



HAL
open science

L'hyperactivité physique dans l'anorexie mentale : application de la médiation boxe en psychomotricité

Léa Jaillet

► To cite this version:

Léa Jaillet. L'hyperactivité physique dans l'anorexie mentale : application de la médiation boxe en psychomotricité. Médecine humaine et pathologie. 2022. <dumas-03768967>

HAL Id: dumas-03768967

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03768967v1>

Submitted on 5 Sep 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.



HAL Authorization

Institut de Formation en Psychomotricité de la
Pitié Salpêtrière
Faculté Médecine Sorbonne Université
91, Bd de l'Hôpital
75013 Paris



L'hyperactivité physique dans l'anorexie mentale
Application de la médiation boxe en psychomotricité

Mémoire présenté par

JAILLET Léa

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

Remerciements

Je tiens d'abord à remercier mes maîtres de stage de cette troisième année de formation : Laure, Sylvain et Nina, pour leur bienveillance et leur soutien si précieux. Je les remercie également pour leur transmission de savoir-faire et de savoir-être de psychomotricien·ne, qui m'a permis d'évoluer tout le long de cette année.

J'ai une pensée pour les autres psychomotricien·ne·s que j'ai rencontré·e·s sur mon chemin de future psychomotricienne, qui m'ont apporté leurs connaissances et qui ont su me transmettre leur amour pour le métier.

Sans oublier, ma tutrice de mémoire qui, avec sa bienveillance et son écoute, m'a permis de me redonner confiance en moi pour réaliser cet écrit. Je la remercie de m'avoir accordé son temps et son regard psychomoteur pour mes recherches.

Je souhaite adresser mes remerciements à mes proches, pour leur soutien et leurs encouragements. Merci d'avoir cru en moi jusqu'au bout.

Mes derniers remerciements reviendront aux patient·e·s que j'ai appris à connaître, et auprès de qui j'ai tant appris.

Sommaire

<i>Avant-propos</i>	5
<i>Introduction</i>	6
<i>Partie 1 : La théorie</i>	8
I. Théorie sur la médiation et la boxe	8
A. Théorie sur la boxe	8
B. La théorie sur la médiation	11
C. La médiation boxe	14
II. Les Troubles des Conduites Alimentaires	20
A. Les Troubles des Conduites Alimentaires : les généralités	20
B. L'anorexie mentale : les généralités	22
C. L'anorexie mentale : entre conséquences et profil psychomoteur	27
D. L'hyperactivité physique	31
<i>Partie 2 : Les cas cliniques</i>	36
A. Présentation du lieu de stage	36
B. Présentation des cas cliniques	38
C. Leurs évolutions	51
<i>Partie 3 : La réflexion</i>	52
A. Comprendre l'anorexie mentale à l'adolescence et le symptôme de l'hyperactivité physique.....	52
B. Des muscles aux os, en passant par les viscères.....	55
C. Conclusion.....	83
<i>Conclusion</i>	84
<i>Bibliographie</i>	86
<i>Liste des abréviations</i>	91
<i>Table des matières</i>	92
<i>Annexes</i>	94
<i>Résumé</i>	102

Avant-propos

Je me suis permis de parler « d'adolescente et de patiente » lorsque je parlais de ma clinique parce que je vois exclusivement des adolescentes de genre féminin avec anorexie mentale. Mais il y a évidemment la présence d'adolescents dans le service, que je vois aussi en séance mais qui ne font pas objet de mon mémoire.

Lorsque je parle globalement de ces jeunes, je fais le choix d'écrire de manière inclusive de la sorte : le·a adolescent·e, les patient·e·s. Ce choix est fait en accord avec mes principes d'inclusivité et pour permettre l'équité en parlant de ces jeunes, qui sont de plus, en majorité de genre féminin.

Introduction

En pensant au mot « psychiatrie », quelque chose résonne en moi. De par mon histoire et mes expériences personnelles, je me suis toujours sentie à l'aise dans ce domaine clinique. Au cours de mes trois années de formation, les cours de psychiatrie m'ont toujours beaucoup intéressé et m'ont donné envie de réaliser des stages. En deuxième année de formation, j'ai réalisé mon stage long en pédopsychiatrie, dans un Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP). Ce stage a été révélateur de mon envie de travailler auprès des enfants en psychiatrie. Aussi, en troisième année de formation, j'ai souhaité continuer à me former en psychiatrie et accéder à ce stage auprès, cette fois-ci, d'adolescent·e·s et jeunes adultes. Je n'ai pas choisi mes stages uniquement en fonction de la clinique accueillie, ni par curiosité, mais plutôt par intérêt de me former dans un lieu où l'établissement, le fonctionnement des psychomotricien·ne·s et leurs approches, pouvaient me convenir.

À l'arrivée dans ce stage, j'ai été très observatrice de l'environnement, des fonctionnements et des approches de chaque soignant·e et thérapeute. C'est lors de ma première semaine à l'institution que j'ai découvert la médiation boxe avec deux patientes anorexiques dont je vais décrire leur histoire et le suivi en psychomotricité plus loin dans le mémoire.

Je n'ai jamais été attirée par les sports de combat. Pour moi, les images de boxe dans les films ou les séries ne me donnaient pas une très bonne appréciation de ce sport. J'en ai eu une image tellement brusque, violente, presque agressive que je me suis étonnée moi-même d'écrire mon mémoire de psychomotricité sur le sujet.

En arrivant dans ce stage, j'ai été plutôt surprise de voir des gants de boxe, un bouclier de boxe (rembourré pour combiner les différentes frappes) et des pattes d'ours (un accessoire pour le travail des différents coups ; crochet, direct, uppercut).

Mes préjugés sur ce sport de combat me sont revenu et j'ai été un peu intimidée. Malgré cela, je me suis laissé entraîner dans la découverte.

Cette médiation boxe était proposée à deux patientes anorexiques présentant un symptôme commun : l'hyperactivité physique. Cela m'a beaucoup interrogé : pourquoi proposer cette médiation aux patientes avec ce type de profil ?

La façon dont cette médiation est amenée aux patientes suivies, m'a donné envie de comprendre son intérêt en psychomotricité. Et quoi de mieux que d'aller directement sur le terrain ? Outre le fait de pouvoir accompagner mes deux maîtres de stage en séance avec l'utilisation de la médiation boxe et de pouvoir proposer moi-même un accompagnement avec cette médiation, je me suis lancée dans un projet plus personnel : m'inscrire à des cours de boxe en club. Continuer à expérimenter corporellement la boxe dans un club en collectif me permet d'avoir un autre œil sur ma pratique en psychomotricité. Je peux ressentir davantage qu'en testant avec mes maîtres de stage, je peux apprendre et consolider les bases de la technique. C'est un socle de base sur lequel je peux m'appuyer avec les patientes que je suis.

Pour en revenir au sujet de mon mémoire, j'ai décidé de me concentrer sur le suivi de patientes avec des Troubles des Conduites Alimentaires (TCA). Face à mes prises en charge où cette médiation boxe est proposée, je me suis alors questionnée sur les bénéfices que la boxe pouvait apporter en psychomotricité auprès de ce public, avec ses spécificités. Cette problématique vient m'interpeller :

Comment la médiation boxe peut-elle être un support dans la prise en charge de l'hyperactivité physique des patientes avec anorexie mentale ?

Pour répondre à ma problématique, j'ai décidé de m'appuyer sur l'approche psychocorporelle de **B. Lesage**, pour étayer ma pensée. Néanmoins, j'ai choisi d'apporter des éléments clé de compréhension qui varie du champ disciplinaire central. Je me suis évidemment appuyée sur le champ de la psychomotricité, mais également, de la psychanalyse pour comprendre mes mots-clés.

Je souhaite dans un premier temps établir quelques éléments théoriques sur la technique de boxe que nous utilisons en séance. Puis, je vais m'intéresser au terme de médiation qui me questionne, et qui me semble essentiel d'aborder en faisant le lien avec ce que représente, en psychomotricité, la médiation boxe.

Dans un second temps, je vais explorer le champ théorique des troubles des conduites alimentaires, dont l'anorexie mentale, mais également, celui du symptôme de l'hyperactivité physique.

Après avoir replacé le cadre institutionnel de mon stage, je vais vous partager ma rencontre avec deux patientes ainsi que leurs histoires. Leurs prises en charge en psychomotricité avec la médiation boxe, me permettront de réfléchir sur ma problématique.

À partir de ces expériences éprouvées lors de mon stage avec les deux adolescentes, je vais explorer l'apport de la médiation boxe à partir des systèmes corporels de **B. Lesage**.

Pour commencer, je vais énoncer les bases de connaissances à avoir sur la boxe et vous la présenter dans le contexte de mon stage.

Partie 1 : La théorie

I. Théorie sur la médiation et la boxe

A. Théorie sur la boxe

1. Les origines de la boxe

Dans l'Antiquité, deux sports de combat peuvent nous faire penser à la boxe actuelle.

Le **pugilat** était l'appellation pour le combat avec les poings, pouvant se considérer comme l'ancêtre de la boxe. Les pugilistes avaient des protections en cuir pour leurs poings. Pour terminer un combat, c'était soit par l'abandon soit par K-O. (**Homant**, 2021)

Le **pancrace** était ce sport alliant lutte et combat, où tous les coups étaient possibles (sauf mordre ou crever les yeux de l'autre) alors même que les combattants n'avaient pas de protection (**Homant**, 2021).

L'apparition de la **boxe anglaise** en France date du milieu du XIX^{ème} siècle (**Brugnot**, 2020). Les combats de boxe sont codifiés par des règles établies par le journaliste John Graham Chambers. Ces règles dites du Marquis de Queensberry seront alors diffusées grâce à ce marquis. Les règles concernent par exemple : les catégories de poids, la taille du ring, la comptabilisation des points, « le port de gants obligatoire » (2020, p.15), rendant alors les combats moins brutaux.

Avec le temps, diverses extensions de la boxe se sont développées selon les pays, les cultures.

La **boxe française** ou « savate boxe française » est une forme de boxe qui se pratique avec les jambes-pieds et les poings. C'est un « *sport de combat utilisant des mouvements de percussion appelés “coups” effectués avec le devant des poings et les différentes surfaces des pieds suivant des règles techniques précises et respectant un principe de base fixe et intangible.* » (Huon, 2016, p.20).

La boxe **Thaïlandaise** ou « Muay thai » est issue de pratiques martiales. À la différence de la boxe anglaise ou française, c'est « *un art martial dynamique et puissant qui met en œuvre les mains, les pieds, les coudes et les genoux.* » (Folan, 2016, p.6).

2. Le matériel utilisé

Concernant le matériel utilisé en boxe : pour frapper avec nos poings, nous avons besoin de **gants**¹ adaptés à nos mains. Ceux-ci protègent alors les mains et les poignets avec un rembourrage particulier qui se trouve au niveau des doigts pour protéger les phalanges. Nous utilisons pour la médiation boxe dans mon stage, des **pattes d'ours**². Ce sont des gants (portés par le-a psychomotricien-ne) avec une surface circulaire et relativement plate pour que la personne attaquante puisse combiner les différentes frappes. Nous disposons également d'un **bouclier de boxe**³. D'autres objets comme les matelas de sol qui sont contre le mur, ou encore des balles en mousses, sont utilisés pour varier les exercices.

3. La technique utilisée

Pour la médiation, nous nous basons plutôt sur un référentiel de boxe anglaise, c'est-à-dire avec l'utilisation exclusive des poings. Nous ne réalisons pas de combat de boxe pendant cette médiation. Le ou la psychomotricien-ne porte les pattes d'ours et la patiente porte ses gants de boxe. En tant que stagiaire, ma place est soit aux côtés de la patiente, tout en portant mes gants de boxe, soit à la place du ou de la psychomotricien-ne.

Je vais développer des points techniques nécessaires à acquérir pour pratiquer la médiation. Pour cela, je m'appuie sur mes connaissances acquises par le biais de ma pratique personnelle et de ce que j'ai appris avec mon tuteur de stage, qui connaît bien ce sport.

¹ Cf. *infra*, Annexe I

² Cf. *infra*, Annexe II

³ Cf. *infra*, Annexe III

La position neutre est la **garde**⁴. C'est la position à la fois de protection, de défense, mais aussi la position prête à l'attaque. Cette posture est le point de départ et de retour des poings entre chaque attaque. Il faut alors un bon appui au sol, ce qui nécessite d'avoir les genoux déverrouillés, prêts à pivoter lors des coups et qui préparent les déplacements des jambes.

Les deux poings sont placés collés au visage sur les pommettes, sous les yeux. Le dos des poings fait face à la personne adverse. Les coudes, fléchis, sont proches du corps et alignés avec les poings. Ce positionnement vient courber le dos dans une posture de protection du buste.

À partir de la **garde et selon notre main dominante**, nous devons adapter notre garde. Par exemple, si la personne est droitère, son poing gauche repose sur sa pommette gauche et son poing droit se place sur sa pommette droite, mais légèrement plus bas que le poing gauche, qui est placé plutôt haut. La jambe droite est légèrement reculée et la jambe gauche avancée.

Nous pouvons répartir l'espace sur l'adversaire en trois parties : la partie haute comprenant la tête, une partie médiane comprenant le buste de la personne et la partie basse du corps. Les coups peuvent être donnés en ligne haute et en ligne médiane avec les poings.

Pour la technique de poing, il existe plusieurs coups de poing et je souhaite en citer trois que nous utilisons pour la médiation : le direct, le crochet et l'uppercut.

Il est important, me semble-t-il, de préciser que le poing qui frappe doit être bien fermé et serré dans le gant. Après une frappe, le poing doit être relâché dans le gant pour éviter les crampes et douleurs dues aux crispations.

Le coup de poing **direct**⁵: en portant le coup, le poing concerné pivote vers l'intérieur pour que la paume aille vers le bas, et en même temps, le poing se ferme dans le gant. La frappe est alors effectuée avec la tête des métacarpiens. La frappe qui est réalisée avec le bras positionné plus en avant par rapport à l'autre, est un direct bras avant. C'est un coup rapide mais plus faible que le direct du bras arrière (bras plus à l'arrière) qui aura plus de force.

Pour un direct avec le bras gauche, la frappe s'accompagne d'un transfert de poids sur la jambe avant gauche et d'une rotation du corps vers la droite à l'aide du pied droit qui a le talon légèrement relevé.

Le coup de poing en **crochet**⁶ : c'est un coup de poing qui vient « crocheter » l'adversaire par le côté.

⁴ Cf. *infra*, Annexe IV

⁵ Cf. *infra*, Annexe V

⁶ Cf. *infra*, Annexe VI

Le mouvement est circulaire et vient s'accompagner d'un mouvement de pivot du corps. Par exemple pour un crochet avec le poing gauche : le corps vient accompagner le mouvement en pivotant sur sa droite.

L'**uppercut**⁷ est un coup de poing qui part du bas et qui remonte vers le haut en forme de « parabole inversée ». Cette frappe, utilisée en combat rapproché, vient viser le visage, au niveau du menton.

Nous travaillons également l'esquive : selon l'exercice, le·a psychomotricien·ne peut initier des coups (qui ne sont pas dans l'optique d'être dans le combat). Pour esquiver un coup de poing direct, la personne doit incliner son buste à droite ou à gauche tout en se protégeant avec ses avant-bras et ses poings. Pour esquiver un crochet, la personne doit se baisser et passer en dessous en allant du côté opposé du crochet. Par exemple, si l'adversaire ici la psychomotricienne propose un crochet avec son poing droit, la personne se baisse et s'incline à sa gauche (ou la droite de l'adversaire) pour aller à l'extérieur du crochet.

Après un crochet, il est plus facile de donner un coup de poing direct en réponse à cette attaque.

Pour utiliser la médiation, nous insistons sur quelques points : comme la bonne **distance** avec l'autre, c'est-à-dire sans être trop près, ni trop loin de l'autre, ce qui est environ à distance de poing. Nous insistons également sur le **regard** en boxe : il ne doit pas être caché derrière le poing, mais servir réellement comme outil pour pouvoir réagir activement lors des frappes.

Il existe évidemment d'autres types de coups, des déplacements, et encore bien d'autres termes spécifiques que je ne vais pas détailler, mais il faut savoir que la boxe ne se résume pas uniquement à ce que j'ai décrit plus haut.

B. La théorie sur la médiation

1. La définition de la médiation

Avant d'en arriver à la médiation boxe, nous pouvons nous demander ce qu'est une médiation.

⁷ Cf. *infra*, Annexe VII

Le terme « **médiation** » vient du latin *mediare* qui signifie « le fait de servir d'intermédiaire ; ce qui sert d'intermédiaire. » (**Le Petit Robert de la langue française**, 2020, p.1561). C'est « être au milieu de » quelque chose.

Dans le cadre thérapeutique, le **médiateur thérapeutique** peut se définir comme ce qui favorise les échanges et la communication entre les partenaires : ce serait selon moi un outil, entre soi et l'autre, un espace entre les deux corps.

B. Lesage (2014) décrit l'action du médium comme ce qui permet de se différencier et comme ce qui permet de se construire comme sujet.

Ce que je trouve très intéressant avec une de ses citations : « *Les médiateurs ou médium, ont une fonction miroir, c'est-à-dire qu'ils permettent la mise en forme de l'indifférencié, de l'informe dans la pensée, de ce qu'il y a d'énigmatique en nous et qui parfois nous fait terriblement peur.* » (2014, pp.255-256).

La fonction miroir que **B. Lesage** cite est le fait que l'environnement fait miroir à la personne. Par exemple pour le nourrisson : la mère imite ses émotions, ce qui fait miroir parce qu'elle lui emprunte son émotion qu'elle renvoie sans pour autant *être* l'émotion (par exemple la colère). Ce phénomène permet la différenciation entre soi et l'autre.

Si nous transposons ce phénomène à la fonction de la médiation thérapeutique, la médiation pourrait « *réfléchir les sentiments exprimés par l'enfant sans les ressentir vraiment, en les représentant.* » (2014, p.256). **B. Lesage** précise que le médium est un objet du sujet, mais différent en même temps et en se l'appropriant : l'enfant va construire son environnement.

Si nous définissons le terme de **symbolisation** comme le processus de représentation, de transformation d'expériences en contenu psychique, nous pouvons dire que le médium est comme l'outil de la symbolisation. **B. Lesage** (2019) explique que la médiation thérapeutique en psychomotricité a une fonction symboligène pour la personne, car elle commence par une expérience ou des éprouvés corporels et est exprimée par des mots.

À partir de ce qui est éprouvé, la médiation va permettre d'être le support pour donner forme et transformer les éprouvés, en représentations symboliques. Pour **C. Potel** (2015), la médiation corporelle permet de tisser un lien à l'intérieur du sujet entre son expérience, sa pensée, son éprouvé. La présence d'un cadre thérapeutique avec le médium, va engager un processus de transformation entre la symbolisation primaire et la symbolisation secondaire chez le sujet.

Dans les écrits de **Gaucher-Hamoudi et al.** (2011), les auteur-e-s évoquent la symbolisation primaire comme le processus le plus primitif permettant l'intégration psychique des sensations et des émotions vécues, comme la traduction d'une trace perceptive en trace inconsciente. Et la symbolisation secondaire comme une mise en mot, une traduction de la trace inconsciente en trace verbale préconsciente, c'est-à-dire quelque chose de plus élaboré.

« La psychomotricité, par les médiations corporelles qu'elle utilise, par la possibilité de partager avec le patient des expériences au plus près de ses sensations, de ses éprouvés, vient étayer un travail d'appropriation subjective qui relève du niveau le plus primaire de la symbolisation ». (**Gaucher-Hamoudi et al.**, 2011, pp.125-126)

La psychomotricité, s'inscrivant dans une pratique **psychocorporelle**, viendrait relancer les processus de symbolisation primaire appauvris ou moins fonctionnels (**Gaucher-Hamoudi et al.**, 2011). Le terme de psychocorporel est à comprendre non pas comme une hiérarchisation entre le corporel et le psychique, mais plutôt comme une relation d'étayage réciproque (**Lesage**, 2021). Dans une pratique psychocorporelle, l'engagement corporel (par les mobilisations, les postures, le mouvement, le sensoriel) se lie à une implication psychique (par l'attention, la relation conjointe et la conscience) et un travail de symbolisation et de représentation va pouvoir se faire à partir de la conscience corporelle.

2. Une médiation corporelle

Si nous utilisons l'exemple de la boxe, comme pratique sportive : celle-ci développe une conscience du corps. Un objectif corporel est sous-entendu dans cette pratique qui est orientée vers le somatique.

Le travail corporel dans la pratique sportive engage le corps en vue d'une performance, avec un « corps dans sa modalité instrumentale » (**Lesage**, 2021, p.29).

Ce qui différencie la médiation d'une pratique sportive est l'absence de performance à acquérir. Si la technique de base pour pratiquer est essentielle pour ne pas se blesser ; il n'y a pas de chronométrage, de combat, et le corps n'est pas réduit à sa fonction instrumentale.

Mes propos illustrent cette citation :

« ... il faut savoir que les activités proposées ne doivent pas aboutir à une performance ou à une réussite à un exercice qui sous-tendrait une maîtrise gestuelle et corporelle. (...) »

Au contraire, les thérapies à médiation corporelle rechercheront l'accès au plaisir du corps et à son investissement par le sujet. » (André et al., 2004, p. 107).

Les **thérapies à médiation corporelle** sont « *fondées essentiellement sur l'éprouvé corporel, l'investissement du corps et de son vécu, elles utilisent l'expérience corporelle dans ce qu'elle a d'unique et d'individuel, comme support de réactualisation des représentations antérieures.* » (Ravel Sarrola, 2002, p.196).

Dans le cadre où je souhaite exposer la médiation boxe auprès de patientes avec anorexie mentale, je peux évoquer que la médiation corporelle peut être le point de départ de prise en charge de ces patientes anorexiques, qui ici partent de la source de leur identité : le corps. D'une part, la médiation corporelle permet de comprendre le désordre du corps dans son utilisation, dans ses perceptions et ses représentations. D'autre part, d'appréhender la relation à l'autre et ses difficultés (2002, p.195).

C. La médiation boxe

La psychomotricité, en faisant sa place dans les institutions, doit pouvoir montrer son intérêt auprès des patient·e·s : « *Les soins psychomoteurs apparaissent comme une médiation privilégiée pour aborder les rapports du sujet à son corps, mais aussi le corps dans la relation à autrui et les processus tonico-émotionnels qui sous-tendent l'identité* » (Ravel Sarrola, 2002, p.197).

J'ai trouvé que cette citation expliquait l'objectif de la psychomotricité auprès des patientes anorexiques de mon stage et je la trouve particulièrement vraie pour la médiation boxe qui demande « *de réinscrire le corps dans une réalité sensorielle, motrice, coenesthésique, alors qu'il est perçu exclusivement à travers le miroir des représentations déformées et le filtre de sensations sélectives surinvesties.* » (Ravel Sarrola, 2002, p. 190).

1. Les objectifs thérapeutiques

Je me suis alors inspirée de **Ravel Sarrola** (2002) et de la description de sa méthode de prise en charge corporelle auprès des patientes anorexiques pour décrire les objectifs de la médiation boxe, en tant que médiation corporelle.

À partir de la citation précédente, selon moi, la médiation boxe propose des exercices où la personne sera dans une exploration sensori-motrice et une réintégration anatomique et fonctionnelle.

Dans une volonté d'un nouvel investissement du corps, le travail avec la patiente sera tourné vers l'intériorisation des éprouvés corporels lors des cessions de frappes et la prise de conscience des émotions éventuellement ressenties. Tournée vers soi et ses éprouvés corporels : la patiente centre l'attention sur son vécu corporel dans l'instant présent et peut se décentrer de ses cognitions anorexiques, de ses perceptions corporelles qui peuvent être déformées (dysmorphophobie) et source d'anxiété. Des anciennes sensations corporelles et leurs représentations, fournies par l'histoire de la patiente, peuvent ressurgir et se croiser aux expériences vécues dans l'immédiat.

L'expérience corporelle que la patiente pourra vivre et se représenter peut permettre une redécouverte de son schéma corporel, l'aidant à aller ensuite vers un réinvestissement de l'image du corps, induisant la réappropriation du corps et l'unification de la représentation du corps.

L'intérêt de la médiation boxe ouvre la possibilité d'engager la communication verbale et non-verbale, en favorisant l'expression corporelle et émotionnelle.

D'après **Ravel Sarrola** (2002), en parlant de sa méthode de travail, elle explique que « *Le détour par la redécouverte anatomo-fonctionnelle sensori-motrice, qui place le corps dans le champ de la conscience, apporte à l'anorexique une sécurisation et une confirmation narcissiques de base.* » (2002, p.211).

Actrice dans sa prise en charge et grâce à la médiation qui lui aura potentiellement apporté confiance et meilleure estime de soi : la patiente aborde son corps différemment, son image du corps se modifiant.

2. Le déroulement des séances

En séance, pour **débuter** l'échauffement, je propose souvent un temps d'intériorisation (le fait d'avoir son attention portée sur son corps) pour pouvoir s'ancrer dans ses sensations internes et non se focaliser sur les éléments extérieurs. J'utilise par exemple l'exercice de la douche du Samouraï qui consiste à réaliser des auto massages sur tout le corps selon trois types de toucher : d'abord des percussions, puis des frottements et enfin des mouvements de « lissage du corps » pour imiter le fait de retirer l'eau de son corps.

Je trouve que cet exercice permet d'avoir une meilleure présence à soi (le fait de se sentir disponible à soi et à ses sensations), dans un objectif d'unification du corps et de représentation de son corps réel. Un échauffement musculaire peut ensuite débiter.

Le **corps de la séance** se divise en trois temps : un court temps d'échauffement de frappes, un temps avec des propositions spécifiques de frappes et enfin, un temps dit de décharge, c'est-à-dire des frappes libres soit sur le tapis contre le mur soit contre les pattes d'ours.

