu'elle puisse éprouver une certaine consistance et ses appuis. Marianne s'appuie alors physiquement sur l'autre qui devient cet appui. Il est alors important d'accompagner vers une défusion afin qu'elle se restaure. Elle reste dans un état hypertonique, quand elle se calme un peu on la raccompagne à l'atelier suivant où elle devait participer. Elle a pu se restaurer lors de cet atelier et nous la retrouvons plus disponible lors du temps informel post-atelier. La perspective d'un autre temps, pensé pour elle, dans lequel elle est attendue, a permis à Marianne de mettre à l'œuvre sa capacité de projection dans un après. **C. BALLOUARD** dit qu'un cadre contenant, c'est un cadre ajusté, un espace de partage où la rencontre peut avoir lieu sans risque. En effet, Marianne a tendance à s'inscrire dans les séances sur un temps qui peut durer, le cadre temporel de la séance était alors un appui afin qu'elle puisse se projeter sur un autre temps.

Lors de la séance suivante, elle a pu répondre à nos questions orientées autour de sa scolarité et dire que toutes ces années elle a subi du harcèlement, du rejet de la part des autres. Nous avons terminé la séance en lui proposant de commencer un travail autour de la respiration afin qu'elle puisse la conscientiser et s'en servir en cas de crise de panique.

L'arrivée en séance de psychomotricité se traduit toujours pour Marianne par une perte du mot, à l'inverse des temps informels et post-atelier, durant lesquels elle peut se montrer plus dynamique et loquace. Ce mutisme sélectif ne l'empêche pas de pouvoir nous aiguiller sur ce dont elle a besoin, avec un étayage verbal de notre part. À la rencontre suivante, nous lui demandons comment ça va ; elle a répondu en haussant les épaules comme elle fait habituellement. La communication non verbale est son canal de communication principal, elle reste en lien par le regard et sa gestuelle. On lui a proposé de choisir parmi les cartes avec des mots illustrés avec des images qu'on avait utilisé lors de l'évaluation. Elle les regarde toutes dans ses mains, semble en choisir une et la remet dans le paquet. Ma maître de stage et moi

décidons alors de deviner laquelle c'était, Marianne se prend à ce jeu de devinettes et acquiesce quand on lui montre la carte avec le mot « soulagé ». On décide donc de poursuivre ce jeu de devinettes et de proposer chacune (ma maître de stage, Marianne et moi) des mots autour des thématiques sur lesquelles Marianne voudrait être soulagée. Une fois écrits, on les mélange et on les étale sur la table. Marianne avait écrit les mots école, dessiné sa mère, écrit le mot « dehors » et la phrase « pourquoi je suis comme ça ». Elle nous raconte à la fin de la séance qu'un éducateur vient faire des visites à domicile et que cela l'inquiète d'être séparée de sa mère. Les mots sortent de manière fluide, et son inquiétude se lit dans ses yeux.

Tout le travail avec elle, en psychomotricité, est de l'aider à pouvoir exprimer ce qu'elle ressent, ce qui est complexe : à la fois car elle n'y a pas accès et elle ne se sent pas légitime, donc il faut la guider. L'étayage dont le rôle est important dans le développement psychomoteur de l'enfant, afin qu'il puisse avoir accès à un vécu de son corps, est alors incarné par le psychomotricien en séance.

En psychomotricité, pour travailler autour de la contenance, proposer une thérapie à médiation corporelle permet la prise de conscience de l'intégrité l'enveloppe corporelle et ainsi de relancer une dynamique favorisant l'émergence d'une fonction contenant autonome. Dans le cas de Marianne cette fonction contenant en construction durant les interactions précoces fait défaut, en psychomotricité, il s'agira de pouvoir lui permettre de s'individualiser.

N. KACHA dit que « *Pour Bion, la fonction contenant serait une fonction d'accueil et de symbolisation.* » (2010, p.86) c'est là notre rôle en psychomotricité auprès de Marianne, incarner le cadre contenant, décrypter ses états pour y mettre du sens, afin de lui permettre un accès à la symbolisation.

Actuellement, en lien avec son état dépressif, les capacités de symbolisation de Marianne sont abrasées, il faut donc passer par les sensations le plus possible ce qui l'aide un peu à verbaliser. À la séance suivante, au retour des vacances de Noël, elle dit qu'elle a vu de la famille. Nous décidons de poursuivre le travail de conscience corporelle autour de la respiration, que j'anime alors avec elle. Je lui propose de s'allonger et de regarder un point dans la pièce ou de fermer les yeux, elle fixe son regard dans le mien ou celui de ma maître de stage. Son regard reste agrippant, il varie entre besoin de réassurance et adhésivité. Marianne a toujours besoin d'avoir une personne comme ancrage, cela rejoint ses comportements avec certains membres de l'équipe soignante. Au début, je lui propose de poser sa main sur son ventre pour sentir sa respiration et décrit les mouvements respiratoires. Elle suit au mieux, sa

respiration s'accélère un peu, j'axe donc sur une relaxation plus globale au niveau du corps, sa respiration redevient plus tranquille. À la fin de la séance, je lui demande comment elle se sent, elle répond « bien », ce qui est inhabituel pour elle.

Lors d'une séance suivante, suite à mes propositions, elle peut orienter son choix vers une séance de relaxation plus active. Je choisis de proposer une adaptation de la technique de Jacobson, dans une idée de pouvoir faire accéder Marianne à une sensation de consistance de son corps, et en lui donnant une part active, afin qu'elle puisse induire par elle-même. Son regard s'accroche un peu au mien, puis au fil de la séance sa tête se penche sur le côté et ses yeux sont mis-clos. Lors de la reprise, je lui propose de s'étirer et se frotter les membres pour les réveiller, elle sourit amusée par l'idée, puis se lance. Lorsque je lui demande comment elle a vécu cette séance elle hoche la tête, tout en maintenant un contact visuel. **C. POTEL** avance que la relaxation avec les adolescents au delà d'avoir une fonction de médiation, est à considérer comme un moyen pour aider à l'intégration ou à la réappropriation des éléments du schéma corporel et pour nourrir une image du corps immature ou figée. Marianne sur ce temps a pu se détacher de l'autre, tout en étant portée par cette expérience de relaxation, ce qui lui a permis de lâcher-prise un instant.

Marianne vient souvent questionner la proximité avec l'autre lors des temps informels, dans des attitudes de toucher qui peuvent venir envahir l'espace de l'autre (toucher les cheveux d'une soignante, mes boucles d'oreilles...). Un jour en début de séance, elle n'arrive pas à se concentrer sur ce que je lui dis, et est plus attirée par l'idée de venir toucher le pied de ma maître de stage, ce qui l'amuse. Saisissant son envie de contact, je lui propose de « s'auto-masser », je guide verbalement le cheminement et nomme des parties du corps, propose différents types de touchers en montrant sur moi, peu à peu elle arrive à se détacher de ma guidance verbale pour expérimenter selon son envie.

Un matin, Marianne demande à ma maître de stage avant que la séance commence « Pourquoi c'est plus toi qui fait », nous lui expliquons alors que c'est moi qui l'accompagne maintenant sur les séances.

Je l'interroge sur ce dont elle a besoin aujourd'hui, elle répond de son haussement d'épaule habituel, je la questionne en comparant à des séances précédentes, elle hoche la tête quand je lui propose du calme en mouvement. J'ai alors un petit temps durant lequel je ne sais pas quoi lui proposer, ayant l'habitude de m'appuyer sur sa communication non verbale pour

lui proposer une activité je suis alors perplexe. Je commente alors mes actions en lui disant que je réfléchis à quoi lui proposer aujourd'hui. J'attrape alors trois ballons et balles différents, une balle à picot, une petite balle molle, et un ballon un peu dégonflé. Je les pose sur la table en face d'elle et lui propose de les examiner et de trouver celui qui lui plaît le plus. Elle se contente de les regarder, alors je l'invite à les toucher pour qu'elle puisse éprouver leurs textures. Marianne choisit le ballon mou, j'en choisis une pour moi et lui explique que ça sera pour faire en même temps qu'elle. Je l'invite à s'asseoir confortablement dans le pouf de manière à avoir les pieds posés au sol. Je lui propose de poser la balle au sol et de commencer à rouler le pied dessus, passer à l'autre pied. Et je commence alors à faire rouler la balle sur moi en commençant par mes pieds, tout en commentant, l'endroit où je passe, les variations de pression possibles de la balle, Marianne suit mon geste avec son ballon, puis d'un air amusé bloque le ballon derrière son genou. Puis arrivé à la cuisse je lui demande comment elle ferait elle, elle initie alors la poursuite du mouvement. Elle pose le ballon sur son ventre et le serre contre elle avec un sourire amusé. Je commente alors que le ballon fait une pause et j'attire l'attention vers la respiration qui fait bouger le ballon, les inspirations et les expirations par la bouche. Marianne se tente à le faire, je lui demande si elle sent le ballon bouger lorsqu'elle respire, elle acquiesce avec vigueur. Puis elle continue à guider le ballon et s'arrête dans le creux de l'aisselle, puis le pose sur sa tête, en fait les contours, puis le visage. Elle continue puis arrête le ballon à nouveau sur son ventre, j'interroge « on continue ? » elle fait non de la tête, je verbalise à nouveau « le ballon s'arrête peut être besoin d'une pause, d'un instant pour soi ». Un petit temps plus tard le ballon reprend son chemin sur le corps de Marianne, puis arrivé au mollet elle le laisse tomber et glisser sur le sol. Je demande « vous voulez finir le pied » elle fait non de la tête. Son pied vient toucher le mien, ce que je verbalise, elle continue ce contact j'associe alors cela à une rencontre en lui disant « vous dites bonjour à mon pied ? Bonjour à votre pied Marianne » ce qui l'amuse. Je lui annonce que c'est la fin de la séance, nous nous levons alors pour nous rechauffer et avant de quitter la salle, elle vient effectuer ce même mouvement de pied auprès de ma maître de stage. Cette expérience de délimitation du corps, dont Marianne a pu être initiatrice, lui a permis de s'appropriier son corps, d'imposer des limites, des temps de pause et une fin. **M. BOUBLI** dit en effet « *Plutôt que la perception elle-même, c'est ressentir l'expérience de la perception qui pourrait apporter le sentiment d'identité* ». (Pireyre, 2021, p.185). Ce cheminement à la recherche de ses propres limites corporelles, comme lorsqu'elle bloque le ballon, est un pas vers l'individuation et la subjectivation pour Marianne « *La subjectivation c'est l'appropriation de ce qui est de la limite, de la frontière entre soi et l'autre* » (Pireyre, 2021, p. 185).

Pour notre dernière séance ensemble, j'énonce les étapes de celle-ci : je lui propose la construction d'un parcours, puis de pouvoir y guider l'autre qui aura les yeux fermés, chacune notre tour. Ensuite, de pouvoir finir sur un temps calme autour du dessin de notre vécu de la séance. Marianne construit son parcours par elle-même en s'appuyant quelquefois sur mes propositions de matériel disponible. Son parcours est structuré, il a un début et une fin, elle me démontre comment le faire une première fois les yeux ouverts, avant qu'elle me désigne pour le rôle de guidée. Je lui explique qu'elle peut me guider en me tenant ou en parlant, elle choisit de me tenir par les épaules. Son toucher est ferme, elle me guide plutôt bien, lors d'un passage d'obstacle, elle me saisit le pied et le pose, son toucher reste brut. Lorsque c'est mon tour de la guider, je décide de lui tenir l'épaule et la main pour un toucher contenant et rassurant. Elle garde les yeux fermés tout au long du chemin, sa main dans la mienne ne vient pas s'appuyer et y déposer le poids de son corps. J'ai l'impression de l'accompagner plus que de la guider réellement. Les yeux fermés, elle semble avoir mémorisé suffisamment l'espace du parcours pour pouvoir s'y adapter. Elle reste donc dans une hypervigilance et une hypertonie que je peux percevoir par le toucher et voir dans sa posture. Marianne lors de cette séance a pu trouver dans son corps son propre appui, sans se laisser porter par l'autre, et a pu être l'appui corporel de l'autre dans son rôle de guide. Le parcours une fois terminé, je lui demande si elle a pu sentir une différence entre être guide et guidé, elle me dit qu'elle a pu sentir la corde sous ses pieds, et indique que je lui ai pris la main, avec un regard étonné. Le fait d'avoir les yeux fermés, a pu permettre à Marianne de percevoir par un autre canal sensoriel cette expérience, la mise en mot de son vécu signe l'acquisition du domaine de la perception et la possibilité de pouvoir mettre son expérience en récit.