Une séance de prise en charge n'est souvent pas exclusivement 45 minutes de médiation boxe. Selon les patientes, le temps de médiation boxe précède un temps court de relaxation avant de passer au temps de verbalisation et de clore la séance. Il est aussi possible qu'un temps autre, par exemple d'expressivité corporelle, vienne précéder la médiation boxe. Dans tous les cas, le temps de médiation boxe sur une séance est le temps le plus conséquent.

La **fin de séance** est l'opportunité pour la patiente de déposer son vécu face à ces expériences sensorielles qui peuvent venir créer des liens avec des expériences antérieures. Le ou la psychomotricien·ne intervient pour aider à mettre du sens sur les impressions, les éprouvés déposés.

3. La médiation boxe en psychomotricité

Je souhaite évoquer une liste non-exhaustive des items travaillés lors de la pratique de cette médiation, dans l'objectif de présenter ses intérêts.

La médiation boxe permet de travailler tout d'abord, la **motricité globale**. La motricité globale correspond à l'organisation musculaire de l'ensemble du corps, elle permet donc des mouvements globaux et la prise de posture. Nous retrouvons les coordinations et l'équilibre qui sont mis en jeu dans la médiation boxe.

La **coordination** implique la capacité d'associer de façon cohérente des mouvements combinés en vue de la réalisation d'un mouvement global. La coordination oculo-manuelle est impliquée, c'est par exemple lors d'un mouvement de boxe comme l'esquive, que nous engageons la coordination des yeux et des poings.

Lors des frappes, c'est la coordination bimanuelle qui est engagée. Également, la coordination dynamique de tout le corps mis en jeu dans le mouvement. Les coordinations sont soutenues par l'équilibre de la personne.

L'équilibre est l'état de stabilité d'un élément, qui est soumis à des forces qui s'opposent. L'équilibre engagé est sur les deux pieds, avec le polygone de sustentation élargi pour prendre un appui stable : c'est l'équilibre statique. L'équilibre dynamique est aussi engagé par les mouvements effectués et les changements de poids du corps avec les pivots du buste (par exemple avec les coups de poing uppercut). L'importance est alors d'avoir des chaussures adaptées (ce qui n'est pas évident dans un service de psychiatrie adolescent·e où nous sommes dans leur lieu de vie, où elles/ils sont souvent en chaussons). Néanmoins, en séance, nous demandons aux patientes d'avoir des chaussures adaptées pour avoir un bon contact avec le sol, leurs voûtes plantaires en appui franc avec le sol ainsi qu'un appui de type « rebond ». Le rôle d'amortisseur des genoux est utile pour empêcher les déséquilibres.

En cas de déséquilibre, ce sont les systèmes récepteurs qui vont être stimulés et qui vont envoyer des messages au système nerveux central pour permettre un ajustement du corps. La vision, le système somato-sensoriel et le système vestibulaire informent sur la posture, l'équilibre, sur l'espace alentour de la personne. En cas de déséquilibre, des réflexes d'équilibration sont engagés de manière automatique pour restaurer l'équilibre, en modifiant la projection du centre de gravité.

L'écart entre les pieds et l'appui au sol sont stratégiques : « *Pour un travail efficace des poings en appui bipodal, le polygone de sustentation est réduit. La réduction du polygone de sustentation s'explique par le fait que l'intérêt du travail est localisé en ligne haute.* » (Missotte, 1984, p.23).

Le **tonus** est impliqué dans la médiation tant dans sa dimension de régulation tonique que dans celle de la régulation tonico-émotionnelle, en relation.

Je peux définir le tonus comme « *une contraction musculaire permanente et modérée, entretenue par des influx nerveux.* » (André et al., 2004, p.46).

Le tonus est la toile de fond des activités motrices et posturales, c'est-à-dire qu'il maintient ainsi les stations, les postures et les attitudes.

Il n'est donc pas générateur de mouvement ou de déplacement. Il est également très en lien avec les émotions : les deux s'influencent mutuellement.

Il est nécessaire d'accéder à une certaine **régulation du tonus** pour réaliser les frappes. En effet, s'il y a trop de contraction alors le mouvement peut être plus lent et moins souple, mais au contraire, s'il n'y a pas assez de contraction, cela peut gêner l'efficacité du mouvement.

Aussi, la **décharge tonique** peut passer par les frappes en boxe et être utilisée pour la **régulation émotionnelle**, comme mode d'expression ou d'extériorisation des émotions.

L'axe corporel est l'ensemble des structures corporelles dont la fonction est d'assurer la verticalité du corps et sa mobilisation globale dans un espace tridimensionnel. Le lien entre la médiation boxe et l'axe corporel est la fonction de la colonne vertébrale : elle sert de pivot lors des coups. Pour un maintien de la posture de garde, l'axe vertébral doit être étiré avec un alignement du bassin. La tonification de l'axe corporel peut être travaillée à travers la boxe par la verticalisation, les jeux de posture, les appuis au sol...

La médiation représente également un intérêt pour le travail sur le **schéma corporel** ainsi que **l'image du corps**. En effet, la pratique peut favoriser une meilleure estime de soi et une meilleure connaissance de soi. Le schéma corporel est un modèle perceptif du corps. Ce modèle permet de dessiner les contours du corps, de localiser les membres et les stimuli ressentis. Le schéma corporel se construit à partir de nos expériences perceptives et motrices et est le support de ces dernières. Dans l'édification de ce schéma corporel, la **proprioception** a une place essentielle, mise en jeu pour sentir son corps, adapter son mouvement au lieu de frappe, etc.

La médiation boxe vient solliciter tout le corps, autant le bas du corps que le haut du corps comme les épaules, les poignets, les bras, les coudes, le cou qui viennent s'engager dans les mouvements, tout en étant guidé par le regard. Il y a une certaine prise de conscience de chaque élément du corps et du rapport entre une partie du corps engagée et une autre. Une prise de conscience de ses propres possibilités motrices peut aussi s'effectuer de manière plus introspective.

La médiation boxe a l'avantage d'être individuel tout en étant **dans la relation avec l'autre**, en dualité. Aucun combat n'est réalisé. Cela apporte un travail sur la **proxémie** (Hall, 1971) avec l'autre et les différents espaces.

Il est possible d'aborder la valeur communicationnelle du corps avec l'allure, les postures d'ouverture/fermeture, l'orientation du corps et d'autres données.

Concernant le cognitif, nous pouvons retrouver les **fonctions exécutives** qui représentent les capacités à s'organiser, à mettre en place des stratégies pour faire face à des situations inhabituelles. Les fonctions exécutives sont mises en jeu avec la planification du mouvement et son inhibition : il faut pouvoir être attentif vigilant et réactif, par exemple pour inhiber son geste lors des feintes de l'adversaire. Les temps d'échauffement, par des exercices avec des signaux d'arrêt, de départ et de changement de rythme, sont proposés dans ce sens. La flexibilité mentale est demandée pendant des moments d'échanges entre défense et attaque.

L'espace est la portion de l'étendue occupée par quelque chose ou la distance entre deux éléments ou personne. La médiation boxe engage un espace proche d'interaction entre la personne qui tient les pattes d'ours et la combattante. La question de la proxémie est abordée : les exercices se font en face à face, nous pouvons nous demander comment recevoir le regard de l'autre sur nous, comment adapter notre distance à l'autre pour frapper...

L'espace est aussi utilisé pour se déplacer, pour viser et frapper. Ce sont les espaces du haut (ligne haute) et l'espace médian qui sont utilisés dans notre pratique. Les esquives demandent aussi d'investir l'espace.

Dans les frappes, **le temps et le rythme** sont mis en valeur. Écouter, reproduire et suivre un rythme donné (extérieur à soi) mais aussi avoir une écoute de son propre rythme.

Le temps peut se définir comme une durée, une période entre des événements. Dans notre médiation, le temps vient se confronter aux mouvements.

Toujours dans ce mémoire de **C. Missotte** (1984), trois différents temps viennent organiser une séquence motrice en boxe. Il y a un temps « avant » où la personne est en position de garde, le projet moteur est élaboré. Il y a ensuite un temps « pendant » l'acte moteur qui est la frappe, avec la prise en compte de l'ajustement tonico-postural. Et un temps « après » qui est un retour vers soi en posture de garde, un retour des sensations perçues.

Les différentes frappes sont intriquées dans un rythme selon les exercices. **Le rythme** est le retour à intervalle régulier d'un repère constant d'une information sensorielle ou d'un mouvement par exemple. Le rythme peut être cassé par une feinte. La vitesse d'exécution des coups peut varier selon la vitesse des placements des pattes d'ours, ou encore selon l'envie.

Un rythme donné pour les frappes peut sembler répéter une certaine rigidité psychique que les patientes peuvent avoir, mais la médiation boxe permet d'alterner justement avec des rythmes imposés à la personne qui frappe, et avec un temps de décharge imposant un certain lâcher prise dans les frappes. La question de la durée est alors travaillée par la durée d'un enchaînement de frappe pendant plusieurs secondes puis une durée de temps de pause, qui est variable selon la personne.

Suite à ce chapitre sur la médiation boxe, nous pouvons apercevoir les apports psychomoteurs qui peuvent être engagés. Avec la médiation, nous venons solliciter le corporel avant le verbal, dans une situation de rencontre en corps-à-corps entre patiente et thérapeute. Finalement, c'est un espace pour donner de la matière à l'adolescent·e pour exercer ses capacités physiques, mentales et symboliques. Avec les adolescentes que je suis en stage, il est question par la médiation de les rencontrer dans un espace pour redécouvrir un corps sensible, un corps qui serait ici plutôt un corps « persécuté ».

II. Les Troubles des Conduites Alimentaires

A. Les Troubles des Conduites Alimentaires : les généralités

L'alimentation répond à un besoin physiologique du corps humain, mais détient également un caractère social, culturel et affectif. En effet, l'alimentation et ses codes varient chez les différents individus et les sociétés.

1. La définition des troubles des conduites alimentaires

Les Troubles des Conduites Alimentaires (TCA) peuvent être définis « *par l'existence de perturbations significatives et durables de la prise alimentaire* » (Amad et al., 2016, p.370). Ces comportements alimentaires inadaptés ne respectent pas les principes de la physiologie de la satiété du corps.

Des systèmes de classification existent pour répertorier les troubles mentaux et leurs critères de diagnostic. Parmi les classifications où nous pouvons retrouver les différents troubles des conduites alimentaires, nous pouvons retrouver le DSM-5 qui signifie en français « *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* ».

2. La définition selon le DSM-5

Parmi les TCA répertoriés dans le **DSM-5** (2016), nous retrouvons dans la catégorie « Feeding and Eating Disorders » :

- **L'anorexie mentale** que nous développerons plus bas,
- **La boulimie nerveuse** consiste en l'absorption d'une quantité supérieure à ce que la plupart des personnes pourraient absorber, pendant une période limitée. Un sentiment de perte de contrôle s'accompagne du comportement. À la suite de l'épisode, la mise en œuvre de comportements compensatoires se déroule avec par exemple, la prise de laxatif ou de diurétique, par des vomissements ou encore avec des comportements comme le jeûne ou l'activité physique excessive,
- **Les accès hyperphagiques** (*Binge-eating disorders* ou *BED*) se caractérisent par des épisodes récurrents de consommation de nourriture en grande quantité de façon rapide, tout en ayant une sensation de perte de contrôle pendant l'acte. À la suite de l'épisode, un sentiment de culpabilité et de honte sont souvent présents. L'hyperphagie boulimique se distingue de la boulimie pure par l'absence de mesures compensatoires comme la purge ou les vomissements,
- Le syndrome de Pica se caractérise par l'ingestion répétée de substances non-nutritives,
- Le mérycisme consiste à des régurgitations répétées de nourriture,
- Les autres troubles de l'alimentation ou de l'ingestion d'aliments, spécifiés : intégrant par exemple, le *Night Eating Syndrome* (le syndrome d'alimentation nocturne) ou l'anorexie mentale atypique,
- Le trouble de l'alimentation ou de l'ingestion d'aliments, non spécifié.

3. Les origines des TCA

« *L'origine des troubles des conduites alimentaires (TCA) est plurifactorielle.* » (Scialom & Exposito, 2015, p.183). Cela veut dire que nous pouvons retrouver la présence de facteurs de vulnérabilité, des facteurs déclenchants et des facteurs d'entretien.

En effet, des recherches sont en cours pour établir des facteurs de risque et des facteurs de pérennisation du trouble. « Ces facteurs psychologiques individuels, rendant le sujet vulnérable à la pression sociale autour de la minceur, interagissent avec les facteurs génétiques. » (2015, p.184)

Nous pouvons retrouver des facteurs individuels : psychologiques (comme des antécédents dans l'enfance, un attachement insécuré aux figures parentales) et des facteurs génétiques (un polymorphisme du gène du transporteur ou du récepteur de la sérotonine). Parmi les facteurs déclenchants, il est possible de retrouver un certain nombre d'expériences de séparation chez l'adolescent·e, qui peuvent faire écho à des vécus d'abandon (qui seraient réels ou fantasmés). Aussi, des facteurs somatiques, psychiques, individuels et familiaux peuvent pérenniser les troubles des conduites alimentaires (**Gaucher-Hamoudi et al.**, 2011).

B. L'anorexie mentale : les généralités

1. La définition de l'anorexie mentale

« *L'anorexie mentale (autrefois appelée anorexia nervosa, "manque d'appétit d'origine nerveuse") est un trouble complexe et multifactoriel du comportement alimentaire.* » (**Scialom & Exposito**, 2015, p.184).

Nous pouvons distinguer l'anorexie et l'anorexie mentale. Dans la médecine, l'anorexie est la perte d'appétit plus ou moins temporaire, qui peut être par exemple comme un symptôme secondaire à un Trouble Envahissant du Développement, ou liée à des particularités sensorielles comme par exemple dans les Troubles du Spectre Autistique. L'anorexie mentale, elle, associe la perte d'appétit à une dimension psychique, avec la présence de cognitions anorexiques comme la peur de prendre du poids et une restriction des apports alimentaires par exemple. Selon **P. Jeammet**, l'anorexie s'agirait d'une « *conduite active de restriction alimentaire avec une lutte de la patiente contre la faim qui l'assaille* » (1985, p.6).

Parmi les **symptômes**, nous pouvons citer la **triade symptomatique des trois A** : aménorrhée, amaigrissement et anorexie.

L'aménorrhée (qui est l'absence de menstruation) n'est plus considérée comme un critère diagnostic, mais est un symptôme que nous pouvons retrouver chez les patientes, qui indique la perturbation de l'axe hypothalamo-hypophysaire.

L'aménorrhée « *peut être primaire si la jeune fille n'était pas encore réglée ou secondaire dans le cas contraire.* » (**Jeammet**, 1985, p.6).

L'amaigrissement est important chez ces patient·e·s : il « *est souvent spectaculaire et dépasse 25% du poids initial pour atteindre parfois plus de 50% du poids normal à cet âge.* » (**Jeammet**, 1985, p.5). D'ailleurs, cette perte de poids est souvent banalisée par le·a patient·e, qui est même associée à une impression d'être en pleine forme, sans ressentir de fatigue. Cette perte de poids aboutit à l'effacement des caractères sexuels secondaires à cause du désordre hormonal et donc, un désordre biologique (comme la température du corps, et la fréquence cardiaque).

Et l'**anorexie**, définie plus haut.

D'autres comportements symptomatiques peuvent s'associer : des accès d'hyperphagie qui s'accompagnent des stratégies de perte de poids (des vomissements provoqués, des abus de laxatifs ou diurétiques, une hyperactivité physique). Un envahissement de préoccupations excessives autour de l'apparence physique, du poids, de la nourriture vient interpellé l'entourage et les soignant·e·s ainsi que des croyances erronées sur le fonctionnement digestif, sur l'alimentation.

2. Les critères de diagnostic

D'après le **DSM-5** (2016), des critères diagnostiques peuvent nous aider à comprendre un peu mieux la différence avec l'anorexie. Les critères se trouvent dans le chapitre « *troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments* ».

Le premier critère indique la présence d'une restriction des apports alimentaires, ce qui a pour conséquence une perte de poids significative (en fonction du développement, de l'âge, du sexe et de la santé de la personne).

Le deuxième indique la présence d'un comportement de peur intense de prendre du poids et de devenir gros, malgré une insuffisance pondérale.

Le troisième critère désigne la présence d'une altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps (que nous nommons *dysmorphophobie*), et/ou la présence d'un effet excessif et négatif du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou avec la présence d'un manque de reconnaissance de la gravité de la maigreur (que nous pouvons nommer *anosognosie*).

Le critère de l'aménorrhée n'est plus vraiment considéré comme un repère de diagnostic (dans le DSM-5) car des hémorragies de privation peuvent venir masquer l'aménorrhée, avec l'utilisation de contraception (**Pecoul**, 2021).

L'anorexie mentale se retrouve sous **deux formes cliniques**, consistant à des mécanismes différents : l'anorexie peut être de type « **restrictif** », c'est-à-dire que la personne se prive de nourriture en réduisant les quantités, en sélectionnant les aliments. La perte de poids par le régime et/ou une activité physique excessive doit se dérouler au cours des 3 derniers mois.

Pour ce type, la personne n'a pas eu d'épisodes d'hyperphagies (engloutissement rapide de nourriture) ni de comportements compensatoires purgatifs ou des vomissements.

L'anorexie peut être également de type « **hyperphagiques/purgatif** », c'est-à-dire que la personne, au cours des trois derniers mois, fait des crises d'hyperphagie régulières : La personne va ingérer une grande quantité de nourriture dans un temps court et/ou va soit se faire vomir soit adopter des comportements compensatoires comme l'utilisation de prise de diurétiques ou de laxatifs. Un sentiment de perte de contrôle accompagne cette conduite.

D'après la Haute Autorité de Santé (HAS), ce qui **différencie l'anorexie avec crises de boulimie/purge et la boulimie**, est la présence dans l'anorexie, d'un Indice de Masse Corporelle (IMC) généralement inférieur à la normale alors que dans la boulimie, l'IMC est généralement normal. Cela complique alors le repérage de ce trouble (HAS,2015).

Les outils de diagnostic comme le DSM-5 s'appuient sur la description de symptômes. C'est une classification, sur laquelle nous pouvons certes nous appuyer, mais ce n'est pas la clinique. Il nous faut prendre en compte l'entière du sujet, c'est-à-dire sa subjectivité, en plus de ces outils de diagnostic. Un trouble ne peut pas se définir uniquement avec des symptômes listés par un outil. Il est important de garder en tête que nous nous adressons à des patient·e·s et non à des troubles, ce qui fait la richesse de la rencontre est que nous sommes avec une personne humaine et non une entité de symptômes retrouvés dans des manuels.

3. L'étiologie

D'après la **Haute Autorité de Santé** (2010), l'étiologie de l'anorexie mentale est très variable, et son **origine est multifactorielle**.

Cela veut dire que nous pouvons retrouver des facteurs psychologiques, biologiques et génétiques ainsi que des facteurs environnementaux, familiaux et sociaux.

Pour comprendre l'anorexie mentale, des recherches en cours tentent de mettre en lien les gènes qui régulent l'humeur, les éléments impliquant la régulation de l'alimentation satiété-faim et aussi le système de récompense. L'anorexie mentale serait « *liée à des facteurs génétiques, psychologiques, socioculturels, nutritionnels, neurochimiques et hormonaux.* » (Scialom & Exposito, 2015, p.184).

Il existe des facteurs de prédispositions qui sont spécifiques de l'anorexie mentale. Des facteurs individuels psychologiques peuvent être retrouvés comme des traits de personnalité obsessionnels et un caractère plutôt perfectionniste avec un surinvestissement intellectuel, des facteurs biologiques avec une hyperactivité sérotoninergique, ainsi que des facteurs familiaux comme les antécédents d'anorexie mentale retrouvés chez les apparentées de la personne concernée.

Gaucher-Hamoudi et al. (2011) indiquent qu'il existe souvent lors de la période de l'adolescence, des **éléments détonateurs** de l'anorexie comme des remarques sur l'apparence physique, des conflits familiaux comme un divorce, ou une agression sexuelle. Elle précise que ces situations vécues par l'adolescent·e ne sont pas en elles-mêmes la cause de la pathologie, mais que c'est la façon dont l'adolescent·e va se saisir de ces événements, de ces vécus, qui va enclencher la pathologie.

L'anorexie peut survenir progressivement avec la restriction des quantités alimentaires (par rapport aux calories) mais aussi avec un contrôle et sélection des aliments de manière qualitativement (éviter les graisses, le sucre par exemple). Des comportements stratégiques se mettent en place comme prendre beaucoup de temps à manger, réduire ses bouchées, se peser régulièrement, faire beaucoup de découpage de la nourriture.

Un renforcement positif de ce trouble des conduites alimentaires peut être tel que les commentaires positifs de l'entourage sur sa perte de poids, le sentiment euphorique de contrôle ressenti.

Les perturbations biologiques sont un **facteur pérennisant** de l'anorexie mentale. Parmi les perturbations, nous retrouvons l'hyperactivité de l'axe corticotrope et l'hypothyroïdie. Comme conséquence à la dénutrition et à la diminution des repas, le système digestif se met « au repos » et des douleurs peuvent apparaître à la reprise alimentaire, ce qui peut avoir un rôle d'entretien de ce trouble de conduite alimentaire.

4. Les éléments cliniques

La prévalence en population générale avec anorexie mentale, selon les critères de diagnostics du DSM-4-TR indique que nous pouvons retrouver 0,9 à 1,5 % chez les femmes et 0,2 à 0,3 % chez les hommes (HAS, 2010).

L'anorexie débute généralement à l'adolescence pour les femmes. Des formes pré-pubertaires et des formes adultes existent également. Les femmes sont plus touchées que les hommes, mais les chiffres ne représentent certainement pas la réalité, nous savons que les hommes consultent beaucoup moins pour ce type de trouble.

Des populations sont plus à risque de développer ce trouble. Ceci est le cas, par exemple, pour les sportifs, les mannequins, les danseurs, etc.

Parmi les traits de personnalité et les types de fonctionnement retrouvés, nous pouvons citer : les traits obsessionnels de type perfectionnisme, des personnes en recherche de contrôle. « *Le fonctionnement intellectuel est classiquement considéré comme excellent, avec un surinvestissement de ce domaine, de bons résultats scolaires et des évaluations psychométriques au-dessus de la moyenne.* » (Jeammet, 1985, p. 10).

5. L'IMC

L'**Indice de Masse Corporelle** (IMC) est une mesure qui se base sur la taille du sujet et son poids corporel. Pour calculer cet IMC, il faut diviser le poids en kilogramme par la taille au carré. Pour les enfants et adolescents il faut utiliser le percentile de l'IMC.

La standardisation de l'IMC selon les organismes de santé indique des chiffres qui varient.

Un **IMC entre 18.5 et 25** correspond à une **corpulence normale** et donc à un état de santé dit « bon ». Cela peut réduire le risque de développer des problèmes de santé qui sont liés au poids.

Un **IMC en dessous de 18.5 et jusqu'à 16.5**, la personne est considérée dans la **maigreur**.

En **dessous de 16.5**, la personne est considérée dans un état de **dénutrition**.

Ces différents IMC indiquent alors les degrés de sévérité pour les adultes avec anorexie mentale. Selon Pecoul (2021), un IMC en dessous de 17,5 pourrait qualifier l'anorexie mentale. Un IMC entre 17 et 17,5 qualifierait une anorexie mentale avec une gravité légère, de 16 à 17 : une anorexie mentale modérée, entre 15 et 16 : une anorexie sévère et un IMC en dessous de 15 : une anorexie extrême.

L'hospitalisation n'est pas systématique, certains critères somatiques, psychiatriques et environnementaux peuvent indiquer la pertinence de ce type de prise en charge. Pour trouver ces critères d'hospitalisation chez l'enfant et l'adolescent, je suture les informations de la **Haute Autorité en Santé** (2010). Par exemple, les critères somatiques doivent répondre à une perte de poids rapide, une aphagie (refus de manger), un refus de s'hydrater, une fatigabilité importante constatée par le·a patient·e et des malaises orthostatiques ou lipothymiques. Concernant les critères psychiatriques, le risque suicidaire (un plan de suicide, plusieurs automutilations, l'exécution d'une tentative de suicide ou même avortée) est également un critère d'hospitalisation. Et concernant les critères environnementaux, un dysfonctionnement dans la sphère familiale que ce soit de type conflictuel, un épuisement familial ou l'empêchement de la famille de suivre les soins ambulatoires de la personne concernée, sont des critères également.

C. L'anorexie mentale : entre conséquences et profil psychomoteur

1. Les conséquences physiques et psychologiques

La dénutrition peut entraîner des complications physiques plus ou moins sévères et qui demandent une observation fine et régulière. Je souhaite citer quelques risques pour la santé.

La dénutrition entraîne un ralentissement des fonctions cognitives, touchant alors les capacités d'attention et de mémoire. L'anorexie mentale a un grand impact sur le plan **psychologique** de la personne, avec par exemple, des complications psychiatriques « *épisodes dépressifs, phobies diverses, obsessions, plaintes hypocondriaques, troubles de la personnalité, basse estime de soi et mauvaise confiance en soi, conduites addictives (...), passage à l'acte auto ou hétéro-agressif.* » (HAS, 2010, p.26).

Sur le plan **physique**, la réduction des apports énergétiques et les conduites de purges (vomissements, prises de laxatifs) sont un risque de provoquer des troubles digestifs et des troubles hydro-électrolytiques comme une diminution de calcium (hypocalcémie) ainsi qu'une perte de potassium (hypokaliémie). La potomanie peut être une pratique utilisée (boire de façon excessive et compulsive), pouvant provoquer une diminution de concentration de sodium dans le corps (hyponatrémie).