Son dessin de la séance représente fidèlement les éléments matériels du parcours. Elle s'est dessinée me tenant la main, en me guidant et a représenté ma maître de stage spectatrice de la scène, dans un coin de la pièce. Cette production vient montrer l'acquisition d'une symbolisation secondaire pour Marianne, la scène y est fidèlement représentée et a servi de support pour exprimer son vécu. Je lui demande de m'expliquer son ressenti de la séance, ce qu'elle a voulu représenter, elle me répond qu'elle a « porté attention à moi ». Avant de terminer la séance, elle signe son dessin et le mien, ce que je commente avec humour. Marianne a voulu marquer l'identité de chacune sur nos dessins, peut-être dans un désir de différencier nos productions et certainement une manière pour elle d'y affirmer son identité propre, avancée supplémentaire dans son individualisation. Son corps en relation avec l'espace et la représentation ajustée qu'elle en fait sur son dessin laisse apprécier une construction solide de son schéma corporel.

Se pose la question de la continuité des soins pour Marianne, l'hôpital de jour n'a pas une fonction de prise en charge au long court. Ses symptômes perçus évoluent peu, elle nécessite une prise en soin sur du long terme, une orientation vers une structure de soin sur un temps long est en court de réflexion. Cela afin de mettre à profit son efficacité cognitive préservée. Un projet de scolarisation semble peu accessible pour le moment. La dynamique familiale est à prendre en compte dans la symptomatologie de Marianne, à l'échelle du soin, lui proposer un espace où elle pourrait éprouver d'autres réponses et qui soit un ailleurs repérable où elle puisse avoir des liens relationnels adéquats. Le soin en tant qu'ailleurs repérable lui permet d'expérimenter d'autres liens relationnels, ce qui participe à son développement adolescent.

D/ Conclusion

Pour conclure, j'ai choisi de présenter le cas de Marianne car c'est une rencontre qui vient faire écho à ma problématique. Marianne est une patiente qui parle peu, dont la communication passait essentiellement par le corps, elle n'avait pas accès à une perception de ses ressentis propres. Son image du corps fragile, est probablement liée à la manière dont elle s'est construite, l'avènement de l'adolescence et son état dépressif viennent alors impacter de façon intense sa construction identitaire. Toute la finesse de la prise en soin portait sur un travail d'observation de sa communication non verbale, tout en pouvant répondre à ses besoins qui n'étaient pas clairement énoncés. S'appuyer sur sa manière d'interagir par le mouvement, m'a permis de pouvoir m'ajuster à ses besoins implicites, et prendre une posture soignante. De ces observations et de ce travail, une mise en mouvement, de son corps, de ses pensées, de sa capacité de s'affirmer en tant que personne ont pu voir le jour.

4) Alyssa : un cheminement entre douceur et force

A/ Présentation générale

Alyssa a 16 ans, lorsque je la rencontre en novembre 2021. Ses parents sont séparés et elle vit avec sa mère. Elle a une sœur plus âgée qui vit dans un autre département avec qui elle est en contact. Ma maître de stage m'avait transmis certains éléments à propos de son anamnèse, à savoir qu'elle souffre d'un syndrome de stress post-traumatique comprenant des reviviscences (hallucinations cénesthésiques), des cauchemars, suite à une agression sexuelle il y a quelques années dans son milieu familial. Elle souffre d'un état dépressif long, qui a conduit à de nombreuses hospitalisations, avec des passages à l'acte suicidaires. Sa relation avec son père est compliquée, elle souffre du fait qu'il ne la croit pas à propos de ces abus.

Elle souffre aussi de troubles alimentaires actuellement sur un versant hyperphagique. Alyssa est déscolarisée depuis deux ans. Quand on lui demande quels sont ses projets professionnels, elle évoque le métier d'hôtesse de l'air car elle apprécie le contact avec les gens et les voyages. C'est une jeune fille créative qui apprécie les travaux manuels et artistiques.

B/ Première rencontre et bilan

C'est lors d'un temps informel que je la rencontre la première fois. Elle est assise à une table et observe le jeu partagé par les adolescents et l'infirmier. Je me rapproche pour observer le jeu en question, j'observe dans sa mimique un inconfort, et lui demande comment ça va, elle se plaint du bruit que font les autres jeunes qui crient à la table d'à côté.

Lors de notre première séance, elle choisit de s'installer dans le pouf rose car elle dit aimer cette couleur, elle s'y assoit lentement avec un tonus assez bas. Elle est de taille moyenne, avec un maquillage très appliqué, les épaules basses, se meut lentement. Lors de cet entretien, Alyssa entre facilement en interaction, elle parle avec une prosodie lente et douce. Son regard s'adresse à ma maître de stage et à moi. Elle se rend ainsi très disponible à nos questions. Suite à son passé comprenant de nombreuses hospitalisations, elle emploie un vocabulaire très médicalisé et technique pour parler de ses symptômes.

Je lui demande quelles sont les choses qu'elle souhaiterait changer à l'aide d'une baguette magique, si elle en avait une. Alyssa évoque alors son poids, en effet suite à ses traitements, elle dit avoir pris 7 kg en quelques mois. Elle nous partage qu'elle mange beaucoup et fait des crises d'hyperphagie, elle dit faire ça pour remplacer les scarifications qu'elle se faisait. Grâce à cette « baguette magique », Alyssa aimerait aussi avoir plus confiance en elle, afin de s'affirmer plus sur le plan vestimentaire. Elle nous décrit ses reviviscences comme des hallucinations où elle a l'impression d'être touchée, des cauchemars et un sentiment d'être déconnectée d'elle-même, ce qui amène à penser qu'elle peut vivre des moments de dissociation.

Lorsque nous lui demandons ce qui l'amène à l'hôpital de jour, elle évoque ses abus et dit qu'elle ressent le besoin d'en parler de plus en plus autour d'elle.

Nous lui proposons ma maîtresse de stage et moi de réaliser un dessin de sa chambre, elle investit un coin de la feuille, elle y place un miroir où elle peut se maquiller, des livres, les meubles sont représentés de manière indifférenciés.

Deuxième séance de bilan, que j'anime, Alyssa évoque « la goutte de trop » avec son père qui a amené des idées suicidaires, des scarifications, elle a pu se calmer en parlant à sa mère. Il y a de l'émotion dans sa voix, je note chez elle une tristesse de l'humeur manifeste. Je lui demande de quoi elle a besoin aujourd'hui, elle me dit « de quelque chose de calme où on ne réfléchit pas », je propose alors de l'argile, ce qu'elle accepte. Alyssa cherche à fuir ses pensées en recherchant de l'action, le travail que je lui propose ici est différent, par l'action je cherche à l'amener au contact de ses sensations, d'elle-même, dans ce moment présent.