Aussi, des carences en Fer et en vitamines sont constatées pour un certain nombre de patient·e·s, comme le développement de l'ostéoporose (une carence en vitamines D qui fragilise les os).

Également, nous pouvons retrouver une amyotrophie (la fonte musculaire), des œdèmes (10% surtout dans la forme boulimique), une atteinte des phanères (qui sont les ongles, les poils, les cheveux), des ecchymoses (à cause de certains exercices lors de l'hyperactivité) lanugo (duvet sur la peau).

Des atteintes cardiovasculaires sont une cause majeure de surmortalité. La liste de complications, non-exhaustive, nous permet de nous représenter les divers risques encourus, dont un risque mortel.

2. L'évolution du trouble

L'évolution du trouble peut varier : la personne peut entrer en rémission partielle (ne plus remplir le premier critère de diagnostic du DSM-V, mais remplir encore le deuxième ou troisième) ou en rémission complète (aucun critère n'est rempli pendant une longue période). Des facteurs pérennisant peuvent entretenir l'anorexie mentale et il existe un risque élevé de « *chronicité, de rechute et de désinsertion sociale* » (HAS, 2010, p.5).

L'HAS propose une définition de **l'anorexie mentale chronique** :

« *La persistance, au-delà de 5 ans d'évolution de la maladie, de conduites de restrictions alimentaires qualitatives et quantitatives associées à un amaigrissement marqué par un indice de masse corporelle au-dessus du seuil de 17,5 kg/m², une hantise de grossir, la sensation d'avoir une corpulence sans rapport avec l'état de maigreur du patient, des stratégies de contrôle du poids alliant vomissements spontanés ou provoqués, prise de laxatifs, diurétiques et hyperactivité physique et dans un cas sur deux, des conduites de boulimie.* » (HAS, 2010, p.26).

L'anorexie mentale est une pathologie grave, pouvant mettre en jeu le **pronostic vital** de la personne. L'anorexie mentale entraîne un « *risque de décès (suicide, complications somatiques)* : il s'agit de la maladie psychiatrique qui engendre le taux de mortalité le plus élevé, jusqu'à 10% dans les études comportant un suivi de plus de 10 ans. » (2010, p. 2).

3. La sémiologie psychomotrice de l'anorexie mentale

M. Ravel Sarrola (2002) élabore l'investissement particulier du corps chez les patientes anorexiques, d'un point de vue psychomoteur.

Elle parle tout d'abord d'un « *désordre de l'expérience perceptive* » (2002, p.193) : des préoccupations corporelles déformées sur des zones particulières du corps (ce qui touche la digestion et les zones telles que les cuisses...) alors même que ces adolescentes ont des difficultés avec leur conscience corporelle (avec l'utilisation des données sensorielles).

Puis, elle évoque l'altération de la considération du corps dans ses dimensions de perceptions dysmorphophobiques ou d'appréciation de sensations débordantes. La faible estime de soi est reliée au regard porté sur soi et par le biais d'objets externes (miroir, balance, vêtement) ainsi que reliée à l'auto-évaluation, fait que la patiente se retrouve dans un mécontentement constant et anxieux de son corps.

À partir de mon enseignement scolaire, j'ai pu répertorier des éléments sémiologiques.

Le tonus : nous pouvons noter la présence d'un maintien constant de la tension corporelle qui marque une hypertonicité, un trouble de la régulation du tonus avec des difficultés de relâchement. L'adaptation tonico-posturale se trouve alors impactée.

La motricité globale : nous pouvons observer « *des symptômes affectant l'expression et la réalisation motrice d'une part : comportements moteurs mal ajustés aux tâches proposées ou aux situations rencontrées, conduites motrices peu efficaces.* » (**Ravel Sarrola**, 2002, p.194).

Un besoin de beaucoup bouger prenant la forme d'hyperactivité vient s'ajouter. **L'équilibre** (les appuis, les transferts de poids) et les coordinations (dynamique et statique) peuvent être impactés selon l'état général plus ou moins avancé.

La motricité fine : celle-ci n'est pas particulièrement impactée, souvent une bonne instrumentalisation est repérée. Selon **P. Jeammet**, « *Le fonctionnement intellectuel est classiquement considéré comme excellent, avec un surinvestissement de ce domaine, de bons résultats scolaires et des évaluations psychométriques au-dessus de la moyenne.* » (1985, p.10). L'écriture peut souvent être très linéaire, comme « parfaite », en lien à une grande rigidité pour l'esthétisme et de la tendance au perfectionnisme.

L'axialité : la tenue de l'axe est soit très bien tenue avec une hypertonie axiale, soit une grande hypotonie axiale avec une affiliation à la chaîne musculaire de Godelieve Denys-Struyf de type Antérolatérale.

La sensorialité : nous pouvons remarquer un surinvestissement du sens de la vision, avec des difficultés de ressentis sensoriels, ce qui donne une impression que la connexion avec les sensations physiologiques est déconnectée (pour la satiété par exemple). Cela me ramène à la notion de clivage entre corps-psyché chez ces patientes. Dans ce corps qui va mal, un certain déni se forme et « *le clivage corps psyché apparaît pour aider à résister aux tentations du quotidien.* » (Gaucher-Hamoudi et al., 2011, p.11).

L'utilisation des informations sensori-motrices pour investir l'espace, les mouvements semblent peu spontanés, se montrant aussi par une conscience du corps plutôt altérée.

L'image du corps est très affectée dans ce trouble. C'est une perturbation de ce que la personne ressent à l'intérieur, son identité, les enveloppes, les angoisses archaïques (de type liquéfaction par exemple) donc ne concerne pas l'image spéculaire du corps. Une présence fréquente de **dysmorphophobie** est remarquée (distorsions cognitives autour de l'image du corps), que cette citation de **P. Jeammet** illustre « *La méconnaissance de leur maigreur par les malades est, à des degrés divers, constante. Elle reflète l'importance du trouble de la perception de l'image de leur corps par ces patientes.* » (1985, pp. 6-7).

Le **schéma corporel** est souvent intégré avant l'amaigrissement. S'il y a de fortes variations de poids, il est possible que le schéma corporel soit impacté, car psychologiquement, la personne peut avoir du mal à intégrer sa nouvelle morphologie (par exemple, une perte de poids très rapide). Nous pouvons noter dans de nombreux cas, la présence de dysmorphophobie. Il y a une recherche du corps squelettique.

Pour l'espace, nous pouvons retrouver des difficultés à investir l'espace (investissement plutôt autocentré) et ainsi qu'un espace relationnel peu investi : des difficultés dans la régulation de la distance et de la qualité relationnelle.

Des troubles de la perception et de la représentation de la forme et du volume de leur corps dans l'espace sont retrouvées. C'est une sorte de désorganisation psychique qui se répercute sur le corps en mouvement.

Concernant le **temps**, il y a souvent une bonne représentation du rythme lors des exercices de mémorisation de phrases rythmiques et d'imitation, selon mes observations cliniques dans mon stage. Néanmoins, d'après **M. Ravel Sarrola** (2002), il est possible de retrouver des réactions anticipatrices avec des précipitations et des raideurs pour contrebalancer une arythmie d'exécution.

D'un point de vue cognitif : une grande rigidité psychique se retrouve chez ces personnes, avec un manque de flexibilité mental possible.

Également, un « ralentissement idéo-moteur et une baisse de la réactivité psychomotrice » peuvent s'apercevoir selon l'état général somatique de la patiente (2002, p.194).

L'état émotionnel et le fonctionnement de le·a patient·e sont marqués par de l'anxiété, une grande rigidité psychique et parfois une faible estime de soi. La patiente fonctionne souvent sur un mode de sur-intellectualisation et dans l'hyper contrôle. Des difficultés dans la reconnaissance et l'expression de ses émotions (alexithymie) sont fréquentes. La présence d'anosognosie (absence de conscience du trouble, un déni) est aussi marquée chez ces personnes. D'après **M. Ravel Sarrola** (2002), nous pouvons noter que le positionnement relationnel est altéré avec des mimiques plus rares ou sinon surinvesties, ainsi que l'abaissement des gestes et postures impliqués dans les échanges sociaux.

Du côté relationnel, la relation avec ses pairs peut être impactée avec un certain collage aux pairs ou au contraire, une grande distance.

Parmi les symptômes associés à l'anorexie mentale : nous retrouvons fréquemment l'hyperactivité. Certains auteurs et études disent que le symptôme peut même s'associer à la triade symptomatique du trouble. Deux formes d'hyperactivité peuvent être retrouvées chez ces patient·e·s : l'hyperactivité physique et l'hyperactivité psychique (surinvestissement de la sphère psychique et intellectuelle). Je vais alors développer l'hyperactivité physique, le cœur de mon questionnement.

D.L'hyperactivité physique

Dans la société actuelle, il est vivement recommandé de réaliser une activité physique régulière et de manger sainement. Le bénéfice d'un mode de vie dit « sain » serait de préserver la santé physique et mentale de la population.

En effet, nous pouvons nous appuyer tout d'abord sur l'**Organisation Mondiale de la Santé** (2010) qui expose des recommandations concernant l'activité physique chez les enfants et adolescents (5-17 ans). Par exemple, « *Les enfants et jeunes gens âgés de 5 à 17 ans devraient accumuler au moins 60 minutes par jour d'activité physique d'intensité modérée à soutenue.* » (2010, p.20).

Néanmoins, aucune limite n'est indiquée caractérisant l'activité physique comme néfaste, ou d'ordre compulsif.

1. La définition de l'hyperactivité physique

C'est un symptôme que nous pouvons retrouver fréquemment dans la clinique de l'anorexie mentale, ainsi que dans d'autres troubles comme la boulimie par exemple. Ce symptôme se traduit par le besoin d'avoir une activité physique intense, régulière et répétitive au quotidien. Mais cette activité physique est particulière : c'est un besoin de bouger compulsivement qui peut se réaliser à n'importe quel moment et à n'importe quel endroit, comme par exemple rester debout, déambuler, faire des abdominaux et des pompes, faire de la course à pieds ou même courir sur place. « *Cette hyperactivité physique peut être dissimulée par la patiente à son entourage, réalisée subrepticement (...) ou clairement revendiquée (inscription dans un club de sport, course à pied...).* » (Corcos et al. 2008. pp.5-6).

Dans mon stage, l'hyperactivité physique pour les patientes en hospitalisation se traduit par la marche et le fait de rester dans la station debout. Pour les patientes que je suis dans le cadre de la consultation et qui vivent donc à domicile, c'est l'activité faite à la maison de type fitness qui consiste à faire des abdominaux, des squats et autres, qui prédominent. Souvent, l'activité exercée se réalise de façon ritualisée (en lien avec la prise d'un repas, en cas d'événement stressant) et en solitaire.

L'hyperactivité peut être considérée comme une « conduite addictive » guidée par des cognitions anorexiques, quand la personne est en souffrance, en n'éprouvant pas particulièrement de plaisir en le faisant (Association Autrement, 2008). « *Pour parler d'hyperactivité physique (par opposition à « une bonne activité physique »), il faut qu'il y ait notion de « besoin incontrôlé ». La malade ne peut pas le faire, sinon elle se sent angoissée ou plutôt déprimée.* » (Association Autrement, 2008)

2. Un exercice excessif ou une pratique de maintien en bonne santé ?

Nous pouvons nous demander comment qualifier le caractère excessif d'une activité et plus généralement, comment différencier une pratique sportive pour se tenir en forme et en bonne santé, à une pratique d'hyperactivité physique ?

Des tentatives de définir le type d'exercice : soit comme un exercice excessif, soit comme une dépendance à l'exercice ou encore comme un exercice compulsif, ont été faites (**Fortier et Dion**, 2019, pp.46-47). Le critère excessif se base donc sur la quantité, mais devrait être mis en lien avec l'état de la personne (une personne en bonne santé ou en état de dénutrition). L'aspect de dépendance a été retrouvé dans l'activité physique qui permettrait l'état de bien-être, mais avec le risque du phénomène de tolérance, la présence de symptômes de sevrage et aussi le risque que celle-ci se fasse au détriment de la vie personnelle, professionnelle. Et l'exercice compulsif se définirait avec un aspect répétitif, rigide avec des pensées motivationnelles autour de l'aspect corporel.

Pour pouvoir juger le caractère pathologique de l'activité, il faudrait pouvoir peut-être croiser certaines données : l'état de la personne (si la personne est en bonne santé ou en état de dénutrition), la fréquence, la durée et l'intensité de l'exercice (donc l'aspect quantitatif) ainsi que les motifs de motivation (rigidité de réaliser l'exercice selon des idées obsessionnelles)

Dittmer et al. (2018) ont émis l'hypothèse de critères permettant de définir l'exercice compulsif : les critères A et B étant obligatoires à trouver et le critère C étant facultatif. Le premier critère définit la situation où la personne se sent contrainte d'exécuter l'exercice « *en réponse à une obsession ou selon des règles qui doivent être appliquées de manière rigide* » (**Dittmer et al.**, 2018). Aussi, l'exercice est réalisé dans l'idée d'anticiper le mal-être associé à l'absence de la pratique ou dans le but de diminuer la culpabilité ou l'anxiété liée à une croyance erronée de la pratique.

Le second critère se situe sur la place que prend l'exercice dans la vie de la personne (le temps consacré, c'est-à-dire plus d'une heure par jour, mais aussi les conséquences sur le fonctionnement social, professionnel et les activités quotidiennes). Ou la persistance de l'exercice malgré les conséquences sur la santé ou le plaisir associé.

Et le troisième critère concerne la prise de conscience au cours de la maladie du caractère excessif ou déraisonnable de l'exercice (**Bratland-Sanda et al.**, 2019, p.1).

L'aspect compulsif de cette activité rappelle le trouble obsessionnel-compulsif défini dans le DSM-5. L'obsession serait les cognitions anorexiques rigides sur la nécessité de réaliser l'exercice pour éviter de culpabiliser et la compulsion serait l'acte, l'exercice compulsif.

D'après **Fortier et Dion**, « *Le désir de s'entraîner est plus élevé chez les personnes avec TCA que chez la population générale ou chez les personnes anxieuses, et les motifs de l'entraînement diffèrent.* » (2019, p.48) À partir de cette particularité (les motifs d'entraînement), nous pouvons nous demander spécifiquement, dans l'anorexie, comment cela se passe-t-il.

3. L'hyperactivité physique dans l'anorexie mentale

M. Fortier et J. Dion, se référant à l'étude de **C. Meyer et al.**, (2011), expliquent que « *L'exercice compulsif joue un rôle significatif dans l'étiologie, le développement et le maintien des TCA, particulièrement l'anorexie mentale* » (2019, p.48). En effet, l'exercice physique apparaît souvent en concomitance avec les restrictions alimentaires et de représentations corporelles altérées et négatives. Aussi, ces auteurs expliquent, d'après l'étude de **A. Keyes et al.** (2015), que le motif de motivation à l'exercice est très important et est souvent orienté vers « *le désir de perdre du poids ou de modifier la forme du corps et la silhouette* » (2019, p.48).

De plus, l'exercice peut être perçu comme une façon de réguler ses émotions.

Le concept d'intolérance aux émotions dans les troubles alimentaires a été mis en avant par **C.G Fairburn** (2008). Ne tolérant pas les trop fortes émotions, certaines personnes tentent de se réguler avec l'exercice physique. En effet, l'exercice permet la libération d'hormones antidépresseurs et anxiolytiques dans le corps, régulant alors les émotions.

« *Ainsi, il est possible que la gestion des émotions soit un motif pour initier l'exercice dans l'apparition du trouble, mais que les facteurs de maintien soient différents (dépendance/évitement).* » (**M. Fortier et J. Dion**, 2019, p.50)

Dans les TCA, nous pouvons retrouver des comportements de type perfectionniste (avec une anxiété de performance par exemple) et une certaine rigidité (avec un défaut de flexibilité mentale dans les actions de la vie quotidienne). Ces traits de personnalité sont, en effet, partagés entre l'anorexie mentale et le trouble de personnalité obsessionnel-compulsif, d'après l'étude de **S. Young et al., (2013)**, que **Fortier et Dion (2019)** dans leur texte, citent.

L'article de revue se finit en concluant que le terme d'exercice compulsif est le terme le plus approprié pour parler de cette hyperactivité physique. Les auteures ajoutent que c'est « *parce que certains traits de personnalité impliqués dans les obsessions/compulsions sont similaires à ceux typiquement observés dans l'anorexie mentale.* » (**Fortier et Dion, 2019, p.54**)

Comme stratégie de contrôle du poids, mais aussi de contrôle de l'apparence physique, les symptômes de l'anorexie mentale, comme l'hyperactivité, peuvent être pensés comme des signes de souffrance et d'alerte.

Si nous leur demandons pourquoi elles le font, certaines diront que c'est leur besoin de perdre des calories et de façonner leur corps selon leur idéal. Cette réponse montre la volonté et le besoin de contrôle, de maîtrise concrète que ces jeunes ont sur leur corps propre. En effet, la pratique de cette conduite hyperactive s'accompagne souvent d'un sentiment d'anxiété, de préoccupations sur ses représentations corporelles négatives. **M. Corcos et al.,** précisent que dans le cas d'un stade grave : le sujet peut être totalement assujéti, contraint de réaliser l'hyperactivité jusqu'à en être à bout (2008, pp.5-6).

Ces deux premières parties théoriques nous permettent de définir le cadre de mon sujet. À partir de mes explications et différents apports théoriques pour comprendre l'anorexie mentale, le symptôme de l'hyperactivité physique, mais aussi, la médiation boxe en psychomotricité, nous allons pouvoir appréhender la clinique. Toute cette théorie a besoin désormais de se comprendre à travers un regard clinique concret, avec des exemples d'adolescentes que j'ai suivies cette année.

Partie 2 : Les cas cliniques

A. Présentation du lieu de stage

1. L'institution

Depuis le mois d'octobre 2021 et jusqu' au mois de juin 2022, je réalise un stage dans un hôpital en Ile de France. Ce stage se déroule sur une journée complète ainsi qu'une demi-journée par semaine. Il se situe dans un hôpital privé à but non lucratif et plus précisément, dans le département de psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte. Ce service de psychiatrie offre des soins en ambulatoire, des soins en hôpital de jour et des soins en hospitalisation à temps complet (dont un service spécifique d'hospitalisation : une Unité de crise). L'établissement peut recevoir jusqu'à 8 personnes en Unité de crise et jusqu'à 30 personnes en unité d'hospitalisation à temps complet.

L'hôpital accueille des patient·e·s de 13 à 20 ans présentant des troubles psychiatriques sévères, et parmi les diverses cliniques de psychiatrie, nous retrouvons : les Troubles des Conduites Alimentaires, (anorexie mentale et boulimie), les troubles de l'humeur telle que la dépression, les Troubles majeurs de la personnalité, les Troubles envahissants graves du développement, les Problématiques suicidaires, les Addictions et les conflits familiaux.

L'établissement propose une hospitalisation à temps complet si nécessaire (selon la gravité et/ ou en dernier recours de prise en charge). Pour les adolescent·e·s avec des troubles des conduites alimentaires, un contrat de poids est établi avec la personne concernée, permettant la mise en place d'un cadre contenant. Un poids de levée de séparation est mis en place : dans un premier temps l'adolescent est séparé de l'extérieur et par exemple, à partir d'un certain poids, il est autorisé à sortir. Un poids de sortie est établi mais également un poids de ré-hospitalisation. Le poids, dit de santé, est le poids « idéal ». Leurs objectifs sont la reprise de poids et la nécessité d'un poids suffisant. Mais aller bien n'est pas suffisant, il n'y a pas que sur le plan somatique que l'amélioration doit se constater.

Parmi les missions du département de psychiatrie, je peux citer la mission de recherche. Celle-ci consiste à réaliser des recherches auprès des patient·e·s afin de mieux connaître le fonctionnement à l'origine ou qui est secondaire aux divers troubles. La prise en charge en sera améliorée et ajustée.

Aussi, le département de psychiatrie assure un projet de soins avec de multiples professionnels soignants, en laissant au maximum l'adolescent·e ou le jeune adulte, acteur dans sa prise en charge.

2. L'équipe professionnelle

L'équipe pluridisciplinaire du service de pédopsychiatrie est composée d'abord, d'une équipe administrative composée de secrétaires médicales et plusieurs assistantes sociales, mais également, d'une équipe médicale avec des médecins pédopsychiatres, des cadres de soins, des infirmiers spécialisés et des ostéopathes.

Il y a également une équipe paramédicale composée d'art-thérapeutes, des psychomotricien·ne·s, d'une diététicienne, des professionnelles en Activités Physiques Adaptées et une socio-esthéticienne.

Des thérapeutes familiaux et des psychologues cliniciens viennent compléter la prise en charge des patient·e·s.

L'établissement propose donc une prise en charge plurifocale (somatique et psychothérapeutique).

3. L'organisation des psychomotricien·ne·s

Accompagnée de mes deux référents de stage sur les deux journées, j'ai la possibilité de voir diverses prises en charge et temps institutionnels. Sur ces deux jours, je peux suivre les prises en charge les patient·e·s hospitalisé·e·s ainsi que celles et ceux en consultations externes. Concernant la clinique rencontrée dans mon lieu de stage, elle n'est pas seulement constituée de patient·e·s avec des TCA, mais aussi d'adolescent·e·s présentant des troubles psychotiques, des traits de personnalité borderline, par exemple.

Concernant l'organisation de mes journées de stage : tout d'abord le mercredi matin je participe au groupe Éveil corporel.

Ce groupe n'est pas spécifique à la psychomotricité mais est un espace pluridisciplinaire proposé par une professionnelle d'activité physique adaptée une fois par semaine et par la psychomotricienne un autre jour de la semaine dans l'unité d'hospitalisation par exemple. L'éveil corporel a pour objectif de proposer un espace d'éveil matinal (car il se déroule en début de matinée), un espace de mise en mouvement pour libérer les tensions (que la pesée du matin a pu engendrer pour les patientes avec des TCA) et contenir les angoisses des patient·e·s. L'espace de mouvement est composé d'un temps d'étirement calme avec un temps plus dynamique.

Pour le reste de la matinée, une plage horaire est destinée à la réalisation des bilans psychomoteurs qui sont indiqués par les médecins psychiatres de la consultation et des unités d'hospitalisation. Le début d'après-midi est réservé à la cotation de bilans et/ou à des restitutions de bilans à réaliser aux médecins, à la famille et à la personne concernée. Pour finir, s'enchaînent alors quatre consultations individuelles de patientes qui sont externes (au service). Chaque psychomotricien a ses propres séances dans des salles différentes.

Concernant la matinée du jeudi : celle-ci est composée autrement. Il y a deux séances individuelles de patientes de l'hospitalisation à temps plein. Normalement, un groupe d'éveil corporel pour l'unité de crise devait être programmé juste avant les suivis individuels mais la situation sanitaire n'en a pas permis l'organisation pour le moment. Un groupe nommé Corps et senteur se déroule deux fois par mois et dont un jeudi matin par mois (l'autre étant le mardi). Je participe donc à ce groupe qui dure environ 1H30.

Les séances de 45 minutes en individuel se constituent de la manière suivante : un temps d'accueil pour laisser l'opportunité à la patiente de déposer ses pensées, ses préoccupations, poser ses questions mais aussi pour que le soignant s'entretienne sur l'état de la patiente : comment se sent-elle ou a-t-elle des douleurs par exemple. Un temps de séance suit ce temps, avant un temps de retour et verbalisation qui, selon les prises en charge, peut s'investir différemment (d'après le projet thérapeutique).

B. Présentation des cas cliniques

J'ai choisi de suivre et de présenter deux cas cliniques d'adolescentes suivies en individuel, l'une dans le cadre d'une hospitalisation complète et l'autre dans le cadre de la consultation externe. De plus, j'ai trouvé pertinent de m'appuyer sur deux patientes suivies par un et une maître de stage différent, les deux utilisant la médiation boxe.

Ma tutrice ne pratique pas la boxe personnellement comme mon autre maître de stage, mais elle a acquis les bases pour pouvoir proposer ce dispositif.

1. Cas clinique : Aline

Aline est une jeune adolescente de presque 17 ans qui est hospitalisée à temps complet dans le service d'hospitalisation depuis le mois de juin 2021 pour le motif d'un trouble des conduites alimentaires : l'anorexie mentale.

1.1 L'anamnèse

Aline est une adolescente originaire de l'Ouest de France. Avec sa petite sœur, elles vivent de manière séquentielle chez leurs parents suite à leur divorce.

Concernant les **antécédents familiaux**, des troubles psychiatriques ont été retrouvés dans sa famille : sa grand-mère paternelle souffre de troubles bipolaires. Son père souffre de Trouble du Stress Post Traumatique (TSPT) et sa sœur souffre de troubles anxieux et plus précisément de Troubles Obsessionnels Compulsifs (TOC) ainsi que des Troubles du comportement (sa sœur a été hospitalisée à cause des TOC et d'une aphagie totale). Sa mère a un rapport à l'alimentation particulier : celle-ci réalise de nombreux régimes depuis quelques années, avec peut-être une certaine pression autour de l'alimentation. Malgré la régulation de son alimentation, sa mère est toujours avec un Indice de Masse Corporel indiquant le surpoids, voire l'obésité.

Parmi ses **antécédents médicaux**, nous notons la présence d'une scoliose, ce qui influence la posture d'Aline qui est enroulée, avec le bassin en rétroversion. Concernant le début des troubles d'Aline, les restrictions alimentaires ont débuté au collège. Elle a intensifié sa pratique sportive pour ressembler à ses copines qui étaient plus maigres qu'elle, mais aussi plus petites. Le diagnostic d'anorexie mentale de type restrictif a été diagnostiqué en 2018. Avant d'arrivée dans l'hôpital où je la rencontre, Aline a été hospitalisée pour anorexie mentale en 2020 dans un service de Soins de Suite et de Réadaptation Spécialisés Enfants et Adolescents (SSRS), l'objectif étant la re-nutrition, la re-scolarisation et la resocialisation.