L'argile posée devant elle, Alyssa m'interroge du regard et attend mon top départ. Je comprends alors qu'elle aura besoin d'être portée par ma présence, par mes mots. Je l'interroge sur comment elle sent l'argile dans ses mains « froid et lourd ». Cela lui fait associer à la pâtisserie, qui est une activité qu'elle dit beaucoup apprécier. Au cours de la conversation, Alyssa évoque le trajet en ambulance qu'elle a fait pour venir où elle était accompagnée de trois hommes et dit avoir eu peur qu'ils lui fassent du mal, au point d'avoir fait une crise d'angoisse. Je l'interroge sur comment se manifestent chez elle les crises d'angoisses, elle décrit des bouffées de chaleur, mal au ventre (elle montre son sternum). Je lui demande quels sont ses ressources lorsque ça lui arrive, elle dit que sa mère est présente et cela la reconforte, comme lors du trajet en ambulance durant lequel elle a pu rester en contact avec elle. Nous lui demandons comment elle aurait pu se défendre, elle ne sait pas, ma maîtresse de stage lui dit que déjà pouvoir communiquer à sa mère comment elle se sent est une défense. Alyssa renvoie

une certaine vulnérabilité et une dépendance aux autres, elle ne peut pas encore se voir comme sa propre ressource.

Pour la troisième et dernière séance d'évaluation, je lui propose un jeu de ballon. D'abord debout, de pouvoir s'envoyer la balle en commençant par dire « j'aime » et en y associant quelque chose que l'on aime, puis « j'aimerai ». Les thématiques abordées par Alyssa lors de cet échange, sont sa famille, son désir de maigrir, elle dit qu'elle aimerait « revenir à l'âge de trois ans lorsqu'elle ne se rendait compte de rien ». Puis enfin, je lui propose de s'asseoir et pouvoir dire « Je suis » en envoyant le ballon, elle peut alors se reconnaître des qualités humaines, mais aussi de la naïveté. Lorsque je lui demande comme elle se sent à l'issue de cette séance elle me dit « apaisée ». Cet échange me renvoie qu'Alyssa a une faible estime d'elle même, ce désir de revenir à l'enfance me semble parler d'une difficulté à accepter de grandir, de porter le poids de l'âge adulte qui s'annonce, et d'une réalité qu'elle vit avec difficulté. Ces peurs adolescentes sont aussi à mettre en lien avec son antécédent traumatique et son état dépressif.

Son état dépressif continu (idées suicidaires, fléchissement thymique, faible estime de soi) semble être étroitement lié avec les événements traumatiques qu'elle a pu vivre, qui ont abouti à une fragilisation de son image du corps (déréalisation, hallucinations cénesthésiques, assises narcissiques fragiles). À l'issue de ces séances d'évaluation, plusieurs axes de travail en psychomotricité avec Alyssa ont pu être réfléchis. Il s'agirait de pouvoir renarcisser Alyssa, dans sa vision d'elle même, et de son corps, par la mise en mouvements, en y amenant de la conscience corporelle. Insister sur la consistance et le tonus pourrait l'aider à se sentir, sentir son corps comme une ressource sur laquelle elle peut s'appuyer.

La temporalité est une dimension affectée dans la dépression et le syndrome de stress post-traumatique. Il s'agira aussi d'insister sur le cadre, espace-temps sécurisant, pour que Alyssa puisse se sentir pleinement capable d'investir les séances de psychomotricité.

C/ Séances et évolution

Dès le début du suivi, Alyssa est en relation, elle se montre ouverte et joviale. Au début de plusieurs séances, au moment de se déchausser avant d'entrer dans la salle, elle dira avoir choisi des chaussures faciles à enlever. Ce qui montre son investissement dans les

séances de psychomotricité.

Un matin, elle arrive en séance et évoque des idées suicidaires scénarisées, suite au dépôt de plainte qu'elle a fait concernant ses agressions. Ma maître de stage évalue le risque suicidaire (scénario et moyens disponibles) avant de prévenir Alyssa qu'elle va en parler avec le médecin. Je demande à Alyssa s'il y a une personne ressource à qui elle a pu en parler, elle répond que sa mère est au courant et présente dans ces moments là.

Je lui demande ce dont elle aurait besoin aujourd'hui, elle me répond « un moment de douceur ». Je lui propose alors un temps de relaxation durant lequel j'accentue ma guidance verbale sur les appuis du corps (afin d'y inscrire de la consistance, de l'ancrage), et la description d'un lieu sécurisé, dans l'idée qu'elle puisse associer cette représentation à l'espace de psychomotricité et à cet instant présent. J'accentue les thématiques de ce temps autour du champ lexical de la force, de sensations agréables. **C. POTEL** évoque la pertinence de la relaxation auprès d'adolescents ayant des assises narcissiques fragiles « *Il me semble pourtant que la relaxation, en faisant travailler des sensations et des affects très primaires qui leur sont rattachés, peut être indiquée, pour restaurer des ancrages narcissiques profonds et satisfaisants, à l'adolescent.* » (2015, p.249). À l'issue de ce moment, après la reprise, elle a les yeux embués de larmes, mais se contient. Ma maître de stage et moi la raccompagnons sur le temps de post-atelier, avec les autres jeunes, dans l'attente qu'elle puisse rencontrer le médecin pour parler de ses idées suicidaires. Elle ne se mêle pas au groupe, et va s'isoler dans un couloir afin de laisser sortir son trop plein d'émotions en pleurant, je l'accompagne afin de ne pas la laisser seule dans ce moment compliqué.

C. POTEL poursuit à propos de ces adolescents en disant « *Dans ces cas là ces adolescents ont souvent un fonctionnement plus hétérogène, avec des capacités de verbalisation et de conflictualité psychique accessibles, à côté de « zones » plus opaques, peut être enclavées dans le cas d'histoires traumatiques précoces (adolescents qui ont subi des agressions corporelles et/ou sexuelles par exemple).* » (2015, p.250), en effet Alyssa nous donne accès à ses ressentis et verbalise beaucoup sa souffrance, dans le but de trouver de l'aide.

À la séance suivante, elle me dit qu'elle va mieux. Elle souhaiterait un temps calme, je lui propose un temps de relaxation, avec une adaptation de Jacobson, peu de relâchements sont observables, quelques dystonies sont visibles au niveau des mains. Ce qui laisse penser à un tonus de fond toujours en tension. Quand vient la fin de la séance, je lui demande comment

elle se sent, elle répond « apaisée », je lui demande alors où elle se sent apaisée dans le corps, elle ne sait pas me répondre. Ce qui semble appuyer le désinvestissement du corps présent dans les états dépressifs, elle peut parler de la sensation que lui a apporté ce moment sans l'avoir relié à ses éprouvés corporels.