Son hospitalisation à temps complet dans l'hôpital où je la rencontre, a débuté en juin 2021. À ce moment-là, elle avait un IMC à 12. Elle pesait 36 kilogrammes pour une taille de 1m65 centimètres. Lors du rendez-vous d'entrée en hospitalisation, sont établies les poids de sortie et de séparation. Son poids de levée de séparation est établi à 40 kg et son poids de sortie à 45 kg. L'hospitalisation dans une autre région est difficile pour elle : loin de sa famille, elle a également des difficultés à créer des liens avec les autres patient·e·s, se sentant alors seule et rejetée. Ses difficultés se montrent par une grande compétitivité entre elle et les autres patientes avec anorexie mentale qui créent des tensions dans le service. Pour compenser ce manque de lien avec ses pairs, qui était aussi le cas au collège : Aline sollicite beaucoup les soignant·e·s, de manière très enfantine en verbalisant le besoin que ceux-ci s'occupent d'elle. Lors de la première séance, je rencontre une adolescente renfermée dans une posture qui viendrait réduire sa grande taille. Aline se présente comme une adolescente anxieuse qui a le souci de bien faire, tant dans sa vie personnelle que scolaire.

1.2 Le suivi en hospitalisation complète

Pour Aline, l'hospitalisation a été un choix de prise en charge.

« *La séparation matérielle est alors présentée comme un moyen de limiter les éruptions affectives que la vie familiale, malmenée par la maladie, engendre. Elle soustrait momentanément les patients de situations trop lourdes affectivement et qu'ils ne peuvent affronter autrement que par le symptôme qui les tyrannise.* » (Gaucher-Hamoudi et al., 2011, p. 39)

Le contexte familial compliqué à l'époque de la consultation a permis de créer le projet d'une hospitalisation complète avec une période de séparation avec la famille. L'objectif était ici de l'extraire d'un milieu où elle avait des difficultés, pour lui offrir un autre cadre, de nouvelles expériences. « *La séparation propose un espace qui permet de desserrer l'étau du symptôme.* » (Gaucher-Hamoudi et al., 2011, p. 39)

Dans le service, plusieurs choix de groupe thérapeutique sont proposés dans la semaine mais Aline refuse de participer au groupe Corps et relaxation (encadré par les psychomotriciens) ainsi qu'au groupe nommé Corps et senteur (encadré par la socio-esthéticienne, le ou la psychomotricien·ne et ses stagiaires et la stagiaire en psychologie). Elle participe néanmoins à d'autres groupes comme l'éveil corporel de temps en temps mais surtout aux groupes d'art thérapie.

Suite au bilan psychomoteur réalisé, que je détaille ci-dessous, Aline a été indiquée en psychomotricité pour un suivi hebdomadaire en individuel. Les séances durent 45 minutes et sont encadrées par le psychomotricien et la stagiaire psychomotricienne.

1.3 Le bilan psychomoteur

Son bilan psychomoteur a été réalisé à son arrivée, début juin 2021 et la restitution du bilan par la suite a conseillé une prise en charge en psychomotricité.

Aline a réalisé son **bilan psychomoteur** début juin 2021 et celui-ci a duré 1H30.

Le bilan débute par un entretien avec des questions générales sur le quotidien, nous permettant d'apprendre à connaître la patiente. Nous apprenons qu'Aline ressent la présence continue de stress dans son quotidien. La passation de ce bilan a été source d'anxiété pour elle. Elle nous confie avoir des difficultés avec le sommeil à cause de nombreuses pensées sur son corps.

À son **arrivée**, Aline se présente comme une adolescente avec une posture très rigide et semble être hypertonique. Elle se montre avec un esprit compétitrice, disant vouloir tout réussir lors de ce bilan.

Concernant la **motricité globale**, la dextérité manuelle et l'équilibre, le M-ABC 2 est réalisé. Le bilan montre une fragilité motrice avec un comportement cognitif très rigide qui empêche sa souplesse motrice. La présence d'une dys-régulation tonique montre également une certaine hypertonicité. Les épreuves de visé-atrapé et de l'équilibre sont les plus chutées.

Pour les items psychomoteurs **temps** et **attention** : Aline réalise une épreuve de mémorisation de mots ainsi que le test de Mira Stambak. Nous pouvons en conclure que ses capacités mnésiques sont opérantes : sa capacité de mémoire de travail est efficace ainsi que ses capacités de discrimination auditive et de rétention rythmique.

Concernant l'**espace**, Aline réalise la figure de Rey B. Ses scores en copie et en mémoire étant nettement au-dessus de la moyenne pour son âge, nous pouvons en conclure qu'Aline a des capacités visuo-spatiales et de visuo-construction opérantes, ainsi qu'une capacité de mémoire de travail efficace.

Il est demandé ensuite à Aline de se déplacer dans la pièce en marchant, puis en courant. Ses différents déplacements reflètent une répartition tonique plutôt harmonieuse sur tout son corps, malgré une certaine hypertonicité. Aline semble plus libre de ses mouvements lorsqu'elle est dans des mouvements dynamiques.

L'examen du tonus réalisé par la suite permet de relever une certaine difficulté dans le relâchement volontaire. Le ballant des bras est quasi-inexistant. Aline semble être dans un contrôle permanent de son tonus. Nous pouvons en conclure que la dys-régulation du tonus semble être liée à son grand contrôle et à son investissement cognitif élevé.

Le **mime des émotions** est proposé à Aline. Le jeu de faire semblant des différentes émotions « classiques » semble être possible mais n'est pas très étendu. Aline utilise principalement son visage pour mimer les émotions, sauf la colère qui est mimée avec en plus le corps. La joie et la tristesse sont les émotions les plus reconnues pour Aline, alors que la peur et la surprise sont difficiles à jouer pour elle.

Concernant la **latéralité**, nous n'observons aucune perturbation dans la latéralité ni dans l'orientation droite, gauche et la capacité de réversibilité.

Les items **Schéma corporel et l'Image Du Corps** sont évalués et montrent que les représentations corporelles sont perturbées. Aline va refuser de réaliser l'auto-questionnaire de l'image du corps en verbalisant ses difficultés sur la relation affective qu'elle entretient avec elle-même.

Le test de Thompson montre un trouble de la représentation de soi, révélant la présence d'une dysmorphophobie. Le TAS-20 est réalisé par la suite, elle obtient un score de 74/100 : ce score indique la présence marquée d'une alexithymie. L'item le plus marqué est celui sur « la difficulté à identifier ses émotions ».

Si la connaissance du schéma corporel ne montre pas de difficultés (les somatognosies de Bergès), le test du bonhomme de Goodenough n'est pas cotable car elle a dessiné un bonhomme bâton malgré les indications de réaliser un personnage le plus complet possible.

Conclusion générale du bilan

L'ensemble du bilan montre un profil psychomoteur plutôt perturbé sur le plan tonique et sur le plan des représentations corporelles. En effet, l'image du corps est impactée, la présence d'alexithymie est à relever ainsi que la présence d'une dys-régulation tonico-émotionnelles avec une hypertonie de fond et d'action. La volonté de bien faire les tests est verbalisée à plusieurs reprises lors du bilan, et lors d'échecs éventuels, de nombreuses dévalorisations sont verbalisées.

Nous ne percevons pas la présence d'hyperactivité physique pendant la passation du bilan psychomoteur mais une certaine rigidité motrice et également psychique se fait remarquer. Nous remarquons qu'Aline a un fort recrutement tonique, en tout cas, plus que nécessaire lors des exercices.

Un suivi en psychomotricité serait bénéfique pour elle avec un travail sur le tonus qui pourrait aider à la régulation tonico-émotionnelle et à la régulation de son stress.

1.4 Le projet thérapeutique

Mon maître de stage a élaboré des **axes thérapeutiques** pour le suivi d'Aline :

- Travail autour de la régulation tonique et du lâcher prise corporel et psychique
- Permettre la régulation de son hyperactivité physique et de ses actes agressifs
- Travail sur les représentations du corps pour une meilleure estime de soi et atténuer la dysmorphophobie
- Proposer un travail sur l'alexithymie
- Améliorer sa posture en allant vers une ouverture vers l'extérieur, une posture plus droite et une conscience corporelle plus affinée
- Offrir un espace de décharge pour l'extériorisation des pensées, sensations, émotions vécues de façon trop brutes, trop fortes en elle
- Permettre à Aline de lâcher prise sur ses rigidités, ses cognitions anorexiques, sur le plan corporel et psychique en passant par la conscience corporelle

Après le bilan psychomoteur, un temps de restitution pour la patiente avec le psychomotricien a été pris. Une fois l'évocation de son projet thérapeutique et après avoir accepté la prise en charge, la médiation boxe a été proposée pour Aline comme médiation d'accroche. En effet, l'alliance thérapeutique a pu se créer avec elle à partir d'une médiation de mouvement qui lui plaisait, qui était engageante corporellement et qui allait pouvoir correspondre aux axes thérapeutiques établis suite au bilan.

L'axe thérapeutique peut se formuler comme ceci : *Permettre la régulation de l'hyperactivité physique et améliorer la conscience corporelle par la médiation boxe.*

Aline n'a pas souhaité faire de la relaxation en psychomotricité, précisant qu'elle ne souhaitait pas être dans l'immobilité. Il fallait lui offrir un espace pour proposer du mouvement, dans un cadre structuré spécifique à ses troubles et éviter d'alimenter le cercle vicieux de l'hyperactivité.

Concernant son suivi en psychomotricité, il est quelque peu fluctuant.

D'une part, une fois par mois, la séance est annulée en raison du déroulement du groupe Corps et Senteur. En effet, le groupe ne peut avoir lieu à un autre moment. Aussi, la présence du psychomotricien et la salle de psychomotricité sont requises à cette occasion. Ainsi, toutes les séances en individuel sont annulées lors de ce créneau. Ce groupe, ancré dans la vie institutionnelle, vient quelque peu perturber la continuité des suivis. Il en est de même pour la période des vacances scolaires. Aline a été également absente pendant une longue période à cause de sa santé fragile.

D'autre part, je peux aussi aborder les quelques séances manquées par Aline en raison d'un oubli, qu'elle justifie par une confusion dans son emploi du temps, du fait du groupe Corps et Senteur. Il est donc possible de s'interroger sur les résistances d'Aline vis-à-vis de son suivi en psychomotricité. En effet, Aline nous a demandé à plusieurs reprises d'interrompre son suivi, ne comprenant pas à quoi cela pourrait lui servir.

Avant son départ de l'hôpital, j'ai pu suivre sur l'année, dix séances avec Aline.

1.5 La première séance de psychomotricité

Sa **première séance** en psychomotricité a débuté en octobre 2021, après les vacances d'été. Je rencontre Aline pour la première fois en séance, puisque je n'étais pas présente lors de son bilan avant les vacances d'été.

Lors du temps d'accueil, Aline se présente comme une adolescente plutôt bien en relation avec nous, elle nous exprime l'envie d'être là.

Le temps de séance se compose d'abord d'un temps d'échauffement corporel calme fait d'étirements et de mise en mouvement en marchant. Puis, une première proposition est faite à Aline : un échange de balle puis de volant ayant pour but d'orienter l'objet dans la zone de l'autre qui est définie au sol pour que celui-ci récupère l'objet avant de toucher le sol.

La proposition a permis d'investir l'espace par des déplacements et d'investir son corps. La flexibilité dans le mouvement et la flexibilité cognitive étaient demandées : il fallait s'adapter rapidement à différentes consignes et s'adapter aux autres. J'observe qu'Aline semble avoir des difficultés avec le changement de consigne et la réactivité nécessaire dans les propositions.

L'autre proposition qui suit consiste à porter les gants de boxe. Il faut qu'Aline frappe dans une balle ou l'évite selon les consignes que nous lui donnons en lui lançant les balles.

Ses déplacements du haut du corps sont en bloc, nous laissant supposer un tonus élevé. Parfois, elle se laissait percuter par les balles, ce qui la contrariait beaucoup.

Mon maître de stage a fait un point sur la méthode de boxe pour entamer la médiation boxe. Aline retient plutôt rapidement les placements des pieds, des mains, les mouvements et toutes les autres consignes pratiques.

Il lui est précisé alors des explications fondamentales : la médiation est thérapeutique et non une pratique sportive, c'est-à-dire que nous devons aller à notre rythme, sans idée de performance tout en accordant de l'importance et de l'attention sur ses ressentis du corps et ses émotions émergées. À partir du vécu, nous pourrions élaborer ensemble. Aline semblait moins attentive à ce moment-là.

Nous avons pu proposer à Aline de réaliser des frappes sur les pattes d'ours portées par mon maître de stage selon les différentes frappes apprises. Je portais également des gants pour réaliser l'exercice après Aline et je servais de démonstration. Un temps de défouloir et de décharge tonique sur le tapis contre le mur a été proposé pour terminer la séance. Aline, quelque peu fatiguée, a frappé de manière rythmée et sans faille jusqu'à ce qu'on lui demande de s'arrêter parce qu'elle ne s'était pas arrêtée malgré des signes de fatigue (ce que nous lui avons demandé de prêter attention).

Pendant le temps de verbalisation, Aline n'avait, semble-t-il, rien à dire de la séance. Avec un peu d'aide de notre part pour se souvenir des propositions, elle nous dit s'être amusée malgré une grande part de déception. En effet, elle se dit déçue d'elle-même car elle n'a pas réussi tout le temps. Son désir de performance ressort beaucoup...

2. Cas clinique : Molly

Je rencontre Molly, une jeune adolescente de 15 ans, en octobre 2021 dans le cadre d'un suivi en consultation externe. L'indication de prise en charge m'est informée : Molly consulte suite à un retour à domicile après une période d'hospitalisation pour cause d'anorexie mentale.

Actuellement, son diagnostic s'oriente vers une anorexie avec accès boulimiques et des traits de personnalité borderline sont évoqués par ses médecins.

2.1 L'anamnèse

D'après un **entretien de rencontre et d'anamnèse** réalisé en mars 2021 ainsi que d'une synthèse sur son hospitalisation : je découvre son histoire.

Molly est arrivée dans le service de pédopsychiatrie en novembre 2020 pour une anorexie mentale de type restrictive. Suite à une perte massive de poids (une dizaine de kilos) de septembre à novembre 2020, l'hospitalisation complète a alors été jugée nécessaire pour sa santé. Sa **première hospitalisation** a duré plusieurs mois, et après une période de séquentiel (c'est-à-dire que la patiente a la possibilité de rentrer chez elle pour le week-end par exemple), Molly a quitté l'hospitalisation pour un retour à domicile en mars 2021.

Une **seconde hospitalisation** a été réalisée de juin 2021 au mois d'octobre 2021 suite à une rechute (se montrant par la présence d'idées suicidaires, des automutilations et une perte de poids conséquente). À l'arrivée pour cette seconde hospitalisation, l'IMC de Molly se trouvait à 15 et elle était en état de bradycardie. Molly a débuté son suivi hebdomadaire en psychomotricité, avant sa sortie d'hospitalisation.

En sortant de l'hospitalisation, son suivi en psychomotricité a été maintenu, donc dans le cadre de la **consultation externe**. Seul le jour de prise en charge a changé, ses séances durent toujours 45 minutes, une fois par semaine.

Concernant son **histoire personnelle**, un antécédent familial important est à relever : sa sœur aînée a été anorexique, à un stade sévère de dénutrition.

Molly vit en garde partagée entre ses parents divorcés.

L'anorexie mentale de Molly a débuté en 2020. Elle ne décrit pas d'événement déclenchant à part un contexte familial plutôt compliqué à cause du divorce des parents.

L'anorexie mentale a démarré par des restrictions alimentaires, notamment sur les lipides. Des difficultés pour rester assise se font repérer. Lors de l'entretien, elle verbalise que ce besoin de rester debout est très pénible dans sa vie quotidienne. Il lui est indispensable de faire du sport et de marcher chaque jour, cela peut montrer l'instauration de l'hyperactivité physique.

Elle se dit rarement fatiguée et donc va toujours plus loin dans ses capacités physiques ce qu'elle justifie par son attrait pour le sport. En effet, Molly est sportive : elle fait de la danse de manière très régulière dans la semaine. Elle fait aussi chez elle du renforcement musculaire en autonomie.

Dans ses relations sociales, Molly évoque des difficultés à maintenir des liens avec ses pairs. Avec sa famille et son entourage proche, Molly se sent en difficulté pour communiquer. Elle est facilement irritable, elle se braque et se ferme facilement.

Elle semble souffrir de ce repli sur soi de plus en plus important. Dans la relation aux autres, Molly dit avoir besoin de beaucoup d'attention. Elle est souvent anxieuse, et est sujette à des crises d'angoisse importantes qui se manifestent par le besoin de marcher et de pleurer.

Concernant son rapport à ses émotions, Molly essaie souvent de cacher ce qu'elle ressent et d'être « neutre », de camoufler sa grande tristesse et sa colère en elle.

Il me semble important de préciser le dérouler de sa deuxième hospitalisation ainsi que l'évolution des symptômes anorexiques.

2.2 Le parcours d'hospitalisation

Pendant le temps de séparation (premier temps d'hospitalisation qui consiste à séparer la patiente de son cadre familial) : Molly évoque la présence régulière d'angoisses. En effet, sur le plan alimentaire, Molly reprend progressivement du poids créant alors chez elle de nombreuses angoisses de dysmorphophobies, qui sont intensifiées par le sentiment de culpabilité qu'elle ressent après les repas. Pendant cette hospitalisation, les comportements d'automutilations par scarifications et morsures ont persisté un temps, ainsi que les idées suicidaires. Molly arrive à expliquer que c'est sa façon à elle de se « punir » après avoir mangé par exemple. Ce qu'elle ressent en elle comme la colère, dirigée vers elle et les autres, ne peut que passer par ces actes auto-agressifs, ne pouvant faire autrement. Ses débordements émotionnels et ses angoisses sont difficilement contenables autrement que par l'agressivité tournée vers elle-même.

Suivie par un psychiatre qui est devenu son médecin référent, Molly est mis sous plusieurs traitements pour aider à réguler son sommeil (perturbé à cause d'insomnie) et ses angoisses massives.

Molly n'a pas de difficulté relationnelle notable dans le service mais se dit se sentir quand même seule. Elle arrive à rechercher le soutien et l'aide nécessaire auprès des soignants régulièrement dans la journée.

Lors de ses différents rendez-vous, et malgré ses difficultés pour exprimer aux autres ses ressentis : elle est en capacité peu à peu d'exprimer ses souffrances en lien avec les conflits parentaux qu'elle a vécus, et le sentiment de se perdre dans le désir de l'autre ainsi que le fait d'avoir des difficultés pour exprimer ses ressentis aux autres.

Le temps de levée de séparation (second temps où les sorties sont possibles, les visites également) : Cette période signe le début des périodes d'hyperphagie, sans comportement compensatoire. Suite à ces crises, Molly exprime beaucoup de culpabilité et un grand mal-être, qui vont ainsi s'intensifier avec la recrudescence d'angoisses de dysmorphophobies. Ce nouveau trouble alimentaire impose de revoir le cadre alimentaire, ce qui est vécu comme un manque de confiance de la part des soignants pour Molly, qui reprend ses scarifications. En atteignant son poids de sortie en août, Molly peut reprendre progressivement contact avec l'extérieur. Malgré la persistance des automutilations et la persistance (amoindrie tout de même) de l'hyperphagie : Molly réussit à trouver d'autres façons de s'exprimer et les cognitions anorexiques semblent s'apaiser.

Le temps séquentiel (temps où la patiente partage sa semaine entre l'hospitalisation et le domicile) : Molly commence cette période à la rentrée de septembre et peut reprendre sa scolarité en 2nd générale. Le séquentiel se déroulait très bien les deux premières semaines avec une amélioration clinique vue par les parents et de meilleures relations avec ses pairs. Mais suite à un conflit familial important, Molly retrouve certaines de ses difficultés comme les conduites de restriction alimentaires et des angoisses l'amenant à se scarifier. Parmi les différents facteurs supposés : une relation amoureuse compliquée qui aurait débuté entre Molly et une patiente, sa date de sortie définitive fixée ainsi que la baisse de ses médicaments.

Les deux semaines suivantes, les difficultés de Molly sont toujours aussi intenses : une labilité émotionnelle faisant alterner un état d'euthymie et un état dépressif avec des idées noires. Molly est très poreuse de l'environnement qui l'entoure : les conflits familiaux, les conflits amoureux, l'arrivée de nouveaux patients et la sortie de d'autres vont venir grandement la perturber. Une grande angoisse est exprimée : celle de retourner au domicile, de peur de « rechuter » selon elle, à cause des conflits familiaux. Cette angoisse du retour à domicile est partagée par sa mère et sa sœur, chez qui Molly va vivre à temps plein lors de sa sortie. L'équipe soignante a jugé que l'hospitalisation prolongée pourrait être délétère. Compte tenu de ses progrès sur l'alimentation et de son investissement dans ces soins, son état est jugé compatible avec la prise en charge en ambulatoire. Ce qui signe alors son retour chez elle en octobre 2021.

Au retour à domicile, l'hyperactivité physique s'est intensifiée quelque temps. Puis un autre trouble du comportement alimentaire est apparu : des épisodes de boulimie avec des conduites purgatives. Lors de l'automne 2021, Molly a fait une tentative de suicide par voie médicamenteuse.

Elle est restée en réanimation pendant trois jours. Lorsqu'elle allait mieux, elle est revenue en séance de psychomotricité. Néanmoins, elle a exprimé de nouvelles fois des idées noires inquiétantes, ce qui l'a conduit à aller aux urgences psychiatriques où elle a pu être prise en charge quelque temps avant de rentrer chez elle. Cette période compliquée pour Molly a créé une certaine discontinuité dans le suivi.

2.3 Le projet thérapeutique

À la fin de l'entretien avec la psychomotricienne en mars 2021, Molly se dit en demande de psychomotricité. Parallèlement, elle est suivie en ostéopathie et en socio-esthétique.

Pendant son hospitalisation, Molly n'a pas réalisé de bilan psychomoteur. Son psychiatre, qui l'a suivi depuis sa première hospitalisation, l'a indiqué en psychomotricité lors de cette seconde hospitalisation pour ensuite, garder un suivi lorsqu'elle sera sortie et donc faire perdurer ce soin. Un projet de soin en psychomotricité a été proposé à Molly pour étayer et soutenir ce retour à domicile, parfois vécu de façon compliquée et angoissant.

Des **axes thérapeutiques** sont pensés avec la psychomotricienne et le psychiatre de Molly.

- Permettre d'abaisser l'hyperactivité physique en passant par la régulation tonico-émotionnelle
- *Offrir un espace de décharge motrice et psychique par la médiation boxe, pour permettre une dérivation des passages à l'acte auto-agressifs*
- Redonner une base contenante et rassurante à Molly pour continuer à évoluer positivement vers l'autonomisation

Très rapidement dans la prise en charge, ma maître de stage a fait le choix de proposer la médiation boxe à Molly (et ce, avant que je rencontre Molly en octobre 2021). Acquérir ces bases et pratiquer en dehors du stage m'a permis alors d'entreprendre mes propres séances avec Molly, par le biais de la médiation boxe.

Lors de son hospitalisation, des informations importantes ont été relevées comme une certaine érotisation envers les soignant·e·s ainsi qu'un « collage » que ce soit avec les pairs ou également les soignant·e·s. La pertinence de la médiation boxe peut se comprendre comme la possibilité de mettre un tiers dans la relation, d'où la pertinence qu'en tant que stagiaire je sois également présente cette année.

Les séances sont à une fréquence fixe : une fois par semaine, d'une durée de 45 minutes et ce même jour, Molly a régulièrement un rendez-vous avec son psychiatre juste avant la séance et même parfois, une séance en socio-esthétique.

2.4 La première séance de psychomotricité

Lors de la première séance où je rencontre Molly, celle-ci se présente à moi comme une jeune adolescente avec un bon contact, en relation : elle semble en confiance dans l'espace de psychomotricité et avec la psychomotricienne qu'elle a déjà rencontré.

Le temps d'accueil me permet d'en apprendre davantage sur elle : elle vient de sortir d'hospitalisation, le retour à domicile ne se passe pas très bien. L'école la stresse énormément et l'entourage est difficilement supportable pour elle ce qui amène à des comportements auto-agressifs de scarifications, des idées noires, des crises d'angoisse régulières. Elle souligne que le cadre de l'hospitalisation était soutenant pour elle.

La séance débute par une mise en mouvement avec des physio-Ball. Il était proposé à Molly de dribbler avec un physio-Ball puis de se faire des passes à trois. Avec les gants de boxe, la consigne était d'extérioriser ses émotions par des frappes sur les pattes d'ours. Après un temps de frappe, nous lui avons demandé à quoi elle a pensé, quelles émotions lui sont venues, comment les a-t-elle exprimées, etc. Ma tutrice de stage l'étaye alors pour l'aider à verbaliser et mettre en sens ses frappes avec ses émotions ressenties dans la journée. Un autre support pour frapper lui est proposé : sur les tapis contre le mur, sur un physio Ball... Un temps de relaxation sur un fat-boy est finalement proposé à partir d'auto mobilisations (alternance de contraction et relâchement) avec une balle en mousse.

Molly semble bien investir ses temps de verbalisation.

Néanmoins, son discours me marque : il me semble quelque peu trop intellectualisé, comme plaqué à des mots utilisés sans pour autant qu'il y ait une mise en sens.

Cette impression dès notre rencontre sera un point important sur lequel je vais prêter attention pendant toute l'année...

C. Leurs évolutions

1. Aline

Après une hospitalisation qui aura duré environ dix mois, une proposition de relai a été faite pour qu'Aline puisse retourner dans sa région, près de sa famille. En effet, la période de séquentiel a été bien vécue pour Aline mais la longue distance entre l'hôpital et son domicile était difficile à gérer.