Au fil des séances, mon positionnement s'est affirmé pour être plus étayant pour Alyssa dans la perception que j'avais de son corps, pour l'amener à mieux percevoir le sien.

Lors d'une séance, elle me dit qu'elle a besoin de quelque chose qui bouge, ce qui m'étonne car elle demande toujours du calme, qui renvoie à son état très passif proche de l'inertie. Sa demande de mouvement serait donc le signe qu'il y a un mouvement psychique qui se met en place ?

Je lui propose alors une séance autour du médiateur boxe. C'est une médiation qui peut renvoyer différentes images aux patients quand on la propose, pour cela il faut créer un cadre sécurisant qui passe à la fois dans l'installation de la salle, dans la posture que l'on adopte, le port de gants et dans les règles énoncées. Je dégage l'espace autour du sac de frappe, afin de renvoyer un espace ouvert, et je propose à Alyssa qu'avant de donner chaque touche, elle puisse réajuster sa posture, prendre une grande inspiration, souffler et passer à l'action. Je l'invite d'abord à donner des touches sur le sac en dosant sa force, sur des chiffres de 0 à 10, avec 0 l'absence de mouvement et le 10 le maximum de sa force. Lorsque j'annonce 10, son geste engage son bras, le reste du corps reste statique sur son axe, ses touches viennent alors faire vibrer le sac et son armature lourdement. Ensuite, je lui propose de pouvoir annoncer elle même ses chiffres, dans l'idée qu'elle puisse être la propre initiatrice de son mouvement, elle commente alors que « ça la défoule », je lui demande ce que ça lui fait, elle répond que ça lui fait du bien. Alyssa préfère les petites touches, elle dit que ça lui correspond mieux. Je lui demande de faire le décompte de 10 à 0 et finir sur la touche qu'elle a préféré, elle exécute un 5, je lui demande pourquoi elle préfère celle-ci, elle dit que c'est le juste milieu entre douceur et violence. Alyssa emploie un qualificatif teinté d'une dimension affective et extrême, pour désigner le maximum de sa force.

Reprise du médiateur boxe avec Alyssa la semaine suivante. Elle se place à nouveau sur le côté, je lui propose de se placer plus en face et d'ajuster sa posture afin qu'elle puisse prendre appui sur ses pieds en biais, afin de mieux s'engager toniquement dans le geste. Elle adopte cette position. Je l'invite à reprendre ce système de dosage de la force de 0 à 10 pour commencer. Puis dans un second temps, de pouvoir mettre une touche rapide et forte d'une

main, et de l'autre une touche lente. Afin de pouvoir expérimenter la différence et unifier les deux hémicorps.

Quand je lui demande ce qu'elle a pensé de ce moment, elle me répond que ça l'a défoulée et qu'elle a trouvé ça « doux et fort ». Alyssa emploie un nouveau qualificatif, serait-elle capable de se reconnaître de la force ? Je lui propose de finir la séance sur un temps calme autour d'un dessin, un dessin du bonhomme, je lui dis qu'elle peut choisir de se dessiner elle ou dessiner un bonhomme le plus joli et complet possible. Alyssa choisit de dessiner un personnage féminin, lorsqu'elle commence par le visage elle commente « oh c'est moche, le visage est déformé », puis le corps qui est habillé d'un débardeur rose et d'un pantalon large de type sarouel ne laissant pas distinguer les jambes. Lors du dessin du corps, elle commente « mon corps est déformé ». J'essaie de la rassurer sur le fait que le plus important n'est pas la qualité esthétique, mais que ce dessin vienne d'elle. Elle termine, puis je lui demande le prénom du bonhomme, quelle est son histoire, ce qu'il lui inspire, elle répond qu'elle ne sait pas et se raccroche aux vêtements roses qu'elle a dessiné « elle aime le rose ».

Quand vient le moment de notre dernière séance, je propose à Alyssa un temps autour d'un jeu de rôle impliquant un « sculpteur » qui doit donner une posture à l'autre personne qui joue la « statue ». La statue a les yeux fermés et elle les rouvre pour reprendre la position donnée par le sculpteur. Je précise à Alyssa que nous échangerons nos rôles chacune notre tour, afin de vivre les deux expériences, dans l'idée qu'Alyssa, en endossant le rôle de sculpteur devra être son propre appui, elle qui a besoin souvent de pouvoir prendre appui émotionnellement sur autrui.

Connaissant l'histoire d'Alyssa, je saisis l'importance de bien décrire que le toucher en jeu ici est dans un contexte de soin, de jeu proposé en psychomotricité. Je m'annonce à chaque fois que je viens poser mes mains sur elle, et je théâtralise mes propos en décrivant ce que je fais. Un léger sursaut au contact de ma main est présent tout de même, ce qui signe cette hypervigilance présente chez Alyssa. Les moments lors desquels Alyssa incarne le sculpteur ou la statue provoquent de nombreux rires chez elle, je l'interroge à propos de ces rires, que j'identifie comme nerveux. Elle me répond que « c'est bizarre de se laisser faire les mouvements par une autre personne », je lui traduis que je comprends que ça n'est pas habituel, ce à quoi elle acquiesce. Alyssa retrouve très vite les postures dans lesquelles je l'avais placée, ce qui montre que son schéma corporel est bien intégré.

Ensuite, sur le temps calme, je lui propose un dessin de son vécu de la séance, elle vient signaler en riant que nous l'avons terminé en même temps. Son dessin représente le

déroulé de la séance. Sur une première image, elle s'est dessinée me sculptant, trois petits points de suspension annoncent l'image suivante, où elle s'est représentée lorsque je l'avais mise en position allongée avec une bulle de bande-dessinée dans laquelle elle a écrit « HAHAHA », et une dernière image nous représente en train de dessiner. Ce dessin qui évoque des séquences de la séance, vient parler de la continuité du vécu de la séance pour Alyssa. Elle articule les moments que nous venons de vivre entre eux à l'aide de points de suspension, et peut raconter à l'oral ce déroulé de séance. Le temps n'y était pas figé, mais en mouvement. Je lui propose pour finir, de choisir une carte illustrée, qui pourrait représenter comment elle se sent maintenant. Alyssa choisit une carte représentant une jeune fille assise en tailleur, dans un environnement paisible représentant une forêt. Elle me décrit que la jeune fille de la carte est « bien, apaisée et qu'elle a trouvé refuge » dans le lieu représenté, que « ça lui fait du bien comme ici », ainsi elle vient faire le parallèle entre la carte et les séances de psychomotricité.

Je m'interrogeais souvent sur ses mots de fins de séances. Alyssa cherche-t-elle à renvoyer ce qu'elle pense que j'attends d'elle, quand elle me dit « apaisée » ? Ce mot revenait régulièrement pour décrire ses ressentis. Selon le Larousse, il est possible de définir le mot apaisé comme « *Mettre fin (chez quelqu'un) à la violence d'un sentiment, d'une sensation pénible, à un trouble ; calmer, radoucir* » (Larousse, s. d.). Ce mot qui revient en fin de séance désigne une différence d'état chez Alyssa, un avant et un après la séance, son vécu de souffrance connaît un changement qu'elle parvient à identifier.

Les liens qu'Alyssa est venue faire entre la carte illustrée et la psychomotricité m'aident à mieux comprendre qu'elle a réellement pu identifier cette espace comme sécurisant pour y vivre à son rythme de nouvelles expériences.

D/ Conclusion

En conclusion, les événements traumatiques vécus semblent être en lien avec l'état dépressif d'Alyssa, et ont fragilisé son image du corps, déjà bouleversée par l'intégration des changements corporels adolescents. Tout cela a affecté sa construction identitaire dans son passage à l'état de jeune adulte.

Dans la situation d'Alyssa, prendre en compte son regard et son rapport vis à vis de son propre corps a été primordial. Dans ses propos, sa mise en récit et sa manière d'être, elle m'a laissé l'accès à son vécu corporel, teinté par ses antécédents traumatiques, son état dépressif, et les remaniements adolescents de son image du corps. En partant de son implication dans les séances psychomotrices et de sa volonté d'être entendue, j'ai pu l'accompagner et la sécuriser sur ces temps.

Ses représentations du corps possèdent des assises narcissiques fragiles et une faible estime d'elle-même transparaît dans son discours. Les rencontres avec Alyssa ont permis de voir se succéder des représentations du corps différentes autour de séances empreintes de dichotomies, entre calme et mouvement, introspection et extériorisation. Sa manière de verbaliser pendant les médiations en séance s'est précisée autour du corps. Une mise en œuvre de la revalorisation de son image du corps, de son estime d'elle-même s'est entamée petit à petit, entraînant une sortie encore aléatoire de son état dépressif continu.

Conclusion finale

À travers cet écrit, j'ai cherché à retransmettre le cheminement de ma réflexion, mais également à dévoiler l'importance de la prise en compte des états dépressifs à l'adolescence.

L'adolescence est une période durant laquelle le sujet cherche ses limites, investit son corps afin d'en comprendre ses nouveaux éprouvés à la recherche de son identité. Ces investissements peuvent alors se troubler quand les adolescents rencontrent une période de souffrance psychique, notamment un état dépressif. Durant mon stage, j'ai pu voir que la souffrance adolescente vient parler à travers le corps de l'adolescent quand elle est difficilement verbalisable, le corps devient donc le moyen d'expression de la souffrance. Le lien entre le corps et le psychisme, si central dans la psychomotricité m'est apparu alors si évident.

En questionnant les mouvements de l'image du corps chez les adolescents dépressifs, j'en suis venue à m'interroger sur la manière dont il est possible de les accompagner à travers les bouleversements adolescents et ce mal de vivre. La psychomotricité fait en effet parti des soins indiqués dans la prise en charge des adolescents dépressifs. De ces réflexions, a pu émerger une question centrale : **Comment l'approche psychomotrice, en s'intéressant à l'image du corps chez l'adolescent en état dépressif, peut elle aider à soutenir et accompagner celui-ci ?**

Les rencontres que j'ai pu faire avec tout ces adolescents en hôpital de jour, m'ont permis de comprendre que l'enjeu au delà du soin, se situe dans la relation à l'autre, à ces moments particuliers de leur vie où ils ont besoin d'une main tendue. L'adolescence est un moment que certains pourront traverser non sans quelques questionnements, et chamboulements, mais pourront trouver en eux, dans leur entourage, la force et des ressources afin de traverser cette période. D'autres auront besoin d'aide pour retrouver leur chemin, parfois à travers le soin, quand la pathologie s'en mêle. Dans la relation à l'autre, aux soignants, il a été possible pour certains patients rencontrés de revenir à la relation à soi et à leur corps.

Le corps adolescent, lieu de toutes les interrogations, porteur d'une identité en construction, par ce qu'il nous donne à voir, permet au psychomotricien d'avoir une meilleure

compréhension de ce qui se vit pour le jeune. Le fonctionnement psychocorporel de l'adolescent, touché par la dépression, nécessite alors en psychomotricité de pouvoir refaire du lien entre l'esprit en souffrance et le corps potentiellement désinvesti, oublié, malmené. C'est par l'expérimentation du corps, que le rapport au corps et ses représentations évoluent. Ainsi le psychomotricien en faisant preuve d'un étayage et d'une fonction contenante suffisante, peut permettre un accès à la conscience corporelle chez le patient. Chez l'adolescent en état dépressif, il s'agit de pouvoir prendre en compte les particularités de la clinique adolescente, et par des médiations adaptées au patient, lui permettre de transformer ce corps en souffrance, en corps source de plaisir, y retrouver un vécu agréable, pouvoir l'investir.

Ces trois années de formation en psychomotricité ont amené de profondes réflexions à propos de ma vision, ma perception et mes représentations sur le corps. Ce mémoire m'aura permis d'enrichir ma conception de la psychomotricité, de réfléchir et comprendre comment mieux prendre les patients en compte dans leur globalité, notamment à travers leur image du corps, ce qui restera un axe de réflexion permanent dans ma future pratique.

Que la pluie tombe et pansé les plaies

Que de la mousse et de la cendre

renaisse la vie

Que les regards se croisent et se tendent

Et que l'adolescence

Aille son chemin

C. POTEL, L'adolescent, son corps, ses « en jeux »

Bibliographie

Andre, P. (2006). *Psychiatrie de l'adulte*, Paris, Heures de France, p256

Andre, P., Benavides, T., Giromini F., (2004), *Corps et psychiatrie*, Paris, Heures de France, p84

Anzieu, D. (1987) *Le Moi Peau, les enveloppes psychiques*, Dunod, p39

Ballouard, C. (2011). *L'aide-mémoire de psychomotricité: En 25 notions*. Paris: Dunod.