Lors de la dernière séance de son suivi en psychomotricité, Aline nous raconte un événement qui s'est passé le week-end précédent, elle semble fière de nous le confier. Sa mère lui a proposé une balade à vélo. Tout d'abord, elle accepte de faire la balade avec sa mère car elle pense à toute la dépense énergétique engendrée. Mais lors de la balade, elle s'est rendu compte que ça lui faisait du bien et cela, sans cognition anorexique, juste par plaisir du moment présent avec sa mère. Aline se sent fière et ressent cette évolution positive en elle : elle a pu repérer la pensée néfaste des cognitions anorexiques en amont et pendant la balade, elle a pu changer son « objectif » sans penser aux calories.

Également, dans sa posture nous pouvons noter une amélioration : celle-ci est plus ouverte et en relation. Elle se sent moins complexée par son dos voûté car elle arrive à reproduire les exercices de redressement que nous avons pu lui donner en séance de psychomotricité.

Et finalement, par rapport à la médiation boxe, nous avons pu observer une évolution dans l'investissement du corps. Aline a développé sa motricité générale avec une meilleure dissociation des ceintures, plus de fluidité dans les mouvements. La régulation tonique est mieux adaptée, la respiration peut s'accorder par moment aux frappes mais reste encore difficile. Néanmoins, je constate des éléments qui n'ont pas évolué : Aline a encore des difficultés pour juger son état physique et psychique, pour constater la fatigue et donc ensuite pour accepter de s'arrêter. Également, le rythme adopté pour les frappes reste toujours constant malgré la demande sur certains exercices d'être dans la spontanéité. Un besoin de contrôle et une certaine rigidité persistent dans ses comportements, mais Aline peut maintenant l'évoquer, comme une levée du déni sur certains aspects de la pathologie.

2. Molly

Au moment où j'écris, concernant l'évolution de Molly, l'équipe soignante pense à faire un relai de prise en charge pour la rentrée de septembre 2022. Molly n'en est donc pas encore à la fin de sa prise en charge et il me semble tout de même important de faire un point sur son évolution. L'amélioration de son état ne se fait pas de façon linéaire mais plutôt cyclique avec des phases d'amélioration puis des phases de rechutes importantes avec la recrudescence des comportements pathologiques. L'écoute de soi et de ses sensations se travaille peu à peu avec la médiation boxe. Molly a positivement évolué concernant la perception de ses sensations de fatigue et de ses limites. Elle est en capacité d'écouter ses limites, ses douleurs et de ne pas donner lieu à l'hyperactivité physique, malgré des pensées obsédantes autour de son corps. D'ailleurs, au fil de l'année, l'hyperactivité a diminué globalement. La possibilité d'avoir un espace de psychomotricité qui permet de se dépenser très raisonnablement, en plus des sports qu'elle réalise (CrossFit et danse en club) semble lui donner un cadre contenant et sécurisant, permettant de diminuer ce symptôme. L'élaboration autour de ses sensations et de ses émotions semble plus construite et mieux étoffée.

Après ce début d'exposé composé d'une première partie théorique pour comprendre les mots clés mais également d'une seconde partie clinique pour découvrir les patientes, je vais pouvoir commencer à tisser des liens pour ma réflexion.

Partie 3 : La réflexion

A. Comprendre l'anorexie mentale à l'adolescence et le symptôme de l'hyperactivité physique

Il me faut tout d'abord, explorer les différentes explications qui seraient sous-jacentes à ce trouble et son symptôme.

1. L'adolescence

Souvent, l'anorexie mentale se déclare à l'âge de l'adolescence. Cette période est particulière pour ces adolescentes qui ne sont ni enfant, ni adulte. Le corps est en changement lors de cette période : « *Le développement pubertaire est sans doute la mutation psychocorporelle la plus déstabilisante. (...) Mû par la "poussée de sève", le jeune doit se reconstruire sur un temps très court et assumer cette nouvelle image corporelle sexuée.* » (Dodin, 2017, p.51).

C'est aussi la période où l'adolescent est en quête d'individuation : il se détache de ses parents, il veut s'autonomiser, mais tout en étant en recherche d'appartenance à un groupe.

C. Potel parle de cette période de l'adolescence qui « *va avoir ses effets de tumulte et de bouleversement, qui vont impliquer un changement corporel et des transformations psychiques, nécessaires à l'intégration de ces changements* » (2006, p.19) et cela, sur n'importe quelle structure psychique envisagée et pathologique.

Parfois, le fait de devenir adulte, de s'individualiser peut faire peur et échapper de tout contrôle, et c'est par le corps que cela va s'exprimer. Le mode d'expression peut se faire alors par les conduites de restrictions (Gaucher-Hamoudi et al., 2011, p.11).

2. L'anorexie mentale

La question du corps est cruciale dans l'anorexie mentale, c'est l'objet d'obsessions et de rejets à la fois : « *il devient le véhicule et le théâtre d'une problématique intrapsychique* » (Ravel Sarrola, 2002, p.189)

Les représentations du corps sont altérées : en effet, le conflit dans le rapport au corps se montre par la présence de dysmorphophobie, de l'hyperactivité, de rigidité psychique et bien d'autres symptômes propres à chaque patiente.

« *Les troubles alimentaires touchent le plus souvent des adolescents que les modifications corporelles induites par la puberté – la féminisation ou la masculinisation du corps, le développement des caractères sexuels secondaires, l'augmentation du tissu adipeux-insupportent.* » (Dodin, 2017, p. 16)

Dans l'anorexie mentale, ces changements insupportables vont créer un lien spécifique à ce corps : une mise à distance, un désinvestissement, une négation.

« Là où la puberté ouvre la voie aux remaniements identitaires, cette pathologie les fige au travers d'un clivage faisant du corps un objet externe persécuteur et persécuté. » (Paumel, 2017, p. 125). En effet, pour se protéger, le clivage de ce corps à la psyché peut se faire. C'est un corps qui devient étranger, avec une perte de familiarité avec ses besoins, comme la perte de la sensation de faim, de froid, de fatigue (Gaucher-Hamoudi et al., 2011).

Nous pouvons nous demander alors comment ces patientes peuvent rétablir cette perte de familiarité ? Il est possible d'essayer de reprendre le contrôle sur ce corps qui change, mais comment ? Le besoin de repères renforce le sentiment de contrôle, ces patientes doivent trouver des supports solides sur lesquels s'appuyer pour éviter les angoisses.

3. L'hyperactivité

L'hyperactivité est souvent retrouvée chez des patientes anorexiques et parfois boulimiques. D'un point de vue psychanalytique, « Si l'anorexique est hyperactive c'est pour être insaisissable par l'objet et par son monde interne qui ne la laisse pas tranquille. » (Corcos, 2006, p.58). L'adolescente qui est dans l'hyperactivité peut échapper à la relation et aux angoisses par une évacuation des tensions. Nous pouvons nous demander par quoi serait-elle envahie. Selon M. Corcos, l'hyperactivité permet « de ne pas se laisser envahir par la réactivation fantasmatique érotique adolescente qui prend chez ces patientes une dimension crue, non secondarisée à caractère incestueux, et de faire taire ainsi la pulsionnalité. » (2006, p.63). Cette recherche de mouvement et d'apport de sensations internes peut permettre un sentiment d'existence en se procurant une autosatisfaction érotique de son corps, ce qui peut être douloureux à cause d'un retour vers soi de l'agressivité.

Cette proposition de compréhension de l'anorexie mentale et de l'hyperactivité physique peut nous amener à nous interroger sur la façon dont ces patient·e·s investissent leur corps.

Ainsi, il me paraît fondamental de repartir du corps pour comprendre la manière dont la médiation boxe est un support pour ses patient·e·s anorexiques, avec comme symptôme l'hyperactivité. Alors, j'ai fait le choix de m'intéresser aux systèmes corporels, proposés par B. Lesage (2019).

B. Des muscles aux os, en passant par les viscères

1. Les systèmes corporels d'après Benoît Lesage

B. Lesage porte son attention sur l'édification du corps, comme il le cite dans son livre : « *c'est donc à l'instauration du corps que je m'intéresse, beaucoup plus qu'à son usage.* » (2019, p.17). Dans la clinique de la psychiatrie, « *il ne s'agit généralement pas de fonctions qui ont disparu, mais d'un corps qui ne s'est pas mis en place.* » (**Lesage**, 2019, p.17).

Je souhaite tout d'abord m'appuyer sur le concept de système corporel de Benoît Lesage. Celui-ci reprend le concept de « Moi- Peau » de D. Anzieu pour parler des différents systèmes corporels. Le Moi-Peau est « *une figuration archaïque de soi fondée sur les qualités de la peau* » (**Lesage**, 2019, p.224). À cette définition du Moi-peau, **D. Anzieu** ajoute que « *toute fonction psychique s'étaye sur une fonction biologique.* » (**Anzieu**, 1985, p.39). À partir de cela, **B. Lesage** a étendu ce concept sur les différents systèmes du corps. La table des matières du corps sont les systèmes, qu'il définit comme des catégories de tissus du corps humain (par exemple les muscles, les os, la peau, les organes, les liquides). Un système corporel, basé sur l'anatomie, va être le support de toute expérience vécue permettant de se représenter, de se vivre psychiquement à partir du corps (**Lesage**, 2019, p.224).

Je vais m'appuyer plus précisément sur les grands systèmes corporels suivants : les os, les muscles, et les organes ; tout en sachant que d'autres systèmes sont développés par l'auteur mais que ceux-ci me semblaient moins pertinents à décrire aux vues de mon sujet.

Le travail sur les différents systèmes serait la possibilité de « *faire expérimenter les qualités physiques et les fonctions somatiques, pour nourrir quelque chose au niveau psychique.* » (**Lesage**, 2004, p.22). Le premier système que je souhaite citer est le Moi-os.

1.1 Le Moi-os

Pour **B. Lesage**, « *L'os représente le solide, ce sur quoi on peut s'appuyer.* » (2004, p.20). L'os conduit la vibration qui est due au mouvement et aux impacts. La vibration, avec le tact et le vestibulaire sont les sens les plus archaïques. Cela confère un sentiment d'unité qui fait enveloppe, donnant une cohérence à l'ensemble.

L'os a un aspect sécurisant à l'intérieur de notre corps, c'est un contenant dur et résistant. Ce Moi-os permet de se sentir en sécurité dans son corps, de sentir la charpente osseuse qui nous maintient debout et nous permet d'être en mouvement.

L'os est en lien avec les affects : « *Le système osseux n'est certes pas sans lien avec des affects, mais il s'agit manifestement d'une affectivité plus profonde, peut-être plus existentielle* » (Lesage, 2004, p.20).

L'os est clé pour l'espace, il met de l'espace dans le corps, permet de mettre de la directionnalité, donc de montrer de l'intention.

La notion d'os me renvoie alors au squelette qui a pour rôle de soutenir, de protéger et de permettre le mouvement.

1.2 Le Moi-muscle

B. Lesage explique le système musculaire comme : « *Intégrer la perception du travail musculaire, c'est permettre d'assumer une forme de présence active, de sentir l'effort à être, et aussi trouver les clés d'une régulation des niveaux de tension.* » (2004, p.21). Le Moi-muscle représente la capacité de se tendre et de se détendre. Avec celui-ci, nous sommes en capacité de déployer une expression et une attitude. Nous sommes aussi en capacité de ressentir et manifester des émotions. En effet, le muscle est très lié au tonus musculaire ainsi qu'aux émotions.

1.3 Le Moi-organe

Selon **B. Lesage**, « *la proprioception organique, ou viscéroception, joue un rôle dans la perception de soi.* » (2004, p.21). Le Moi-organe est un moi qui représente l'énergétique du corps, « *c'est le support d'une actualisation émotionnelle, variable selon les étages, très instinctuelle au niveau bassin, plus émotive au niveau thoracique.* » (2004, p.21). C'est aussi un Moi-organe vivant, rythmique car les organes ont un certain rythme propre à leur fonctionnement de réplétion-évacuation (la digestion avec le remplissage et le vidage) impactant alors la temporalité de la personne (devoir se nourrir, ...).

Le Moi-viscère représente ce qui est volumineux par sa présence importante dans l'abdomen et de son poids. Les viscères sont les organes de digestion, qui ont des besoins.

En cela, le moi-viscère représente un moi pulsionnel par ses « appels », ses « pulsions » vitales (la faim par exemple).

B. Lesage ajoute la présence du lien entre le système digestif et la relation entre la mère et l'enfant, par le nourrissage (2004, p.22). Le bébé est nourri physiquement par sa mère avec la nourriture, mais il se nourrit aussi psychiquement de celle-ci. En effet, le lien de nourrissage est fondamental entre la mère et l'enfant dans les premiers temps de la vie où il est si dépendant. Ses premières interactions passent alors par ces temps de nourrissage, de tété, incluant alors l'appareil digestif.

Les systèmes corporels peuvent être abordés comme une piste de travail que je perçois également comme un mode d'investissement du corps de chaque personne.

2. Réflexions théorico-cliniques autour du **Moi-os**

2.1 L'hyperactivité physique dans l'anorexie mentale

Si nous nous appuyons sur l'observation de ses patientes anorexiques, celles-ci semblent être dans une recherche du corps mince, voire squelettique tout en passant, pour certaines, par une hyperactivité marquée. L'hypertonie musculaire que nous retrouvons chez ces adolescentes semble aussi être une recherche du dur dans l'ensemble de leur corps. Cette hypertonie musculaire peut s'expliquer par le fait que ressentir le « mou » est insupportable, donc elles investissent le dur, le mouvement.

Nous pouvons observer que ces patientes avec anorexie mentale sont dans un investissement du **Moi-os**, qui semble altéré.

Ces adolescentes semblent être dans la recherche de la sensation du dur. Elles vont rechercher ce dur dans leur hyperactivité physique fréquente et par la présence d'une hypertonicité musculaire. La perte de poids et la fonte musculaire permettent un investissement de ce système **Moi-os**. D'ailleurs, la silhouette mince de ces adolescentes anorexiques, vient rendre beaucoup plus visible leurs os.

Aussi, leur recherche du dur passe par le besoin d'appuis solides, le solide de l'os et le solide par le mouvement.

Je souhaite illustrer l'investissement du **Moi-os** par une patiente que je ne suis pas en séance individuelle, mais que je vois régulièrement lors d'un groupe d'Éveil corporel que j'anime avec la psychomotricienne.

L'exemple de Filipa : C'est une adolescente de 18 ans, qui est arrivée dans le service de pédopsychiatrie à ses 17 ans dans un état de dénutrition sévère.

Son anorexie restrictive se joint à une hyperactivité physique très importante, lui créant de nombreuses fractures de fatigue. Ne pouvant pas participer à tous les groupes à cause de son état physique, Filipa peut néanmoins participer au groupe Éveil corporel.

Une séance particulière m'a marqué : je propose aux adolescentes présentes de prendre chacune un softball un peu dégonflé. Ce ballon allait accompagner nos mouvements d'étirements puis, nous servir dans une partie plus dynamique avec des mouvements de pression sur le ballon, des mouvements de lancer en l'air, etc. Pour finir la séance, un temps de conscience corporelle avec ballon était proposé. J'ai repris le concept de « douche du Samouraï »⁸. Avec leur ballon, je leur ai proposé l'exercice. Filipa n'a pas pu réaliser entièrement l'exercice, comme dérangée par quelque chose. À la fin, elle prend la parole et explique que cette séance n'a pas été assez dynamique pour elle (d'ailleurs, elle refuse de s'asseoir comme le reste du groupe pour faire un temps de retour), mais aussi, que le ballon était beaucoup trop mou pour elle. La sensation du mou amenée par le passage de ce ballon sur son corps, ne semble pas lui être agréable et possiblement accessible. En effet, ce ballon dégonflé n'apporte pas un toucher franc, ne permettant pas de ressentir l'os mais plutôt de ressentir le « mou » du corps comme le muscle. Pour Filipa, le mou est rejeté pour laisser place à l'hypertonie musculaire, le mouvement, le dur et les cognitions anorexiques ne lâchent pas prise.

À partir de l'intégration du système de l'os, un certain vécu de soi-même est expérimenté pour la patiente. Se développe alors peu à peu un vécu de soi plus solide. D'après ce raisonnement, **comment la médiation boxe peut-elle permettre une meilleure intégration du Moi-os ?** En effet, pour sentir que nous avons une structure souple mais forte, il nous faut trouver nos propres appuis et intérioriser une structure solide pour donner des coups de poing en médiation boxe.

⁸ Cf. *supra*, 2. Le déroulement des séances p.15

2.2 La médiation boxe et le Moi-os

2.2.1 La proprioception

D'abord, nous pouvons dire que la **proprioception** est engagée dans le Moi-Os, à travers la médiation boxe. Je pars du postulat que travailler les systèmes permet d'enrichir la proprioception.

La proprioception concerne l'ensemble des capteurs sensoriels (au niveau des muscles, des tendons, des articulations) et informe sur les mouvements. Ce sens concerne les informations sur la position, la force du mouvement mais également, englobe la kinesthésie. Cette dernière concerne la vitesse, l'amplitude et la direction des mouvements.

La proprioception est le sens qui permet l'équilibre et les mouvements. Par exemple, elle permet de faire la différence, yeux fermés, sur ce que nous faisons, sur notre position...

B. Lesage définit la proprioception comme ce qui « *concerne classiquement l'ensemble des perceptions internes, kinesthésiques et somatiques, et vestibulaires.* » (2004, p.20).

La proprioception se retrouve dans la médiation boxe lors des frappes, qui font percussions et résonnent dans le corps. Quand nous faisons un impact avec le gant de boxe : un train d'ondes parcourt le squelette et nous donne en permanence une perception de soi-même, une sorte d'arrière-fond, qui fait partie de la proprioception. C'est par exemple ce que Molly en séance a pu expérimenter. Après un exercice de frappes sur différents rythmes de métronome et où la force déployée devait rester constante : Molly m'explique pendant la phase de repos qu'elle ressent dans ses bras la résonance des coups. À partir de cela, je lui demande alors comment elle ressent son corps, quelques minutes après. Elle me dit sentir se propager ces « ondes » dans le corps, sans que cela soit désagréable : elle sent tout son corps impacté par la boxe. Lors des premières séances, Molly ne pouvait pas nous expliquer ce vécu-là. En effet, d'après **M. Henniaux**, les sensations internes du corps, venant des informations proprioceptives (des récepteurs sensoriels des muscles et des articulations), ne sont pas perçues spontanément pour les patientes anorexiques (2009, p. 37).

Intégrer l'os, c'est intérioriser un support, trouver ses points d'appui si important. Pendant les séances, ces appuis vont être recherchés par un travail vestibulaire et proprioceptif en lien à la pesanteur, dans la position debout.

L'exemple d'Aline : « *Être comme un roseau* »

Un exercice a été proposé à Aline avant de commencer le temps de médiation boxe, pour travailler ses appuis. Les pieds ancrés dans le sol et en position debout, Aline devait déplacer son poids du corps pour rechercher le déséquilibre en avant, en arrière, sur les côtés (donc sans décoller les pieds), les yeux ouverts puis fermés. Le polygone de sustentation était ici mis en œuvre dans ce travail d'appuis et de conscience corporelle. Ce même exercice était ensuite décliné : Aline pouvait ensuite faire maximum un pas, tout en cherchant à varier les appuis des pieds au sol et les situations de déséquilibre. Ce travail d'appui du poids du corps était réutilisé pour la médiation boxe pour maintenir une posture adéquate, les pieds ancrés mais dont les appuis peuvent varier et s'ajuster rapidement.

Il a été ensuite possible de faire référence aux appuis du poids du corps comme structure solide, résistante mais malléable et souple à la fois, comme la structure osseuse du corps.

Ici, il a été question d'enrichir la proprioception de la patiente, non pas en accumulant des informations sensorielles sans rien en faire mais plutôt permettre une « *intégration sensitivo-sensorielle couplée à l'élaboration motrice dans le cadre d'interactions et de relations.* » (Lesage, 2019, p.223)

L'exemple d'Aline : « *Fermez les yeux...* »

Le travail de la proprioception avec elle était intéressant à développer de différentes manières. Pour commencer une des séances, avec le psychomotricien, nous avons induit des « poussées » par contact avec une balle en mousse, sur le corps d'Aline et elle devait porter son attention sur l'intensité de la force que nous déployons mais également, tenter de résister aux poussées. L'exercice se réalisait les yeux ouverts puis les yeux fermés. À partir de cet entraînement, nous lui avons demandé de faire des frappes dans des balles que nous lui lançions ou qu'elle se lançait elle-même. D'abord, les yeux ouverts, puis les yeux fermés.

Finalement, il a été demandé à Aline, face aux pattes d'ours, de réaliser des frappes les yeux ouverts et les yeux fermés en prenant compte de la distance, de la force, de la direction de ses poings. Puis, selon des pressions que j'induisais à Aline sur son épaule : les yeux fermés, celle-ci devait frapper sur les pattes d'ours, à des rythmes différents que nous lui indiquons à la voix.

Ce que j'observe de cette séance, c'est que l'accordage tonique dans les « poussées-résistances » se fait difficilement et nous sentons que les différentes pressions sont mal perçues.

Pour Aline, l'exercice qui consistait à frapper dans une balle qu'elle-même avait lancée, était difficile à réaliser. Aussi, l'exercice dans lequel elle devait intégrer le mouvement de coup de poing les yeux ouverts, se perd lorsqu'elle fermait les yeux. Les mouvements de frappe ne se ressemblaient pas entre les deux exercices : il a fallu une période importante d'entraînement pour pouvoir réaliser plusieurs séries de frappes en ressentant le mouvement adapté et dans la bonne direction. Elle nous a confié qu'à la fin, elle réussissait à visualiser son bras lorsqu'il était en contact de la patte d'ours : la place de son poing sur la patte d'ours, la vitesse du coup ainsi que la force déployée, grâce au ressenti dur du support de frappe qui venait résonner en elle. Elle semblait plus confiante et après une autre séance où l'exercice a été refait, nous avons pu lui proposer de réaliser des esquives les yeux fermés (après un long temps d'entraînement les yeux ouverts pour intégrer les mouvements, l'amplitude du déplacement du haut du corps). Si une certaine confiance en ce Moi-os et donc en notre structuration s'installe, cela peut déjà être une piste pour réguler l'excès de mouvement.

2.2.2 Le mouvement

Avec le Moi-os, nous pouvons engager des directions et de l'intention. L'os permet de trouver des directions à travers des lignes de mouvements. En médiation boxe, nous venons donner une direction aux mouvements. La frappe est droite mais orientée selon les pattes d'ours. Il ne s'agit pas de faire des mouvements guidés par les cognitions anorexiques mais guidées par la consigne de boxe. D'ailleurs, ce qui est intéressant selon moi, c'est qu'en écoutant les patientes, la séance de psychomotricité n'intervient pas forcément lors d'un moment d'angoisse, d'un moment de besoin d'hyperactivité. Nous venons en séance, mettre de l'intentionnalité dans le mouvement, en dehors de tout besoin d'hyperactivité. Si en séance, l'hyperactivité physique ressort, nous pouvons tenter de faire dériver le besoin sur le moment et permettre à la patiente de mettre une intentionnalité différente dans cette mise en mouvement : je pense que cela représente une certaine introjection d'une base solide en soi, un nourrissage par le mouvement d'un corps qui n'est pas que « Objet-persécuté » de l'hyperactivité.

L'idée que je tente d'expliquer me vient de l'exemple de Molly, qui nous raconte qu'elle ressort de la séance de psychomotricité (qui comporte la médiation boxe), avec un sentiment de « force » en elle lui permettant de rentrer chez elle déjà plus apaisée que les autres soirs de la semaine. En effet, le sentiment de possible solitude en rentrant au domicile et le retour des angoisses auraient tendance d'habitude, à lui causer une crise de boulimie ou alors de causer le besoin d'hyperactivité physique. Ce que nous notons, c'est que chaque mercredi après la séance de psychomotricité, elle n'évoque pas la survenue de crise.

Avec cette médiation boxe, nous pouvons proposer un espace pour sortir d'un fonctionnement du corps qui bouge machinalement. Selon les recherches antérieures dans un mémoire de psychomotricité, l'hypothèse émise est que ces jeunes filles tendent de manière générale à surinvestir un corps objet, et cela au détriment d'un corps sensible (**Desmazières**, 2021). En observant certaines patientes déambuler dans le service par exemple, je vois cette mise en mouvement presque automatique, avec un corps « déconnecté », même si la présence des cognitions anorexiques et d'angoisses doit être sous-jacente. Remettre de l'intention dans les mouvements, s'approprier ce corps en mouvement pourraient être des axes thérapeutiques associés à cette médiation.

2.2.3 L'aspect relationnel

Avec la boxe, nous pouvons évoquer un travail sur les antipodes « dedans-dehors » mais également, évoquer un travail autour du Soi et de l'Autre. Lorsque la personne frappe avec ses gants de boxe, l'autre reçoit les coups : nous avons du « dur contre dur », les deux sujets sont consistants. En cela, nous pouvons dire que nous venons « toucher l'autre » d'une autre façon. Si la personne peut ressentir son squelette, sentir une unité corporelle, c'est parce qu'elle va frapper contre nos pattes d'ours, que nous résistons à ses frappes tout en étant dans le lien, avec le regard et notre corps. Les deux systèmes osseux, de la patiente et du thérapeute, sont alors fournis d'informations sensorielles. **B. Lesage** précise que cela permet la différenciation des deux personnes, à travers une relation non fusionnelle et non érotisée (2019, p.131).

L'exemple de Molly : “Rendre les coups”

Lors de cet exercice, Molly portait ses gants de boxe, la psychomotricienne avait le bouclier et j'avais les pattes d'ours.

Sur un fond musical pouvant évoquer des émotions différentes (la joie, la tristesse, la colère, la force, etc.), nous devions toutes les trois marcher dans la pièce. Molly pouvait faire le choix de venir vers l'une d'entre nous et frapper de manière libre ou de ne pas frapper selon les possibles émotions, les pensées ou les sensations corporelles qui pouvaient surgir pendant ces extraits musicaux. Molly devait donc interpeller une de nous deux, sans la parole mais d'une autre façon, pour venir frapper de manière libre. La semaine précédente, j'avais réalisé ce même type d'exercice avec uniquement Molly et moi. J'ai décidé d'apporter un autre élément. Si elle décidait de venir frapper auprès de moi, je pouvais faire le choix, après ses frappes, de venir proposer des « résistances » c'est-à-dire patte d'ours contre ses gants de boxe en position de garde.

Je souhaitais faire intervenir ma présence active dans la relation, qui d'habitude est passive et en résistance face à ses coups. Il est question désormais de pouvoir apporter des réponses à ses coups, dans un échange.

Tout d'abord, j'ai trouvé très intéressant de pouvoir lui laisser le choix de frapper ou de ne pas le faire, selon ce qui venait en elle. Et, le fait qu'elle ait pu s'en saisir, tout en le justifiant parfois ou seulement en disant que c'était ainsi : montre qu'elle a pu développer un libre arbitre tout en s'appropriant ses choix et ses besoins au cœur de la médiation. Pour développer une autonomie et une appropriation d'une proposition aussi engageante corporellement, je pense qu'il faut se sentir assez solide en soi pour accepter de boxer quand elle le souhaite et parfois ne pas le faire, surtout qu'en face : il y a une vraie personne (et non un sac de boxe).

Ensuite, pendant le temps de verbalisation à la fin, Molly m'explique qu'elle souhaiterait que je lui rende davantage les coups (plus dans un aspect de frappe plutôt que de résistance) parce qu'elle dit "aimer quand elle reçoit une réponse" et à cela elle me donne un exemple. Quand elle se dispute avec ses parents, c'est souvent elle qui vient vers eux dans un mode "attaquant" et elle a l'habitude de recevoir une réponse, comme un effet boomerang qui vient la percuter. Cette attente de réponse qu'elle a envers sa famille, comme une recherche persécutante de "force, de coup renvoyé" vient s'inscrire ici en séance, comme une projection plutôt élaborée. Je lui ai expliqué que nous ne pouvions pas lui rendre les coups de la même façon en apparence que ce qu'elle nous envoie mais néanmoins, mon intention dans les résistances était présente. L'a-t-elle ressenti pour pouvoir ensuite m'en parler à la fin ? Lorsqu'elle évoque les situations de conflits avec ses parents que l'exercice lui rappelait, je me suis demandé quel type d'émotion pouvait être ressenti dans cette dualité.

2.2.4 La « fonction alpha » du soignant

Pour nourrir l'aspect de solidité, d'ancrage des patientes dans leur corps et dans l'espace, le système du Moi-os doit être réinvesti par le biais de la proprioception, par le mouvement, par la présence de l'autre. Lorsque j'évoque cet aspect relationnel dans la sous partie précédente, j'entends aussi que le ou la psychomotricien·ne doit s'approprier une fonction solide, contenante et fiable pour permettre un espace de symbolisation pour ces adolescentes.

Je souhaite citer l'auteur **W-R. Bion** qui a développé la notion de fonction contenante de l'objet. Il explique qu'un nourrisson va vivre dès sa naissance des expériences qui, pour lui, n'auront aucun sens. Il va avoir besoin pour cela d'avoir la présence d'un contenant pour accueillir, recevoir l'expérience de l'enfant pour la détoxiquer.

Cette fonction de contenance, accomplie par la mère, s'appelle la « fonction alpha ». Le bébé va projeter le contenu (nommé éléments bêta) qui est en lui venant de ses expériences vers le contenant, qui lui, va accueillir ces expériences émotionnelles. (**Cicccone**, 2001). Avec « sa capacité de rêverie », l'objet (mère) peut exercer le processus de mise en mot, une fonction de liaison symbolique des impressions sensorielles et des ressentis émotionnels très primitifs. C'est-à-dire que les éléments bruts expulsés (éléments bêta) vont être transformés par la mère en éléments alpha (éléments compréhensibles pour l'enfant : impressions sensorielles, mises en image, en pensées, en mot).

La fonction de contenance ici exercée sert de symbolisation, supposant alors un processus d'« *identification projective* » normale de la part de l'objet, la mère.

À partir de la fonction contenante de la mère, l'enfant va acquérir peu à peu un contenant psychique propre à lui-même et n'aura plus besoin d'elle. Ici commence le processus d'autonomisation psychique et corporelle de l'enfant. Cette capacité va s'acquérir, l'enfant va pouvoir s'ouvrir au monde qui l'entoure, vers les autres, tisser des liens (**Pasquier**, 2005).

Dans l'anorexie, le fonctionnement de la pathologie montre la « *nécessité de faire appel à l'autre comme suppléant du psychisme défaillant, qui viendra s'inquiéter pour soi et qui formalisera la Loi pour restituer un substitut d'identité.* » (**André et al.**, 2004, p. 95).

Comme suppléant de cette fonction psychique défaillante, l'un des rôles du thérapeute est de reprendre à son compte cette fonction alpha lorsqu'elle a été défaillante, et ainsi participer à la reconstitution d'une fonction alpha intériorisée.

Selon moi, la psychomotricité peut soutenir la symbolisation de la patiente.

Le rôle du soignant serait alors d'accueillir les éléments bêta du sujet comme la colère, les angoisses puis, d'intérioriser, digérer et transformer avec sa fonction alpha en éléments alpha pour les rendre au sujet. Cela veut dire que le ou la psychomotricien-ne utilise sa capacité de rêverie pour exercer une fonction de liaison symbolique des impressions sensorielles et des ressentis émotionnels.

La posture du soignant reflète une certaine contenance pour se présenter comme celui qui aide à la symbolisation. En quelque sorte, nous prêtons “notre appareil à penser” en tentant d’accueillir, de contenir, de comprendre et transformer les éléments et sensations qui arrivent “brouillons” en mettant du sens dessus, en posant des mots. Il faut pour cela transmettre notre propre vécu tonico-émotionnel des exercices vécus.

L'exemple d'Aline : « Comme en miroir ? »

Lors des séances, je réalisais les exercices à ses côtés, au même niveau qu'elle avec mes gants de boxe. Nous faisons alors face au psychomotricien, muni des pattes d'ours.

Pour donner un exemple d'exercice, celui-ci nous proposait de frapper sur les pattes d'ours le plus vite possible et jusqu'à ce qu'il retire ses pattes d'ours pour les placer face à la seconde personne. Selon le placement de ses pattes d'ours, cela nous indiquait quel type de frappe nous devions faire parmi les trois apprises. Le niveau de frappe pouvait aussi varier (partie haute ou partie médiane du corps).

Le rythme était plutôt soutenu et les pattes d'ours pouvaient passer de la patiente à moi très rapidement, créant alors une sensation désagréable de stress qui s'est véhiculée entre nous. Après l'exercice, nous avons pu toutes les deux évoquer nos sensations. Aline nous a dit qu'elle était plutôt frustrée, sans arriver à nous dire pourquoi. J'ai évoqué alors la pression que j'ai ressentie, le recrutement tonique important que j'ai dû mettre en place pour être très réactive et que lorsque ce n'était plus à moi de donner des coups de poing : je prenais le temps de me replacer, de souffler, tout en me concentrant sur mes sensations, regard fixe devant moi. Suite à mon vécu, elle a commencé à se dévaloriser, en disant être persuadée d'avoir raté cet exercice. Face à cela, nous avons tenté de mettre en mot cette réaction, en se penchant sur son vécu tonique de grande tension, de son besoin de regarder constamment mes « passages » à l'exercice. Après plusieurs séances et différents exercices, j'ai émis l'hypothèse qu'Aline avait du mal avec la place que j'occupais, qui était celle d'« à côté » d'elle car cela pouvait lui rappeler l'état d'esprit de compétition et de comparaison qu'elle vivait avec l'anorexie mentale et dans le service hospitalier. La médiation boxe en face à face à deux, était le dispositif préféré par Aline (sans qu'elle ne puisse expliquer pourquoi), c'est donc ce qui m'a fait penser à mon idée. La médiation boxe permettait de donner un face-à-face, en mettant un objet entre, et pouvait alors servir de bouclier, de support pour extérioriser toutes ces tensions. Finalement, j'ai trouvé cela pertinent de continuer le travail côte à côte, pour renouer avec les vécus primaires corporels avec l'appui du vécu de l'autre.

Finalement, cela n'a pas donné un fonctionnement en miroir entre nous deux, au contraire j'ai trouvé que cela a étayé le processus d'individuation chez Aline, processus qui s'élabore à l'adolescence. La patiente a peu à peu retrouvé une certaine authenticité de son vécu corporel, en lâchant l'intellectualisation si souvent présente en séance.

Le travail de symbolisation primaire de son vécu ainsi que la symbolisation secondaire, par la place "en miroir", lui a permis de lâcher quelque peu ses rigidités anorexiques. Nous pouvons penser qu'en donnant moins de place à ses cognitions anorexiques, Aline a pu peut-être abaisser son hyperactivité physique, qui est souvent liée à cette activité faite par les autres patientes dans le service.

L'exemple de Molly : « *Un sentiment de je ne sais pas quoi* »

Lors d'une séance, Molly pouvait réaliser une série de coups de poing en choisissant son propre rythme, la force à déployer et le type de frappe. L'objectif était de tenir le plus longtemps possible en respectant ses critères. Molly a choisi un rythme plutôt rapide, en coup de poing direct et en déployant une force d'intensité moyenne, selon moi.

J'ai tenu les pattes d'ours pour cet exercice, et ce qui m'a marqué c'est qu'au bout d'une dizaine de coups Molly a commencé à froncer légèrement les sourcils, les coups sont devenus plus forts, une certaine tension est venue me percuter derrière mes gants. J'ai ressenti une tension dans les coups qui semblaient plus agressifs, mais également émotionnellement je me suis sentie mal à l'aise. Molly a réussi à tenir relativement longtemps avec ce nouveau rythme, et lorsque l'épuisement est arrivé, elle a recherché dans mon regard si c'était le moment pour elle de s'arrêter. Pendant le temps de pause, Molly évoque un moment pendant la série de frappes où elle a senti un sentiment "de je ne sais quoi" qui l'a envahi. C'est à ce moment que j'ai pu lui évoquer mon vécu tonique et émotionnel, comme en miroir, et rajouter que j'avais senti une colère envahir l'espace. Je lui ai posé des questions sur ce qu'elle a vécu dans son corps à ce moment, sur les pensées ou les émotions éventuellement ressenties. Finalement, après un temps d'élaboration ensemble, elle a pu évoquer le souvenir d'une dispute récente entre elle et ses parents, qui l'a profondément touchée mais qu'elle a tenté de surpasser en voulant ne plus en parler. Je pense avoir été ici le support des identifications projectives de Molly, que j'ai tenté d'accueillir avec ma subjectivité, avant de lui renvoyer avec une proposition de signification (Henniaux, 2009, p.40).

Intégrer sa structure osseuse permet l'expérimentation du dur et du solide, mais différemment que ce dont elle a eu l'habitude d'expérimenter, soit le dur de l'hypercentricité.

G. Denys-Struyf (1993) dans un congrès, expliquait qu'« *un problème fréquent réside dans une sorte d'inversion des fonctions : le sujet confie sa sécurité au système musculaire hypertonique.* » (**Lesage**, 2019, p.130). La personne va devoir confier ses appuis à la charpente osseuse dont c'est le rôle physiologique.

Relâcher ses muscles peut être anxiogène quand la personne a une carapace tonique. Pour cela, nous pouvons proposer d'aller vers une conscience osseuse (**Alexander**, 1977), ce qui semble pertinent selon **B. Lesage** pour « *le besoin de reconstruire une intégrité et une sécurité corporelles* » chez les patientes anorexiques (2019, p.131). En s'attribuant cette fonction de sécurité interne en passant par le système osseux, cela peut éventuellement aider le relâchement musculaire progressif pour aller vers une modulation tonique.

Ces deux systèmes semblent alors complémentaires : l'os et le muscle abordent la dualité du dur et mou chez une personne. La solidité de l'os permet la modulation tonique : le passage par la conscience de la solidité de son corps induit une capacité de modulation tonique et peut-être émotionnelle.

3. Réflexions théorico-cliniques autour du Moi-muscle

3.1 L'hyperactivité physique dans l'anorexie mentale

Quand une personne maigrit, elle perd de la graisse et du muscle. Or, il est important de savoir que les émotions s'expriment par les muscles. En perdant du muscle, cette personne perd la capacité à percevoir et à exprimer les émotions : c'est finalement ce qui peut être recherché dans **l'anorexie mentale**. Retrouver la sensibilité et donc retrouver toutes les émotions : c'est ce que ces patientes peuvent vouloir éviter à travers un clivage corps-psyché qui leur sert de défense à ne pas abaisser.

L'hyperactivité, vu comme symptôme s'ajoutant à la privation d'alimentation, vient entretenir le cercle vicieux de perte musculaire en faisant maigrir. La fonte musculaire ne se fait pas entièrement pour autant, la mise en mouvement permet de garder de la masse musculaire. L'hyperactivité se manifeste par le mouvement ou par le maintien de posture debout par exemple, ce qui vient préserver l'hypertonie de fond de ces patientes.

Si nous retirons la possibilité à l'adolescente d'être dans l'hyperactivité, c'est une autre défense, que celle de pouvoir bouger, qui peut alors s'exprimer. Nous pouvons supposer que l'hyperactivité permet de se sentir exister à partir des muscles.

3.2 La médiation boxe et le Moi-muscle

3.2.1 Le tonus

Pour commencer, je souhaite faire un rappel de la définition du tonus, qui, selon **E. Pireyre** (2021), est ce qui résulte de l'activité musculaire permanente et involontaire. À partir du tonus, c'est le terme de **carapace tonique** (terme employé par G. Denys-Struyf par exemple) que je souhaite définir comme un état spécifique du tonus chez une personne, qui s'apparente à la présence d'une hypertonie dans tout le corps, avec peu, voire pas de modulation et donc d'accès à l'hypotonie.

L'hypertonie peut se définir comme l'augmentation de la résistance lors de l'allongement du muscle et c'est l'expression de difficultés de régulation (terme défini dans la première partie), que nous pouvons retrouver dans diverses pathologies. L'hypotonie est le pôle opposé, c'est une diminution de la résistance lors de l'allongement du muscle.

Cette carapace tonique, nous la retrouvons chez Aline et Molly par exemple. Mais quel est le rôle de celle-ci ?

Dans la clinique de l'anorexie mentale, la carapace tonique peut se comprendre comme une réaction défensive pour se protéger de l'environnement, et prendre la forme d'une hyperactivité physique. En recrutant leur tonus en permanence, une enveloppe musculaire peut se former chez ces patientes, s'associant à un sentiment d'existence.

Un sentiment d'exister de l'intérieur par les muscles (ici le Moi-muscle) mais aussi de l'extérieur par la sensation de limite corporelle. En cela, selon moi, les patientes **investissent de manière excessive et altérée un Moi-muscle** tel un agrippement à la sensation musculaire. En effet, le problème serait qu'elles accèdent difficilement à une modulation du tonus.

Nous pouvons nous demander comment se déroule la **modulation tonique**.

Le mouvement n'est pas seulement un processus extérieur au muscle, un effet de son changement de tension. Il est aussi un processus interne : le mouvement s'écoule dans le muscle par l'allongement et le raccourcissement de celui-ci.

B. Lesage explore la notion de modulation tonique : « *La modulation tonique est l'expérience de la part de soi qui reçoit la marque du monde et par laquelle nous marquons notre présence, en répondant et appuyant sur les choses.* » (2019, p.128).

Je vais m'appuyer sur l'enseignement apporté par lui-même pour mieux comprendre ce terme.

Si nous prenons comme exemple l'être humain, celui-ci doit pouvoir répondre aux pressions physiques et psychiques qu'il reçoit, et s'ajuster en permanence pour y répondre. L'être humain est donc doté d'une fonction. La fonction tonique est la capacité de modulation de la réponse qui va à la rencontre de ce qui est venu appuyer sur le système (les sollicitations extérieures comme un regard, un impact, un appui par exemple). C'est donc un jeu d'impressions et d'expressions.

D'après mes notes de cours, « *La tonicité définit une zone de malléabilité qui se manifeste selon une polarité d'impression et d'expression* ».

Les réponses sont faites d'impressions (ce sont les éléments du milieu qui viennent toucher l'être humain) et sont faites d'expressions (c'est l'être humain qui va influencer le milieu extérieur par sa réponse). Pour construire sa réponse, l'être humain doit pouvoir moduler sa tonicité selon ses besoins : c'est la **modulation tonique**⁹.

Il y a le noyau (au centre) et une zone de variation autour (une zone transitionnelle), qui détient une frange de modulation tonique, permettant de se laisser imprégner par certaines informations ou de les refuser. C'est la capacité de moduler ce qui rentre et qui sort (les flèches rouges et les bleues). C'est une zone qui permet de transiter entre dedans et dehors, à partir du jeu tonique, la personne peut jouer avec cette zone de transitionnalité et la rendre plus ou moins accessible. Il y a une fonction transitionnelle interne qui se joue par la tonicité et à l'extérieur, cela se traduit par une posture et la gestuelle. La posture est aussi une fonction transitionnelle de la régulation entre les informations qui entrent et qui sortent.

⁹ Cf. *infra*, Annexe VIII

Dans le cas d'une personne au schéma malléable, sa fonction tonique est dans un dialogue, un échange fluide avec l'environnement qui l'entoure. Mais dans le cas d'une personne qui investit excessivement cette carapace tonique : la zone transitionnelle ne peut pas s'éprouver correctement.

La tonicité est un outil de relation, un espace de rencontre et un dialogue au niveau musculaire : ici, le contact serait entravé.

L'exemple d'Aline : « Comme un bloc »

En observant Aline réalisant plusieurs séries de coups de poing, je me rends compte d'un élément : lors des moments de pause (entre les séries), Aline reste totalement crispée. Elle semble tel un bloc tonique, surtout au niveau du buste. En effet, son manque de souplesse se montre par une incapacité à dissocier les ceintures pour s'organiser dans l'espace. Lorsque le psychomotricien fait des "feintes", j'observe qu'elle a du mal à s'adapter et à se mobiliser.

D'ailleurs, Aline est en apnée, elle ne souffle pas pendant les coups de poing, bien que nous lui rappelions de le faire pour l'aider dans le mouvement.

Si le psychomotricien ajoute la consigne des esquives : Aline conserve des difficultés à déplacer son corps pour esquiver les coups.

En faisant le lien avec la modulation tonique, nous pouvons apercevoir que la présence d'impressions sur Aline (les consignes, les feintes, les esquives) provoque chez Aline une déstabilisation parce qu'elle n'arrive pas à s'adapter aux afférences reçues et donc n'arrive pas à ajuster les réponses (ses déplacements, les esquives, les coups). L'hypothèse que je peux évoquer ici c'est qu'Aline se trouve dans une carapace tonique importante qui réduit considérablement la zone de malléabilité (zone de variation), impliquant des réponses toniques peu ajustées.

B. Lesage propose ainsi des modèles de fonctionnement concernant la modulation tonique et un des modèles me rappelle Aline : celui de la **mono-tonie**¹⁰. Le schéma de la mono-tonie montre l'impossibilité des échanges entre le noyau et l'extérieur, dans les deux sens, à cause de la rigidification. La relation ne peut pas se faire, elle est neutralisée.

Dans le cas d'Aline, elle ne semble pas se laisser affecter par l'autre. Dans son rapport à l'environnement c'est ce que nous apercevons : tout ce qui vient vers elle, qui pourrait lui faire plaisir comme la nourriture, le bien-être, le repos, est rejeté.

¹⁰ Cf. *infra*, Annexe IX

La **boxe** permet d'expérimenter et de prendre conscience de son Moi-muscle mais également de permettre une régulation du tonus avec une alternance entre une hausse du recrutement tonique et son abaissement.

L'exemple de Molly : « *Vite, il faut s'adapter !* »

L'exercice que nous proposons souvent est celui-ci : la patiente doit frapper en étant la plus réactive possible, mais ce qui rend l'exercice plus compliqué, c'est que la psychomotricienne peut proposer d'abord, les trois types de frappes, en variant les niveaux de frappe (partie haute ou partie médiane). Puis, elle peut proposer des déplacements latéraux mais aussi parfois, proposer juste l'arrêt de mouvement de la patiente (comme un temps d'inhibition du mouvement).

Selon le placement des pattes d'ours (qui induisent le type de frappe à faire), la patiente doit s'adapter le plus vite possible tout en adaptant sa force, sa vitesse et en maintenant la technique.

L'exercice apporte de l'inattendu, demande de la flexibilité mentale et de l'inhibition dans la planification de mouvement. Parfois surprise, Molly est globalement déstabilisée. Elle a des difficultés pour réguler ses frappes, pour adapter son tonus, son anticipation est très présente bloquant sa flexibilité mentale et l'inhibition. Sa déstabilisation se traduit par des rires, des moments de pause qui ne semblent pas liés à la fatigue mais plutôt en lien avec un niveau de stress qui pourrait lui faire perdre ses moyens. En effet, elle qui a l'habitude de donner des coups de poing toujours au même rythme et en coup de poing direct : elle doit s'adapter à un rythme qui varie et qui n'est pas le sien. En quelque sorte, elle devient un peu passive dans l'exercice. Lorsque nous lui demandons comment a-t-elle vécu l'exercice, elle nous explique qu'elle se sent plutôt frustrée de n'avoir pas pu toujours frapper fort et vite, et que parfois elle pensait à être performante avant tout pour remplir la consigne de l'exercice. Néanmoins, par moments, l'enchaînement de frappe était pour elle trop rapide.

La grande rigidité et les fortes attentes envers elle-même ressortent particulièrement ici. Pour faire le lien avec l'hyperactivité, ces exercices peuvent être utiles pour aider à sortir de la rigidité et du perfectionnisme anxigène. Ainsi, les changements de frappes et de consignes ont pu permettre une certaine régulation du mouvement.

En effet, cela s'explique par le fait que les mouvements de Molly dépendent de l'autre alors même qu'elle pourrait avoir l'impression d'être quand même dans le mouvement incessant. Elle est finalement régulée dans la relation et dans l'adaptation de son mouvement qui n'est pas compulsif car, cela la sortant quelque peu de ses cognitions anorexiques.

Diverses propositions de modulation de frappes permettent la régulation du tonus ainsi que la régulation de l'hyperactivité physique. La médiation boxe offre la possibilité d'alterner des moments d'activités puis d'arrêt pour le repos. Réguler l'hyperactivité physique, c'est pouvoir offrir un espace de mouvement pour ces patientes, mais qui est encadré. Grâce à ce cadre et par la présence du psychomotricien qui le soutient, une certaine régulation se fait.

3.2.2 Le schéma corporel

À partir de la notion de proprioception citée précédemment, une autre notion est pour moi présente : le **schéma corporel**. Si je m'appuie sur la définition de **E. Pireyre** donnée lors de son enseignement, le schéma corporel relève d'une représentation sensorimotrice, qui est tridimensionnelle, non-consciente, automatique et sans cesse réajustée de la position globale et segmentaire du corps et de ses mouvements.

Cette représentation implique différents systèmes sensoriels, leurs coordinations et leur intégration : la proprioception, la vision périphérique et le système d'équilibration (le vestibulaire). Selon lui, le schéma corporel est la coordination entre les systèmes sensoriels et moteurs.

Dans la clinique de l'anorexie mentale, l'image du corps est davantage impactée que le schéma corporel. Néanmoins, le travail de la médiation boxe offre la possibilité d'apporter des informations sensorielles venant nourrir le schéma corporel possiblement entravé par les cognitions anorexiques, appauvries en termes d'expériences sensori-motrices.

La médiation boxe aide à percevoir la continuité de son corps. En effet, à travers les différentes frappes, la patiente est invitée à prendre conscience de la force et du poids de son geste. Cela peut être difficilement perceptible pour une patiente de ressentir les différences dans ses frappes, de localiser sur son corps les éventuels segments engagés. Molly semble très bien connaître son corps, mais l'apport de la médiation lui a permis tout de même d'approfondir ses verbalisations. Au lieu de s'arrêter seulement à un vécu comme « je sens une douleur ici, je me sens tendue », Molly a commencé à se représenter plus en détail ce corps et à localiser, préciser les sensations. Parallèlement à ses descriptions plus étoffées, Molly nous a montré qu'elle connaissait de mieux en mieux son corps, son fonctionnement et ses limites physiques. Cette écoute de soi qui s'est déployée, est à mettre en lien avec une meilleure conscience corporelle, grâce au travail du schéma corporel en séance.

La médiation boxe est très engageante physiquement. Par un travail progressif en séance, le recrutement musculaire pourra varier en intensité, en concomitance avec l'état de la patiente et sa reprise de poids. « *Non seulement l'exercice physique encadré par un professionnel n'induit pas de perte de poids, bien au contraire, mais cela restructure le schéma corporel par le modelage et la reconstruction musculaire.* » (Dodin, 2017, p.315). Ce qui est exposé ici peut s'apparenter à cette médiation qui aide, soutient une reprise de masse musculaire.

Parallèlement, si la patiente reprend du muscle, elle aura plus de facilité pour moduler celui-ci, investir un dialogue tonico-émotionnel avec le thérapeute pendant les temps de frappes et si nous partons du postulat que le tonus est très lié aux émotions : la reprise musculaire permettra la réémergence du lien avec les émotions.