Baranes, P. C., & Marcelli, D. (2015). *Corps brûlant, corps adolescent (L'ailleurs du corps)* (French Edition). Eres

Baudelaire. (s. d.). *Spleen : Quand le ciel bas et lourd pèse comme un couvercle - Charles BAUDELAIRE - Vos poèmes - Poésie française - Tous les poèmes - Tous les poètes*.

bonjourpoesie. Consulté le 15 janvier 2022, à l'adresse

https://www.bonjourpoesie.fr/lesgrandsclassiques/poemes/charles_baudelaire/spleen_quand_le_ciel_bas_et_lourd_pese_comme_un_couvercle

Biéler, L. & Charpine-Piscaglia, I. (2012) Corps et adolescence Psychothérapie à médiation corporelle. Dans : , *Thérapie psychomotrice et recherches n°170 Les thérapeutiques psychomotrices à l'épreuve de l'adolescence*

Branchard, L. & Moyano, O. (2018). Les représentations dynamiques du corps. *Psychologie clinique et projective*, 24, 197-217. <https://doi.org/10.3917/pcp.024.0197>

Canchy-Giromini, F., Albaret, J.-M., & Scialom, P. (2015). *Manuel d'enseignement de psychomotricité*. Tome 2. De Boeck-Solal.

Cannard, C. (2019). Chapitre 1. Du concept de jeunesse au concept d'adolescence. Dans : , C. Cannard, *Le développement de l'adolescent: L'adolescent à la recherche de son identité* (pp. 13-35). Louvain-la-Neuve: De Boeck

Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.canna.2019.01.0013>

Catry, C. & Marcelli, D. (2010). 6. Dépression de l'adolescent. Dans : Michel Goudemand éd., *Les états dépressifs* (pp. 49-59). Cachan: Lavoisier.

Chabrol, H. (2001). *La dépression de l'adolescent: Vol. 3e éd.* (Numéro 2437). Presses Universitaires de France; Cairn.info. <https://www.cairn.info/la-depression-de-l-adolescent--9782130521761.htm>

Charpentier, E. (2017). Le toucher thérapeutique chez la personne âgée (p 10;54)

Ciccone, A. (2016). La scène du corps dans le développement et le fonctionnement psychiques et dans les situations de souffrance psychique. Dans : AIRE éd., *Des corps: Entre corps et psyché. Penser ce qui les agite* (pp. 43-60). Nîmes: Champ social. <https://doi.org/10.3917/chaso.aire.2016.02.0043>

Corcos, M., Gumy, M., & Loisel, Y. (2019). *Pratique des médiations corporelles à l'adolescence*. Dunod; Cairn.info. <https://www.cairn.info/pratique-des-mediations-corporelles--9782100795994.htm>

Dayan, J. (2011). Dépressivité et dépression à l'adolescence. *Adolescence*, 294, 737-745. <https://doi.org/10.3917/ado.078.0737>

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

Delourme, A. & Marc, E. (2014). Chapitre 9. Corps et émotion. Dans : , A. Delourme & E. Marc (Dir), *Pratiquer la psychothérapie* (pp. 138-154). Paris: Dunod.

Dejours, C. (2009). Corps et psychanalyse. *L'information psychiatrique*, 85, 227-234. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8503.0227>

De Passemar, D. (2013). *Soigner la dépression en psychomotricité : prendre conscience de son corps, aller à la rencontre de soi, devenir sujet*. [Mémoire de psychomotricité salpêtrière] Médecine humaine et pathologie. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00936033/document>

Ferrari, P. (2012). 55. Dépression de l'adolescent. Dans : , P. Ferrari & O. Bonnot (Dir), *Traité européen de psychiatrie et de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent* (pp. 560-568). Cachan, France: Lavoisier.

Hanus, M. (1990). Psychiatrie de l'étudiant. Maloine ; p.269

Haute Autorité de Santé https://www.has-sante.fr/jcms/c_1782013/fr/manifestations-depressives-a-l-adolescence-reperage-diagnostic-et-prise-en-charge-en-soins-de-premier-recours

Hauswald, G. (2016). *L'adolescence en poche. Comprendre et aider nos adolescents*. Érès; Cairn.info. <https://www.cairn.info/l-adolescence-en-pochette--9782749249780.htm>

Jeammet, P. & Bochereau, D. (2007). 5. Dans la tête de l'adolescent : le fonctionnement cérébral et psychique. Dans : , P. Jeammet & D. Bochereau (Dir), *La souffrance des adolescents: Quand les troubles s'aggravent : signaux d'alerte et prise en charge* (pp. 83-95).

Jaquet, C., Neveu, P., Pireyre, É., de Sainte Maréville, F. & Scialom, P. (2014). Chapitre 1. Sensations/Perceptions. Dans : , C. Jaquet, P. Neveu, É. Pireyre, F. de Sainte Maréville & P. Scialom (Dir), *Les liens corps esprit: Regards croisés à partir de cas cliniques* (pp. 13-42). Paris: Dunod.

Joly, F. (2012). Le médiatif comme expérience, le travail du médium comme appropriation subjective. *Le Journal des psychologues*, 298, 16-21. <https://doi.org/10.3917/jdp.298.0016>

Kacha, (2010) *La fonction contenante du thérapeute*, in Groupe, contenance et créativité, Eres, p86

Krebs, M., Bourgin, J. & Poirier, M. (2010). 41. Neurobiologie de la dépression. Dans : Michel Goudemand éd., *Les états dépressifs* (pp. 344-362). Cachan: Lavoisier.

Larousse, Æ. (s. d.-a). *Définitions : adolescence - Dictionnaire de français Larousse*.

Larousse. Consulté le 1 février 2022, à l'adresse

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/adolescence/1156>

Larousse, Æ. (s. d.). *Définitions : apaiser, s'apaiser, être apaisé – Dictionnaire de français Larousse*. Larousse. Consulté le 22 avril 2022, à l'adresse https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/apaiser/4397?fbclid=IwAR2EmjF8Y_JeaiX29BOGf2dhwCncJQPHiOnaDIwFxMY1tiiJciH050A4jpM#:~:text=Mettre%20fin%20

Larousse, Æ. (s. d.). *Définitions : relaxation - Dictionnaire de français Larousse*. Larousse. Consulté le 15 janvier 2022, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/relaxation/67860#:~:text=%EE%A0%AC%20relaxation&text=1..l'%C3%A9quilibre%20mental%20du%20sujet>.