3.2.3 Les émotions

Tout d'abord, je souhaite définir le terme « émotion » à partir d'un enseignement d'E. Pireyre sur l'auteur A. Damasio : « *Les émotions sont la série des changements qui se produisent dans le corps et le cerveau, et les sentiments sont la perception de ces changements.* » (Damasio, 2017)

Si la personne a des difficultés à moduler son tonus et a des représentations du corps affaiblies : l'équilibre émotionnel est alors entravé. En effet, nous savons que tonus et émotion sont tous deux liés : J. Ajuriaguerra (1974) avait évoqué l'influence réciproque de l'émotion sur le tonus (les états internes de l'organisme) lorsqu'il a établi que « *chaque affect produit une certaine variation tonique dans l'ensemble de la musculature ; la variation gagnant d'un muscle à l'autre, il en résulte, pour chaque état affectif, une certaine qualité du tonus qui le caractérise.* » (Pireyre, 2021, p.90). Pour donner un exemple : si une personne est triste, corporellement par le biais de sa posture, de sa voix, son regard, ses mimiques, sa gestuelle : son corps sera imprégné par l'émotion, car la variation tonique liée à l'émotion va impacter chaque muscle. Il y a un mouvement, une influence réciproque entre le tonus et les émotions.

Ce lien entre tonus et émotion se retrouve dans la relation à l'autre : J. Ajuriaguerra (1977) avait décrit le terme de « **dialogue tonico-émotionnel** » comme « *le reflet des états émotionnels des deux partenaires avec la possibilité d'une transmission de l'un à l'autre, en particulier chez le bébé, et dès le plus jeune âge.* (Bachollet & Marcelli, 2010, p.14) ».

Dans un dialogue entre deux partenaires, les deux sont sensibles aux variations toniques lors du toucher, aux différents rythmes, à la prosodie, au regard et encore bien d'autres paramètres sont à prendre en compte lors d'un contact entre eux. Une émotion comporte une double composante : physiologique avec les variations rythme cardiaque, respiration, et une composante motrice avec la tonicité de la personne et la gestuelle. S'il y a une cohérence dans les signaux pour une personne : une signification s'en dégage et informe l'autre personne mais des signaux contradictoires, où le sens est brouillé : la relation entre les deux êtres est perturbée (**Bachollet & Marcelli**, 2010).

D'après **M. Henniaux** (2009), les patientes sont sur un mode quantitatif dans leurs émotions ainsi que dans leurs troubles alimentaires. Ce fonctionnement quantitatif d'excès est soit de restriction pour les anorexiques (dans leurs émotions neutralisées et dans leurs apports alimentaires) soit dans les apports à outrance pour les boulimiques (du côté de la nourriture avec des crises et des débordements émotionnels).

Pour réguler ce fonctionnement d'excès, la médiation boxe comme médiation corporelle vient servir de support aux émotions. En apportant des expériences corporelles, en les associant à des émotions, à des souvenirs et en tentant de l'exprimer par le mouvement, les patientes ont la possibilité de recréer un lien avec elle-même. C'est ce dont j'ai compris de la citation suivante de **M. Henniaux** (2009) :

« En ressentant leur vécu corporel émotionnel elles sont de nouveau en relation avec elles-mêmes et peuvent ainsi comprendre les sentiments qui les animent de honte, tristesse, détresse, haine, envies de vengeance... ou d'un plaisir qui les aurait trop troublées » (2009, p.39).

Comme exercice en séance, nous pouvons proposer de partir d'une situation personnelle qui a apporté une émotion particulière. La patiente visualise une situation et doit frapper avec les gants de boxe. Après ce moment de frappe, nous demandons à la patiente de décrire ce qu'elle a ressenti, avec le plus de détails possibles, en lui posant des questions comme : "dans quelle posture étiez-vous ? Des tensions se faisaient-elles ressentir ?". À partir de l'évocation de ce souvenir, de l'expérience proposée dans l'instant présent : un travail d'intégration corporelle des sensations peut se profiler selon moi.

L'exemple de Molly : « *La séance en musique... et en émotion* »

Sur plusieurs séances, il a été proposé à Molly d'expérimenter la médiation boxe et les émotions. Molly a été amusée par l'idée, selon elle, seulement la colère pouvait s'exprimer par les frappes, elle ne savait pas vraiment comment elle allait pouvoir faire. Pour l'aider, une playlist de plusieurs extraits de musique a été diffusée. Des musiques variées en instruments, en rythmes qui pouvaient faire ressentir plusieurs émotions et donc, ramener à des souvenirs, des pensées différentes.

Lors de la première séance, Molly réagissait aux extraits musicaux de façon spontanée comme si elle était intéressée uniquement par la musique (et le fait de chanter). Lors de la seconde séance, le comportement de Molly semblait différent. Elle semblait plus concentrée sur elle, accédant à des sensations beaucoup plus profondes que la première fois. Par exemple, le sentiment de tristesse a pu être vécu corporellement dans ses frappes, par ses mimiques, par l'orientation de son regard (vers le bas). Elle a pu décrire un sentiment de "lourdeur" peser sur ses épaules, lui rappelant alors un événement récent. Nous avons mis en lumière les changements psychocorporels liés à cette émotion, par des mots après l'expérience et en veillant à ce que Molly ne reste pas "bloquée dans l'émotion" par la suite.

Une phrase m'interpelle : « *l'émotion ressentie prépare à l'action* » (**Bachollet & Marcelli**, 2010, p.15).

Dans le cas de l'anorexie mentale, la perception des émotions, la mise en sens, l'évocation de celles-ci peut être brouillée (c'est l'alexithymie).

Dès la première étape, la personne peut rencontrer des difficultés pour identifier une émotion, la reconnaître, la nommer. En effet, si la régulation tonique est restreinte sur un support musculaire appauvri à cause de la perte de poids et de muscle, la vie émotionnelle et relationnelle se retrouve possiblement entravée.

Pour s'exprimer et transmettre à l'autre : des difficultés peuvent se faire ressentir et prendre la forme de décharges motrices par exemple.

Avec la présence de l'hyperactivité physique, celle-ci peut être la forme d'expression prise par la patiente face à des émotions et des sensations restées à l'état brut, non mises en sens. Et dans le cas où la patiente s'y trouve confrontée : celles-ci sont trop « bruyantes », trop fortes à supporter.

Ainsi, l'hyperactivité physique peut être vue comme l'expression d'un dérèglement suite à la fonte musculaire, la perte de poids et la présence d'émotions et de sensations non élaborées.

En reprenant la citation évoquée plus haut, si l'émotion qui est ressentie prépare l'action, mais que l'émotion est mal perçue ou ne peut pas s'élaborer : l'action qui en découle peut poser problème. Par exemple, comme l'hyperactivité physique qui pose problème sur le plan somatique (par les blessures par exemple) et psychiquement (par l'enclavement dans un cercle vicieux de pensées anorexiques).

Avec la médiation boxe, nous venons recontacter les muscles, progressivement, pour faire émerger des **sensations** qui vont se **transformer en perceptions** et faire **émerger des émotions** qui vont se **transformer en sentiments**. Aussi, si nous travaillons la régulation du tonus en accédant à des moments d'apaisement, des moments avec moins de mouvement : la baisse des tensions peut permettre l'accès aux sensations et aux émotions.

Avec l'anorexie mentale et le symptôme de l'hyperactivité, si nous partons de l'hypothèse que l'hyperactivité est une réponse face à un sentiment d'angoisse par exemple, ou alors d'un flot d'émotions non compréhensibles pour la patiente : il est possible de partir du travail d'intégration des sensations, puis de mise en sens des émotions. Ce travail peut s'élaborer par le biais du dialogue tonico émotionnel, avec la médiation.

3.2.4 Les sensations

Il n'est pas uniquement question de vouloir ne plus ressentir, il y a aussi le fait qu'elles ont des difficultés à percevoir leurs sensations, à se concentrer dessus, à les discriminer et à les élaborer.

À travers cette médiation boxe, nous souhaitons proposer aux patientes des flux de sensations à vivre pour permettre une conscience du corps plus en relation, mais aussi permettre une élaboration psychique.

Le milieu et ses variations font que l'être humain doit adapter ses réponses à ceux-ci. Il est donc confronté en permanence à des sensations qui sont des informations du monde qui l'entoure. La perception, elle, peut se définir comme l'interprétation des informations perçues. « *La perception n'est pas le résultat direct de l'activité afférente mais l'activation de représentations d'un stimulus permettant son identification, sa localisation et son interprétation...* » (André et al., 2004, p.39)

Les perceptions font émerger d'autres représentations antérieures, faisant lien entre l'afférence sensorielle vécue dans l'instant et les représentations mémorisées (André et al. 2004. p. 39).

Dans la pratique de l'hyperactivité physique, nous retrouvons des jeunes qui sont motivés par la performance physique et le résultat sur la morphologie, tout en étant déconnectés du vécu corporel présent. « *L'hyperactivité permet aux patientes de se focaliser sur certaines sensations pendant que d'autres sont exclues, empêchant ainsi aux émotions d'exister.* » (Desmazières, 2021, p.14)

Cette pratique permet d'échapper à ce flot de sensations corporelles, des pensées qui désorganisent et des émotions trop fortes. Par exemple, Molly en séance de relaxation avait pu nous dire que couchée sur le fatboy (coussin géant), elle ressent ses cuisses qui s'aplatissent au point de s'éparpiller, comme si elles coulaient et débordaient sur le fat boy. Cette impression a pris toute la place dans la séance, elle nous a confié qu'elle n'a finalement pas pu penser à autre chose.

Pour intégrer des sensations, nous allons permettre à la patiente de porter son attention sur les changements, les variations des expériences sensori-motrices.

L'exemple d'Aline lors de la dernière séance : « Est-ce différent ? »

Nous proposons à Aline de repérer ce qui est pareil et différent, c'est-à-dire de catégoriser en termes de sensoriel, de cognitif et d'affectif, remettre la sensorialité dans un tout, dans son corps et non en dehors du corps.

Avec Aline, le fonctionnement est toujours le même : je suis à ses côtés, munie de mes gants de boxe et le psychomotricien tient les pattes d'ours. Pour cette séance, je montre l'exemple des consignes dictées en frappant le plus vite et fort possible en coup direct et elle doit analyser le moment où je commence à baisser mon rythme, grimacer, manquer de précision, etc. C'est-à-dire : analyser quand je commence à me fatiguer ! Pour l'étayer dans l'exercice d'écoute de soi, le psychomotricien va lui faire remarquer quand elle commence à fatiguer. Même si nous notons qu'elle semble désormais plus en lien avec ses sensations corporelles (en comparant au début du suivi en octobre où elle ne souhaitait pas s'arrêter, affirmant ne pas être fatiguée), Aline conserve encore des difficultés à s'arrêter. L'amélioration se fait concernant les cognitions anorexiques : elle nous dit ne plus penser à la dépense énergétique associée à la pratique, à la séance.

Peu à peu, la patiente peut intégrer les sensations, les tensions ressenties par le mouvement engagé (donc l'investissement du Moi-muscle) grâce à la médiation boxe.

Après avoir expliqué le rôle de ce Moi-muscle, nous pouvons nous poser la question de comment cela peut-il se passer lorsque le Moi-muscle se trouve défaillant. D'après **V. Dodin** « *dans les formes graves d'anorexie et de boulimie, où le moi-muscle serait lui-même défaillant, celui-ci pourrait être substitué par le « moi-viscère » autour du tube digestif, comme en témoignent certains troubles alimentaires particulièrement sévères où s'associe au mérycisme.* » (2017, p.342). Si le sujet ne peut pas investir un Moi-muscle de façon adéquate et que c'est un Moi-viscère qui est investi autour de ce tube digestif, lieu de tous les maux des patientes : comment la médiation boxe peut-elle intervenir ?

4. Réflexions théorico-cliniques autour du Moi-organe

4.1 L'hyperactivité physique dans l'anorexie mentale

Quand nous observons les relations compliquées des anorexiques avec l'alimentation, cela nous renvoie directement à ce système digestif, à ce système du corps qui permet l'absorption et l'évacuation des aliments.

L'hypothèse évoquée est qu'il existe chez les patientes anorexiques un besoin de contrôler leur environnement. Cette recherche de contrôle se retrouve sur leur corps, leur famille, leur alimentation. Cela peut s'expliquer par un manque de structuration interne suffisamment solide, induisant un manque d'intériorisation d'une sécurité interne et le ressenti d'un sentiment d'angoisse.

Le défaut de sentiment de sécurité interne imposerait au sujet le phénomène d'agrippement que j'explique plus bas. Pour l'adolescente anorexique, elle peut s'agripper à ses pensées, ses muscles et ses viscères. Quand il y a de l'angoisse, elle peut contracter les viscères : gorge, thorax, estomac, abdominal, comme si tout le tube digestif se contractait. Lors d'un enseignement de psychiatrie, vue en troisième année, une hypothèse sur le Moi-viscère (**C. Exposito**) m'a beaucoup intéressé : à défaut de pouvoir s'agripper à une sensation de l'axe vertébral qui ne serait pas assez intégré, les patientes vont s'agripper à une autre sensation : la contraction du tube digestif. La contraction du tube digestif, venant prendre toute la place dans les sensations, est tellement forte qu'elles ne peuvent plus manger.

Cet agrippement au tube digestif se ferait alors à défaut de l'investissement d'un axe vertébral. Un travail sur le Moi-organe à partir d'une prise de conscience d'un axe corporel solide, ouvre une piste de travail.

Il faut également soutenir le Moi-organe par l'investissement des deux autres systèmes, pour avoir un vécu corporel et psychique d'un Moi solide, contenant et contenu.

4.2 La médiation boxe et le Moi-organe

4.2.1 L'axe corporel

Je souhaite brièvement rappeler la définition de l'axe¹¹. D'abord sur le plan anatomique, l'axe est constitué des parties osseuses (tronc, du cou et de la tête), des muscles et fascias associés. L'axe peut se percevoir comme une ligne qui relie la tête au bassin.

L'intégration de l'axe est un processus physique et psychique soutenant le processus de subjectivité de la personne. D'après notre enseignement, l'axe représente une posture psychique de soutien de notre vécu émotionnel.

L'exemple d'Aline : « *Je veux me tenir plus droite !* »

Dès le début de la prise en charge, la posture d'Aline et la tenue de son axe me questionnent. Il est important de noter la présence d'une scoliose (prise en charge en ostéopathie très régulièrement depuis son hospitalisation) venant appuyer une posture voûtée vers l'avant en position de repos, dans une posture qui semble très "écrasée".

Néanmoins, par moments, Aline va se redresser, tenir son axe de manière rigide, comme si elle avait conscientisé son manque de verticalité. Mais lors de son redressement, au-delà de juste se verticaliser, elle semble s'accrocher à une hausse de tonus, comme pour se tenir sinon elle s'effondrerait. Par ailleurs, en lui posant différentes questions sur sa posture au quotidien, je comprends qu'elle ne remarque pas ces moments précis où elle se redresse. Également, en écrivant ses lignes, je me dis que j'aurais souhaité observer sa respiration. Il est possible que d'une certaine manière, pendant ces moments de redressement excessif et très rigide, Aline se redresse avec un tonus pneumatique.

Lorsqu'elle se met en mouvement, la dynamique semble l'aider à s'harmoniser. Mais lorsqu'elle est assise, ou même debout sans rien faire : son axe semble être dans une alternance de tonicité marquée.

La tenue de l'axe corporel d'Aline me fait alors penser à un tonus axial peu régulé, fonctionnant dans un « tout ou rien » ou un « effondrement ou agrippement ». Comme si le fait de ne pas pouvoir tenir un axe solide et fiable, la forçait à s'agripper à un autre système. Cet autre système, je suppose, pourrait être les viscères.

¹¹ Cf. supra, 3. La médiation boxe en psychomotricité p.18

Un travail sur la posture et le redressement du dos est proposé à Aline. Avant de commencer la médiation boxe, nous lui proposons des étirements du dos pour stabiliser son axe pour qu'elle ait une conscience de sa posture. Les étirements se font avec un grand bâton que nous plaçons dans notre dos et que nous tenons de part et d'autre de celui-ci : d'une main par le haut et l'autre main par le bas. Après avoir pris conscience des sensations venant d'une posture droite : nous pouvons travailler l'axe à partir de la médiation boxe. Pendant une série de plusieurs frappes, Aline doit prendre conscience de sa posture et alterner celle-ci entre une posture droite et une posture de garde (courbée) avant de donner un coup de poing. Prendre le temps de se représenter son corps, son dos n'est pas simple. Aline reste plutôt rigide et la perception des deux postures est peu discernée. Réalisant la proposition à ses côtés, Aline peut prendre exemple sur l'appui visuel que je représente à ce moment-là.

Je me permets d'ajouter une consigne que j'aurais souhaité proposer à Aline dans la prise en charge. Pour donner une dimension plus ludique, apporter du jeu dans cet exercice de redressement : j'aurais pu proposer à Aline d'intégrer des postures imagées. Par exemple, après deux frappes (à droite puis à gauche), Aline aurait pu prendre quelques instants pour imiter la posture d'une personne sûre d'elle, puis refaire deux frappes et proposer sa représentation de la posture d'une personne qui est triste et ainsi de suite. Des postures en lien avec des émotions peuvent être proposées, mais aussi des caricatures de personnages de dessin animés par exemple. Je pense qu'ici la proposition aurait pu se co-construire avec la patiente, selon l'intérêt qu'elle aurait pu porter à la proposition. Faire varier des postures entre des frappes permet selon moi de prendre conscience différemment de sa propre posture, mais aussi des autres existantes. Reconnaître les éléments qui diffèrent est important ici : comment placer son regard, son bassin, prendre conscience de son dos, etc.

Si nous revenons à la description des viscères, nous pouvons dire qu'étant à l'intérieur de soi : ils représentent ce qui est caché, ce qui est mou, mystérieux, mais essentiel à la vie et au bon fonctionnement. **B. Lesage** lie le Moi-organe aux affects en expliquant : « *Il y a là support d'une expérience de soi, vivant et rythmique, expérience chargée d'affects de plaisir / déplaisir : plaisir de remplir les poumons, l'estomac, de vider la vessie, l'intestin, déplaisir de la faim, de l'apnée expiratoire, de la constipation...* » (2004, p. 22). Nos viscères sont un lieu d'inscription de nos émotions et en allant plus loin, ce serait le lieu de l'inscription de toute notre histoire. Nos viscères parlent de notre état de santé, certaines émotions viennent nous « remuer l'estomac » et justement, dans les TCA : cela semble être le centre de la problématique.

L'exemple de Molly :

Molly fait de nombreux épisodes d'hyperphagie/ boulimie par semaine. En séance, c'est la première chose qu'elle nous dit. Elle les compte, elle nous les raconte globalement avec le sourire aux lèvres. Pourtant, elle nous dit que ces épisodes sont perçus comme un échec pour elle, car elle ressent ce sentiment de perte de contrôle et la culpabilité après l'acte, ce qui lui fait se scarifier. Dans sa description de ces moments, Molly décrit ce phénomène intentionnel comme le fait de se remplir puis de se vider ensuite. Ce qui ressort du discours de Molly, c'est que son Moi-viscère est souvent sollicité, même beaucoup : il est sollicité de façon incontrôlée lors de l'hyperphagie mais il est tout de suite de nouveau sollicité cette fois-ci avec un très grand contrôle par les vomissements. Est-ce que l'acte de la crise permet de donner satisfaction à Molly ? La stimulation de ce tube digestif lui permet-elle de se sentir contenue, exister ? Un second élément important nous est rapporté : Molly fait également de l'hyperactivité physique régulièrement. Mais ces épisodes d'hyperactivité n'arrivent pas à n'importe quel moment : si elle ne fait pas de crise d'hyperphagie/boulimie en cas d'angoisse ou de mal-être, il est plus probable que l'hyperactivité physique soit un besoin immédiat. Mais ce ne sont pas ses crises alimentaires avec les scarifications qui précèdent ou suivent l'hyperactivité physique. Cela semble soit l'un soit l'autre. Dans les deux cas, qu'est-ce qui se joue, qu'est-ce qui est recherché pour Molly ?

J'ai évoqué précédemment l'agrippement aux viscères lorsque le Moi-muscle n'était pas efficient pour ces patientes. L'hyperactivité physique peut se comprendre comme l'agrippement à une sensation musculaire, à cause d'un sentiment d'insécurité interne.

4.2.2 Le sentiment d'insécurité interne

Esther Bick s'est intéressée au développement du bébé, à la fonction psychique de la peau. Pour **E. Bick (1987)**, l'enfant doit faire « *l'expérience d'un objet contenant, auquel le bébé puisse s'identifier afin de se sentir suffisamment contenu dans sa propre peau.* » (**Ciccione, 2001**). Le bébé doit avoir expérimenté un sentiment d'être par des expériences de rassemblement à l'intérieur d'une peau. Cela passe alors par les interactions sensorielles de la mère et de l'enfant (le portage, la parole...). Si cela fait défaut, le bébé aura besoin de s'agripper à des sensations pour, provisoirement, se sentir rassemblé (**Ciccione, 2001**).

P. Delion ajoute que dans un milieu insécure (un milieu ne s'adaptant pas, une inadéquation des réponses aux besoins de l'enfant), le bébé « *devra être hypervigilant afin de capter les informations nécessaires pour prévoir le minimum vital dans ce milieu insécure.* » (**Delion**, 2009, Emplacement 1530/2505)

Dans ce cas où le bébé ne serait pas dans un milieu dit sécure, nous pouvons supposer que le bébé peut être dans un agrippement à la présence de l'objet parental, ce qui peut poser un problème dans la dialectique séparation/individuation de l'enfant et aussi, son accès à la symbolisation. (**Delion**, 2008, Emplacement 1508-1552)

Face à ces difficultés, « *le bébé peut mettre en place des défenses, parmi lesquelles l'agitation, puis l'hyperactivité, qui ont éventuellement une valeur d'enveloppe motrice subjective.* » (2008, Emplacement 434/2505). Il va alors se former une carapace tonique (qui s'exprime par une hypertonicité et hypervigilance de l'enfant), qui lui servira d'enveloppe.

4.2.3 La « seconde peau musculaire »

Esther Bick, psychanalyste, a centré ses recherches sur l'observation des nourrissons et en a créé une méthode d'étude du développement du nourrisson. Elle va proposer la notion de « **seconde peau musculaire** » qui serait la réaction corporelle de l'enfant lorsque celui-ci ne détient pas une fonction contenante « suffisamment bonne » dans son environnement. (**Delion**, 2007, p.23)

À défaut d'un bon développement d'une fonction contenante : l'enfant va devoir s'agripper à la sensorialité. Pour **E. Bick**, l'enfant adopte des mécanismes dits défensifs qui sont comme des secondes peaux. Elle parle alors de l'agrippement musculaire, qui est la « seconde peau musculaire » qui va se créer par le bébé lorsque le holding (attitudes et comportements de maternage lors des premiers échanges mère-enfant) sera vécu comme défaillant, et sera alors comme une fonction contenante pour lui. « *L'expression motrice devient alors tout naturellement le moyen par lequel la fonction défensive peut s'extérioriser.* » (**Delion**, 2008, Emplacement 434/2505)

Nous pouvons faire un parallèle entre la notion de « seconde peau musculaire » et la production d'une carapace tonique chez ces patientes anorexiques dont la sécurité interne semble affaiblie. Une carapace tonique s'exprime par le mouvement mais également au repos par des contractions musculaires, ceci rejoignant alors le terme d'hyperactivité physique.

« *Bouger, c'est s'approprier l'espace, se sentir agir avec son corps ; les anorexiques bougent le plus possible non pas seulement pour perdre des calories, mais aussi pour ne pas être confrontée à la détresse intérieure qui les menace quand elles sont seules et inactives.* » (Henniaux, 2009, p.37)

L'hyperactivité physique peut alors se comprendre comme un agrippement à la musculature, montrant le besoin de se créer une seconde peau psychique car l'introjection de la fonction contenante, d'un objet contenant a été défaillant.

C. Conclusion

Cette « **seconde peau musculaire** » évoquée par E. Bick serait selon moi traitée tout d'abord par la possibilité de soutenir le développement d'un sentiment de fonction contenante, qui induirait le sentiment de sécurité interne.

Pour avoir la possibilité de réinvestir un sentiment de sécurité interne, une fonction contenante opérante et une conscience de soi efficiente : il faut selon moi pouvoir **investir des appuis solides en soi**, vécus par le **Moi-os** que nous avons détaillé plus haut. Il faut également travailler l'investissement d'un **Moi-muscle** efficient pour permettre la **régulation des tensions, du tonus** et avoir par conséquent, un meilleur accès aux **émotions et à l'intégration des sensations**. De plus, il faut pouvoir travailler le système du **Moi-organe** pour soutenir l'**axe corporel** par un travail sur la posture, découlant d'un travail sur les systèmes **Moi-muscle** et **Moi-os**.

Conclusion

Tout au long de ce mémoire, j'ai tenté de montrer comment le travail des systèmes corporels par la médiation boxe pouvait offrir la possibilité de relancer une dynamique psychocorporelle chez des adolescentes avec anorexie mentale, présentant un symptôme d'hyperactivité physique.

Les systèmes corporels évoqués dans mon exposé, sont à intégrer, à expérimenter pour se sentir solide avec un sentiment de sécurité interne. Ceci étant fondamental pour investir tout d'abord son corps : ses possibilités, ses limites, ses sensations, mais aussi pour s'ouvrir vers l'autre et vers le monde extérieur.

Ce que j'ai tenté de montrer ici, c'est que la médiation boxe pourrait aider à sensibiliser les adolescent·e·s à l'écoute de leurs sensations corporelles. Il sera possible pour ils et elles de prendre conscience de leurs nouveaux appuis solides, de leur posture, de leur tonicité, afin d'appréhender un nouveau rapport à soi mais aussi à l'environnement : leurs relations, leur rapport à l'espace, etc.

En partant du corps et des systèmes corporels, la médiation offre la possibilité d'investir un corps solide et sensible par le **Moi-os**. Aussi, le **Moi-muscle** travaillé dans l'objectif de la régulation du tonus, peut permettre une meilleure conscience corporelle. Et pour finir, le **Moi-organe** peut nourrir un sentiment de sécurité interne qui serait défaillant. Les trois systèmes corporels sont, selon moi, à s'approprier les trois ensembles dans la prise en charge psychocorporelle.

N'étant pas les trois seuls systèmes évoqués par B. Lesage, il pourrait être judicieux de commencer une prise en charge avec des adolescent·e·s anorexiques avec, tout d'abord, les systèmes osseux, musculaires et articulaires. Puis, d'engager plus tard un travail sur le système de la peau. Le système cutané est le système qui donne la fonction d'enveloppe et de frontière entre l'intérieur et l'extérieur selon **B. Lesage**. Le toucher peut ne pas être accepté en début de prise en charge pour plusieurs raisons, d'autant plus quand il y a la présence d'une dysmorphophobie très envahissante. Après avoir aidé à nourrir l'aspect structurel du corps, mais aussi son aspect de force, l'aspect de la forme et de contenance pourront être évoqués.

En m'appuyant sur une citation de **M. Ravel Sarrola**, je pense qu'avec la médiation boxe, « *Le corps ainsi revisité est mieux situé, mieux identifié et peut être senti, perçu, représenté et vécu comme une globalité.* » (2002, p.207). Grâce à cette médiation, j'avais l'opportunité d'aborder plusieurs items psychomoteurs.

Néanmoins, je m'interroge sur les éventuelles limites de cette médiation : n'existe-t-il pas un risque de chroniciser l'hyperactivité physique chez ses patientes anorexiques, avec une médiation aussi engageante en termes de mouvements ?

En effet, la médiation sportive a un aspect attrayant, faisant ressortir l'envie de découverte de la médiation mais aussi de ses possibilités, chez ces adolescent·e·s.

Avec une médiation sportive, la volonté de maîtriser l'activité et l'aspect de performance peut être une autre source de motivation (**André et al.**, 2004. p. 214). Ce sont des éléments qu'il me semble important de repérer dans le discours et dans l'investissement corporel de la patiente en face de nous. Il est alors essentiel de réinterroger ce choix de médiation régulièrement. En effet, l'axe thérapeutique qui incorpore le choix de la médiation ne doit pas tomber dans une dérive qui serait celle d'accentuer les symptômes. Dans le cas de la médiation boxe, il ne faudrait pas que la patiente soit dans la volonté de perdre des calories et donc d'alimenter l'hyperactivité physique. La notion de performance est par ailleurs très présente chez ces adolescentes anorexiques qui souvent, en début d'hospitalisation, se comparent sans cesse entre elles. Elles sont souvent dans le désir de toujours mieux faire, de se surpasser sans s'écouter.

L'approche psychocorporelle, utilisée dans mon écrit, offre une première vision possible des bienfaits de la médiation boxe auprès de ce public. Cette première piste de réponse que j'ai évoquée ici, peut être encore complétée.

De ce fait, j'aurais souhaité développer plus en détail le lien entre la "seconde peau musculaire" et l'utilisation excessive de la tonicité et l'hyperactivité physique dans l'anorexie mentale.

Bibliographie

Livres

- Amad, A., Camus, V., Geoffroy P A., Thomas, P., Cottencin, O. (2016). *Référentiel de psychiatrie et addictologie : Psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie* (2^{ème} édition). Edition Presses Universitaires François Rabelais.
http://www.asso-aesp.fr/wp-content/uploads/2014/11/Referentiel_2eme.pdf
- André, P., Benavides, T., & Giromini, F. (2004). *Corps et psychiatrie* (2^{ème} édition). Heures De France
- Paumel, C. (2017). Chapitre 5. Dans Boutinaud, J., *Thérapies psychomotrices : 10 cas cliniques commentés*. Edition in press
- Brugnot, T. (2020). *Au fil des reprises- Une histoire de la boxe anglaise dans le Lyonnais, du XIXe siècle à nos jours*. Les passionnés des bouquins.
- Corcos, M., Lamas, C., Pham-Scottet, A., Doyen, C. (2008). *L'anorexie mentale : Déni et réalités*. Doin.
- Croq, M-A., Guelfi, J-D. (2015). American Psychiatric Association, *Mini DSM-5 critères diagnostiques*. (pp.154-155). Ed Elsevier Masson
- Folan, M. (2016). *Boxe thaïlandaise Muay thai- L'essentiel pour bien commencer sa pratique*. Budo Editions.
- Gaucher-Hamoudi, O., Carrot, G., & Faury, T. (2011). *Anorexie, boulimie & psychomotricité*. Heures de France.
- Hall, E T. (1971). *La dimension cachée*. Ed. Du Seuil.
- Huon, J. (2016). *Savate boxe française- Entraînement nouvelle génération*. Budo Editions.

- Jeammet, P. (1985). *L'anorexie mentale*. Doin.
- Le Petit Robert. (2020). Médiation. Dans *Le Petit Robert de la langue française*.
- Lesage, B. (2019). *Jalons pour une pratique psychocorporelle*. Érès.
- Lesage, B. (2021). *Un corps à construire : Tonus, posture, spatialité, temporalité*. Érès.
- Pireyre, É. (2021). Chapitre 6. Le tonus. Dans : É. Pireyre, *Clinique de l'image du corps : Du vécu au concept* (pp. 83-96). Paris. Dunod.
- Potel, C. (2015). *Corps brûlant, corps adolescent des médiations corporelles pour les adolescents (L'ailleurs du corps)*. Érès.
- Ravel Sarrola, M. (2002). À la recherche du corps perdu : ou l'abord corporel de l'anorexie mentale. Dans : T. Vincent, *La jeune fille et la mort* (pp. 187-212). Érès.
- Scialom, P. & Exposito, C. (2015). Troubles du comportement alimentaire : anorexie et boulimie. Dans J-M. Albaret & F. Giromini & P. Scialom (dirs.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité - Tome 3 : Clinique et thérapeutique* (pp. 183-200). De Boeck Supérieur.

Mémoires

- Dezes, J. (2014). *Tempérer les passages à l'acte en passant par l'acte- Utilisation de la boxe thaïlandaise comme médiation en psychomotricité auprès d'adolescents agressifs*. [Mémoire, Université de Bordeaux]. Dumas. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01017951/document>
- Houles, E. (2017). *Quand le mouvement parle de soi-Parcours de trois enfants au sein d'un groupe de psychomotricité*. [Mémoire, Sorbonne Université]. Dumas. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01615544/document>
- Missotte, C. (1984). *Boxe française et psychomotricité : intérêts pour l'adolescent instable et son agressivité*. [Mémoire, Sorbonne Université]. Version papier
- Desmazière, L. (2021). *Anorexie mentale et médiation clown : invitation à l'expressivité et à un réinvestissement corporel*. [Mémoire, Université de Bordeaux]. Dumas. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03282763>
- Pasquier, M. (2005). *La consolidation des enveloppes corporelle et psychique en thérapie psychomotrice, Approche singulière d'une enfant et d'une adolescente psychotique*. [Mémoire, Institut Supérieur de Rééducation Psychomotrice]. Extranet. <http://extranet.isrp.fr/memoires/pdf/La-consolidation-des-enveloppes-corporelle-et-psychique-en-therapie-psychomotrice.pdf>

Articles

- Bachollet, M. & Marcelli, D. (2010). Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements. *Enfances & Psy*, 49, 14-19. <https://doi.org/10.3917/ep.049.0014>
- Ciccone, A. (2001). Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques. *Cahiers de psychologie clinique*, 17, 81-102. <https://doi.org/10.3917/cpc.017.0081>
- Corcos, M. (2006). *L'anorexie mentale*. *Le Journal des psychologues*, 234, 58-62. <https://doi.org/10.3917/jdp.234.0058>
- Costantino, C. (2011). Introduction. *Cliniques*, 1, 10-16. <https://doi.org/10.3917/clini.001.0010>
- Haute Autorité de Santé. (2010, juin). *Anorexie mentale : prise en charge*. Consulté le : 10/01/22 sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-09/reco_anorexie_mentale.pdf
- Haute Autorité de Santé (2015, novembre). *Boulimie et hyperphagie boulimique- Repérage et éléments généraux de prise en charge*. Consulté le 06/03/22 sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-12/rbp_cadrage_boulimie_mel.pdf
- Henniaux, M. (2009). *Le fonctionnement du corps dans les troubles des conduites alimentaires*. *L'information psychiatrique*, 85, 35-41. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8501.0035>
- Lesage, B. (2004). « Itinéraire pour un dialogue corporel structurant : quel corps, quel engagement, pour quelles structures de travail et avec quels outils ? », *Thérapie psychomotrice et recherches*, Hors-série.

Sitographie

- Association Autrement, pour un autre regard sur son poids. (2008). *Hyperactivité physique en cas d'anorexie mentale et de boulimie*. Consulté le 01 mars 2022, sur <https://www.anorexie-et-boulimie.fr/articles-74-hyperactivite-physique-en-cas-d-anorexie-mentale-et-de-boulimie.htm>
- Bratland-Sanda, S., Mathisen, T.F., Sundgot-Borgen, J. et al. (2019). Defining compulsive exercise in eating disorders: acknowledging the exercise paradox and exercise obsessions [Définir l'exercice compulsif dans les troubles de l'alimentation : reconnaître le paradoxe de l'exercice et les obsessions de l'exercice]. *Journal of Eating Disorders* 7, (8) <https://doi.org/10.1186/s40337-019-0238-2>
- Dittmer, N., Jacobi, C. et Voderholzer, U. (2018). Compulsive exercise in eating disorders: proposal for a definition and a clinical assessment [Exercice compulsif dans les troubles du comportement alimentaire : proposition de définition et d'évaluation clinique]. *Journal of Eating Disorders*, 6,(1). <https://doi.org/10.1186/s40337-018-0219-x>
- Fortier, M. & Dion, J. (2019). Excessif, addictif, compulsif, hyperactif : relations entre exercice et trouble des conduites alimentaires à l'adolescence. *Revue québécoise de psychologie*, volume 40 (1), pp. 43–62. <https://doi.org/10.7202/1064921ar>
<https://www.erudit.org/fr/revues/rqpsy/2019-v40-n1-rqpsy04897/1064921ar.pdf>
- Homant, Y. (2021, 27 juillet). *Jeux antiques Lutte, pugilat et pancrace*. Herodote.net le média de l'histoire.[https://www.herodote.net/Lutte pugilat et pancrace-synthese-321.php](https://www.herodote.net/Lutte_pugilat_et_pancrace-synthese-321.php)
Consulté le 10/03/2022
- Organisation Mondiale de la Santé. (2010). [Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44436/9789242599978_fre.pdf). Consulté le 20 mars 2022 sur https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44436/9789242599978_fre.pdf
- Pecoul, D. (2021, 7 janvier). *Les troubles des conduites alimentaires dans le DSM V*. Institut Français d'EMDR. Consulté le 3 mars 2023 sur <https://www.ifemdr.fr/les-troubles-des-conduites-alimentaires-dans-le-dsm-v/>

Liste des abréviations

TCA : Troubles des Conduites Alimentaires

DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition,
En français : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

HAS : Haute Autorité de Santé

IMC : Indice de Masse Corporelle

APA : Activités Physiques Adaptées

Table des matières

<i>Avant-propos</i>	5
<i>Introduction</i>	6
<i>Partie 1 : La théorie</i>	8
I. Théorie sur la médiation et la boxe	8
A. Théorie sur la boxe	8
1. Les origines de la boxe	8
2. Le matériel utilisé	9
3. La technique utilisée.....	9
B. La théorie sur la médiation	11
1. La définition de la médiation.....	11
2. Une médiation corporelle	13
C. La médiation boxe	14
1. Les objectifs thérapeutiques	14
2. Le déroulement des séances	15
3. La médiation boxe en psychomotricité	16
II. Les Troubles des Conduites Alimentaires	20
A. Les Troubles des Conduites Alimentaires : les généralités	20
1. La définition des troubles des conduites alimentaires.....	20
2. La définition selon le DSM-5	21
3. Les origines des TCA	21
B. L'anorexie mentale : les généralités	22
1. La définition de l'anorexie mentale.....	22
2. Les critères de diagnostic	23
3. L'étiologie	24
4. Les éléments cliniques.....	26
5. L'IMC.....	26
C. L'anorexie mentale : entre conséquences et profil psychomoteur	27
1. Les conséquences physiques et psychologiques	27
2. L'évolution du trouble.....	28
3. La sémiologie psychomotrice de l'anorexie mentale	29
D. L'hyperactivité physique	31
1. La définition de l'hyperactivité physique.....	32
2. Un exercice excessif ou une pratique de maintien en bonne santé ?.....	33
3. L'hyperactivité physique dans l'anorexie mentale.....	34
<i>Partie 2 : Les cas cliniques</i>	36
A. Présentation du lieu de stage	36
1. L'institution	36
2. L'équipe professionnelle	37
3. L'organisation des psychomotricien·ne·s	37
B. Présentation des cas cliniques	38
1. Cas clinique : Aline	39
1.1 L'anamnèse	39
1.2 Le suivi en hospitalisation complète	40
1.3 Le bilan psychomoteur	41

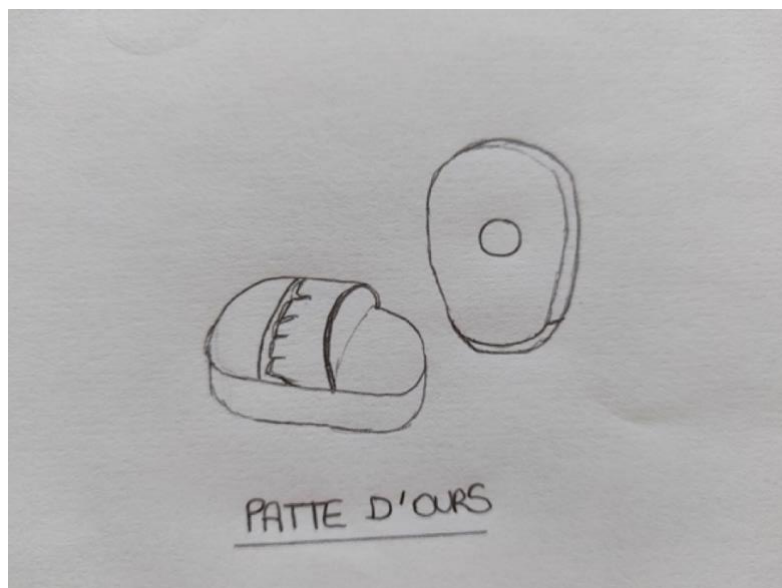
1.4	Le projet thérapeutique.....	43
1.5	La première séance de psychomotricité	44
2.	Cas clinique : Molly	45
2.1	L'anamnèse	45
2.2	Le parcours d'hospitalisation	47
2.3	Le projet thérapeutique.....	49
2.4	La première séance de psychomotricité	50
C.	Leurs évolutions	51
1.	Aline	51
2.	Molly	52
Partie 3 :	La réflexion	52
A.	Comprendre l'anorexie mentale à l'adolescence et le symptôme de l'hyperactivité physique.....	52
1.	L'adolescence	53
2.	L'anorexie mentale.....	53
3.	L'hyperactivité	54
B.	Des muscles aux os, en passant par les viscères.....	55
1.	Les systèmes corporels d'après Benoît Lesage	55
1.1	Le Moi-os	55
1.2	Le Moi-muscle	56
1.3	Le Moi-organe	56
2.	Réflexions théorico-cliniques autour du Moi-os	57
2.1	L'hyperactivité physique dans l'anorexie mentale.....	57
2.2	La médiation boxe et le Moi-os.....	59
3.	Réflexions théorico-cliniques autour du Moi-muscle	67
3.1	L'hyperactivité physique dans l'anorexie mentale.....	67
3.2	La médiation boxe et le Moi-muscle	68
4.	Réflexions théorico-cliniques autour du Moi-organe.....	78
4.1	L'hyperactivité physique dans l'anorexie mentale.....	78
4.2	La médiation boxe et le Moi-organe	79
C.	Conclusion.....	83
	Conclusion	84
	Bibliographie	86
	Liste des abréviations	91
	Annexes.....	94
	Résumé.....	102

Annexes

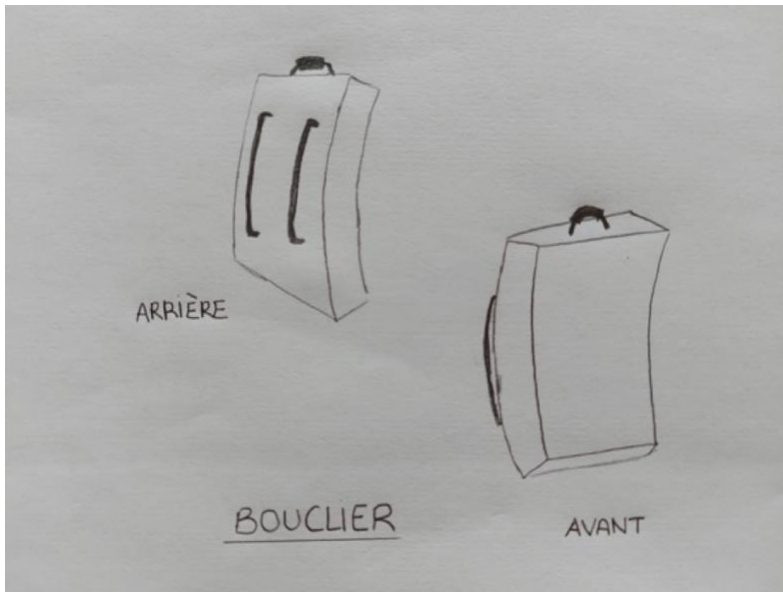
Annexe I : Dessin des gants de boxe



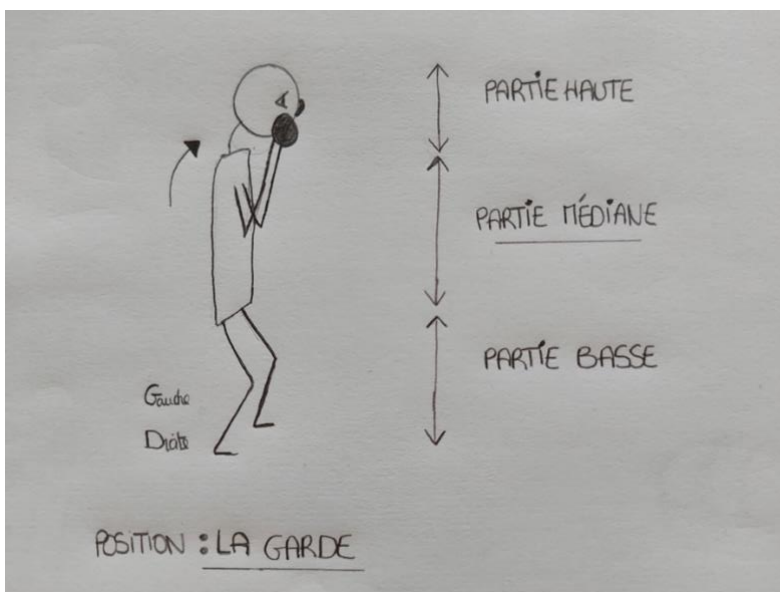
Annexe II : Dessin des pattes d'ours



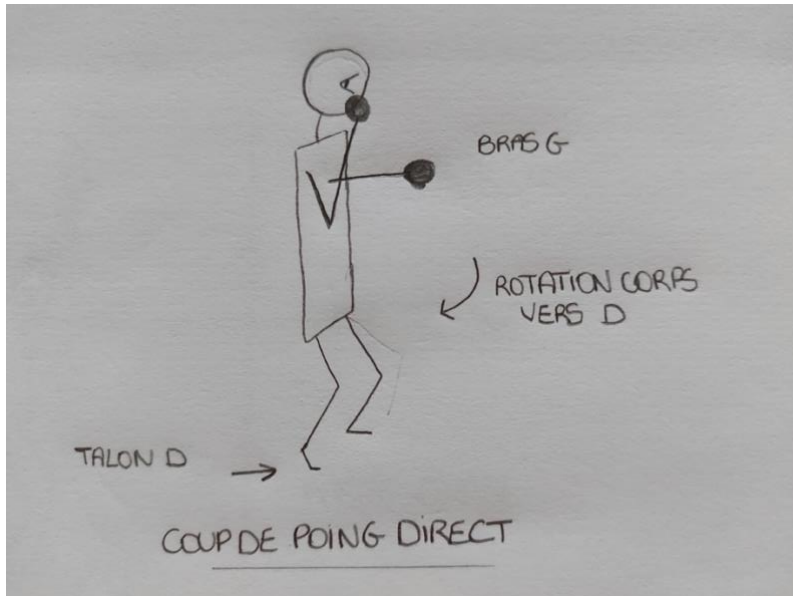
Annexe III : Dessin d'un bouclier de boxe



Annexe IV : Dessin de la position de garde



Annexe V : Dessin, le coup de poing : **le direct**



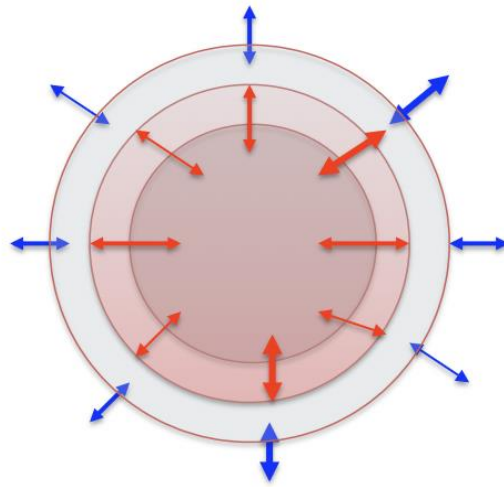
Annexe VI : Dessin, le coup de poing : **le crochet**



Annexe VII : Dessin, le coup de poing : l'**uppercut**

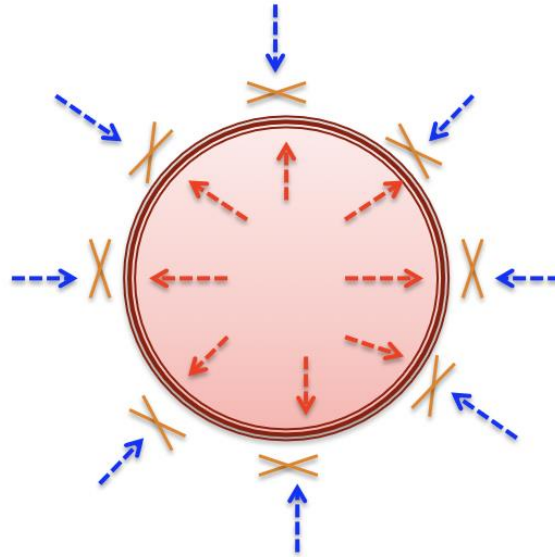


Annexe VIII : La modulation tonique



Le schéma malléable d'une modulation tonique et la zone transitionnelle interne (**B. Lesage**, communication personnelle, 2021)

Annexe IX : La **mono-tonie**



Le schéma de la mono-tonie : modulation tonique inefficente (**B. Lesage**, communication personnelle, 2021)

Résumé

Un des symptômes fréquents que nous retrouvons avec l'anorexie mentale est l'hyperactivité physique. C'est ce que j'ai pu constater lors de mon stage, qui se déroulait dans un hôpital, au département de psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte.

Durant cette année, j'ai suivi divers patient·e·s et parmi ces prises en charge, deux ont retenu mon attention et m'ont questionné. Les deux adolescentes anorexiques présentent un symptôme commun de l'hyperactivité physique, et ce qui m'a interrogé ici, c'est le choix de la médiation en psychomotricité. En effet, la médiation choisie est la médiation boxe.

D'abord étonnée par ce choix de médiation pour ces patientes qui ont du mal à réguler leurs mouvements et à vivre l'immobilité, j'ai d'abord cherché à comprendre le besoin d'hyperactivité physique et la présence de cette carapace tonique, si visible dans leur posture et dans leurs mouvements.

Puis, à partir de l'approche psychocorporel de **B. Lesage**, j'ai tenté d'appréhender la médiation par le concept des systèmes corporels. En détaillant les systèmes (os, muscle et organes), j'ai pu tisser des liens avec les différents items psychomoteurs travaillés par la médiation boxe.

Par conséquent, ce mémoire présente l'apport de la médiation boxe en psychomotricité, auprès de ces deux patientes.

Mots clés : Boxe, Anorexie mentale, Hyperactivité physique, Systèmes corporels, Tonus

Astract

One of the common symptoms that we find with anorexia nervosa is physical hyperactivity.

This is what I saw during my training period which takes place in a hospital in the psychiatric department for teenagers and young adults.

During this year, I followed various patients and among these treatments, two caught my attention and questioned me. The two anorexic teenagers present physical hyperactivity as a common symptom, and what questioned me here was the choice of psychomotricity mediation. Indeed, the chosen mediation is boxing mediation.

At first, I was surprised by this choice of mediation for these patients who have trouble regulating their movements and experiencing immobility. So, I sought to understand the need of physical hyperactivity and the presence of this tonic shell, so visible in their posture and in their movements.

Then, based on **B.Lesage's** psychocorporal approach, I tried to understand mediation through the concept of bodily systems. By detailing the systems (bones, muscles and organs), I was able to forge links with the different psychomotor items worked by boxing mediation. Therefore, this thesis presents the contribution of boxing mediation in psychomotricity, with these two patients.

Keywords: Boxing, Anorexia nervosa, Physical hyperactivity, Body systems, Tonus