Lavielle, J. G (2009). *Vivre... en corps et encore Approche psychomotrice de la représentation du corps chez la personne gravement malade* [Mémoire de psychomotricité, Bordeaux]

Lefelt, M. (2021). *Corps support de la souffrance à l'adolescence : Approche psychomotrice de la communication non verbale de l'adolescent déprimé dans une unité de pédopsychiatrie* [Mémoire de psychomotricité, Bordeaux]. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03287275>

Maïdi, H. (2012). *Clinique du narcissisme : L'adolescent et son image*. A. Colin. *Manifestations dépressives à l'adolescence : repérage, diagnostic et prise en charge en soins de premier recours* (2014,15 décembre)

Marciano, P., (2009). *L'hôpital de jour pour enfants*, Erès. p.165

Martin-Excoffier, L., Schiltz, L. & Sudres, J. (2022). L'art-thérapie et les adolescents : clinique d'une évidence. *Perspectives Psy*, 61, 84-92. <https://doi.org/10.1051/ppsy/2022611084>

Marcelli, D., Cardon, A., & Loubeyre, J.-B. (2000). *Les états dépressifs à l'adolescence* (2e éd). Masson.

Marcos I., *Corps vécu/corps réel*, Thérapie psychomotrice et recherche, n°129, 2002, p. 101

Miller, H., (1972). Le 14^e district, *Nouvelles Américaines*, Gallimard, p.24

Nasio, J-D. (2007), *Mon corps et ses images*, Paris, Payot

Paumel. C. (2012) Le Bilan psychomoteur à l'adolescence p.14. Dans : , Thérapie psychomotrice -et recherches- n°170 Les thérapeutiques psychomotrices à l'épreuve de l'adolescence

Paumel, C. (2019). Chapitre 20. La traversée adolescente : problématiques psychocorporelles et interventions psychomotrices. Dans : Anne Vachez-Gatecel éd., *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices: Fondements, domaines d'application, formation et recherche* (pp. 225-266). Paris: Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.tecel.2019.01.0225>"

Paumel. C. (2021) *Contribution de la psychomotricité à l'évaluation et la compréhension des souffrances identitaires à l'adolescence* (p274-280) Dans : , Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence n°69 Masson
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0222961721000489?via%3Dihub>

Pireyre, É. W. (2021). *Clinique de l'image du corps : Du vécu au concept* (3e éd). Dunod.

Platon. (s. d.). *ouest-france.fr*. ouestfrance. Consulté le 8 février 2022, à l'adresse <https://citations.ouest-france.fr/citation-platon/maux-corps-sont-mots-ame-100839.html>

Schultz, J. (2013). Chapitre II - Description de la méthode. Dans : Johannes Heinrich Schultz éd., *Le training autogène: Méthode de relaxation par auto-décontraction concentrative. Essai pratique et clinique* (pp. 27-70). Paris cedex 14: Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.schul.2013.01.0027>"

Scialom, Canchy-Giromini, Albaret, Giromini-Mercier, Mercier, Giromini, . . . Albaret, Jean-Michel. (2015). *Manuel d'enseignement de psychomotricité* Tome 1 Concepts fondamentaux (Psychomotricité). Paris (France): De Boeck-Solal.

Winnicott, D.W. (2002). *Jeu et réalité*, Paris : Folio Essais, p.30

Winnicott, D. W. (1971). *Jeu et réalité*. Gallimard, Folio essais, p.213

Tables des matières

Remerciements.....	2
Avant-propos.....	3
Introduction.....	6
Partie I – Théorico-clinique.....	8
1) Adolescence : Quand la dépression s'en mêle.....	9
A/ Adolescence.....	9
a) Définitions.....	9
b) Enjeux.....	11
B/ Dépression.....	13
a) Généralités.....	14
1- Critères et diagnostique chez l'adolescent.....	14
2- Sémiologie chez l'adolescent.....	16
3- Facteurs de risque chez l'adolescent.....	18
4- Traitements et thérapies.....	19
b) Théories et courants sur la dépression.....	21
1- Sur la dépression.....	21
2- Chez l'adolescent.....	23
2) Image du corps.....	25
A/ Généralités autour du concept.....	25
a) La représentation.....	25
b) Le narcissisme.....	26
c) Les représentations du corps dans le développement psychomoteur.....	27
d) Théories sur les représentations du corps.....	31
e) L'image du corps parle à travers le corps.....	34
B/ L'image du corps de l'adolescent déprimé.....	35
a) Image du corps à l'adolescence.....	35
b) Image du corps et dépression : Mouvements de l'image du corps.....	36

1- Corps éprouvé dans la dépression.....	36
2- Stratégies d'expression corporelle de la souffrance.....	38
3- Impact des symptômes dépressifs sur le corps adolescent.....	38
 Partie II - Prise en charge et approche psychomotrice.....	 40
1) Accompagner les états dépressifs.....	40
A/ Conscience corporelle, conscience de soi.....	41
B/ Une attention portée au corps par la médiation.....	41
2) Particularités de la psychomotricité auprès des adolescents.....	44
A/ Le bilan psychomoteur à l'adolescence.....	44
B/ Enjeux de l'adolescence ... en séances.....	45
C/ L'adolescence : une clinique de l'agir.....	45
3) Image du corps et psychomotricité.....	46
A/ Engagement psychocorporel du psychomotricien.....	46
B/ Un bilan de l'image du corps : c'est possible ?.....	47
4) Pistes de prise en soin de l'adolescent déprimé.....	48
A/ Créer une aire intermédiaire.....	49
B/ Fonction de la médiation dans l'image du corps.....	50
C/ Rôle de l'étaillage.....	52
 Partie III – Au cœur de la Clinique.....	 53
1) Présentation de l'Hôpital de Jour	53
A/ Place de l'HDJ dans le service pédopsychiatrie.....	53

B/ Admissions et suivis des adolescents.....	54
C/ Le rôle du psychomotricien.....	54
2) Groupe thérapeutique.....	55
A/ Projet du groupe.....	55
B/ Enjeux.....	56
C/ L'image du corps en rela(x)ation.....	57
D/ Cas cliniques et analyse.....	59
E/ Conclusion.....	64
3) Marianne.....	65
A/ Présentation générale.....	65
B/ Première rencontre et bilan.....	66
C/ Séances et évolution.....	69
D/ Conclusion.....	75
4) Alyssa.....	76
A/ Présentation générale.....	76
B/ Première rencontre et bilan.....	76
C/ Séances et évolution.....	78
D/ Conclusion.....	83
Conclusion finale.....	84
Bibliographie.....	86
Table des matières.....	91